

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Anežka Jansáková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE

Anežka Jansáková

Sexualita v těhotenství

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Olomouc 2015

ANOTACE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce v ČJ:

Sexualita v těhotenství

Název práce v AJ:

Sexuality in pregnancy

Datum zadání: 2014-01-15

Datum odevzdání: 2015-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Anežka Jansáková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou sexuality v těhotenství. V práci jsou předloženy poznatky o historii sexuologie a sexu v těhotenství, o změnách působících na sexualitu v těhotenství, o informovanosti žen v těhotenství v oblasti sexuality a o sexuálním životě v těhotenství. Stručně popisuje sexuální cyklus, orgasmus, polohy při pohlavním styku a sexuální aktivity v těhotenství. Věnuje se také vlivu na sexualitu muže, riziku předčasného porodu, kontraindikacím pohlavním styku a sexuálním problémům v těhotenství.

Abstrakt v AJ:

This thesis deals with sexuality issues during pregnancy. It presents the history of sexology, the findings of sex during pregnancy, the changes which influence the sexuality during pregnancy, the female awareness of sexuality and of sexual life during pregnancy. It briefly describes the sexual cycle, the sexual climax, the sexual positions and the sexual activities during pregnancy. It also deals with the impact on man's sexuality, the danger of preterm birth, the contraindications of sexual intercourse and sexual issues during pregnancy.

Klíčová slova v ČJ:

sexualita v těhotenství, sex a těhotenství, změny v sexualitě v těhotenství, milování v těhotenství

Klíčová slova v AJ:

sexuality during pregnancy, sexual intercourse during pregnancy, the changes in sexuality during pregnancy

Rozsah: 41 s.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 16. března 2015

podpis

Děkuji Mgr. Věře Vránové Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady, které mi během zpracování bakalářské práce poskytla. Děkuji také své rodině a manželovi za podporu při studiu.

OBSAH

ÚVOD	8
1 POHLED DO HISTORIE	11
1.1 Historie sexuologie.....	11
1.2 Historie sexu v těhotenství.....	13
1.3 Současné názory na sexualitu v těhotenství.....	14
2 ZMĚNY PŮSOBÍCÍ NA SEXUALITU V TĚHOTENSTVÍ	16
2.1 Anatomické změny, které působí na sexualitu v těhotenství.....	16
2.2 Hormonální změny, které působí na sexualitu v těhotenství.....	17
3 INFORMACE O SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ V TĚHOTENSTVÍ	19
3.1 Proč je důležité ženy informovat.....	19
3.2 Problémy v komunikaci.....	20
3.3 Výsledky studií.....	21
4 SEXUÁLNÍ ŽIVOT V TĚHOTENSTVÍ	23
4.1 Sexuální cyklus v těhotenství.....	23
4.2 Orgasmus v době těhotenství.....	24
4.3 Polohy při pohlavním styku v těhotenství.....	25
4.4 Sexuální aktivity v těhotenství.....	26
4.5 Vliv na sexualitu muže.....	27
4.6 Riziko předčasného porodu.....	29
4.7 Kontraindikace pohlavního styku v těhotenství.....	30
4.8 Sexuální problémy v těhotenství.....	30
ZÁVĚR	33
BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE	38

ÚVOD

„Základem pro svobodu světa je svoboda ženy. Svobodná lidská rasa se nemůže narodit zotročeným matkám. Žádná žena se nemůže nazývat svobodnou, pokud nemá kontrolu nad svým tělem.“ (Margaret Sanger)

Sexuální instinkt, který muže a ženu podněcuje k pohlavnímu životu, je vrozený, stanovený nám přírodou. Tato touha je v nás zakořeněna podvědomě, nachází se přirozeně i u zvířat, nicméně lidstvo pohlavní potřeby zpestřilo a současně je spoutalo mnoha předpojatostmi a zábrany. To je také příčinou toho, že v představách o sexualitě přetrvává mnoho nesprávných hypotéz, se kterými se i v dnešní době setkáváme. Pro některé lidi, i v dnešní době, je nepřijatelné a sexu mluvit nebo dokonce psát. Až do poloviny 20. století neexistoval na toto téma žádný solidní výzkum a zkoumání. Rovněž nebylo možné vypořádat se se sexuálními poruchami a problémy. Mluvit o sexu a konkrétně o sexu v těhotenství bylo v dřívější době nemyslitelné (Pastor, 2007, s. 96 – 103).

V tradiční koncepci rodiny je těhotenství záměrem a zakončením sexuálního života muže a ženy. V dnešní společnosti je pohlavní styk osvobozen od plození potomků a jeho charakter je spíše odpočinkový, zábavný, uvolňující. Ale i tak je těhotenství i v dnešní době považováno za onu třešničku na dortu v oblasti sexuálního života páru. Významná touha o sex zůstává u žen i mužů v podstatě po celé trvání gravidity (Weiss, 2010, s. 295).

Na počátku každého těhotenství je pohlavní styk muže a ženy. Proč tedy právě v této době by jeden z největších problémů měl být právě sex, který je příčinou tohoto stavu? Ať už se ženy v těhotenství sexu vyhýbají, nebo se jim zdá tak trochu nepohodlný, nebo naopak lepší než před těhotenstvím, bezmála všichni partneři očekávající rodinu zjistí,

že jejich intimní vztahy během devíti měsíců očekávání projdou určitými změnami (Murkoffová, 2012, s. 237).

Cílem práce bylo vyhledat a shromáždit co nejvíce informací o sexualitě v těhotenství a zhotovit přehledovou studii.

Zkoumaný problém:

Hlavní a nejdůležitější otázkou bakalářské práce je: „Jaké poznatky a výzkumy byly doposud publikovány o sexualitě v těhotenství?“

Cíle:

Cíl č. 1

Předložit poznatky o historii sexuologie a sexu v těhotenství.

Cíl č. 2

Předložit poznatky o změnách působících na sexualitu v těhotenství.

Cíl č. 3

Předložit poznatky o informovanosti žen v těhotenství v oblasti sexuality.

Cíl č. 4

Předložit poznatky o sexuálním životě v těhotenství.

Vstupní literatura:

1. ČECH, E. Porodnictví. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
2. DRIÁK, D. Půvabná i v těhotenství. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-280-3.
3. MACKŮ, F. Průvodce těhotenstvím a porodem. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-589-0.
4. MURKOFFOVÁ, H. Co čekat v radostném očekávání. 4. vydání. Praha: Slovart, 2012. ISBN 978-80-7391-626-8.

5. PASTOR, Z. *Sexualita ženy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1989-4.
6. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-653-3
7. PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, J. *O sexualitě a partnerských vztazích*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-323-0.
8. WEISS, P. *Sexuologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

Vyhledávací strategie:

Rešeršní činnost byla provedena v období od listopadu 2013 do dubna 2014, v českém, slovenském, anglickém a německém jazyce. Jako vyhledávací slova byla použita: *sexualita v těhotenství*, *sex a těhotenství*, *změny v sexualitě v těhotenství*, *milování v těhotenství*. Rešerše byla provedena od roku 1972 do roku 2014.

Vyhledávání proběhlo v databázích dostupných z online přístupů Univerzity Palackého v Olomouci. Byly použity tyto databáze: Medvik, Medline a ProQuest. Dále byl využit vyhledávač Google.

Na základě výše uvedených vyhledávacích slov a pomocí databází a vyhledávače bylo celkem nalezeno 53 článků, z toho 38 anglicky, 10 česky, 3 slovensky a 2 německy. V bakalářské práci bylo použito 24 článků. Ostatní články nebyly použity z důvodu opakujících se informací nebo pro tuto práci nevhodných informací.

