



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Sexualita žen v těhotenství a po porodu

Vypracovala: Markéta Odložilíková

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2016

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce pojednává o sexualitě žen v těhotenství a po porodu. Vzhledem k zaměření práce je v teoretické části popsáno těhotenství, porod, šestinedělí a s nimi související sexualita. Dále se práce zabývá problematikou role porodní asistentky v oblasti sexuality u ženy v těhotenství a po porodu.

Celkem byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda jsou ženy seznámené se sexuálním životem v období těhotenství, druhým cílem bylo zjistit, zda jsou ženy seznámené s problematikou sexuality po porodu a třetím cílem bylo zjistit, jakým způsobem jsou ženy edukovány o sexuálním životě v těhotenství a po porodu. Na podkladě těchto tří cílů byly zvoleny tři výzkumné otázky. První otázka zjišťovala, jak jsou ženy informovány o sexuálním životě v těhotenství. Druhá, jak jsou ženy informovány o sexuálním životě po porodu. A třetí výzkumná otázka zjišťovala, z jakých zdrojů čerpají ženy informace o sexuálním životě v těhotenství a po porodu.

Výzkum probíhal se ženami v jejich domácím prostředí v průběhu měsíce února 2016. K provedení výzkumné části bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů se ženami do jednoho roku po porodu. Výzkumný vzorek tvořilo celkem osm žen. Rozhovory byly uskutečněny po předchozí domluvě a se souhlasem žen. Rozhovor obsahoval 10 otevřených otázek, podle potřeb byly ženám navíc kladeny doplňující otázky. Rozhovory byly poté doslovně přepsány. Byla provedena analýza metodou kódování v ruce, neboli papír a tužka. Jednotlivé odpovědi respondentek byly označeny konkrétními kódy, které byly následně zařazeny pod jednotlivé kategorie.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny dotazované ženy měly dle jejich názoru dostatečné informace ohledně sexuality v těhotenství. Ale odpovědi na způsob, jakým ženy informace získávají, jsou odlišné. Díky výzkumu bylo zjištěno, že nejčastěji ženy vyhledávají informace ohledně sexuality v těhotenství na internetu. Většina žen má problém pokládat otázky z této intimní oblasti, proto si raději vyhledává odpovědi

na anonymních diskuzích. Což poukázalo především na nutnost zvýšení informovanosti žen ze strany porodních asistentek. Ovšem ne všechny ženy po informacích pátrají. Z výzkumu vyplynulo, že některé ženy věří především vlastnímu tělu a intuici, proto o žádné informace nemají zájem. Bylo také zjišťováno, zda vůbec mají ženy v období těhotenství potřebu pohlavního styku. Převážná část odpovědí byla kladná, tedy, že potřeba sexu byla během těhotenství mnohem vyšší než v období před těhotenstvím.

Výzkumné šetření kromě toho ukázalo, že o problematice sexuality po porodu jsou ženy nejvíce edukovány ze strany porodních asistentek na stanici šestinedělí. Jak uvedly všechny respondentky, byly podle nich informace, týkající se této problematiky, dostatečné. Opět ale některé ženy uvedly, že o žádné informace v této oblasti nemají zájem, neboť se hlavně řídí svým tělem a ne radami od ostatních. Další otázky byly zaměřeny na to, zda jsou ženy spokojené se svým sexuálním životem po porodu, zda na nich porod nezanechal fyzické nebo psychické následky. Výsledky ukázaly, že většina z dotazovaných žen zahájila sexuální život již v době šestinedělí, díky nepřekonatelné touze po milování. Ale výsledky také uvedly, že sexuální apetence a frekvence se u žen oproti době těhotenství výrazně snížila.

Z výsledků výzkumu lze konstatovat, že informovanost žen o problematice sexuality v těhotenství je sice dostatečná, ale ne zásluhou porodních asistentek. Bylo by vhodné, aby bylo téma sexuality zahrnuto do všeobecných informací, které ženy během těhotenství právě od porodních asistentek získávají, neboť výzkum této práce prokázal, že ženy by rády znaly odpovědi, ale samotné se stydí klást otázky. Naopak informace o sexualitě po porodu většinou ženy získávají právě od porodních asistentek na stanici šestinedělí, z čehož vyplývá, že ženy nemají potřebu dále pátrat po informacích na internetu, neboť uvádí, že informace od porodních asistentek byly dostačující.

Vzhledem k tomu, že odpovědi žen se shodovaly v tom, že by o informace stály, ale nechtěly se ptát, výstupem této bakalářské práce je informační leták, který by mohl být volně přístupný v čekárnách u obvodních gynekologů nebo u porodních asistentek, kde by si jej ženy mohly přečíst a popř. odnést domů. Tento leták poskytuje informace o pohlavním styku v těhotenství, možné kontraindikace pohlavního styku a je doplněn

vhodnými milostnými polohami, které mohou partneři provádět i v pokročilejším stadiu těhotenství.

Klíčová slova:

Sexualita

Pohlavní styk

Těhotenství

Porod

Partner

Porodní asistentka

Abstract

This presented Bachelor thesis deals with the sexuality of women during pregnancy and after childbirth. Given the focus of this thesis – period of pregnancy, parturition, puerperium and the associated sexuality is described in the theoretic part. Furthermore, the thesis deals with the role of midwives in the area of women sexuality during pregnancy and after childbirth.

In total, there were defined three objectives. The first one was to find out, if women are apprised about sexual life in pregnancy period. The second one, if women are apprised about issues of sexuality after childbirth. And the third one, how women are apprised about the sexual life during pregnancy and after childbirth at all. Three research questions were chosen based on these three objectives. The first question investigated how women are informed about sexual life in pregnancy. The second one, how women are informed about sexual life after childbirth. And the third research question investigated from what kind of sources women get information about sexual life in pregnancy period and after childbirth.

The research was conducted with women in their homes during the month of February 2016. For realization of this research was used qualitative survey. Data collection was conducted through interviews with the women that were to one year after birthchild. The research sample consisted of eight women. The interviews were carried out after previous agreement and permission of these women. The interview contained 10 open-ended questions, in cases of need some additional questions were asked. Then the interviews were transcribed verbatim. The analysis was conducted by the hand coding method – paper and pen. Each responses were identified by specific codes that were subsequently classified under various categories. From the research resulted the fact that all interviewed women were apprised sufficiently about sexuality in pregnancy period. But responses about the way of getting information are diverse.

Thanks to this research was found that women most often seek for information about sexuality in pregnancy period on the internet. Most women have a problem asking questions relating to this intimate area. That's why the most of them prefer to seek information from anonymous discussions. That primarily pointed out the need for increased awareness of women by midwives. However, not all women are searching for information. From the research resulted the fact that most of the women trust in their own body and anticipation especially and therefore they are not interested in receiving any other information. The investigation was to find out if women have need for sex. Most of the answers were affirmative. What is more, majority of the women mentioned that their need for sex got higher then before the pregnancy.

The investigation pointed out that women are informed about issues of sexuality after the delivery mainly from midwives at childbed stations. According to all enquired ones all obtained information were sufficient. But what is more some of the women mentioned again that they do not seek for any information in this field because they follow their own bodies more than other people's advice.

Further questions were related to women sexual satisfaction after giving birth and whether they suffer from any physical or mental consequences caused by that. The results brought out that most of the interviewed ones started their sexual activities already during the time of childbed due to desire for lovemaking. On the other side their sexual desire markedly decreased in comparison with the pregnancy time.

The results proved that they are well aware of sexual issues during pregnancy period but not due to midwives. It would be advisable to include this topic in general information that women receive particularly from midwives because this research proved that women in general would like to know more but they are ashamed to ask. As all information about sex after childbirth are received from midwives at childbed stations, women do not feel like seeking for more information on internet as they mention that the obtained information from midwives were sufficient.

With regard to the fact that women were actually interested in further information but were ashamed to ask, as a result of this baccalaureate project is an information leaflet that could be for free available and accessible in waiting rooms of gynecologist or midwives. Leaflet provides information about sexuality during pregnancy, possible contraindications and gives love positions suitable even in high stage of pregnancy.

Keywords:

Sexuality

Carnal intercourse

Pregnancy

Childbirth

Partner

Midwife

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4.5.2016

.....

Markéta Odložilíková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Drahomíře Filausové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování bakalářské práce. Děkuji respondentkám, díky nimž bylo možné zrealizovat výzkumnou část bakalářské práce. Dále děkuji celé své rodině za trpělivost a podporu, kterou mi projevili nejen při psaní této práce, ale během celého studia.

OBSAH

ÚVOD	12
1 SOUČASNÝ STAV	14
1. 1 Sexualita.....	14
1. 1. 1 Sexualita jako potřeba	14
1. 1. 2 Sexuální hormony a sexuální cyklus.....	15
1. 1. 3 Vývoj sexuality	18
1. 1. 4 Sexuální dysfunkce u žen.....	19
1. 2 Těhotenství.....	22
1. 2. 1 Somatické změny ovlivňující sexualitu v těhotenství.....	22
1. 2. 2 Psychické změny ovlivňující sexualitu v těhotenství.....	23
1. 2. 3 Sexuální aktivity v těhotenství	24
1. 2. 4 Koitální a nekoitální praktiky v těhotenství	25
1. 2. 5 Kontraindikace pohlavního styku v těhotenství.....	26
1. 2. 6 Sexualita v těhotenství z pohledu partnera.....	27
1. 3 Porod.....	29
1. 3. 1 Psychologie porodu.....	29
1. 3. 2 Podpora rodičky při porodu	31
1. 3. 3 Psychologický přístup porodní asistentky k rodící ženě	31
1. 4 Šestinedělí.....	33
1. 4. 1 Somatické a psychické změny s možným vlivem na sexualitu.....	33
1. 4. 2 Sex po porodu	35
1. 4. 3 Sexualita v šestinedělí z pohledu partnera	36
1. 5 Role porodní asistentky v oblasti sexuality	38
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
2. 1 Cíle práce	40
2. 2 Výzkumné otázky	40
3 METODIKA	41
3. 1 Použité metody a techniky	41
3. 2 Charakteristika výzkumného souboru	42
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	44
4. 1 Kategorizace dat	44

5 DISKUZE	57
6 ZÁVĚR.....	63
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	66
8 PŘÍLOHY	71
8.1 Seznam příloh	71

ÚVOD

Sexualita je přirozenou součástí života každého člověka, která jej provází od narození až do smrti. Každý z nás má právo na uspokojivý sexuální život, ale záleží pouze na nás, na našich přáních a možnostech. Nejdůležitějším faktorem, který vede k uspokojivému sexuálnímu životu, je partnerský vztah, který je plný důvěry, tolerance a ochoty vyhovět si navzájem.

A právě v období těhotenství a porodu, které může být pro intimní vztah páru jedním z nejnáročnějších období v životě, je tolerance a vzájemná důvěra velmi důležitá. Častokrát stud některého z partnerů zabraňuje otevřeně mluvit o své sexuální potřebě, svých přáních a pocitech. To vede k tomu, že je mnohokrát druhý partner nespokojený a tím dochází k vzájemným nedorozuměním. Proto je důležité o sexualitě mluvit otevřeně, což dělá i v dnešní, moderní a otevřené době mnoha lidem problém. Sexualita je i nadále v naší společnosti celkem tabuizované téma. Mnoha lidem činí problém o tomto tématu mezi sebou hovořit, proto raději využívají pomoci internetu, kde v anonymních diskuzích hledají uspokojivé odpovědi na své intimní otázky.

I přesto, že je v této oblasti velmi složité a citlivé získat nějaká data, zvolila jsem si bakalářskou práci na téma „*Sexualita žen v těhotenství a po porodu*“, a to z jednoho prostého důvodu. Domnívám se, že v současné době není dané problematice věnována dostatečná pozornost a zároveň si myslím, že toto téma bude stále aktuální. Ze svého blízkého okolí znám ženy, které čerpají většinu informací z internetu, což je podle mého názoru nešťastné. Proto bych ráda v této práci shrnula informace o sexualitě žen v těhotenství a po porodu.

Cílem této bakalářské práce je objasnit, jakým způsobem jsou ženy edukovány o sexuálním životě v těhotenství a po porodu. Důležité pro zpracování této práce bylo zjistit, zda jsou ženy seznámené se sexualitou v období těhotenství a zda jsou ženy seznámené s problematikou sexuality po porodu.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na informovanost žen o sexuálním životě v těhotenství, jejich informovanost o sexuálním životě po porodu a na zdroje, ze kterých tyto informace získávají. Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo 8 žen, které jsou do 1 roku po porodu.

Profese porodní asistentky mě velice naplňuje a jednou bych se ráda stala tou porodní asistentkou, na kterou budou ženy vzpomínat s radostí a vděkem. Byla bych ráda, aby tato práce byla inspirací nejen pro mě, ale i pro další porodní asistentky, pro které by mohla být, jak doufám, přínosná. Dále pak práce může sloužit jako jeden ze zdrojů informací pro těhotné ženy nebo ženy po porodu a pro širší veřejnost.

1 SOUČASNÝ STAV

1. 1 Sexualita

Sexualita je v Praktickém slovníku medicíny definována jako „*aktivita týkající se pohlaví (sexu), pohlavní život*“ (Vokurka, Hugo, 2007, s. 415) .

Lidská sexualita je přirozenou součástí lidského rozvoje, hraje významnou roli v každé fázi lidského života, není omezena určitou věkovou kategorií. S pojmem sexualita úzce souvisí i termín „sexuální zdraví“, který ve své podstatě zahrnuje citové, rozumové, společenské a somatické složky člověka jako sexuální bytosti. Díky všem těmto složkám může člověk lépe rozvíjet svou schopnost milovat a zlepšovat vztahy k ostatním lidem (Urbanová, 2010).

1. 1. 1 Sexualita jako potřeba

Sexualita je jednou ze základních potřeb člověka. Na jedné straně přináší lidem rozkoš, radost a potěšení, ale na druhé straně i úzkost, deprese a sexuálně přenosné nemoci (Weiss, 2010).

Sexualitu lze pokládat za základní součást lidského života. Sexuální pud patří k lidem už od pradávna a patří k dlouhodobému předmětu zkoumání. Někteří vědci tvrdí, že sexuální chování je výsledkem vývoje člověka a vidí jistou souvislost s dědičností, naopak jiní zastávají ten názor, že lidská sexualita je produktem zkušeností, znalostí a stálého učení a dávají do souvislostí závislost na sociálním prostředí, výchovu jedince a jeho vzdělání (Vigué, 2006).

Na sexualitu se můžeme dívat z několika pohledů. Tak jak chápeme člověka jako bytost biologickou, psychologickou, sociální a spirituální, které dohromady utváří celistvého člověka, tak se stejným způsobem můžeme dívat na lidskou sexualitu (Košťálová, 2010).

Sexualita byla v minulosti považována za záležitost čistě přirozenou, biologicky danou, za účelem zachování rodu. Podobně jako u zvířat, byla těsně spojována s procesem reprodukce, ovšem v současnosti se od něj částečně odklonila. Sexualita má tedy biologické kořeny, ale je do jisté míry sociálně ovlivňována a usměrňována mravními a právními normami dané společnosti (Giddens, 2013).

