

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce
Bc. Gabriela Jurigová

Mužská sexualita a gravidita

Olomouc 2017

Vedoucí práce:
MUDr. Petra Vrzáčková, Ph.D., FECSM

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 20. 4. 2017

Gabriela Jurigová

Poděkování

Děkuji MUDr. Petře Vrzáčkové, Ph.D., FECSM za cenné rady, užitečné připomínky a odborné vedení diplomové práce. Děkuji Prof. PhDr. Petru Weissovi za poskytnutí standardizovaných dotazníků.

Obsah

Úvod.....	7
1 Cíle a výzkumné hypotézy diplomové práce	8
1.1 Hlavní cíl diplomové práce	8
1.2 Dílčí cíle diplomové práce.....	8
1.3 Výzkumné otázky diplomové práce	8
1.4 Výzkumné hypotézy diplomové práce	9
2 Anatomie a fyziologie sexuální aktivity muže	10
2.1 Fyziologie erekce, ejakulace a ejakulát	13
2.1.1 Fyziologie a mechanismus erekce	13
2.1.2 Fyziologie a mechanismus ejakulace	17
2.1.3 Ejakulát.....	18
2.2 Extragenitální reakce muže na sexuální stimulaci.....	21
2.2.1 Prsy	21
2.2.2 Sexuální rash	21
2.2.3 Svalové napětí	22
2.2.4 Anální sfinkter	25
2.2.5 Kardiorespirační reakce.....	25
2.2.6 Perspirační reakce.....	25
2.3 Genitální reakce muže na sexuální stimulaci	26
2.3.1 Penis	26
2.3.2 Scrotum	29
2.3.3 Testes	29
3 Vliv hormonů a neurotransmiterů na sexuální funkce muže.....	32
3.1 Androgeny	33
3.1.1 Adrenální androgeny	35
3.2 Estrogeny a progesteron	36
3.3 Prolaktin	37
3.4 Oxytocin	37
3.5 Serotonin a dopamin.....	39
3.6 Adrenalin a noradrenalin	40
3.7 Acetylcholin	41

3.8	Endorfíny a melanokortiny	42
3.9	Kyselina gamaaminomáslová	42
3.10	Feromony	42
3.11	Oxid dusnatý	43
4	Muž – partner těhotné ženy	45
4.1	Rituál a syndrom kuváda	46
5	Sexualita páru v období těhotenství	49
5.1	Techniky a polohy vhodné v těhotenství	52
5.2	Komunikace a edukace páru	57
6	Metodika práce	59
6.1	Charakteristika zkoumaného souboru	59
6.2	Metodologie zpracování dat	60
7	Výsledky výzkumného šetření	63
7.1	Nestandardizovaný (vlastní) dotazník	63
7.2	Dotazník Sexuální funkce muže	85
7.3	Dotazník Inventář vzrušivých podnětů – muž	106
8	Diskuse	109
	Závěr	115
	Souhrn	119
	Referenční seznam	120
	Seznam zkratk	127
	Seznam obrázků	128
	Seznam tabulek	129
	Seznam grafů	130
	Seznam příloh	131
	Anotace diplomové práce	

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

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

VÁTSJÁJANA: KÁMASÚTRA

Úvod

„Sex si užíváme, sexu se bojíme, sex je manželská rutina, sex je magický zážitek a velký experiment, sexem jsme přehlceeni, zoufale po něm toužíme, myslíme na něj, chceme na něj zapomenout, bolí nás, léčí naše bolesti, nechceme, aby skončil, už ho chceme mít za sebou, je zdrojem sblížení a intimacy, odcizuje nás, je postaven na vzájemném porozumění, kvůli němu si nerozumíme...“ (Fafejta, 2016, s. 9).

Dva pohledy na sexualitu, jeden, který se jí obává a druhý, který ji vnímá jako něco obohacujícího. Sexualita je formou komunikace, zdrojem slasti, reprodukce a posílení vztahu. Sexualita je stále se vyvíjející proces, není stálá ani v partnerském vztahu, někdy a nějak se vyvíjí.

Úvodní slova Fafejty velice výstižně charakterizují vztah, který muž i žena zaujímá k sexu samotnému. V období těhotenství je sexualita o to víc opředena spoustou pověr a neznalostí nejen budoucích rodičů, ale i odborníků. Chybí odborná literatura, z které by páry informace čerpaly, učebnice a odborné články poskytují pár řádků, které se opakují ve stejném znění již několik desetiletí. Odborníci, lékaři i porodní asistentky, poskytují v dobré víře spíše vlastní názory a postoje než informace založené na vědeckých studiích. Pravidelný a oboustranně uspokojující sexuální život je výrazným stabilizačním činitelem každého vztahu a těhotenství by v tomto směru nemělo tvořit překážku.

Pozornost odborníků – ale i laiků – se v období těhotenství zaměřuje spíše na ženu. Pozice budoucího otce je značně opomíjená, v publikacích se řeší pouze okrajově. Podceňuje se adaptace muže na roli otce, jeho prožívání a vyrovnávání se s těhotenstvím partnerky. Způsob, jak se muž chová, v jakém je psychickém a emočním rozpoložení, výrazně ovlivňuje i psychický stav ženy. Těhotenství je významným mezníkem v životě celého páru, jak ženy, tak i muže. Informovanost mužů nejenom o fyziologii těhotenství, ale i sexualitě lze považovat za zcela nedostačující. Tento fakt může vést k obavám či strachu a následně k nevhodnému a neopodstatněnému chování ústící v manželský nesoulad či krizi.

Tato práce podává přehled současných odborných znalostí o sexualitě a zabývá se mapováním sexuálního života muže – jako partnera těhotné ženy.

1 Cíle a výzkumné hypotézy diplomové práce

1.1 Hlavní cíl diplomové práce

1. Analyzovat sexuální život muže – partnera těhotné ženy.

1.2 Dílčí cíle diplomové práce

1. Retrospektivně porovnat sexuální život páru z pohledu muže v období před otěhotněním partnerky a v době těhotenství partnerky.
2. Zjistit, zda respondenti mají v období těhotenství partnerky obavy z pohlavního styku, nebo mají důvod styk odmítat.
3. Zjistit informovanost respondentů v oblasti sexuality v období gravidity.
4. Zjistit, zda respondenti s partnerkou o sexualitě komunikují.

1.3 Výzkumné otázky diplomové práce

- a) Mají muži obavy, případně jaké, z pohlavního styku v období gravidity partnerky?
- b) Mají muži důvod se v období gravidity partnerky vyhýbat pohlavnímu styku, či ho odmítat?
- c) Mění se potřeba, četnost a doba trvání pohlavního styku muže v období gravidity partnerky?
- d) Mění se kvalita erekce muže v období gravidity partnerky?
- e) Mění se pocit vzrušení muže odpovídající různým podnětům a situacím v období gravidity partnerky?
- f) Dokáže pár otevřeně komunikovat o sexualitě, svých představách, přáních, obavách?

- g) Považují muži vlastní vědomosti o sexualitě v graviditě za dostačující?
- h) Jaké hlavní informační zdroje k získávání těchto vědomostí využívají?
- i) Přivítali by muži informační brožurku na téma sexuality v graviditě?

1.4 Výzkumné hypotézy diplomové práce

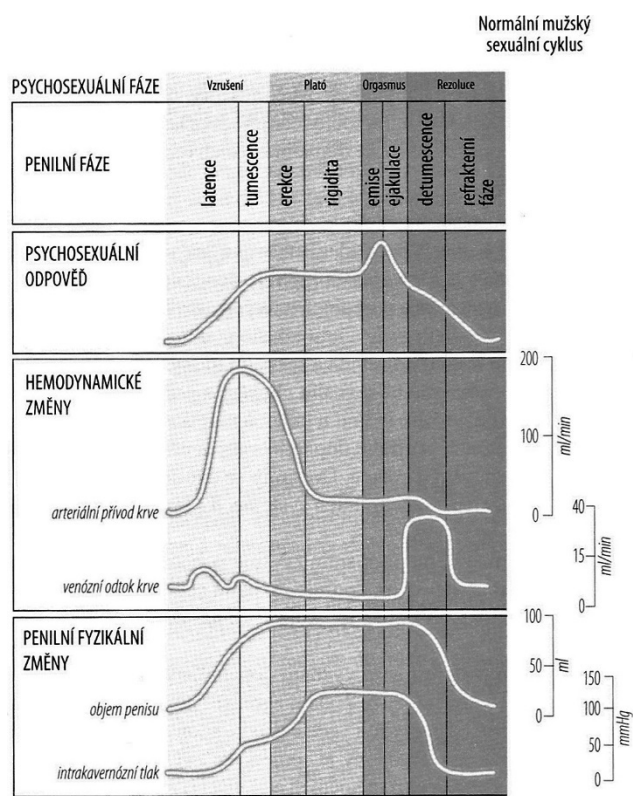
- H1:** Frekvence pohlavních styků se v období gravidity partnerky snižuje o více než 0,20 bodové hodnoty v porovnání s obdobím před otěhotněním.
- H2:** Více než 60 % respondentů nemá obavy z pohlavního styku a pohlavní styk v období gravidity partnerky neodmítá.
- H3:** Více než 80 % vzrušivých podnětů vyvolává u respondentů v graviditě nižší stupeň vzrušení v porovnání s dobou před otěhotněním.
- H4:** Více než 60 % respondentů nekomunikuje se svojí partnerkou o sexualitě zcela otevřeně.
- H5:** Pro více než 50 % respondentů je hlavním informačním zdrojem o sexualitě v graviditě internet.
- H6:** Více než 50 % respondentů by přivítalo informační brožurku o sexualitě v graviditě.

2 Anatomie a fyziologie sexuální aktivity muže

Lidé na sexuální stimulaci reagují řadou vaskulárních, nervových, psychických i místních genitálních reakcí. Tyto reakce jsou ovlivněny celou řadou faktorů, jako jsou emoce, prožívání, kultura, výchova, kognitivní a interpersonální vlivy. Navíc se jednotlivé reakce na sexuální stimulaci mohou lišit i interpersonálně.

Turčan a kol. (2012) uvádějí tři hlavní typy modelů mužské sexuální reaktivity, které poskytují i tři různé pohledy na sexuální reakce mužů. Schematicky zobrazují průběh sexuálního cyklu muže z pohledu funkčního, psychosexuálního a penodynamického. Jednotlivé fáze není možné vždy přesně od sebe odlišit, a navíc je ovlivňuje řada zevních i vnitřních faktorů. Poskytují přehled a informace k pochopení sexuálních reakcí (Turčan, Pokorný, Fait, 2012).

Nejstarším modelem, který vypracovali gynekolog Masters a psycholožka Johnsonová, jako závěr z rozsáhlého výzkumu sexuálních reakcí muže i ženy, je model psychosexuální (Obrázek 1).



Obrázek 1 Normální mužský sexuální cyklus

(Turčan, Pokorný, Fait, 2012, s. 65)

Sexuální reakční cyklus dělí do čtyř fází:

1. fáze podráždění (excitace),
2. fáze plató,
3. fáze orgasmu,
4. fáze uvolnění (rezoluce) (Turčan, Pokorný, Fait, 2012; Masters, Johnsonová, 1970).

Specifická sexuální fyziologická odpověď má mnoho individuálních variací a liší se nejenom v trvání, ale i intenzitě.

První fáze, fáze excitace, nastává v důsledku somatického nebo psychogenního sexuálního stimulu. Sexuální vzrušení se dostavuje jako důsledek externích smyslových vjemů vizuálních, taktilních, čichových, sluchových, chuťových a interních psychických podnětů. Vznik a rozvoj první fáze je závislý na dráždícím faktoru. Dle jeho působení intenzita reakce buď stoupá, nebo naopak klesá. Tímto způsobem může být excitační fáze buď zkracována, nebo prodlužována. Když je způsob dráždění nepříjemný, nebo dojde k jeho přerušení, dochází k jejímu ukončení. První fáze tak tvoří nejdelší úsek z celého sexuálního cyklu sexuální aktivity u muže i ženy (Masters, Johnsonová, 1970; Zemková, 2001).

Jestliže sexuální dráždění zdárně pokračuje, dostává se muž do druhé fáze, do fáze plató. Sexuální dráždění postupně narůstá, až se dostává na nejvyšší úroveň, ze které pak může dojít k orgasmu. Jestliže dojde k ukončení dráždění, nebo je sexuální stimul nepřiměřený, k orgasmu nedojde a fáze plató pomalu přejde do značně prodloužené fáze uvolnění (Masters, Johnsonová, 1970; Zemková, 2001).

Fáze orgasmu trvá obvykle několik vteřin. Dochází k uvolnění cévního městnání a svalového napětí, které vzniklo sexuálním drážděním. Pocit orgasmu je čistě subjektivní. Jeho smyslový pocit je u muže lokalizován do penisu, prostaty a semenných váčků. Orgasmus je prožíván na podkladě individuálního typu sexuální reaktivity. U muže jde nejčastěji o standardní typ ejakulační reakce s malými individuálními odlišnostmi (Masters, Johnsonová, 1970; Zemková, 2001).

Poslední fází je fáze uvolnění. Vyvíjí se jako opačný typ reakce, při které dochází k mimovolnímu poklesu podráždění. U muže tato fáze zahrnuje fázi refrakterní, která je vůči neovlivnitelná. Nazývá se též nižší stadium úrovně dráždivosti. Fyziologická schopnost reagovat na opětné podráždění se u muže navrácí mnohem pomaleji, než u ženy a je možná až po odeznění refrakterní fáze. Sexuální podráždění odeznívá u obou pohlaví

pozvolna. K celkovému klidu dochází až po ukončení jakéhokoliv sexuálního dráždění (Masters, Johnsonová, 1970; Zemková, 2001).

Dalším modelem mužské sexuální reaktivity je model penodynamický. Vychází z modelu psychosexuálního, na základě, kterého jednotlivé fáze dále rozpracovává a dělí na další dvě navzájem související subfáze. Fázi excitace rozděluje na subfázi latence a tumescence, fázi plató na subfázi erekci a rigiditu, fázi orgasmu na subfázi emise a ejakulace a fázi rezoluce na subfázi detumescence a refraktivitu (Turčan, Pokorný, Fait, 2012).

Funkční model klasifikuje sexuální cyklus muže z funkčního hlediska. Zahrnuje počáteční fázi sexuální touhy včetně chování, které se zaměřuje na vyhledávání sexu, dále excitaci a plató vedoucí k erekci. Fázi orgasmu popisuje a dělí na fyzikální funkci ejakulace a psychické orgastické uspokojení. Tím vzniká model popisující normální cyklus mužské sexuální reaktivity pomocí vzájemně propojených pěti dějů, které dle modelu probíhají v definovaném pořadí od libida přes erekci, ejakulaci, orgasmu až po detumescenci (Turčan, Pokorný, Fait, 2012).

Americká psychiatrická asociace používá při diagnostické klasifikaci sexuálních dysfunkcí motivační/psychofyzilogický model čtyř fází sexuálních odpovědí:

- touha,
- vzrušení,
- orgasmus,
- celková spokojenost – uvolnění (Vaškovský, 2007).

Sexuální touhu charakterizuje zájem o účast na sexuální aktivitě, myšlenky a fantazie, včetně fyziologické a myšlenkové složky a též složky chování.

Sexuální vzrušení charakterizuje pelvická vasokongesce a otok zevních genitálií. Je fází sexuální excitace. Vasoaktivní intersticiální peptid může řídit během vzrušení autonomní vliv na pelvický průtok krve. Na vzrušení má vliv centrální dopaminergní stimulace, periferní α_1 -adrenergní agonismus, modulace adreno-cholinergní rovnováhy a přítomnost oxidu dusnatého i pohlavní steroidy, testosteron a estrogen (Vaškovský, 2007).

Fyziologický proces uvolnění sexuální tenze představuje orgasmus. Projevuje se rytmickými stahy příslušných svalových skupin, kardiovaskulárními a respiračními změnami. Fyziologické změny v průběhu orgasmu jsou úzce spojeny s hormonem

oxytocinem. Inhibici orgasmu může způsobit α -adrenergní antagonismus a serotonergní aktivace zprostředkovaná stimulací 5-HT₂ receptorů (Vaškovský, 2007).

Fázi uvolnění charakterizuje pocit uvolnění a svalová relaxace. Muži jsou v průběhu této fáze po určitou dobu refrakterní vůči orgasmu. Délka této doby je individuální a zvyšuje se s věkem. Tuto fázi doprovázejí pocity jako štěstí, pocit hedonie, blaženosti, nebo naopak pocit rozladěnosti, anhedonie, mrzutosti a mají sekundární vliv na naše behaviorální projevy nejen v přítomnosti, ale i v budoucnosti. Celková satisfakce s orgasmem úzce souvisí se strukturou limbického systému v mozku (Vaškovský, 2007).

2.1 Fyziologie erekce, ejakulace a ejakulát

Periferní taktilní stimulace a emoce pohlavního vzrušení jsou schopny navodit specifickou odpověď v oblasti genitálu, tumescenci neboli erekci. Prohlubováním erotického vzrušení dochází u muže k orgasmu. Orgasmus je centrální emocí pocitového vyvrcholení u muže i ženy. Periferním projevem orgasmu je u muže ejakulace, výron semene.

2.1.1 Fyziologie a mechanismus erekce

Erekce – ztopoření penisu, kdy slovo erekce pochází z latinského slova erigo, erectum a znamená vztyčit. Tento děj nastává na podkladě senzitivních podnětů z erotogenních zón, které jsou doplněny o podněty senzorické, vznikající na podkladě smyslových vjemů vizuálních, čichových, chuťových, imaginárních a genitálních reflexních podnětů. Erekce penisu umožňuje imisi penisu do pochvy a uskutečnění pohlavního styku, koitu. Nervus dorsalis penis a nervus genitofemoralis jsou nervy zodpovědné za převod senzitivních vjemů způsobujících erekci penisu. Z obecného hlediska je možné rozlišit erekci reflexní, která se vyskytuje již prenatálně, a erekci psychogenní. Oba typy erekce jsou za normálních okolností spolu přítomny. Podněty způsobující erekci jsou zpracovávány v limbickém systému mozku a v mezimozku, hlavně v temporální a prefrontální kůře, a následně předány do parasympatického míšního centra ve vyšší segmentu S₃. Z tohoto centra až k cévám penisu jdou vlákna parasympatických nervů splanchnici pelvici do pánevních pletení a dále přes plexus prostaticus pokračují jako

nervi cavernosi penis. Opačným směrem, zpět do míšního centra přicházejí podněty z corpora cavernosa cestou nervi pudendi. Tyto dvě dráhy uzavírají reflexní oblouk, který udržuje erekci. Reflexní oblouk je možné zrušit i působením centrálního nervového systému například při leknutí, jinak je jeho působení zrušeno při orgasmu po ejakulaci (Šedý, 2010).

Z hemodynamického hlediska jsou pro dosažení erekce důležité tři základní faktory:

- relaxace svalových buněk kavernózních těles a tím snížení intrakavernózní rezistence,
- zvýšení arteriálního přítoku prostřednictvím dilatace artérií,
- snížením venózního odtoku (Turčan, Pokorný, Fait, 2012; Študent, 2003).

Většina autorů uvádí pět fází erekce, někteří přidávají šestou fází, fází klidovou:

1. Fáze klidová – charakterizuje ji období bez sexuálního dráždění, kdy krev do penisu přitéká pouze za účelem výživy. Přítok krve činí přibližně 1,4 – 4 ml krve na 100 g kavernózního tělesa za minutu (Turčan, Pokorný, Fait, 2012).
2. Latentní fáze – nastává po sexuálním dráždění, somatickém i psychickém, narůstá aktivita parasymptiku a snižuje se aktivita sympatiku. Po parasymptické eferentní stimulaci kavernózních nervů začíná relaxace hladké svaloviny, následně dochází k mírnému poklesu kavernózní rezistence, což vyústí do zvýšení arteriálního přítoku. Arteriální přítok se zvýší 7 – 10násobně. Díky fibroelasticko-muskulární struktuře kavernózních těles dochází k elongaci penisu. Začíná působit mechanismus venózní okluze mechanickou okluzí subtunikálních emisárních cév a elongací helicinních artérií. Intrakavernózní tlak však zůstává konstantní (Turčan, Pokorný, Fait, 2012; Študent, 2003).
3. Fáze tumescence – charakterizuje ji další zvýšení arteriálního přítoku, který se zvýší 25 – 60krát. I nadále se uplatňuje mechanismus venózní okluze. Dochází k velmi rychlému zvýšení intrakavernózního tlaku a kavernózního volumu. Nastává tumescence a rigidita penisu. Díky tunica albuginea se zmenšuje tlakový gradient mezi středním arteriálním tlakem a intrakavernózním tlakem. Zvyšuje se i rezistence na další arteriální přítok krve. Hladká svalovina je maximálně

relaxovaná. K udržení erekce je v kavernózní arterii nutný systolický průtok minimálně 25 ml za 1 sekundu (Turčan, Pokorný, Fait, 2012; Zemková, 2001).

4. Erekcí fáze – intrakavernózní tlak stoupá na úroveň 85 – 90 % hodnot systolického tlaku. Dochází ke kompresi subtunikálních venul a venookluzivní mechanismus vede k redukci venózního odtoku. Penis je maximálně erektovaný a pulsující, dosahuje maxima své délky. Arteriální přítok krve je v erekcí fázi již omezen. K udržení plné rigidity 7,5 cm dlouhého penisu je nutné zadržení objemu krve od 80 do 115 ml (Turčan, Pokorný, Fait, 2012; Zemková, 2001).
5. Fáze rigidity – trvá plná rigidity a tumescence penisu. V důsledku plného uplatnění bulbokavernózního reflexu, který je charakterizován kontrakcí ischiokavernózních a bulbokavernózních svalů, může intrakorporální tlak několikanásobně převyšovat tlak systolický. Arteriální přítok krve je minimální a zároveň v důsledku kompletní venózní okluze nenastává žádný venózní odtok. Penis dosahuje maximální pevnosti a dosahuje elevace do úhlu více jak 90° nad rovinu, kterou svírá s dolními končetinami (Turčan, Pokorný, Fait, 2012; Študent, 2003).
6. Detumescenční fáze – po ejakulaci znovu narůstá aktivita sympatiku. Díky adrenergí (sympatické) stimulaci začínají kontrakce hladké svaloviny trabekul, rychle se zvyšuje venózní odtok, což vede ke snížení intrakavernózního objemu a rigidity penisu. Postupně přítok i odtok v kavernózních tělesech dosahuje bazálních hodnot. Intrakavernózní tlak klesá až pod úroveň 1 mmHg za sekundu, venookluzivní mechanismus zaniká a penis se vrací do flacidního stavu (Turčan, Pokorný, Fait, 2012; Študent, 2003; Zemková, 2001).

Klidový tonus hladké svaloviny arterie helicinae je v klidovém stavu udržován sympatickými vlákny. Tento klidový stav omezuje přítok krve do topořivých těles. Erekcí penisu zahajují parasympatická vlákna, která způsobí zvýšené proudění krve do kaveren topořivých těles a způsobí ochabnutí hladké svaloviny ve stěně této cévy. Tato specializovaná vlákna používají jako mediátor oxid dusnatý (NO), který má schopnost relaxovat hladké svalové buňky díky svým výrazným vazodilatačním účinkům. Současně dochází tlakem krve ke komprimaci tenkostěnných žil, hlavně vv. emissariae a subtunikální vv. corporis cavernosi et spongiosi, a tím se na minimum sníží odtok krve, nastává venookluze. Aby nedošlo k ischemickým změnám je během celé erekce cirkulace ve všech částech penisu zachována. Když jsou topořivá tělesa naplněna krví natolik, že je

tunica albuginea napjata, dochází ke kontrakci hladké svaloviny trabekul, čím se lokální tlak krve zvýší až desetinásobně. Za erekce se množství krve v topořivých těleších zvýší o 20 – 50 ml. Měkké tkáně jsou za erekce více zranitelné, protože částečně ztrácejí svou elasticitu (Šedý, 2010).

V důsledku tahu vazivových trabekul corpus spongiosum za stěnu uretry v průběhu erekce, dochází k rozšiřování průsvitu pars spongiosa urethrae, co následně umožní průchod ejakulátu. Na penisu se vyrovnává curvatura prepubica, do uretry se dostává sekret z uretrálních a bulbouretrálních žláz. Po skončení ejakulace se působením sympatiku pomocí kontrakcí hladké svaloviny aa. helicinae zpomalí přítok krve do kaveren a nastává detumescence penisu. Za odeznění erekce zodpovídá sympatická inervace, která odpovídá kořenové inervaci $Th_{11} - L_2$ (Šedý, 2010).

Z neurofyzilogického hlediska je možné klinicky rozlišit tři různé typy erekce. Reflexní spinální, psychogenní a noční (Turčan, Pokorný, Fait, 2012; Weiss, 2010).

Reflexní spinální erekce nastává díky spinálnímu reflexnímu mechanismu, kdy se impulsy vznikající přímou stimulací genitálu šíří z penisu senzoryckými aferentními drahami, vlákny n. dorsalis penis do míchy. V míše nastává interpolace na parasympatická eferentní vlákna, nn. erigentes. Do kavernózních těles se pak eferentní impulsy dostávají přes pánevní plexy a vyvolávají erekci. Za kontrakce svalů pánevního dna jsou odpovědné somatomotorická vlákna n. pudendus (Turčan, Pokorný, Fait, 2012; Weiss, 2010).

Psychogenní, také označovaná jako centrální erekce, nastává erotickou stimulací mozkových sexuálních center prostřednictvím různých podnětů, čichových, vizuálních, sluchových a dalších. Tato stimulace vyvolá vyplavení neurotransmiterů, hlavně dopaminu a NO, které následně aktivují parasympatický nervový systém. Přes sakrální erekční centrum putuje signál do kavernózních těles, kde jsou hlavními neurotransmitery NO a vasoaktivní intestinální polypeptid (VIP). Zdrojem hlavně inhibičních impulsů je torakolumbální centrum $Th_{11-12} - L_{2-3}$. Do nn. cavernosi se vlákna sympatiku dostávají přes plexus hypogastricus inferior a následně společně s vlákny parasympatiku vedou k penisu. Vlákna sympatiku zde působí na α_2 -receptory penilních artérií nebo na α_1 -receptory ve svalových buňkách kavernózních těles a působí inhibičně na hladké svaly erektlní tkáně penisu. To, že je penis v klidu fyziologicky ochablý, vysvětluje fakt, že kavernózní tělesa jsou převážně pod vlivem faktorů inhibujících erekci (Turčan, Pokorný, Fait, 2012; Weiss, 2010).

Noční intermitentní autonomní erekce se vyskytují během REM (rapid eye movement) fáze spánku, kdy převažuje tonus parasympatiku (Turčan, Pokorný, Fait, 2012; Weiss, 2010).

Parasympatická nervová zakončení, která erekci spouštějí, nejsou ani adrenergní, ani cholinergní povahy. Důležitými neurotransmitery jsou v souvislosti s erekcí NO a VIP. Sympatická inervace přes α_1 - a α_2 -receptory vede ke kontrakci svalových buněk přes zvýšenou hladinu intracelulárního kalcia (Študent, 2003).

Penilní erektile tkáň tvoří také různé další lokálně působící látky, které erekci spíše potlačují, angiotenzin, endotelin a prostanoidy. Erekcii také ovlivňuje testosteron. Jeho dlouhodobý nedostatek vede k úbytku nervových vláken obsahujících NO-syntázu, což vede mechanismem apoptózy k postupnému úbytku buněk hladké svaloviny (Študent, 2003).

2.1.2 Fyziologie a mechanismus ejakulace

Ejakulace, výron semene – ejaculatio, je spojena s orgasmem a je pod vlivem sympatiku. Z časového hlediska je možné ejakulaci rozdělit na dvě etapy. Během první etapy zvané emise, se ejakulát dostává do ampula urethrae. Během druhé etapy zvané expulze, někdy označované i jako vlastní ejakulace, je ejakulát vypuzen z uretry ven (Šedý, 2010).

Na ejakulaci se podílí řada nervových drah a center. Senzitivní dráhy zahrnují nervová zakončení v kůži penisu, předkožce a glans penis, dále aferentní dráhy, které tvoří n. dorsalis penis, n. pudendus a plexus sacralis. Dále se na ejakulaci podílejí motorické a senzitivní mozkové oblasti, míšní centra jako je nucleus intermediolateralis L₂ – L₃, eferentní dráhy sympatiku, které tvoří míšní nerv, následně ganglion paravertebrale, následně břišní pleteně a nn. splanchnici a následně plexus pelvici. Poslední dráhou podílející se na ejakulaci je eferentní dráha somatomotorického systému, kterou tvoří plexus sacralis, následně n. pudendus a následně rami musculares. V centrálním nervovém systému (CNS) hrají z mediátorů přenosu nejvýznamnější roli serotonin a dopamin, méně významné jsou adrenalin, acetylcholin, oxytocin, neuropeptidy, kyselina gamaaminomáslová (GABA) a NO. Na úrovni periferních nervů se na ejakulaci podílejí kromě adrenalinu/noradrenalinu a acetylcholinu ještě NO, VIP, neuropeptid Y (NPY) a adenosintrifosfát (ATP) (Guiliano, 2005).

Senzitivními podněty z penisu je reflexně stimulováno ejakulační sympatické centrum v míšní oblasti L2 – L3 v okamžiku, kdy sexuální vzrušení dosáhne určitého stupně. Sympatické nervy vyvolají kontrakce hladké svaloviny ductud deferens, který spermie doplněné o sekret glandulae bulbourethrales, prostaticae a vesiculosae, dopraví do ampulla urethrae. Vstup spermatu do začátku pars spongiosa urethrae vyvolá expulzi. Na samotné ejakulaci se podílejí hlavně perineální svaly jako musculus ischiocavernosus, bulbospongiosus a prostaticae. Tyto svaly svými rytmickými kontrakcemi vypudí ejakulát z uretry. Tohohle děje se rovněž účastní i hladké svalové buňky uretry (Šedý, 2010).

Ejakulát se dostává ven z uretry postupně po částech s ohledem na jeho původ a obsah. První část tvoří řídký sekret z prostatických a bulbouretrálních žláz. Tento první sekret se dostává ven z uretry ještě před nástupem orgasmu a již obsahuje i malé množství spermií. Další, hlavní část ejakulátu, pochází ze všech tří žláz a obsahuje vysoké množství spermií. Poslední část ejakulátu pochází pouze z glandulae vesiculosae. Kontrakce penisu při ejakulaci probíhají v 0,8 vteřinových intervalech (Šedý, 2010).

Během ejakulace je hrdlo močového měchýře kontrahováno a zevní svěrač uretry relaxován. Koordinaci tohoto děje řídí sympatikus a je prevencí retrográdní ejakulace. Ejakulace nastává nezávisle na erekci, erekce je možná bez ejakulace a ejakulace může nastat bez erekce penisu (Šrámková, 2013).

Na ejakulaci se podílejí různé oblasti CNS spolu neurotransmitery a hormony. Z oblastí CNS jsou to nucleus paragigantocellularis, mediální preoptická oblast hypotalamu, spinální motorická centra a periferní nervový systém. Hlavními neurotransmitery ejakulačního děje jsou serotonin, dopamin, acetylcholin, oxytocin, GABA a NO. Dopamin emisi a ejakulaci podporuje a serotonin naopak tyto děje inhibuje (Šrámková, 2013).

2.1.3 Ejakulát

Ejakulát, seminální plazma, představuje svým složením jedinečné prostředí. Na jedné straně chrání spermie před negativními vlivy okolního prostředí, na straně druhé tvoří optimální prostředí pro vnik spermie do vajíčka s následným potlačením imunitní reakce příjemce. Kromě látek zajišťujících nutriční funkci obsahuje četné množství biologicky aktivních a signálních látek (Zvěřina, 2012).

Spermatická tekutina vzniká míšením spermií se sekretem varlat, nadvarlat, chámovodů, prostaty, periuretrálních žláz a žláz měchýřkových. Díky reakci specifického proteinu semenogelinu s prostatickým sekretem má ejakulát po vypuzení z uretry koagulovanou konzistenci a je mléčně zkalený. Ke zkapalnění ejakulátu dochází do 30 minut od ejakulace díky aktivitě prostatického specifického antigenu (PSA). Po zkapalnění je ejakulát homogenně bílý nebo lehce nažloutlý. Může obsahovat drobné hlenové či gelové hrudky, které fyziologicky zcela nezkapalní. Množství ejakulátu se u mladých zdravých mužů pohybuje od 2 do 6 ml. Spermie tvoří přibližně 10 % z celkového množství ejakulátu, 90 % tvoří seminální plazma. Má charakteristickou vůni a slabě zásaditou reakci, pH se pohybuje mezi 7,2 – 7,8. Dvě třetiny i více z objemu seminální plazmy tvoří sekret měchýřkových žláz (Weiss, 2010).

Nadvarle, epididymis je místo kde se spermie váží s proteiny potřebnými pro jejich motilitu a životaschopnost. Nejdůležitější z nich je glykoprotein progressive motility-sustaining factor (PMSF). Tekutina produkovaná kanálky epididymis obsahuje vysoké množství karnitinu a alfa-glukozidázu. Vyznačuje se nízkým pH (Zvěřina, 2012).

Měchýřkové žlázy, glandulae vesiculosae jsou párovým orgánem, které uvolňují sekret společně. Jsou tak jednou funkční jednotkou sekrece. Velikosti semenných váčků odpovídá i finální množství vyprodukované spermatické tekutiny. Délka jednoho semenného váčku je 10 – 20 cm a široký je 1 – 2 cm. Sekret produkovaný měchýřkovými žlázami je viskózní a zásaditý a obsahuje hodně glykoproteinů, které při ejakulaci koagulují. Vezikulární sekret obsahuje fruktózu, kyselinu močovou, fosforylcholin, ergothionein, metallothionein, kyselinu askorbovou, flaviny a prostaglandiny. Fruktóza je důležitým zdrojem energie pro pohyb spermií. Význam prostaglandinů E1 a E2 v sekretu není zcela jasný, uvažuje se o jejich podpůrném významu pro motilitu spermií a zrání spermatozoí. Sekret měchýřkových žláz tvoří 60 % objemu ejakulátu (Zvěřina, 2003; Stárka, 2010).

Prostata produkuje jen malé množství tekutiny. Na objemu ejakulátu se podílí množstvím 0,5 ml, maximálně 1,0 ml. V procentuálním vyjádření zastává pouze 20 % obsahu ejakulátu. Prostatická tekutina je za fyziologických podmínek slabě kyselá, pH 6,4 – 6,8, čirá, vodnatá a bezbarvá. Za prostatický marker se považuje enzym kyselá fosfatáza, kyselina citronová, zinek a gama-glutamyl-transpeptidáza. Tekutina dále obsahuje prostaglandiny, cholesterol, fosfolipidy, fibrinogenázu, fibrinolysin, imunoglobuliny, proteázy, ionty některých kovů, mangan, kalium, spermidin a spermin.

Spermin propůjčuje ejakulátu charakteristickou vůni pižma (Zvěřina, 2003; Stárka, 2010; Zvěřina, 2012).

Bulbouretrální žlázy, glandulae bulbourethrales, Cowperi, produkují mukoidní čirý a vazký sekret. Tento sekret může být vylučován i ve značném množství při pohlavním vzrušení ještě před vlastním výronem semene. K fyziologickým vlastnostem zásaditého sekretu uretrálních žlázek patří neutralizace kyselého obsahu uretry před samotným výronem semene (Zvěřina, 2012).

Kolem uretry se nacházejí četné malé periuretrální žlázy Littréovy, které produkují mukózní sekret. Ten spolu se sekretem z Cowperových žláz tvoří čirý a vazký preejakulační sekret, který má za úkol zvlhčit uretru při sexuálním vzrušení. Množství preejakulačního sekretu je značně individuální. Jeho objem může být i několik mililitrů (Zvěřina, 2012). Zvěřina dále uvádí (2012, s. 75): „*V preejakulačním sekretu zpravidla nenajdeme spermie, zejména ne spermie pohyblivé. Proto obavy, že by tento sekret byl zodpovědný za selhání nespolehlivé antikoncepce přerušovaným stykem, není zřejmě reálný.*“

V ejakulátu i v jiné tekutině mužského reprodukčního systému se nacházejí další látky často ve vyšší koncentraci, než je jejich koncentrace v krevní plazmě. Jsou to hlavně androgeny, prostaglandiny E a D, prostatický specifický antigen, citráty, α -glukosidázu, melatonin, růstový faktor podobný inzulinu, složky kalikrein-kininového systému, cytokiny, pepsinogen C, glukózu, fruktózu, granulocytickou elastázu, vazebný protein 3, a katecholaminy. Hrají důležitou roli zejména na pohyblivost, životnost a zrání spermií. Prostaglandiny mají obecně příznivý vliv na mužskou fertilitu, přestože ještě není zcela úplně znám. Pravděpodobně je nepřímý a uplatní se až při interakci s ženským pohlavním ústrojím. Prostaglandin E podporuje migraci spermií z pochvy do dělohy a následně do vejcovodů svým působením na hladké svalstvo (Blahoš, 2006; Zámečník, 2010).

Ze steroidů obsažených v seminální plazmě tvoří významné množství hlavně androgeny, testosteron a dihydrotestosteron a některé jejich prekurzory, jako dehydroepiandrostenon (DHEA), dehydroepiandrostenon sulfát (DHEAS) a jejich metabolity, dále pregnenolon, estrogeny, progesteron a kortizol (Pohanka, 2010).

Při ejakulaci se jako první vyprazdňují uretrální a bulbouretrální žlázy, následně prostata, pak se přidávají spermie, a nakonec se vyprazdňují semenné vaky (Šrámková, 2013).

2.2 Extragenitální reakce muže na sexuální stimulaci

Známky sexuálního vzrušení je možné pozorovat na celém mužském těle, neomezují se pouze na reprodukční orgány. Účinné sexuální dráždění se projevuje hlubokým i povrchovým cévním městnáním a specifickým generalizovaným zvýšením svalového napětí. Výrazné jsou i reakce mimo reprodukční orgány. Přehled extragenitálních sexuálních reakcí mužů názorně poskytuje Příloha 1.

2.2.1 Prsy

Reakce prsů na sexuální dráždění u mužů není tak anatomicky specifická jako u žen. Často se objevuje erekce bradavek (Vaškovský, 2007). V případě, že k erekcii bradavek u muže dochází, objevuje se ke konci excitační fáze a trvá až do vyvrcholení. Zduření bradavek je projevem úrovně fáze plató. Cévní městnání či zvýraznění žilní kresby a zduření areol se u mužů neprojevuje (Masters, Johnsonová, 1970; Zemková, 2001).

Primární erekce a sekundární zduření bradavek může trvat od několika minut i déle než hodinu. K jejich retrakci dochází po ejakulaci ve fázi uvolnění. Erekce i zduření bradavek se rozvíjí bez přímého kontaktu. U heterosexuálního muže nejsou bradavky ani přední stěna hrudní výraznými erotogenními zónami (Masters, Johnsonová, 1970).

2.2.2 Sexuální rash

Makulopapulozní rash se u muže objevuje v mnohem menší míře, než je tomu u ženy. Projevy se mohou lišit nejenom intrapersonálně ale i interpersonálně.

Rash se u muže objevuje v již rozvinuté fázi plató, při rychle vzrůstajícím sexuálním podráždění se objevuje již ve fázi excitace. Při nástupu orgasmu se rychle šíří. Sexuální rash vzniká nad epigastriem, šíří se na přední stěnu hrudní, dále na šíji, obličej a čelo. U vnímavých mužů se může objevit na ramenou, předloktích a stehnech. Plně rozvinutý sexuální nával připomíná spalničkový rash (Vaškovský, 2007; Masters, Johnsonová, 1970).

Muž může prožít celý sexuální cyklus bez jakýchkoliv projevů rashe. Rash ovlivňují faktory prostředí i faktory psychogenní. Vyšší výskyt je proto patrný

ve vytopených místnostech než v místnostech chladných. Rovněž je častější v situacích, kdy je sexuální aktivita pro muže zvláště žádoucí, nežli při sexuální činnosti obvyklé (Masters, Johnsonová, 1970).

Sexuální nával se pak v průběhu refrakterního období fáze uvolnění velmi rychle ztrácí (Vaškovský, 2007). Mizí v opačném pořadí, než v jakém se objevoval. Nejdříve ustupuje z končetin a ramenou, dále z přední stěny hrudní, nakonec ze šíje, obličeje a čela. Nejpozději mizí z epigastria, kde se objevil nejdříve (Masters, Johnsonová, 1970).

2.2.3 Svalové napětí

Cévní městnání a svalové napětí jsou dvě fyziologické reakce vzrůstajícího sexuálního podráždění. Ze začátku se svalové napětí projevuje zvýšenou svalovou dráždivostí. Rytmičnými stahy, nebo mohutnými křečemi svalových skupin se projevuje v rozvinuté formě. Svalové napětí může být uvolňováno i zvyšováno jak volními mechanismy, tak i mimovolními. Stupeň dosaženého sexuálního vzrušení je úměrný stupni svalového napětí. Klinicky pozorovatelné zvýšení svalového napětí jako reakce na sexuální podráždění je možné pozorovat až na úrovni fáze plató (Masters, Johnsonová, 1970).

K popisu typů kontraktilních a spastických reakcí na sexuální podněty je možné použít čtyři fáze sexuální aktivity. Je nutné brát v úvahu polohu jedince při sexuálním podráždění i koitu.