1 POHLED DO HISTORIE

1.1 Historie sexuologie

V dějinách lidské populace se sexualita vyvíjí současně s kulturními, ekonomickými, religiózními, epidemiologickými a ideologickými změnami. Staří Sumerové považovali sex a prostituci za nejvyšší ctnosti, nicméně podle Chamurapiho zákoníku byl potrestán každý, kdo se dopustil nevěry. Židovské náboženství vyžadovalo manželství, ačkoliv nevěra zakázána nebyla. Ve starověkém Řecku byl sex spojován s božskou zábavou. Za příčinu chorob a hysterie byl považován Galénem nedostatek pohlavního styku. První kniha o sexu byla sepsána v Indii, nazývala se Kámasútra. Středověk se označoval omezeným pohledem na lidskou sexualitu. Buď to se člověk vzdal pohlavního života, tzv. celibát nebo panenský život zasvěcený Bohu, nebo byly sexuální praktiky omezeny jen na manželský svazek. Za renesance se začíná objevovat první obchodování s pornografií. Prostitutky mohou svoji profesi provozovat ve vlastních domech, a některé dokonce zaujímaly vysoké postavení ve společnosti. Po rozpadu křesťanských zásad se výrazně změnilo postoje k lidské sexualitě. Protestantsky smýšlející Martin Luther byl toho názoru, že je daleko přínosnější být ženatý než zneklidněný vášněmi, a to platilo i pro kněze. Jan Kalvín, zastávající katolické myšlenky, lpěl na tom, že člověk musí své hříšné myšlenky a slabosti držet pod pokličkou (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 88).

Tento vědní obor, dávající odpovědi na otázky týkající se lidské sexuality, se významně posunul vpřed v 17. století prvními popisy gonád a zárodečných buněk. Mužské pohlavní buňky v lidském ejakulátu poprvé sledoval vlastním mikroskopem Leuwenhoek. Mužské a ženské gonády byly popsány v roce 1668 Grafem (Mindžák, 2012, s. 78). Racionalismus se snažil, aby člověk svoji sexuální touhu řídil rozumem. Romantismus nechával lásku a vášně ve službách spřízněné dvojice. Devatenácté století je

charakteristické růzností názorů na sexualitu, od manželství s více jedinci opačného pohlaví až po svobodný stav (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 88). Na přelomu 19. a 20. století se ve většině evropských zemí a ve Spojených státech amerických konstituovaly instituce, šířící osvětu plánovaného rodičovství, sexuální výchovu a antikoncepci. Studií sexuálních deviací se zabýval německý psychiatr Kraft-Ebing (Mindžák, 2012, s. 78).

Záslouhou Freuda se většina sexuálních témat dočkala odtabuizace. Přestože se žádná sexuologická Freudova myšlenka nedočkala vědeckého schválení, jeho psychoanalýza měla dopad na celý svět. Navzdory tomu se jeho práce staly významným mezníkem v pokroku medicínského myšlení o sexualitě (Mindžák, 2012, s. 78).

Ve dvacátém století se k sexualitě přistupovalo s osvíceneckým postojem. Odborné knihy otevřeně píší o různých sexuálních praktikách. Zlepšuje se přirozená či umělá antikoncepce a ostatní metody zabraňující početí a tím se zlepšuje prožitek z pohlavního styku. Na straně druhé narůstá celosvětově výskyt sexuálních poruch, u mužů 40 – 45 % a u žen 20 – 30 %. Markantně se zvyšuje prevalence sexuálně přenosných chorob (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 88).

Ulrichs patří k novátorům hnutí za odkriminalizování a odmedicinalizování orientace na stejné pohlaví. Mnoho spisů o sexualitě napsal Hirschfeld, který byl německý lékař zabývající se antropologií. S kolegy Forelem a Elvisem založil v roce 1928 „Světovou ligu pro sexuální reformu“. Byla to první instituce na mezinárodní úrovni. Naposledy se sešla v roce 1932 v Brně, poté co se dostali k moci němečtí nacisté a zničili Hirschfeldův ústav v Berlíně, bylo její trvání u konce (Mindžák, 2012, s. 78).

Další osobností sexuologie je americký biolog Kinsey. V roce 1947 v Bloomingtonu zřídil proslulý sexuologický ústav – Institute for Sex Research. Masters a Johnson, významní američtí sexuologové, zabývali

se výzkumy fyziologie sexuálního chování, tím nepochybně přispěli k vývoji lékařské sexuologie. V jejich díle „Human Sexual Inadequacy“, vydaném v roce 1970, jsou uceleny jejich empirie s behaviorálně zaměřenou psychoterapií partnerských dvojic. Zakladatelem vědecké sexuologie byl neodmyslitelně Money (Mindžák, 2012, s. 78).

Česká sexuologie jde od svých začátků ruku v ruce s lékařstvím. V roce 1921 byl založen Ústav pro sexuální patologii, spadající pod Lékařskou fakultu Karlovy univerzity v Praze. Vedení se ujal profesor Pečírka, svoji funkci zastával pouze jeden rok. Po jeho smrti místo přednosty přebírá profesor Hynie. Dnešní vedení zastává od roku 1989 docent Zvěřina. S českou sexuologií jsou spjati další významní představitelé, jako jsou Freund, Raboch, Matlafousek, Břichcín, Kolářský, Kratochvíl, Plzák (Mindžák, 2012, s. 78 – 79).

1.2 Historie sexu v těhotenství

Už u primitivních kultur můžeme najít velké množství předpisů o sexu v těhotenství. U některých kultur nebyl v osmém a devátém měsíci těhotenství nebo hned co žena cítila pohyby plodu pohlavní styk povolený. Jiné kultury naproti tomu nevyžadovaly žádné omezení v pohlavním životě v těhotenství. Ve starodávné Indii dokonce sexuální styk v těhotenství doporučovali, poněvadž se domnívali, že spermie vyživují plod v děloze. Peršané s tímto výrokem pravděpodobně nesouhlasili, pohlavní styk v těhotenství byl po čtvrtém měsíci od oplodnění a 40 dnů po porodu tabu. Překročili-li tento zákaz, byli oba účastníci, muž i žena, potrestáni smrtí. V časech Viktoriánských věřili, že pohlavní styk v těhotenství může u dítěte vést k epilepsii a mentálnímu postižení. Domnívali se, že vyhne-li se žena v těhotenství pohlavnímu styku, narodí se jí inteligentnější potomek. Dvacáté století se vyznačuje velkou růzností názorů na sexualitu v těhotenství. Na jedné straně se pohlavní styk v těhotenství zakazuje, protože by mohl být příčinou potratu, porodu před datem termínu a poškození plodu. Na druhé

straně je pohlavní styk navrhován jako jedna z metod vyvolání porodu (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 88 – 89).

1.3 Současné názory na sexualitu v těhotenství

V druhé polovině dvacátého století u nás i na Slovensku se všichni autoři učebnic praktického porodnictví a sexuologie shodli na názoru, že je třeba sexuální život v těhotenství omezit. Tvůrci knih radili těhotným ženám vyhnout se, nebo alespoň redukovat, v prvních měsících těhotenství pohlavní styk, obzvláště v čase, kdy by se měla dostavit sekreční fáze menstruačního cyklu. Předpokládali, že zvýšené překrvení sdružené s excitací a mechanickými vlivy při pohlavním styku, by mohly mít za následek stahy dělohy až samovolný potrat. Pohlavní styk nedoporučovali těhotným ženám, u kterých byla diagnostikována riziková gravidita s anamnézou spontánního potratu, porodu před datem termínu, při známkách hrozícího porodu nebo při vývojových vadách dělohy (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 90). Kotásek navrhoval, aby ženy v první polovině těhotenství nebyly v sexuálním životě omezovány, kromě doby, kdy by se v netěhotném stavu dostavila menstruace. V osmém a devátém měsíci těhotenství se pohlavní styk nedoporučoval, neboť by mohl vést ke krvácení, předčasnému odtoku plodové vody, zanesení infekce a tím způsobit vyvolání předčasného nebo horečnatého porodu. Dojde-li k pohlavnímu styku i přes toto doporučení, měl by být šetrný a ohleduplný (Kotásek, 1972, s. 122).