Z hlediska psychologie je sex mezi partnery projevem vzájemné lásky a pochopení, prohlubuje důvěru a intimitu mezi partnery. Uspokojivá sexualita zlepšuje naši psychickou spokojenost i naše zdraví (Hooperová, 2006; Košťálová, 2010).

Díky americkému psychologovi Abrahamu Haroldovi Maslowovi (1908 - 1970), který popsal hierarchii lidských potřeb a sestavil je dle důležitosti pro lidské přežití, se sexualita řadí k základním biologickým potřebám. Z hlediska zachování lidského rodu je tedy řazena k základním potřebám. Z hlediska zachování života jedince je řazena k vyšším potřebám (není nezbytná pro zachování života jako např. výživa, vylučování, atd.). Důležitými faktory, které ovlivňují sexualitu, jsou psychicko – duchovní faktory, výchova v rodině, tradice rodiny, názory blízkých, spiritualita. Sexualita ve vztahu a lásce hraje jednu z nejdůležitějších rolí, nemůžeme ji opomíjet, je důležité ji považovat za součást kvalitního života (Kubík, 2010).

Podle Giddense (2012) se modely sexuálního chování v současnosti změnily, a to díky vynálezu antikoncepce. Díky možnosti kontroly otěhotnění může sex plnit funkci rekreační a být zároveň prostředkem pomáhajícím spoluvytvářet a vyjadřovat identitu jedince.

1. 1. 2 Sexuální hormony a sexuální cyklus

Sexuální hormony jsou produkovány především gonádami, které jsou regulovány v ose hypotalamus – hypofýza – gonády. Sexuální reakce však nejsou vázány jen na hormonální činnost, protože i ženy po kastraci jsou schopné sexuálního vzrušení a pocitového vyvrcholení. Podle místa produkce jednotlivých hormonů se mohou

aktivní látky dělit na mozkové působky, hormony produkované v ose hypotalamus –hypofýza a na ovariální steroidy.

Největší význam z *mozkových působků* pro sexuální chování lidí má dopamin (dihydroxyfenylethylalanin), který zvyšuje sexuální aktivitu. Kromě neurotransmiterů se v mozku uplatňují některé polypeptidy, mezi nejvýznamnější, které se vztahují k sexualitě, patří prolaktin a endorfiny. Účinek však mají opačný, tedy snižují sexuální aktivitu (Záhumenský, 2007).

Hormony, které se utvářejí v *hypotalamu*, jsou transportovány cévním portálním oběhem do adenohipofýzy. Díky aktivitě hypotalamu je ovlivňován výdej luteinizačního hormonu (LH) v adenohipofýze. Luteinizační hormon u žen napomáhá finálnímu dozrání folikulu a podmiňuje ovulaci, rovněž ovlivňuje produkci ovariálních hormonů, zejména progesteronu (Záhumenský, 2007).

Hypofýza je žláza uložená v jamce před tureckým sedlem kosti klínové a je krátkou stopkou spojena s hypotalamem. Peptidický hormon hypofýzy je prolaktin (PRL), který u ženy před porodem stimuluje růst mléčné žlázy a po porodu udržuje laktaci. U žen v době kojení blokuje ovulaci, což může výrazně ovlivnit plodnost (Záhumenský, 2007).

Mezi *ovariální steroidy* patří estrogény, gestageny a androgeny.

Estrogény odpovídají za vývoj ženských pohlavních orgánů a řídí vývoj sexuálního chování a jeho změny během menstruačního cyklu. Dále stimuluje sekreci řídkého hlenu ve žlázách děložního hrdla a v období pohlavní zralosti jsou zodpovědné za proliferační fázi menstruačního cyklu. Libido (sexuální touha) ženy je ovlivněno právě estrogény.

Důležitým gestagenem je progesteron, jenž stimuluje růst, vývoj a sekreční funkci mléčné žlázy a snižuje kontraktilitu dělohy u těhotných žen. Je produkován zejména buňkami ovariálních folikulů, žlutým tělískem, placentou a kůrou nadledvin.

Androgeny u žen pozitivně ovlivňují sexualitu, především zvyšují sexuální libido. Nejvýznamnějším androgenem je testosteron, který je u žen produkován v nadledvinkách (Vigué, 2006; Záhumenský, 2007).

Sexuální touha u žen je ovlivněna působením hormonů v průběhu menstruačního a ovariálního cyklu, působením hormonů v těhotenství a šestinedělí a také hormonálními změnami v klimakteriu. Každé z těchto období má svá specifika. Rozdíly v sexuálním cyklu těhotných a netěhotných žen nejsou až tak velké, fáze sexuálního cyklu zůstávají stejné, významnější rozdíl zaznamenáváme pouze ve větším žilním městnání u těhotných žen, které se postupně navyšuje v průběhu šestinedělí. Tradičně se průběh sexuálního aktu dělí na tyto fáze: excitace, plató, orgasmus a relaxace.

Při fázi *excitace* (vzrušení) se na počátku těhotenství výrazněji zduřují stydké pysky, malé stydké pysky se zvětšují až 3x. Později je vulva i v klidovém stavu tak zduřelá, že při sexuálním vzrušení už žádné změny nejsou rozpoznatelné. Dále se na začátku těhotenství ženám zvětšují prsy, což může být někdy vnímáno i bolestivě. Ke konci těhotenství změny velikostí prsů pozorovány nejsou (Weiss, 2010; Pastor, 2010).

Ve fázi *plató* není zaznamenán rozdíl oproti ženám, které nejsou těhotné. U multipar se v této fázi zvyšuje lubrikace poševních stěn. Každá žena vnímá *orgasmus* odlišně, někdy může být vnímán nepříjemně až bolestivě, což může vyvolávat obavy o plod a těhotenství, jiné ženy naopak tuto fázi sexuálního cyklu vnímají velice pozitivně a to díky uvolnění endorfinů v mozku, některé ženy jsou schopné dosáhnout více orgasmů během jednoho pohlavního styku. Ke konci těhotenství se během orgasmu mohou objevovat tonické kontrakce dělohy, které mohou trvat až 1 minutu. Na orgastické kontrakce, především tonického charakteru, může plod reagovat zpomalenou srdeční činností (Ratislavová, 2008; Weiss, 2010).

Ve fázi *relaxace* (uvolnění) pomalu dochází k ústupu cévního městnání, čímž nastává uvolnění. V těhotenství se může stát, že ústup cévního městnání nenastane,

a právě díky tomu jsou některé ženy schopné z této fáze prožít další orgasmus (Pastor, 2010; Weiss, 2010).

1. 1. 3 Vývoj sexuality

Dle Weisse (2010) je sexuální vývoj velmi složitý a komplexní proces, díky kterému se utváří základní lidské komponenty, a to pohlavní identifikace, sexuální preference a sexuální reaktivita.

Sigmund Freud chápal sexualitu jako vývojový proces, který rozdělil do pěti základních etap. Periodizace je založena na přesunu erotogenních částí těla, z nichž dítě získává potěšení při uspokojování sexuálního pudu. Na základě svých zkušeností z praxe Freud rozdělil sexuální vývoj jedince do následujících pěti fází:

Orální stádium je typické pro první rok života, kdy hlavním zdrojem potěšení je stimulace orální části těla, a to především při sání a strkání věcí do úst. Zhruba ve druhém a třetím roce je dítě ve *stádiu análním*. Dítě získává pudové uspokojení při stimulaci anální krajiny, především při vypuzování a zadržování exkrementů. *Falické stádium* (časné stadium genitální) je typické pro děti zhruba od čtyř let, zdrojem libosti je stimulace genitálu. *Stadium latence* je období, kdy dítě většinou nastupuje do školy, tedy zhruba kolem šestého roku života a na nějakou dobu emoční a sexuální potřeby ustupují do pozadí. Charakteristické pro období dospívání, tedy zhruba od dvanácti let, je *stádium genitální*. Jedná se o poslední stadium, kdy se zdroj libosti opět přesouvá na genitál, tato fáze je posledním stadiem před dospělostí (Langmeier, Krejčířová, 2006; Pastor, 2010).

Mezi základní determinanty psychosexuálního vývoje patří sexuální identifikace, sexuální role, sexuální preference a sexuální chování. *Sexuální identifikace*, neboli pohlavní identita, určuje, zda se jedinec považuje za muže či ženu. Pohlavní identita formuje postoj člověka ke svému vlastnímu tělu, k primárním a sekundárním pohlavním znakům a k sociálním rolím přisuzovaným danému pohlaví. Pohlavní

identita se navenek projevuje tzv. *pohlavní rolí*, která je utvářena díky kulturně - společenským vlivům (Weiss, 2010).

Sexuální preference, jinými slovy sexuální orientace, určuje, jakému pohlaví člověk věnuje svou sexuální náklonnost. Faktory, které určují vývoj sexuální preference, jsou pravděpodobně vrozené. Sexuální orientace může být buď heterosexuální, homosexuální nebo bisexuální (Šulová et al., 2011).

Sexuální chování je do jisté míry ovlivňováno minulostí, událostmi a zkušenostmi. Stejně tak je ovlivněn i způsob, jakým je sexuální chování prezentováno navenek. Vývoj sexuálního chování je závislý na rozvoji sexuálních emocí, k jejichž utváření dochází především v pubertě (Weiss, 2010).

1. 1. 4 Sexuální dysfunkce u žen

Weiss (2010) uvádí, že sexuální dysfunkce jsou poruchy sexuální výkonnosti, které snižují kvalitu života, a jejichž vinou mají ženy problémy nejen fyzické, ale i duševní. Sexuální dysfunkce u žen jsou rozděleny do několika kategorií: poruchy sexuální touhy, poruchy sexuálního vzrušení, poruchy orgasmu, poruchy spojené s bolestí a poruchy sexuální satisfakce (Pastor, 2010; Weiss, 2010).

V souvislosti s různými duševními a tělesnými potížemi se nejčastěji vyskytují *poruchy sexuální touhy*. Pokud žena trpí touto sexuální poruchou, musí se vyloučit souvislost s hormony, neboť nedostatek estrogenů (např. v menopauze) vede u některých žen k poklesu sexuálního zájmu. Snížená sexuální apetence může být spojena s různými onemocněními, jako jsou hypothyreóza, diabetes mellitus, nádory rodidel, nádory prsu, atd. S poruchou sexuální touhy souvisí i sexuální averze (odpor k sexu), což je vystupňování dlouhotrvajícího nízkého zájmu o sex (Vigué, 2006; Weiss, 2010).

Weiss (2010) popisuje poruchu *sexuálního vzrušení* jako přechodnou nebo trvalou poruchu dosažení či udržení vzrušení potřebného k dosažení sexuálního prožitku.

Hlavním problémem u těchto žen je, že nedokáží dostatečně uvolnit pochvu, a tím může dojít k vysušení poševní sliznice, což vede k obtížnému a často i bolestivému pohlavnímu styku. Příčinou mohou být nejen faktory psychologické, ale i tělesná onemocnění, která vedou ke snížení prokrvení v oblasti pochvy a klitorisu (Kratochvíl, 2008; Weiss, 2010).

Porucha orgasmu je porucha, při níž žena není schopna dosáhnout orgasmu při dostatečné sexuální stimulaci. Orgastické poruchy mohou být primární nebo sekundární. Primární anorgasmie je stav, kdy žena nedosáhla nikdy orgasmu při jakékoliv stimulaci. Naopak sekundární anorgasmie je porucha, při které už žena orgasmus prožila, ale nyní jej není schopna dosáhnout. Za sekundární anorgasmii se považuje i stav, kdy žena je schopna dosáhnout orgasmu pouze při masturbaci, nikoliv při pohlavním styku. Během orgasmu dochází k tonickým a klonickým stahům pánevního dna, někdy se může stát, že svalstvo není posílené, a tím pádem dochází k dalším obtížím spojeným s pohlavním stykem. Svaly pánevního dna se dají podle amerického gynekologa Arnolda Kegela posílit nácvikem stahů pánevního svalstva, kdy cílem cviků je zvýšení síly stahu poševního svalstva. Díky pevnému a plně funkčnímu poševnímu svalstvu mohou ženy při pohlavním styku úd v pochvě na chvíli zadržet a fixovat, tím se zvyšuje nejen sexuální prožitek u žen, ale i u jejich partnerů. Cviky na posílení svalů pánevního dna se nazývají podle autora cviky Kegelovy (Kratochvíl, 2008; Weiss, 2010).

Vaginismus a dyspareunie patří do skupiny poruch *spojených s bolestí*. Jak již z názvu vyplývá, jedná se o problémy související se sexuálním životem, které jsou mnohdy propojeny s dalšími gynekologickými onemocněními, jako je např. endometrióza. Ovšem ani dosažení orgasmu a uspokojivý průběh sexuálního vzrušení nemusí znamenat úplnou spokojenost s pohlavním stykem (Vigué, 2006; Weiss, 2010).

Jak uvádí Weiss (2010), *porucha sexuální satisfakce* patří mezi vzácné sexuální poruchy a je velmi nepříjemná. U žen dochází během orgasmu k negativním pocitům, které nemají za následek jen nespokojenost s pohlavním stykem, ale mohou být příčinou

dalších obtíží, jako jsou např. silné bolesti hlavy nebo různé vegetativní potíže, např. průjemy, zvracení, škytavka (Kratochvíl, 2008; Weiss, 2010).

1. 2 Těhotenství

Těhotenství je pro většinu žen jedno z nejdůležitějších období v životě, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Toto období trvá průměrně 10 lunárních měsíců po 28 dnech, což je 40 kalendářních týdnů. Těhotenství vzniká oplodněním vajíčka, ženské pohlavní buňky, spermií, pohlavní buňkou mužskou. Celkově období těhotenství je rozdělené do několika fází, a to: oplození, implantace, nidace a vývoj plodového vejce. Těhotenství končí porodem, kdy se z plodu stává novorozenec (Pařízek, 2015; Roztočil, 2008).

Těhotenství se rozděluje na tři trimestry. První trimestr je počítán do 12. týdne, druhý trimestr trvá od začátku 12. týdne do konce 27. týdne a třetí trimestr od 28. týdne těhotenství do porodu (Slezáková, 2011).

1. 2. 1 Somatické změny ovlivňující sexualitu v těhotenství

Při každém těhotenství dochází k nepřehlédnutelným změnám tělesných proporcí. Tělo se zakulacuje, vytváří se tukové zásoby, které se ukládají na lýtkách, stehnech, hýždích, břiše a prsou, tím pádem se začíná zvyšovat hmotnost těhotné ženy a mění se celkový vzhled. Následkem těchto změn se může žena cítit pro svého partnera nepřitažlivá a se svým sexuálním životem může být nespokojena (Weiss, 2010).