Fáze excitace

Celkovou tělesnou reakcí na stupňující se sexuální podráždění je stoupající neklid, zvyšování dráždivosti a rychlost volních i mimovolních pohybů. Ve fázi excitace jsou tělesné pohyby převážně volního charakteru. Při stoupajícím podráždění se muž pohybuje neklidněji a stále rychleji. Postupně dochází k přechodu od pomalých pohybů a jemného držení k rychlejším, silnějším a cílenějším svalovým pohybům. Ke klinickým projevům zvyšujícího se svalového napětí dochází na dlouhých svalech končetin k určitému mimovolnímu napětí břišních svalů a ke zvýšení frekvence mimovolních kontrakcí interkostálního svalstva (Vaškovský, 2007; Masters, Johnson, 1970).

Fáze plató

V této fázi je reakce svalového napětí na sexuální podráždění viditelná na celém těle. Jedinec v důsledku mimovolných stahů mimického svalstva do semispasmu reaguje mračením se a křivením tváře. Může dojít i ke spastickému stahu svalstva kolem úst. V pozdní fázi plató mohou být ústa široce otevřená (Masters, Johnsonová, 1970).

Šíjové svaly se mimovolně křečovitě stahují, proto je šíje obvykle ztuhle držena ve střední poloze. U muže ležícího při koitu na zádech se může na počátku orgasmu objevit určitý stupeň opistotonu. S rostoucím počtem dechů dochází také ke zvyšování frekvence stahů interkostálních svalů. Příčné břišní svaly se při koitu rytmicky stahují. Tyto rytmické volní stahy zvyšují silné pánevní nárazy obou partnerů (Masters, Johnsonová, 1970).

Klinické projevy svalového napětí dlouhých svalů pažních ve fázi plató, závisí na poloze při koitu. Sexuální žádost můžou vyjadřovat paže partnera ležícího na zádech. Když se žádost zvyšuje, mění se uvědomělé držení partnera za ramena, záda nebo paže, v mimovolní reakci objímání nebo svírání. Dobře vyjádřena bývá reakce svírání nebo objímání partnera ležícího na zádech při počínajícím orgasmu (Masters, Johnsonová, 1970).

U partnera v poloze nahoře jsou ruce a paže zaměstnány podporou těla. Křečovitě stahy se při této volné činnosti vyskytují málokdy. Mimovolní křeče bicepsů je však možné pozorovat v pozdní fázi plató, kdy jedinec usiluje o dosažení orgasmu. Karpopedální spasmy je možné při koitu pozorovat na jedné nebo obou rukou partnera ležícího na zádech, a to těsně před orgasmem. Tyto křečovitě stahy příčně pruhovaného svalstva rukou a nohou jsou vyvolané mimovolním mechanismem. Při koitu se tyto stahy vyvinou pouze tehdy, nedochází-li k objímání či svírání partnera (Masters, Johnsonová, 1970).

U muže v poloze nahoře je možné pozorovat karpopedální spasmy málokdy. Rozvoj mimovolní křeče končetinového svalstva znemožňuje tělesná aktivita spojená s nutností volní aktivity končetin, trupu a pánve. Častěji se u muže tyto spasmy objevují v poloze na zádech. Svalové spasmy jsou známkou vysoké úrovně sexuálního podráždění (Masters, Johnsonová, 1970).

Nejaktivněji se při koitu účastní kromě břišních svalů a pánevních nárazů, svaly hýžděové, gluteální. Stahy hýžděového svalstva mohou být vědomě využívány v pozdní fázi excitace nebo časně fázi plató ke zvýšení reakce na sexuální podráždění (Masters, Johnsonová, 1970).

Akomodace a aktivní rázy pánve jsou řízeny koordinovanými stahy hýžděového, břišního, hlubokého pánevního a stehenního svalstva. Zpočátku jsou pánevní pohyby muže a akomodace pánve ženy volnými pokusy o zvýšení sexuálního podráždění. V pozdní fázi plató a bezprostředně před orgasmem jsou silné a rychlé pánevní rázy partnerů zcela mimovolní. V pozdní fázi plató se u muže pánevní rázy stávají natolik mimovolními, že při nich jen zřídka vytahuje penis z vaginy dále než do poloviny a znovu jej prudce zavede do vaginy ještě hlouběji (Masters, Johnsonová, 1970).

Stehenní svaly vykazují volní i mimovolní projevy vysoké úrovně svalového napětí a účinně přispívají k sexuálnímu dráždění. U muže v poloze nahoře zajišťují nohy, kolena, paže a lokty podporu těla, ke kterému je třeba výrazného stupně svalového napětí. Proto je u muže větší část těla ve fázi excitace ve volní kontrakci a zajišťuje jeho podporu i podporu části těla ženy. Podpůrné svalstvo se ve fázi plató většinou stahuje mimovolně do semispasmu. Při nastupujícím orgasmu přecházejí rytmické volní kontrakce hýžděového a stehenního svalstva v mimovolní křeč, trvající i v průběhu orgasmu (Masters, Johnsonová, 1970).

Karpopedální spasmy se při koitu často objevují jako mimovolní extenze klenby nožní a drápotivé kontrakce prstů (Masters, Johnsonová, 1970).

Fáze orgasmu

V této fázi je na celém těle patrný vysoký stupeň svalového napětí mimovolní povahy. Svalová námaha z mohutných svalových kontrakcí není obvykle pocíťována z důvodu sníženého vnímání tělových pocitů i zevních podnětů asexuální povahy. Mimovolně reagující jedinec si tak neuvědomuje značnou svalovou námahu. Není proto nic neobvyklého, když silně reagující partner pocíťuje druhý den po koitu bolesti v pažích, stehnech, břiše či zádech (Vaškovský, 2007; Masters, Johnsonová, 1970).

Fáze uvolnění

V této fázi lze jen zřídka pozorovat svalové napětí, které přetrvává déle než pět minut po prožitém orgasmu. Svalové napětí v místech mimo pohlavních orgánů ustupuje pomaleji, než cévní městnání (Masters, Johnsonová, 1970).

2.2.4 Anální sfinkter

V důsledku přímého dráždění ve fázi excitace a ve fázi plató dochází k nepravidelným stahům zevního análního sfinkteru. Mimovolně se sfinkter stahuje i ve fázi orgasmu. Orgasmické kontrakce zevního sfinkteru rekta jsou rytmické a objevují se současně s expulsivními kontrakcemi periuretrálního svalstva v 0,8 vteřinových intervalech. Neopakují se ale více než dva až čtyřikrát. Ve fázi uvolnění dochází k relaxaci svalového napětí sfinkteru a to dříve, než jsou ukončeny expulsivní kontrakce uretry penisu (Vaškovský, 2007; Masters, Johnsonová, 1970).

2.2.5 Kardiorespirační reakce

K hyperventilaci dochází v průběhu fáze plató a ve fázi orgasmu. Ukazatelem stupně sexuálního podráždění je trvání hyperventilační reakce a její fyziologická intenzita. Hyperventilace ustupuje v průběhu období refrakterity ve fázi uvolnění. Počet dechů v průběhu orgasmu dosahuje hodnoty často i přes 40 dechů za minutu (Vaškovský, 2007; Masters, Johnsonová, 1970; Zemková, 2001).

Stoupající tepová frekvence je přímo úměrná vzrůstajícímu sexuálnímu podráždění. Ve fázi plató se tepová frekvence u muže pohybuje v rozmezí od 100 do 175 tepů za minutu. Čím je nižší klidová frekvence muže, tím nižší je i frekvence v průběhu sexuálního vzrušení. Při orgasmu dosahuje muž tepovou frekvenci od 110 do 180 tepů za minutu. Tyto hodnoty tepové frekvence se objevují nezávisle na použité technice sexuálního dráždění (Vaškovský, 2007; Masters, Johnsonová, 1970).

V průběhu koitu se krevní tlak u muže zvyšuje, systolický o 40 až 100 mmHg, diastolický o 20 až 50 mmHg (Masters, Johnsonová, 1970; Zemková, 2001).

2.2.6 Perspirační reakce

Tato reakce se může objevit bez ohledu na to, zda se při koitu objevil sexuální nával nebo zda při sexuálním styku došlo k fyzické námaze. Bezprostředně po orgasmu je u většiny mužů patrné pocení. Obvykle je pocení omezeno na dlaně a plosky nohou, může se však objevit i na trupu, šíji, hlavě a obličeji. Perspirační reakce se může vyvíjet tak

rychle, že je možné ji pozorovat současně s posledními ejakulačními stahy penisu, jinak k němu dochází v průběhu refrakterního období ve fázi uvolnění (Masters, Johnsonová, 1970; Zemková, 2001).

2.3 Genitální reakce muže na sexuální stimulaci

Fyziologická reakce na sexuální stimulaci je velmi proměnlivá a vykazuje značnou individualitu. Sexuální reakce se týká celého těla. Nejvýraznější reakce jsou patrné v oblasti reprodukčních orgánů. Přehled genitálních sexuálních reakcí mužů názorně poskytuje Příloha 2.

2.3.1 Penis

Penis je primárně receptorem sexuálních podnětů. Při sexuální reakci má současně i transformační úlohu. Funkční role penisu je zajišťována prostřednictvím exteroceptivního i propioceptivního dráždění. Penis tedy neslouží muži pouze jako receptor a transformátor sexuálních podnětů, ale v erigovaném stavu v průběhu koitu zajišťuje také exteroceptivní dráždění ženy. Cévní městnání vyúsťující v erekci, slouží svým účinkem jako transformační mechanismus, který ve vědomí muže mnohonásobně zvyšuje účinnost počátečních sexuálních podnětů. Smyslové pocity muže jsou proto soustředěny na erigovaný penis. Tak penis slouží jako psychofyziologický transformátor sexuálních podnětů, a to prostřednictvím propioceptivně vyvolané erekce (Masters, Johnsonová, 1970).

Počáteční fyziologickou reakcí muže na sexuální stimul je tedy erekce penisu. Objevuje se bez ohledu na to, zda zdroj sexuálního dráždění byl primárně psychogenního či somatogenního původu. Erekce penisu se u sexuálně reagujícího muže mladšího 40 let dostavuje za 3 až 8 vteřin od počátku sexuálního dráždění. Muži ve věku od 21 do 30 let dosahují erekce penisu většinou rychleji, než muži starší 30 let. Po 40. roce věku je rychlost úplné erekce penisu pomalejší, může ale pod vlivem účinného sexuálního dráždění pokračovat až do pozdního věku. K názornému výkladu anatomických a fyziologických reakcí penisu na sexuální stimulaci znovu poslouží cyklus sexuální aktivity muže (Masters, Johnsonová, 1970; Zemková, 2001).

Fáze excitace

Primární reakcí muže na účinné sexuální dráždění je erekce penisu. Erekce nastává během 10 – 30 sekund (Vaškovský, 2007). Po dosažení úplné erekce trvá fáze excitace od krátkého okamžiku až po dobu mnoha minut. Trvání erekce je v přímé závislosti na intenzitě či variacích formy účinného sexuálního dráždění. V průběhu záměrně udržované fáze excitace dochází opakovaně k částečnému ochabnutí a opětovné erekci. Stejně tak zduření penisu může opakovaně klesat či stoupat. V případě psychosenzorického rozptýlení často dochází k částečnému či úplnému ochabnutí erekce, i když sexuální dráždění pokračuje. Asexuálním stimulem může být například náhlý hluk, oslovení cizí osoby, změny v osvětlení, změna teploty, či přítomnost osoby (Masters, Johnsonová, 1970).

Fáze plató

Penis, který již v předešlé fázi dosáhl úplné erekce, zvětšuje ve fázi plató v oblasti corona glandis penis zduřením svůj průměr. V pozdní fázi plató se může u části mužů objevit na glans penis změna zabarvení. Ke ztmavnutí rudého až nachově skvrnitého zbarvení dochází z důvodu cévního městnání v preejakulační fázi. Výskyt této barevné změny corone glandis je značně variabilní a není objektivním projevem stupně sexuálního vzrušení, typu či délky sexuálního dráždění (Vaškovský, 2007; Masters, Johnsonová, 1970).

Další klinickou reakcí na sexuální stimulaci v preejakulační fázi je mukoidní sekrece. U muže k preejakulační sekreci dochází ze zevního ústí uretry. Zdrojem mukoidní sekrece jsou Cowperovy žlázy (Vaškovský, 2007). Množství tekutiny je obvykle dvě až tři kapky, v průběhu dlouho udržované fáze plató dochází k vyloučení téměř jednoho mililitru této tekutiny (Masters, Johnsonová, 1970).

Fáze orgasmu

Ve fázi orgasmu dochází pravidelnými stahy musculus sphincter erethrae, musculus bulbospongiosus, musculus ischiocavernosus, povrchních i hlubokých příčných perineálních svalů k ejakulaci. Ejakulační reakce zasahuje celou délku uretry v penisu a vytlačuje semennou tekutinu z membranózní a prostatické části uretry k jejímu zevnímu ústí. Koordinovanými ale i mimovolnými stahy výše jmenovaných svalů dochází pod silným tlakem k výstřiku ejakulátu. Počáteční interkontraktilní intervaly uretry penisu jsou

obdobné intervalům stahů orgasmické zóny vaginy v průběhu orgasmu u ženy. Expulzivní kontrakce penisu začínají v 0,8 vteřinových intervalech a po prvních třech až čtyřech stazích dochází ke snížení expulzivní síly i jejich frekvence (Vaškovský, 2007; Masters, Johnsonová, 1970). Slabší stahy uretry penisu pak pokračují dále několik vteřin nepravidelně a vypuzují pod nízkým tlakem malé množství ejakulátu. Závěrečné interkontraktilní intervaly stahů uretry jsou prodlouženy na několik vteřin (Masters, Johnsonová, 1970).

Fáze relaxace

Po orgasmu dochází u muže k refrakternímu období, které začíná po posledních neexpulsivních kontrakcích uretry penisu a trvá, dokud sexuální podráždění neklesne na nízkou úroveň. Ve fázi uvolnění dochází k ochabnutí penisu ve dvou oddělených stadiích. Velmi časně v období refrakterity nastává první stadium, kdy se penis zmenšuje na velikost přibližně o 50 % větší, než je v klidovém stavu. Toto stadium nastává obvykle velmi rychle. Druhé stadium ochabnutí může být delší a může trvat i po celé refrakterní období ve fázi uvolnění. Penis se nakonec během tohoto stadia zmenší na svoji původní klidovou velikost. Detumescence nastává obvykle během 5 – 30 minut po orgasmu, nebo do jedné hodiny v případě nedosažení orgasmu (Vaškovský, 2007; Masters, Johnsonová, 1970).

V případě, kdy je fáze excitace nebo plató uměle prodlužována, bývá obvykle prodlouženo i stadium ochabnutí (Masters, Johnsonová, 1970).

Na sexuální dráždění reaguje také močová trubice penisu. Během erekce se uretra prodlužuje. S postupem vzrušení k fázi plató, dochází minimálně k dvojnásobnému zvětšení průměru uretry. Ve fázi plató dosahuje toto rozšíření v oblasti bulbus urethralis až trojnásobku svého původního průměru. Preorgasmické náhlé rozšíření bulbus urethralis je tak mohutné, až je při přímém pozorování viditelné. Během orgasmu se uretra stahuje ve stejném rytmu jako penis, v intervalu 0,8 sekund (Vaškovský, 2007). Ve fázi excitace dochází k mírnému rozevření zevního ústí uretry v příčném průměru. V následujících fázích již k dalšímu rozšíření uretry nedochází a bezprostředně po ejakulaci dochází k jeho vymizení (Masters, Johnsonová, 1970).

2.3.2 Scrotum

Obdobně jako ostatní pohlavní orgány, reaguje šourek – scrotum na sexuální dráždění zvýšením svalového napětí a cévním městnáním. Specifickou reakci scrota na sexuální stimulaci je možné popsat v souvislosti s fázemi cyklu sexuální aktivity muže (Masters, Johnsonová, 1970).

Fáze excitace

Při narůstání sexuálního dráždění dochází v důsledku lokálního cévního městnání a kontrakcí hladkých svalových vláken v tunica dartos k výraznému napínání, smršťování a ztlušťování skrotálního vaku. Ustupuje, až se ztrácí v klidu patrna pohyblivost skrotálního vaku a jeho mnohočetné zvrásnění. Tím dochází k výraznému zmenšení jeho vnitřního průměru a k výraznému omezení pohyblivosti varlete v jiné než vertikální rovině. Smrštění a následné zmenšení skrotálního vaku sekundárně přispívá k elevaci varlete v rozvinuté fázi excitace. Ve fázi plató a fázi orgasmu již k jiným specifickým reakcím skrotálního vaku nedochází (Vaškovský, 2007; Masters, Johnsonová, 1970).

Fáze relaxace

Na úbytek sexuálního dráždění v průběhu fáze uvolnění odpovídá skrotální vak dvěma zcela odlišnými způsoby. Způsob reakce je pro daného muže specifická. Častější reakce je charakteristická rychlou ztrátou napětí a prosáknutí a rychlým návratem k zvrásněnému a ochablému stavu. Méně častá je reakce pomalého uvolnění s opožděným smrštěním skrota a s opožděným vymizením prosáknutí. K dosažení obvyklé tloušťky skrota je u této reakce potřeba jedné až dvou hodin od ejakulace. Současně přetrvávající zmenšený vnitřní průměr skrota může opozdit oboustranný pokles varlete do jeho původní polohy (Masters, Johnsonová, 1970).

2.3.3 Testes

Varlata – testes reagují na sexuální dráždění dvěma hlavními způsoby, cévním městnáním a zvýšením svalového napětí. Specifický typ reakce varlat se objevuje ve všech čtyřech fázích sexuálního cyklu (Master, Johnsonová, 1970).

Fáze excitace

V rozvinuté fázi excitace dochází k elevaci obou varlat směrem k perineu, způsobené stahem semenných provazců – chordae spermaticae. Kremasterové svaly v semenných provazcích zajišťují elevaci varlat během celého mimovolního kontraktilního procesu. Zároveň s elevací se mění také osa zavěšení varlete. Horní pól varlete se elevací otáčí směrem dopředu a jeho zadní stěna se dotýká perinea. Mírná rotace varlete o 30 – 35 stupňů dopředu začíná v pozdní fázi excitace a dokončena je v závěrečné fázi plató (Masters, Johnsonová, 1970).

Pokud je fáze excitace udržována déle než 5 – 10 minut a nedochází ke zvyšování sexuálního dráždění potřebného k dosažení fáze plató, kontrahovaný musculus cremaster se uvolní a varlata se spolu se skrotem vrátí do klidové polohy. Napětí musculus cremaster nemůže být obvykle udržováno po neomezenou dobu, proto před dosažením fáze plató, může muž procházet několika fázemi částečné elevace a poklesu varlat. Částečnou elevaci varlat může kromě sexuální stimulace vyvolat i chlad, strach nebo hněv (Masters, Johnsonová, 1970).

Fáze plató

S narůstajícím sexuálním vzrušením je v preejakulační fázi dosaženo těsné apozice varlat k perineu. Elevace varlat má důležitou fyziologickou funkci pro úplný prožitek ejakulace. Při neúplné elevaci je dosaženo nedostatečného ejakulačního tlaku. Úplná elevace varlat k perineu je patognomická pro začínající orgasmus (Masters, Johnsonová, 1970).

Levé varle, uložené ve skrotálním vaku většinou níž, reaguje na sexuální podráždění nezávisle na varleti pravém. Elevace pravého varlete u většiny mužů ukončena již v pozdní fázi excitace, nebo na počátku fáze plató. K těsné apozici levého varlete k perineu dochází až těsně před ejakulací (Masters, Johnsonová, 1970).

Varlata reagují na sexuální podráždění i výrazným zvětšením svého objemu, které je projevem hlubokého cévního městnání. Zvětšení varlete je patrné nejdříve v pozdní fázi excitace nebo v časně fázi plató. Než dojde k orgasmu, zvětší se velikost varlete oproti klidovému stavu o 50 %, u některých mužů až o 100 % (Vaškovský, 2007). K výraznému zvětšení dochází hlavně při delší sexuální stimulaci. Většinou platí, že čím déle je udržována fáze plató bez orgasmického uvolnění, tím dochází k výraznějšímu cévnímu městnání ve varlatech a tím výraznější je pak z něj plynoucí zvětšení velikosti varlat.

Ve fázi orgasmu již k jiným specifickým reakcím varlat nedochází (Masters, Johnsonová, 1970).

Fáze relaxace

Reakce varlat je obdobná jako reakce skrotálního vaku. Rychlost ústupu cévního městnání a tím i zmenšení jeho velikosti a jeho sestup do skrotálního vaku individuální. Typ reakce je u jednotlivého muže většinou specifický. Většinou platí, že čím delší je fáze plató a čím déle je udržované cévní městnání a tím i zvětšení varlat, tím pomalejší je úplný ústup cévního městnání z varlat ve fázi uvolnění. Zmenšení varlat do původní velikosti trvá v průměru 2 – 15 minut (Vaškovský, 2007; Masters a Johnsonová, 1970).

3 Vliv hormonů a neurotransmiterů na sexuální funkce muže

Vliv hormonů a neurotransmiterů na sexuální fungování a chování lidí je složitý a všechny aspekty jejich komplexní účinnosti nejsou dosud úplně probádané a vysvětlené.

Fyziologie reprodukce a sexuality je u člověka soustředěna do hypotalamo-hypofyzární-gonadální (HPG) osy. HPG osa hraje klíčovou roli ve vývoji mužského fenotypu během embryogeneze, v sexuálním zrání během puberty, v produkci testikulárního testosteronu a v neposlední řadě řídí exokrinní funkci testikulární produkce spermií (Vaškovský, 2007).

Hypotalamus je pulzním generátorem cyklické sekrece pituitárních a gonadálních hormonů. Pro reprodukci a sexualitu je z těchto hormonů nejdůležitější gonadotropin – releasing hormon (GnRH). Stimuluje sekreci luteinizačního hormonu (LH) a folikulostimulačního hormonu (FSH) z předního laloku hypofýzy (Stárka, 2007).

Přední lalok hypofýzy produkuje a uvolňuje LH a FSH, které regulují funkci varlat. Dalším hormonem předního laloku hypofýzy je prolaktin. Známé jsou hlavně jeho účinky na syntézu mléka během těhotenství a laktace u žen. Normální role prolaktinu u mužů není dosud úplně jasná, jeho normální hladiny jsou důležité pro udržení libida. Dalším hormonem s vlivem na reprodukci, je růstový hormon (Growth Hormone, GH). Z nedávných výzkumů vyplývá, že růstový hormon působí na produkci Insulin-like Growth Factor-I (ILGF-I) ve varlatech. ILGF-I je důležitým růstovým faktorem pro spermatogenezu. Růstový hormon je během puberty nezbytný pro normální testikulární maturaci. Při jeho deficitu nastupuje poberta opožděně a snižena je i produkce steroidních hormonů (Stárka, 2007).

Varlata svojí exokrinní a endokrinní funkcí zajišťují normální mužskou virilitu i fertilitu včetně sexuality. Exokrinní i endokrinní funkce varlat jsou pod přímou kontrolou HPG osy. Semenotvorné kanálky tvoří exokrinní oddíl a zodpovídá za produkci spermií. Intersticiium varlat, složené hlavně z Leydigových buněk, tvoří endokrinní oddíl a zodpovídá za syntézu steroidů (Stárka, 2010).

V normálním sexuálním fungování hraje u člověka významnou roli nejen množství hormonů, ale též neurotransmiterů a peptidů. Úroveň hladin těchto látek je závislá na věku, pohlaví, fyzických a psychických funkcích. Centrálně sexuální fungování zvyšují dopamin, noradrenalin, testosteron a oxytocin, GABA působí inhibičně. V rozněcování vzrušení a

orgasmu působí noradrenalin, oxid dusný, VIP a estrogen periferně, inhibiční účinek má serotonin, histamin-2 blokátory a α -1 a α -2 agonisté (Vaškovský, 2007).

3.1 Androgeny

Pro mužskou rozmnožovací funkci mají význam tři gonadální steroidy, testosteron, dihydrotestosteron a estradiol. Nejdůležitějším steroidem z kvantitativního hlediska je testosteron. 95 % testosteronu pochází z Leydigových buněk a zbytek pochází z nadledvin. Leydigovy buňky dále secernují malé množství účinného androgenu dihydrotestosteronu a slabých androgenů dehydroepiandrosteronu a androstendionu. V malém množství vylučují Leydigovy buňky též 17α -hydroxypregnenolon, 17α -hydroxyprogesteron, progesteron, estron, estradiol a pregnenolon (Greenspan, 2003).

Testosteron zajišťuje přímo i nepřímo embryonální diferenciaci zevního a vnitřního genitálu mužským směrem. V pubertě probíhá androgeny zprostředkovaný růst penisu, skrota, nadvarlete, chámovodu, prostaty a semenných váčků. Androgeny stimulují růst laryngu, což vede k prohloubení hlasu a růst kosterního svalstva spolu s růstem epifyzárních chrupavčitých plotének, což vede k pubertální růstové akceleraci. Délka faryngu je v pubertě závislá na testosteronu, zvětší se přibližně o 1 cm. Zvětšení faryngu spolu s délkou a velikostí hlasivek pak vede ke snížení hlasu. S délkou puberty pak souvisí hloubka hlasu. Stimuluje ambisexuální i sexuální růst ochlupení a stimuluje aktivitu žláz mazových. K dalšímu účinku androgenu patří stimulace erytropoézy a změny sociálního chování. Androgeny mají tedy podstatnou úlohu a význam při formování mozkových struktur, diferenciaci a vývoji mozku, které pak ovlivňují sexuální chování, řídí sekundární pohlavní vývoj muže v pubertě a potenci a uchování libida u muže v dospělosti (Greenspan, 2003; Vaškovský, 2007; Študent, 2003).

Testosteron představuje primární pohlavní steroidní hormon ovlivňující touhu v kombinaci s dopaminem a serotoninem cestou hypotalamu a asociovaných limbických struktur v mozku. Nedostatek testosteronu způsobuje u mužů rychlý a výrazný pokles sexuálního zájmu, vzrušivosti, genitální citlivosti, pohotovosti k orgasmu až jeho vymizení, libida, počet spontánních erekcí a sexuální aktivity. Testosteron zvyšuje sexuální vzrušivost i potěšení a má pozitivní vliv na náladu (Weiss, 2010).

U adolescentních chlapců předpovídá hladina volného testosteronu frekvenci sexuálních myšlenek. Míra vylučovaného testosteronu pozitivně koreluje s iniciací sexuálního styku (Vaškovský, 2007).

Testosteron u mužů zvyšuje sebevědomí, agresivitu, snahu imponovat okolí a schopnost riskovat. Muži s vysokou hladinou testosteronu mají vyšší šanci či riziko paternity. Když se však tito muži stanou otci a věnují se svým dětem, klesne u nich hladina testosteronu až o 30 %. Pokles hladiny testosteronu koreluje s časem, který s dětmi stráví. Negativní korelace mezi testosteronem a silou vazby k partnerce byla potvrzena u mladých mužů. Pozitivně koreluje zvýšení hladiny testosteronu při setkání muže s neznámou ženou s intenzitou zájmu o ženu. Hypogonadální muži mají v průměru méně mimomanželských pohlavních styků než muži eugonadní (Stárka, 2015).

Existuje velice blízký vztah mezi normálním duševním a tělesným výkonem, aktivitou, náladou či sebevědomím a androgenním prostředím. Koncentrace testosteronu v krvi muže úzce souvisí s frekvencí a přítomností sexuálních fantazií, ranních i spontánních erekcí, sexuální aktivitou, frekvencí masturbací a koitů. Nedostatek androgenu pak provází ztráta zájmu o sexualitu, ztráta libida, sexuální inaktivitu, letargii a depresivní náladu (Weiss, 2010).

Testosteron je prekurzorem vysoce biologicky aktivního hormonu 5- α -dihydrotestosteronu (DHT). DHT je hlavním androgenem působícím na prostatu, semenné vázky, epididymis a vas deferens. Nedostatek DHT v semenných váčcích, vas deferens a epididymis může vést k regresi sekrečního epitelu a následně až k aspermii. DHT je nezbytně důležitý pro normální vývoj zevního genitálu, hlavně růst penisu a sestup varlat. Má významnou roli v prenatální diferenciaci zevního genitálu a při nastavení sexuálního dimorfismu včetně potřebných mozkových funkcí (Študent, 2003; Weiss, 2010).

Nedostatek DHT u muže vede ke značnému snížení objemu ejakulátu od 0,05 ml do 1,0 ml, dále u něj vede k zvýšení viskozity a k snížení schopnosti liquefakce. Počet spermií i jejich motilita a morfologie může být normální, nebo je přítomna oligospermie či aspermie (Weiss, 2010).

3.1.1 Adrenální androgeny

Androstendion, dehydroepiandrosteron (DHEA) a dehydroepiandrosteronsulfát (DHEAS) patří mezi adrenální androgeny. Hlavním zdrojem DHEA je zona reticularis nadledvinové kůry a v malém množství i gonády (Stárka, Pohanka, 2002). DHEA a DHEAS nejsou hormony v plném smyslu, nemají vlastní receptory a jejich účinky patří svým mechanismem mezi negenomové (Pohanka, 2009). Fungují především jako prekurzory pro periferní konverzi na aktivní hormony testosteron a dihydrotestosteron. Z nadledviny uvolňovaný DHEAS podstupuje omezenou konverzi na DHEA, konvertovaný DHEA a DHEA produkovaný kůrou nadledvin může být v periferních tkáních metabolizován na androstendion. Androstendion je bezprostředním prekurzorem aktivních androgenů (Greenspan, 2003).

Biosyntéza DHEA de novo probíhá vedle kůry nadledvin, gonád a placenty, také v mozkových buňkách, kde rovněž účinkuje. Z tohoto hlediska patří DHEA mezi neurosteroidy a významně ovlivňuje nejenom behaviorální projevy, ale i některé funkce centrálního nervového systému (CNS). Tím se řadí mezi parakrinně, případně autokrinně účinné neurosteroidy (Pohanka, 2010).

Placentární kortikoliberin má stimulační účinek na produkci DHEAS v ledvinách plodu, které se tak stávají bohatým zdrojem estriolu a estradiolu ve fetoplacentární jednotce. Krátce po porodu hladina DHEAS klesá a nízká zůstává až do adrenarché, do věku 8 – 10 let. V tomto období se aktivuje produkce androgenů i adrenální sekrece DHEAS, díky které nastává růst ochlupení i probuzení sexuálního zájmu. Maximální hladina DHEAS je u člověka dosažena kolem třicátého věku, pak postupně klesá (Stárka, Pohanka, 2002).

Z celkového množství steroidů byli DHEA i jeho sulfát ve vysokém množství prokázány v semenné tekutině mužů. Jejich 7-hydroxylované metabolity v ejakulátu, hlavně 7 α -hydroxydehydroepiandrosteron a jeho 7 β -isomer (7 α - a 7 β -OH-DHEA), zastávají funkci modulátorů imunitního prostředí. Po cholesterolu patří DHEAS i k nejhojnějším v krvi kolujícím steroidům (Pohanka, 2009).

Nadměrná sekrece adrenálních androgenů nemá u zdravého dospělého muže výrazný klinický význam. Konverze adrenálního androstendiolu na testosteron u muže s normální gonadální funkcí představuje méně než 5 % jeho celkové produkce. Klinický

význam má nadprodukce adrenálních androgenů jen u chlapců, kdy vede k předčasnému zvětšení penisu a časnému rozvoji sekundárních pohlavních znaků (Greenspan, 2003).

Vzhledem ke svým biologickým účinkům byl DHEA označen jako hormon mládí. Jeho hladina s věkem výrazně klesá a nízké hladiny DHEA se vyskytují tam, kde se projevují příznaky i komplikace stárnutí. U mužů má výrazný kardioprotektivní účinek, u žen nikoliv. Antidiabetogenní účinek DHEA je výrazný u žen, u mužů ne. K jeho dalším účinkům patří účinek imunomodulační, imunostimulační, antikancerogenní, antiobezitní, hypolipidemický, osteoprotektivní, působí senzitivizačně na inzulin, zlepšuje hydrataci a turgor kůže. Jako neurosteroid působí antidepresivně a anxiolyticky, moduluje spánek a podporuje kognitivní funkce. V sexuální oblasti patří mezi erektogenní hormony, zvyšuje sexuální apetenci u mužů i žen. V lidské semenné tekutině plní DHEAS úlohu modulátoru vnitřního prostředí (Pohanka, 2010).

DHEA se u dospělých mužů považuje za příčinu celkového i sexuálního pocitu pohody, well-being, zvyšuje sexuální vzrušivost nejen u mužů, ale i u žen a má pozitivní vliv na sexuální fungování (Vaškovský, 2007; Zvěřina, 2014).

3.2 Estrogeny a progesteron

Estrogeny nejsou jen ženským hormonem, v malém množství jsou ve varleti Leydigovými a Sertoliho buňkami konvertované z androgenů. Estrogeny kolují u mužů v krevním oběhu a stávají se důležitým mozkovým signálním působkem. Estrogeny z vnějšího prostředí dávají vědci do souvislosti se sekulárním poklesem počtu spermií (Weiss, 2010).

Estrogeny mají na sexuální touhu mužů jen malý vliv. Vysoké hladiny exogenního estrogenu snižují u mužů sexuální touhu, frekvenci masturbací, počet pohlavních styků a sexuálních fantazií. V spermioqramu snižuje počet spermií i jejich motilitu a viabilitu (Weiss, 2010).

O vlivu progesteronu na sexuální funkce se ví málo. U mužů redukuje nadměrnou sexuální touhu a snižuje sexuální apetenci (Vaškovský, 2007).

3.3 Prolaktin

Prolaktin je polypeptid zahrnující 198 aminokyselin a jeho syntéza i sekrece probíhá v adenohypofýze (Greenspan, 2003).

Prolaktin působí na sexuální vzrušení centrálně, periferně i cestou dopaminergní regulace. Dopamin jeho produkci tlumí a serotonin jeho sekreci zvyšuje (Zvěřina, 2014). Hladina prolaktinu se snižuje bezprostředně po sexuálním vzrušení, nemění se ale po masturbaci, koitu a navozeném sexuálním vzrušení například filmem (Vaškovský, 2007). U mužů i žen je prokázáný postorgastický vzestup hladiny prolaktinu. Vzestup prolaktinu nenastane v případě, kdy sexuální akt nevyvrcholí v orgasmus. Tento vzestup prolaktinu má vztah k postorgastické relaxační fázi, k nástupu detumescence a refrakterní periody, obdobně jako vzestup β -endorfinů. (Zvěřina, 2014; Weiss, 2010).

Prolaktin dle dnešních poznatků nemá fyziologickou funkci v regulaci gonád, zvýšená hladina prolaktinu však vede k hypogonadismu. Nadbytek prolaktinu vede u mužů k snížení syntézy testosteronu a k útlumu spermatogenesy. Tento stav se klinicky projeví jako pokles libida, snížení sexuální vzrušivosti, infertilita a impotence (Greenspan, 2003; Zvěřina, 2014). Fyziologicky je možné snížení libida pozorovat u kojících žen. Poruchy erekce u mužů způsobuje i abnormálně nízká hladina prolaktinu (Vaškovský, 2007).

3.4 Oxytocin

Oxytocin je fylogeneticky velice starý nonapeptid, hormon produkovaný hypothalamem a následně transportován do neurohypofýzy, kde je skladován. K vyplavení oxytocinu z neurohypofýzy do oběhu dochází na podkladě různých podnětů, jedním z nich je i pohlavní styk. Oxytocin je spojován hlavně s porodem a laktací. Množství receptorů, jejich lokalizace a kolující koncentrace oxytocinu jsou však u mužů i žen stejné (Stárka, 2007).

Nejvíce probádána je jeho úloha v reprodukčním systému ženy, důležitou úlohu má i ve stresové odpovědi, v sexuální aktivitě, v partnerském životě a v sociálním chování (Stárka, 2007).

O úloze oxytocinu v sexuální aktivitě bylo v posledních letech provedeno množství výzkumů. Koncentrace oxytocinu v krevním oběhu během sexuální aktivity stoupá, a to

u obou pohlaví (Vaškovský, 2007). U mužů je vzestup cirkulující hladiny oxytocinu nejvýraznější při erekci a ejakulaci (Filippi, 2002). Hladiny oxytocinu se zvyšují během orgasmu i po něm a zvýšené zůstávají několik minut po prožitém orgasmu (Zvěřina, 2014). Erektce penisu je podporována oxytocinem hlavně centrálně. Paraventriculární jádro, které v hypothalamu produkuje oxytocin je nervovými spoji spojeno s dalšími hypothalamovými, extrahypothalamovými i míšními jádry. Míšní centra řídící erekci obsahují četné oxytocinové receptory. Oxytocinové receptory se nacházejí i v penisu, kde zprostředkují děje, vedoucí ke kontrakci corpora cavernosa. Odpověď kavernózních těles na oxytocin je podmíněná přítomností estrogenních receptorů a estradiolu. Oxytocin a estrogeny hrají roli i v indukci penilní flacidity po orgasmu (Stárka, 2007).

Receptory oxytocinu v mužských pohlavních orgánech jsou přítomny nejen v penisu, ale i v hladkých svalech v okolí vývodů nadvarlete a ve stromatu obklopujícího prostatické vývodní cesty. Oxytocin tak hraje důležitou roli i v ejakulačním procesu. Zvýšení jeho hladiny během orgasmu vyvolá ejakulaci právě indukcí stahů zmíněných hladkých svalů. Zvýšená hladina oxytocinu následně zvýší počet spermií a objem vypuštěné semenné tekutiny (Stárka, 2007). Existuje pozitivní korelace mezi hladinou oxytocinu a intenzitou orgastických kontrakcí u mužů (Vaškovský, 2007).

Oxytocinové receptory se nacházejí i v buňkách hladké svaloviny nadvarlete a také v epitelu tubulů. Přítomnost estrogenu podmiňuje senzitivitu myofibril na oxytocin (Filippi, 2002).

Oxytocin obsažený v semenné tekutině podporuje motilitu spermií i stahy na oxytocin vnímavých úseků ženských reprodukčních orgánů (Stárka, 2007).

Účinek oxytocinu v centrální nervové soustavě hraje roli v utváření interpersonálních vazeb, a to hlavně v partnerských vztazích a mateřské lásce. Je významným hormonálním regulátorem mateřského a sexuálního chování, působí na matky, aby se mazlily se svými dětmi, a podobně účinkuje i na aktivitu mezi mužem a ženou. Zvýšené vyplavování oxytocinu vyvolává orgasmus i tělesný kontakt (Grewen, 2005). Zvýšení hladiny oxytocinu vyvolané vzájemnými partnerskými dotyky, vyvolává pocit náklonnosti a uvolněného uspokojení, zvyšuje důvěřivost, působí antistresově a podporuje ve vztahu věrnost (Stárka, 2007).

Oxytocin hraje významnou roli v sexuální aktivitě, podstatný je jeho vliv na vyvolání a udržení erekce, k uskutečnění orgasmu i ejakulace. Je hormonem, který hraje důležitou roli v neurobiologii partnerského vztahu, dvoření a v péči o potomstvo. Zvyšuje

důvěřivost, ale i závistlivost a škodolibost. Považuje se za hormon věrnosti a hormon mateřské lásky (Stárka, 2013). Oxytocin pozitivně koreluje s náladou a zájmem o sex, zvyšuje sexuální touhu, zkracuje ejakulační latenci, facilituje penilní erekci a zvyšuje projevy lordózy během koitu (Vaškovský, 2007).

3.5 Serotonin a dopamin

Serotonin účinkuje centrálně i periferně. Přibližně 95 % serotoninových receptorů se nachází periferně. Periferně účinkuje serotonin na hladké svalstvo cév a způsobuje vasokonstrikci a vasodilataci. Serotoninergní látky sexuální aktivitu obecně snižují. Můžou vyvolat poruchy erekce, prodloužení ejakulace až anorgasmii a pokles libida (Vaškovský, 2007).

Dopaminergní systém ovlivňuje limbické oblasti v mozku z mozkového kmene, a tím významně ovlivňuje reprodukční chování včetně neuroendokrinní regulace. Neurotransmitter dopamin a dopaminergní látky sexuální aktivitu obecně podporují a zvyšují, antagonisté dopaminu ji snižují, až tlumí (Zvěřina, 2016; Zvěřina, 2014). Následující tabulka (Tabulka 1) předkládá vliv serotoninu na sexuální fungování.

Tabulka 1 Vliv serotoninu na sexuální fungování

Místo účinku	Účinek serotoninu	Důsledky na sexuální fungování
Centrální	Snížení DA v mezolimbickém systému	Pokles sexuálního fungování ve všech fázích
	Atimulace sekrece prolaktinu	Pokles touhy
	Stimulace 5HT _{2A} 5HT _{1B} a 5HT _{2C} receptorů	Inhibice
	Stimulace 5HT _{1A} a 5HT _{2C} receptorů	Stimulačně, facilitující
Periferní	Uvolnění hladkých svalů cév	Nerozněcování vzrušení, ale minimálně negativní dopad
	Uvolnění hladkých svalů genitálií	Inhibice svalových kontrakcí orgasmu
	Genitální anestezie	Pokles vzrušení a orgasmu
	Pre-synaptická inhibice noradrenergní stimulace	Oddálení nebo zabránění orgasmu

(Vaškovský, 2007, s. 38)

3.6 Adrenalin a noradrenalin

Adrenergní aktivita způsobuje detumescenci penisu a hraje důležitou roli v udržení penisu ve flacidním stavu. α_1 -adrenergní receptory se nacházejí v penilních tkáních a jejich bloádou je dosahováno erekce. U mužů dochází k zvýšení hladiny adrenalinu v krvi po masturbaci, po zhlédnutí erotického filmu, vrchol dosahuje při orgasmu a k výchozím hodnotám se vrací několik minut po orgasmu (Vaškovský, 2007).