I v dnešní době, u nás i na Slovensku, není problematice sexuálního života věnována dostatečná pozornost. V knihách porodnictví se o ní člověk dočte jen okrajově, a ještě k tomu se tam setká s kontroverzními tvrzeními. Paldia a Holomáň tvrdí, že při těhotenství, které probíhá fyziologicky, není třeba pohlavní styk omezovat. Hned nato doporučují redukcii pohlavního styku v době dostavení se sekreční fáze menstruačního cyklu a v druhé polovině těhotenství. Jeden měsíc před porodem a od prvního trimestru u těhotné s rizikovou graviditou a změněném zdravotním stavu pohlavní styk

nedoporučují. Roztočil nejprve říká, že šetrný pohlavní styk graviditu probíhající fyziologicky negativně neovlivňuje ani nezpůsobuje krvácení a stahy dělohy. Záhy na to však varuje, že sexuální styk může vlivem třecích pohybů způsobit krvácení a prostaglandiny ve spermatu mohou být příčinou kontrakcí dělohy. Omezení sexuální aktivity doporučuje těhotným s rizikovou graviditou, a to zejména těm, které mají v anamnéze krvácení v prvních třech měsících těhotenství, nebo v minulosti porodily před datem termínu. Tošner uvádí, že stahy dělohy, které jsou vyvolány sexuálním stykem, nezpůsobují u většiny těhotných žen předčasné zahájení porodní činnosti. Autor se domnívá, že sexuální styk je u bezproblémového těhotenství možný po celou délku gravidity bez hrozících rizik pro matku i plod, za předpokladu dodržení hygienických zásad. Nedoporučuje misionářskou polohu (muž nahoře, žena dole), při které muž naléhá na břicho ženy. Sexuální akt považuje za nevhodný u těhotných s odteklou plodovou vodou, s krvácením z porodních cest, s hrozícím potratem nebo předčasným porodem (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 90 – 91).

Těhotné a jejich partneři se v publikacích nedočkou, proč by žena, která prožívá fyziologické těhotenství, měla redukovat sexuální styk v době očekávané sekreční fáze menstruačního cyklu, v druhé polovině gravidity a vynechat ho úplně v 9. měsíci těhotenství. Ani se nedozvědí, co si mají představit pod šetrným pohlavním stykem, který nevyvolává krvácení ani kontrakce dělohy. Není ani zřejmé, proč by těhotná v prvních třech měsících těhotenství nemohla s partnerem používat při pohlavním styku misionářskou polohu. V prvním trimestru gravidity nepatří pohlavní styk mezi hlavní příčiny krvácení ani předčasného porodu (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 91).

2 ZMĚNY PŮSOBÍCÍ NA SEXUALITU V TĚHOTENSTVÍ

2.1 Anatomické změny, které působí na sexualitu v těhotenství

Nejzřetelnější změnou v organismu těhotné ženy prochází děloha, která se v tomto změněném stavu markantně zvětšuje. Na konci prvního trimestru vystupuje děloha z pánve, v 6. měsíci se klene k pupku a na konci těhotenství sahá dva až tři prsty pod mečovitý výběžek kosti hrudní. Rostoucí děloha vyklenuje břicho a radikálně pozměňuje vizáž ženy. Souběžně dochází k zvětšování prsů. Na prsech a břiše dochází ke vzniku pajizévek, tzv. strií. Ke konci těhotenství se mohou vyskytovat otoky (Weis, 2010, s. 295).

I při fyziologicky probíhajícím těhotenství dochází k nepřehlédnutelným změnám tělesných proporcí. Tělo se zakulacuje, tukové zásoby se ukládají na lýtkách, stehnech, hýždích, břiše a na prsou (Pastor, 2007, s. 105). Průměrně žena v těhotenství přibere na váze 9 – 16 kilogramů. Tento váhový zisk závisí na hmotnosti plodu, plodové vody, na množství krve a tukové tkáně, která se vytváří na podporu těhotenství a budoucího kojení (Flexer, 1999, s. 13 – 14).

Těhotenství je spojeno s hromaděním krve ve spodní polovině těla. To má za důsledek stálé překrvení pohlavního ústrojí. Lehce zesilují stydké pysky, zejména u žen, které rodily vícekrát, někdy dochází ke vzniku a rozvoji křečových pletení vnějších rodidel. Poševní vchod je více prokrvený, což se navenek projevuje změnou barvy do fialova (Weis, 2010, s. 295).

2.2 Hormonální změny, které působí na sexualitu v těhotenství

Hormonální stav v graviditě není typický a nemá stejnou podobu v žádných fázích života ženy. Vyznačuje se značně vysokou hladinou estrogenů a progesteronu, hormony produkovanými placentou, a značně vysokou hladinou prolaktinu, jehož hodnota je asi desetinásobně vyšší než horní hladina normy u žen mimo těhotenství. Naopak hladina androgenů je snižená, produkce těchto hormonů je v ovariích utlumena a placenta je neprodukuje vůbec (Weiss, 2010, s. 296).

Během prvních třech měsíců těhotenství hraje dominantní roli progesteron, který způsobuje některé fyzické a psychické změny. Tyto změny poté mají vliv na ženskou sexualitu. Kvalitu ženského pohlavního života mohou v negativním slova smyslu ovlivnit organické změny, jako je zvýšená dráždivost a citlivost prsou a vulvy, přetížení vaginální tkáně (někdy spojené s bolestivostí při pohlavním styku), hojný výtok a samovolný únik moči. Progesteron se podílí na rozšíření cév, a tím snižuje systémový krevní tlak, způsobuje únavu a v kombinaci s nepříjemnými pocity, snižuje sexuální vzrušivost ženy. Dále ještě centrální účinek tohoto hormonu způsobuje stav úzkosti, rozmrzelosti, nepříjemného emocionálního ladění, subdeprese až deprese (Brtnická, Weiss, Zvěřina, 2009, s. 427).

Díky snížené buněčné imunitě a zvýšené hladině estrogenů je v tomto období vyšší riziko opakujících se chronických vaginálních mykotických infekcí, které jsou doprovázeny bolestivostí při pohlavním styku a snížením zájmu o sexualitu v průběhu těhotenství. Nejvíce náchylní k těmto infekcím jsou ženy s vrozeným nebo získaným imunodeficitem (Brtnická, Weiss, Zvěřina, 2009, s. 427).

Při pohlavním styku dochází k produkci oxytocinu, na který je děloha citlivá (Brtnická, Weiss, Zvěřina, 2009, s. 427). Zvětšuje se i množství myometrálních oxytocinových receptorů, v 16. týdnu se jejich počet zvýší

asi 16x , poté v termínu porodu asi 80x a nakonec při porodu asi 200x (Weiss, 2010, s. 296). Zejména v pozdějším stádiu těhotenství dochází po orgasmu k post-organickým kontrakcím, které způsobují ženě nepohodlí. Nicméně tyto kontrakce u fyziologického těhotenství nezpůsobují předčasné zrání děložního čípku ani předčasný porod. Většinou odezní do 15 minut (Brtnická, Weiss, Zvěřina, 2009, s. 427).

V těhotenství dochází v mezimozku ke zvýšené tvorbě hormonu, který stimuluje melanocyty, ty následně způsobují výraznější pigmentaci bradavek a bradavkových dvorců a také kůže. Toto zbarvení bradavek může mít vliv na sexuální vzrušení a činí prsy těhotné ženy přitažlivějšími (Macků, 1998, s. 112).