Největšími změnami během těhotenství prochází děloha, a to vlivem vysokých hladin sexuálních hormonů - těhotná děloha hypertrofuje a zvětšuje svou velikost, vyklenuje břicho a tím výrazně mění vzhled ženy. Celkově je těhotenství spojeno s hromaděním krve ve spodní polovině těla, a proto dochází k některým změnám na genitálu ženy. Městnání krve může způsobovat mírné zvětšování stydkých pysků, někdy dokonce dochází i ke vzniku křečových pletení na vnějších rodidlech. Vlivem nadměrně prokrvené dolní poloviny těla dochází k dalším změnám u pochvy, kdy poševní vchod je více prokrvený, což se později vyznačuje fialovým zbarvením. Dále pak pochvu ovlivňují hormony, a to zejména estrogen a relaxin, které mají opět

za následek zvýšené prosakování, jenž může zvýšit citlivost v oblasti poševního vchodu. Tyto změny mohou způsobit, že těhotná žena bude pohlavní styk vnímat mnohem intenzivněji, než v období před těhotenstvím (Hájek et al., 2014; Stoppard, 2007).

Změny, ke kterým dochází během těhotenství, se neobjevují pouze na genitálu, ale po celém těle, např. v oblasti prsů. Prsa prodělávají zásadní změnu ve svém tvaru i velikosti, dále se pak může v oblasti prsních dvorců vlivem zvýšené hladiny hormonů objevit výrazná pigmentace. Častokrát tyto změny mohou být nepříjemné, až bolestivé. Tyto obtíže je možné zmírnit správnou péčí o prsy, např. oblékáním vhodného prádla (Mikulandová, 2007).

1. 2. 2 Psychické změny ovlivňující sexualitu v těhotenství

Těhotenství je provázeno nejen somatickými, ale i psychickými změnami, a to i u žen s plánovaným či bezproblémovým těhotenstvím. A i u těch, které celé těhotenství vnímají pozitivně, mohou nastat opačné pocity. Období, kdy se žena stává matkou, je zároveň obdobím přehodnocování dosavadních hodnot (Stadelmann, 2009).

Faktorů, které ovlivňují psychiku žen v těhotenství, může být mnoho. Na začátku těhotenství mohou mít ženy obavy z toho, jakým způsobem přijme těhotenství nejen partner, ale i rodina, jak jim tuto informaci sdělit. V prvním trimestru mohou být zásadním problémem somatické změny, žena může mít pocit, že nemá své tělo pod kontrolou. Druhý trimestr je označován jako období klidu a harmonie, žena je s těhotenstvím smířena a začíná se těšit na příchod dítěte. Většinou ženy v tomto období vyhledávají ženy, které jsou také těhotné, nebo už mají děti, a vyměňují si zkušenosti. V tomto období začíná žena pociťovat pohyby dítěte a zahajuje prenatální komunikaci. Třetí trimestr je opět obdobím psychické rozladěnosti, kdy ženy řeší otázky ohledně porodu, jaký bude jeho průběh, jestli vše zvládnou, zda jsou připraveny být matkou. Ženy mohou prožívat ambivalentní pocity, někdy mohou mít až pocit strachu. Velikost břicha může vyvolávat pocity nepřitažlivosti a nesamostatnosti. Pro toto období je typické „stavění hnízda“, kdy žena buduje pro své dítě prostředí, ve kterém se bude cítit dobře (Ratislavová, 2008; Stoppard, 2007).

Celkově můžeme hlavní psychické změny v těhotenství rozdělit na benigní těhotenské encefalopatie, deprese a úzkosti. Tzv. benigní těhotenská encefalopatie se projevuje poruchami paměti, učení, soustředění a dezorientací, po šestinedělí se tyto poruchy spontánně upravují. Na vzniku depresí se podílejí jak faktory endokrinní, tak faktory psychosociální. Úzkosti mohou ženu provázet celým těhotenstvím, více se však objevují ke konci, především z obav ze zvládnutí výchovy dítěte (Weiss, 2010).

1. 2. 3 Sexuální aktivity v těhotenství

Navzdory obecné představě, že ženy v období těhotenství jejich sexuální touhy opouští, je opak pravdou. Mnohokrát je ženám pohlavní styk příjemnější než obvykle, většinou nejde jen o tělesné uspokojení, ale i o láskyplné spojení plné něhy a náklonnosti. I když jsou u jednotlivých párů výrazné rozdíly, ve všech třech trimestrech těhotenství platí obecný vzorec klesajícího, stoupajícího a opět klesajícího zájmu o sex (Stadelmann 2009; Tepperwein, 2014).

U fyziologického těhotenství je možný pohlavní styk po celou dobu, tedy pokud je to oběma partnerům příjemné. V prvním trimestru mohou ženu omezovat v praktikování sexuálních aktivit některé zdravotní problémy, které jsou spojené s těhotenstvím, např. nevolnost, únava nebo bolestivé a citlivé bradavky (Čepický, 2006; Ratislavová, 2008).

Weiss (2010) tvrdí, že jsou ženy, které mají naopak potřebu pohlavního styku vyšší než před těhotenstvím, a to díky překrvené pánvi, zároveň mohou více a intenzivněji prožívat sexuální stimuly, a to právě díky měštnání krve v oblasti genitálu. Naopak se může stát, že díky zvýšené hladině progesteronu a prolaktinu, některé ženy mají minimální potřebu sexu, dokonce jim pohlavní styk může být až nepříjemný, a právě v tomto období je celkově sexuální touha, prožitek a frekvence orgasmů významně omezena. Na druhou stranu Ratislavová (2008) uvádí, že někdy ženy právě díky intenzivnějšímu prožívání sexuálních stimulů mohou prožívat i několikanásobné orgasmy.

Také autoři Hooper (2006) a Pastor (2007) se shodují, že u těhotných žen není narušena schopnost dosáhnout orgasmu, dokonce jsou i ženy, které prožijí v těhotenství svůj první orgasmus. Pohlavní styk není nebezpečný pro matku ani plod, pokud jsou dodržovány hygienické požadavky. Stejně tak orální sex a další nekoitální aktivity jsou během těhotenství vhodné, dokonce někdy mohou být jakousi alternativou, pokud je pohlavní styk z nějakého důvodu během těhotenství kontraindikován (Pastor, 2007).

1. 2. 4 Koitální a nekoitální praktiky v těhotenství

Mnoho lidí se domnívá, že v období těhotenství se musí partneři ve svých sexuálních hrátkách omezit, což není tak docela pravda, ženu a muže by od milování nemělo odradit ani rostoucí břicho, které bude postupem času čím dál větší překážkou. Naopak by to partnery mělo motivovat k experimentování s různými polohami, které jim oběma budou příjemné. K vhodným koitálním polohám v těhotenství mohou patřit:

- Žena ležící na zádech, nohy má pokrčené a kolena od sebe. Muž naléhá mezi stehny partnerky v pokleku a svou váhu přenáší na ruce, o které se opírá tak, aby zabránil tlaku na břicho.
- Žena sedí obkročmo na partnerovi, který leží na zádech. V této poloze si žena sama ovlivňuje hloubku průniku penisu do pochvy. Žena může být otočena k partnerovi čelem nebo zády.
- Oba partneři stojí, žena, která je zády k partnerovi, je mírně předkloněná. Partner může držet ženu v pase nebo ji hladit po zádech. Při této poloze si opět žena sama reguluje frekvenci, intenzitu a hloubku průniku penisu.
- Žena klečí na všech čtyřech, lokty se opírá o navršené polštáře. Muž do ženy vstupuje zezadu a opět ji může držet v pase nebo ji masírovat či hladit na zádech.
- Partneři leží vedle sebe na stejném boku a muž do ní vstupuje zezadu. Partner při této poloze může ženě rukou stimulovat klitoris, a tím milování ještě více zpříjemnit.

- Poloha, kdy muž leží na boku a žena těsně vedle něj na zádech. Partnerčiny nohy jsou přehozené přes partnerovo tělo. Díky této poloze se mohou partneři při milování dívat navzájem do očí. Přímý kontakt z očí do očí může na někoho působit jako afrodisiakum.
- Při poloze, kdy muž sedí, mohou partneři zvolit buď kraj postele nebo židli. Žena sedí na partnerovi, zády k němu. V této poloze si opět žena může zvolit své tempo, které jí vyhovuje.
- I při další poloze mohou opět partneři využít kraj postele, a to tak, že žena, která leží na okraji, má nohy volně spuštěné na zem. Muž, který klečí na zemi mezi stehny partnerky, může při milování ženě hladit řadra, což může opět způsobovat ženě větší rozkoš (Pařízek, 2015). Všechny výše zmíněné polohy jsou součástí příloh (viz příloha 1).

Nekoitální aktivity jako mazlení, dotýkání se, líbání nebo vzájemné masáže nemusí sloužit pouze k uspokojování fyzických potřeb, ale mohou mít i dobrý vliv na upevňování partnerského pouta. Právě v tomto období mají partneři možnost objevovat nové možnosti a sledovat reakce svého těla. K nekoitálním aktivitám samozřejmě patří i orální sex, který není v těhotenství zakázán, dokonce ve třetím trimestru, kdy mají těhotné ženy silně prokrvenou vulvu, mohou vnímat dráždění klitorisu, buď prsty nebo jazykem, mnohem intenzivněji, a díky tomu mohou snadněji dosáhnout orgasmu (Stadelmann, 2009; Pařízek, 2015).

1. 2. 5 Kontraindikace pohlavního styku v těhotenství

Jak již bylo zmíněno výše, žena s fyziologickým průběhem těhotenství nemusí být nijak omezovaná v sexuální aktivitě, pokud je jí to příjemné. Mnoho párů se mylně domnívá, že během pohlavního styku mohou plod poškodit, což není pravda, protože plod je chráněn plodovými obaly a později ještě plodovou vodou, tudíž nehrozí riziko potratu mechanickou traumatizací. Ačkoliv není všeobecně platné, že pohlavní styk předčasně vyvolává porod, je zde jisté riziko, které je s tím spjato. Nejčastějšími

příčinami předčasného porodu způsobeného pohlavním stykem by mohly být: kontrakce způsobené orgasmem, působení prostaglandinů v ejakulátu a infekce. Právě infekce je nejčastější příčinou vyvolávající předčasný porod. Při pohlavním styku je zvýšené riziko přenosu bakterií, jako jsou *Chlamydia trachomatis* a *Mycoplasma hominis*, proto je doporučováno těhotným ženám při pohlavním styku s novým partnerem používat kondom (Weiss, 2010).

Během těhotenství však může dojít k situacím, kdy je pohlavní styk kontraindikován. Jedná se především o vaginální krvácení, placentu praevia, předčasnou dilataci děložního hrdla, odtok plodové vody, předčasný porod v anamnéze, předčasnou děložní aktivitu, akutní projevy vaginálního zánětu, dekompenzaci přidružených chorob v těhotenství, obavu těhotné ženy z pohlavního styku (Weiss, 2010).

1. 2. 6 Sexualita v těhotenství z pohledu partnera

Pohledy mužů na těhotné ženy se ohledně sexuality velmi liší. Někteří muži přestávají mít zájem o sex z důvodu obav o ženu a plod, jiní mohou partnerky shledávat jako nepřítazlivé z důvodu zvětšených tělesných proporcí. Pokud tento problém nastane, měli by partneři být schopni o tom spolu komunikovat a snažit se jej společně řešit.

Jak uvádí Ratislavová (2008), muži si s příchodem těhotenství uvědomují, že se jejich život od základu změní, uvědomují si, že se od nich očekává, že se o matku i dítě postarají, a může se stát, že na toto muž ještě není připravený, častokrát partnerovu reakci ovlivňuje např. ekonomická a rodinná situace. V období těhotenství je většina pozornosti věnována matce a plodu, což může způsobovat, že se muž cítí odstrčený a prožívá až pocity žárlivosti. Proto je dobré s partnerem komunikovat a snažit se jej zapojovat do aktivit, jako jsou např. předporodní kurzy nebo ultrazvuková vyšetření (Ratislavová, 2008).

Jak již bylo uvedeno výše, jednou ze společných aktivit partnerů může být návštěva předporodního kurzu, kde se mohou společně připravit na konkrétní situace,

např. nácvik společného dýchání při porodu, nácvik uvolňovacích poloh a techniky, které jim budou velmi prospěšné při samotném porodu (Bašková, 2015).

Zhruba u 10 % až 35 % mužů se během těhotenství partnerky projeví tzv. Couvade syndrom (z francouzštiny: *couver* – hnízdit). Jedná se o různé symptomy, jež postihují muže těhotných žen. Muži, trpící tímto syndromem, mají problémy s bolestmi zubů, nauzeou, zvracením, průjmami, mohou přibývat na váze, atd. Dokonce se Couvade syndrom může projevit i během porodu, kdy partneři pociťují bolesti v oblasti břicha (Ratislavová, 2008; Weiss 2010).

1. 3 Porod

„Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu matky“ (Roztočil, 2008, s. 109).

Vlastní porod probíhá ve třech fázích (dobách). První dobou porodní začíná samotný porod. Začínají pravidelné děložní kontrakce, které mají vliv na rozevírání a zánik děložního čípku. Zánikem děložního čípku vzniká děložní branka, která se postupně rozvíjí. První doba porodní končí tím, kdy porodnická branka již není hmatná. Během druhé doby porodní dochází tedy po úplném zániku branky k porodu dítěte. Třetí doba porodní začíná porozením dítěte a končí odloučením a vypuzením placenty. Někteří autoři uvádějí i čtvrtou dobu porodní, kterou jiní označují termínem „doba poporodní“ (Pařízek, 2015; Roztočil, 2008).

1. 3. 1 Psychologie porodu

Odent (2013) uvádí, že samotný proces porodu lze srovnat s procesem milování a prožitím orgasmu, a to hlavně díky vyplavování hormonu oxytocinu v obou dvou případech. Stejně tak popisuje, že při milování a porodu by měli být zachované stejné podmínky, aby se nenarušil fyziologicky probíhající proces. Vhodnými podmínkami myslí především ticho, tmu, teplo a bezpečí. Jakým způsobem se žena s porodem, jakožto náročnou životní situací vypořádá, záleží na její osobnosti, vrozených vlastnostech i získaných zkušenostech, aktuálním stavu organismu i sociální skutečnosti. Každou ženu je nutno posuzovat individuálně, každá žena má jinou schopnost zvládat zátěž. Převážná většina žen zvládá tuto situaci s vypětím nebo krajním vypětím sil, proto se často můžeme setkat s neadekvátním chováním,

i s obrannými psychickými mechanismy. Obranné psychické mechanismy jsou důležité při řešení různých rozporů a při vyrovnávání se se zkušenostmi, které jsou neslučitelné se sebepojetím dané osobnosti (Ratislavová, 2008).

Zvládnutí porodu jako náročné krizové situace je důležité pro formování osobnosti každé ženy. Pokud má žena pocit, že porod zvládla podle svých představ, může pro ni být porod zdrojem uspokojení, hrdosti, zdravého sebevědomí a sebedůvěry. Naopak, pokud má žena pocit, že selhala, dochází k rozporům v sebepojetí (Ratislavová, 2008).

Jak uvádí Stadlmayr (2006), celkové vnímání porodu může ovlivnit i zdravotnický tým. Výzkumy dokázaly, že nemístné poznámky ze strany zdravotnického personálu si rodičky pamatují i několik let po porodu, což negativně ovlivňuje ženiny vzpomínky.