Noradrenalin patří k centrálním mediátorům sexuálního vzrušení, na sexualitu má tedy centrální stimulační vliv (Zvěřina, 2012). Noradrenalinový systém ovlivňuje limbické oblasti mozku z mozkového kmene díky existenci celkem pěti receptorů: α_1 a α_2 , β_1 , β_2 a β_3 . Receptory α blokují u mužů genitální reakce kontrakcemi erektivní tkáně a receptory β relaxují svěrač močového měchýře (Zvěřina, 2014). K vzestupu hladiny noradrenalinu dochází v průběhu sexuální aktivity. U mužů hladina noradrenalinu pozitivně koreluje s dosažením vzrušení a erekce během sexuální aktivity i masturbace. Vrcholu dosahuje při orgasmu. K bazálním hodnotám se vrací přibližně do dvou minut po dosažení orgasmu. Metabolit noradrenalinu kyselina vanylmáslová je přítomna v moči až 23 hodin po orgasmu (Vaškovský, 2007). Úlohu noradrenalinu v sexuálním fungování popisuje Tabulka 2.

Tabulka 2 Úloha noradrenalinu v sexuálním fungování

Místo účinku	Účinek noradrenalinu	Dopad na sexuální fungování
Centrální	Alfa-2 antagonismus	Zvýšení vzrušení a orgasmu
Periferní	Tonická stimulace α_1 a α_2 receptorů penisu	Udržení penisu v základním flacidním stavu
	Hypogastrická stimulace	Zvýšení vzrušení, erekce
	Zavírání uretrálního sfinkteru	Prevence retrográdní ejakulace
	Zvýšení systémové cirkulace NA	Zvýšení vzrušení a orgasmu

(Vaškovský, 2007, s. 42)

3.7 Acetylcholin

Neurotransmitter acetylcholin je mediátorem centrálního i periferního nervového systému. Uvolňuje se exkrecí z terminálních axonálních zakončení. Patří mezi excitační nebo mírně facilitační transmittery (Pohanka, 2004).

Acetylcholin je nepostradatelným neurotransmiterem účastnícím se mužských sexuálních funkcí na periferní úrovni. Přímou účastí na reflexní erekci, která je zprostředkována autonomními i somatickými eferentními vlákny. Reflexní erekci, která je modulována supraspinálně, řídí a zprostředkovává větší množství neurotransmiterů. Nejdůležitější z nich je acetylcholin a dopamin, dalšími jsou NO, ACTH a oxytocin. Acetylcholin se považuje i za hlavní neurotransmitter při vazodilataci penilních arterií (Pohanka, 2004).

Acetylcholin spolu s vasoaktivním intestinálním polypeptidem sehrává důležitou roli ve fyziologii penilní erekce obecně. Korpus cavernosum je inervovaný cholinergními zakončeními nervů a také obsahuje cholinergní receptory. Ke včasné ejakulaci vede zvýšení cholinergní aktivity. Cholinergní systém, hlavně v kortexu mozku, zvyšuje reakce na senzorické vjemy. Tabulka 3 dává přehled o úloze acetylcholinu v sexuálním fungování (Vaškovský, 2007; Zvěřina, 2014).

Tabulka 3 Úloha acetylcholinu v sexuálním fungování

Účinek acetylcholinu	Dopady na sexuální fungování
Zvyšuje vyváženost adrenergního a parasympatického genitálního faktoru	Může iniciovat a facilitovat vzrušení
Zvyšuje sekreci, lubrikaci genitálií	Zvyšuje komfort v průběhu sexuální aktivity
Zvyšuje výdej a syntézu NO a VIP	Erekce v průběhu vzrušení

(Vaškovský, 2007, s. 44)

3.8 Endorfiny a melanokortiny

Z polypeptidů jako mozkových neurotransmiterů se v sexualitě uplatňují hlavně melanokortiny, které mají k sexuální aktivitě vztah stimulační a endorfiny, působící na sexualitu spíše tlumivě (Zvěřina, 2012).

Endogenní opioidy hrají významnou roli v postorgastické rezoluční fázi sexuálního cyklu. β -endorfiny jsou secernovány v mozkovém kmeni i v hypotalamu. Díky jeho vlivu na amygdalu a preoptickou areu má na sexualitu tlumící efekt. Dle některých autorů mají β -endorfiny dvoufázovou účinnost, vysoké dávky sexuální vzrušivost tlumí, a naopak nízké dávky ji zvyšují (Zvěřina, 2014).

Melanokortiny vznikají podobně jako β -endorfiny z preopiomelanokortinu. Zvyšují sexuální vzrušivost u mužů i žen. U mužů vyvolávají erektlní odpověď a ejakulaci spojenou s protahováním těla a efektem zívání (Weiss, 2010).

3.9 Kyselina gamaaminomáslová

Aktivita kyseliny gamaaminomáslové (GABA) způsobuje inhibici erekce a ejakulace, sexuálního chování i vazby a intromisi penisu (Vaškovský, 2007). GABA-ergní mechanismy působí na lidskou sexualitu obecně tlumivě a sexuální aktivitu snižují (Zvěřina, 2012; Zvěřina, 2016).

3.10 Feromony

V sexuální aktivitě lidí je čich nejméně prozkoumaným smyslem. Vůně a pachy přitom k erotice neodmyslitelně patří. Látky, ovlivňující prostřednictvím čichových receptorů lidské sexuální chování, dostaly označení feromony. Látky, které způsobují bezprostřední změny v chování, jsou feromony signální a látky, které vyvolávají hormonální změny v organismu, jsou feromony základní (Zvěřina, 2003).

Feromony jsou produkovány žlázami v ústí uretry, konečníku, ústech a prsou a působí v specifických oblastech olfaktorických struktur. Souvislost mezi sexualitou a feromony se vysvětluje zvýšením hladiny estrogenů v průběhu luteální fáze sexuálně

žijících žen i jejich vlivem na menstruační synchronologii u společně žijících žen. Vliv lidských feromonů souvisí se zvýšeným množstvím sexuálních styků, laskáním a líbáním, mazlením a spaním s romantickým partnerem. K změnám frekvence masturbace vlivem feromonů nedochází. Tyto změny v chování souvisejí s podílem mužských feromonů na zvýšení sexuální atraktivity mužů pro ženy (Vaškovský, 2007).

U lidí bylo zjištěno, že při výběru sexuálního partnera hrají kromě hormonálních látek a neurotransmiterů důležitou roli také feromony. Na feromon určitého muže jsou citlivé jen některé ženy. I když jsou feromony samy o sobě bez zápachu, působí pravděpodobně pouze v přítomnosti mužských derivátů androstenu, které jsou přítomny ve stopových koncentracích v kůži. Feromony tak odrážejí imunologickou výbavu muže, které je pro ženu signálem biologické akceptace daného muže jako optimálního pro vznik a vývoj potomků. U lidí tento poznatek tvoří pouze část tohoto biologického výběru, druhou polovinu tvoří výběr muže schopného potomstvo zajistit. Lze proto říct, že partnera si vybírá žena a ne muž, ačkoliv to tak společensky vypadá (Opletal, 2008).

Feromonová aktivita byla u lidí popsána u androstenolu, který patří do skupiny odorantních 16-androstenových látek, avšak základy této aktivity na molekulární úrovni jsou zatím neznámy. Látka je strukturou podobná endogenním neurosteroidům a působí jako pozitivní regulátor GABA_A receptorů. Významné množství androstenolu se nachází v moči, slinách, krevní plazmě a podpažním potu. Androstenol je u lidí syntetizován v nadledvinách a vaječnících. Je schopný svým vlivem na CNS modulovat sociální i behaviorální aktivitu lidí (Opletal, 2008).

3.11 Oxid dusnatý

Oxid dusnatý (NO) hraje důležitou roli v lidské fyziologii a fyziologii erekce. NO je důležitý pro dosažení penilní tumescence a vasokongesce. Uvolňování oxidu dusnatého je fyziologickým mechanismem při erekcí penisu v corpus cavernosum během sexuální stimulace. Sexuální stimulace vede k produkci oxidu dusnatého, čím dochází k uvolnění guanylátcyklázy. Guanylátcykláza následně konvertuje guanosintrifosfát na cyklický guanosinmonofosfát (cGMP). Následně cGMP způsobí relaxaci hladkého svalstva penilních artérií a kavernózních těles, která vede k zvýšení průtoku krve v penisu.

Trvající sexuální stimulace a příslušná úroveň libida je podmínkou pro trvající produkci cGMP a trvalou penilní tumescenci (Vaškovský, 2007; Opletal, 2008).

Tabulka 4 poskytuje přehled vlivu neuromediátorů a hormonů na jednotlivé fáze sexuálních odpovědí. Příloha 3 poskytuje přehled o všech hormonech a neuromediátorech s jejich vlivem na sexuální fungování.

Tabulka 4 Fyziologické mediátory sexuálního fungování

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

(Vaškovský, 2007, s. 45)

4 Muž – partner těhotné ženy

Stát se otcem patří v životě muže k důležitým výzvám. Dítě přinese do života páru nový smysl a obohacení, ale i závazek. Těhotenství partnerky se pro muže stává obdobím změn, obdobím zlomu a také obdobím krizovým. Na muže klade vysoké psychické nároky, které souvisí s jeho nastupující novou rolí, rolí otce. Potkávají se u něj na jedné straně radostné pocity z očekávání potomka, na straně druhé obavy z budoucnosti a ze zvládnutí otcovství. Radostné pocity i obavy, které muž prožívá, jsou normální a k danému období patří. Adaptace muže na novou roli je ovlivňována nejen jeho zkušenostmi a postoji, ale i kulturními a společenskými normami společnosti.

Emoce a úkoly muže během gravidity partnerky popisuje Woods ve své knize Těhotenství pro muže (2012). U nás se tématu věnuje Ratislavová (2008). V prvním trimestru se muž dozvídá o těhotenství své partnerky. Emoce a reakce muže závisí zejména na tom, zda bylo těhotenství žádané, či nikoliv. Můžou se u něj objevit pocity nejistoty, pochybností i ambivalentní pocity vůči dítěti. Na jednu stranu se na dítě těší, ale zároveň si uvědomuje, o co vše příchodem dítěte může přijít. Na začátku těhotenství partnerky může muž procházet stadiem šoku a popření. Po psychické stránce se u něj projevují obranné reakce ve smyslu úniku, izolace, popření otcovství či agrese. K tomu se často přidává strach ze svázanosti, ztráty svobody, strach ze závazku, či přemrštěný pocit zodpovědnosti se strachem ze selhání. Po prožití této fáze by mělo dojít k vyrovnání se s nastalou novou situací a k přijetí nové role (Woods, 2012; Ratislavová, 2008).

V druhé třetině gravidity se můžou někteří muži cítit vyloučení ze života své partnerky. Připadají si zbyteční a nepotřební. Za značně vysokého úsilí se snaží udržet vztah na stejné úrovni. Z nastalých změn a pocitů se může u muže později vyvinout závist vůči ženě či žárlivost na dítě. Vhodné je zapojit nastávajícího otce do děje, umožnit mu komunikaci s dítětem formou doteků či rozhovorů, umožnit mu podílet se na zařizování a úpravách bydlení, umožnit mu doprovázet partnerku na gynekologické a ultrazvukové vyšetření i na předporodní kurzy. Na předporodních kurzech se seznámí s dalšími budoucími otci a jejich společné sdílení zkušeností, emocí i strachů, může muži významně pomoci (Ratislavová, 2008).

V období před porodem přijímá muž svou novou otcovskou roli. Můžou se u něj objevit obavy spojené s budoucností. Zda uživí rodinu, zda bude dobrým otcem a zároveň

partnerem. Bilancuje, čeho se bude muset kvůli nové roli vzdát a co nového naopak získá. Žena od muže očekává navození pocitu bezpečí, zabezpečení finanční a sociální jistoty, poskytnutí opory, ochrany a stability. Zároveň žádá od muže, aby se stal citlivým, chápavým a něžným. Přeje si muže, který bude s nenarozeným dítětem komunikovat a bude se na miminko těšit. Měla by dát partnerovi najevo, že je důležitou součástí celého období těhotenství. Muž potřebuje cítit emocionální spojení se ženou i s dítětem (Ratislavová, 2008).

Těhotenství ženy má vliv nejenom na psychiku nastávajícího otce, ale ovlivňuje i jeho biologii. Jedná se zejména o změny hladiny testosteronu. V první trimestru gravidity je hladina testosteronu u muže stabilní. Pak začne klesat a klesání pokračuje přibližně do třetího měsíce po narození dítěte, kdy se dostává k původním hodnotám. Snížení hladiny testosteronu vede u mužů ke snížení agresivity. Některým mužům se hladina testosteronu snižuje až po porodu dítěte a někteří ji mají sníženou po celou dobu gravidity. Partneri těhotných žen mají oproti kontrolní skupině mužů nižší hladiny testosteronu o 30 %. Dalším hormonem, kterého hodnoty se mění v souvislosti s graviditou partnerky, je prolaktin. Hladina prolaktinu se u nastávajících otců zvyšuje několik týdnů před porodem partnerky. U 70 % mužů byla měřitelná i hladina estradiolu, který je za běžných okolností u mužů neměřitelný (Rodriguez, 2005).

4.1 Rituál a syndrom kuváda

Kolem těhotenství a porodu existuje mnoho pověr, rituálních praktik i emocionálních prožitků. Lidé od dávných věků přisuzovali magické všemu, čemu nerozuměli a co si neuměli vysvětlit. Zrození života, vývoj plodu v matčině břiše a porod mezi ně rozhodně patří. U domorodých kmenů a primitivních národů se dodržují různé rituály a praktiky, které mají za úkol ulehčit ženě porod, zmírnit její bolesti, ochránit ji před zlými duchy i zprostředkovat přerod muže z ploditele do role otce. Tyto rituály nesou souhrnné označení kuváda. Termín jako první použil britský antropolog Edward B. Taylor již roce 1865 (Stackeová, Böhmová, 2010). Slovo kuváda, anglicky couvade, je francouzsko-baskický termín označující snášení, sezení na vejcích, líhnutí (Krekulová, Honzák, 2010).

Český cestovatel A. V. Frič popsal ve své knize Indiáni Jižní Ameriky průběh porodu u kmene Bororo. Žena rodila o samotě v chýši na břehu řeky. Muži kmene chýši zapálili a se řevem se vrhli ke vchodu. Silný výkřik ženy jejich řev přerušil, vše utichlo a žena s novorozенým dítětem vyběhla z hořící chýše ven. Přeplavala i s dítětem řeku tam a zpět a pokračovala dál v každodenních povinnostech sběru jedlých kořenů v lese. Její muž ale ležel na lůžku a naříkal, všichni obyvatelé ho utěšovali a prohlásili ho za nemocného. Významem rituálu bylo odlákat zlé duchy od rodící ženy, kteří by do ní mohli vstoupit otevřenou ranou. Obdobné rituály, kdy žena rodí odděleně a muž doma nařiká a sténá bolestí, jsou běžné i u jiných národů. V některých částech Asie a současného Španělska žena také rodila odděleně, muž doma ležel a sténal bolestmi, žena se po porodu vrátila, zahrnula muže péčí, nakrmila ho a dál pokračovala v běžné práci. Skotští a irští muži pomáhali své ženě zmírnit porodní bolesti tak, že nosili část jejího oblečení. Některé národy zakazují nastávajícímu otci jíst určité pokrmy, držet půst nebo musí žít odděleně od ostatních. Muži Šošonů drží přísný půst, běží několikakilometrový běh, kterým přispívají k zmírnění bolesti rodičky a k jejímu rychlému uzdravení. Po narození dítěte se muž ponoří do studené vody potoka (Stackeová, Böhmová, 2010).

Rituálem kuváda jsou souhrnně označované somatické i psychické změny mužů primitivních národů, jejichž těhotné partnerky se připravovaly na porod. V naší vyspělé civilizaci se vyskytují obdobné psychosomatické změny v chování mužů těhotných žen. Souhrnně se označují termínem Couvade syndrom – kuváda, syndrom těhotného tatínka či syndrom solidárního těhotenství. Ratislavová (2008) udává 11% až 35% výskyt tohoto syndromu u nastávajících otců. Muži trpí somatickými obtížemi, které nápadně imitují potíže těhotných žen. Jedná se o rané nevolnosti, pálení žáhy, časté močení, zvýšená chuť k jídlu a následné přibývání na váze, poruchy trávení, zácpa či průjem, nespavost, změny nálad, křeče dolních končetin či bolesti hlavy, břicha, zubů. Syndrom se nejčastěji začne projevovat ve 3. – 4. měsíci gravidity partnerky, ale není výjimkou začátek až ve třetím trimestru či po porodu (Ratislavová, 2008).

Krekulová a Honzák uvádějí (2010, [online]): „*Syndrom se objevuje po celém světě, bez ohledu na historické období, etnickou příslušnost, kulturní zvyky nebo ekonomickou úroveň.*“ Syndrom kuváda se řadí mezi disociativní poruchy a jeho vznik se snaží vysvětlit několik hypotéz. V současné době se za nejpodstatnější riziko rozvoje považuje vysoká emoční angažovanost nastávajícího otce, nízký stupeň osobnostní zralosti a vysoký stupeň prožívaného stresu. Jedná se zejména o muže čekající první dítě, značně

závislé na partnerce a muže úzkostné. Teorie o etiologii vzniku syndromu pracují s termínem konverzních mechanismů a s kompatíí, přílišným soucítěním. Jiné teorie počítají s neuropsychologickou podstatou vzniku či s neuchochemickou signalizací pomocí feromonů. Většina autorů se kloní k teorii, která za etiologii považuje somatizovanou úzkost (Krekulová, Honzák, 2010). Uzel a Suchý se přiklání k názoru, že jde o psychicky podmíněnou reakci, o vytěsněný pocit viny muže za to, že přivedl ženu do jiného stavu (Vařeková, 2012).

5 Sexualita páru v období těhotenství

Když se pár dozví, že bude mít dítě, začnou si oba dva klást mnoho otázek. Jak těhotenství a dítě ovlivní náš vztah? Můžeme mít spolu sex? Bude mít partnerka na milování chuť? Bude se mi partnerka s rostoucím břichem a měnícím se tělem líbit? Může pohlavní styk ublížit dítěti nebo ženě? Odpovídat na tyto a další otázky nelze obecně. Každá žena i každý muž se ve svém přístupu k těhotenství a k sexualitě velice liší v psychickém, emocionálním i fyzickém přístupu.

Názor na sexualitu v těhotenství se vyvíjí a mění společně s rozvojem a vývojem lidské společnosti a úzce souvisí s danou kulturou, náboženstvím, zvyky i ekonomickou situací. U některých kultur byl pohlavní styk s těhotnou ženou zakázán v posledních dvou měsících gravidity, u některých národů ihned s počátkem pociťování prvních pohybů plodu. Ve staré Indii věřili, že ejakulát tvoří zdroj výživy pro plod, proto v graviditě doporučovali častý nechráněný pohlavní styk. Peršané naopak pohlavní styk po čtvrtém měsíci těhotenství trestali smrtí ženy i muže. Ve viktoriánské době se již pohlavní styk v graviditě netrestal smrtí fyzickou, ale hrozilo se smrtí duševní. Věřilo se, že pohlavní styk v období gravidity vede k mentální retardaci dítěte či epilepsii, tedy čím důslednější pohlavní abstinence, tím inteligentnější a zdravější dítě (Weiss, 2010). Nigérijské ženy věří, že pohlavní styk v graviditě rozšiřuje pochvu a tím usnadňuje porod. Iránské ženy se naopak straní i masturbace. Věří, že masturbace prováděná v graviditě zapříčiní u plodů ženského pohlaví poškození hymenu a taky může způsobit slepotu dítěte (Vrzáčková, 2014).

V současnosti se k sexualitě v těhotenství přistupuje benevolentně a u fyziologicky probíhající gravidity prakticky neexistuje důvod sexualitu páru zakazovat. U veřejnosti však nadále přetrvávají mnohé polopravdy, mýty a pověry spojené s celým obdobím gravidity nevyjímající ani sexualitu.

Těhotenství s sebou přináší změny nejenom fyzické, ale i psychosociální, které ve větší či menší míře ovlivňují sexualitu páru. Pro daný pár je nesmírně důležité povídat si vzájemně o svých pocitech, potřebách a přáních, vyhovět potřebám a touhám svého partnera a podělit se s partnerem o všechny své prožitky. Odpovědi páru poskytne vzájemná, upřímná a otevřená komunikace i tolerance (Wheat, Wheat, 2006).

I při fyziologickém těhotenství se nejen u ženy, ale i u muže můžou objevit psychické či fyzické problémy, které jsou pak důvodem k odmítání sexuálního styku. Žena

si může díky těhotenským změnám připadat pro partnera nepřitažlivá a těžkopádná. Partner přitom může tyto změny vnímat jako velice vzrušující. Naopak někteří muži opravdu těhotnou partnerku vnímají jako méně přitažlivou, co nemusí úplně souviset s jejím fyzickým vzhledem, ale s pohledem muže na ženu jako na budoucí matku. Svou roli také hraje přecitlivělost a zduření zevních rodidel a prsou ženy, hormonálně navozené snížení libida, a také úzkosti a obavy o dítě či graviditu. Tyto obavy v rozumné míře k těhotenství patří nejen u ženy, ale i u muže. Když však přetrvávají a gradují za hranice běžných obav, je na místě promluvit si o nich nejenom s partnerem, ale i s odborníkem, gynekologem či porodní asistentkou (Čermáková, 2010).

Pro mnohé páry je období těhotenství obdobím objevování měnícího se těla partnerky. Fyzické změny můžou přinášet různé nové pohledy a podněty na sexuální stimulaci, polohy a techniky vzájemného uspokojování. Některé ženy můžou díky zvýšenému prokrvení pohlavních orgánů a prsou pociťovat zvýšenou chuť na sex, a to i ve větší míře než jejich partner. V takovém případě je vhodné, aby se pár domluvil o možnosti autoerotiky či třeba nekoitální technice sexuálního uspokojení. Otevřená komunikace značně ulehčí a osvobodí partnery od tlaku a nutnosti splnit očekávání toho druhého (Richter, Schäfer, 2005).

Těhotné ženy touží spíše po projevech blízkosti, něhy a porozumění. Upřednostňují něžné doteky, masáže a láskyplnou péči. Potřebují cítit podporu partnera. Většina párů podléhá obecnému tlaku, že k plnohodnotnému sexuálnímu prožitku patří proniknutí penisu do pochvy. Mnohé páry se proto v období gravidity věnují sexu jen minimálně nebo vůbec. Osvobození se od daného předsudku může páru ukázat nové možnosti pro oba příjemného, dostatečně obohacujícího a uspokojujícího sexuálního uspokojení (Richter, Schäfer, 2005).

Žena by si měla uvědomit, že i když těhotenství změnilo její sexuální touhy, její partner těhotný není a sexuální potřeby pociťuje. Pociťuje-li žena v období těhotenství sníženou či žádnou chuť na sexuální kontakt, nebo byl sexuální styk lékařem zakázán, může k uspokojení partnera využít četných nekoitálních praktik.

U fyziologicky probíhajícího těhotenství není žádný důvod proč se sexualitě vyhýbat. V porodnické i sexuologické literatuře se uvádí několik případů a situací kdy je nutné koitální aktivitu omezit, nebo i zcela vyloučit. Jedná se o stav kdy:

- se vyskytne krvácení z rodidel ženy,
- je diagnostikována placenta praevia,
- je diagnostikována inkompetence děložního hrdla,
- nastane předčasná děložní aktivita,
- se objeví akutní příznaky vaginální infekce,
- odtéká plodová voda a
- nastane dekompenzace chorob k těhotenství přidružených (Weiss, 2010).

Nekoitální sexuální aktivita není v graviditě kontraindikována nikdy, pokud má žena o aktivitu zájem. Je prokázáno, že při zákazu sexu, stejně dochází k prožitkům orgasmu ve spánku. Nebyl prokázán vliv kontrakcí dělohy při orgasmu na vyvolání potratu či porodu. Některé studie uvádí, že ženy se značným výskytem orgasmů ke konci těhotenství rodí lépe a rychleji než ženy bez prožitku orgasmu. (Weiss, 2010).

Krvácení se v těhotenství může vyskytnout z různých příčin, a ne vždy znamená ohrožení plodu, ženy či gravidity. Vždy je nutné, aby těhotná vyhledala lékaře a ten zjistil příčinu. Do 12. týdne těhotenství se může objevit slabé krvácení související s nidací embrya a poruchou placentace. V tomto případě je pohlavní styk kontraindikován do doby, než krvácení ustane a než se potvrdí normální nález na plodovém vejci. V pozdějším těhotenství může být příčinou krvácení různé intenzity placenta praevia či nízko nasedající placenta. V tomto případě je koitální styk kontraindikován po celou dobu trvání patologie. Benigní krvácení v těhotenství související s pohlavním stykem je zapříčiněno těhotenským překrvením děložního hrdla vlivem hormonů a následnou zvýšenou zranitelností krevních kapilár. Tento stav není kontraindikací koitálního styku. Krvácení můžou vyvolat i jiné patologie na děložním hrdle, jako jsou polypy či malignity. Další příčinou krvácení po pohlavním styku můžou být drobné poranění pochvy ve smyslu ragád. Souvisejí se zvýšeným prokrvením pohlavních orgánů ženy či nízkou lubrikací poševního vchodu a pochvy před stykem. Pohlavní styk není kontraindikovaný, doporučuje se vyčkat zhojení a přistupovat k sexuálním praktikám šetrně (Weiss, 2010).

Při diagnostice hrozícího potratu či předčasného porodu je koitální styk kontraindikován do 37. týdne gravidity, kdy se již předpokládá dostatečná zralost plodu i v případě, kdyby došlo k porodu. Do tohoto termínu je nutné řešit příčinu, ve většině případů se jedná o infekci plodových obalů. Po odstranění příčiny je šetrný koitální styk možný. V případě hrozící infekce je nutné při styku použít kondom. Odtok plodové vody

se stává kontraindikací koitálního styku kvůli možnému ohrožení plodu infekcí. Vaginální výtok neinfekčního původu, v graviditě častý, není kontraindikací ke koitálním sexuálním praktikám, řídí se pouze akceptací obou partnerů (Weiss, 2010).

Řada párů prožívá při pohlavním styku více či méně racionální obavy a strachy. Vrublová a Tomanová (2006) uvádějí nejčastější z nich:

- strach z poranění plodu,
- strach z vyvolání potratu,
- obavy z orgasmu, který může vyvolat kontrakce,
- obavy z toho, že plod „sleduje“ pohlavní styk,
- pocit přítomnosti někoho „třetího“,
- strach ze zavedení infekce penisem do pochvy,
- obavy z „úderů“ penisu do hlavičky dítěte.

5.1 Techniky a polohy vhodné v těhotenství

Pravidelný a oboustranně uspokojující sexuální život je důležitým stabilizačním činitelem každého páru. Harmonický vztah a celková spokojenost obou partnerů má velice pozitivní vliv na intrauterinní vývoj plodu. Pravým posláním sexuality lidí, na rozdíl od zvířat, je právě tato harmonizační a protiagresivní vlastnost sexu. Těhotenství může být v tomto ohledu více či méně krizovým obdobím, které pár může překonat nejenom vzájemnou komunikací, tolerancí a respektem, ale i určením si vzájemných pravidel. Nejzákladnějším pravidlem, kterým by se pár v oblasti sexuality během gravidity měl řídit, je potřeba či přání ženy a kompenzace potřeby jednoho z partnerů jednosměrně zaměřeným sexem či autoerotikou. V případě, že se pár dostane do krizové situace, je namístě vyhledat odbornou pomoc ještě v graviditě (Jurigová, 2009).

V literatuře se uvádí hodně – pro naši kulturu – zajímavých sexuálních praktik či poloh, které praktikují jiné národy. Pozitivní vliv sexuálního styku ke konci gravidity znali již staří Vikingové, u kterých byl zvyk souložit s nástupem porodních bolestí (Turčan, Pokorný, Fait, 2012). Ženy novoguinejských Barujů po porodu polykají sperma svého muže, aby znovu získaly energii. Žena nemůže být při sexuálním styku v poloze nad mužem, protože kdyby na muže stekl vaginální sekret, muž ztratí svou sílu (Fafejta,

2016). U některých kmenů Eskymáků a severoamerických indiánů je poloha „tváří v tvář“, kdy je žena dole a muž nahoře, považována za trestuhodný čin. Pohlavní styk praktikují v poloze zezadu, kdy žena klečí (Kubík, 2010).

Sexuální aktivita je během fyziologické gravidity po celou dobu zcela bezpečná. V první polovině gravidity není nutné měnit techniku či polohy během sexu. S postupujícím těhotenstvím je potřebné přizpůsobit polohy i techniky rostoucímu bříchu ženy, aby nebylo vystavené zbytečnému tlaku. Ohled je potřebné brát i na zvětšené a citlivé prsy. Samozřejmostí je dodržování běžných pravidel sexuální a osobní hygieny a šetrné koitální pozice s vyvarováním se příliš hlubokému a razantnímu průniku penisu do pochvy. Existuje celá řada penetračních poloh, které může pár využít k bezpečnému pohlavnímu styku s ohledem na rostoucí břícho ženy. Jsou to zejména polohy, kdy je žena nahoře, polohy zezadu a z boku (Jurigová, 2009).

Mezi nejběžnější penetrační polohy, které jsou vhodné pro sexuální styk v graviditě, je možné zařadit (Jurigová, 2009):

- Polohy, kdy žena leží na zádech. Vhodná je pouze pro první měsíce těhotenství, se zvětšováním břicha ženy se stává pro ženu nepohodlnou. Muž nesmí tlačit ženě na břícho, musí pronikat opatrně, a ne příliš hluboko. Polohu je možné doplnit vypodložením hýždí a křížové oblasti ženy polštářem (Příloha 4), nebo vypodložením kolen a tím uvolněním svalstva dolních končetin. Poloha dává na výběr četným variacím a obměnám. Žena může ležet na okraji postele a muž klečet na zemi mezi stehy partnerky (Příloha 5). Nebo může žena ležet na zádech s nohama přes partnerovo tělo a muž ležet na boku vedle ní (Příloha 6). Při mělké penetraci dochází u těchto poloh k dráždění přední strany pochvy a tím i G bodu, a navíc nedochází ke zbytečnému dráždění děložního čípku. Muž může současně stimulovat klitoris či prsa ženy.
- Polohy, kdy žena na partnerovi sedí. Polohy jsou vhodné po celou dobu gravidity. Žena může sama kontrolovat hloubku průniku penisu do pochvy. Polohy poskytují hodně různých variant, obměny tváří v tvář nebo žena sedí zády k partnerovi. Muž může sedět nebo ležet. Oba partneři mají volné ruce k vzájemnému laskání (Příloha 7, Příloha 8).
- Polohy zezadu. Poskytují nespočet variací a obměn – v leže, ve stoji, v kleče, z boku. Vhodné jsou po celou dobu gravidity. Muž při nich musí dávat pozor

na hloubku průniku penisu do pochvy. Žena při nich může ležet na boku (Příloha 9), nebo klečet na všech čtyřech končetinách (Příloha 10), nebo se opírat o nábytek či postel. Polohy zezadu na boku jsou nejideálnější ve vyšším stupni těhotenství, protože váha muže je úplně mimo tělo ženy a její břicho.

Pár může využít k obměnám, zpříjemnění či zpestření poloh využít například polštáře i erotické pomůcky. Fantazii se meze nekladou ani v graviditě. Důležité je přání obou partnerů a pohodlí ženy. Obměny poloh při pohlavním styku v graviditě nemají souvislost se zvýšením rizika předčasného porodu. Nicméně, takzvaná misionářská poloha (Příloha 4) může zvýšit riziko odtoku plodové vody. Zvýšenou pozornost je potřebné věnovat i lubrikaci pochvy ženy ještě před samotným průnikem. Při nedostatečné lubrikaci se doporučuje využití vhodných lubrikačních přípravků (Jurigová, 2009).

Nekoitální intimní praktiky jsou zvlášť příjemné pro ženu.

- Líbání, hlazení, laskání (Příloha 11). Ženy jsou v těhotenství mnohem citlivější k vnímání doteků a hlazení. Pozornost a opatrnost je potřebné věnovat citlivým až bolestivým prsům ženy. Některé doteky či praktiky nemusí být ženě příjemné. Doteky je možné provádět nejenom rukou, ale i ústy, jazykem, či různými pomůckami. Pár tak může objevit dosud nepoznané a lépe se navzájem poznat a díky těmto intimním zážitkům i sblížit.
- Orální stimulace ženy, cunnilingus. Představuje pro těhotnou ženu zcela bezpečnou, pro ženu příjemnou a vzrušující formu sexuálního uspokojení. Technika se plně přizpůsobuje přání ženy. Rty a jazyk muže představuje dokonale citlivý nástroj dráždění pro citlivý zevní genitál ženy v graviditě. Muž může k stimulaci připojit i manuální dráždění genitálu ženy. Mnoho žen považuje orální sex za mnohem intimnější, než samotný pohlavní styk (Fafejta, 2016; Jurigová, 2009).
- Orální stimulace muže, fellatio. Pro těhotnou ženu představuje absolutně bezpečnou metodu a pro mnohé páry i dostatečně uspokojivou náhradu koitálního styku. Žena by neměla opomíjet potřeby muže, i když ona sama nemá potřebu styku, nebo koitální styk odmítá, nebo byl v jejím případě koitální styk kontraindikován. K dráždění mužova genitálu může využít i manuální stimulaci. Vzájemnou kombinaci orálního sexu představuje poloha zvaná 69, kdy muž leží na

zádech a žena na něm anebo žena leží na zádech a muž klečí nad ní (Jurigová, 2009).

- Orální sex je jednou z nejčastějších tajných přání a fantazií u žen i mužů. Pro mnoho párů může současně představovat nepřekonatelné tabu. Vidět partnerovy nejintimnější části těla, cítit vůni a chuť partnera, řadí hodně mužů i žen k výrazně vzrušujícím sexuálním zážitkům. Orální dráždění se nemusí omezovat jen na zevní pohlavní orgány, může se rozšířit i na dráždění anální oblasti. Důležité je přání obou partnerů a hygiena, která navodí pocit čistoty (Kubík, 2010).
- Masturbace. Tuto techniku může v graviditě bezpečně provádět muž i žena. Pro každého jednotlivce je její technika zcela individuální a tím i velice rozmanitá. Většina žen pomocí masturbace mnohem častěji dosahuje orgasmu. Vzrušující pro oba partnery může být společná nebo vzájemná masturbace, nejenom jako forma přede hry, ale i plného sexuálního uspokojení. Masturbaci by měli partneři tolerovat a nevyčítat, pro mnohé muže i ženy může představovat jedinou možnou formu sexuálního uspokojení v případech odmítání sexuálního kontaktu druhým partnerem. Pomůže tak překonat nelehké a relativně dlouhé období gravidity (Jurigová, 2009).
- Mezistehenní, interkrurální sex. Tato sexuální praktika není mezi současnými páry moc častá. Není odmítána, ale informační zdroje se o ní nezmiňují a páry často nenapadne, že by tuhle polohu mohli praktikovat. Může být prováděná zepředu, ale častěji zezadu. V těhotenství je zcela bezpečná, protože nedochází k průniku penisu do pochvy. Vhodné je využít lubrikační přípravek, čímž se styk pro muže stane téměř identickým se stykem do pochvy. Muž může nasměrovat tření nejenom mezi stehna ženy, ale i na ženin zevní genitál, zejména na klitoris a dopřát ženě prožít intenzivní orgasmus (Fafejta, 2016).

V těhotenství je možné a bezpečné i používání sexuálních pomůcek. Nejjednodušší pomůckou je využití prostředí, navození příjemné atmosféry vhodným osvětlením, pomocí svíček, polštářů, hudby a vyhradit si na erotiku dostatečný čas.

Erotické pomůcky je možné použít pro sebeuspokojení i pro párovou erotiku. Na trhu je možné koupit nepřeberné množství různých erotických pomůcek pro muže i ženy. Páry v období gravidity můžou využít ty, na které jsou zvyklí, nebo si pořídit nové a vyzkoušet dosud nepoznané a experimentovat. Fantazii se meze nekladou, důležité je řídit

se obecnými pravidly pro sex v graviditě. Řídit se přáním ženy, praktikovat šetrný způsob stimulace, nepoužívat k stimulaci nevhodné předměty, vyhnout se elektrostimulaci a svazování v oblasti břicha a prsů, dodržovat zásady hygieny a péče o erotické pomůcky (Vrzáčková, 2012).

Hormonální změny v těhotenství můžou navodit sníženou lubrikaci pochvy u ženy. Lubrikace pochvy neslouží jenom jako přirozená ochrana poševní sliznice, ale je i základním a významným předpokladem bezbolestného pohlavního styku. Pokud by tato změna znepříjemňovala sexuální prožitek ženy, je vhodné použít lubrikant. Lubrikační přípravky je vhodné nakupovat v sexshopu a používat jenom kvalitní prostředky. Na výběr je velké množství. Dle složení jsou v prodeji lubrikanty na vodní, olejové či silikonové bázi. Liší se ve vlastnostech i ceně. Nejvhodnější jsou silikonové gely, stačí použít minimální množství, lubrikační účinek vydrží dostatečně dlouho a nezanechává skvrny na prádle. Jeho nevýhodou je vyšší cena a nemožnost kombinace se silikonovými erotickými pomůckami (Vrzáčková, 2012).

V období gravidity je žena více vnímavá k infekcím močových cest a ke kvasinkové kolpitidě. Promiskuitní chování jednoho z partnerů výrazně zvyšuje riziko sexuálně přenosných chorob. Nejčastěji jde o herpes genitalis, chlamydie, kapavku a jiné. Muž i žena by o to víc měli dbát na dodržování všech doporučení k zamezení přenosu infekce i na zvýšenou osobní a intimní hygienu (Vrzáčková, 2012).

Hygiena a smysl pro čistotu je pro naši kulturu přirozená a nezbytná a tvoří součást života téměř každého jedince. Současně je jednou z forem prevence onemocnění obecně. K běžnému životnímu standardu současných lidí patří nejenom hygiena těla ale i hygiena intimní. K intimní hygieně se řadí nejenom péče o zevní pohlavní orgány, ale i péče o vyprazdňování, péče o dutinu ústní, stravovací zvyklosti, čistota oblečení a čistota ložního prádla (Kubík, 2010).

V období gravidity se i ve vyrovnaném partnerském vztahu mohou vyskytnout menší či větší problémy v sexuálním životě páru. Většinou se jedná o přechodné stavy a poruchy mající původ v psychických, fyzických a sociálních změnách, které těhotenství přináší. Nejčastěji se jedná o snížení zájmu o sex, různou sexuální apetenci partnerů a odmítání styku či jakýchkoliv sexuálních praktik. Objevuje se strach z ublížení, z vyvolání potratu či porodu. Následně může partner, nebo i oba partneři, subjektivně prožívat nespokojenost se sexuálním životem. Většina problémů se vyřeší otevřenou komunikací mezi partnery, úpřímým vyjádřením úzkostí, strachů, obav, ale i očekávání a potřeb.

Pomůže tolerance, něha a trpělivost. Při přetrvávajících a stupňujících se problémech je vhodné vyhledat pomoc odborníka ještě v průběhu gravidity (Zvěřina, 2003).

5.2 Komunikace a edukace páru

K zmírnění či odstranění iracionálních obav ze sexuálního kontaktu v době gravidity lze přispět poučením páru a vhodně zvolenou formou komunikace. Pro mnoho lidí je pořád téma sexuality tabu a stydí se na dané téma komunikovat nejenom s lékařem či jiným odborníkem, ale i s vlastním partnerem. Každý odborník, lékař i porodní asistentka, by měl s tímto komunikačním omezením počítat a snažit se vhodným přístupem stud či strach z mírnit. Otevřená komunikace s odborníkem může být prvním krokem k otevřené komunikaci uvnitř páru.

Menší zábrany komunikovat na téma sexuality má mladší generace, která tvoří převážnou většinu populace plánující graviditu. Výhodou dnešní doby je dostupnost informací na internetu i možnost vyhledat odborníka v oblasti sexuologie. Přes veškeré tyto možnosti, by měl lékař i porodní asistentka v péči o pár čekající dítě, otázky ohledně sexuality aktivně otevírat a ujišťovat pár o bezpečnosti sexuálních aktivit pro zdravou těhotnou ženu a jejího partnera (Vrzáčková, 2014).

Osobnost zdravotníka a dodržování zásad partnerského vztahu pacient – zdravotník jsou výborným předpokladem pro úspěšnou komunikaci na intimní téma. I když se pár čekající dítě nedá nazvat pacient v pravém smyslu slova, tyto zásady platí i zde. Nejcennější je autenticita zdravotníka, to, co páru sděluje je současně i jeho vlastním názorem a zároveň dokáže projevit opravdový zájem o problém, akceptovat názor ženy i muže, vést dialog i poslouchat. Komunikace na intimní téma by měla být vedena v soukromí s vyhrazeným dostatečným časem a klidnou atmosférou. Umění komunikace včetně komunikačních technik je možné se naučit. V případě, že problém páru je nad rámec erudice lékaře či porodní asistentky, je vhodné pár odeslat k specialistovi (Šrámková, 2013).