3 INFORMACE O SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ V TĚHOTENSTVÍ

3.1 Proč je důležité ženy informovat

Těhotenství je dobře definovaný proces spojený s reprodukcí a výchovou dětí. Zahrnuje široké spektrum biologických, psychologických a interpersonálních změn. S těmito změnami se žena i její partner musí vyrovnat a přizpůsobit se jim (Alder, Bitzer, 2000, s. 49 – 58).

Působení tohoto procesu na jednotlivé ženy je komplexní a zahrnuje velké množství proměnných, z nichž některé je obtížné studovat. Avšak existuje několik důvodů, proč by právě sexualita v těhotenství měla být důležitým tématem výzkumu a lékařské praxe (Alder, Bitzer, 2000, s. 49 – 58).

1. Sexualita a těhotenství se týkají zdraví žen. Cílem každé ženy je mít radost ze sexuálního života, cítit se bezpečně během těhotenství, mít zdravé dítě, být kompetentní a starostlivou matkou, vybudovat citově uspokojující vztah rodiny a zachovat si reprodukční zdraví. Tyto cíle jsou na sobě vzájemně závislé a realizace či nerealizace každého z nich může mít vliv na všechny ostatní (Alder, Bitzer, 2000, s. 49 – 58).
2. Těhotenství může mít vliv na ženskou sexualitu ve dvou směrech. Změny v těhotenství mohou způsobovat destabilizaci, stres a krizi, a proto vyžadují proces adaptace. Tento proces přizpůsobování se změnám může být úspěšný a zintenzivnit sexuální uspokojení nebo může selhat a způsobit sexuální obtíže, které mohou vyvolat střednědobé nebo dlouhodobé negativní účinky na ženu a její psychosociální zdraví (Alder, Bitzer, 2000, s. 49 – 58).

Těhotenství je životní fáze se specifickými vývojovými úkoly spojenými s obdobím růstu. Tyto vývojové kroky mohou v rozporu s předešlými

sexuálními vzorci chování vést k rozvoji nových vzorců, které mohou obohatit sexualitu, nebo v případě poruchy vést k fyzické a psychické reakci, která může mít negativní dopad na těhotenství. Již existující sexuální problémy mohou během těhotenství zesílit a vést k fyzickým a psychickým komplikacím, jako jsou somatické problémy v průběhu těhotenství, celková únava, pocit úzkosti, předčasné kontrakce, hospitalizace apod. Proto je důležité kombinovat nejen porodnický, psychosociální, psychosomatický a sexuologický výzkum, ale také znalosti a dovednosti v těchto oblastech, které mohou pomoci ženám a jejich partnerům dosáhnout cílů jejich reprodukčního zdraví a následně zabránit sexuálním dysfunkcím a těhotenským komplikacím (Alder, Bitzer, 2000, s. 49 – 58).

Jestliže pár cítí úzkost nebo má negativní pocity o své sexualitě během těhotenství, může mít potíže vyjadřovat své obavy. Proto je potřeba nabídnout pomoc lékaře a porodní asistentky. Oni mají jedinečnou příležitost pomoci páru řešit jejich problémy v sexuálním životě. Jejich poradenství zahrnuje mýty v těhotenství, jakým způsobem se mohou těšit ze sexuality v těhotenství, alternativy pohlavního styku a řešení problémů (Coppens, 2002, s. 21).

3.2 Problémy v komunikaci

Zdravotnický personál se necítí pohodlně při diskuzích o sexualitě v těhotenství. V některých kulturách je toto téma, i v dnešní době, stále ještě tabu. Díky kulturním a náboženským aspektům je pro některé ženy velice nepříjemné vyjadřovat se o sexualitě v těhotenství před lékařem. To všechno způsobuje, že problémy sexuality jsou v těhotenství často přehlíženy (Baktiyani, 2013, 99 – 107).

Téma sexuality není běžnou součástí předporodní péče. Pokud ženy nemají otázky týkající se sexuality nebo sexuálního problému, porodníci sexuální chování nebo dysfunkci neřeší. Tato tendence je v souladu

s běžnou praxí v medicíně, která se domnívá, že sexualita je intimní věc páru a lékař by do ní neměl zasahovat, pokud o to není výslovně požádán. Pokud vezmeme v úvahu epidemiologické výsledky a možné dopady těhotenství a porodu na ženskou sexualitu a reprodukční zdraví ženy, zdá se vhodné a na místě, aby lékař alespoň nabídl příležitost hovořit o sexualitě během prenatální péče (Alder, Bitzer, 2000, s. 49 – 58).

3.3 Výsledky studií

Poučení o sexuálním životě v těhotenství dostává 29 % těhotných žen od svých lékařů a 2 % od ostatních zdravotnických pracovníků (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 89). Stejně údaje dává studie z New Foundlandu. Zúčastnilo se jí 141 žen. Z 29 % žen, které získaly informace o sexu v těhotenství od svého lékaře, se jich 49 % muselo lékaře zeptat, aby tyto informace dostaly (Bartellas, 2000, s. 964 – 968). Tento údaj nám bohužel neříká nic o kvalitě podávaných informací. Nejčastěji získávají těhotné ženy informace z knih, celkem 57 % žen. Dále 13 % těhotných žen má tyto informace od svých přátel a pouze 5 % čerpalo z jiných zdrojů. Z 29 % žen, které probíraly otázky sexuálního života se svým lékařem, to uskutečnilo 49 % poprvé. V dobrém psychickém rozpoložení vedlo tento rozhovor jen 66 % žen. Zbylých 34 % se necítilo ve své kůži. 76 % žen, které se se svým lékařem nevěnovaly sexualitě v těhotenství, přiznaly, že by bylo na místě se tímto tématem zabývat (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 89).

Dotazujícím ženám byla nejčastěji doporučena redukce sexuálního života několik týdnů až měsíců před porodem. Pouze 10 % žen byla poskytnuta informace o vhodnějších polohách při pohlavním styku a 2 % žen se dozvěděly o nekoitálních praktikách. Většina těhotných a jejich partnerů by přivítala daleko větší spektrum informací o sexuálním životě v těhotenství (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 89).

Lékaři a porodní asistentky nemají dostatečné odborné znalosti týkající se oboru sexuologie. Hodnotné a komplexní informace nejsou dostupné. Studenti lékařství a studenti škol se zdravotnickým zaměřením mnohdy podléhají mýtům, pověrám, rozmanitým formám tabu a nedokonalým informacím, které mají vliv ve společnostech, ve kterých pracují a žijí. Občas sami mají vážné osobní starosti v sexuální oblasti, které nevědí jak řešit. Tyto faktory obvykle vytvářejí překážky, aby mohli úspěšně zastávat roli poradců a vychovatelů v sexuálních otázkách (Jurigová, 2010, s. 178).

Skoro žádný odborník, který nedovoluje sexuální styk v těhotenství, nenabídne těhotné ženě eventualitu, jak řešit sexuální napětí svého partnera nekoitálním sexem. Lékař předpokládá, že tato alternativa napadá snad každou těhotnou ženu. V tomto případě se ovšem lékař mýlí, naše společnost je v těchto možnostech, jako jsou nekoitální aktivity a masturbace, značně rezervovaná. Množství kvalitních informací poskytnutých těhotným ženám v oblasti sexuality je velice důležité, hlavně u mladých a méně sexuálně zdatných dvojic, se tím předejde zbytečným partnerským konfliktům (Jurigová, 2010, s. 178 - 179).

4 SEXUÁLNÍ ŽIVOT V TĚHOTENSTVÍ

4.1 Sexuální cyklus v těhotenství

Fyziologické změny, ke kterým dochází během sexuálního cyklu, se v podstatě neliší od žen, které nejsou těhotné. Jsou však pozměněny v prvé řadě větším žilním městnáním, které se stupňuje v průběhu těhotenství (Weiss, 2010, s. 296).