V poslední době přibývá žen, které se chtějí porodu aktivně účastnit, vytváří si svou vlastní představu porodu a chtějí ji naplnit. Většinou to jsou ženy, které navštěvovaly předporodní psychoprofylaktickou přípravu, nebo ženy, které již mají s porodem zkušenosti (Ratislavová, 2008; Bryanton, 2008).

Často ženy přicházejí s porodním plánem, který si sestaví na základě svých přání a požadavků. S porodním plánem by ženám měli pomáhat porodní asistentky, neboť napsání správného porodního plánu není vůbec snadné. Porodní plán by měl být vypracován tak, aby v případě potíží nebyl dogmatem, které by ohrožovalo zdraví rodičky nebo plodu. Proto by každá část porodu měla mít několik alternativních řešení, neboť nikdo nedokáže průběh porodu dopředu předvídat a zaručit, že vše proběhne bez komplikací (Pařízek, 2015; Ratislavová, 2008).

Dokonce jsou i ženy, které přijdou s přáním „orgasmického porodu“. Na orgasmický porod se žena musí připravovat během celého těhotenství a prakticky se jedná o to, že žena při narození dítěte cítí orgasmické stahy a vyvrcholení. O orgasmickém porodu mluvíme v případech, kdy žena vzpomíná na porod s radostí, kdy porod prožila po citové i fyzické stránce příjemně (Davis, Pascali – Bonaro, 2014).

1. 3. 2 Podpora rodičky při porodu

Přítomnost partnera u porodu nebyla dříve samozřejmou záležitostí. První zmínky o partnerech u porodu jsou v Československu až v roce 1984. Zpočátku nebyly ohlasy kladné, teprve po roce 1989, kdy se změnil vztah lékař - pacient, se změnilo i stanovisko. Jak uvádí Roztočil (2008), v dnešní době dosahuje počet otců přítomných u porodu přibližně 90 %. Partner během porodu může být pro ženu velkou oporou, samozřejmě pokud jsou oba rozhodnutí o jeho přítomnosti na sále (Delahaye, 2006; Ratislavová, 2008).

Jsou ale i záporné stránky přítomnosti otce u porodu, mezi které patří fakt, že pokud byl partner k přítomnosti u porodu donucen, nemusí jej zvládnout po psychické nebo i fyzické stránce. Negativní zážitek, který získá, se může projevit ve vztahu k partnerce, zejména v sexuální oblasti (Bašková, 2015; Repková, 2008).

Při porodu ženu nemusí doprovázet jen otec dítěte, ale také matka rodičky, sestra, nejlepší kamarádka či dula. Každý, kdo je rodičce oporou, je vítaný. Pokud si rodička přeje mít u porodu dula, je důležité, aby věděla, že dula nesmí zasahovat do kompetencí porodních asistentek a lékařů. Dula o ženu může pečovat během celého porodu, uklidňovat ji, zpříjemňovat atmosféru, radit rodičce, ovšem vždy by se měla radit se zdravotnickým týmem, neboť ten nese za rodičku zodpovědnost. Dula nese při porodu zodpovědnost pouze morální. Pozitivní podpora rodičky má nejen vliv na lepší průběh porodu, ale má také pozitivní vliv na dobu kojení (Stadelmann, 2009; Ratislavová, 2008).

1. 3. 3 Psychologický přístup porodní asistentky k rodící ženě

Ke každému člověku bychom měli přistupovat s respektem, tolerancí a empatií, zvláště pak to platí u rodící ženy, která je přecitlivělá a plná emocí. Na porodním sále je důležité s ženou komunikovat, vyslechnout si její přání a představy, které o porodu má, přesvědčit ji o tom, že má v porodní asistentce oporu, a že jí může důvěřovat. Porodní

asistentka by se měla snažit splnit přání, která rodička má. Někdy se však stává, že z důvodů komplikací se musí zvolit jiný postup porodu, než si žena přála, a v tom případě by se porodní asistentka měla pomocí nedirektivních technik s ženou domluvit na jiném postupu. Porodní asistentka by měla být oporou nejen pro ženu, ale i pro partnera, který ženu doprovází, měla by jim zajistit klidnou a tichou atmosféru, aby se žena cítila co nejlépe. Může se stát, že na porodním sále bude žena, která má pasivní přístup. V tom případě musí porodní asistentka využít všech dostupných psychologických prostředků tak, aby si žena nenesla psychické následky z porodu po zbytek života (Dick- Read, 2013; Ratislavová, 2008).

Bryanton (2008) popisuje, že porodní asistentka, stejně tak jako celý zdravotnický tým, může přispět ke zlepšení porodnictví tím, že bude více vnímavá k postojům, signálům a pocitům rodičky, které během porodu žena projeví. Vhodné by bylo si uvědomit, jak přistupovat během porodu k ženám, které mohou trpět velkou emoční zranitelností a podle toho přizpůsobovat své jednání a chování.

1. 4 Šestinedělí

Šestinedělí, neboli puerperium, je období, které žena prožívá zhruba šest týdnů po porodu. A během nichž se organismus matky dostává do stavu před otěhotněním. Hojí se porodní poranění a zároveň dochází k aktivní činnosti v mléčných žlázách a nastává laktace. Většina změn, které vznikly během těhotenství nebo porodu, v šestinedělí vymizí, ovšem některé, jako např. trhlinky na děložním hrdle nebo strie na kůži, jsou trvalé, nevratné (Pařízek, 2015).

1. 4. 1 Somatické a psychické změny s možným vlivem na sexualitu

Největšími změnami prochází děloha, kdy se po porodu každým dnem zmenšuje zpět na svou původní váhu, tj. přibližně 70g. Po porodu děloha svým horním okrajem zasahuje až k pupku, ale během deseti dní by měl její horní okraj sestoupit do malé pánve tak, že děloha nebude skrz břišní stěnu hmatná. Zavínování dělohy je způsobeno tzv. poporodními stahy, které jsou většinou silnější během kojení a mnohdy jsou bolestivější u vícerodiček. Hrdlo děložní se do svého původního válcovitého tvaru vrací už třetí den po porodu. Pánevní dno, které také během porodu prodělává razantní změny, je silně prostoupeno nervy, které mohou být během porodu poškozeny. Poškozením těchto nervů v kombinaci s poškozením svalů a vazů pánevního dna může dojít k dalším zdravotním komplikacím, např. k močové inkontinenci (Hollá, 2008; Pařízek, 2015).

V období po porodu může být ženská sexuální touha dlouhodobě snížena, v některých případech dochází i k její absenci. Hlavní příčinou jsou prudké hormonální změny, a to především zvýšená hladina hormonu prolaktinu, který celkově snižuje sexuální touhu. K zahájení sexuálního života je zapotřebí, aby byla správně zahojena všechna porodní poranění. Některé ženy uvádějí, že po porodu mají problém se zvlhčením poševní sliznice nebo s její pružností. Všechny tyto problémy jsou většinou krátkodobého rázu a jsou poměrně dobře řešitelné. K lepšímu zvlhčení poševní

sliznice mohou pomoci různé lubrikační gely, které se dají zakoupit v drogeriích nebo lékárnách. Za pružnost pochvy je do určité míry zodpovědné pánevní svalstvo, které může být po porodu ochablé, jak již bylo uvedeno výše. Pánevní svalstvo lze posílit cviky, které mohou zlepšit i kvalitu pohlavního styku (Hollá, 2008; Pařízek, 2015).

Sexualitu žen po porodu ve velké míře ovlivňují porodní poranění. K nejčastějším porodním poraněním patří trhliny, ty se mohou utvořit během porodu na děložním hrdle, pochvě a vulvě, ovšem nejčastěji dochází k trhlinám na hrázi. Ruptury postihují obvykle všechny vrstvy hráze, tedy kůži, podkoží, svalstvo, dokonce může být poškozen i musculus levator ani nebo část pochvy. K porodnímu poranění patří také epiziotomie, tedy nástřih hráze, který se provádí právě z důvodu prevence velkých trhin (Hájek et al., 2014).

Důležité je, aby ženy v šestinedělí o tato poranění správně pečovaly, musí být od porodní asistentky poučeny o důležitosti hygieny. Vhodnější je sprchování než sedací koupele, genitál je nutno řádně omývat. Dále je důležitá pravidelná výměna vložek a kontrolování poranění. Pokud by docházelo k otokům, je možné hojící se hráz chladit (Koudelková, 2013; Mikulandová, 2007; Leifer, 2008).

Ke změnám, které ovlivňují sexualitu žen po porodu, nedochází jen po somatické stránce, ale i po stránce psychické. Na psychické zátěži ženy v období šestinedělí se podílí dva faktory. Prvním je ten, že si žena musí zvykat na novou roli matky a tím druhým faktorem jsou hormonální změny, které prožívá každá žena po porodu. Během prvních 72 hodin po porodu a odchodu placenty klesá hladina progesteronu a estrogeneru. Naopak, díky kojení, se z hypofýzy do krevního oběhu dostává prolaktin a oxytocin. Psychické poruchy u žen po porodu nejsou ničím neobvyklým, proto by každý gynekolog i porodní asistentka na oddělení šestinedělí měli myslet na možnost jejich výskytu a znát rizikové faktory duševních poruch (Ratislavová, 2008).

Poporodní deprese patří mezi vůbec nejčastější postnatální komplikace s prevalencí 10 – 19 %. Tato bývá spojena s vysokou mateřskou a kojeneckou úmrtností. Větší riziko poporodní deprese hrozí u žen, které se již v minulosti s depresemi léčily.

Deprese se ale mohou objevit i u žen, které prožívají těžkou životní situaci, např. při partnerském nesouladu, finančních problémech v rodině, atd. Projevy poporodní deprese zpravidla nastupují mezi 4. týdnem až 6. měsícem po porodu. Mezi její hlavní příznaky patří pokleslá nebo smutná nálada a pokles zájmu nebo úbytek příjemných prožitků. Poporodní deprese by neměla být zaměňována s fyziologickým zármutkem („baby blues“), který zpravidla odeznívá do 6 měsíce. Poporodní blues („baby blues“) je tak častá poporodní komplikace, že se někdy považuje za součást normální reakce na porod. Zpravidla se projevuje u žen kolem 3. až 6. dne po porodu. Projevuje se labilitou nálady, podrážděností, úzkostí, plačtivostí, zmateností, unaveností a neklidem (Takács et al., 2015).

Někdy se k psychickým problémům mohou připojit i problémy somatické, jako např. bolesti zad, hlavy nebo snížená chuť k jídlu. Příčina této poruchy není známa, většinou nevyžaduje terapii a po čase odezní sama. Je vhodné, aby žena byla poučena porodní asistentkou ještě před porodem a pokud potíže neodezní do 14 dní od porodu, měla by vyhledat odbornou pomoc (Takács et al., 2015).

1. 4. 2 Sex po porodu

Sexualita u žen po porodu je ovlivněna mnoha biopsychosociálními i kulturními faktory. Sexuální život bývá většinou obnoven za 4 až 6 týdnů po porodu, ovšem záleží na samotné ženě, jak se cítí připravená. Podle výsledků některých studií dochází u žen, které kojí k pozdějšímu zahájení sexuálního života než u žen nekojících. Hlavním důvodem je zvýšená hladina prolaktinu (Bühling et al., 2006; Ratislavová, 2008).

Mezi další příčinu sexuální apatence do jisté míry patří i způsob průběhu a vedení porodu a s tím i související porodní poranění. Je prokázáno, že ženy po operativních porodech mají větší problémy při pohlavním styku než ženy, které měly rozsáhlé poranění hráze nebo jim byla provedena epiziotomie.

Za sexuální dysfunkce jsou považovány ty stavy, při kterých je narušena jedna nebo více fází reakčního sexuálního cyklu. Jak uvádí Ratislavová (2008), poporodní

sexuální dysfunkce se mohou dělit podle příčin na psychické (únava, deprese), situační (strach z probuzení dítěte), mutilace rodidel (špatné hojení porodního poranění) a vztahové příčiny (nesplněná očekávání partnera, emoční krize ve vztahu).

Pro dobré fungování partnerského vztahu je důležitá komunikace, partneři by si měli o problémech otevřeně promluvit. Mnoho žen potřebuje psychickou podporu, neboť nejsou vnitřně spokojeny se svým nynějším vzhledem (nastřížená hráz, nárůst váhy). Pokud se žena necítí připravena na pohlavní styk jako takový, jsou vhodné jiné aktivity jako dotyky, mazlení, polibky nebo objetí. Vždy je však důležité, aby se partneři dohodli a sexuální aktivity nekoitální nebo koitální jim byly oběma příjemné. Partneři by neměli dopustit, aby možný přechodný nesoulad v pohlavním životě negativně ovlivnil jinak dobře fungující vztah (Abdool, et al., 2009; Ratislavová, 2008).

1. 4. 3 Sexualita v šestinedělí z pohledu partnera

Pevné partnerské pouto a emoční stabilita v rodině jsou pravděpodobně nejdůležitějšími faktory ovlivňujícími ženskou psychiku. Partner je brán jako největší opora ženy během celého těhotenství, porodu a šestinedělí. Ale i muži potřebují vědět, že tu pro ně někdo je. A právě v těchto případech může docházet k problémům, kdy ženy jako matky mnohdy své partnery opomíjejí, neboť veškerý čas a energii věnují péči o dítě. I když nedostatek pozornosti vůči partnerovi není záměrný, může u mužů vyvolat pocity méněcennosti, které mohou vést k partnerským neshodám (Ratislavová, 2008).

V těchto případech lze využít sexuální terapii. Jeden ze základních předpokladů pro dobré fungování partnerského vztahu je oboustranně konzumovaný sex, tj. takový, který je pro oba partnery bez výhrad příjemný. Pokud problémy partnerky přetrvávají, lze využít i jednosměrný sex, tzn., pokud žena z jakéhokoliv důvodu nechce nebo nemůže mít orgasmus, může uspokojit svého partnera jiným, pro ni přijatelným způsobem. V případech, kdy i jednosměrný sex je pro ženu nepřijatelný, stresující,

by se do těchto aktivit neměla nutit nebo být nucena, a to z důvodu možných budoucích problémů v intimním životě partnerů. Nemělo by se stát, aby současný sexuální nesoulad pokazil celý partnerský vztah (Dallaire, 2009; Pařízek, 2015).

V některých partnerských vztazích nastávají problémy v sexuálním životě poté, kdy byli muži přítomni u porodu. Muž na určitou dobu přestane pociťovat sexuální touhu po své partnerce, neboť ji vnímá stále jako rodičku a ne jako milenku. Tento jev některé prameny uvádějí jako tzv. *Madonin komplex* (Hollá, 2011).

1. 5 Role porodní asistentky v oblasti sexuality

Porodní asistentka je v dnešní době uznávaná jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který spolupracuje se ženou, poskytuje jí potřebnou podporu, odbornou péči a radu nejen během těhotenství a porodu, ale může ji provázet i dalšími životními etapami. Tato práce může zahrnovat nejen přípravu páru na rodičovství, předporodní přípravu, péči o dítě, ale také poskytování odborné pomoci v oblasti sexuálního nebo reprodukčního zdraví. Porodní asistentka nemusí spolupracovat pouze se ženou, ale i s celou její rodinou či komunitou. V rámci své práce se zajímá o ženu jako o osobu, ne pouze jako o pacientku. Měla by se ženou navázat spíše partnerský vztah na bázi vzájemné úcty, respektu a porozumění. Přístup k ženě by měl být komplexní, tzn. zahrnovat oblast jak biologickou, psychickou, tak i oblast sociální a spirituální (Ratislavová, 2008; Urbanová 2010).