Problémy v navázání komunikace o sexualitě mohou být různé a je jich celá řada. Ze strany páru je to hlavně stud, který brání nejenom o sexualitě začít mluvit, ale i zdárně vést další dialog. Dalším problémem může být míra znalostí na dané téma, ale i zakořeněné předsudky, mýty, výchova, náboženství, stupeň inteligence či ochota dovědět se víc.

Mnoho lidí považuje sex v graviditě za nevhodný, nezodpovědné chování, za něco špatného či neestetického. Důležitou roli hraje i strach z reakce zdravotníka, z bagatelizace problému, či možného zesměšnění se (Šrámková, 2013).

Problémem ze strany zdravotníka může být bagatelizace sexuality či sexuálních problémů. Neotvírá téma sexuality v graviditě, předpokládá, že pár má na dané téma dostatek vědomostí a znalostí. Stejně jako těhotná žena i zdravotník může mít problém s ostychem či nejistotou komunikovat o sexualitě. Často sám neví, jak by měl na případný dotaz odpovídat, co poradit a jak případný problém řešit. Další překážkou v komunikaci můžou být osobní problémy zdravotníka v oblasti sexuality, vlastní názory, často i předsudky, které zdravotník zaujímá na základě vlastní výchovy a názorů. Neméně závažnou překážkou v komunikaci tvoří obava zdravotníka z možnosti vznesení obvinění ze sexuálního harašení či obtěžování (Turčan, Pokorný, Fait, 2012).

Komunikace na téma sexuality mezi zdravotníkem a ženou či celým párem se řídí dle etických norem vztahu lékař – pacient. Základem je vytvoření vhodného prostředí, vyčlenění dostatečného času a respektování intimity. Ideální je vedení rozhovoru nejen s těhotnou ženou, ale současně i s jejím partnerem. Navodit atmosféru spolupráce, respektu a důvěry pomůže ubezpečení páru o tom, že zdravotník netrpí v oblasti sexuality předsudky a jeho pojetí normality je široké. Zdravotník nemoralizuje, respektuje stud, obavy a mluví jazykem, kterému pár rozumí. Vždy je vhodné nechat páru dostatek času na kladení dotazů. Komunikaci je potřebné začít vhodnou otázkou, například Můžu pro vás něco udělat? Chcete se ještě na něco zeptat? Trápí vás nebo vašeho partnera něco? Když žena nepoloží dotaz na sexuální život v graviditě, je vhodné zavést na dané téma rozhovor a zeptat se cíleně (Šrámková, 2013).

V případě zákazu pohlavního styku v graviditě, je potřebné připojit poučení o možnosti nekoitálního sexuálního uspokojení. Zdravotník mylně předpokládá, že tuhle alternativu využije každý pár. V běžném životě tomu tak není, naše populace přistupuje k nekoitálním aktivitám tradičně rezervovaně. Poučením páru je možné předejít zbytečným partnerským konfliktům (Zvěřina, 2003).

6 Metodika práce

Diplomová práce navazuje a rozšiřuje Bakalářskou práci autorky na téma Sexuální život v graviditě (Jurigová, 2009). Vzhledem k zvolenému tématu práce a stanoveným cílům práce bylo použito kvantitativní výzkumné šetření a použita dotazníková metoda sběru dat.

Kvantitativní výzkumné šetření proběhlo v období od 1. 5. 2016 do 31. 1. 2017 formou anonymních dotazníků. Byly použity celkem tři druhy dotazníků (Příloha 12). První, vlastní nestandardizovaný dotazník, zaměřený na identifikační, anamnestické údaje respondentů a na zjištění úrovně vědomostí a názorů respondentů na téma sexuality v graviditě. Vlastní dotazník obsahuje celkem 16 otázek, z toho 13 uzavřených a 3 polouzavřené otázky. Otázky 1 – 4 byly identifikační, otázky 5 – 9 anamnestické, zkoumaly graviditu a paritu partnerky muže, zkušenost muže s graviditou partnerky, průběh gravidity partnerky muže z pohledu rizikovosti a stupně gravidity. Další otázky řešily informovanost mužů v oblasti sexuality v graviditě, zdroje získávání informací, subjektivní pohled mužů na úroveň vlastních vědomostí k danému tématu (otázky 10 – 12), komunikaci páru z pohledu muže na dané téma (otázka 14), otázky 15 a 16 zjišťovaly obavy ze sexuální aktivity v období gravidity z pohledu muže i ženy. Otázka 13 mapovala potřebnost informační brožurky o sexualitě v graviditě.

Druhý a třetí dotazník tvořily standardizované dotazníky SFM – Sexuální funkce muže a IVP – Inventář vzrušivých podnětů pro muže. Oba dotazníky jsou zaměřené na mapování sexuálního života a analyzovaly sexuální život respondenta v období před otěhotněním a v období gravidity partnerky.

6.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Soubor představovalo 200 mužů – partnerů těhotných žen, kteří v období od května 2016 do konce ledna 2017 navštěvovali předporodní kurz přípravy na porod pro páry v rámci Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Muži byli osloveni osobně a byly jim poskytnuty základní údaje o významu a účelu výzkumného šetření se zdůrazněním dobrovolnosti a anonymity. Z důvodu zachování anonymity byly dotazníky poskytovány v tištěné verzi v neprůhledné samolepící obálce

s možností vhození vyplněného či nevyplněného dotazníku do sběrného boxu na vrátnici kliniky.

Vyplněný dotazník vrátilo celkem 178 respondentů (89 %), z toho bylo 14 dotazníků vyřazeno pro neúplnost (8 %). Pro výzkumné šetření bylo zpracováno 164 dotazníků (82 %).

6.2 Metodologie zpracování dat

Otázky (položky) z nestandardizovaného dotazníku byly nejprve vyhodnoceny tzv. čárkovací metodou. Touto metodou byla zjištěna *absolutní četnost* položek a z ní byla následně vypočítaná *četnost relativní* udávaná v procentech. U vybraných položek byl navíc vypočítán *aritmetický průměr* (μ). Výsledky byly zpracovány v tabulkovém editoru Microsoft Excel 2010 a vloženy do textového editoru Microsoft Word 2010.

Dotazník SFM sestavený Mellanem v 60. a 70. letech 20. století slouží ke kvantifikaci sexuálních funkcí muže. Dotazník zjišťuje u muže jeho potřebu pohlavního styku, frekvenci pohlavního vybití, frekvenci uskutečnění soulože a pohlavních styků, kvalitu erekce penisu, délku trvání soulože, pre- a postkoitální emoční ladění, sebehodnocení jako sexuálního partnera a přítomnost či trvání případné sexuální poruchy (Cipro, 1995). Standardizovaný dotazník SFM byl vyhodnocen pomocí pětibodové hodnotící stupnice. Odpovědi na jednotlivé otázky v dotazníku představují zároveň i počet bodů od 0 do 4 a to následovně:

možnost a) = 0 bodů,

možnost b) = 1 bod,

možnost c) = 2 body,

možnost d) = 3 body,

možnost e) = 4 body.

Normální sexuální funkce dosahují v běžné populaci mužů bodovou hodnotu 3. Muži sexuálně dysfunkční nabývají hodnot 0 až 2 a muži hypersexuální dosahují průměrných bodových hodnot 4 až 5. Jako rozmezí mezi normou a patologií je stanoveno celkové skóre 25 (Žourková, 2002).

U jednotlivých položek byla vypočítána *absolutní i relativní četnost, průměrná bodová hodnota* (μ) a *směrodatná odchylka* (σ) položky v době před otěhotněním i v období gravidity partnerky. Výsledky byly zpracovány v tabulkovém editoru Microsoft Excel 2010 a vloženy do textového editoru Microsoft Word 2010.

Dotazník IVP sestavený Hoonem, Hoonovou a Vinozem zjišťuje intenzitu sexuální vzrušivosti u dvaceti nabízených podnětů. Respondenti vyjadřují intenzitu svého sexuálního prožívání v rozmezí od nepříjemných a odpuzujících pocitů až po pocity, které vždy vedou k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení. Dané vzrušivé podněty autoři dotazníku seřadili podle objektu vzrušení do čtyř skupin:

- A) podněty, při nichž se muž vzrušuje sám pomocí fantazie a představivosti,
- B) podněty, které vycházejí z nepřímého kontaktu s partnerkou,
- C) podněty přímého kontaktu s partnerkou,
- D) podnětem je partnerka, která prožívá sexuální vzrušení či orgasmus (Cipro, 1995).

Členění otázek do 4 skupin poskytuje přehled o vzrušivosti podnětu. Populace mužů s normální vzrušivostí hodnotí podněty skupiny A jako nejméně vzrušující, podněty skupiny B vykazují postupnou gradaci ke zvýšení vzrušivosti, všechny položky skupiny C dosahují u normálně vzrušivých mužů maximálních hodnot a podněty skupiny D dosahují hodnot vysokých, ale málokdy maximálních.

K vyhodnocení standardizovaného dotazníku IVP pro muže autoři ke každé z otázek přiřadili 7 stupňů vzrušivosti, mezi kterými respondenti volí svoji odpověď. Stupeň vzrušivosti představuje zároveň i počet bodů v rozmezí od -1 do 5:

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

U jednotlivých položek každé otázky byla vypočítána *absolutní četnost*, *průměrný stupeň vzrušivosti* (μ) a *směrodatná odchylka* (σ) v době před otěhotněním i v období gravidity partnerky. Výsledky byly zpracovány v tabulkovém editoru Microsoft Excel 2010 a vloženy do textového editoru Microsoft Word 2010.

7 Výsledky výzkumného šetření

K zpracování výsledků výzkumného šetření byly použity odpovědi 164 respondentů, které tvoří 100 %. Výsledky výzkumného šetření jsou pro přehlednost a názornost shrnuty v následujících tabulkách a grafech.

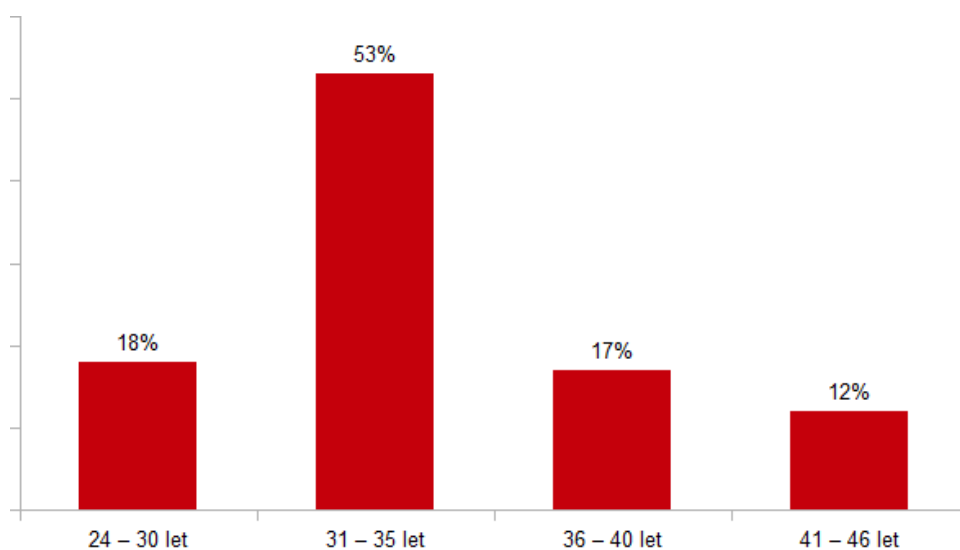
7.1 Nestandardizovaný (vlastní) dotazník

Otázka č. 1 Věk

Tabulka 5 Věk respondentů

Věkové rozmezí	Absolutní četnost	Relativní četnost
24 – 30	30	18 %
31 – 35	86	53 %
36 – 40	28	17 %
41 – 46	20	12 %

(Vlastní výpočet)



Graf 1 Věk respondentů

(Vlastní analýza)

Tabulka 5 a Graf 1 znázorňují odpovědi na otázku č. 1 z vlastního dotazníku. Pro přehlednost vyhodnocení byly odpovědi rozděleny do 4 škál. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) bylo 30 respondentů (18 %) ve věku od 24 do 30 let, 86 respondentů (53 %) ve věku od 31 do 35 let, 28 respondentů (17 %) ve věku od 36 do 40 let a 20 respondentů (12 %) ve věku od 41 do 46 let.

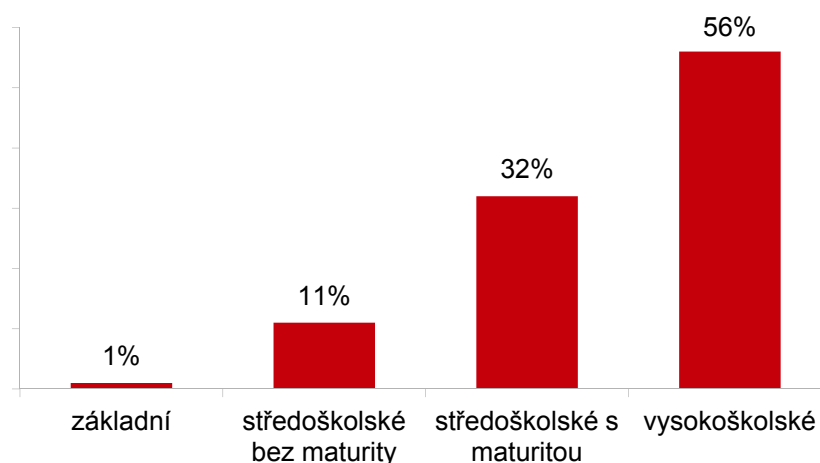
Nejpočetnějším věkovým rozmezím respondentů byl 31. - 35. rok věku. Průměrný věk respondentů byl 34,04 let.

Otázka č. 2 Ukončené vzdělání

Tabulka 6 Vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	2	1 %
Středoškolské bez maturity	18	11 %
Středoškolské s maturitou	52	32 %
Vysokoškolské	92	56 %

(Vlastní výpočet)



Graf 2 Ukončené vzdělání respondentů

(Vlastní analýza)

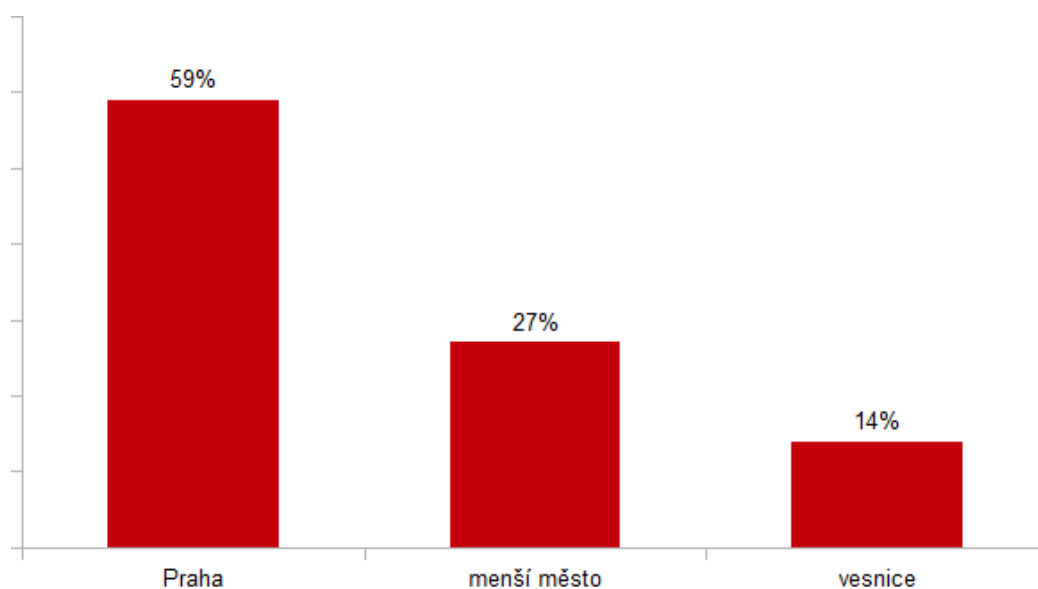
Tabulka 6 a Graf 2 znázorňují odpovědi na otázku č. 2 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) uvedli 2 respondenti (1 %) ukončené vzdělání základní, 18 respondentů (11 %) středoškolské vzdělání bez maturity, 52 respondentů (32 %) středoškolské vzdělání s maturitou a 92 respondentů (56 %) uvedlo ukončené vysokoškolské vzdělání.

Otázka č. 3 Bydliště

Tabulka 7 Bydliště respondentů

Bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost
Praha	96	59 %
Menší město	45	27 %
Vesnice	23	14 %

(Vlastní výpočet)



Graf 3 Bydliště respondentů

(Vlastní analýza)

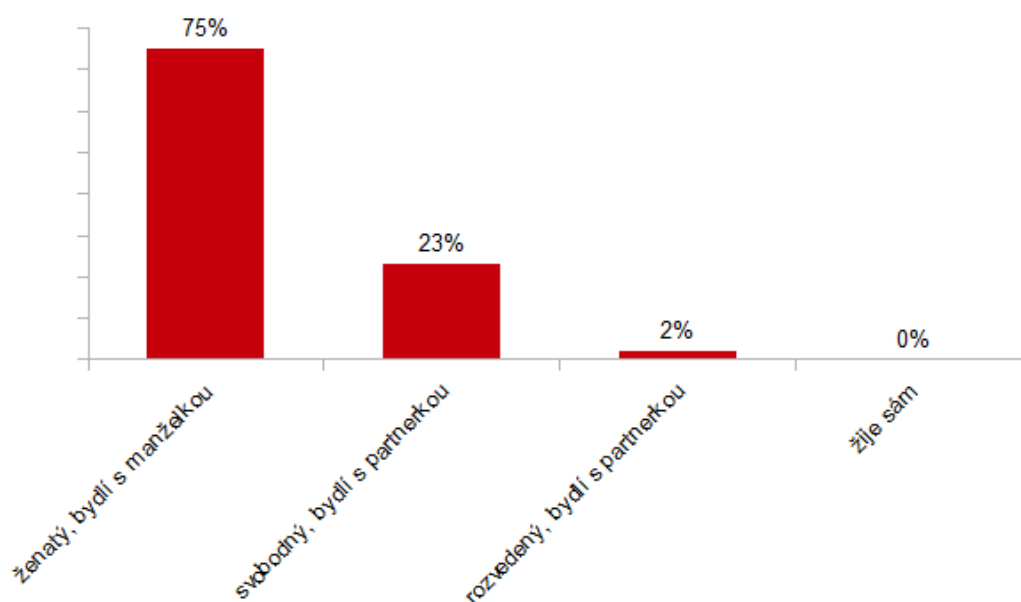
Tabulka 7 a Graf 3 znázorňují odpovědi na otázku č. 3 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) bydlelo v Praze 96 respondentů (59 %), 45 respondentů (27 %) uvedlo bydliště na menším městě a 23 respondentů (14 %) bydliště na vesnici.

Otázka č. 4 Stav

Tabulka 8 Stav respondentů

Stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženatý, bydlí s manželkou	122	75 %
Svobodný, bydlí s partnerkou	38	23 %
Rozvedený, bydlí s partnerkou	4	2 %
Žije sám	0	0 %

(Vlastní výpočet)



Graf 4 Stav respondentů

(Vlastní analýza)

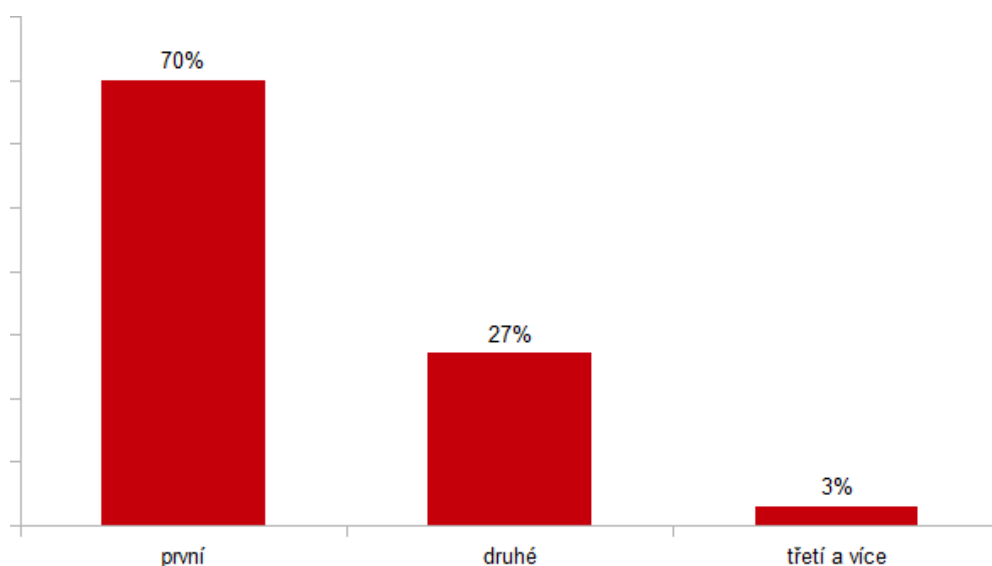
Tabulka 8 a Graf 4 znázorňují odpovědi na otázku č. 4 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) uvedlo stav ženatý, bydlí s manželkou 122 respondentů (75 %), stav svobodný, bydlí s partnerkou 38 respondentů (23 %), stav rozvedený, bydlí s partnerkou 4 respondenti (2 %) a stav žije sám 0 respondentů (0 %).

Otázka č. 5 Těhotenství se současnou partnerkou

Tabulka 9 Kolikáté je pro muže těhotenství se současnou partnerkou?

Pořadí gravidity	Absolutní četnost	Relativní četnost
První	144	70 %
Druhé	45	27 %
Třetí a více	5	3 %

(Vlastní výpočet)



Graf 5 Kolikáté je pro muže těhotenství se současnou partnerkou? (Vlastní analýza)

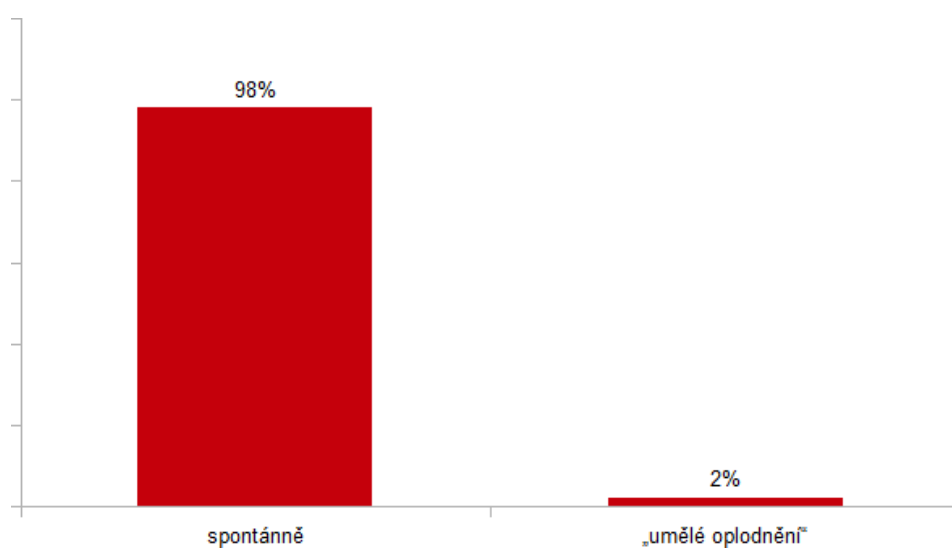
Tabulka 9 a Graf 5 znázorňují odpovědi na otázku č. 5 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) je pro 114 respondentů (70 %) těhotenství se současnou partnerkou jeho první, pro 45 respondentů (27 %) druhé a pro 5 respondentů (3 %) třetí nebo více.

Otázka č. 6 Partnerka otěhotněla

Tabulka 10 Způsob otěhotnění partnerky

Způsob otěhotnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spontánně	160	98 %
„Umělé oplodnění“	4	2 %

(Vlastní výpočet)



Graf 6 Způsob otěhotnění partnerky

(Vlastní analýza)

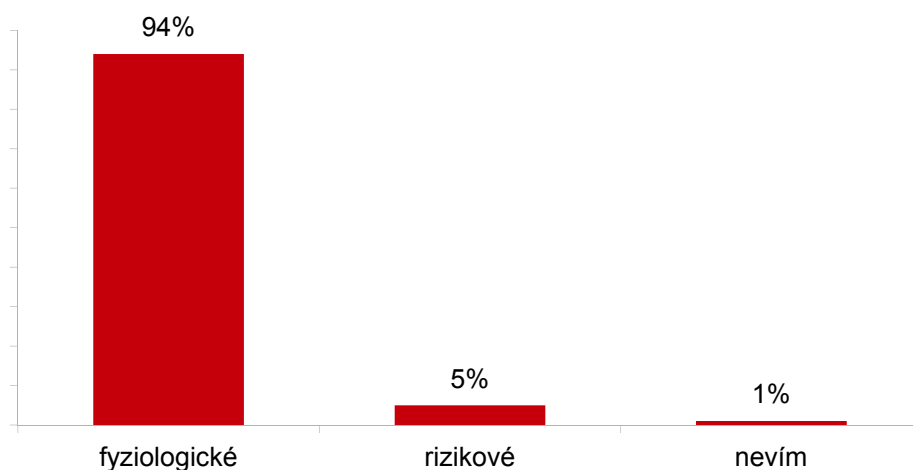
Tabulka 10 a Graf 6 znázorňují odpovědi na otázku č. 6 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu respondentů 164 (100 %) uvedlo způsob otěhotnění své partnerky jako spontánní 160 respondentů (98 %) a pouze 2 respondenti (2 %) uvedli způsob otěhotnění své partnerky s pomocí zdravotníků, tzv. „umělé oplodnění“.

Otázka č. 7 Těhotenství dosud probíhá

Tabulka 11 Dosavadní průběh těhotenství partnerky

Průběh těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyziologické	155	94 %
Rizikové	8	5 %
Nevím	1	1 %

(Vlastní výpočet)



Graf 7 Dosavadní průběh těhotenství partnerky

(Vlastní analýza)

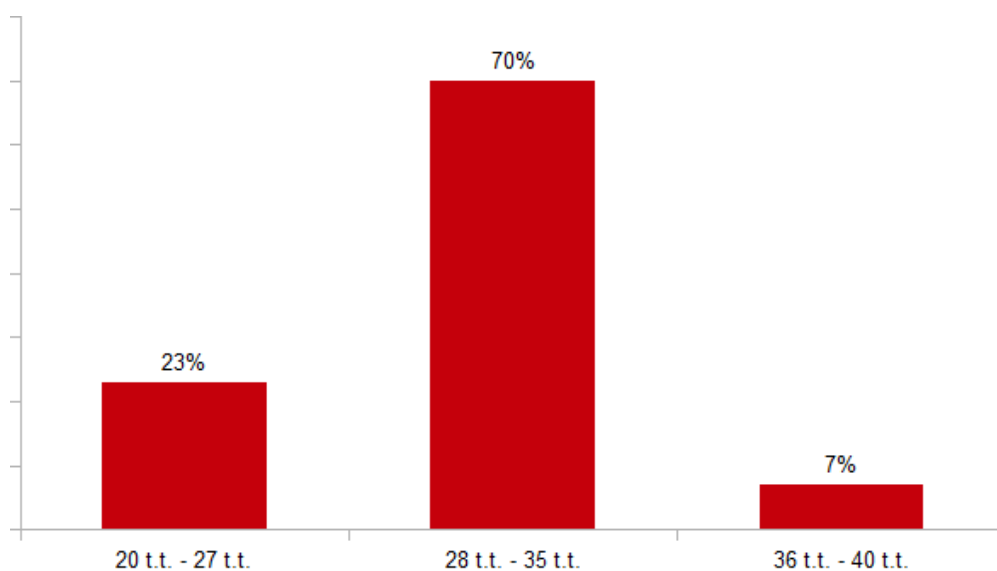
Tabulka 11 a Graf 7 znázorňují odpovědi na otázku č. 7 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) považuje průběh gravidity u svých partnerek za fyziologický 155 respondentů (94 %), 8 respondentů (5 %) považuje těhotenství své partnerky za rizikové a 1 respondent (1 %) neví.

Otázka č. 8 V kterém týdnu těhotenství je nyní Vaše partnerka?

Tabulka 12 Týden těhotenství partnerky

Týden těhotenství (t.t.)	Absolutní četnost	Relativní četnost
20 – 27	38	23 %
28 – 35	114	70 %
36 – 40	12	7 %

(Vlastní výpočet)



Graf 8 Týden těhotenství partnerky

(Vlastní analýza)

Tabulka 12 a Graf 8 znázorňují odpověď na otázku č. 8 z vlastního dotazníku. Pro přehlednost vyhodnocení byly odpovědi rozděleny do 3 škál. Z celkového počtu respondentů 164 (100 %) mělo partnerku v rozmezí od 20 t.t. do 27 t.t. 38 respondentů (23 %), v rozmezí od 28 t.t. do 35 t.t. 114 respondentů (70 %) a v rozmezí od 36 t.t. do 40 t.t. 12 respondentů (7 %).

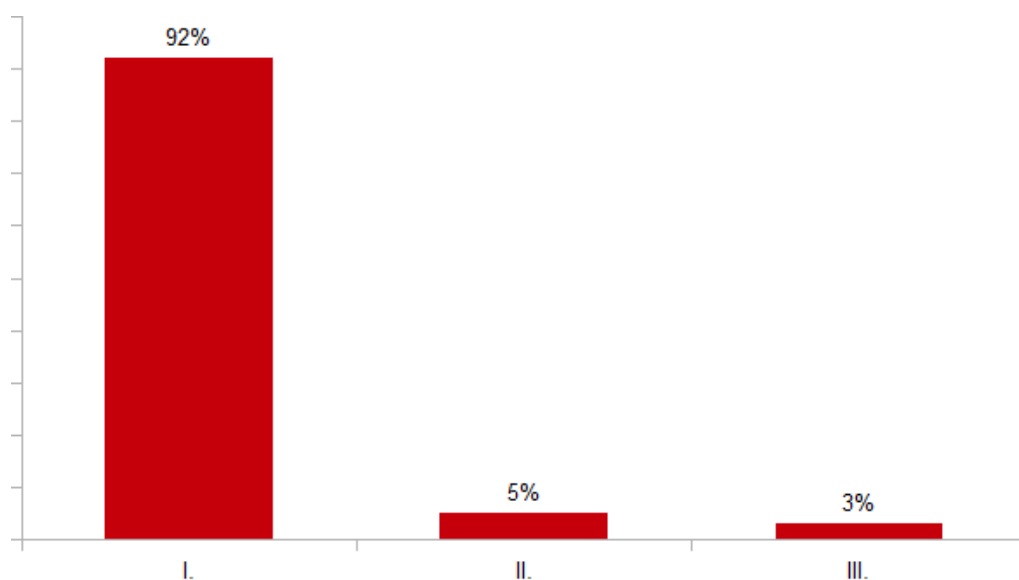
Nejvyšší zastoupení tvoří skupina žen mezi 28 t.t. a 35 t.t., tento stav odpovídá nejvyšší návštěvnosti předporodních kurzů právě kolem 30 t.t.

Otázka č. 9 Po kolikáté bude partnerka rodit?

Tabulka 13 Parita partnerky

Parita	Absolutní četnost	Relativní četnost
I.	150	92 %
II.	9	5 %
III.	5	3 %

(Vlastní výpočet)



Graf 9 Parita partnerky

(Vlastní analýza)

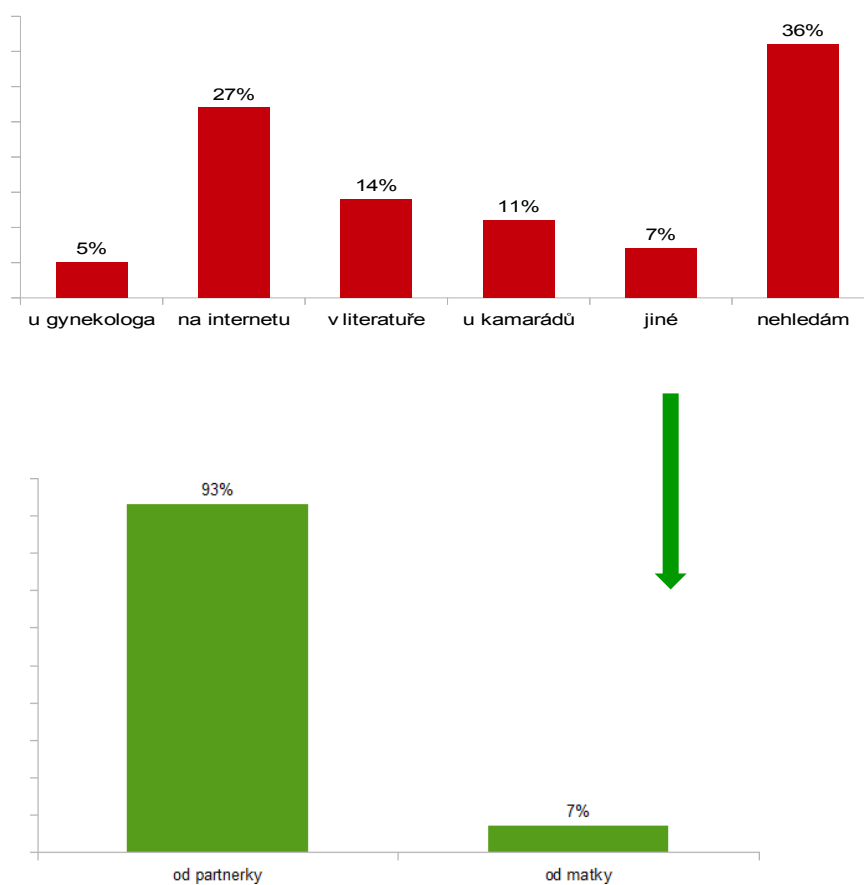
Tabulka 13 a Graf 9 znázorňují odpověď na otázku č. 9 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu respondentů 164 (100 %) uvedlo partnerku, která bude rodit poprvé 150 respondentů (92 %), partnerku, která bude rodit podruhé 9 respondentů (5 %) a partnerku, která bude rodit potřetí 5 respondentů (3 %).

Otázka č. 10 Informace o sexualitě v těhotenství hledáte?

Tabulka 14 Získávání informací o sexualitě v těhotenství

Informační zdroj	Absolutní četnost	Relativní četnost
Gynekolog	10	5 %
Internet	58	27 %
Literatura	30	14 %
Kamarádi	23	11 %
Jiné:	15	7 %
partnerka	14	93 %
matka	1	7 %
Nehledám	78	36 %

(Vlastní výpočet)



Graf 10 Získávání informací o sexualitě v těhotenství

(Vlastní analýza)

Tabulka 14 a Graf 10 znázorňují odpovědi na otázku č. 10 z vlastního dotazníku. Respondenti mohli uvádět více možností odpovědí. Z celkového množství odpovědí 214 (100 %) uvedlo zdroj získávání informací v ambulanci gynekologa své partnerky 10 respondentů (5 %), internetový zdroj uvedlo 58 respondentů (27 %), z literatury 30 respondentů (14 %), od kamarádů 23 respondentů (11 %), jiný zdroj uvedlo 15 respondentů (7 %) a možnost informace nehledám, uvedlo 78 respondentů (36 %).

Z možnosti „jiné“ uvedlo z celkového počtu 15 odpovědí (100 %) 14 respondentů (93 %) zdroj informací vlastní partnerku a 1 respondent (7 %) uvedl zdroj informací o sexualitě v těhotenství vlastní matku, lékařku.

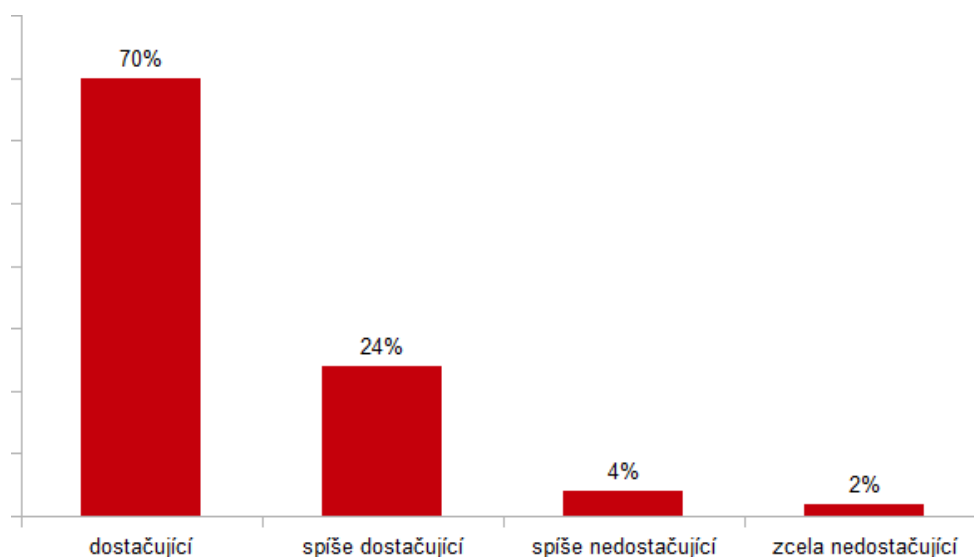
Vyhodnocení odpovědí po vyloučení možnosti „informace nehledám“, dostáváme přehled respondenty využívaných informačních zdrojů. K zjištění přehledu o využívaných informačních zdrojích o sexualitě v graviditě, bylo zahrnuto 136 odpovědí (100 %). Informační zdroj ambulanci gynekologa uvedlo 10 respondentů (7 %), informační zdroj internet 58 (43 %) respondentů, literaturu uvedlo 30 (22 %) respondentů, své kamarády uvedlo 23 (17 %) respondentů a jiný zdroj získávání informací uvedlo 15 (11 %) respondentů. Nejvyužívanějším informačním zdrojem sloužícím k získávání informací o sexualitě v graviditě uvedený respondenty, je internet (43 %).

Otázka č. 11 Získané informace jsou pro Vás?

Tabulka 15 Hodnota získaných informací

Hodnota informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dostačující	115	70 %
Spíše dostačující	38	24 %
Spíše nedostačující	7	4 %
Zcela nedostačující	4	2 %

(Vlastní výpočet)



Graf 11 Hodnota získaných informací

(Vlastní analýza)

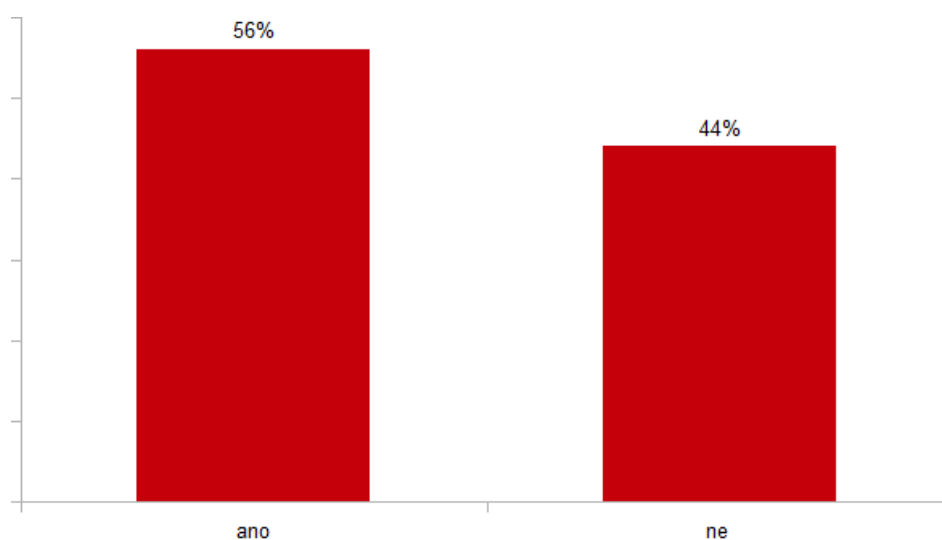
Tabulka 15 a Graf 11 znázorňují odpovědi na otázku č. 11 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) uvedlo 115 respondentů (70 %), že získané informace jsou pro ně dostačující, pro 38 respondentů (24 %) jsou získané informace spíše dostačující, pro 7 respondentů (4 %) jsou získané informace spíše nedostačující a pro 4 respondenty (2 %) jsou získané informace zcela nedostačující.

Otázka č. 12 Chcete být informován o sexualitě v těhotenství?

Tabulka 16 Chcete být informován o sexualitě v těhotenství?

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	92	56 %
Ne	72	44 %

(Vlastní výpočet)



Graf 12 Chcete být informován o sexualitě v těhotenství?