Ve fázi **excitace** dochází na začátku těhotenství k mnohem zřetelnějšímu zduření stydkých pysků. Ke konci těhotenství je vulva tak zduřelá i v nečinném stavu, že při pohlavním vzrušení nejsou žádné změny pozorovány. Zřetelněji než u žen, které nejsou těhotné, se na začátku těhotenství zvětšují prsy. V závěru těhotenství toto zvětšení pozorováno není, erekce bradavek a zduření areol přesto zůstávají normální (Weiss, 2010, s. 296).

Ve fázi **plató** nejsou rozdíly téměř žádné, odpověď genitálu je normální. U žen, které rodily vícekrát, může dojít k uzávěru poševního vchodu orgastickou manžetou (Weiss, 2010, s. 296).

Orgasmus může být provázen bolestivým pocitem. V posledním trimestru bývají někdy přítomny tonické stahy dělohy trvající až 1 minutu. Někdy může dojít k pokračování děložní činnosti až po dobu 30 minut. Na tyto orgastické stahy může plod odpovědět přechodnou bradykardií (Weiss, 2010, s. 296).

Ve fázi **relaxace** dochází k ústupu městnání v cévách. Rychlost tohoto ústupu závisí na stádiu těhotenství, čím pokročilejší, tím pomalejší návrat. Na konci těhotenství k absolutnímu ústupu změn nedojde vůbec (Weiss, 2010, s. 296).

4.2 Orgasmus v době těhotenství

Během těhotenství dochází k mírnému a trvalému snížení sexuální aktivity u většiny žen. V prvním trimestru často dochází ke ztrátě chuti do pohlavního života. To jde někdy ruku v ruce s tělesnými změnami a zvláště s pocitem nevolnosti. Někdy za ztrátou zájmu stojí obavy o nenarozené dítě, aby nedošlo k poškození či potratu. V druhém trimestru se zájem o pohlavní sblížení poněkud zvyšuje. Ve třetím trimestru, díky blížícímu se porodu, dochází opět ke snížení zájmu o sexualitu (Pondělíčková – Mašlová, 2005, s. 25).

U těhotné ženy není narušena schopnost dosáhnout orgasmu. Dokonce i obyčejné sexuální dráždění má intenzivnější účinek. Větší vlhkost v pochvě může být příčinou silnějšího orgasmu. To je způsobeno zvětšeným průtokem krve v pohlavních orgánech, během těhotenství (Pondělíčková – Mašlová, 2005, s. 25). Díky mohutnější orgastické manžetě dochází k většímu zúžení pochvy při sexuálním vzrušení a dráždění je silnější. Dokonce jsou i ženy, které prožijí v těhotenství svůj první orgasmus (Pastor, 2007, s. 104).

U ženy s fyziologickým průběhem těhotenství není problém, aby sexuální život fungoval podobně jako ve stavu před početím. Při orgasmu se dostávají děložní kontrakce. Ve třetím trimestru těhotenství děloha reaguje při orgasmu trvalým stahem, jakousi obdobou spazmu, který může přetrvávat až jednu minutu. Při sledování srdečního rytmu plodu je znatelné zpomalení srdečních ozev. Některé těhotné ženy mají strach, aby jejich partner nepoškodil svým pohlavním údem plod, a z toho důvodu volí raději nekoitální formu uspokojení - nikoli pohlavní styk, ale masturbaci. Těhotné si neuvědomují, že vyššímu riziku se vystavují při děložních stazích, a ty jsou stejné, jak u pohlavního styku či masturbaci. U ženy s fyziologickým průběhem těhotenství pohlavní styk nezpůsobuje potrat nebo poškození plodu (Pondělíčková – Mašlová, 2005, s. 25).

Oruc ve své studii, ve které zkoumal různé aspekty sexuality v těhotenství, uvádí, že 53,1 % žen přiznala pokles v kvalitě svých orgasmů během těhotenství. Pokles byl výrazně vyšší ve druhém a třetím trimestru než v prvním (Oruc, 1999, s. 223).

Vědci v Severní Karolíně zjistili, že orgasmus ke konci těhotenství snižuje riziko předčasného porodu. Týká se to samozřejmě žen, které mají bezproblémové těhotenství (Manzer, 2001, s. 30).

4.3 Polohy při pohlavním styku v těhotenství

Během prvních měsíců těhotenství mohou partneři využívat libovolné polohy. Vlivem rostoucího břicha bude pohlavní styk v polohách, kdy je muž nahoře, nepříjemný, ale i nevhodný. Ve druhém trimestru těhotenství je vhodné volit některou z dalších poloh (Macků, 1998, s. 113).

Jedna třetina párů během těhotenství mění při pohlavním styku polohy. Různorodost poloh při styku se snižuje s přibývajícími měsíci. Zatímco před početím používalo 96 % párů polohu muž nebo žena nahoře, ve třetím trimestru ji používá už jen jedna třetina partnerů. Před těhotenstvím dává přednost 2 – 5 % dvojic bočním polohám, ve třetím trimestru 40 – 65 % párů preferuje polohy na boku (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 93).

Ženu a muže by nemělo od milování odradit rostoucí břicho, nýbrž je motivovat k tomu, aby se nebáli experimentovat s rozmanitými polohami, které jim budou příjemné a vyhovovat (Pařízek, 2009, s. 326).

- Žena nahoře je vhodná poloha od druhého trimestru těhotenství. Žena v sedu je svým břichem a prsy dostatečně daleko od mužova břicha, a tím zabrání působení nežádoucího tlaku na rostoucí dělohu a citlivá prsa (Macků, 1998, s. 113).

- Poloha na boku je charakteristická tím, že muž svým údem vstupuje do partnerky zezadu. Je vhodná tehdy, když ženě není příjemná poloha na zádech (Macků, 1998, s. 113).
- Poloha v kleku. Těhotná klečí a opírá se rukama o kraj postele, partner klečí za ženou a vniká do vaginy zezadu. Při této poloze má muž volné ruce a lepší kontrolu nad hloubkou vnikání svého údu do pochvy (Macků, 1998, s. 113).
- Poloha vsedě je výhodná pro vyšší stádium těhotenství. Není v ní možný velký pohyb, ale pro pár je pohodlná a nedochází k nežádoucímu tlaku na rostoucí dělohu. Muž se posadí na stabilní a pohodlnou židli nebo na okraj postele a partnerka se mu usadí na klín zády nebo obličejem k němu, nebo z boku (Macků, 1998, s. 113).

4.4 Sexuální aktivity v těhotenství

Sexuální praktiky v těhotenství mají různorodé spektrum. 97 % párů se v těhotenství věnuje líbání, 87 % stimulaci prsou, 86 % pohlavnímu styku, 79 % predehře, 44 % sexuálním iluzím a 25 % manuální stimulaci partnerem. Pravidelný pohlavní styk provozovalo v těhotenství 53 – 76 % párů, oro-vaginální 19 – 44 %, rektovaginální 28 % a anální sex 7 – 33 %. Kondom při pohlavním styku 67 % párů nepoužilo nikdy, 24 % jen příležitostně, 3 % často a 6 % pravidelně. Jednoho stálého partnera přiznalo 73 % žen a 27 % těhotných žen mělo dva až sedm partnerů (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 93).

Informace o masturbačních aktivitách těhotných žen jsou protichůdné. V těhotenství masturbuje 8 – 31 % žen. Ze 77 žen, kterým gynekolog doporučil během těhotenství sexuálně abstinovat, 64 % pokračovalo v pohlavním životě nekoitálním způsobem až do porodu (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 93).

Sexuální aktivita se během prvního trimestru snižuje, v průběhu druhého trimestru je proměnlivá a v průběhu třetího trimestru se výrazně snižuje. Většina partnerů provozuje pohlavní styk do sedmého měsíce těhotenství. Jedna čtvrtina až jedna polovina párů se věnuje pohlavnímu styku i během devátého měsíce těhotenství. K poslednímu pohlavnímu styku průměrně dochází měsíc před porodem (Brtnická, Weiss, Zvěřina, 2009, s. 428).