Ženy se nejčastěji setkávají s porodní asistentkou v prenatální poradně. Právě v období těhotenství by měla porodní asistentka díky svým znalostem a dovednostem pomáhat těhotné ženě zvládat psychickou zátěž a zároveň se snažit stabilizovat její psychickou nevyváženost, která je v tomto období vlivem hormonům velice častá. V předporodních kurzech je porodní asistentka psychickou oporou a edukátorkou, a to nejen těhotné ženě, ale i jejímu partnerovi. U každé ženy nebo páru by měla mít vytvořený svůj edukační plán, který individualizuje na základě bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb (Eliášová, 2008; Urbanová 2010).

Jak uvádí Šulistová (2012), během edukace v oblasti sexuálního nebo reprodukčního zdraví je vhodné zvolit klidné místo, kde se budou edukanti, v tomto případě partneři, cítit pohodlně, bezpečně a nebudou mít zábrany při pokládání otázek edukátorovi (porodní asistentce). Pro správnou edukaci je důležité, aby edukátor působil sebejistým a uvolněným dojmem. K tomu právě napomáhá schopnost vedení otevřené a správné komunikace, neboť porodní asistentka se často při své práci zabývá velmi citlivými tématy a intimními záležitostmi. Z tohoto důvodu je vhodné,

aby mezi sebou měly žena a porodní asistentka důvěrný vztah a dokázaly společně komunikovat bez zábran (Špatenková, 2011).

Porodní asistentka nepůsobí pouze jako edukátorka a komunikátorka, ale také jako poradkyně a samozřejmě má velmi důležitou roli i v ošetrovatelské profesi. Všechny tyto role by měla zvládnout nejen po odborné stránce, ale také s velkou dávkou empatie, respektu a porozumění (Kutnohorská, 2007).

Jak již bylo zmíněno výše, porodní asistentka poskytuje ženám svou odbornou pomoc i v oblasti sexuality. Zde svou roli zaujímá nejčastěji jako edukátorka. Edukuje ženy o nutnosti dodržování hygieny, o možných kontraindikacích pohlavního styku v těhotenství, může doporučit vhodné milostné polohy v pokročilejším stadiu těhotenství nebo jak předcházet různým problémům při zahájení sexu po porodu, atd. Je však důležité, aby si porodní asistentka svým odborným a empatickým přístupem získala důvěru ženy, neboť sexualita je velmi citlivé a intimní téma pro každého z nás (Ratislavová, 2008).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2. 1 Cíle práce

1. Zjistit, zda jsou ženy seznámené se sexuálním životem v období těhotenství.
2. Zjistit, zda jsou ženy seznámené s problematikou sexuality po porodu.
3. Zjistit jakým způsobem jsou ženy edukovány o sexuálním životě v těhotenství a po porodu.

2. 2 Výzkumné otázky

1. Jak jsou ženy informovány o sexuálním v životě v těhotenství?
2. Jak jsou ženy informovány o sexuálním životě po porodu?
3. Z jakých zdrojů čerpají ženy informace o sexuálním životě v těhotenství a po porodu?

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky

K provedení výzkumné části bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů se ženami do jednoho roku po porodu (Švaříček, Šedřová 2010).

Rozhovory byly uskutečněny po předchozí domluvě a se souhlasem žen. Respondentky byly seznámeny s tématem bakalářské práce a zároveň byly ujištěny o využití získaných dat pouze pro bakalářskou práci se zřetelem na zachování anonymity. Všechny ženy, které se výzkumu účastnily, podepsaly informovaný souhlas. Všechny informované souhlasy jsou k dispozici u autorky. Výzkum probíhal se ženami v jejich domácím prostředí v průběhu měsíce února 2016.

Šetření bylo prováděno u žen, které byly do roku po porodu. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 8 žen, neboť došlo již k teoretické nasycenosti vzorku, tedy situace, kdy se odpovědi respondentek již shodovaly (Dismann, 2011).

Rozhovor obsahoval 10 otevřených otázek, podle potřeb byly ženám navíc kladeny doplňující otázky. Jednotlivé respondentky byly v rámci zachování anonymity očíslovány. Na jednotlivá čísla je odkazováno v textu, např. R1 (respondentka s číslem 1). Rozhovory byly poté doslovně přepsány. Byla provedena analýza metodou kódování v ruce neboli papír a tužka. Jednotlivé odpovědi respondentek byly označeny konkrétními kódy, které byly následně zařazeny pod jednotlivé kategorie (Švaříček, Šedřová 2010).

Jednotlivé kategorie a podkategorie jsou zpracovány do přehledných tabulek. V popisu výsledků byly použity přímé výpovědi respondentek ze získaných rozhovorů. Přímé výpovědi jsou pro lepší přehlednost označeny kurzívou.

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentek

Respondentka	Věk	Vzdělání	Profese	Počet těhotenství	Počet porodů
R1	22	SŠ	Administrativní pracovnice	1	1
R2	31	VŠ	Všeobecná sestra	2	2
R3	29	VŠ	Psycholog	1	1
R4	30	Vyučena	Vedoucí směny	2	2
R5	23	SŠ	Studentka, nyní MD	1	1
R6	30	VŠ	Asistentka ředitele	2	2
R7	32	SŠ	OSVČ	3	2
R8	26	SŠ	OSVČ	1	1

Výzkumný soubor tvořilo 8 žen v období 1 roku po porodu (viz tabulka 1). Všechny oslovené ženy dobrovolně souhlasily s účastí na výzkumu a podepsaly informovaný souhlas. Výzkum probíhal se ženami v jejich domácím prostředí v průběhu měsíce února 2016. Ženy pocházely z okresů Praha, Tábor a České Budějovice. Ženy mají různé vzdělání a profese. Věk žen byl v rozmezí 22 - 33 let. Šest respondentek rodilo poprvé a dvě respondentky rodily podruhé.

Respondentce 1 je 22 let. Absolvovala střední školu a před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako administrativní pracovnice. Byla poprvé těhotná a poprvé rodila. Těhotenství plánované nebylo, protože otěhotněla i přes hormonální

antikoncepci během svého studia na střední škole. Nyní na mateřské dovolené studuje dálkově vysokou školu.

Respondentce 2 je 31 let, vystudovala vysokou školu. Před otěhotněním pracovala jako všeobecná sestra v nemocnici. Druhé těhotenství a druhý porod byl plánovaný. O otěhotnění se s manželem nepokoušeli dlouho, úspěšný byl již první pokus.

Respondentce 3 je 29 let. Vystudovala vysokou školu a před nástupem na mateřskou dovolenou působila jako psycholožka. Žena byla poprvé těhotná a poprvé rodila. O otěhotnění se s partnerem pokoušeli jeden měsíc.

Respondentce 4 je 30 let a je vyučena, několik let před mateřskou dovolenou pracovala jako vedoucí směny v obchodě se sportovním oblečením. Tato respondentka byla podruhé těhotná a podruhé rodila, nyní se snaží o třetí těhotenství. O těhotenství se s manželem snažili přes půl roku.

Respondentce 5 je 23 let, absolvovala střední školu a začala studovat vysokou školu v oboru Porodní asistentka, nyní je na mateřské dovolené. Žena byla poprvé těhotná a poprvé rodila. Těhotenství nebylo plánované.

Respondentce 6 je 30 let. Vystudovala vysokou školu a pracovala několik let jako asistentka ředitele ve firmě. Žena byla podruhé těhotná a podruhé rodila. O těhotenství se s partnerem pokoušeli dva roky.

Respondentce 7 je 32 let, absolvovala střední školu a před těhotenstvím se živila jako kosmetička, OSVČ. Žena byla potřetí těhotná, ale rodila podruhé. Těhotenství bylo plánované.

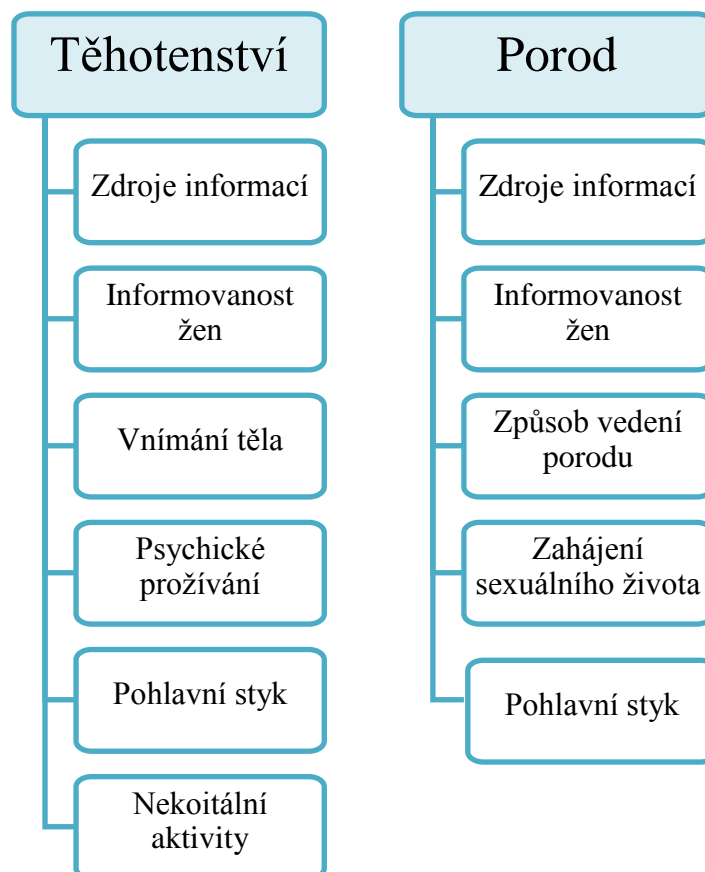
Respondentce 8 je 26 let, po střední škole začala podnikat a živí se jako OSVČ. Žena byla poprvé těhotná a poprvé rodila. S manželem se snažili o otěhotnění osm měsíců.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Kategorizace dat

Na základě výsledků výzkumného šetření byly stanoveny dvě hlavní významové kategorie a jejich podkategorie (viz Schéma 1). Hlavní významová kategorie Těhotenství má šest podkategorií – Zdroje informací, Informovanost žen, Vnímání těla, Psychické prožívání, Pohlavní styk a Nekoitální aktivity. Druhá hlavní významová kategorie Porod obsahuje pět podkapitol – Zdroje informací, Informovanost žen, Způsob vedení porodu, Zahájení sexuálního života a Pohlavní styk.

Schéma 1 Hlavní kategorie a podkategorie

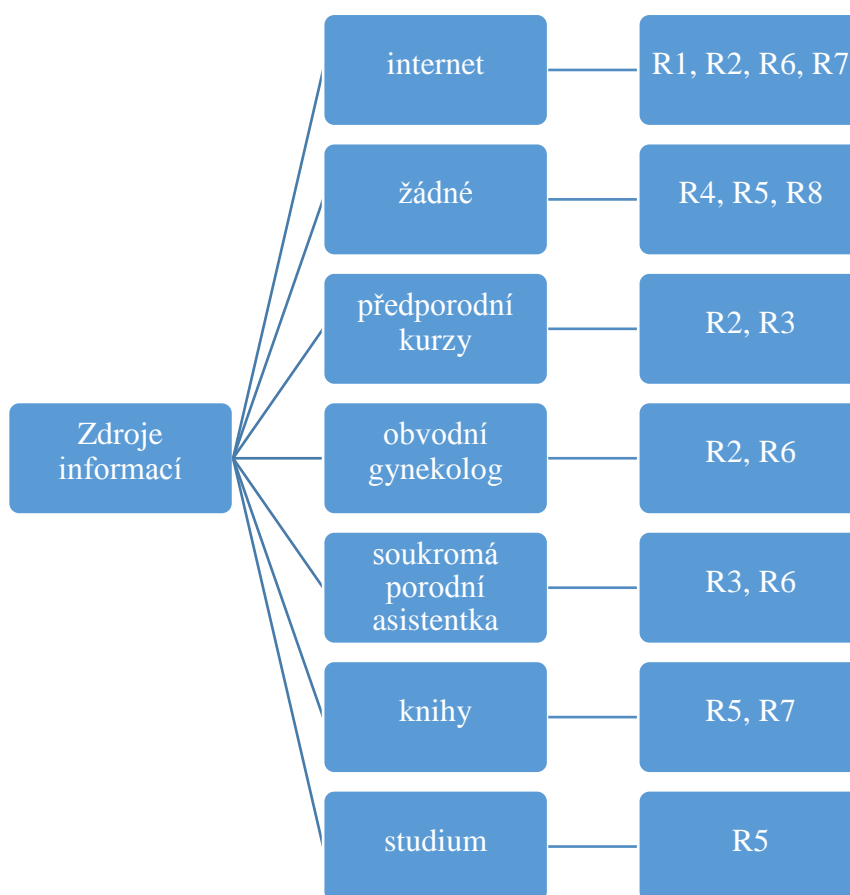


Kategorie 1 Těhotenství

Kategorie Těhotenství obsahuje šest podkategorií, které se jsou zaměřeny na to, jak a jakým způsobem ženy vyhledávají informace o sexualitě v těhotenství, jak vnímají své tělo během těhotenství po fyzické i psychické stránce. Dále se tato kategorie zabývá sexuálním životem těhotných žen, jak jej vnímaly a prožívaly.

Podkategorie 1 Zdroje informací

Schéma 2 Zdroje informací



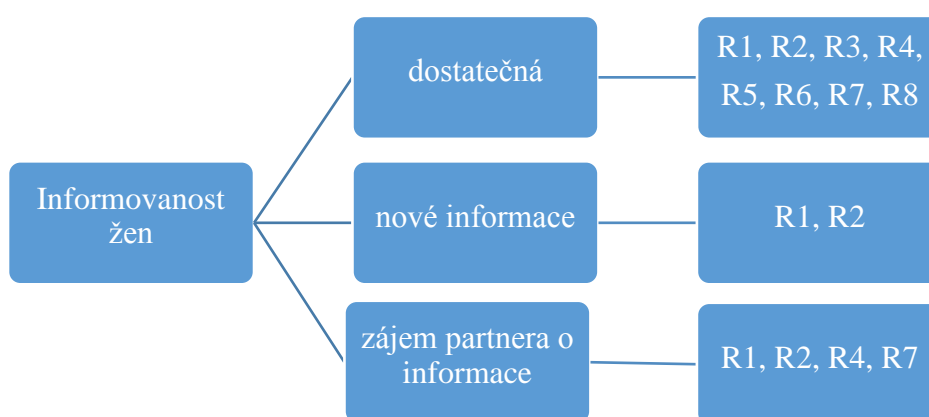
Čtyři z osmi dotazovaných respondentek (R1, R2, R6, R7) čerpaly nejvíce informací ohledně sexuality v těhotenství na internetu. R1 odpověděla: „*Nejvíce informací jsem čerpala na internetu. Díky anonymním diskuzím jsem se toho dozvěděla*

hodně.“ Tři ženy (R4, R5, R8) odpověděly, že si mnoho informací nezjišťovaly, neboť daly na svou intuici. R4 uvedla: „ *Neměla jsem nijak velkou potřebu se někde informovat, protože mám vlastní intuici a poslouchám své tělo, podle toho se i řídím* “. Dvě respondentky (R2, R3) se shodly, že nejpřínosnějším zdrojem informací pro ně byly předporodní kurzy, které pravidelně navštěvovaly.