(Vlastní analýza)

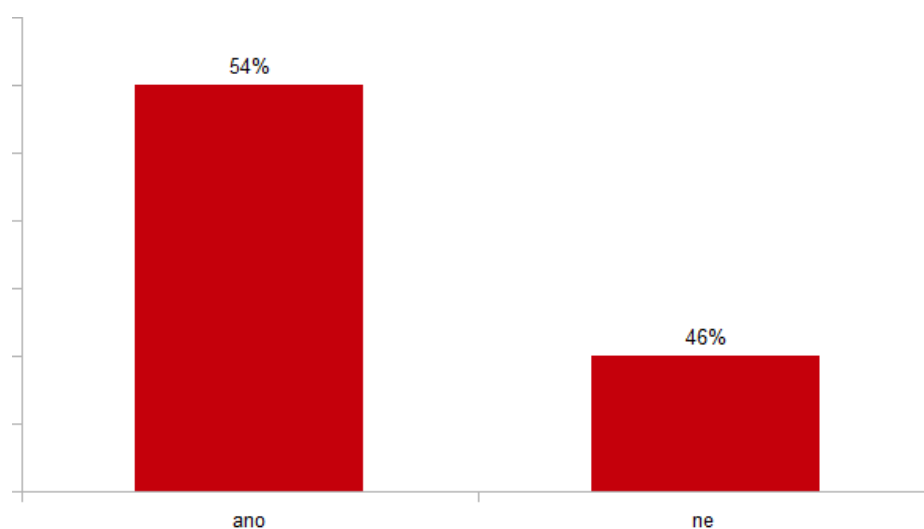
Tabulka 16 a Graf 12 znázorňují odpovědi na otázku č. 12 z vlastního dotazníku. Z celkového množství 164 respondentů (100 %) chce být informováno o sexualitě v graviditě 92 respondentů (56 %) a 72 respondentů (44 %) si být informováno nepřeje.

Otázka č. 13 Přivítal byste informační brožurku o sexualitě v těhotenství?

Tabulka 17 Preference informační brožurky

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	88	54 %
Ne	76	46 %

(Vlastní výpočet)



Graf 13 Preference informační brožurky

(Vlastní analýza)

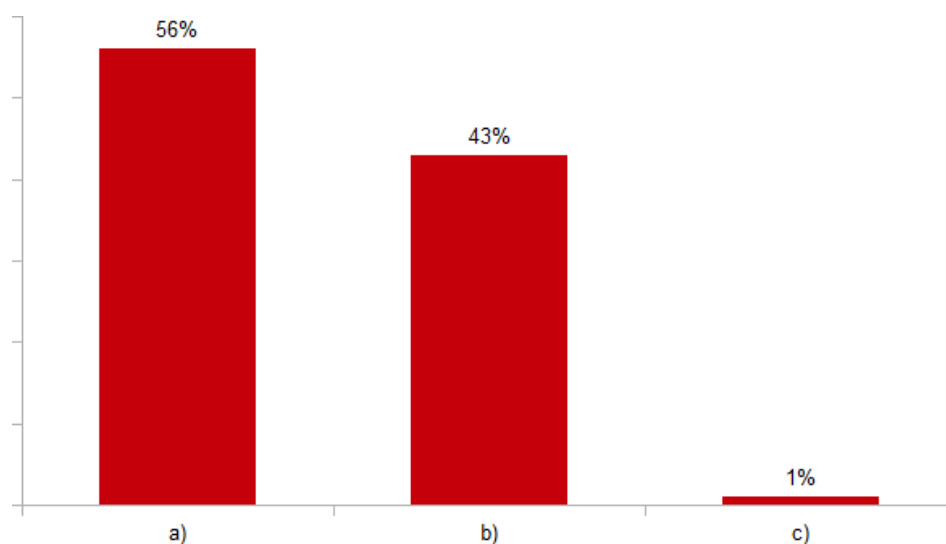
Tabulka 17 a Graf 13 znázorňují odpovědi na otázku č. 13 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) by informační brožurku o sexualitě v graviditě přivítalo 88 respondentů (54 %) a 76 respondentů (46 %) by o informační brožurku nemělo zájem.

Otázka č. 14 Mluvíte o sexualitě se svojí partnerkou?

Tabulka 18 Komunikace partnerů o sexualitě

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, otevřeně	91	56 %
Spíše ano	71	43 %
Ne	2	1 %

(Vlastní výpočet)



Vysvětlivky:

- a) ano, otevřeně si dokážeme říct své představy, přání, touhy...
- b) spíše ano, ale ne úplně otevřeně a o všem
- c) ne, vůbec o sexu spolu nehovoříme

Graf 14 Komunikace partnerů o sexualitě

(Vlastní analýza)

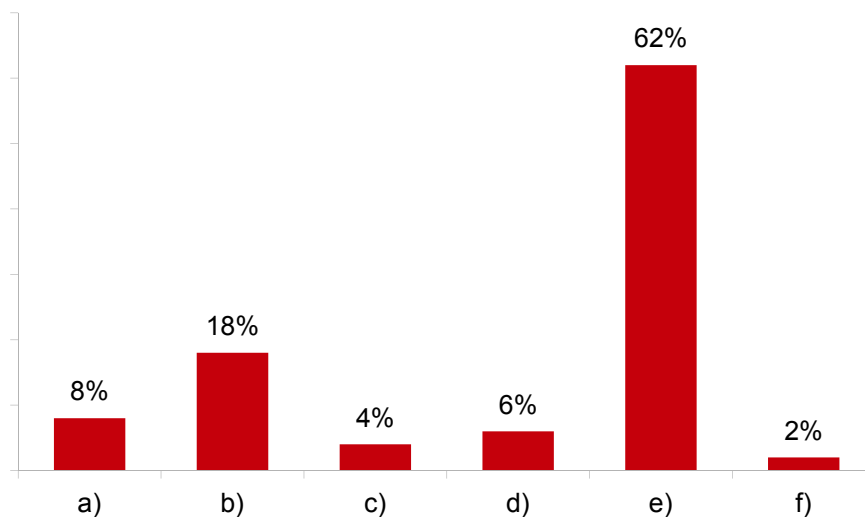
Tabulka 18 a Graf 14 znázorňují odpovědi na otázku č. 14 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) dokáže otevřeně komunikovat a říct si s partnerkou své představy, přání a touhy 91 respondentů (56 %), komunikovat, ale ne úplně otevřeně a o všem dokáže se svojí partnerkou 71 respondentů (43 %) a o sexu s partnerkou vůbec nekomunikují 2 respondenti (1 %).

Otázka č. 15 Máte během těhotenství Vaší partnerky obavy z pohlavního styku, nebo styk odmítáte?

Tabulka 19 Obavy a odmítání pohlavního styku mužem

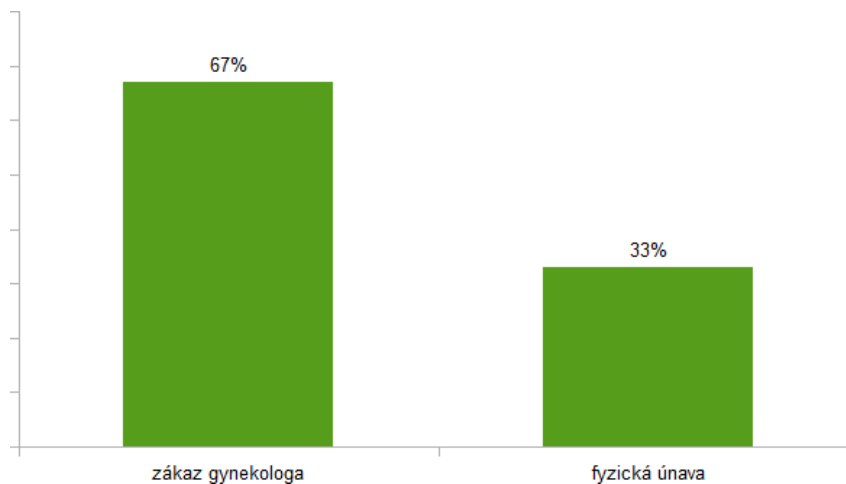
Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ublížím partnerce	15	8 %
Ublížím dítěti	35	18 %
Nepříjemný pocit „někoho třetího“	8	4 %
Snížená atraktivita partnerky	11	6 %
Nemá obavy, styk neodmítá	116	62 %
Jiné:	3	2 %
zákaz gynekologa	2	67 %
fyzická únava	1	33 %

(Vlastní výpočet)



Vysvětlivky:

- a) ublížím partnerce
- b) ublížím dítěti
- c) nepříjemný pocit přítomnosti „někoho třetího“
- d) snížila se pro mě atraktivita partnerky
- e) nemám žádné obavy, styk neodmítám
- f) jiné



Graf 15 Obavy a odmítání pohlavního styku mužem v období gravidity partnerky
(Vlastní analýza)

Tabulka 19 a Graf 15 znázorňují odpovědi na otázku č. 15 z vlastního dotazníku. Respondenti měli možnost označit více možností odpovědí. Z celkového počtu 188 odpovědí (100 %) uvedli respondenti strach z ublížení partnerce 15krát (8 %), strach z ublížení dítěti označili respondenti 35krát (18 %), nepříjemný pocit přítomnosti „někoho třetího“ 8krát (4 %), důvod snížení atraktivity partnerky 11krát (6 %), možnost žádné obavy a styk neodmítá, byla respondenty označena 116krát (62 %) a možnost „jiné“ označili respondenti 3krát (2 %).

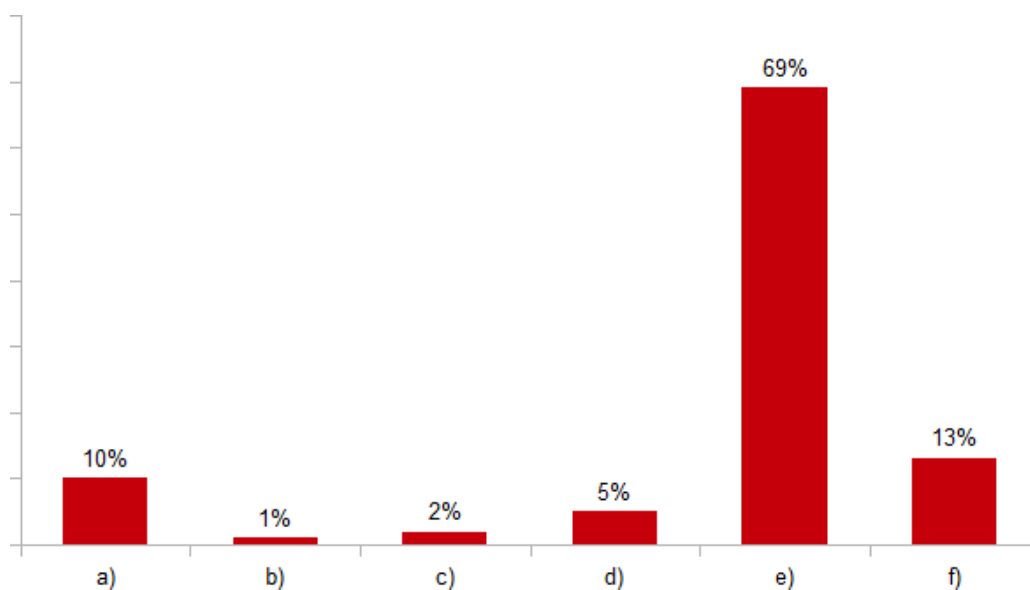
Možnost „jiné“ uvedená respondenty 3krát tvoří pro další vyhodnocení 100 %. Z toho 2 respondenti (67 %) uvedli důvod odmítání styku zákaz gynekologa a 1 respondent (33 %) uvedl důvod fyzickou únavu.

Otázka č. 16 Má vaše partnerka v těhotenství obavy z pohlavního styku, nebo styk odmítá?

Tabulka 20 Obavy a odmítání pohlavního styku v období gravidity partnerkou

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vyvolání potratu/předčasného porodu	18	10 %
Penis ublíží dítěti	3	1 %
Infekce	4	2 %
Plod „sleduje“ pohlavní styk	9	5 %
Nemá obavy, styk neodmítá	124	69 %
Jiné:	23	13 %
zákaz gynekologa	2	9 %
fyzické nepohodlí	6	26 %
snížená chuť, zájem a odmítání	9	39 %
únava, vyčerpání	6	26 %

(Vlastní výpočet)



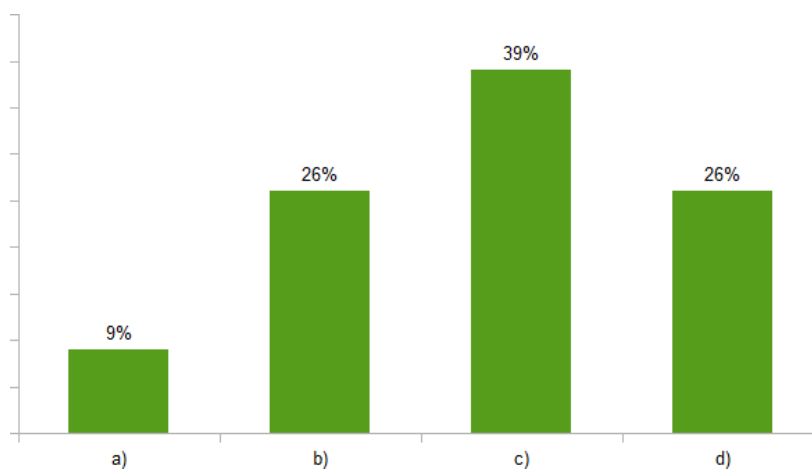
Vysvětlivky:

- a) vyvolání potratu/předčasného porodu
- b) penis ublíží dítěti
- c) infekce
- d) plod „sleduje“, pohlavní styk
- e) nemá obavy, styk neodmítá
- f) jiné



Vysvětlivky:

- a) zákaz gynekologa
- b) fyzické nepohodlí, nepříjemný pocit
- c) snížená chuť, snížený zájem, odmítání styku
- d) únava, vyčerpání



Graf 16 Obavy a odmítání pohlavního styku v období gravidity partnerkou

(Vlastní analýza)

Tabulka 20 a Graf 16 znázorňují odpovědi na otázku č. 16 z vlastního dotazníku. Respondenti měli možnost označit více možností. Z celkového počtu odpovědí 181 (100 %) označili respondenti obavu z vyvolání potratu/předčasného porodu 18krát (10 %), obavu, že penis ublíží dítěti, označili respondenti 3krát (1 %), obavu z infekce označili respondenti 4krát (2 %), obavu, že plod „sleduje“ pohlavní styk označili respondenti 9krát (5 %), možnost „nemá obavy, styk neodmítá“ označili respondenti 124krát (69 %) a možnost „jiné“ označili respondenti 23krát (13 %).

Možnost „jiné“ byla uvedena z celkového počtu odpovědí 23krát (100 %). Z toho 2 respondenti (9 %) uvedli jako důvod odmítání pohlavního styku zákaz gynekologa, 6 respondentů (26 %) fyzické nepohodlí a nepříjemné pocity při styku, 9 respondentů (39 %) sníženou chuť a snížený zájem o pohlavní styk, 6 respondentů (26 %) uvedlo jako důvod únavu a vyčerpání.

7.2 Dotazník Sexuální funkce muže

Výsledky získané zpracováním dotazníku Sexuální funkce muže znázorňuje Tabulka 21. Průměrná bodová hodnota sledovaného souboru respondentů v době před otěhotněním je 3,25 se směrodatnou odchylkou 0,24. Průměrná bodová hodnota sledovaného souboru respondentů v období těhotenství je 3,17 se směrodatnou odchylkou 0,29. Normální populace mužů dosahuje bodovou hodnotu 3. Muži sexuálně dysfunkční nabývají průměrných hodnot 0 až 2 a muži hypersexuální dosahují průměrných 4 až 5 bodů. Respondenti z výzkumného šetření patří dle zjištěných hodnot pomocí dotazníku SFM k normální populaci.

Respondenti vykazují snížení sexuálních funkcí v období gravidity ve všech položkách dotazníku až na položku sebehodnotící pocit úspěšnosti v pohlavním životě, u které se hodnota v graviditě partnerky významně zvyšuje (v Tabulce 21 zvýrazněna tučně). V bodovém průměru dosahují respondenti ve většině položek průměrné hodnoty ve srovnání se statistickou normou. Pouze u 2 položek v době před graviditou a u 4 položek v období gravidity dosahují respondenti lehce podprůměrné hodnoty.

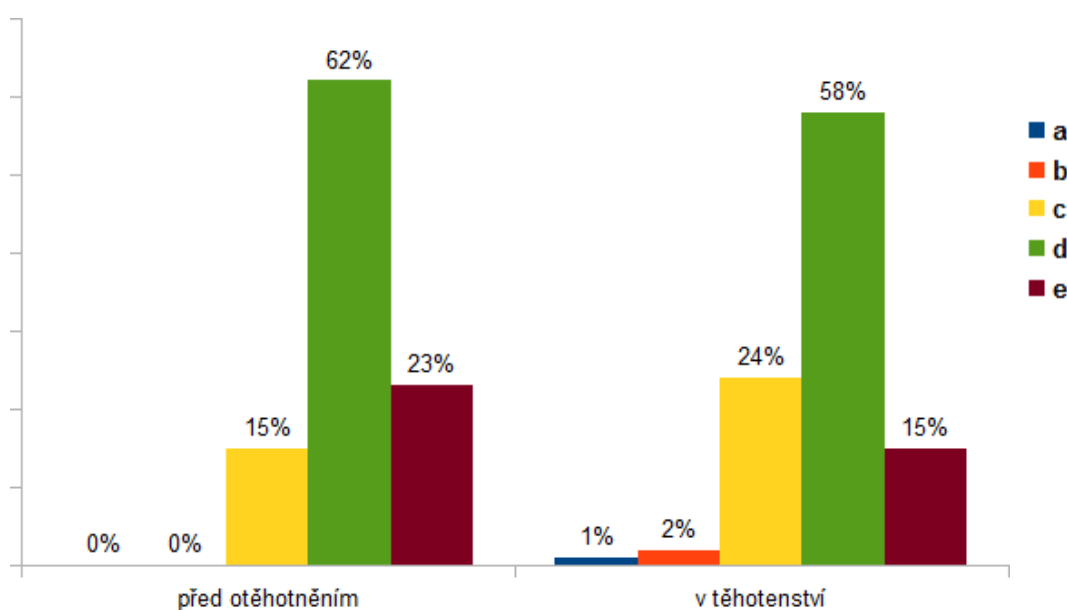
Tabulka 21 Sexuální funkce muže

Možnosti	Bodová hodnota před graviditou	Bodová hodnota v graviditě
Potřeba pohlavního styku	3,09	2,86
Frekvence pohlavního vybití	2,93	2,84
Frekvence pohlavních styků	2,95	2,74
Frekvence uskutečnění soulože	3,14	2,98
Kvalita erekce penisu	3,58	3,46
Doba trvání soulože	3,37	3,36
Nálada před pohlavním stykem	3,21	3,17
Nálada po pohlavním styku	3,53	3,51
Pocit úspěšnosti v pohlavním životě	3,16	3,23
Výskyt a trvání ev. poruchy, pokud nějaká je	3,63	3,60

(Vlastní výpočet)

Výsledky z dotazníku SFM názorně zobrazují následující grafy. Zobrazují relativní četnost odpovědí respondentů dle jednotlivých položek a srovnávají odpovědi z doby před otěhotněním a z období těhotenství partnerky.

Otázka č. 1 Potřeba pohlavního styku



Vysvětlivky:

Kdyby záleželo jenom na mé chuti, kdybych k tomu měl vhodné zevní podmínky a dostatek vlastních schopností, vyhovovalo by mi mít pohlavní styku:

- a) vůbec nikdy nebo 1x za rok
- b) několikrát za rok, nanejvýš 1x měsíčně
- c) 2x – 4x za měsíc
- d) 2x nebo vícekrát týdně
- e) denně nebo vícekrát za den

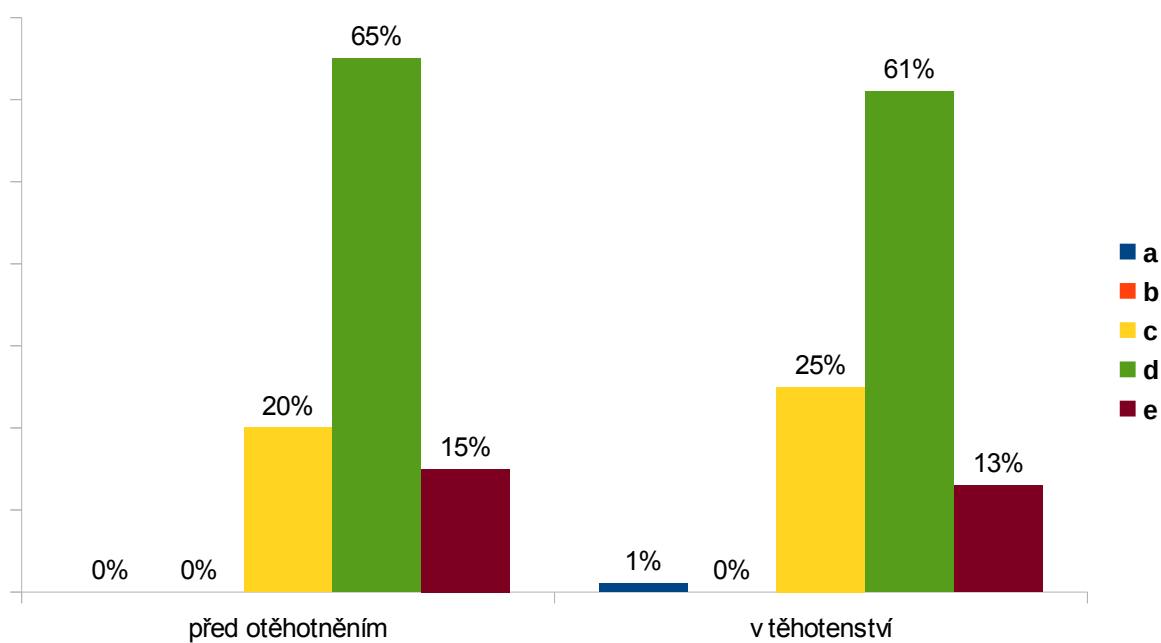
Graf 17 Potřeba pohlavního styku

(Vlastní analýza)

Graf znázorňuje odpovědi na otázku č. 1 z dotazníku SFM. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním partnerky respondenta a v období gravidity partnerky respondenta. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) uvedlo potřebu pohlavního styku „vůbec nikdy nebo 1x za rok“ 0 respondentů (0 %) v období před otěhotněním partnerky a 1 respondent (1%) v období gravidity partnerky. Potřebu pohlavního styku „několikrát za rok, nejvýš 1x za měsíc“ uvedlo 0 respondentů (0 %) v období před otěhotněním partnerky a 3 respondenti (2 %) v období gravidity partnerky. Potřebu pohlavního styku „2x – 4x za měsíc“ uvedlo 24 respondentů (15 %) v období před otěhotněním partnerky a 39 respondentů (24 %) v období gravidity partnerky. Potřebu pohlavního styku „2x nebo vícekrát týdně“ uvedlo 101 respondentů (62 %) v období před otěhotněním partnerky a 95 respondentů (58 %) v období gravidity partnerky. Potřebu pohlavního styku „denně nebo vícekrát za den“ uvedlo 39 respondentů (23 %) v období před otěhotněním partnerky a 26 respondentů (15 %) v období gravidity partnerky.

Potřeba pohlavního styku se u respondentů v průběhu gravidity partnerky v porovnání s obdobím před těhotenstvím snižuje.

Otázka č. 2 Frekvence pohlavního vybití



Vysvětlivky:

Semeno ze mne vychází, lhostejno jakou formou, tedy ať při pohlavním styku, při poluci, nebo onanii:

- a) vůbec nikdy nebo alespoň rok nikoliv
- b) několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně
- c) několikrát za měsíc, nejvýš jednou týdně
- d) 2x nebo vícekrát týdně
- e) denně nebo vícekrát za den

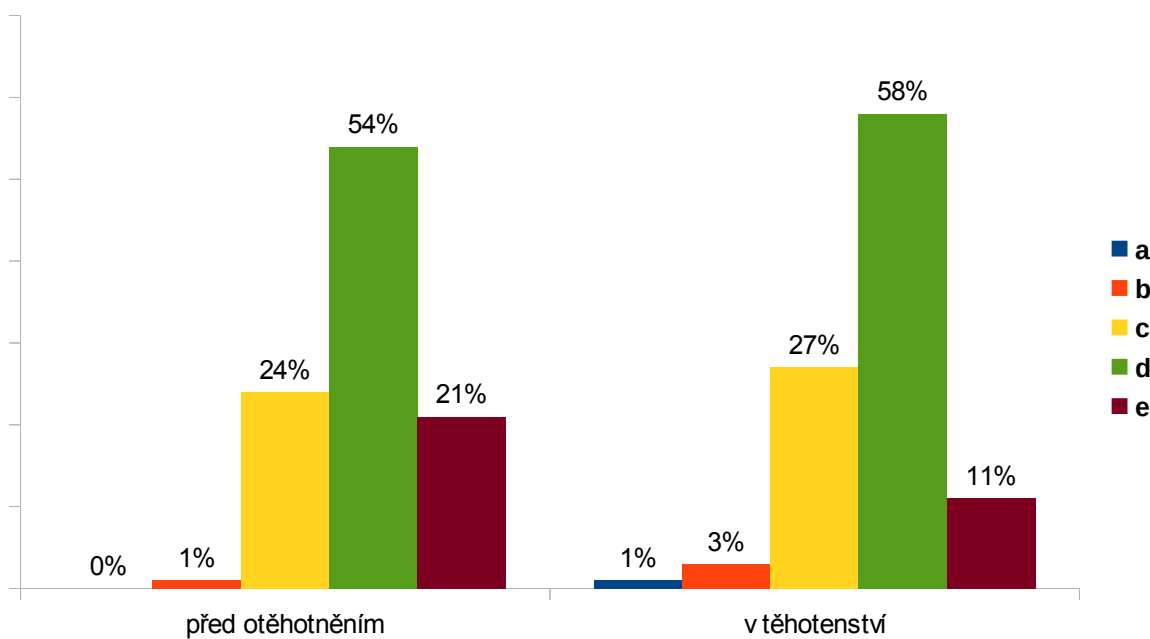
Graf 18 Frekvence pohlavního vybití

(Vlastní analýza)

Graf znázorňuje odpovědi na otázku č. 2 z dotazníku SFM. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním partnerky respondenta a v období gravidity partnerky respondenta. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) uvedlo frekvenci pohlavního vybití „vůbec nikdy nebo alespoň rok nikoliv“ 0 respondentů (0 %) v období před otěhotněním partnerky a 2 respondenti (1%) v období gravidity partnerky. Frekvenci pohlavního vybití „několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně“ uvedlo 0 respondentů (0 %) v období před otěhotněním partnerky a 0 respondentů (0 %) v období gravidity partnerky. Frekvenci pohlavního vybití „několikrát za měsíc, nejvýš jednou týdně“ uvedlo 34 respondentů (20 %) v období před otěhotněním partnerky a 41 respondentů (25 %) v období gravidity partnerky. Frekvenci pohlavního vybití „2x nebo vícekrát týdně“ uvedlo 106 respondentů (65 %) v období před otěhotněním partnerky a 100 respondentů (61 %) v období gravidity partnerky. Frekvenci pohlavního vybití „denně nebo vícekrát za den“ uvedlo 24 respondentů (15 %) v období před otěhotněním partnerky a 21 respondentů (13 %) v období gravidity partnerky.

Frekvence pohlavního vybití respondentů se v období gravidity snižuje. Z četnosti vícekrát denně, denně, či vícekrát týdně se snižuje na četnost několikrát za měsíc, nejvýš jednou týdně.

Otázka č. 3 Frekvence pohlavních styků



Vysvětlivky:

Ve snaze uskutečnit soulož, ale bez ohledu na to, zda k ní skutečně dojde, se pohlavně přibližují ke své partnerce (líbám ji, objímám, dotýkám se, pokouším se o tělesné spojení):

- a) vůbec nikdy nebo 1x za rok
- b) několikrát za rok, nanejvýš 1x měsíčně
- c) 2x – 4x za měsíc
- d) 2x nebo vícekrát týdně
- e) denně nebo vícekrát za den

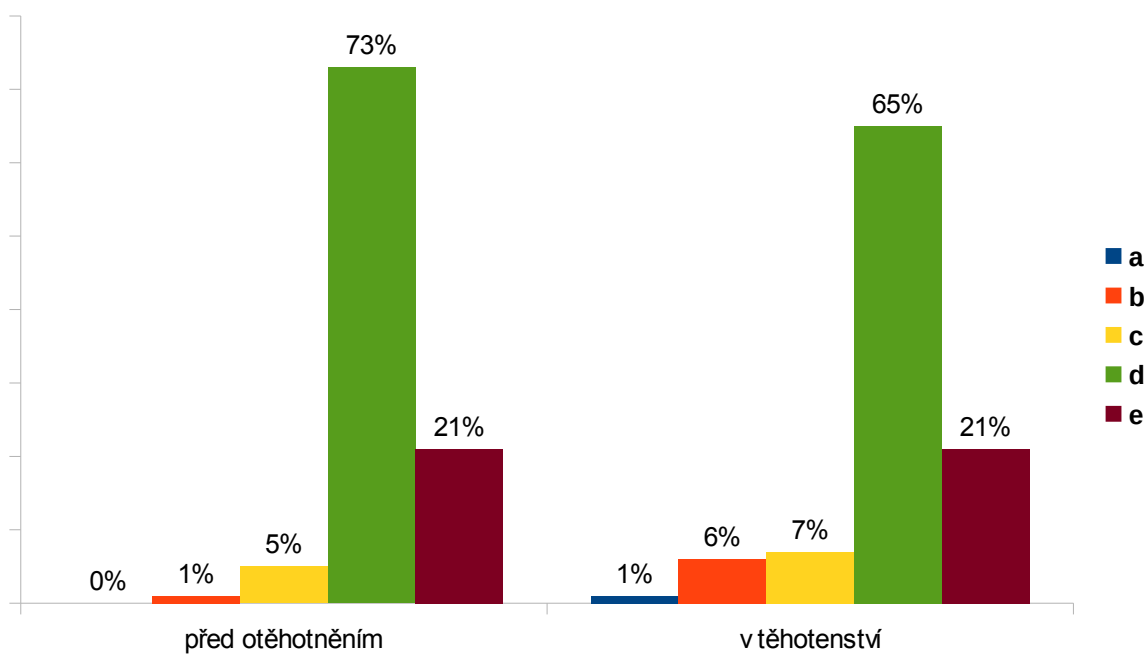
Graf 19 Frekvence pohlavních styků

(Vlastní analýza)

Graf znázorňuje odpovědi na otázku č. 3 z dotazníku SFM. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním partnerky respondenta a v období gravidity partnerky respondenta. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) uvedlo frekvenci pohlavních styků „vůbec nikdy nebo alespoň rok nikoliv“ 0 respondentů (0 %) v období před otěhotněním partnerky a 2 respondenti (1%) v období gravidity partnerky. Frekvenci pohlavních styků „několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně“ uvedl 1 respondent (1 %) v období před otěhotněním partnerky a 5 respondentů (3 %) v období gravidity partnerky. Frekvenci pohlavních styků „několikrát za měsíc, nejvýš 1x týdně“ uvedlo 40 respondentů (24 %) v období před otěhotněním partnerky a 44 respondentů (27 %) v období gravidity partnerky. Frekvenci pohlavních styků „2x nebo vícekrát za týden“ uvedlo 88 respondentů (54 %) v období před otěhotněním partnerky a 95 respondentů (58 %) v období gravidity partnerky. Frekvenci pohlavních styků „denně nebo několikrát za den“ uvedlo 35 respondentů (21 %) v období před otěhotněním partnerky a 18 respondentů (11 %) v období gravidity partnerky.

Frekvence pohlavních styků se u respondentů v období gravidity významně snižuje. Z četnosti denně nebo vícekrát za den klesá v období gravidity až o 10 %.

Otázka č. 4 Frekvence uskutečnění soulože



Vysvětlivky:

Z uvedeného počtu pohlavních styků jsem schopen uskutečnit soulož, tj. tělesné spojení (třeba jen i na krátkou dobu nebo při nedokonalém ztopoření):

- a) vůbec nikdy
- b) v menšině případů
- c) většinou
- d) za běžných podmínek vždy
- e) absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující

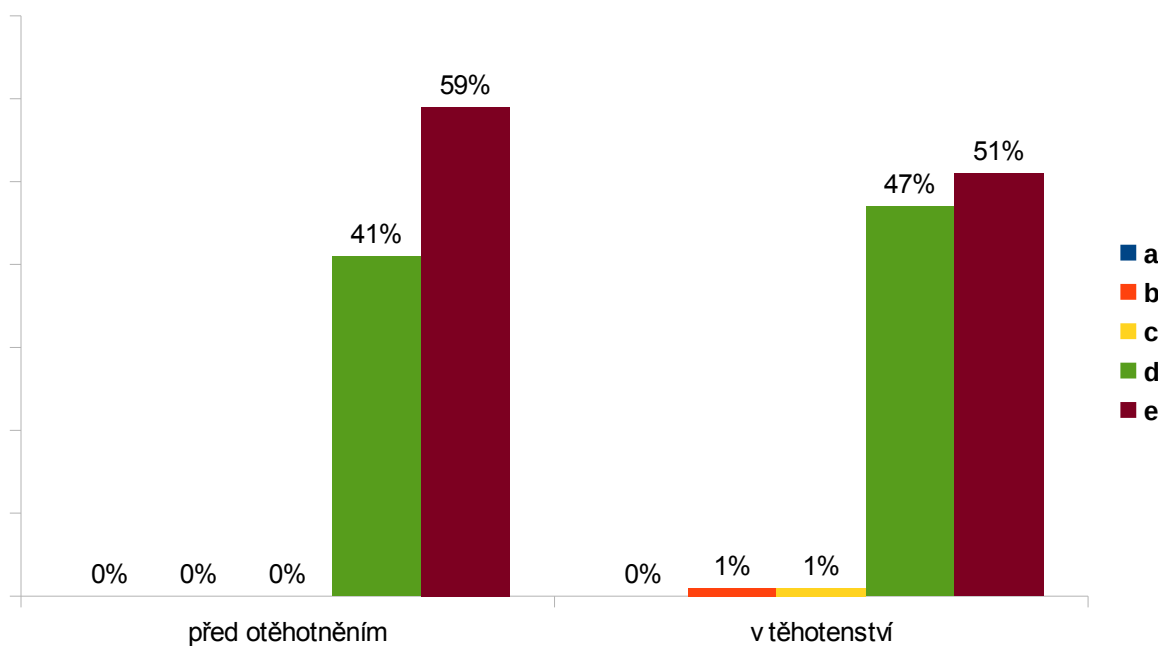
Graf 20 Frekvence uskutečnění soulože

(Vlastní analýza)

Graf znázorňuje odpovědi na otázku č. 4 z dotazníku SFM. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním partnerky respondent a v období gravidity partnerky respondent. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) uvedlo frekvenci uskutečnění soulože „vůbec nikdy“ 0 respondentů (0 %) v období před graviditou partnerky a 2 respondenti (1 %) v období gravidity partnerky. Možnost „v menšině případů“ uvedl 1 respondent v období před graviditou partnerky a 10 respondentů (6 %) v období gravidity partnerky. Frekvenci uskutečnění soulože „většinou“ uvedlo 9 respondentů (5 %) v období před graviditou partnerky a 11 respondentů (7 %) v období gravidity partnerky. Možnost „za běžných podmínek vždy“ uvedlo 119 respondentů (73 %) v období před graviditou partnerky a 106 respondentů (65 %) v období gravidity partnerky. Možnost „absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující“ uvedlo 35 respondentů (21 %) v době před graviditou partnerky a 35 respondentů (21 %) v období gravidity partnerky.

Četnost uskutečněných souloží se u respondentů významně snižuje v období gravidity o 8 % v porovnání s obdobím před graviditou.

Otázka č. 5 Kvalita ztopoření (erekce) penisu



Vysvětlivky:

Nejčastěji se u mne vyskytuje, resp. nejvíce mi vadí tento stav:

- a) ztopoření se vůbec při pohlavním styku nedostavuje
- b) ztopoření se na počátku dostaví, ale ochabuje před souloží, takže zavedení není proto možné
- c) dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví nebo dochází k jeho ochabnutí po zavedení penisu, ještě před výronem semene
- d) ztopoření stačí k zavedení penisu, vydrží do výronu semene nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož
- e) ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek

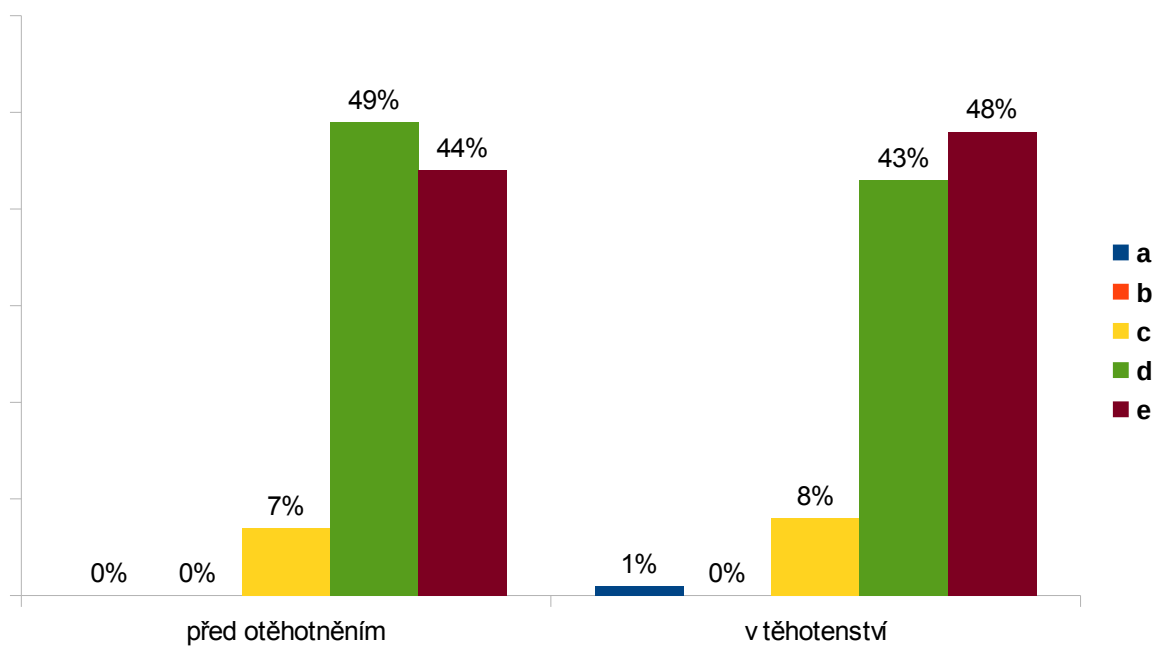
Graf 21 Kvalita erekce penisu

(Vlastní analýza)

Graf znázorňuje odpovědi na otázku č. 5 z dotazníku SFM. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním partnerky respondenta a v období gravidity partnerky respondenta. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) uvedlo možnost „ztopoření se vůbec při pohlavním styku nedostavuje“ 0 respondentů (0 %) v období před graviditou partnerky a 0 respondentů (0 %) v období gravidity partnerky. Možnost „ztopoření se na počátku dostaví, ale ochabuje před souloží, takže zavedení není proto možné“ uvedlo 0 respondentů (0 %) v období před graviditou partnerky a 2 respondenti (1 %) v období gravidity partnerky. Možnost „dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví nebo dochází k jeho ochabnutí po zavedení penisu, ještě před výronem semene“ uvedlo 0 respondentů (0 %) v období před graviditou partnerky a 2 respondenti (1 %) v období gravidity partnerky. Možnost „ztopoření stačí k zavedení penisu, vydrží do výronu semene nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož“ uvedlo 68 respondentů (41 %) v období před graviditou partnerky a 77 respondentů (47 %) v období gravidity partnerky. Možnost „ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek“ uvedlo 96 respondentů (59 %) v období před graviditou partnerky a 83 respondentů (51 %) v období gravidity partnerky.

Kvalita erekce penisu se v období gravidity u respondentů výrazně nemění, zůstává vyhovující k uskutečnění uspokojující soulože.