4.5 Vliv na sexualitu muže

Asi 10 – 35 % mužů na sobě pozoruje v těhotenství symptomy syndromu couvade. Jedná se různé somatické obtíže, mnohdy související s gastrointestinálním traktem – průjem, zácpa, nevolnost, váhový přírůstek, bolesti zubů. Pohlavní náklonnost k těhotné ženě se v první polovině těhotenství výrazně nemění. Ve třetím trimestru markantně klesá, příčinnou je menší pohlavní přitažlivost ženy a strach ze zdravotní újmy ženy nebo plodu (Weiss, 2010, s. 228 – 299).

Díky obavám z pohlavního styku s těhotnou ženou se zvyšuje výskyt mimomanželských kontaktů a u partnerů, kteří měli problém se sexuálním chováním, se zvyšuje riziko navrácení k deviantnímu chování (Weiss, 2010, 299).

Změny v sexualitě muže během těhotenství hodnotilo ve výzkumu v Kanadě 141 žen. Sexuální touha byla ženami hodnocena jako nezměněná u 60 %, snížená u 20 % a zvýšená u 19 % partnerů. 24 % žen hodnotilo svoji atraktivitu očima muže během těhotenství jako zvýšenou, 10 % jako sníženou a 65 % jako nezměněnou. 55 % žen se domnívalo, že muž má obavy, aby jí neublížil. V 28 % tyto obavy nastaly v prvním trimestru, v 60 % v druhém trimestru a 64 % ve třetím trimestru (Bartellas, 2000, s. 964).

Doporučená sexuální abstinence během těhotenství vede některé muže k sexuálnímu extrému. Ve výzkumu, prováděném v Nigérii, mimomanželský pohlavní styk během těhotenství své ženy přiznalo 28 % z 297 dotazujících se mužů. Snížení erekce přiznalo 36,6 % mužů, snížení orgasmu 32,3 %, snížení libida 41,9 % a sníženou frekvenci pohlavního styku 72,4 % (Onah, 2001, 219). Jiný výzkum, prováděný v Nigérii, udává, že 43,7 % z 3204 mužů má během těhotenství své ženy mimomanželský pohlavní styk (Lawoyin, 2002, 51).

Dlouhodobá sexuální zdrženlivost u sexuálních deviantů zvyšuje riziko návratu k deviantnímu chování. Proto je na místě, aby ženy sexuálních deviantů i během těhotenství přijatelným způsobem zabezpečily dostatečné sexuální uspokojení svých mužů (Brzek, 1991, s. 17).

V prvním trimestru těhotenství se sexuální zájem mužů většinou nemění. Zásadně klesá od konce druhého trimestru těhotenství. V třetím trimestru až 20 % mužů ztrácí chuť na sex se svoji těhotnou ženou. Podle jejich žen je toho příčinou nepohoda, únava a šetrnost vůči matce a nenarozenému dítěti. Tělesný vzhled těhotné ženy má na muže antierotický efekt (Von Sydow, 1998, s. 27).

Santiago uvádí, že v literatuře chybí poznatky o vlivu těhotenství na sexuální funkce muže. V jejím výzkumu pouze dvě studie hodnotí tento aspekt. Udávají, že 40 % mužů přiznalo snížení sexuální touhy a uspokojení a 26,1 % se vyhýbají sexuálním aktivitám během těhotenství ženy ze strachu nebo kvůli snížené přitažlivosti ženy (Santiago, 2013, s. 254 – 264).

4.6 Riziko předčasného porodu

Žena s normálním průběhem těhotenství nemusí být omezována v sexuální aktivitě. Přestože je těhotná děloha za pohlavního styku přirovnávána k pushballu, zvýšené riziko potratu, způsobené mechanickou traumatizací, není. Plod je v děloze chráněn několika vrstvami plodových obalů a později velkým množstvím plodové vody. Do popředí se dostává otázka možného rizika předčasného porodu. Příčinou by mohly být tři faktory:

- **Kontrakce způsobené orgasmem** jsou jakousi zátěží pro nenarozené dítě, zdravé dítě ve fyziologicky probíhajícím těhotenství je přesto bez potíží kompenzuje. Jestli jsou kontrakce způsobené orgasmem příčinou předčasného porodu, je při nejmenším sporné. Občas se přesto však uvádí, že těhotné s vysokou přítomností orgasmů ke konci těhotenství rodí snadněji a rychleji, avšak také v průměru dříve nežli těhotné, které neprožívaly orgasmus (Weiss, 2010, s. 297).
- **Působení prostaglandinů ve spermatu.** Prostaglandiny se významně podílejí na mechanismu postupu zahájení porodu, toho je využíváno v porodnictví k vyvolání porodu. I v tomto případě je velmi nejisté, zda prostaglandiny v ejakulátu mohou být příčinou předčasného porodu. Nejistá je i myšlenka, že opakovaným pohlavním stykem je možno vyvolat potermínovou graviditu, i když je postavena na racionálním základě (Weiss, 2010, s. 297).
- **Infekce** je patrně nejdůležitějším faktorem. Vaginální prostředí se účastní vzniku předčasné děložní činnosti, toto riziko zvyšují také sexuálně přenosné bakterie, jako jsou *Chlamydia trachomatis* a *Mycoplasma hominis*. Při pohlavním styku s novým partnerem, by žena v těhotenství měla být chráněna kondomem (Weiss, 2010, s. 297).

4.7 Kontraindikace pohlavního styku v těhotenství

Existují však případy, kdy je třeba pohlavní styk po dobu těhotenství zakázat. Patří mezi ně:

- Vaginální krvácení
- Placenta preavia
- Předčasná dilatace děložního hrdla
- Odtok plodové vody
- Předčasný porod v anamnéze
- Vícečetné těhotenství (Read, 1999, s. 587 – 589)
- Předčasná děložní aktivita
- Akutní projevy vaginálního zánětu
- Dekompensace přidružených chorob k těhotenství
- Obava těhotné z pohlavního styku (Weiss, 2010, s. 297)

4.8 Sexuální problémy v těhotenství

Přítomnost sexuálních problémů a omezená sexuální aktivita během těhotenství jsou způsobeny fyziologickými změnami, které jsou spojeny s těhotenstvím. Sexuální chování a problémy, vyplývající z přechodu k rodičovství, jsou ovlivněny vzájemným působením biomedicínských, manželských a psychologických faktorů (Brtnická, Weiss, Zvěřina, 2009, s. 428).

Biomedicínské faktory:

- Únava, vyčerpání
- Strach z poškození nenarozeného dítěte
- Dyspareunie
- Bolesti zad
- Snížená atraktivita ženy (Brtnická, Weiss, Zvěřina, 2009, s. 428)

- Infekce
- Hemoroidy
- Stresová inkontinence
- Křečové žíly vulvy (Read, 1999, s. 587 – 589)

Manželské faktory:

- Nespokojenost se vztahem
- Protichůdné citové projevy vůči partnerovi (Brtnická, Weiss, Zvěřina, 2009, s. 428)

Psychologické faktory

- Duševní poruchy (deprese)
- Sexualita před těhotenstvím – spokojenost, nespokojenost
- Nechtěné těhotenství (Brtnická, Weiss, Zvěřina, 2009, s. 428)
- Předchozí těhotenství – potrat, ukončení
- Průběh porodu (Read, 1999, s. 587 – 589)

Ženy trpí ztrátou libida, spojenou s únavou a negativním vnímáním těla. Dále anorgasmii způsobenou nedostatkem vzrušení nebo bolestí a vaginismem zapříčiněným bolestí nebo traumatem z porodu. Muži trpí nedostatkem touhy, erektilní dysfunkcí spojenou s obavami o ženu a nenarozené dítě a předčasnou ejakulací též způsobenou obavami o ženu a nenarozené dítě (Read, 1999, s. 587 – 589).