Dvěma respondentkám (R2, R6) nejvíce informací podal jejich obvodní gynekolog, ke kterému chodily do prenatální poradny. Informace o sexualitě během těhotenství od soukromé porodní asistentky měly dvě respondentky (R3, R6). R6 dokonce uvedla: „ *Měla jsem skvělou porodní asistentku, ke které jsem měla naprostou důvěru, bez které by to samozřejmě nešlo* “. Dalšími zdroji informací byly knihy o těhotenství a porodu, které zmínily dvě respondentky (R5, R7). Jedna respondentka (R5) řekla, že se nejen řídila svou intuicí, informacemi z předporodního kurzu ale především informacemi, které získala během svého studia na vysoké škole v oboru: Porodní asistentka. R5 uvedla: „ *Jelikož jsem měla již v tu dobu vystudovaný první ročník porodní asistence, čerpala jsem praktické informace hlavně odtud* “.

Podkategorie 2 Informovanost žen

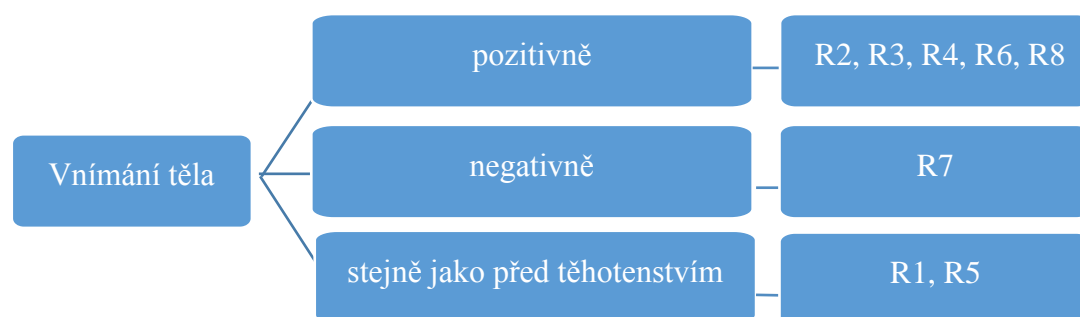
Schéma 3 Informovanost žen



Všech osm respondentek se shodlo, že informace, které ohledně sexuality v období těhotenství měly, byly dostatečné. Tedy ani jedna respondentka neuvedla, že by pocítila během těhotenství, že by jí nějaké informace v této oblasti chyběly. R6 uvedla: „*Pokud bych měla nedostatek, tak bych se své porodní asistentky určitě zeptala.*“ Více než polovina dotazovaných žen, tedy šest respondentek (R3, R4, R5, R6, R7, R8), uvedla, že během těhotenství nedostala žádné nové nebo překvapující informace ohledně sexuality v těhotenství. R7 řekla: „*Z informací mě nepřekvapilo nic. Překvapila mě má častá potřeba milování, ale dočetla jsem se, že je to v těhotenství celkem běžné, tak jsem své obavy zase uklidnila.*“ Naopak dvě respondentky (R1, R2) se shodly, že je nějaké informace, týkající se sexuálního života v těhotenství přeci jen překvapily. R1 uvedla: „*...spíš mě překvapilo, že sexuální život může probíhat vlastně až do doby porodu, vždy jsem si myslela, že třeba v šestém měsíci se musí přestat, aby pohlavní styk porod nevyvolal.*“ Polovina z dotazovaných respondentek (R1, R2, R4, R7) odpověděla, že jejich partneři měli zájem o získávání informací, které se týkají sexuálního života během těhotenství. R1 uvedla, že její manžel si hledal hodně informací na internetu, „*...bál se, aby během sexu neublížil miminku.*“ Naopak druhá polovina žen (R3, R5, R6, R8) uvedla, že jejich partneři po žádných informacích nepátrali. R3 popsala: „*Asi spoléhal na mě, že pokud by byl nějaký problém, tak bych mu to řekla. Řídili jsme se spíše instinkty než radami.*“

Podkategorie 3 Vnímání těla

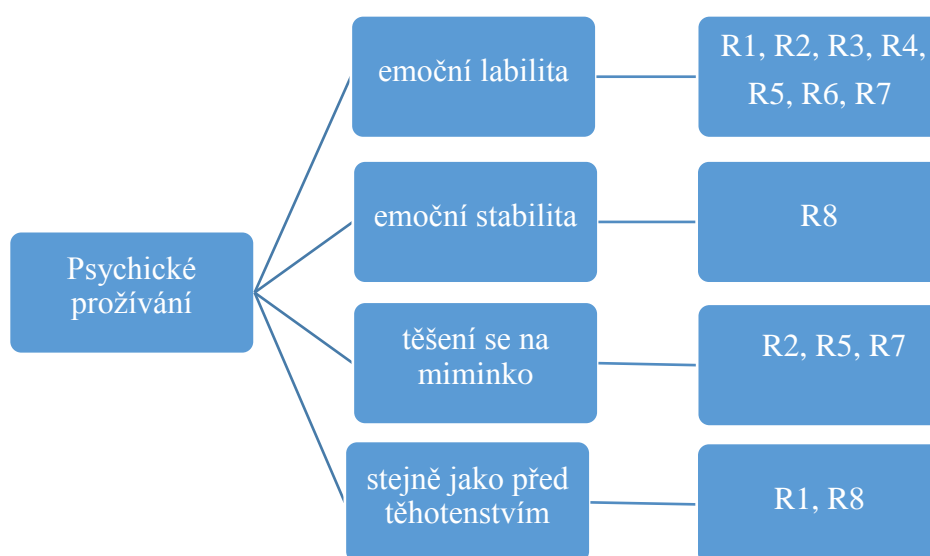
Schéma 4 Vnímání těla



Dotazované respondentky R2, R3, R4, R6 a R8 uvedly, že své tělo vnímaly v období těhotenství pozitivně a užívaly si to. R4 řekla: „...Ale celkově jsem cítila, že se naplnila podstata mého ženství.“ R2 dokonce uvedla o svém těle: „Měla jsem své tělo ještě raději než před těhotenstvím.“ R6 popisovala: „ Cítila jsem se výborně, nejraději bych byla těhotná pořád.“ Naopak R7 jako jediná ze všech osmi respondentek odpověděla, že se necítila ve svém těle během těhotenství dobře, uvedla: „ Během těhotenství jsem měla velké problémy s únavou a nevolností...takže to vše mě hodně ovlivňovalo a necítila jsem se ve svém těle moc dobře.“ A dvě respondentky (R1, R5) zhodnotily, že své tělo vnímaly téměř stejně jako v období před těhotenstvím. R1 uvedla: „ Nijak zvlášť jsem to neprožívala, i když se mi velmi líbilo, jak mě každý obskakoval, abych měla vše, co jsem potřebovala.“

Podkategorie 4 Psychické prožívání

Schéma 5 Psychické prožívání

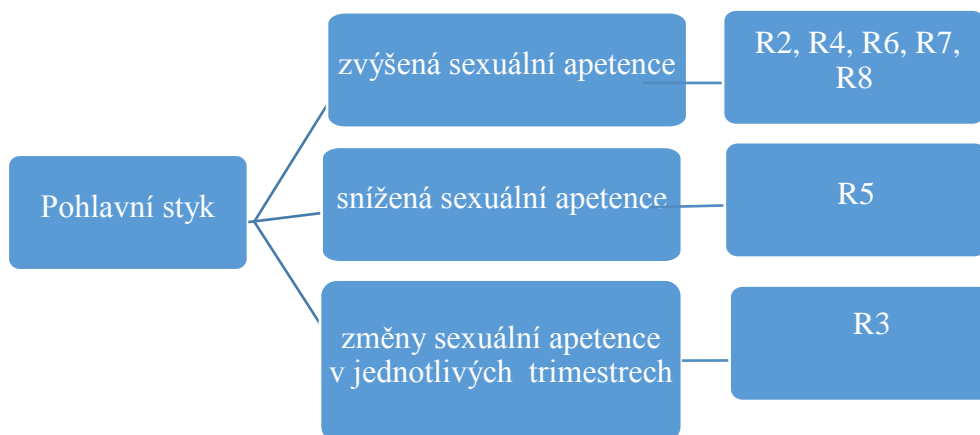


Tato podkategorie popisuje, jak prožívaly respondentky své těhotenství po psychické stránce. Sedm respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) uvedlo, že jejich nálady během těhotenství velmi kolísaly a jejich emoce nebyly stabilní. R2 řekla: „ Nálady jsem měla běžné těhotenské, kdy mě dokázala rozplakat i reklama

na čokoládu. Byla jsem chvílemi lehce přecitlivělá.“ R7 zase odpověděla: „, Hodně se mi nálady měnily, záleželo na tom, v jakém jsem byla stavu po zdravotní stránce, to se odráželo i do stránky psychické.“ Pouze jedna respondentka (R8) vylíčila, že její nálady byly během těhotenství stabilní, vysvětlila, že její sexuální touha velmi pozitivně ovlivňovala její nálady po celou dobu těhotenství. R8 doslova řekla: „, Nálady jsem měla stejné, neměnily se. Během těhotenství jsem byla velmi náruživá, potřebu sexu jsem měla třikrát až sedmkrát denně.“ Těšení se na miminko jako převládající pocit v těhotenství uvedly tři respondentky (R2, R5, R7). R2 se vyjádřila: „, Většinou jsem se cítila požehnaně, plně, bylo to opravdu nádherné, moc jsem se na své miminko těšila.“ R1 a R8 sdělily, že během těhotenství pociťovaly strach. R1 popsala své obavy: „, ...měla jsem chvílemi obavy, abych se dokázala postarat o syna, ale rodina mi byla velkou oporou.“

Podkategorie 5 Pohlavní styk

Schéma 6 Pohlavní styk

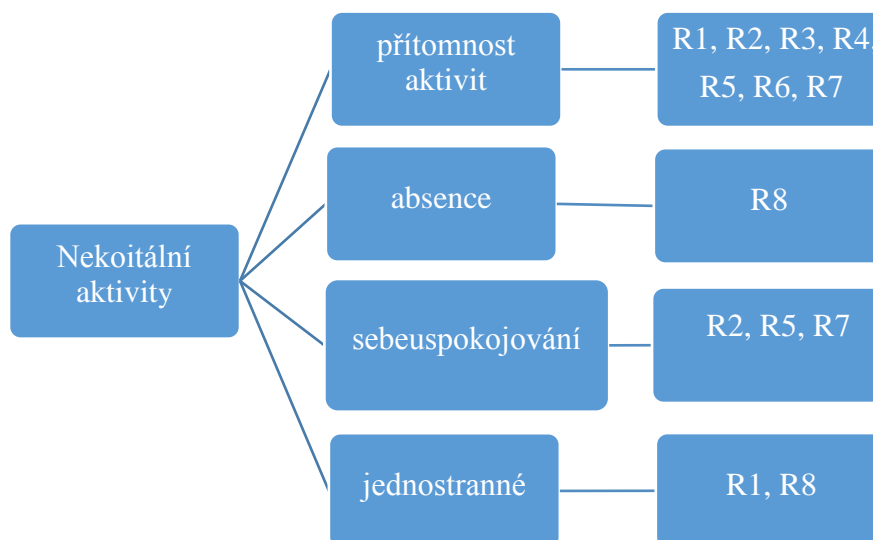


Zvýšenou sexuální apetenci měla více než polovina respondentek (R2, R4, R6, R7, R8), zároveň všechny tyto respondentky uvedly, že frekvence pohlavního styku se u nich zvýšila ve srovnání s obdobím před těhotenstvím. R2 popsala: „, Potřeba sexu u mě byla dokonce i větší než u manžela. Milovali jsme se zhruba třikrát týdně.“ Na otázku, jaká byla frekvence pohlavního styku v těhotenství, R7 odpověděla: „, Měla

jsem velikou chuť na sex, samozřejmě pokud mi nebylo špatně. Když mi nebylo zle, ráda jsem se milovala i třikrát denně.“ R8 dokonce uvedla: „Během těhotenství jsem měla mnohem větší chuť na sex a přišla jsem si celkově mnohem víc přitažlivější pro svého partnera. Dokonce jsme se milovali i sedmkrát denně, ne tedy každý den, ale má potřeba sexu byla opravdu častá.“ Naopak sníženou sexuální apetenci a sníženou frekvenci pohlavního styku měla R5, která popsala: „Na začátku těhotenství byla chuť nulová vůči nevolnostem.“ Změny sexuální apetence v souvislosti s jednotlivými trimestry zaznamenaly dvě respondentky (R1, R3). R3 uvedla: „Na začátku těhotenství, jak mi nebylo moc dobře, tak jsem neměla na sex moc chuť, pak po třech měsících se to otočilo.“ Všechny respondentky se shodly na tom, že pohlavní styk během těhotenství byl mnohem intenzivnější a většinou příjemnější než v období před těhotenstvím.

Podkategorie 6 Nekoitální aktivity

Schéma 7 Nekoitální aktivity



Z výzkumného šetření byly zřejmé i další výsledky. Zjišťovali jsme, zda těhotné ženy se svými partnery prováděly v období těhotenství nekoitální aktivity, sedm respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8) odpovědělo, že nekoitální aktivity byly

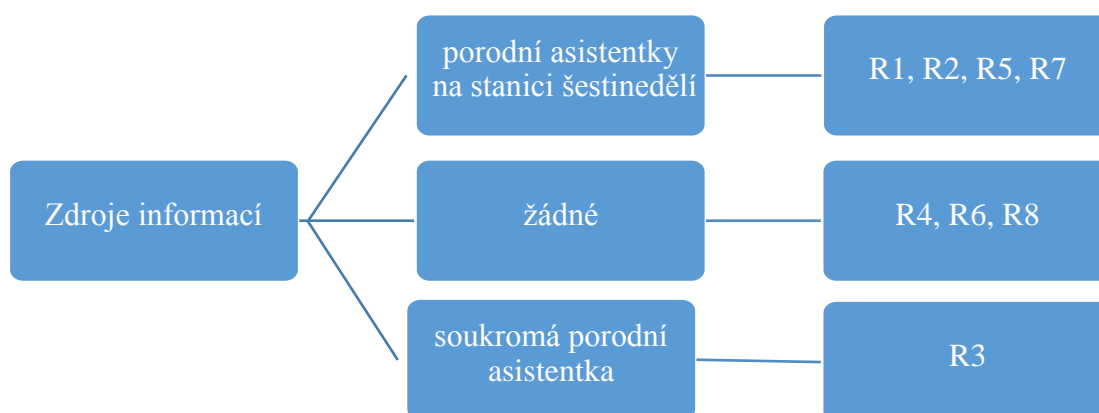
součástí jejich sexuálního života. Jedna respondentka (R3) uvedla, že i když se svým partnerem se navzájem nekoitálně uspokojovali, jí byla příjemnější masturbace, doslova uvedla: „Zvolila jsem si své tempo a mohla jsem si udělat dobře, kdykoliv jsem chtěla.“ R7 sdělila, že s partnerem prováděli nekoitální aktivity, ale byly převážně jednostranné, neboť během těhotenství měla při orálním sexu velmi silný dávivý reflex a bála se, že by se jí během těchto aktivit udělalo špatně. R7 popsala: „...partner mi poskytoval orální uspokojení, leckdy na úkor sebe, či jako předehtu před milováním. Já jsem orální sex partnerovi nedělala, ... ,protože jsem měla velice dráždivý konec jazyka, tak jsem se bála.“ Jedna respondentka (R1) odpověděla, že se svým partnerem neprováděli nekoitální aktivity v těhotenství, neboť je neprovádějí ani mimo toto období.