Otázka č. 6 Doba trvání soulože



Vysvětlivky:

K výronu semene u mne dochází:

- a) ještě před zavedením penisu nebo k němu při souloži vůbec nedojde
- b) při zavádění penisu nebo během několika vteřin soulože
- c) během 1 – 2 minut soulože
- d) během 3 nebo více minut
- e) soulož jsem schopen za všech okolností libovolně prodlužovat až do úplného uspokojení partnerky

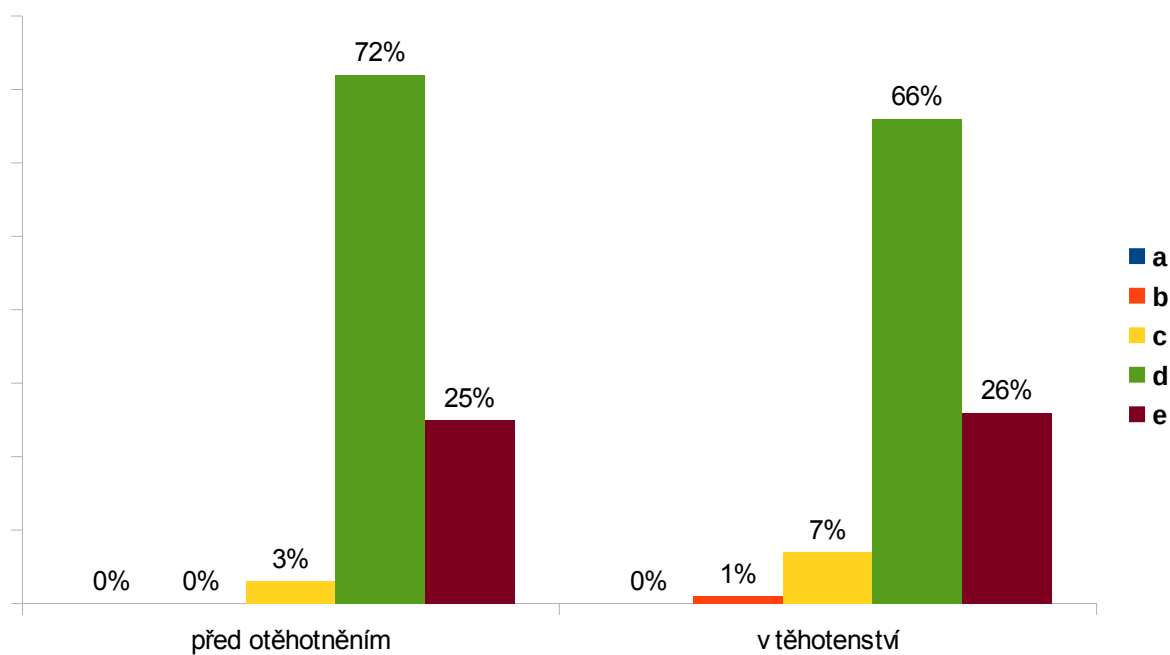
Graf 22 Doba trvání soulože

(Vlastní analýza)

Graf znázorňuje odpovědi na otázku č. 6 z dotazníku SFM. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním partnerky respondentů a v období gravidity partnerky respondentů. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) uvedlo možnost „ještě před zavedením penisu nebo k němu při souloži vůbec nedojde“ 0 respondentů (0 %) v době před graviditou partnerky a 2 respondenti (1 %) v období gravidity partnerky. Možnost „při zavádění penisu nebo během několika vteřin soulože“ uvedlo 0 respondentů (0 %) v době před graviditou partnerky a 0 respondentů (0 %) v období gravidity partnerky. Možnost „během 1 – 2 minut soulože“ uvedlo 11 respondentů (7 %) v době před graviditou partnerky a 13 respondentů (8 %) v období gravidity partnerky. Možnost „během 3 nebo více minut“ uvedlo 80 respondentů (49 %) v době před graviditou partnerky a 70 respondentů (43 %) v období gravidity partnerky. Možnost „soulož jsem schopen za všech okolností libovolně prodlužovat až do úplného uspokojení partnerky“ uvedlo 73 respondentů (44 %) v době před graviditou partnerky a 79 respondentů (48 %) v období gravidity partnerky.

Schopnost respondentů libovolně prodlužovat soulož až do úplného uspokojení partnerky se v období gravidity lehce zvyšuje.

Otázka č. 7 Nálada před pohlavním stykem



Vysvětlivky:

Před pohlavním stykem cítím:

- a) silný strach z neúspěchu, proto se raději o nic nepokouším
- b) značnou nejistotu, proto se hledím styku spíše vyhnout
- c) někdy nejistotu, ale stykům se nevyhýbám, nebo mám styky hlavně kvůli partnerce, nebo proto, abych se vyzkoušel
- d) především touhu po partnerce, k souloži za běžných podmínek přistupuji bez obav
- e) vždy s naprostou jistotou, nikdy nemám o sobě ani nejmenší pochybnosti a nikdy netrpím indispozicí

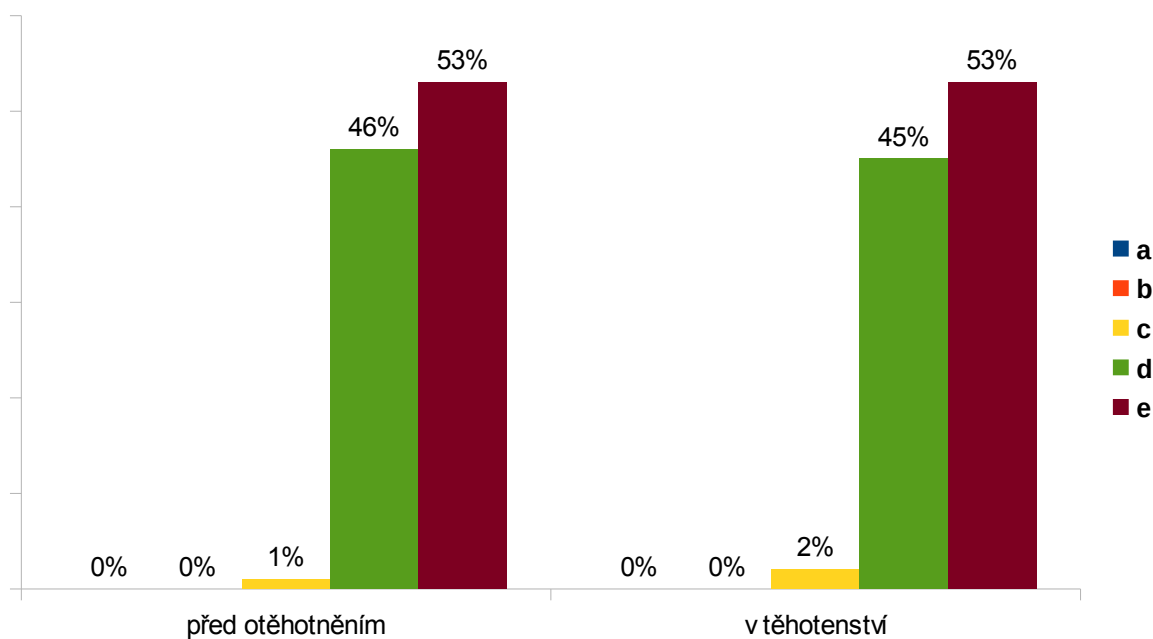
Graf 23 Nálada před pohlavním stykem

(Vlastní analýza)

Graf znázorňuje odpovědi na otázku č. 7 z dotazníku SFM. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním partnerky respondenta a v období gravidity partnerky respondenta. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) uvedlo možnost „silný strach z neúspěchu, proto se raději o nic nepokouším“ 0 respondentů (0 %) v době před graviditou partnerky a 0 respondentů (0 %) v období gravidity partnerky. Možnost „značnou nejistotu, proto se hledím styku spíše vyhnout“ uvedlo 0 respondentů (0 %) v době před graviditou partnerky a 2 respondenti (1 %) v období gravidity partnerky. Možnost „někdy nejistotu, ale stykům se nevyhýbám, nebo mám styky hlavně kvůli partnerce, nebo proto, abych se vyzkoušel“ uvedlo 5 respondentů (3 %) v době před graviditou partnerky a 11 respondentů (7 %) v období gravidity partnerky. Možnost „především touhu po partnerce, k souloži za běžných podmínek přistupuji bez obav“ uvedlo 118 respondentů (72 %) v době před graviditou partnerky a 108 respondentů (66 %) v období gravidity partnerky. Možnost „vždy s naprostou jistotou, nikdy nemám o sobě ani nejmenší pochybnosti a nikdy netrpím indispozicí“ uvedlo 41 respondentů (25 %) v době před graviditou partnerky a 44 respondentů (26 %) v období gravidity partnerky.

V období gravidity se u respondentů před pohlavním stykem výrazně snižuje pocit touhy po partnerce. Pocity respondentů se v období gravidity posouvají od jistoty a touhy k nejistotě, pochybnostem až vyhýbání se pohlavnímu styku.

Otázka č. 8 Nálada po pohlavním styku



Vysvětlivky:

Po pohlavním styku mi nejčastěji bývá:

- a) velmi špatně, jsem podrážděný, nervózní, nebo cítím nechuť k ženě
- b) nepříjemně, jsem otrávený nebo zklamaný, mrzutý nebo nešťastný nebo se cítím nepříjemně vyčerpan
- c) lhostejně, necítím zvláštní uspokojení
- d) dobře, cítím se příjemně uspokojen
- e) velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, mám větší chuť do práce a lepší náladu

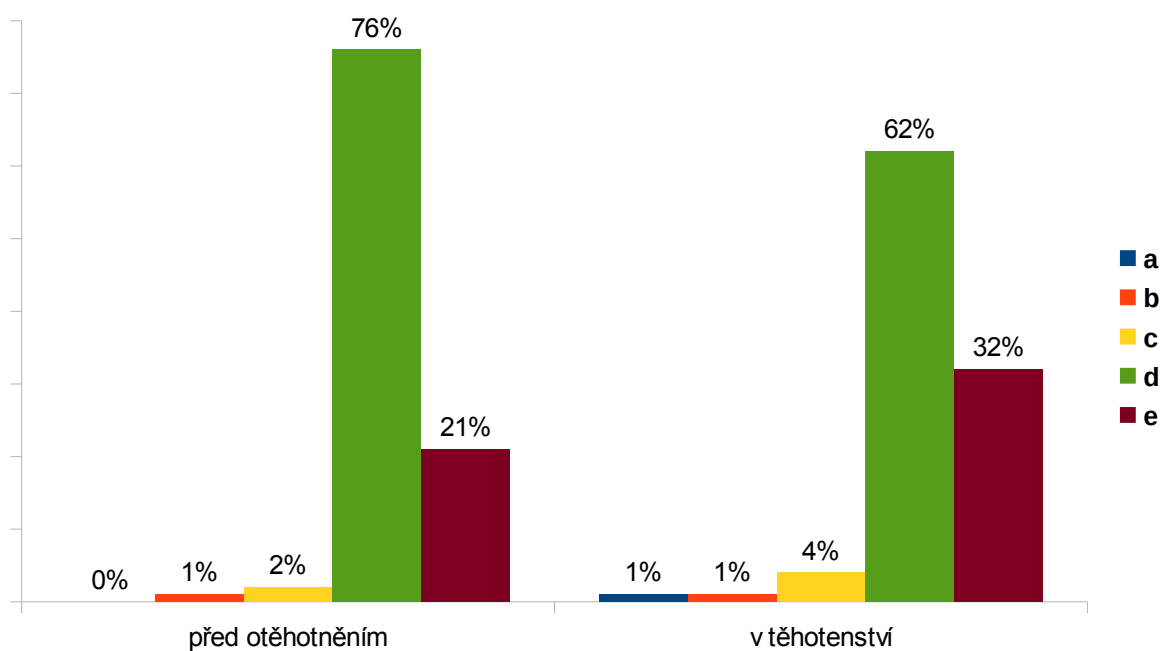
Graf 24 Nálada po pohlavním styku

(Vlastní analýza)

Graf znázorňuje odpovědi na otázku č. 8 z dotazníku SFM. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním partnerky respondenta a v období gravidity partnerky respondenta. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) uvedlo možnost „velmi špatně, jsem podrážděný, nervózní, nebo cítím nechuť k ženě“ 0 respondentů (0 %) v době před graviditou partnerky a 0 respondentů (0 %) v období gravidity partnerky. Možnost „nepříjemně, jsem otrávený nebo zklamaný, mrzutý nebo nešťastný nebo se cítím nepříjemně vyčerpan“ uvedlo 0 respondentů (0 %) v době před graviditou partnerky a 0 respondentů (0 %) v období gravidity partnerky. Možnost „lhostejně, necítím zvláštní uspokojení“ uvedl 1 respondent (1 %) v době před graviditou partnerky a 3 respondenti (2 %) v období gravidity partnerky. Možnost „dobře, cítím se příjemně uspokojen“ uvedlo 75 respondentů (46 %) v době před graviditou partnerky a 74 respondentů (45 %) v období gravidity partnerky. Možnost „velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, mám větší chuť do práce a lepší náladu“ uvedlo 88 respondentů (53 %) v době před graviditou partnerky a 87 respondentů (53 %) v období gravidity partnerky.

Nálada a pocity respondentů se v období gravidity v porovnání s obdobím před graviditou, nemění.

Otázka č. 9 Pocit úspěšnosti v pohlavním životě



Vysvětlivky:

Celkově si připadám:

- a) úplně neschopný, partnerka odmítá se mnou mít styky
- b) spíš neúspěšný, partnerka mívá různé narážky, námitky, výčitky
- c) nejsem si moc jistý svou úspěšností, i když nejsem zcela úspěšný
- d) většinou úspěšný
- e) naprosto jistý svou úspěšností a schopností za všech okolností plně uspokojit svou partnerku

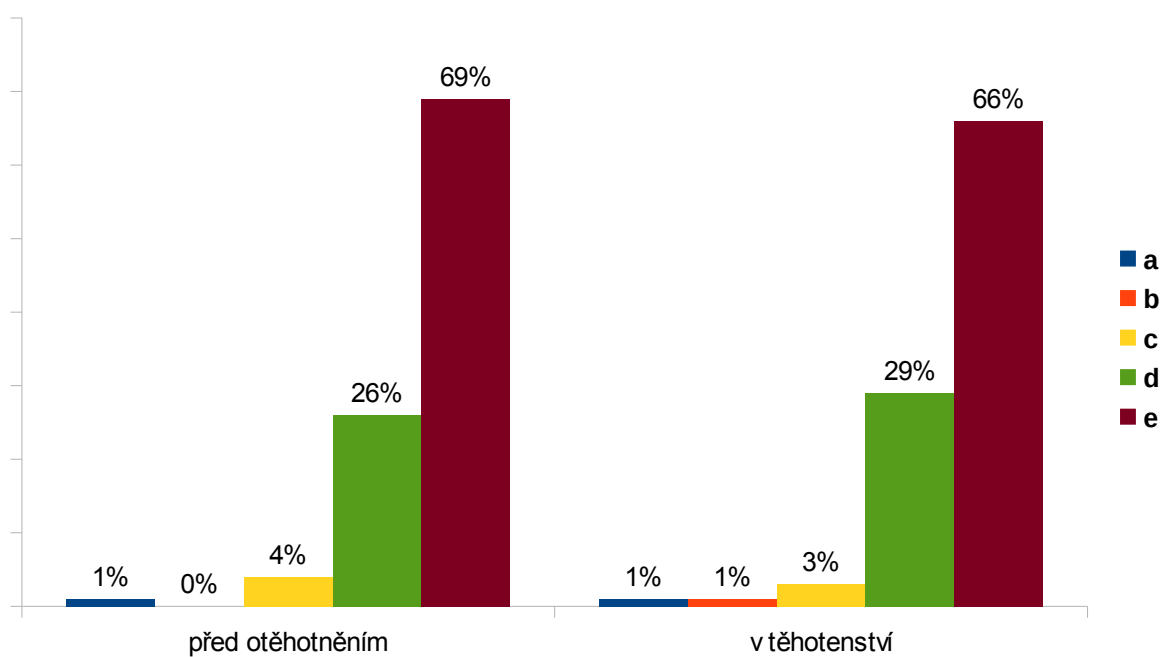
Graf 25 Pocit úspěšnosti v pohlavním životě

(Vlastní analýza)

Graf znázorňuje odpovědi na otázku č. 9 z dotazníku SFM. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním partnerky respondent a v období gravidity partnerky respondent. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) uvedlo možnost „úplně neschopný, partnerka odmítá se mnou mít styky“ 0 respondentů (0 %) v době před graviditou partnerky a 2 respondenti (1 %) v období gravidity partnerky. Možnost „spíš neúspěšný, partnerka mívá různé narážky, námitky, výčitky“ uvedl 1 respondent (1 %) v době před graviditou partnerky a 1 respondent (1 %) v období gravidity partnerky. Možnost „nejsem si moc jistý svou úspěšností, i když nejsem zcela úspěšný“ uvedlo 5 respondentů (2 %) v době před graviditou partnerky a 7 respondentů (4 %) v období gravidity partnerky. Možnost „většinou úspěšný“ uvedlo 124 respondentů (76 %) v době před graviditou partnerky a 101 respondentů (62 %) v období gravidity partnerky. Možnost „naprosto jistý svou úspěšností a schopností za všech okolností plně uspokojit svou partnerku“ uvedlo 34 respondentů (21 %) v době před graviditou partnerky a 53 respondentů (32 %) v období gravidity partnerky.

S pohlavním životem jsou respondenti v období gravidity spojení. Pocit jistoty uspokojit svou partnerku se u respondentů v graviditě zvyšuje o 11 %.

Otázka č. 10 Výskyt a trvání ev. poruchy, pokud nějaká je



Vysvětlivky:

- a) od začátku pohlavního života
- b) soustavně déle než půl roku
- c) kratší dobu než půl roku, nebo se již dříve nakrátko vyskytla
- d) vyskytla se teprve několikrát, zvláště na počátku intimní známosti nebo vůbec nemám (již) žádné potíže
- e) nevím, co to je mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěl sebemenší poruchou v tomto směru

Graf 26 Výskyt a trvání ev. poruchy, pokud nějaká je

(Vlastní analýza)

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 10 z dotazníku SFM. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním partnerky respondenta a v období gravidity partnerky respondenta. Z celkového počtu 164 respondentů (100 %) uvedl možnost „od začátku pohlavního života“ 1 respondent (1 %) v době před graviditou partnerky a 1 respondent (1 %) v období gravidity partnerky. Možnost „soustavně déle než půl roku“ uvedlo 0 respondentů (0 %) v době před graviditou partnerky a 1 respondent (1 %) v období gravidity partnerky. Možnost „kratší dobu než půl roku, nebo se již dříve nakrátko vyskytla“ uvedlo 6 respondentů (4 %) v době před graviditou partnerky a 5 respondentů (3 %) v období gravidity partnerky. Možnost „vyskytla se teprve několikrát, zvláště na počátku intimní známosti nebo vůbec nemám (již) žádné potíže“ uvedlo 44 respondentů (26 %) v době před graviditou partnerky a 48 respondentů (29 %) v období gravidity partnerky. Možnost „nevím, co to je mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěl sebemenší poruchou v tomto směru“ uvedlo 113 respondentů (69 %) v době před graviditou partnerky a 109 respondentů (66 %) v období gravidity partnerky.

Výskyt poruch a jejich trvání se u respondentů v období gravidity v porovnání s obdobím před graviditou výrazně nemění.

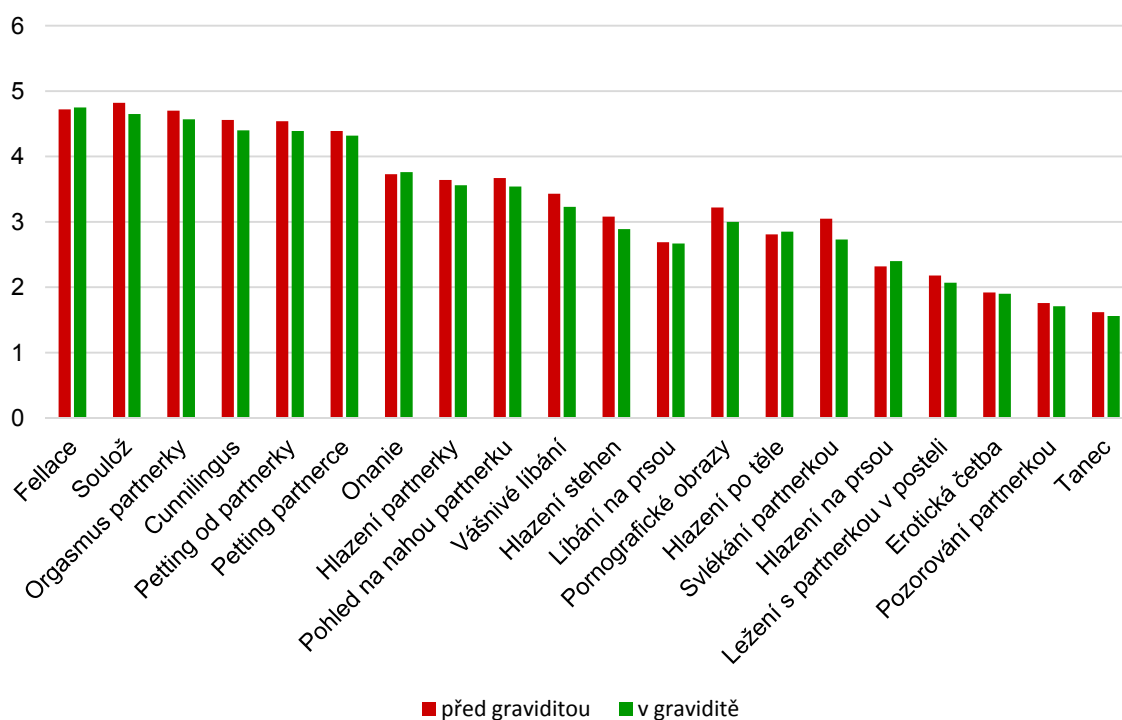
7.3 Dotazník Inventář vzrušivých podnětů – muž

Výsledky získané zpracováním dotazníku Inventář vzrušivých podnětů pro muže znázorňuje Tabulka 22 a Graf 27. Znázorňuje dané podněty od nejvíc vzrušujících po nejméně vzrušující, tak jak je označili respondenti.

Tabulka 22 Inventář vzrušivých podnětů – muž

Pořadí	Druh podnětu	Skupina podnětů	Stupeň vzrušivosti před otěhotněním	Stupeň vzrušivosti v těhotenství
1.	Fellace	D	4,72	4,75
2.	Soulož	C	4,82	4,65
3.	Orgasmus partnerky	D	4,70	4,57
4.	Cunnilingus	C	4,56	4,40
5.	Petting od partnerky	C	4,54	4,39
6.	Petting partnerce	D	4,39	4,32
7.	Onanie	A	3,73	3,76
8.	Hlazení partnerky	D	3,64	3,56
9.	Pohled na nahou partnerku	D	3,67	3,54
10.	Vášnivé líbání	C	3,43	3,23
11.	Hlazení stehén	C	3,08	2,89
12.	Líbání na prsou	C	2,69	2,67
13.	Pornografické obrazy	A	3,22	3,00
14.	Hlazení po těle	C	2,81	2,85
15.	Svlékání partnerkou	C	3,05	2,73
16.	Hlazení na prsou	C	2,32	2,40
17.	Ležení s partnerkou v posteli	B	2,18	2,07
18.	Erotická četba	A	1,92	1,90
19.	Pozorování partnerkou	B	1,76	1,71
20.	Tanec	A	1,62	1,56

(Vlastní výpočet)



Graf 27 Inventář vzrušivých podnětů – muž

(Vlastní analýza)

Průměrný stupeň vzrušivosti sledovaného souboru respondentů v době před otěhotněním je 3,34 se směrodatnou odchylkou 1,02. Průměrný stupeň vzrušivosti sledovaného souboru respondentů v období gravidity je 3,24 se směrodatnou odchylkou 1,00. Průměrný stupeň vzrušivosti respondentů se v období gravidity snižuje o 0,10.

Respondenti vykazují snížení stupně vzrušivosti v období gravidity u všech podnětů uvedených v dotazníku až na 3 podněty: fellace, onanie a hlazení muže ženou na prsou (v Tabulce 22 zvýrazněné tučně), u kterých se míra vzrušivosti v období gravidity partnerky zvyšuje.

Nejvíce vzrušující podnět uváděli respondenti v období před graviditou soulož s průměrným stupněm vzrušivosti 4,82. V období gravidity označili respondenti za nejvíce vzrušující podnět fellaci, s průměrným stupněm vzrušivosti 4,75. Nejméně vzrušující podnět uvedli respondenti tanec, a to v době před graviditou i v období gravidity.

Podněty ze skupiny „A“, při kterých se muž vzrušuje sám pomocí představivosti a fantazie, hodnotili respondenti poměrně nízko. Tanec a četba erotické literatury u většiny respondentů někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu. Další 2 podněty z této skupiny,

onanii a sledování pornografických obrazů, označila většina respondentů za podněty, které téměř vždy až vždy vedou k silnému až velice silnému pocitu vzrušení.

Podněty ze skupiny „B“, které vycházejí z nepřímého kontaktu s partnerkou, hodnotili respondenti poměrně chladně. Pro většinu může vést, až někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu.

Podněty ze skupiny „C“, které vycházejí z přímého kontaktu s partnerem, hodnotili respondenti velice kladně. U většiny respondentů téměř vždy až vždy vedou k silnému až velice silnému pocitu vzrušení. Nejsilněji na respondenty z této skupiny působí soulož, a to v období před graviditou i v období gravidity.

Podněty ze skupiny „D“, kdy podnětem je partnerka prožívající orgasmus a podřizující se partner, hodnotili respondenti velice kladně. U většiny respondentů téměř vždy až vždy vedou k silnému až velice silnému pocitu vzrušení. Nejsilněji na respondenty z této skupiny působí fellace, a to v období před graviditou i v období gravidity.

8 Diskuse

Cílem práce bylo analyzovat sexuální život muže v roli partnera těhotné ženy a retrospektivně porovnat život páru z pohledu muže v době před graviditou a v období gravidity partnerky.

Sběr a interpretace údajů o sexuálním životě v graviditě nejsou jednoduché. I když je v současné době sexualita otabuizována a komercializována, nevytratil se z ní ostych. V přístupech k sexualitě můžeme často narazit na nevědomost a neznalost. Problém nastává i v definování základních pojmů. Respondent si ani pod obecně srozumitelnými termíny nemusí představovat totéž. Problém dotazníků o sexualitě spočívá v možném přehánění či naopak zatajování a tím zkreslování informací. Kvalitu sběru dat může ovlivnit také pohlaví dotazovaného, věk, sexuální zkušenosti, náboženství, kultura, výchova, sebehodnocení, ale i čas a prostředí. Interpretaci zjištěných údajů a dat stěžuje nehomogenost souborů z hlediska věku, stavu, parity, nemožnost vyčlenit reprezentativní vzorek populace. Sexuální život jednotlivce i páru ovlivňuje příliš mnoho proměnných. Všechny uvedené skutečnosti mohou vysokou měrou ovlivnit validitu informací o sexuálním životě páru v graviditě. Napomocť může moderní technika. Současná populace je mnohem důvěrnější a spíše se svěřit anonymitě techniky, než metodám sběru dat tváří v tvář.

V České republice, stejně tak v zahraničí, nám není známá práce zabývající se stejným problémem, tedy mapováním sexuálního života páru v období gravidity z pohledu muže. Dané téma zaujímá pouze okrajové místo ve studiích věnovaných sexualitě v graviditě. Většina prací mapuje daný problém z čistě ženské perspektivy. Výjimkou je práce Čábelové (1999), která do své atestační práce na téma Partnerské postoje k intimnímu soužití v době gravidity, zahrnula i muže – partnery těhotných žen. Její soubor tvořilo 89 mužů. Další prací, která mapuje pohled na sexualitu v těhotenství i z pohledu muže, je práce Vrublové a Tomanové (2006). Česká studie Brtnické et al (2009) mapuje lidskou sexualitu v graviditě a po porodu z pohledu ženy i muže. Na Slovensku se problému sexuality v graviditě věnuje Korbel' (2005). Tyto čtyři práce nám sloužily jako hlavní zdroje informací vhodných k diskusi.

V zahraničí je situace s výzkumem sexuality v graviditě obdobná. Významným zahraničním zdrojem k porovnání je práce Bartellase et al (2000), která mapuje sexualitu a sexuální aktivitu v graviditě z pohledu ženy i muže.

Respondenti v našem souboru byli rozděleni do čtyř věkových skupin, z nichž nejpočetnější tvoří skupina mužů ve věku od 31 – 35 let (53 %). Nejmladšímu respondentovi bylo 24 let a nejstaršímu 46 (Graf 1). Průměrný věk respondentů byl 34,04 let. Věkové složení respondentů je více méně obdobné publikovaným studiím jak v zahraničí, tak v České republice.

V dalších identifikačních kategoriích převládají respondenti s vysokoškolským vzděláním (56 %), bydlící v Praze (59 %) a ženatí v 75 % (Graf 2, Graf 3, Graf 4).

Z anamnestických kategorií převládají respondenti, pro které je gravidita se současnou partnerkou jejich první (70 %), po spontánní koncepci (98 %) a probíhající fyziologicky, až u 94 % (Graf 5, Graf 6, Graf 7). Důležitým údajem je i parita partnerky, v našem souboru je v 92% zastoupení partnerek těhotných poprvé (Graf 9) a v době dotazování byly nejčastěji v 28 – 35 t.t. (Graf 8). Podobné složení respondentů udává i Bartellas (2000), 71 respondentů ze 141 bylo v druhém trimestru. Čábelová (1999) udává 56 primipar ze souboru 89 respondentů.

Anonymní zdroje získávání informací uvedlo v našem souboru celkem 88 (65 %) respondentů z celkového počtu 136 (100 %), kteří informace hledají. Z toho internet uvedlo 58 (66 %) respondentů a literaturu 30 (34 %) respondentů. Tyto zdroje samozřejmě nevypovídají nic o kvalitě a erudovanosti informací z nich získaných. Pro více jak 50 % respondentů, kteří informace o sexualitě v graviditě hledají, je hlavním zdrojem internet. **Toto zjištění potvrzuje Hypotézu 5, která předpokládala získávání informací o sexualitě v graviditě respondenty prostřednictvím internetu ve více než 50 %.**

I když jsou získané informace pro 70 % respondentů (Graf 11) dostačující, přeje si být až 56 % respondentů o sexualitě v graviditě informováno (Graf 12). Informační brožurku by přivítalo 54 % respondentů (Graf 13). **Toto zjištění potvrzuje, i když jen těsně, Hypotézu 6, která předpokládala více než 50% zájem respondentů o informační brožurku o sexualitě v graviditě.**

Korbel' (2005) uvádí, i když v souboru žen, jako hlavní zdroj informací o sexualitě v graviditě v 57 % literaturu. Jurigová (2009) ve své práci na souboru žen uvádí informační zdroj internet v 35 % a literaturu v 32 %. Z uvedeného je zřejmé, že většina respondentů (mužů i žen) dává přednost anonymním zdrojům poskytování informací.

Hypotéza 4 se nám, na základě otázky č. 14 z nestandardizovaného dotazníku, nepotvrdila. Hypotéza 4 předpokládala, že více než 60 % respondentů nekomunikuje se svojí partnerkou o sexualitě zcela otevřeně. Otevřeně si říct své představy, touhy a

přání dokáže 54 % respondentů a 43 % respondentů dokáže na téma sexuality s partnerkou komunikovat, i když ne zcela otevřeně a o všem (Graf 14). Pro nás to i tak bylo pozitivní zjištění. Současné páry dovedou komunikovat více či méně úspěšně i na toto téma.

Hypotéza 2, která předpokládá, že více než 60 % respondentů nemá z pohlavního styku obavy a styk v graviditě neodmítá, se nám potvrdila. Obavy z pohlavního styku či odmítání pohlavního styku v období gravidity partnerky uvedlo méně než 62 % respondentů (Graf 15). Nejvíce se respondenti obávají, že styk ublíží dítěti (18 %) a že styk ublíží partnerce (8 %). Snížení atraktivity partnerky v období gravidity uvedlo jako důvod odmítání pohlavního styku 6 % respondentů.

Korbel' (2005) uvádí, že 55 % mužů udává strach z vyvolání porodu/potrátu a tyto obavy se stupňují z 28 % v I. trimestru na 60 % v II. trimestru až na 64 % v III. trimestru. Zájem mužů o sexuální styk se v první polovině gravidity většinou nemění, významně klesá od konce II. trimestru a ve III. trimestru ztrácí zájem o sex až 20 % mužů. Udávané důvody jsou únava, diskomfort a ohleduplnost vůči dítěti a ženě (Korbel', 2005).

Obdobné výsledky obav a odmítání styku v graviditě, stejně tak i stupňování obav směrem ke konci těhotenství, udává i Bartellas (2000). V jeho studii 10 % respondentů udává jako důvod odmítání pohlavního styku v graviditě snížení atraktivity partnerky a snížení chuti na sex 20 % respondentů. 24 % respondentů nemá chuť iniciovat sexuální aktivitu.

Čábelová ve své práci uvádí, že až 21 % respondentů odmítá intimní poměr s těhotnou partnerkou. Zarážející je zjištění, že pro 7 % mužů je nepříjemné vyjít si na procházku s partnerkou ve vyšším stupni gravidity (Čábelová, 1999).

V práci Vrublové a Tomanové najdeme závěr, ve kterém 53 % respondentů uvedlo, že těhotenství změnilo jejich milostní život negativně. Pouze 47 % mužů uvedlo, že gravidita je pro ně pozitivní změnou v sexuálním životě. Sníženou chuť či touhu k sexu v graviditě uvádí 10 % mužů. Až 23 % mužů není spokojeno se svým sexuálním životem (Vrublová, Tomanová, 2006).

Partnerky respondentů mají největší strach z vyvolání potrátu/porodu (10 %) a 13 % styk odmítá kvůli fyzickému nepohodlí, únavě, sníženému zájmu o sex, či kvůli zákazu gynekologa. Až 69 % partnerek respondentů obavy nemá a styk v graviditě neodmítá (Graf 16).

K zmapování sexuálního života mužů – partnerů těhotných žen byly použity dva standardizované dotazníky, SFM a IVP – muž (Příloha 12). Dotazník SMF jsme použili

k zmapování a následnému porovnání sexuálních funkcí muže v době před graviditou a v období gravidity partnerky. Zjištěné výsledky jsme vyhodnotili vypočítáním bodové hodnoty jednotlivých otázek a pro přehlednost jednotlivých otázek i vypočítáním relativní četnosti.

Nejvíce respondentů mělo potřebu pohlavního styku před graviditou 2x nebo vícekrát týdně (62 %). V těhotenství je patrný pokles o 4 %, pořád ale zůstává v 58% zastoupení. Výraznější pokles (8 %) jsme zjistili při potřebě pohlavního styku denně či vícekrát za den, taky klesá z 23 % před graviditou na 15 % v graviditě (Graf 17). Vyjádřeno bodovou hodnotou, potřeba pohlavního styku se v období gravidity snižuje z 3,09 na 2,86 bodu, tedy o 0,20 bodu.

Frekvence pohlavního vybití se v období gravidity jen mírně snižuje, z 2,93 bodu před graviditou na 2,84 v graviditě. Nejvíce respondentů uvedlo v graviditě (61 %) i přede graviditou (65 %) frekvenci pohlavního vybití 2x nebo vícekrát týdně (Graf 18).

Frekvence pohlavních styků se v období gravidity snižuje nejvýrazněji u četnosti denně nebo vícekrát za den a to z 21 % před graviditou na 11 % v době gravidity (Graf 19). Bodová hodnota se snižuje z 2,95 na 2,74, tedy o 0,21 bodu, což je vůbec nejvýraznější zjištění v našem souboru. **Toto zjištění potvrzuje Hypotézu 1, která předpokládala snížení frekvence pohlavních styků v graviditě o 0,20 bodové hodnoty.**

V souboru Vrublové a Tomanové (2006) uvádělo 17 % mužů častost pohlavních styků před graviditou 1x denně 17 %, 2x denně 3 %, 1x týdně 7 %, 2x týdně 23 %, 3x týdně 37 % a 4x a více 3 %, 1x měsíčně 7 %, 3x měsíčně 3 % mužů. V graviditě uváděli častost styku 1x denně 10 %, 2x denně 3 %, 1x týdně 7 %, 2x týdně 41 %, 3x týdně 10 %, 4x týdně a více 16 %, 1x měsíčně 3 %, 3x měsíčně 7 % a vůbec 3 % mužů. Její výsledky jsou srovnatelné s našimi. V obou souborech je nejpočetněji zastoupená frekvence styků 2x nebo vícekrát týdně. Snížení koitální frekvence o 72,4 % udává i Korbel'. Toto výrazné snížení dává do souvislosti s věkem respondentů nad 40 let a s jejich přesvědčením, že v graviditě by se měl pohlavní styk omezit. Zde je vidět výrazná neinformovanost respondentů (Korbel', 2005).

Kvalita erekce penisu se v graviditě snižuje méně výrazně z 59 % na 51 % (Graf 21), v bodovém vyjádření z 3,58 na 3,46. V našem souboru zůstává pořád v mezích normy a výrazně nezasahuje do sexuálního života respondentů. Rozdílné výsledky poskytuje Korbel', snížení erekce v období gravidity udává až u 36,6 % a pokles orgasmů 32,3 % mužů.

Nálada před a po pohlavním styku se v našem souboru respondentů výrazně s graviditou neměnila. Většina respondentů cítí před pohlavním stykem touhu po partnerce (72 % a 66 %), nemají o sobě pochybnosti a necítí se být indisponován. Cítí se být úspěšnými a naprosto jisti svou schopností uspokojit partnerku. Daný pocit úspěšnosti uspokojit partnerku se v období gravidity dokonce zvyšuje, z 21 % před graviditou na 32 % v graviditě (Graf 25).

Toto naše zjištění nesouhlasí s údaji uvedenými Korbelem v předcházejícím textu. I po pohlavním styku se respondenti z našeho souboru cítili šťastně a uspokojeně (Graf 23, Graf 24). Ve studii Vrublové a Tomanové uvedlo až 47 % mužů, že gravidita jejich milostní život ovlivnila pozitivně. Touhu v nezměněné intenzitě pociťuje v jejich souboru až 90 % mužů. Dá se tedy předpokládat, že pro většinu mužů je těhotenství pozitivní faktor v milostném životě páru.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sexuální funkce se u muže mění více či méně výrazně v negativním smyslu. V období gravidity partnerky se výrazně snižuje frekvence pohlavních styků a klesá i jejich potřeba. Klesá kvalita erekce a zkracuje se doba trvání soulože. Naopak, zvyšuje se pocit úspěšnosti v pohlavním životě.

K zmapování a porovnání podnětů, které muž může vnímat od nepříjemných až po silně vzrušující, jsme využili standardizovaný dotazník IVP upravený pro muže. Mapuje a porovnává vzrušivé podněty v době před otěhotněním a v době gravidity partnerky. Vyhodnocení jsme provedli vypočítáním stupně vzrušivosti. Průměrný stupeň vzrušivosti v době před graviditou je 3,34 a v období gravidity 2,24 (Graf 27). Nejvíce vzrušujícím podnětem byla pro respondenty před otěhotněním soulož, v období gravidity se nejvíce vzrušujícím podnětem stává fellace. Fellace, masturbace a hlazení na prsou – u těchto tří podnětů se v období gravidity zvyšuje stupeň vzrušivosti v průměru o 0,05 bodu. U všech ostatních podnětů se stupeň vzrušivosti naopak snižuje (85 % podnětů). Nejvíce, o 0,32 bodu se snižuje vzrušivost u podnětu, když partnerka respondenta svléká a o 0,2 bodu, když partnerka respondenta vášnivě líbá. **Snížení stupně vzrušivosti u 17 podnětů, nám potvrdilo Hypotézu 3. Hypotéza 3 předpokládala, že více než 80 % vzrušivých podnětů vyvolává u respondentů v graviditě nižší stupeň vzrušivosti.**

Studie zaměřené na sexuální podněty v graviditě z pohledu muže nám nejsou známy v České republice ani v zahraničí. Z našich zjištěných údajů je možné usuzovat, že muži se v graviditě přizpůsobují ženám. Ženy upřednostňují extragenitální něžnosti a pocit blízkosti, sounáležitosti. Frekvence masturbační aktivity 43 % uváděná Korbelem by

mohla být odpovědí, proč se v našem souboru stává masturbace jako podnět více vzrušující v období gravidity. Muži se taky častěji kloní k extramatrimoniálním sexuálním stykům, dle různých studií od 23 % do 43 % (Korbel'). Důvod udávali respondenti snížený zájem o sex s těhotnou partnerkou a ohleduplnost k plodu a ženě.

Většina párů je i v graviditě sexuálně aktivních až do termínu porodu bez negativního vlivu na výsledek gravidity. Pestrá je i paleta sexuálních aktivit, které páry provozují. Nejčastější aktivitou v graviditě je líbání (97 %), stimulace prsů ženy (87 %), předehra (79 %). Pravidelný orální sex provozuje 53 – 76 % párů, oro-vaginální 19 – 44 %, rekto-vaginální 28 % a anální sex 7 – 33 % párů (Korbel'). Muži jsou v porovnání s ženami, více aktivnější a projevují i více iniciativy, a to před graviditou i v období gravidity.

Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo analyzovat sexuální život muže – partnera těhotné ženy. Záměrem práce bylo také zmapovat sexuální život páru v období gravidity z pohledu muže.

Teoretická část práce poskytuje ucelený pohled dnešní společnosti na lidskou sexualitu se zaměřením na sexualitu muže a následně na sexuální život páru v období gravidity. Hlavní cíl číslo 1 doplňuje zejména dílčí cíl 4. Dílčím cílem č. 4 bylo porovnat sexuální život páru z pohledu muže v období před otěhotněním partnerky a v době těhotenství. Standardizované dotazníky, SFM i IVP – muž, byly proto rozdělené na dvě části, ve kterých respondenti hodnotili současný stav v období gravidity a retrospektivně hodnotili období před graviditou partnerky. Vyhodnocením standardizovaných dotazníků byly získané informace potřebné k splnění hlavního cíle práce.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sexuální funkce se u muže mění více či méně ve smyslu negativním. V období gravidity partnerky se výrazně snižuje frekvence pohlavních styků a klesá i jejich potřeba. Klesá kvalita erekce a zkracuje se doba trvání soulože. Naopak, zvyšuje se pocit úspěšnosti v pohlavním životě. Nálada před a po pohlavním styku se v našem souboru respondentů výrazně s graviditou neměnila. Většina respondentů cítí před pohlavním stykem touhu po partnerce, nemají o sobě pochybnosti a necítí se být indisponováni. Cítí se být úspěšnými a naprosto jisti svou schopností uspokojit partnerku. Pocit úspěšnosti uspokojit partnerku sexuálně se v období gravidity dokonce zvyšuje. Dá se tedy předpokládat, že pro většinu mužů je těhotenství v milostném životě pozitivním faktorem.