Nejčastějším sexuálním problémem v těhotenství je strach z poškození ještě nenarozeného dítěte při sexuálních aktivitách. Tyto obavy potlačuje asi jedna čtvrtina až jedna polovina nastávajících matek a nejméně jedna čtvrtina nastávajících otců, ti se ještě navíc někdy obávají o zdraví své partnerky. Bolestivý pohlavní styk v těhotenství trápí asi 22 – 50 % žen. V posledním trimestru se podstatná část těhotných žen potýká s dráždivými děložními stahy, způsobenými orgasmem. 35 – 88 % těhotných žen má

strach, aby jejich partner byl dostatečně sexuálně uspokojen (Von Sydow, 1998, s. 27 – 49).

ZÁVĚR

Bakalářská práce předkládá poznatky o sexualitě v těhotenství. Byly stanoveny čtyři cíle. Všechny cíle byly splněny.

Prvním cílem bylo předložit poznatky o historii sexuologie a sexu v těhotenství. Staří Sumerové považovali sex za nejvyšší ctnost a později v Řecku byl spojován s bohy. První kniha o sexu se nazývá Kámasútra a byla sepsána v Indii. Středověk se vyznačoval omezeným pohledem na sexualitu a za renesance se začalo obchodovat s pornografií (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 88). V roce 1668 byly popsány mužské a ženské gonády. Na přelomu 19. a 20. stoléní se ve většině evropských zemích a ve Spojených státech amerických konstituovaly instituce, šířící osvětu plánovaného rodičovství, sexuální výchovu a antikoncepci. Zásluhou Freuda se většina sexuálních témat dočkala odtabuizace (Mindžák, 2012, s. 78). Ve dvacátém století narůstá výskyt sexuálních poruch, u mužů 40 – 45 % a u žen 20 – 30 %. Markantně se zvyšuje prevalence sexuálně přenosných chorob (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 88). Ulrichs patří k novátorům hnutí za odkriminalizování a odmedicinalizování orientace na stejné pohlaví. Zakladatelem vědecké sexuologie byl neodmyslitelně Money. V roce 1921 byl založen Ústav pro sexuální patologii, spadající pod Lékařskou fakultu Univerzity Karlovi v Praze. (Mindžák, 2012, s. 78).

Co se týče názoru na sexualitu v těhotenství, autoři se v druhé polovině dvacátého stoléní shodli na názoru, že je třeba sexuální život v těhotenství omezit. I v dnešní době, u nás i na Slovensku, není problematice sexuálního života věnována dostatečná pozornost. V knihách porodnictví se o ní člověk dočte jen okrajově, a ještě k tomu se tam setká s kontroverzními tvrzeními (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 90 – 91). Těhotné a jejich partneři se v publikacích nedočkou, proč by žena, která prožívá fyziologické těhotenství, měla redukovat sexuální styk v době očekávané sekreční fáze menstruačního cyklu, v druhé polovině gravidity

a vynechat ho úplně v 9. měsíci těhotenství. Ani se nedozvědí, co si mají představit pod šetrným pohlavním stykem, který nevyvolává krvácení ani kontrakce dělohy. Není ani zřejmé, proč by těhotná v prvních třech měsících těhotenství nemohla s partnerem používat při pohlavním styku misionářskou polohu. V prvním trimestru gravidity nepatří pohlavní styk mezi hlavní příčiny krvácení ani předčasného porodu (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 91).

První cíl byl splněn. Byly vyhledány poznatky o historii sexuologie a sexu v těhotenství.

Druhým cílem bylo předložit poznatky o změnách působících na sexualitu v těhotenství. Nejzřetelnější změnou v organismu těhotné ženy prochází děloha, která se v tomto změněném stavu markantně zvětšuje. Na konci prvního trimestru vystupuje děloha z pánve, v 6. měsíci se klene k pupku a konci těhotenství sahá dva až tři prsty pod mečovitý výběžek kosti hrudní (Weis, 2010, s. 295). I při fyziologicky probíhajícím těhotenství dochází k nepřehlédnutelným změnám tělesných proporcí. Průměrně žena v těhotenství přibere na váze 9 – 16 kilogramů (Flexer, 1999, s. 13 – 14). Těhotenství je spojeno s hromaděním krve ve spodní polovině těla. To má za důsledek stálé překrvení pohlavního ústrojí (Weis, 2010, s. 295).

Hormonální stav v graviditě není typický a nemá stejnou podobu v žádných fázích života ženy. Vyznačuje se značně vysokou hladinou estrogenů a progesteronu, hormony produkovanými placentou, a značně vysokou hladinou prolaktinu, jehož hodnota je asi desetinásobně vyšší než horní hladina normy u žen mimo těhotenství. Naopak hladina androgenů je snižena, produkce těchto hormonů je v ovariích utlumena a placenta je neprodukuje vůbec (Weiss, 2010, s. 296).

Druhý cíl byl splněn. Byly vyhledány poznatky o změnách působících na sexualitu v těhotenství.

Třetím cílem bylo předložit poznatky o informovanosti žen v těhotenství v oblasti sexuality. Těhotenství je životní fáze se specifickými vývojovými úkoly spojenými s obdobím růstu. Tyto vývojové kroky mohou v rozporu s předešlými sexuálními vzorci chování vést k rozvoji nových vzorců, které mohou obohatit sexualitu, nebo v případě poruchy vést k fyzické a psychické reakci, která může mít negativní dopad na těhotenství. Již existující sexuální problémy mohou během těhotenství zesílit a vést k fyzickým a psychickým komplikacím, jako jsou somatické problémy v průběhu těhotenství, celková únava, pocit úzkosti, předčasné kontrakce, hospitalizace apod. Proto je důležité kombinovat nejen porodnický, psychosociální, psychosomatický a sexuologický výzkum, ale také znalosti a dovednosti v těchto oblastech, které mohou pomoci ženám a jejich partnerům dosáhnout cílů jejich reprodukčního zdraví a následně zabránit sexuálním dysfunkcím a těhotenským komplikacím (Alder, Bitzer, 2000, s. 49 – 58).

Lékaři a porodní asistentky nemají dostatečné odborné znalosti týkající se oboru sexuologie. Hodnotné a komplexní informace nejsou dostupné. Studenti lékařství a studenti škol se zdravotnickým zaměřením mnohdy podléhají mýtům, pověrám, rozmanitým formám tabu a nedokonalým informacím, které mají vliv ve společnostech, ve kterých pracují a žijí. Občas sami mají vážné osobní starosti v sexuální oblasti, které nevědí jak řešit. Tyto faktory obvykle vytvářejí překážky, aby mohli úspěšně zastávat roli poradců a vychovatelů v sexuálních otázkách (Jurigová, 2010, s. 178).

Třetí cíl byl splněn. Byly vyhledány poznatky o informovanosti žen v těhotenství v oblasti sexuality.

Čtvrtým cílem bylo předložit poznatky o sexuálním životě v těhotenství. Fyziologické změny, ke kterým dochází během sexuálního cyklu, se v podstatě neliší od žen, které nejsou těhotné. Jsou

však pozměněny v první řadě větším žilním městnáním, které se stupňuje v průběhu těhotenství (Weiss, 2010, s. 296).

U těhotné ženy není narušena schopnost dosáhnout orgasmu. Dokonce i obyčejné sexuální dráždění má intenzivnější účinek. Větší vlhkost v pochvě může být příčinou silnějšího orgasmu. To je způsobeno zvětšeným průtokem krve v pohlavních orgánech, během těhotenství (Pondělíčková – Mašlová, 2005, s. 25). Oruc ve své studii, ve které zkoumal různé aspekty sexuality v těhotenství, uvádí, že 53,1 % žen přiznala pokles v kvalitě svých orgasmů během těhotenství. Pokles byl výrazně vyšší ve druhém a třetím trimestru než v prvním (Oruc, 1999, s. 223).