Kategorie 2 Porod

Kategorie Porod obsahuje pět podkategorií, které popisují, jak a jakým způsobem jsou ženy informované o sexualitě po porodu, jakým způsobem byl vedený jejich porod, kdy a jak zahájily svůj sexuální život po porodu a jak svůj pohlavní styk po porodu vnímají a prožívají.

Podkategorie 1 Zdroje informací

Schéma 8 Zdroje informací



Polovina respondentek (R1, R2, R5, R7) uvedla, že nejvíce informací ohledně sexuality po porodu jim podaly porodní asistentky na stanici šestinedělí. R2 popsala: „*Informace o zahájení sexuálního života mi podala porodní asistentka na oddělení šestinedělí, lékař se pak zeptal, jestli mi je vše jasné. Teoreticky mi to jasné bylo, otázka zůstávala, jak to budu zvládat prakticky...*“. R1 sdělila: „*Věděla jsem z nemocnice od porodních asistentek o důležitosti dodržování hygieny, což jsem také dělala.*“ Tři respondentky (R4, R6, R8) odpověděly, že žádné informace nesháněly, protože důvěřují vlastnímu tělu a intuici. R6 uvedla: „*Nejsem úplně ten typ, co potřebuje za každou cenu vše řešit, měla jsem tolik informací, které jsem potřebovala.*“ Jedna respondentka (R3) sdělila, že nejvíce informací získala od své soukromé porodní asistentky, řekla: „*Je to stejné jako s těmi informacemi o sexu během těhotenství, veškeré informace jsem měla od své soukromé porodní asistentky.*“

Podkategorie 2 Informovanost žen

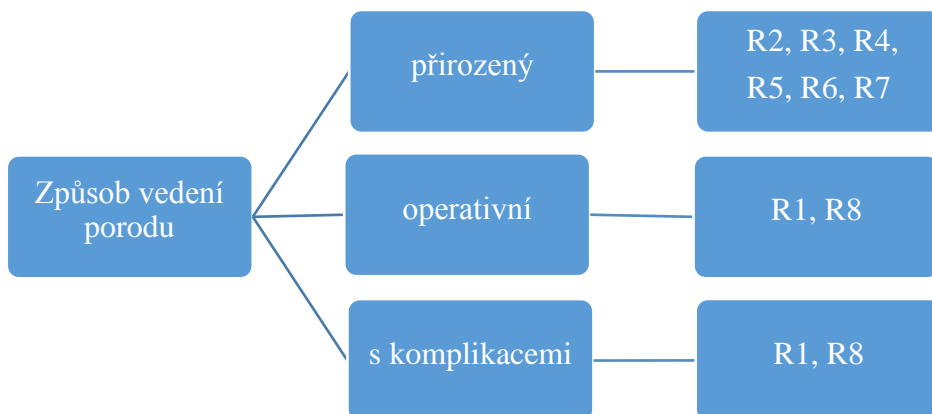
Schéma 9 Informovanost žen



Všech osm respondentek během rozhovoru uvedlo, že informace, které měly o sexuálním životě po porodu byly dostačující. R2 uvedla, i přestože neměla žádný problém v dané oblasti, byla by ráda, aby porodní asistentky a gynekologové edukovaly ženy ohledně sexuality preventivně, a ne až v případě problémů. R2 ke své výpovědi dodala: „*Informace mi žádné nechyběly, ale prostě bych ženy preventivně poučovala o tom, co se může stát a ne jí to objasňovat, až když je problém...lehká osvěta by nebyla podle mého názoru špatná.*“ R8 řekla: „*Nechyběly mi žádné informace. Myslím, že lidé, kteří pátrají po informacích, tak jsou pak akorát zbytečně vyplašení a bojí se, co mohou a nemohou dělat.*“

Podkategorie 3 Způsob vedení porodu

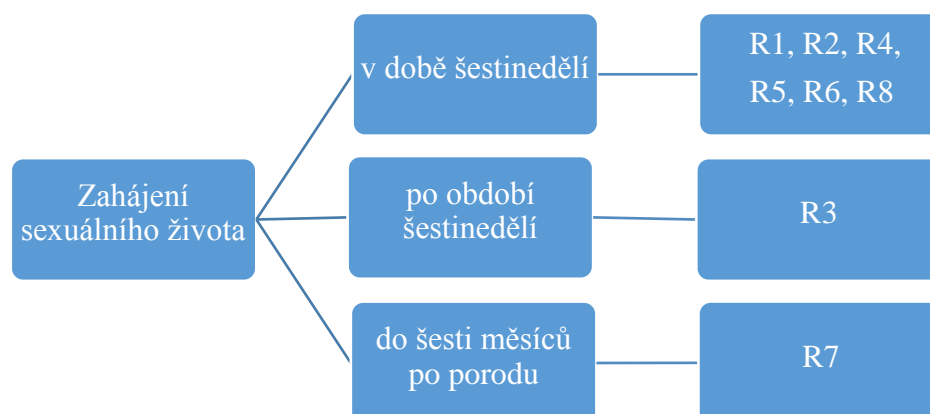
Schéma 10 Způsob vedení porodu



Šest respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7) uvedlo, že jejich porod byl spontánní a přirozený. R3 popsala svůj porod: „ ...byl nádherný, dlouhý, ale přesto mám na něj krásné vzpomínky. Byl přesně takový, jaký jsem si ho vysnila. I když to byl první porod, snažila jsem se, aby byl, co nejvíce přirozený.“ R5 zase uvedla: „ Náš porod byl krásný a přirozený, jak se jen v porodnici dá prožít.“ R6 vylíčila svůj porod: „ Byl takový, jaký jsem si ho představovala. Spontánní a krásný. Myslím, že lepší by být nemohl. Pokud budu ještě někdy těhotná a budu znova rodit, přála bych si, aby to bylo stejné jako teď.“ Operativní porod byl pouze u dvou respondentek (R1, R8). R1 uvedla: „ Bylo to něco strašného, musela jsem jet na akutní císařský řez, protože začaly klesat ozvy miminka. Vůbec jsem s touto možností nepočítala, tak to pro mě byl obrovský šok...“ U respondentky R1 a R8 byl císařský řez neplánovaný, akutní, z čehož vyplývá, že během porodu byly u obou porodů komplikace.

Podkategorie 4 Zahájení sexuálního života

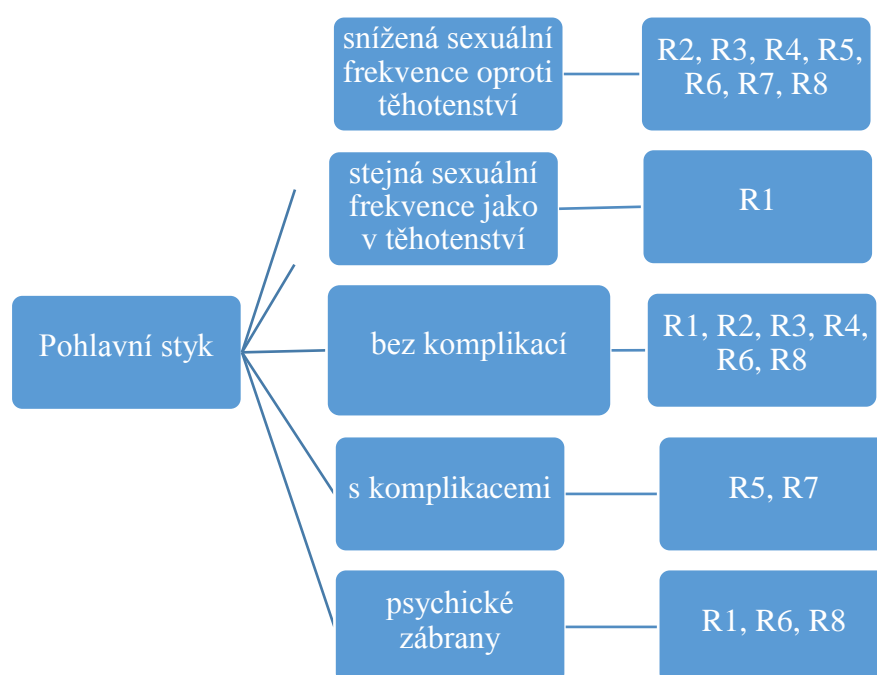
Schéma 11 Zahájení sexuálního života



Sexuální život po porodu již v období šestinedělí zahájilo šest respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R8). R1 vypověděla: „ *První soulož jsme po porodu s manželem měli čtyři týdny po porodu. Prvně jsme byli opatrní, ale vše proběhlo, tak jak má.*“ R6 popsala svůj první pohlavní styk po porodu: „ *S partnerem jsme zahájili náš sexuální život den před ukončením šestinedělí. Měla jsem z toho sexu takový zvláštní pocit, bylo to něco jiného. Asi jako první pohlavní styk vůbec.* Velmi podobné pocity měla i R8, která uvedla: „ *...první styk po porodu nebolel, ale bylo to jiné, jako poprvé vůbec, jako když jsem zahájila v pubertě svůj sexuální život. Bylo to, jako se znovu poznávat a objevovat.*“ Jedna respondentka (R3) zahájila se svým partnerem sexuální život chvíli po období šestinedělí, řekla: „ *Zahájili jsme náš sexuální život těsně po šestinedělí. Je tedy pravda, že ze začátku jsem se zhrozila, jak dole vypadám, ale naštěstí se vše vrátilo do původního tvaru a velikosti, takže jsem pak byla spokojená.*“ A jedna respondentka (R7) uvedla, že sexuální život s partnerem zahájila až tři měsíce po porodu, doslova odpověděla: „ *Sexuální život jsme zahájili asi tři měsíce po porodu, nebylo mi to úplně příjemné.*“

Podkategorie 5 Pohlavní styk

Schéma 12 Pohlavní styk



Sedm (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8) z osmi dotazovaných respondentek, sdělilo, že frekvence pohlavních styků po porodu je výrazně menší než v období těhotenství. R2 popsala svůj sexuální život po porodu: „ Při mém druhém porodu jsem měla jen lehké natržení, které v zahájení sexuálního života nepřekáželo, i když už to není takové, jako dříve.“ R8 uvedla: „Nyní máme sex tak jednou denně, což se oproti těhotenství změnilo, ale takhle nám to oběma vyhovuje.“ R7 uvedla, že příčinou snížené frekvence pohlavních styků je snížená sexuální apetence z její strany, doslova řekla: „ Museli jsme používat lubrikační gely, zlepšilo se to asi tak půl roku po porodu. Ale jízva je i nyní bolestivá a citlivá.“ Pouze jedna respondentka (R1) na otázku, jak prožívala pohlavní styk po porodu odpověděla: „ Prvně jsme byli velmi opatrní, ale vše proběhlo, tak jak má ... poté jsme se milovali denně, někdy i víckrát.“ Dále se šest respondentek (R1, R2,

R3, R4, R6, R8) shodlo na tom, že jejich sexuální život po porodu je bez komplikací, naopak R5 a R7 odpověděly, že v jejich sexuálním životě se nějaké komplikace objevily. Obě shodně uvedly, že pohlavní styk jim nebyl příjemný. R5 sdělila o svém sexuálním životě po porodu: *„Milování bylo celkem dobré, trochu bolestivé v místě předchozího šití. Zlepšilo se to do dvou měsíců.“* Naopak zbylých pět respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R8), i přesto, že frekvence pohlavních styků ve srovnání s obdobím těhotenství klesla, popisuje svůj sexuální život jako příjemný. Tři respondentky (R1, R6, R8) vypověděly, že po porodu měly psychické zábrany, které narušovaly jejich sexuální život. R1 sdělila. *„ Trochu jsem se bála, že bych mohla znovu otěhotnět, ale říkala jsem si, že když kojím, měla bych být chráněná.“* Podobnou výpověď uvedla i R6: *„Trochu jsem měla strach, že bych mohla znovu otěhotnět, protože jsme s partnerem nepoužívali žádnou antikoncepci.“* R8 zase řekla: *„ Měla jsem ten problém, vlastně ho mám dodnes, bojím se, že nás uslyší dítě a vzbudí se. Je to divné, ale i teď chodíme s manželem souložit vedle do pokoje.“*

5 DISKUZE

Sexualita je nedílnou součástí každého jednotlivce. Projevuje se nejen na biologické a psychické úrovni, ale i na úrovni sociální a kulturní. Navzdory tomu je i v dnešní, moderní době toto téma stále tabuizováno, a to nejen laiky, ale i zdravotníky. Jak uvádí Vrzáčková (2014, s. 143), pro ženy je „*komunikace na téma sex důležitá, avšak často převládá ostých téma otevřít a lékaři ani sestry v tomto ohledu aktivní nejsou.*“ Výsledky bakalářské práce se s tímto tvrzením shodují, neboť bylo zjištěno, že ženy skutečně v období těhotenství nemají ze stran zdravotníků dostatečné informace o dané problematice. I když někteří obvodní gynekologové a porodní asistentky ženám informace podali, nebyly pro ně dostatečné, neboť si informace musely dohledat ještě z jiných zdrojů. Dále Vrzáčková (2014) zastává názor, že zdravotnický personál by měl s ženami konzultovat partnerský a sexuální život již v době před těhotenstvím. Nejen žena, ale oba partneři by měli vědět, že pokud je těhotenství fyziologické a bez komplikací, není důvod k omezení jak koitálních, tak nekoitálních aktivit.

Jedním ze stanovených cílů bylo zkoumání informovanosti žen o problematice sexuality v těhotenství. Všechny dotazované respondentky se shodovaly v odpovědi, že jejich informace byly dostatečné, nicméně nebyly většinou získány od lékařů či porodních asistentek. Polovina dotazovaných respondentek (R1, R2, R6, R7) si dohledávala informace o dané problematice buď na internetových stránkách, nebo pomocí anonymních chatů, což podle mého názoru není zcela v pořádku. Internetové zdroje mohou obsahovat nejen nekvalitní informace, ale i informace nepravdivé, neboť na internet může přidávat příspěvky kdokoliv, tedy i ten, kdo dané problematice vůbec nerozumí. Často tak ženy získají i neodborné, zavádějící informace.