K zmapování a porovnání podnětů, které muž může vnímat od nepříjemných až po silně vzrušující, jsme využili standardizovaný dotazník IVP upravený pro muže. Mapuje a porovnává vzrušivé podněty v době před otěhotněním a v době gravidity partnerky. Nejvíce vzrušujícím podnětem byla pro respondenty před otěhotněním soulož, v období gravidity se nejvíce vzrušujícím podnětem stává fellace. Fellace, masturbace a hlazení na prsou – u těchto tří podnětů se jako u jediných v období gravidity zvyšuje stupeň vzrušivosti. U všech ostatních podnětů se stupeň vzrušivosti naopak snižuje. Nejvýraznější snížení pocitu vzrušení jsme zjistili u podnětu, když partnerka respondenta svléká a když ho vášnivě líbá.

Na základě zjištěných skutečností byl hlavní cíl práce a dílčí cíl č. 1 splněn.

Dalším dílčím cílem práce, č. 2, bylo zjistit, zda mají respondenti v období gravidity partnerky obavy z pohlavního styku, nebo mají důvod styk odmítat. K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 15 v nestandardizovaném (vlastním) dotazníku. Obavy z pohlavního styku či odmítání pohlavního styku v období gravidity partnerky uvedlo méně než 62 % respondentů. Nejvíce se respondenti obávají, že styk ublíží dítěti a že styk ublíží partnerce. Snížení atraktivity partnerky v období gravidity uvedlo jako důvod odmítání pohlavního styku 6 % respondentů. K splnění daného cíle přispěla i otázka č. 17 z dotazníku IVP, ve které respondenti měli posoudit stupeň vzrušivosti při pohledu na obnaženou partnerku. V období gravidity se stupeň vzrušivosti na daný podnět výrazně snižuje, až o 0,13 stupně vzrušivosti. **Dílčí cíl č. 2 byl splněn.**

3. dílčím cílem práce bylo zjistit informovanost respondentů v oblasti sexuality v období gravidity. K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 10, 11, 12 a 13 v nestandardizovaném dotazníku. Pouze 36 % respondentů informace o sexualitě v graviditě nehledá. Ostatní respondenti informace hledají zejména na internetu a v literatuře. Již méně se o radu a informaci obrací na své kamarády a ještě méně (5 %) hledá informace u odborníka – gynekologa. Z výsledků je zřejmé, že většina respondentů dává přednost anonymním zdrojům poskytování informací. Tyto zdroje samozřejmě nevypovídají nic o kvalitě a erudovanosti informací z nich získaných. I když jsou získané informace pro 70 % respondentů dostačující, přeje si být až 56 % respondentů o sexualitě v graviditě informováno. Informační brožurku by přivítala více než polovina respondentů. **Dílčí cíl č. 3 byl splněn.**

Posledním dílčím cílem práce bylo zjistit, zda respondenti s partnerkou o sexualitě komunikují. K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 14 v nestandardizovaném dotazníku. Otevřeně si říct své představy, touhy a přání dokáže 54 % respondentů a 43 % respondentů dokáže na téma sexuality s partnerkou komunikovat, i když ne zcela otevřeně a o všem. Pouze 1 % respondentů o sexu s partnerkou vůbec nehovoří. Bylo pozitivní zjistit, že současné páry dovedou na citlivé a osobní téma sexuality komunikovat, a to celkem úspěšně.

Dílčí cíl č. 4 byl splněn.

Doporučení pro praxi

I přes vysokou míru přístupných informací, které předpokládají i vysoký stupeň informovanosti nejen mužů, ale i žen v oblasti sexuality, nebývají páry na toto období dobře připravené. Není možné předpovídat, jak výrazně a zda vůbec se bude sexualita páru v graviditě měnit. Pro mnohé dvojice nepředstavuje těhotenství výraznou změnu v sexuálním životě, pro jiné se může stát zdrojem první partnerské krize. Překonat toto výjimečné a zároveň náročné období pomůže informovanost páru. Nejenom žena, ale i muž si zaslouží být informován. V současnosti se může spolehnout více či méně na informace od gynekologa zprostředkované partnerkou. Anonymní zdroje nevypovídají nic o hodnotě informací.

Výsledky diplomové práce by mohly být využity jako zdroj informací pro porodní asistentky, zdravotní sestry i pro pedagogy vyučující na všech stupních zdravotnických škol. Kvalitní a ucelené informace chybí, odborníci často nemají kvalitní znalosti z oblasti sexuologie. Výuka sexuologie se na zdravotnických školách zaměřuje zejména na antikoncepci a pohlavně přenosné nemoci. Studentům se předává minimum informací o praktickém sexuálním životě. Následkem toho studenti často podléhají pověrám, mýtům, zažitým pravdám kolujícím v jejich osobním, společenském a kulturním životě. Tyto skutečnosti pak můžou tvořit výraznou překážku v poskytování péče klientům v otázkách sexuálního života.

Informační brožurka se jeví jako vhodná forma k předávání informací o sexualitě nejen u laické ale i u odborné veřejnosti. Informace z diplomové práce by bylo možné využít k sestavení informační brožurky o sexuálním životě v graviditě a poskytnout tak široké veřejnosti ucelené a odborné informace.

Role zdravotníka i pedagoga v oblasti zvyšování informovanosti veřejnosti v oblasti sexuality je možné shrnout následovně:

- vedení předporodní přípravy pro páry,
- pořádání seminářů, přednášek pro odborníky i laiky,
- vedení internetových stránek, internetových poraden, chatů, blogů,
- sestavování edukačních materiálů,
- psaní odborných článků.

Sexuální osvětou a výchovou je možné získat několik důležitých benefitů:

- možnost poučeného rozhodování,
- osvojení si odpovědného chování a jednání,
- nácvik komunikace,
- upevnění vztahu páru,
- zvýšení kvality života páru,
- prevence zdravotních i sociálních rizik plynoucích z neinformovanosti.

Získané poznatky z oboru sexuality, o změnách v sexuálním životě páru v jednotlivých vývojových obdobích vztahu, lze využít k zvýšení kvality zdravotnické péče. V pedagogické oblasti lze tyto informace využít k výchově a vzdělávání jedinců, kteří budou erudovaní a schopni dále pomáhat či poskytovat odbornou péči i v oblasti sexuality.

Souhrn

Diplomová práce mapuje lidskou sexuální aktivitu během významného mezníku v životě páru – v období gravidity. Práce sestává ze dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část práce popisuje současné znalosti společnosti o lidské sexualitě obecně. Analyzuje sexuální život z pohledu muže – partnera těhotné ženy. Podává přehled o vhodných sexuálních praktikách bezpečných pro využití v období gravidity, včetně praktických rad a doporučení pro páry.

Praktická část diplomové práce navazuje na část teoretickou kvantitativním výzkumným šetřením. Výzkumné šetření mapuje sexuální život páru z pohledu muže – partnera těhotné ženy. Retrospektivně porovnává sexuální život v době před otěhotněním a v období těhotenství partnerky. Odhaluje souvislosti a změny v sexuálním životě páru.

Klíčová slova: sexualita, pohlavní styk, gravidita, muž, partner, komunikace

Summary

My dissertation surveys human sexual activity during an important milestone in a human couple's life – the period of woman's gravidity. The dissertation contains two parts – theoretical and practical. In general, contemporary knowledge of human sexuality among the human society are described in a theoretical part. Sexual life from a man's perspective as a pregnant woman's partner is also analyzed in theoretical part. An overview of suitable sexual practices, which are safe in the period of pregnancy, including useful advices and recommendation for couples, is given in this part of my dissertation.

The practical part of my dissertation follows the theoretical one with quantitative research solution. The research surveys the sexual life of a couple from a man's perspective as a pregnant woman's partner. Sexual life before becoming pregnant and during woman's pregnancy is compared retrospectively in this part. Context and changes in a couple's sexuality are revealed.

Key words: sexuality, sexual intercourse, gravidity, a man, a partner, communication

Referenční seznam

1. BARTELLAS, E., CRANE, J. M. G. and M. DALEY et al. 2000. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG*. Vol 107, No 8, pp. 964-968. ISSN 1471-0528.
2. BLAHOŠ, J. a V. ZAMRAZIL et al. 2006. *Endokrinologie – Interdisciplinární obor*. Praha: TRITON. 505 s. ISBN 80-7254-788-7.
3. BRENNAN, A. *Couvade syndrome: why some men suffer morning sickness and develop signs of pregnancy* [online]. 26.9.2014 [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/features/couvade-syndrome-why-some-men-suffer-morning-sickness-and-develop-signs-of-pregnancy-9757347.html>.
4. BROWN, M. *18 Best Sex Positions While Pregnant (Photos)* [online]. 24.7.2012 [cit. 2016-11-24]. Dostupné z: http://thestir.cafemom.com/pregnancy/140898/10_best_sex_positions_while.
5. BRTNICKÁ, H., WEISS, P. a J. ZVĚŘINA. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratislavské lekárske listy* [online]. 2009, č. 7. [cit. 2016-09-04]. ISSN 1336-0345. Dostupné z: <http://bmj.fmed.uniba.sk/2009/11007-11.pdf>.
6. BURGESSOVÁ, A. 2004. *Návrat otcovství. Jak se stát moderním otcem*. Brno: JOTA. 218 s. ISBN 80-7217-296-4.
7. CICHÁ, M. a Š. FLEIŠMANOVÁ. 2007. Těhotenství a porod – vybrané zvyklosti a rituály. *Florence*. Roč. 3, č. 1, str. 20 – 22. ISSN 1801-464X.
8. CIPRO, M. 1995. *Psychologické charakteristiky partnerek sexuálně deviantních delikventů: diplomová práce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. 104 s. Vedoucí diplomové práce Petr Weiss.
9. ČÁBELOVÁ, M. 1999. *Partnerské postoje k intimnímu soužití v době gravidity: atestační práce*. Praha: 1. LF UK a VFN, Sexuologický ústav. 22 s. Vedoucí atestační práce Jaroslav Zvěřina.
10. ČÁBELOVÁ, M. 1999. *Perinatální sexualita. Intimní soužití partnerů v době gravidity: atestační práce*. Praha: 1. LF UK a VFN, Sexuologický ústav. 19 s. Vedoucí atestační práce neuveden.

11. ČEMÁKOVÁ, B. 2010. *K porodu bez obav*. 2. aktualizované vyd. Brno: ERA group. 148 s. ISBN 978-80-904414-3-9.
12. DRIÁK, D. 2004. *Půvabná i v těhotenství*. Praha: Galén. 133 s. ISBN 80-7262-280-3.
13. FAFEJTA, M. 2016. *Sexualita a sexuální identita: sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál. 240 s. ISBN 978-80-262-1030-6.
14. FILIPPI, S. et al. 2002. Role of oxytocin in the ejaculatory process. *Journal of endocrinological investigation*. Vol. 26, No. 3 Suppl, s. 82-86. ISSN 1720-8386.
15. GIULIANO, F. and P. CLEMENT. 2005. Neuroanatomy and physiology of ejaculation. *Annual review of sex research*, No. 16, s. 190-216. ISSN 1053-2528.
16. GODELIER, M. 2003. What is a Sexual Act? *Anthropological Theory*. Vol. 3, No. 2, s. 179-198. ISSN 1463-4996.
17. GREENSPAN, F. S. et al. 2003. *Základní a klinická endokrinologie*. Jinočany: Nakladatelství H&H. 843 s. ISBN 80-86022-56-0.
18. GREWEN, K. M., GIRDLER, S. S. et al. 2005. Effects of partner support on resting oxytocin, cortisol, norepinephrine, and blood pressure before and after warm partner contact. *Psychosomatic Medicine*. Vol. 67, No. 7-8, s. 531-538. ISSN 1534-7796.
19. HAMPL, R. a L. STÁRKA. Hormony v seminální plazmě. *Lékařské listy* [online]. 2002, č. 29 [cit. 2016-10-27]. ISSN 2336-2987. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/hormony-v-seminalni-plazme-146639>.
20. HONZÁK, R. *Couvade syndrom* [online]. [cit. 2016-09-23] Dostupné z: <http://www.cdzjesenik.cz/Couvade.pdf>.
21. JURIGOVÁ, G. 2009. *Sexuální život v graviditě: bakalářská práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 159 s. Vedoucí bakalářské práce Pavel Čepický.
22. KOHOUTEK, R. *Psychologie perinatální a raně postnatální* [online]. 9.6.2013 [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1306/psychologie-perinatalni>.
23. KONEČNÁ, M. 2011. *Otcovství jako kvalitativní změna v životě muže: diplomová práce*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 83 s. Vedoucí diplomové práce Helena Řeháčková.

24. KRATOCHVÍL, S. 2008. *Sex: starosti a radosti – Sexuální hry pro muže a ženy*. Praha: Triton. 248 s. ISBN 978-80-7387-084-3.
25. KREKULOVÁ, L. a R. HONZÁK. Couvade syndrom, problematika diagnostiky funkčních poruch GIT v gastroenterologické praxi. *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika* [online]. 2011, č. 2 [cit. 2016-10-12]. ISSN 1338-7030. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/02-2011/psy2-2011-cla2.pdf>.
26. KREKULOVÁ, L. a R. HONZÁK. Diagnóza funkční poruchy GIT, Couvade syndrom. *Lékařské listy* [online]. 2010, č. 20 [cit. 2016-09-24]. ISSN 2336-2987. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/diagnoza-funkcni-poruchy-git-couvade-syndrom-455913>.
27. KUBÍČEK, V. *Spermiologické vyšetření*. [online]. 9.2.2010 [cit. 2016-10-27]. Dostupné z: <http://www.cssmweb.cz/news/spermiologicke-vysetreni/>.
28. KUBÍK, J. 2010. *Sexualita bez tabu*. Brumovice: Carpe diem. 324 s. ISBN 978-80-87195-10-9.
29. LORENZOVÁ, E. *Psychika muže v období těhotenství partnerky* [online]. 2010 [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: <http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/clanky/psychika-muze-v-obdobi-tehotenstvi-partnerky.html>.
30. NELLES, W. 2011. *Muži, ženy a láska*. Rychnov nad Kněžnou: Ježek. 136 s. ISBN 978-80-85996-43-2.
31. OPLETAL, L. a B. ŠIMERDA. 2008. *Přírodní látky a jejich biologická aktivita. 1. Látky potenciálně ovlivňující reprodukci prasat*. Praha-Uhřetěves: Ministerstvo zemědělství ČR – Vědecký výbor pro výživu zvířat, Výzkumný ústav živočišné výroby Praha-Uhřetěves, 74 s.
32. PASTOR, Z. 2007. *Sexualita ženy*. Praha: Grada. 204 s. ISBN 978-80-247-1989-4.
33. PAULETA, J. R., PEREIRA, N. M. and L. M. GRAÇA. 2010. Sexuality during pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*. Vol. 7, No. 1, s. 136 – 142. ISSN 1743-6109.
34. POHANKA, M. a P. KAŇOVSKÝ. 2004. Neurotransmise a řízení mužské sexuality. *Neurologie pro praxi*. č. 2, s. 105 – 108. ISSN 1213-1814.
35. POHANKA, M. *Význam dehydroepiandrosteronu a jeho metabolitů v semenné tekutině pro mužskou sexualitu a reprodukci (I)*. [online]. 9.2.2010 [cit. 2016-09-

- 09]. Dostupné z: [http://www.cssmweb.cz/news/vyznam-dehydroepiandrosteronu-a-jeho-metabolitu-v-semenne-tekutine-pro-muzskou-sexualitu-a-reprodukcii-1/-/](http://www.cssmweb.cz/news/vyznam-dehydroepiandrosteronu-a-jeho-metabolitu-v-semenne-tekutine-pro-muzskou-sexualitu-a-reprodukcii-1/).
36. POHANKA, M. *Význam dehydroepiandrosteronu a jeho metabolitů v semenné tekutině pro mužskou sexualitu a reprodukci (2)*. [online]. 9.2.2010 [cit. 2016-09-09]. Dostupné z: <http://www.cssmweb.cz/news/vyznam-dehydroepiandrosteronu-a-jeho-metabolitu-v-semenne-tekutine-pro-muzskou-sexualitu-a-reprodukcii-2/-/>.
37. PONDĚLÍČEK, I. a J. PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ. 1971. *Lidská sexualita*. Praha: Avicenum. 327 s. ISBN 08-075-71.
38. PRAŠKO, J. a O. TROJAN. 2001. *O milování s důvěrou a láskou*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-0063-8.
39. *Pregnancy sex positions (illustrated)*. [online]. 9.2.2015 [cit. 2016-09-25]. Dostupné z: https://www.babycenter.com/101_pregnancy-sex-positions-illustrated_10408539.bc.
40. RATISLAVOVÁ, K. 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha: Area. 105 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
41. RICHTER, R. a E. SCHÄFER. 2010. *Kniha pro tatínky. Vše, co potřebujete vědět o těhotenství, porodu a prvním roce života ve třech*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2083-8.
42. RODRIGUEZ, R. G. 2005. *What's Your Pregnant Man Thinking?* Bloomington: AuthorHouse. 316 s. ISBN 978-14-1849-108-6.
43. ROSENAU, D. E. 2011. *Tajemství milování II*. Praha: Návrat domů. 420 s. ISBN 978-80-7255-240-5.
44. STACKEOVÁ, D. a M. BÖHMOVÁ. 2010. Psychologické aspekty přítomnosti otců u porodu. *PSYCHOSOM*. Roč. VIII, č. 4, s. 253-278. ISSN 1214-6102.
45. STÁRKA, L. 2009. Oxytocin – hormon pro ženy, ale i pro muže. *Revue České lékařské akademie*. Roč. 5, č. 5, s. 30 – 32. ISSN: 1214-8881.
46. STÁRKA, L. 2013. Hormony a láska. In: R. HAMPL, L. STÁRKA, H. JANDÍKOVÁ a kol. *Hormony a jejich působení*. e-kniha [online]. [cit. 2016-09-04]. Dostupné z: <http://www.imunovyuka.cz/studijni-otazky.html?download=5:hormony-a-jejich-pusobení>.
47. STÁRKA, L. a kol. 2007. *Pokroky v endokrinologii*. Praha: MAXDORF. 785 s. ISBN 978-80-7345-129-5.

48. STÁRKA, L. a M. POHANKA. Dehydroepiandrosteron a sexualita. *Psychiatrie* [online]. 2002, č. 4 [cit. 2016-08-19]. ISSN 1212-6845. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/04/04_2002_04.pdf.
49. STÁRKA, L. *Co nového víme o testosteronu?* [online]. © 2015 [cit. 2016-09-04]. Dostupné z: file:///C:/Users/nb/Downloads/Co_noveho_vime_o_testosteronu.pdf.
50. STÁRKA, L. *Klinická andrologie I. díl: Fyziologie a patofyziologie testikulární funkce.* [online]. 9.2.2010 [cit. 2016-10-15]. Dostupné z: <http://www.cssmweb.cz/news/klinicka-andrologie-i-dil-starka-l-fyziologie-a-patofyziologie-testikularni-funkce/>.
51. STOIAN, A. Biochemie a neurologie ve vztahu k milostnému životu ve světle tantrického učení. *Duchovní pár. Rezonance* [online]. [2016] [cit. 2016-06-09]. Dostupné z: <http://www.jogin.cz/biochemie-a-neurologie-ve-vztahu-k-milostnemu-zivotu-ve-svetle-tantrickeho-uceni/>.
52. SZOTKOWSKA, J. *Couvade syndrom, syndrom těhotného tatínka, syndrom solidárního těhotenství – příznaky, projevy, symptomy* [online]. 18.4.2016 [cit. 2016-10-14]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/couvade-syndrom-syndrom-tehotneho-tatinka-syndrom-solidarniho-tehotenstvi-priznaky-projevy-symptomy>.
53. ŠEDÝ, J., JAROLÍM, L. a J. ŠPAČKOVÁ. 2010. *Klinická anatomie penisu*. Praha: TRITON. 88 s. ISBN 978-7387-320-2.
54. ŠRÁMKOVÁ, T. 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4453-7.
55. ŠTEFLOVÁ, E. 2006. *Sexuální život žen v graviditě: seminární práce k atestaci ze sexuologie*. Jindřichův Hradec. 32 s. Vedoucí práce neuveden.
56. ŠTEFLOVÁ, E. 2008 Sexuální život žen v graviditě. *SPRSV Téma: Sborník z kongresu Pardubice 2007* [online]. 1.6.2008 [cit. 2016-11-24]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2008060102>.
57. ŠTUDENT, V., ZÁŽURA, F. a Z. MUCHA. 2003. *Základy urologické andrologie*. Praha: Galén. 160 s. ISBN 80-7262-224-2.
58. TRČA, S. 2004. *Partner v těhotenství a při porodu*. Praha: Grada. 108 s. ISBN 80-247-0869-8.
59. TURČAN, P., POKORNÝ, P. a T. FAIT. 2012. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf. 437 s. ISBN 978-80-7345-291-9.

60. VAŘEKOVÁ, J. 2012. *Těhotenství otců – syndrom kuváda: bakalářská práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta zdravotních věd. 39 s. Vedoucí bakalářské práce Marie Dlabáčová.
61. VAŠKOVSKÝ, R. 2007. *Deprese, antidepresiva a jejich vliv na sexuální fungování*. Praha: Grada. 124 s. ISBN 978-80-247-2163-7.
62. VRUBLOVÁ, Y. a V. TOMANOVÁ. Sexualita v těhotenství. *SPRSV Téma: Sborník z kongresu Pardubice 2006* [online]. 27.1.2007 [cit. 2016-11-24]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2007012704>.
63. VRZÁČKOVÁ, P. 2012. Afrodiziaka, lubrikační gely a erotické pomůcky. In: TURČAN, P., POKORNÝ, P. a FAIT, T. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, s. 371 – 389. ISBN 978-80-7345-291-9.
64. VRZÁČKOVÁ, P. 2014. Sexualita v graviditě. *Praktická gynekologie*. Roč. 18, č. 2, s. 142-144. ISSN 1211-6645.
65. WEISS, P. a kol. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
66. WEISS, P. a Z. OLDŘICHOVÁ. 2014. *Weissova navigace sexem*. Praha: Columbus holdings. 205 s. ISBN 978-80-87588-43-7.
67. WHEAT, E. a G. WHEAT. 2006. *Tajemství milování, o sexu pravdivě a otevřeně*. Praha: Návrat domů. 254 s. ISBN 80-7255-015-2.
68. WOODS, M. 2012. *Těhotenství pro muže*. Brno: Cpress. 264 s. ISBN 978-80-264-0132-2.
69. ZÁMEČNÍK, L. a kol. 2010. *Praktická andrologie dospělých*. Praha: Mladá fronta. 254 s. ISBN 978-80-204-2020-6.
70. ZEMKOVÁ, P. 2002. *Nástin sexuologie*. Praha: MANUS. 111 s. ISBN 80-902318-7-X.
71. ZVĚŘINA, J. 2003. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM. 287 s. ISBN 80-7204-264-5.
72. ZVĚŘINA, J. 2012. *Lékařská sexuologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 83 s. ISBN 978-80-246-2049-7.
73. ZVĚŘINA, J. *Psychofyzilogie lidské sexuality* [online]. 8.3.2016 [cit. 2016-06-19]. ISSN 1804-6517. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Psychofyzilogie_lidske%CA9_sexuality.

74. ZVĚŘINA, J. Psychofyzologie sexuality. *Lékařské listy* [online]. 2014, č. 3 [cit. 2016-09-04]. ISSN 2336-2987. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/psychofyzologie-sexuality-474770>.
75. ŽOURKOVÁ, A. 2002. Měření poruch sexuálních funkcí při léčbě psychofarmaky. *Psychiatrie pro praxi*. č. 2, s. 50 – 53. ISSN 2336-2987. 1213-0508.

Seznam zkratek

ATP	adenosintrifosfát
cGMP	cyklický guanosinmonofosfát
CNS	centrální nervový systém
DHEA	dehydroepiandrostenon
DHEAS	dehydroepiandrostenon sulfát
DHT	5- α -dihydrotestosteron
ev.	eventuálně
FSH	folikuly stimulující hormon
GABA	kyselina gamaaminomáslová
GH	Growth Hormone, růstový hormon
GnRH	gonadotropin-releasing hormon
HPG osa	hypotalamo-pituitární-gonadální osa
ILGF-I	Insulin-like Growth Factor-I
IVP	Inventář vzrušivých podnětů
LH	luteinizační hormon
n.	neurus, nerv (j. č.)
nn.	neuri, nervy (mn. č.)
NO	oxid dusnatý
NPY	neuropeptid Y
PMSF	progressive motility-sustaining faktor
PSA	prostatický specifický antigen
REM	rapid eye movement
SFM	Sexuální funkce – muž
t.t.	týden těhotenství
tzn.	to znamená
VIP	vasoaktivní intersticiální polypeptid

Seznam obrázků

Obrázek 1: Normální mužský sexuální cyklus

Seznam tabulek

- Tabulka 1: Vliv serotoninu na sexuální fungování
- Tabulka 2: Úloha noradrenalinu v sexuálním fungování
- Tabulka 3: Úloha acetylcholinu v sexuálním fungování
- Tabulka 4: Fyziologické mediátory sexuálního fungování
- Tabulka 5: Věk respondentů
- Tabulka 6: Vzdělání respondentů
- Tabulka 7: Bydliště respondentů
- Tabulka 8: Stav respondentů
- Tabulka 9: Kolikáté je pro muže těhotenství se současnou partnerkou?
- Tabulka 10: Způsob otěhotnění partnerky
- Tabulka 11: Dosavadní průběh těhotenství partnerky
- Tabulka 12: Týden těhotenství partnerky
- Tabulka 13: Parita partnerky
- Tabulka 14: Získávání informací o sexualitě v těhotenství
- Tabulka 15: Hodnota získaných informací
- Tabulka 16: Chcete být informován o sexualitě v těhotenství?
- Tabulka 17: Preference informační brožurky
- Tabulka 18: Komunikace partnerů o sexualitě
- Tabulka 19: Obavy a odmítání pohlavního styku mužem
- Tabulka 20: Obavy a odmítání pohlavního styku v období gravidity partnerkou
- Tabulka 21: Sexuální funkce muže
- Tabulka 22: Inventář vzrušivých podnětů – muž

Seznam grafů

- Graf 1: Věk respondentů
- Graf 2: Ukončené vzdělání respondentů
- Graf 3: Bydliště respondentů
- Graf 4: Stav respondentů
- Graf 5: Kolikáté je pro muže těhotenství se současnou partnerkou?
- Graf 6: Způsob otěhotnění partnerky
- Graf 7: Dosavadní průběh těhotenství partnerky
- Graf 8: Týden těhotenství partnerky
- Graf 9: Parita partnerky
- Graf 10: Získávání informací o sexualitě v těhotenství
- Graf 11: Hodnota získaných informací
- Graf 12: Chcete být informován o sexualitě v těhotenství?
- Graf 13: Preference informační brožurky
- Graf 14: Komunikace partnerů o sexualitě
- Graf 15: Obavy a odmítání pohlavního styku mužem v období gravidity partnerky
- Graf 16: Obavy a odmítání pohlavního styku v období gravidity partnerkou
- Graf 17: Potřeba pohlavního styku
- Graf 18: Frekvence pohlavního vybití
- Graf 19: Frekvence pohlavních styků
- Graf 20: Frekvence uskutečnění soulože
- Graf 21: Kvalita erekce penisu
- Graf 22: Doba trvání soulože
- Graf 23: Nálada před pohlavním stykem
- Graf 24: Nálada po pohlavním styku
- Graf 25: Pocit úspěšnosti v pohlavním životě
- Graf 26: Výskyt a trvání ev. poruchy, pokud nějaká je

Seznam příloh

- Příloha 1: Cyklus extragenitálních sexuálních reakcí mužů
- Příloha 2: Cyklus genitálních sexuálních reakcí mužů
- Příloha 3: Účinek všech neurotransmiterů a jejich vliv na sexuální fungování
- Příloha 4: Poloha, kdy žena leží na zádech
- Příloha 5: Poloha, kdy žena leží na zádech na okraji postele, muž klečí na zemi
- Příloha 6: Poloha, kdy žena leží na zádech a muž leží proti ní na boku
- Příloha 7: Poloha, kdy žena sedí na sedícím muži tváří v tvář
- Příloha 8: Poloha, kdy žena sedí na ležícím muži tváří v tvář
- Příloha 9: Poloha, kdy žena i muž leží na boku
- Příloha 10: Poloha, kdy žena klečí
- Příloha 11: Mazlení
- Příloha 12: Dotazník

Příloha 1 Cyklus extragenitálních sexuálních reakcí mužů

	I. fáze excitace	II. fáze plató	III. fáze orgasmu	IV. fáze uvolnění
Prsa	Zduření bradavek (není konstantní a může být oddáleno až do fáze plató)	Větší zduření bradavek (není konstantní)	Nebyly pozorovány změny	Zmenšení bradavek prsních (může být prolongované)
Sexuální rash	Nebyly pozorovány změny	Výskyt makulopapulární vyrážky nad epigastriem a na přední straně hrudi, krku, tváři, přední části hlavy, občas na zádech a předloktí	Dobře vyvinuté zardění; stoupá souhlasně s intenzitou orgasmu (25% výskyt)	Zardění rychle mizí, návrat do stavu jako před výskytem
Svalový tonus	Volní svalová tenze; patrná i mimovolní aktivita (částečně zvýšení varlat, napětí, břišních a mezižeberních svalů)	Další zvětšování volního a mimovolního svalového napětí; semispastické kontrakce obličejového, břišního a mezižeberního svalstva	Ztráta volní kontroly; mimovolní kontrakce a spasmy svalových skupin	Svalový tonus přetrvává zřídka více než 5 minut, ale neztrácí se tak rychle jako mnohé projevy překrvení
Konečník	Nebyly pozorovány změny	Volní kontrakce řitního svěrače jako stimulační technika (není konstantní)	Mimovolní stahy řitního svěrače v intervalu cca 0,8 vteřiny	Nebyly pozorovány změny
Hyperventilace	Nebyly pozorovány změny	Výskyt reakcí, jež se urychlují v další fázi	Dýchání se zrychluje na 40 dechů za minutu, intenzita a trvání souhlasí se sexuální tenzí	Přechod do refrakterní fáze

Zrychlení srdeční činnosti	Srdeční činnost stoupá v přímé paralele se vzestupem tenze nezávisle na technice stimulace	Vzestup průměrně na 100 až 175 úderů za minutu	Vzestup od 110 do 180 úderů za minutu	Návrat k normě
Krevní tlak	Zvýšení se objevuje v přímé paralele se zrychlením pulsu nezávisle na technice stimulace	Zvýšení systolického tlaku o 20 až 80 mmHg; diastolického o 10 až 40 mmHg	Zvýšení systolického tlaku o 40 až 100 mmHg; diastolického o 20 až 50 mmHg	Návrat k normě
Potní změny	Nebyly pozorovány změny	Nebyly pozorovány změny	Nebyly pozorovány změny	Mimovolní potní reakce (nekonstantní), obvykle omezené na chodidla a dlaně

(Pondělíček a Pondělíčková-Mašlová, 1971, s. 129)

Příloha 2 Cyklus genitálních sexuálních reakcí mužů

	I. fáze excitace	II. fáze plató	III. fáze orgasmu	IV. fáze uvolnění
Penis	Rychlý nástup erekce, která se může částečně ztrácet a později znovu objevit během prolongování fáze, nebo může být snadno oslabena při předešlé sexuální stimulaci	Zvětšení obvodu penisu a koronárního žlábků; změna barvy v oblasti koruny žaludu (nekonstantní)	Expulzivní kontrakce do úplné délky močové trubice pyje; kontrakce začínají za 0,8 vteřin a po prvních 3 či 4 vteřinách se sníží jejich frekvence a expulzivní síla; menší kontrakce pokračují po několika vteřinách	Pokles se objeví ve 2 stupních: (1) rychlá ztráta překrvení; (2) pomalejší návrat k normálnímu stavu je prodloužený proces
Šourek	Zvětšení a ztlustění kůže šourku; zploštění a vyvýšení šourku	Bez specifických reakcí	Bez specifických reakcí	Překrvení rychle mizí, objevuje se napětí ve skrotu a brzy se znovu objeví kožní řasy; někdy zpožděný proces
Varlata	Částečný vzestup obou varlat směrem k perineu, způsobený zkrácením spermatických provazců	Zvětšení varlat o 50 % proti jejich klidovému nepřekrvenému stavu; vyvýšení do pozice směrem k perineu; úplné vytažení varlat je příznačné pro blízkost ejakulace	Nebyly zaznamenány reakce	Ztráta překrvení a zmenšení varlat i jejich sestup do relaxovaného šourku; může se objevit pomaleji nebo rychleji, což je závislé na délce fáze plató

Druhotné orgány	Nebyly pozorovány změny	Nebyly pozorovány změny	Kontrakce druhotných orgánů s vyvolanými vzruchy ejakulační nevyhnutelnosti vlivem zahájení ejakulačního pochodu	Nebyly pozorovány změny
Cowperovy žlázy	Nebyly pozorovány změny	Předejakulační výměšek: 2 nebo 3 kapky hlenovité tekutiny, v níž byla pozorována aktivní spermata	Nebyly pozorovány změny	Nebyly pozorovány změny

(Pondělíček a Pondělíčková-Mašlová, 1971, s. 130)

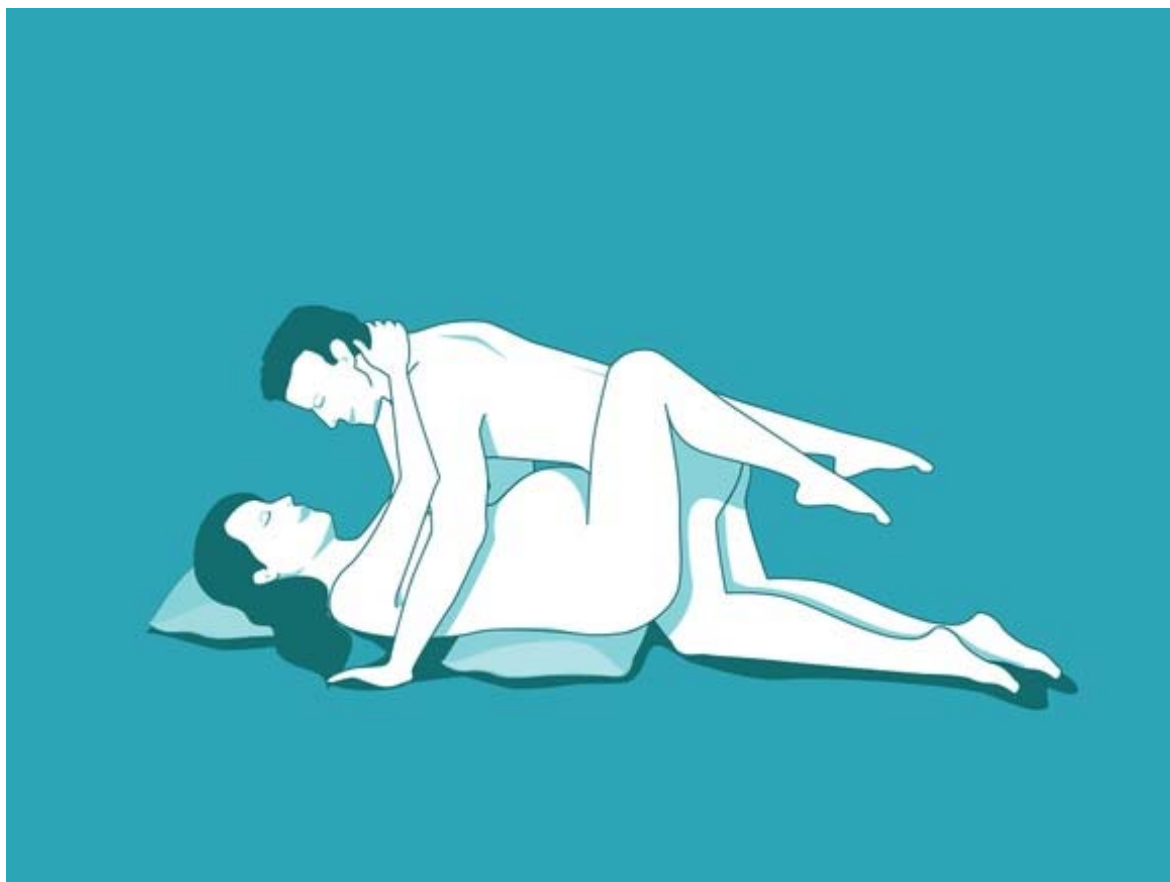
Příloha 3 Účinek všech neurotransmiterů a jejich vliv na sexuální fungování

Neurotransmitter	Účinek	Pozitivní sexuální vliv	Negativní sexuální vliv
α_1 adrenergní	Excitační	Rozněcuje touhu, vzrušení. Facilituje účinek DA, testosteronu, ACH, vasopresinu, prostaglandinu.	
α_1 adrenergní	Inhibiční (centrálně a periferně)		Snižuje touhu, vzrušení. Periferní vasokonstrikce, snížení úzkosti navozené předčasnou ejakulací.
GABA	Inhibiční	Nastoluje receptivní sexuální odpověď ženy.	Snižuje aktivní sexuální odpověď u muže i ženy.
Acetylcholin	Excitační	Erekce, lubrikace, orgasmus.	Pozdější vliv.
Kortizol	Excitační Inhibiční	Včasný vliv.	
DHEA/DHEAS	Excitační	Zvyšuje sexuální žádostivost u žen, méně u mužů.	
Dopamin	Excitační (centrálně a periferně)	Moduluje radost, zvyšuje sexuální touhu, podporuje orgasmus.	
Estrogeny	Excitační a inhibiční u žen	Touha, citlivost u žen. Lubrikace, facilituje 5-HT, PRL, oxytocin, opioidy.	Snižuje touhu u mužů.
MAO A	Inhibiční		Snižuje NE, 5-HT, DA.
MAO B	Inhibiční (centrálně)		Snižuje sexuální touhu, citlivost.
Oxid dusnatý	Excitační	Vasodilatace.	
Opioidy	Inhibiční (centrálně)	Desinhibuje v nízkých dávkách.	Inhibuje orgasmus, ejakulaci, desinhibuje sexuální touhu.
Progesteron	Inhibiční (centrálně)		Sexuální depresant, snižuje testosteron.
Prolaktin	Inhibiční (centrálně)		Snižuje sexuální touhu, orgasmus. Příčina impotence.
Prostaglandiny	Excitační (periferně)	Facilituje vasodilataci, vjemy, erekcí, lubrikaci.	
Serotonin 1A	Inhibiční		Inhibuje vzrušení, orgasmus. Snižuje úzkost, agresivitu.
Serotonin 1C	Inhibiční (centrálně a periferně)	Snižuje penilní erekci u potkanů.	
Serotonin 2A	Inhibiční (centrálně a		

	periferně)		
Substancia P	Excitační (periferně)	Zvyšuje senzaci/průtok krvi.	
Testosteron	Excitační (centrálně a periferně)	Zvyšuje sexuální touhu, asertivitu, agresivitu. Facilituje DA, EPI, Vasopresin, inhibuje 5-HT, opioidy, PRL, MAO.	
Vasopresin	Excitační (centrálně)	Facilituje ohraničené sexuální vzrušení. Moduluje adrenergní sexuální excitaci.	