Během prvních měsíců těhotenství mohou partneři využívat libovolné polohy. Vlivem rostoucího břicha bude sexuální styk v polohách, kdy je muž nahoře, nepříjemný, ale i nevhodný. Ve druhém trimestru těhotenství je vhodné volit některou z dalších poloh (Macků, 1998, s. 113).

Sexuální praktiky v těhotenství mají různorodé spektrum. 97 % párů se v těhotenství věnuje líbání, 87 % stimulaci prsou, 86 % pohlavnímu styku, 79 % predehře, 44 % sexuálním iluzím a 25 % manuální stimulaci partnerem. Pravidelný pohlavní styk provozovalo v těhotenství 53 – 76 % párů, oro-vaginální 19 – 44 %, rektovaginální 28 % a anální sex 7 – 33 %. Kondom při pohlavním styku 67 % párů nepoužilo nikdy, 24 % jen příležitostně, 3 % často a 6 % pravidelně. Jednoho stálého partnera přiznalo 73 % žen a 27 % těhotných žen mělo dva až sedm partnerů (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 93).

Santiago uvádí, že v literatuře chybí poznatky o vlivu těhotenství na sexuální funkce muže. V jejím výzkumu pouze dvě studie hodnotí tento aspekt. Udávají, že 40 % mužů přiznalo snížení sexuální touhy a uspokojení a 26,1 % se vyhýbají sexuálním aktivitám během těhotenství ženy ze strachu nebo kvůli snížené přitažlivosti ženy (Santiago, 2013, s. 254 – 264).

Žena s normálním průběhem těhotenství nemusí být omezována v sexuální aktivitě. Přestože je těhotná děloha za pohlavního styku přirovnávána k pushballu, zvýšené riziko potratu, způsobené mechanickou traumatizací, není (Weiss, 2010, s. 297).

Existují však případy, kdy je třeba pohlavní styk po dobu těhotenství zakázat. Patří mezi ně: vaginální krvácení, placenta preavia, předčasná dilatace děložního hrdla, odtok plodové vody, předčasný porod v anamnéze, vícečetné těhotenství (Read, 1999, s. 587 – 589), předčasná děložní aktivita, akutní projevy vaginálního zánětu, dekompenzace přidružených chorob k těhotenství a obava těhotné z pohlavního styku (Weiss, 2010, s. 297).

Nejčastějším sexuálním problémem v těhotenství je strach z poškození ještě nenarozeného dítěte při sexuálních aktivitách. Tyto obavy potlačuje asi jedna čtvrtina až jedna polovina nastávajících matek a nejméně jedna čtvrtina nastávajících otců, ti se ještě navíc někdy obávají o zdraví své partnerky. Bolestivý pohlavní styk v těhotenství trápí asi 22 – 50 % žen. V posledním trimestru se podstatná část těhotných žen potýká s dráždivými děložními stahy, způsobenými orgasmem. 35 – 88 % těhotných žen má strach, aby jejich partner byl dostatečně sexuálně uspokojen (Von Sydow, 1998, s. 27 – 49).

Čtvrtý cíl byl splněn. Byly vyhledány poznatky o sexuálním životě v těhotenství.

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. ALDER, J., BITZER, J. Sexual During Pregnancy and the Postpartum Period [online]. 2000. [cit. 26. 3. 2014]. Dostupné z: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/3492922/sexuality-during-pregnancy-postpartum-period>.
2. BAKTIYANI, S. Female Response before and during Pregnancy [online]. 2013. [cit. 17. 2. 2014]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1492097758/fulltextPDF/B65A3AC4B63441C1PQ/175?accountid=16730>.
3. BARTELLAS, A. Giving better advice on sexual activity during pregnancy [online]. 2000. [cit. 17. 2. 2014]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/233396155/fulltext/B65A3AC4B63441C1PQ/160?accountid=16730>.
4. BARTELLAS, E. Sexuality and sexual activity in pregnancy [online]. 2000. [cit. 17. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10955426>.
5. BRTNICKÁ, H., WEISS, P., ZVĚŘINA, J. 2009. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. Bratislavské lekárske listy. 2009, roč. 110, č. 7, s. 427 – 431. ISSN 0006-9248.
6. BRZEK, A. 1991. Těhotenství, porod, šestinedělí a pohlavní život ženy. Zdraví. 1991, roč. 39, č. 4, s. 17. ISSN 0139-5629.
7. COPPENS, M. Sexual intimacy during pregnancy [online]. 2002. [cit. 17. 2. 2014]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/201526580/fulltext/B65A3AC4B63441C1PQ/12?accountid=16730>.

8. FLEXER, W. Sexuality during pregnancy: answers to many common questions [online]. 1999. [cit. 17. 2. 2014]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/222678704/fulltext/B65A3AC4B63441C1PQ/7?accountid=16730>.
9. JURIGOVÁ, G. 2010. Sexuální život v graviditě – hodnocení dotazníkem SFŽ. Praktická gynekologie. 2010, roč. 14, č. 4, s. 174 – 179. ISSN 1211-6645.
10. KORBEL, M., NIŽŇANSKÁ, Z., REDECHA, M. 2005. Sexualita v graviditě. Moderní gynekologie a porodnictví. 2005, roč. 14, č. 1, s. 87 – 98. ISSN 1211-1058.
11. KOTÁSEK, A. Porodnictví. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1972. ISBN nenalezeno.
12. LAWOYIN, T. O. [online]. 2002. [cit. 11. 7. 2014]. Dostupné z: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=93579&fileId=S0021932002000512>.
13. MACKŮ, F. Průvodce těhotenstvím a porodem. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-589-0.
14. MANZER, J. Sexual activity during pregnancy not harmful for most women: recent orgasm linked to decreased risk of preterm delivery [online]. 2001. [cit. 17. 2. 2014]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/228754688/fulltext/1FA53173FCB1443FPQ/46?accountid=16730>.
15. MINDŽÁK, R. 2012. Sexuologické změny žen v těhotenství. Gynekolog. 2012, roč. 21, č. 2, s. 78 – 85. ISSN 1210-1133.

16. ONAH, H. E. Nigerian male sexual activity during pregnancy [online]. 1999 [cit. 11. 7. 2014]. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0020729201005793/1-s2.0-S0020729201005793-main.pdf?_tid=710ffa4e-0884-11e4-b42d-00000aacb35d&acdnat=1405032745_699968bc64a0ef1dbb1358c003028b8d.
17. ORUC, S. Sexual behaviour during pregnancy [online]. 1999 [cit. 17. 2. 2014]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/220807275/fulltext/B65A3AC4B63441C1PQ/118?accountid=16730>.
18. PASTOR, Z. Sexualita ženy. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1989-4.
19. PAŘÍZEK, A. Kniha o těhotenství a dítěti. 4. vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-653-3.
20. PONĎĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, J. O sexualitě a partnerských vztazích. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-323-0.
21. READ, J. ABC of sexual health: Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing [online]. 1999 [cit. 17. 2. 2014]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/203982128/fulltextPDF/1FA53173FCB1443FPQ/45?accountid=16730>.
22. SANTIAGO, L. R. S. Impact of Pregnancy on the Sex Life of Women: State of the Art [online]. 2013 [cit. 17. 2. 2014]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1370804435/fulltextPDF/1FA53173FCB1443FPQ/86?accountid=16730>.

23. VON SYDOW, K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies [online]. 1998 [cit. 26. 3. 2014]. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0022399998001068/1-s2.0-S0022399998001068-main.pdf?_tid=621021e6-0937-11e4-ab32-00000aacb360&acdnat=1405109600_cff254a866ab9d23db0bd36df83f32
[3a](#).
24. WEISS, P. Sexuologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.