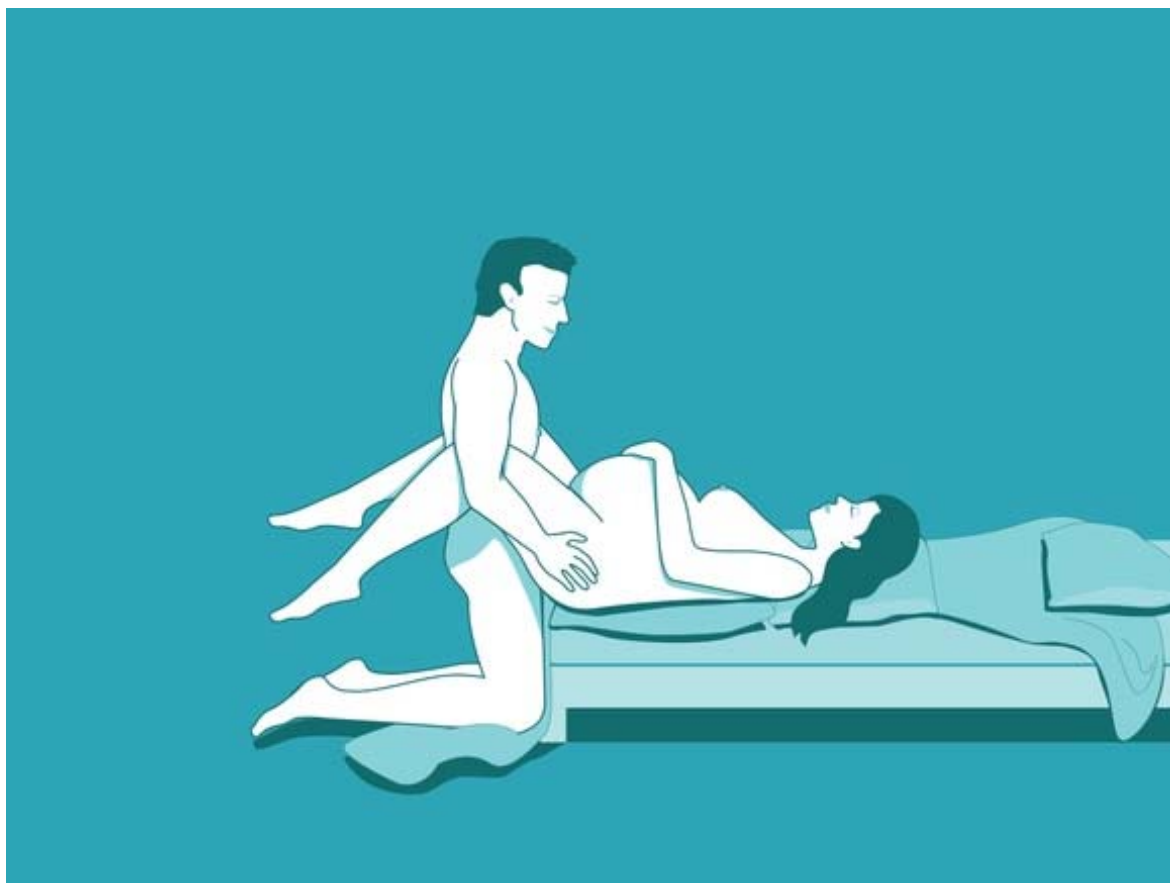
(Vaškovský, 2007, s. 46 – 47)

Příloha 4 Poloha, kdy žena leží na zádech



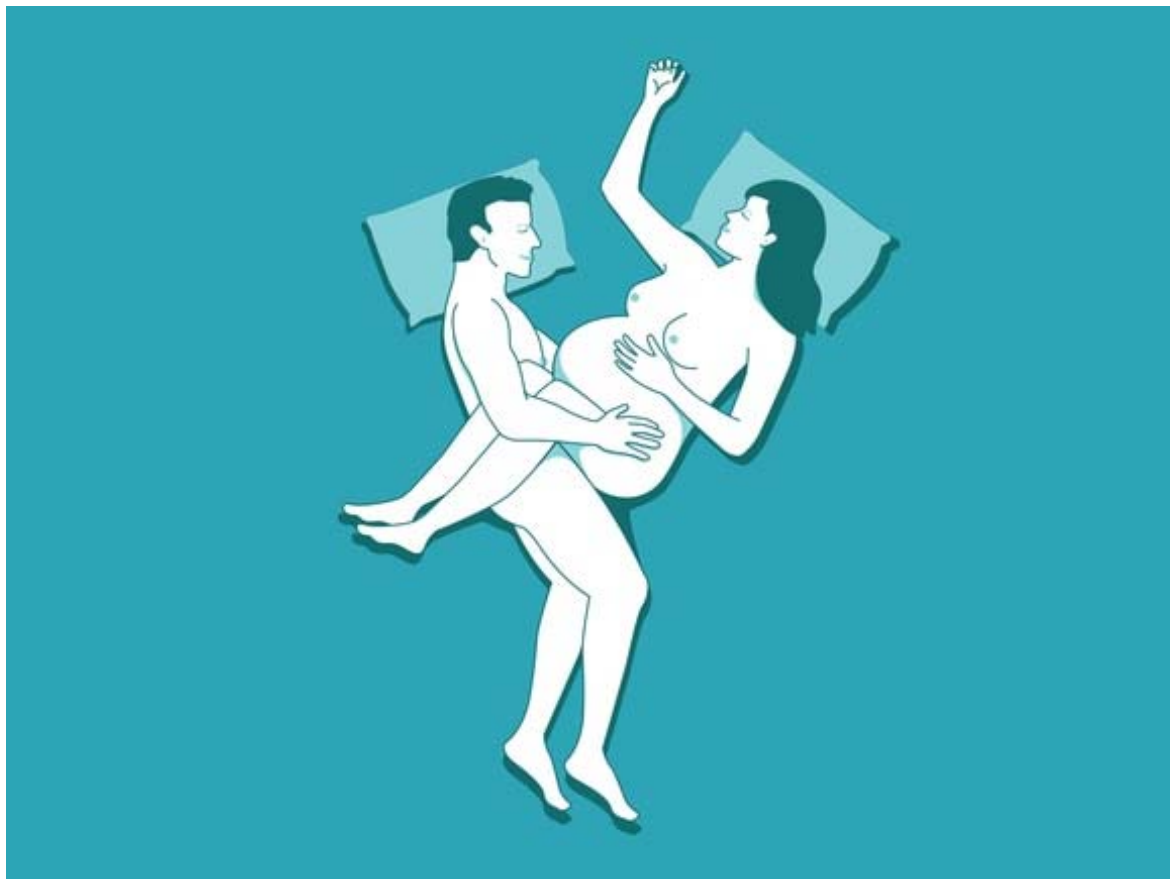
Zdroj: Pregnancy sex positions (illustrated). [online]. 9.2015

**Příloha 5 Poloha, kdy žena leží na zádech na okraji postele, muž
klečí na zemi**



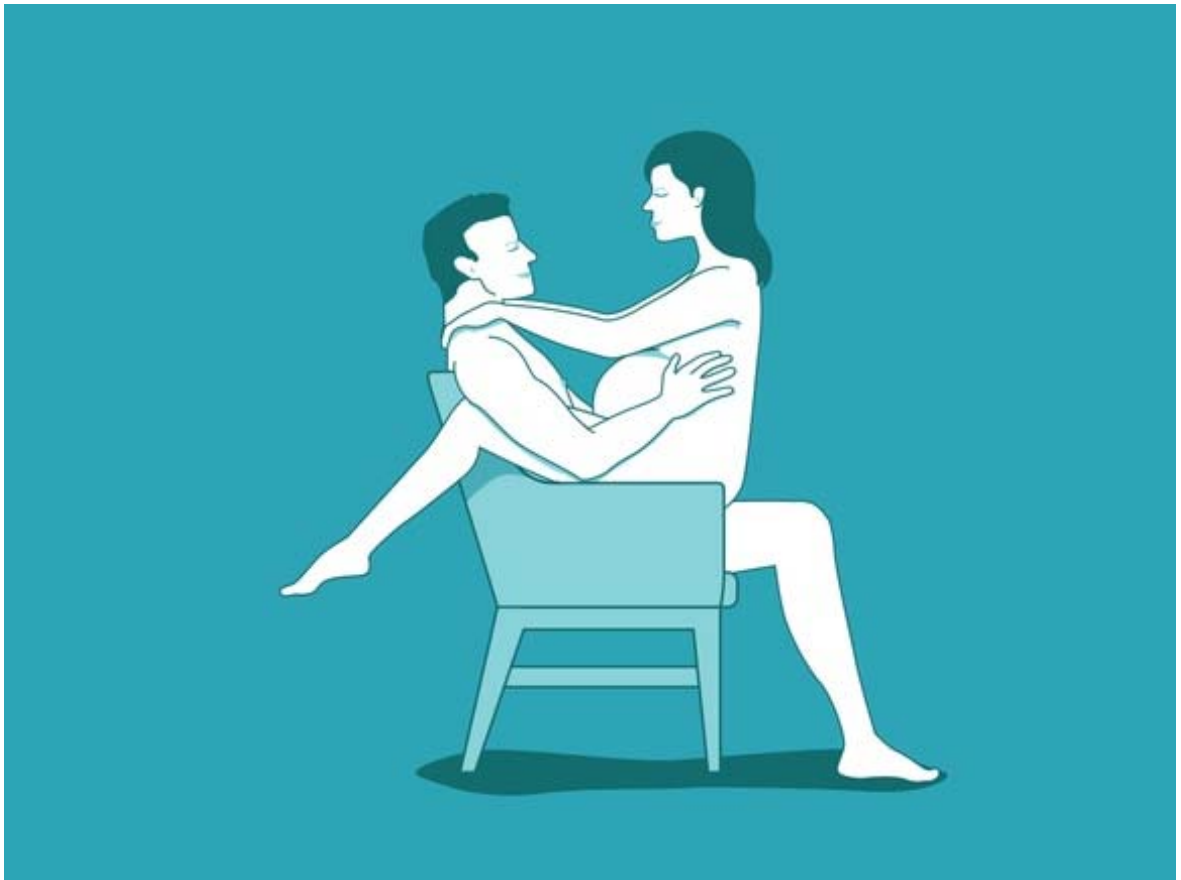
Zdroj: Pregnancy sex positions (illustrated). [online]. 9.2015

**Příloha 6 Poloha, kdy žena leží na zádech a muž leží proti ní
na boku**



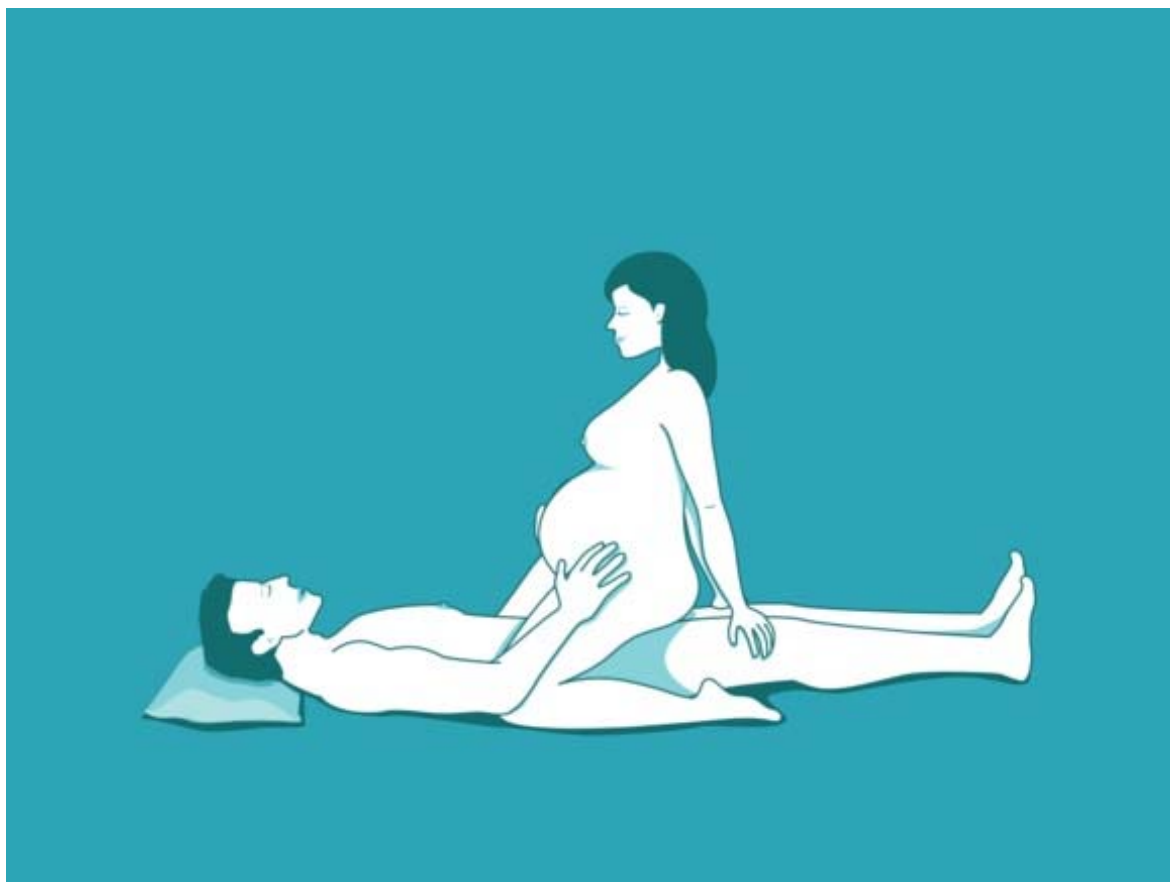
Zdroj: Pregnancy sex positions (illustrated). [online]. 9.2015

Příloha 7 Poloha, kdy žena sedí na sedícím muži tváří v tvář



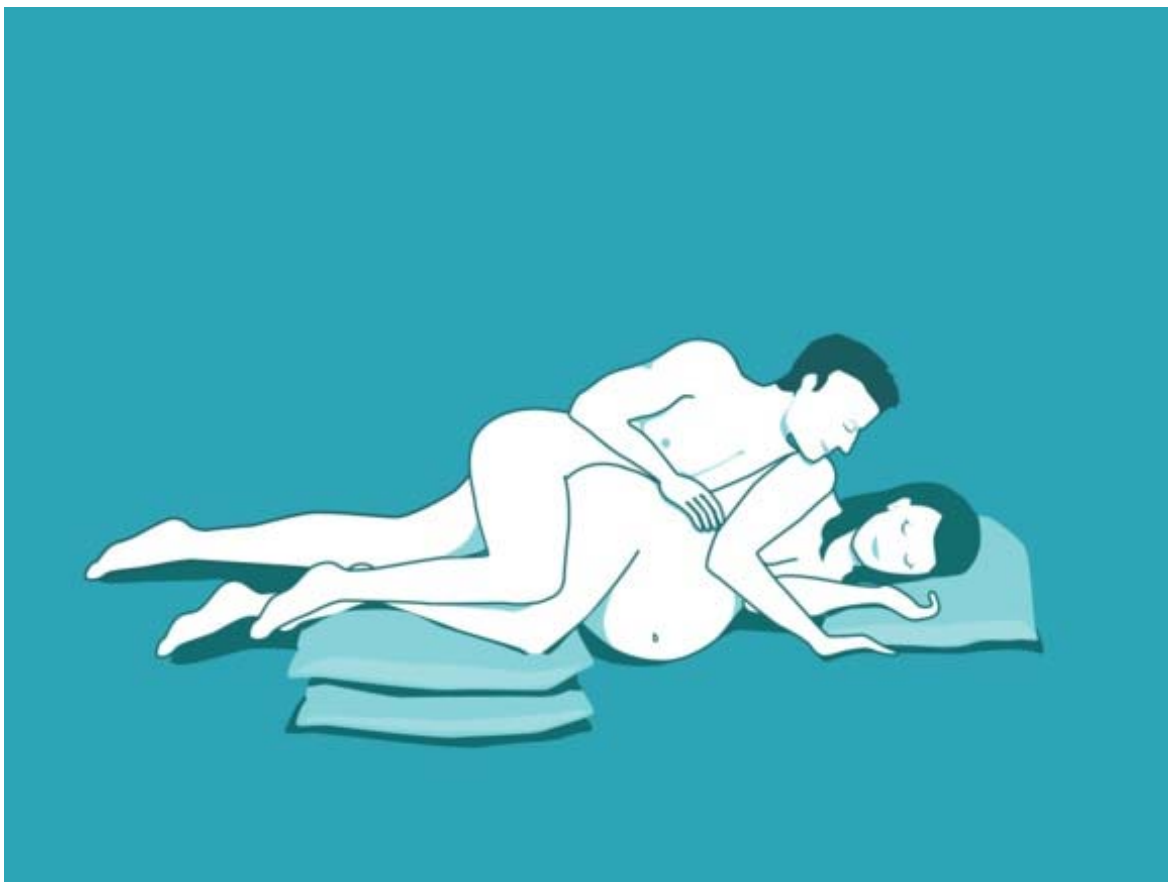
Zdroj: Pregnancy sex positions (illustrated). [online]. 9.2015

Příloha 8 Poloha, kdy žena sedí na ležícím muži tváří v tvář



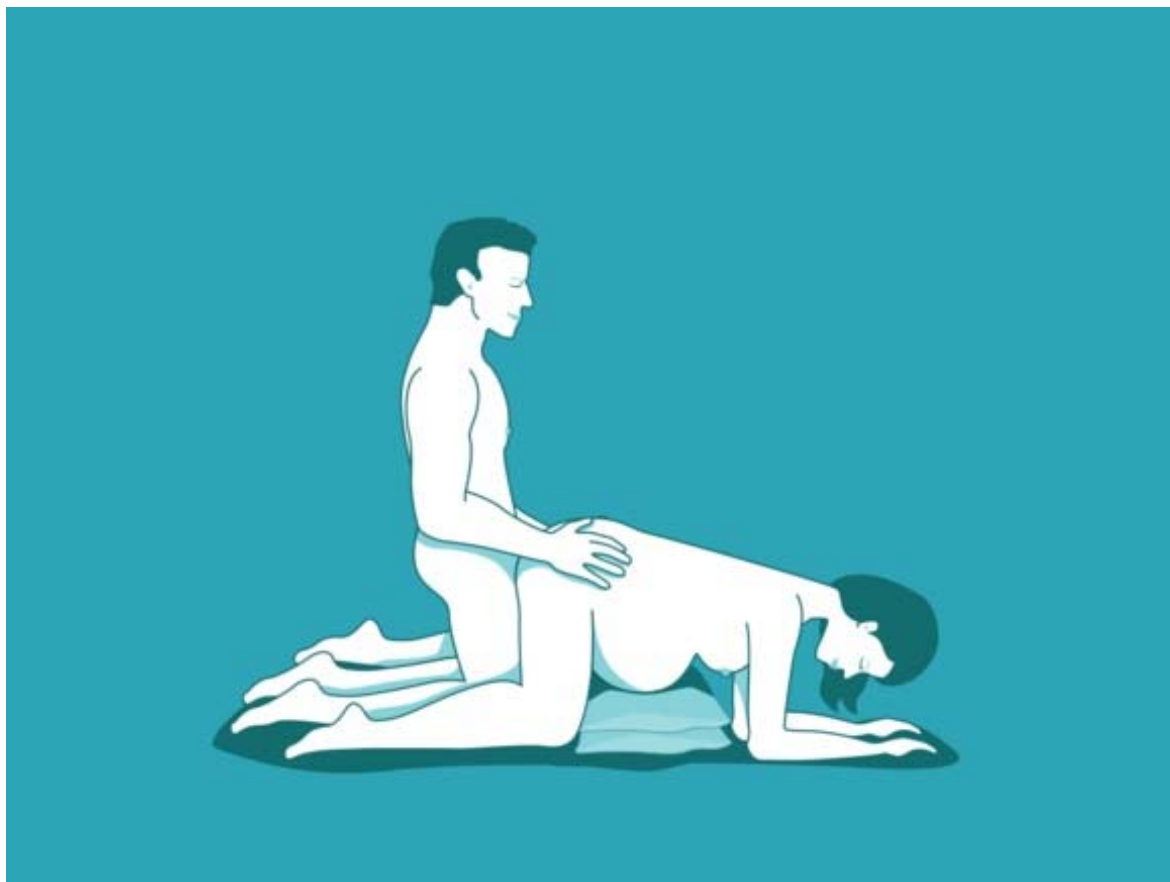
Zdroj: Pregnancy sex positions (illustrated). [online]. 9.2015

Příloha 9 Poloha, kdy žena i muž leží na boku



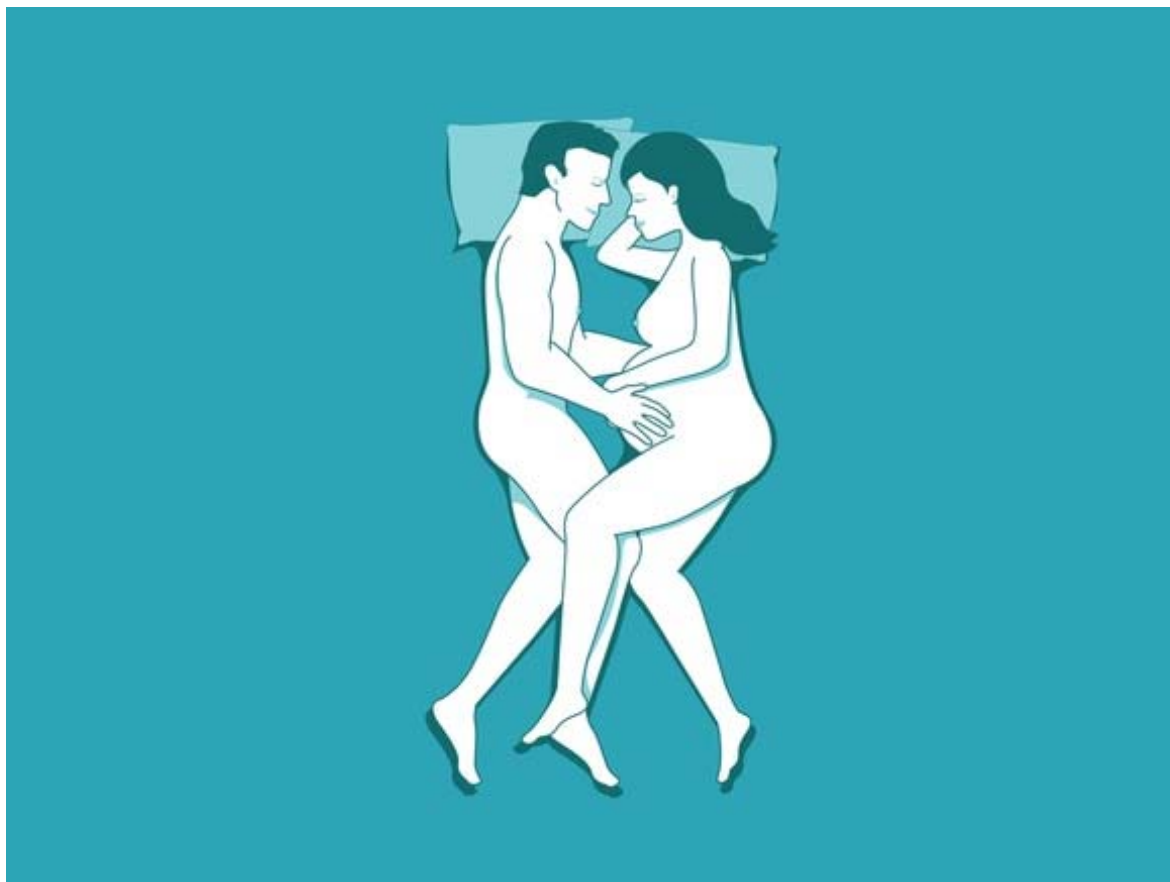
Zdroj: Pregnancy sex positions (illustrated). [online]. 9.2015

Příloha 10 Poloha, kdy žena klečí



Zdroj: Pregnancy sex positions (illustrated). [online]. 9.2015

Příloha 11 Mazlení



Zdroj: Pregnancy sex positions (illustrated). [online]. 9.2015

Příloha 12 Dotazník

Vážený pane,

ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku zaměřeného na změny v sexuálním životě, před otěhotnění a během těhotenství, z pohledu partnera těhotné ženy. Jmenuji se Gabriela Jurigová a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci. Dotazník je zcela anonymní a informace z něj budu považovat za přísně důvěrné. Výsledky z tohoto dotazníkového šetření budou využity k napsání diplomové práce s názvem Mužská sexualita a gravidita. Dotazník obsahuje intimní otázky, prosím odpovídejte na každou otázku pravdivě a bez ostychu. Z možností vybírejte pouze jednu možnost, není-li uvedeno jinak. Předem velmi děkuji za spolupráci a Vaši ochotu.

1. **Věk**

2. **Ukončené vzdělání:**

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

3. **Bydliště:**

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

4. **Jste:**

- a) ženatý, bydlím s manželkou,
- b) svobodný, bydlím s partnerkou,
- c) rozvedený, bydlím s partnerkou,
- d) žiji sám.

5. Těhotenství se současnou partnerkou je:

- a) mé první,
- b) druhé,
- c) třetí a více.

1. Partnerka otěhotněla:

- a) spontánně,
- b) s pomocí zdravotníků, tzv. „umělé oplodnění“.

2. Těhotenství dosud probíhá:

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

3. Ve kterém týdnu těhotenství je nyní Vaše partnerka?

4. Po kolikáté bude partnerka rodit? (uved'te číslo)

5. Informace o sexualitě v těhotenství hledáte:

- a) v ambulanci gynekologa partnerky,
- b) na internetu,
- c) v literatuře (knihy, časopisy...),
- d) u kamarádů,
- e) jiné (uved'te)
- f) nehledám.

6. Získané informace jsou pro Vás:

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

7. **Chcete být informován o sexualitě v těhotenství?**
- a) ano,
 - b) ne.
8. **Přivítal byste informační brožurku o sexualitě v těhotenství?**
- a) ano,
 - b) ne.
9. **Mluvíte o sexualitě se svojí partnerkou?**
- a) ano, otevřeně si dokážeme říct své představy, přání, touhy....,
 - b) spíše ano, ale ne úplně otevřeně a o všem,
 - c) ne, vůbec o sexu spolu nehovoříme.
10. **Máte během těhotenství Vaší partnerky obavy z pohlavního styku, nebo jste styk odmítal z důvodu (uved'te i více možností):**
- a) že ublížím partnerce,
 - b) že ublížím dítěti,
 - c) nepříjemný pocit přítomnosti „někoho třetího“,
 - d) snížila se pro mě atraktivita partnerky,
 - e) nemám žádné obavy, styk neodmítám,
 - f) jiné, uved'te
11. **Má Vaše partnerka v těhotenství obavy z pohlavního styku, nebo styk odmítá z důvodu např. (uved'te i více možností):**
- a) z vyvolání potratu/předčasného porodu,
 - b) že penis ublíží dítěti,
 - c) z infekce,
 - d) že plod „sleduje“ pohlavní styk,
 - e) nemá obavy, styk neodmítá,
 - f) jiné, uved'te

SFM (Sexuální funkce muže)

Standardizovaný dotazník

V době před otěhotněním:

V každém z deseti bodů dejte do kroužku číslici u toho řádku, který nejlépe vystihuje Váš současný stav (pouze jednu možnost):

1. Potřeba pohlavního styku:

Kdyby záleželo jenom na mé chuti, kdybych k tomu měl vhodné zevní podmínky a dostatek vlastních schopností, vyhovovalo by mi mít pohlavní styky:

0 – vůbec nikdy nebo 1x za rok

1 – několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně

2 – 2x – 4x za měsíc

3 – 2x nebo vícekrát týdně

4 – denně nebo vícekrát za den

2. Frekvence pohlavního vybití:

Semen o ze mne vychází, lhostejno jakou formou, tedy ať při pohlavním styku, při poluci, nebo onanii:

0 – vůbec nikdy nebo alespoň rok nikoliv

1 – několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně

2 – několikrát za měsíc, nejvýš jednou týdně

3 – 2x nebo vícekrát týdně

4 – denně nebo vícekrát za den

3. Frekvence pohlavních styků:

Ve snaze uskutečnit soulož, ale bez ohledu na to, zda k ní skutečně dojde, se pohlavně přibližuji ke své partnerce (líbám ji, objímám, dotýkám se, pokouším se o tělesné spojení)

0 – vůbec nikdy nebo již alespoň rok nikoliv

1 – několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně

2 – několikrát za měsíc, nejvýš 1x týdně

3 – 2x nebo vícekrát za týden

4 – denně nebo několikrát za den

4. Frekvence uskutečnění soulože:

Z uvedeného počtu pohlavních styků jsem schopen uskutečnit soulož, tj. tělesné spojení (třeba jen i na krátkou dobu nebo při nedokonalém ztopoření):

0 – vůbec nikdy

1 – v menšině případů

2 – většinou

3 – za běžných podmínek vždy

4 – absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující

5. Kvalita ztopoření (erekce) penisu:

Nejčastěji se u mne vyskytuje, resp. nejvíce mi vadí tento stav:

0 – ztopoření se vůbec při pohlavním styku nedostavuje

1 – ztopoření se na počátku dostaví, ale ochabuje před souloží, takže zavedení není proto možné

2 – dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví nebo dochází k jeho ochabnutí po zavedení penisu, ještě před výronem semene

3 – ztopoření stačí k zavedení penisu, vydrží do výronu semene nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož

4 – ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek

6. Doba trvání soulože:

K výronu semene u mne dochází:

- 0 – ještě před zavedením penisu nebo k němu při souloži vůbec nedojde
- 1 – při zavádění penisu nebo během několika vteřin soulože
- 2 – během 1 – 2 minut soulože
- 3 – během 3 nebo více minut
- 4 – soulož jsem schopen za všech okolností libovolně prodlužovat až do úplného uspokojení partnerky

7. Nálada před pohlavním stykem:

Před pohlavním stykem cítím:

- 0 – silný strach z neúspěchu, proto se raději o nic nepokouším
- 1 – značnou nejistotu, proto se hledím styku spíše vyhnout
- 2 – někdy nejistotu, ale stykům se nevyhýbám, nebo mám styky hlavně kvůli partnerce, nebo proto, abych se vyzkoušel
- 3 – především touhu po partnerce, k souloži za běžných podmínek přistupuji bez obav
- 4 – vždy s naprostou jistotou, nikdy nemám o sobě ani nejmenší pochybnosti a nikdy netrpím indispozicí

8. Nálada po pohlavním styku:

Po pohlavním styku mi nejčastěji bývá:

- 0 – velmi špatně, jsem podrážděný, nervózní, nebo cítím nechut' k ženě
- 1 – nepříjemně, jsem otrávený nebo zklamaný, mrzutý nebo nešťastný nebo se cítím nepříjemně vyčerpán
- 2 – lhostejně, necítím zvláštní uspokojení
- 3 – dobře, cítím se příjemně uspokojen
- 4 – velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, mám větší chuť do práce a lepší náladu

9. Pocit úspěšnosti v pohlavním životě:

Celkově si připadám:

- 0 – úplně neschopný, partnerka odmítá se mnou mít styky
- 1 – spíš neúspěšný, partnerka mívá různé narážky, námitky, výčitky
- 2 – nejsem si moc jistý svou úspěšností, i když nejsem zcela úspěšný
- 3 – většinou úspěšný
- 4 – naprosto jistý svou úspěšností a schopností za všech okolností plně uspokojit svou partnerku

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

- 0 – od začátku pohlavního života
- 1 – soustavně déle než půl roku
- 2 – kratší dobu než půl roku, nebo se již dříve nakrátko vyskytla
- 3 – vyskytla se teprve několikrát, zvláště na počátku intimní známosti nebo vůbec nemám (již) žádné potíže
- 4 – nevím, co to je mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěl sebemenší poruchou v tomto směru

SFM (Sexuální funkce muže)

Standardizovaný dotazník

V těhotenství:

V každém z deseti bodů dejte do kroužku číslici u toho řádku, který nejlépe vystihuje Váš současný stav (pouze jednu možnost):

1. Potřeba pohlavního styku:

Kdyby záleželo jenom na mé chuti, kdybych k tomu měl vhodné zevní podmínky a dostatek vlastních schopností, vyhovovalo by mi mít pohlavní styky:

- 0 – vůbec nikdy nebo 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně
- 2 – 2x – 4x za měsíc
- 3 – 2x nebo vícekrát týdně
- 4 – denně nebo vícekrát za den

2. Frekvence pohlavního vybití:

Semenem ze mne vychází, lhostejno jakou formou, tedy ať při pohlavním styku, při poluci, nebo onanii:

- 0 – vůbec nikdy nebo alespoň rok nikoliv
- 1 – několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýš jednou týdně
- 3 – 2x nebo vícekrát týdně
- 4 – denně nebo vícekrát za den

3. Frekvence pohlavních styků:

Ve snaze uskutečnit soulož, ale bez ohledu na to, zda k ní skutečně dojde, se pohlavně přibližuji ke své partnerce (líbám ji, objímám, dotýkám se, pokouším se o tělesné spojení)

- 0 – vůbec nikdy nebo již alespoň rok nikoliv
- 1 – několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýš 1x týdně

- 3 – 2x nebo vícekrát za týden
- 4 – denně nebo několikrát za den

4. Frekvence uskutečnění soulože:

Z uvedeného počtu pohlavních styků jsem schopen uskutečnit soulož, tj. tělesné spojení (třeba jen i na krátkou dobu nebo při nedokonalém ztopoření):

- 0 – vůbec nikdy
- 1 – v menšině případů
- 2 – většinou
- 3 – za běžných podmínek vždy
- 4 – absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující

5. Kvalita ztopoření (erekce) penisu:

Nejčastěji se u mne vyskytuje, resp. nejvíce mi vadí tento stav:

- 0 – ztopoření se vůbec při pohlavním styku nedostavuje
- 1 – ztopoření se na počátku dostaví, ale ochabuje před souloží, takže zavedení není proto možné
- 2 – dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví nebo dochází k jeho ochabnutí po zavedení penisu, ještě před výronem semene
- 3 – ztopoření stačí k zavedení penisu, vydrží do výronu semene nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož
- 4 – ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek

6. Doba trvání soulože:

K výronu semene u mne dochází:

- 0 – ještě před zavedením penisu nebo k němu při souloži vůbec nedojde
- 1 – při zavádění penisu nebo během několika vteřin soulože
- 2 – během 1 – 2 minut soulože
- 3 – během 3 nebo více minut
- 4 – soulož jsem schopen za všech okolností libovolně prodlužovat až do úplného uspokojení partnerky

7. Náladu před pohlavním stykem:

Před pohlavním stykem cítím:

- 0 – silný strach z neúspěchu, proto se raději o nic nepokouším
- 1 – značnou nejistotu, proto se hledím styku spíše vyhnout
- 2 – někdy nejistotu, ale stykům se nevyhýbám, nebo mám styky hlavně kvůli partnerce, nebo proto, abych se vyzkoušel
- 3 – především touhu po partnerce, k souloži za běžných podmínek přistupuji bez obav
- 4 – vždy s naprostou jistotou, nikdy nemám o sobě ani nejmenší pochybnosti a nikdy netrpím indispozicí

8. Náladu po pohlavním styku:

Po pohlavním styku mi nejčastěji bývá:

- 0 – velmi špatně, jsem podrážděný, nervózní, nebo cítím nechut' k ženě
- 1 – nepříjemně, jsem otrávený nebo zklamaný, mrzutý nebo nešťastný nebo se cítím nepříjemně vyčerpan
- 2 – lhostejně, necítím zvláštní uspokojení
- 3 – dobře, cítím se příjemně uspokojen
- 4 – velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, mám větší chuť do práce a lepší náladu

9. Pocit úspěšnosti v pohlavním životě:

Celkově si připadám:

- 0 – úplně neschopný, partnerka odmítá se mnou mít styky
- 1 – spíš neúspěšný, partnerka mívá různé narážky, námitky, výčitky
- 2 – nejsem si moc jistý svou úspěšností, i když nejsem zcela úspěšný
- 3 – většinou úspěšný
- 4 – naprosto jistý svou úspěšností a schopností za všech okolností plně uspokojit svou partnerku

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

- 0 – od začátku pohlavního života
- 1 – soustavně déle než půl roku

- 2 – kratší dobu než půl roku, nebo se již dříve nakrátko vyskytla
- 3 – vyskytla se teprve několikrát, zvláště na počátku intimní známosti nebo vůbec nemám (již) žádné potíže
- 4 – nevím, co to je mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěl sebemenší poruchou v tomto směru

Dotazník IVP (Inventář vzrušivých podnětů) – muž

Standardizovaný dotazník

Podněty a situace, které jsou níže vyjmenovány, mohou pro Vás být různě vzrušující. Snažte se vyjádřit svůj pocit, který v popsané situaci obvykle prožíváte, nebo si myslíte, že byste prožíval, tím, že zakroužkujete číslici odpovídající příslušnému stupni:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 **neovlivňuje** sexuální vzrušení

1 **může** vést k pohlavnímu vzrušení

2 **někdy** vede k lehce vzrušujícímu pocitu

3 **obvykle** vede k pohlavnímu vzrušení

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

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

V době před otěhotněním:

Věnujte prosím pozornost těmto dvaceti položkám!

Dejte do kroužku:

- | | | | | | | | |
|---|----|---|---|---|---|---|---|
| 1. Když čtu něco milostného nebo neslušného | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Když vidím sexuální, pornografické obrazy, scény | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Když onanuji (sám se dráždím na přirození) | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Když s partnerkou tančím | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Když se na mne partnerka dívá, laská mne očima | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Když ležím s partnerkou v posteli | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Když mne partnerka svléká | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Když mne partnerka vášnivě líbá (na ústa) | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. Když mne partnerka hladí na prsou	-1	0	1	2	3	4	5
10. Když mne partnerka líbá na prsou	-1	0	1	2	3	4	5
11. Když mne hladí, laská po těle (mino pohlaví)	-1	0	1	2	3	4	5
12. Když mne hladí, líbá na stehnech	-1	0	1	2	3	4	5
13. Když mne hladí, rukou dráždí, pohlavní úd	-1	0	1	2	3	4	5
14. Když mne líbá, jazykem dráždí pohlavní úd	-1	0	1	2	3	4	5
15. Když s partnerkou souložím	-1	0	1	2	3	4	5
16. Když partnerka prožívá pohlavní vyvrcholení (orgasmus)	-1	0	1	2	3	4	5
17. Když vidím partnerku obnaženou, nahou	-1	0	1	2	3	4	5
18. Když partnerku hladím, laskám po těle (mino pohlaví)	-1	0	1	2	3	4	5
19. Když partnerku hladím, rukou dráždím na pohlavních orgánech	-1	0	1	2	3	4	5
20. Když partnerku líbám, jazykem dráždím na pohlavních orgánech	-1	0	1	2	3	4	5

V těhotenství:

Věnujte prosím pozornost těmto dvaceti položkám!

Dejte do kroužku:

1. Když čtu něco milostného nebo neslušného	-1	0	1	2	3	4	5
2. Když vidím sexuální, pornografické obrazy, scény	-1	0	1	2	3	4	5
3. Když onanuji (sám se dráždím na přirození)	-1	0	1	2	3	4	5
4. Když s partnerkou tančím	-1	0	1	2	3	4	5
5. Když se na mne partnerka dívá, laská mne očima	-1	0	1	2	3	4	5
6. Když ležím s partnerkou v posteli	-1	0	1	2	3	4	5
7. Když mne partnerka svléká	-1	0	1	2	3	4	5
8. Když mne partnerka vášnivě líbá (na ústa)	-1	0	1	2	3	4	5
9. Když mne partnerka hladí na prsou	-1	0	1	2	3	4	5
10. Když mne partnerka líbá na prsou	-1	0	1	2	3	4	5
11. Když mne hladí, laská po těle (mino pohlaví)	-1	0	1	2	3	4	5
12. Když mne hladí, líbá na stehnech	-1	0	1	2	3	4	5
13. Když mne hladí, rukou dráždí, pohlavní úd	-1	0	1	2	3	4	5
14. Když mne líbá, jazykem dráždí pohlavní úd	-1	0	1	2	3	4	5
15. Když s partnerkou souložím	-1	0	1	2	3	4	5

- | | | | | | | | |
|--|----|---|---|---|---|---|---|
| 16. Když partnerka prožívá pohlavní vyvrcholení (orgasmus) | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Když vidím partnerku obnaženou, nahou | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Když partnerku hladím, laskám po těle (mino pohlaví) | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Když partnerku hladím, rukou dráždím na pohlavních orgánech | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Když partnerku líbám, jazykem dráždím na pohlavních orgánech | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anotace diplomové práce

Jméno a příjmení:	Gabriela Jurigová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	MUDr. Petra Vrzáčková, Ph.D, FECSM
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Mužská sexualita a gravidita
Název v angličtině:	Male Sexuality and Pregnancy.
Anotace práce:	Diplomová práce mapuje lidskou sexuální aktivitu během významného mezníku v životě páru – v období gravidity. V teoretické části práce jsou uvedeny současné znalosti společnosti o lidské sexualitě obecně a analýza sexuálního života z pohledu muže – partnera těhotné ženy. Teoretická část podává přehled o vhodných sexuálních praktikách bezpečných pro využití v období gravidity, včetně praktických rad a doporučení pro páry. Praktická část diplomové práce navazuje na část teoretickou kvantitativním výzkumným šetřením. Výzkumné šetření mapuje sexuální život páru z pohledu muže – partnera těhotné ženy. Retrospektivně porovnává sexuální život v době před otěhotněním a v období těhotenství partnerky. Odhaluje souvislosti a změny v sexuálním životě páru.
Klíčová slova:	sexualita, pohlavní styk, gravidita, muž, partner, komunikace
Anotace v angličtině:	My dissertation surveys human sexual activity during an important milestone in a human couple's life – the period of woman's gravidity. Contemporary knowledge of human sexuality among the human society and analysis of a sexual life from a man's perspective as a pregnant woman's partner are described in the theoretical part. An overview of suitable sexual practices, which are safe in the period of pregnancy, including useful advices and recommendation for couples, is given in this part. The practical part of my dissertation follows the theoretical one with quantitative research solution. The research surveys the sexual life of a couple from a man's perspective as a pregnant woman's partner. Sexual life before becoming pregnant and during woman's pregnancy is compared retrospectively in this part. Context and changes in a couple's sexuality are revealed.

Klíčová slova v angličtině:	sexuality, sexual intercourse, gravidity, a man, a partner, communication
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1: Cyklus extragenitálních sexuálních reakcí mužů Příloha 2: Cyklus genitálních sexuálních reakcí mužů Příloha 3: Účinek všech neurotransmiterů a jejich vliv na sexuální fungování Příloha 4: Poloha, kdy žena leží na zádech Příloha 5: Poloha, kdy žena leží na zádech na okraji postele, muž klečí na zemi Příloha 6: Poloha, kdy žena leží na zádech a muž leží proti ní na boku Příloha 7: Poloha, kdy žena sedí na sedícím muži tváří v tvář Příloha 8: Poloha, kdy žena sedí na ležícím muži tváří v tvář Příloha 9: Poloha, kdy žena i muž leží na boku Příloha 10: Poloha, kdy žena klečí Příloha 11: Mazlení Příloha 12: Dotazník
Rozsah práce:	131 s. + 27 l. příloh
Jazyk práce:	Český