Dále se výzkumným šetřením zjišťovalo, jaké informace mají ženy ohledně sexuálního života po porodu. Dotazované respondentky sdělily, že informace, které mají, jsou pro ně dostačující. Pomocí další výzkumné otázky bylo zjišťováno, z jakých zdrojů čerpají ženy informace o sexualitě v těhotenství a po porodu. Polovina respondentek (R1, R2, R5, R7) sdělila, že nejvíce informací ohledně sexuality

po porodu dostaly od porodních asistentek na stanici šestinedělí, což je podle mého názoru pozitivní zjištění. Je neoddiskutovatelné, že porodní asistentky díky svému vzdělání a profesionálnímu přístupu dokáží na rozdíl od internetových zdrojů podat ženám kvalitní informace a zodpovědět případné dotazy. Chvála (2006) tvrdí, že kontrola ženy po období šestinedělí by měla zahrnovat i dotaz, který se týká právě sexuálního života, zda již byl zahájen a zda je uspokojivý.

Zároveň by bylo vhodné, aby porodní asistentka zmínila, že pokud nastanou v sexuální oblasti nějaké problémy, např. sexuální touha se ani po dlouhé době nedostaví nebo se objeví jiné komplikace, by bylo žádoucí, aby s partnerem vyhledala odbornou pomoc a tento problém řešili, neboť by mohlo později dojít i k problémům ve vztahu a partnerství. Záměrem této práce bylo nejen zjistit informovanost žen o dané problematice, ale také shrnutí poznatků o tom, jak ženy svůj sexuální život v období těhotenství a po porodu prožívají, a zda nastaly nějaké změny v jejich sexuálním životě během těchto dvou období. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sexuální frekvence pohlavních styků v období těhotenství byla u více než poloviny respondentek (R2, R4, R6, R7, R8) vyšší než v období před těhotenstvím. Dvě respondentky (R1, R3) uvedly, že se jejich sexuální apetence, se kterou samozřejmě souvisí i frekvence sexuálních styků, měnila v souvislosti s jednotlivými trimestry. Změny sexuální touhy v závislosti na jednotlivých trimestrech prokázalo již mnoho autorů. Weiss (2010) tvrdí, že se subjektivní prožívání sexu mění během celého těhotenství, zvláště pak ve třetím trimestru, kdy se snižuje potřeba pohlavního styku, sexuální touhy a frekvence orgasmu. Weiss (2010) dále uvádí, že v posledním trimestru je sexuální prožitek horší a sexualita je celkově výrazně omezena, s tím i souvisí nutnost partnerů upravovat milostné polohy. To může být jedna z příčin, proč je sexualita ve třetím trimestru pokládána za méně kvalitní oproti dvěma předchozím, neboť páry se musí omezovat na milostné polohy, které těhotná žena zvládne, což může výrazně omezovat kreativitu, která se týká sexuálních aktivit. Změny sexuální touhy během těhotenství jsou zmiňovány i jinými autory. Chang et al. (2011) ve své práci popisují hlavní faktory, které mohou převážně negativně ovlivňovat sexuální touhu u žen během těhotenství. Zejména se jedná o ženy, které prodělaly léčbu neplodnosti, aborty, či interrupce a mohou mít obavy

ze sexuálního styku zejména v prvním trimestru těhotenství. Dále tito autoři tvrdí, že i vyšší dosažené vzdělání u žen negativně ovlivňuje sexuální touhu v prvním trimestru. Ve druhém trimestru opět dle Changa et al. (2011) ovlivňují sexualitu zdravotní potíže žen nebo negativní náhled na měnící se tělo a v posledním trimestru ženy uváděly, že jejich sexuální život velmi ovlivňovaly tělesné změny a z nich plynoucí diskomfort. Některé ženy uvedly, že je negativně ovlivňovala inkontinence moči, která se u nich objevila právě ve třetím trimestru těhotenství. V našem výzkumném šetření si však žádná z dotazovaných respondentek na tento problém nestěžovala, avšak diskomfort, plynoucí z tělesných změn, některé z respondentek zmiňovaly.

Snížená frekvence pohlavních styků byla zjištěna v mnohých studiích. Pro dosažení výsledků je často používán validizovaný dotazník FSFI (Female Sexual Function Index), který sleduje hlavní domény, které se sexualitou souvisí. Tedy sexuální touhu, vzrušivost, orgasmus, bolest a spokojenost.

Právě dotazník FSFI byl použit při studii, která se prováděla v Brazílii. V této studii bylo uvedeno, že sexuální frekvence se snížila v prvním trimestru u 46 % žen, ve druhém trimestru u 34 % žen a ve třetím trimestru snížila u 73 % žen (Leite et al., 2009). Výsledek našeho výzkumného šetření se s těmito výsledky neshoduje, neboť jak již bylo zmíněno výše, převážná většina respondentek (R2, R4, R6, R7, R8) uvedla, že frekvence pohlavních styků byla v období těhotenství vyšší než v období před těhotenstvím. Nicméně je faktem, že náš zkoumaný vzorek byl výrazně menší než u studie prováděné v Brazílii. V české studii Brtnické et al. (2009) partneři uvedli, že frekvence pohlavních styků byla ovlivňována obavami o plod, strachem z předčasného porodu nebo předčasného odtoku plodové vody. Podle této studie měli muži obavy z poranění ženy, naopak u žen převládal pocit, že nedokáží svého partnera dostatečně uspokojit. Souhlasím s tím, že sexualitu velmi ovlivňuje nejen fyzický, ale i psychický stav ženy, proto jsme pokládali ženám otázky, jak své tělo vnímaly po fyzické i po psychické stránce. Z našeho výzkumu vyplynulo, že pět z dotazovaných respondentek (R2, R3, R4, R6, R8) se ve svém těle cítilo během těhotenství dobře. Dvě

ženy odpověděly (R1, R5), že se cítily stejně jako před těhotenstvím. R7 měla opačné pocity, doslova uvedla: „*Během těhotenství jsem měla velké problémy s únavou a nevolností ...takže to vše mě hodně ovlivňovalo a necítila jsem se ve svém těle moc dobře.*“ Poté se nabízela otázka i na psychický stav žen, jak těhotenství prožívaly, jaké byly jejich nálady, zda byly stabilní. Téměř všechny ženy, kromě respondentky R8, během rozhovoru sdělily, že jejich nálady velmi kolísaly, že byly emočně labilní. R2 řekla: „*Nálady jsem měla běžné těhotenské, kdy mě dokázala rozplakat i reklama na čokoládu. Byla jsem chvílemi lehce přecitlivělá.*“ Jedna respondentka (R7) popsala, jak se odráží psychická stránka člověka do té fyzické a naopak: „*Hodně se mi nálady měnily, záleželo na tom, v jakém jsem byla stavu po zdravotní stránce, to se odráželo i do stránky psychické.*“ Ale psychický stav nemusí sexualitu ovlivňovat pouze v negativním slova smyslu. U třech respondentek (R2, R5, R7) bylo zjištěno, že u nich převládal pocit těšení se na miminko, což je velmi pozitivní faktor, který ovlivňuje psychiku nejen žen, ale i mužů.

Právě ve studii Vrublové (2006) hodnotilo 64 % respondentek a 47 % respondentů těhotenství jako pozitivní faktor, který ovlivňoval jejich sexuální život.

Během výzkumného šetření této bakalářské práce bylo zjišťováno, zda má způsob vedení porodu vliv na ženskou sexualitu. Díky rozhovorům se ženami lze konstatovat, že porod ovlivní každou ženu, všechny změny jsou však velmi individuální a vždy jde o kombinace různých faktorů. U většiny dotazovaných žen (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8) je frekvence pohlavních styků po porodu výrazně nižší než byla v období těhotenství.

Na sníženou frekvenci pohlavních styků má z určité části vliv psychika (stres, únava, pocit nepřítazlivosti pro partnera). Tři respondentky (R1, R6 a R8) uvedly, že mají jisté psychické zábrany, které ovlivňují jejich sexuální život. R1 sdělila: „*Trochu jsem se bála, že bych mohla znovu otěhotnět, ale říkala jsem si, že když kojím, měla bych být chráněná.*“ Z čehož vyplývá, že ačkoliv si respondentky myslely, že mají informace dostatečné, nemusí tomu tak vždy být. Neboť jak uvádí Hájek (2014) plné kojení sice potlačuje ovulaci, ale žena je chráněna pouze částečně před dalším

otěhotněním, aby byla plně chráněná, musela by kojit každé čtyři hodiny přes den a každých šest hodin v noci. R8 měla jiné obtíže: „ *Měla jsem ten problém, vlastně ho mám dodnes, bojím se, že nás uslyší dítě a vzbudí se. Je to divné, ale i teď chodíme s manželem souložit vedle do pokoje.*“

V poporodním období ale sexualitu ženy nemusí ovlivňovat pouze psychické problémy, ale také somatické změny či potíže, které mohly vzniknout jak v období těhotenství, porodu, tak i v šestinedělí. Langrová a Vrublová (2013) provedly v České republice studii pomocí dotazníku FSFI, zda způsob porodu ovlivňuje ženskou sexualitu. Závěr této studie byl jasný, způsob porodu ovlivňuje ženskou sexualitu především díky výskytu bolesti. Dle těchto autorek jsou nejvíce ohroženou skupinou ženy, které zažily operativní vaginální porod, tyto ženy uvedly častější výskyt bolestí během pohlavního styku. Naopak ženy, které byly po císařském řezu, uváděly nižší míru bolesti. I když nelze porovnat v plné míře výsledky této studie s předkládanou bakalářskou prací, mohu konstatovat, že naprosto souhlasím s těmito výsledky, neboť dvě dotazované respondentky (R1, R8), které byly po akutním císařském řezu uvedly, že po porodu neměly žádné problémy, které by zabraňovaly se zahájením sexuálního života již v období šestinedělí. Naopak jedna žena (R7) po klasickém vaginálním porodu zmínila, že příčinou snížené frekvence pohlavních styků je snížená sexuální apetence z její strany, právě z důvodu bolestivosti v epiziotomii. Doslova řekla: „ *Museli jsme používat lubrikační gely, zlepšilo se to asi tak půl roku po porodu. Ale jizva je i nyní bolestivá a citlivá.*“ K tomu bych ráda dodala, že Langrová a Vrublová (2013) ve své studii popsaly, že nebyl prokázán vliv způsobu vedení porodu na vzrušivost, lubrikaci a uspokojení ženy. Z čehož vyplývá, že tento problém, který nastal u R7, jež prožila spontánní fyziologický porod, by mohl nastat u kterékoliv jiné ženy i s jakýmkoliv způsobem vedení porodu.

Zajímavý je výsledek, který vzešel z našeho výzkumu, a to ten, že téměř všechny ženy (R1, R2, R4, R5, R6, R8) zahájily svůj sexuální život již v době šestinedělí. I když Bühling (2006) uvádí, že ženy po císařském řezu mají pohlavní styk po porodu dříve než ženy po spontánním vaginálním porodu, toto tvrzení se v našem výzkumu

neprokázalo, neboť téměř všechny ženy po klasickém vaginálním porodu i ženy po císařském řezu uvedly, že zahájily svůj sexuální život již v době šestinedělí. Bühling (2006) také uvádí, že poporodní problémy se vyskytují velmi často. Obtíže v této oblasti ve třetím měsíci po porodu udává 71 - 80 % žen, po šesti měsících 34 % žen. Safarijenad et al. (2009) ze svých studií zjistili, že nejčastějšími problémy v této oblasti jsou právě sexuální dysfunkce spojené s bolestí. Jak uvádí Langrová a Vrublová (2013, s. 78) „moderní porodnictví začíná na porodní dysfunkce pohlížet jako na *potencionální komplikace porodu*.“ Autorky popisují, že během císařského řezu nedochází k napětí a roztahování pochvy a hráze, tím pádem je vyloučeno jejich poranění. Tím chtějí říct, že případný císařský řez by mohl vést ke snížení výskytu sexuálních problémů žen po porodu, a to především obtíží spojených s bolestí během pohlavního styku. Stejně tak i výzkum Griffitse et al. (2006), který sledoval jak častý je výskyt bolestí u žen dva roky po porodu, hovoří ve prospěch císařských řezů.

Podle námi zjištěných skutečností lze konstatovat, že ač se porodnictví a celkově medicína neustále vyvíjí, jsou jisté rezervy, kde by se dala kvalita péče nejen o těhotnou ženu, ale i rodičku a ženu po porodu ještě zlepšit.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou týkající se sexuality žen v těhotenství a po porodu. Teoretická část byla zaměřena na sexualitu jako takovou, v jednotlivých podkapitolách je popsán vývoj sexuality, sexuální cyklus, vnímání sexuality jako potřeby, atd. V dalších kapitolách se rozebírala ženská sexualita v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím, a zároveň s tím související činnosti porodní asistentky.

Praktická část se zaměřila na informovanost žen ohledně sexuality v těhotenství a po porodu. Byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda jsou ženy seznámené se sexuálním životem v období těhotenství, druhým cílem bylo zjistit, zda jsou ženy seznámené s problematikou sexuality po porodu a třetím cílem bylo zjistit, z jakých zdrojů ženy čerpají informace o sexuálním životě v těhotenství a po porodu. Ze stanovených cílů vyplynuly tři výzkumné otázky. Pro zpracování této problematiky bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostukturovaných rozhovorů. Dotazovanými respondentkami byly ženy do jednoho roku po porodu.

Během rozhovorů s dotazovanými ženami byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky. Záměrem této práce bylo nejen zjistit informovanost žen v dané problematice, ale také shrnout poznatky o tom, jak ženy svůj sexuální život v období těhotenství a po porodu prožívají a zároveň zda nastaly nějaké změny v jejich sexuálním životě během těchto období. Z výsledků výzkumů vyplývá, že ženy považovaly informace, které měly o sexualitě v těhotenství a porodu za dostačující. Všechny dotazované respondentky sexualitu pokládají za přirozenou součást každého dobře fungujícího partnerského vztahu. Převážná většina těchto žen neměla se svým sexuálním životem během těhotenství problém. Téměř všechny ženy během těhotenství byly více vnímavé a vše prožívaly mnohem intenzivněji, proto pro ně byl pohlavní styk mnohdy ještě příjemnější než v období před těhotenstvím. Z výsledků vyplynulo, že u těhotných žen byla zvýšená frekvence nejen pohlavních styků, ale i nekoitálních aktivit, které byly často součástí milostné přede hry. Stejně tak se téměř všechny respondentky shodly

na tom, že po porodu je jejich sexuální život méně intenzivní než v období těhotenství. Avšak šest z osmi respondentek zahájilo se svými partnery sexuální život již v době šestinedělí.

Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastějším zdrojem informací o sexualitě v těhotenství byl internet, i přesto, že ženy již měly některé informace o dané problematice buď od svého obvodního gynekologa nebo z předporodních kurzů, které absolvovaly. Z tohoto je patrné, že svou informovanost odborníky nepovažovaly za dostatečnou.

Velmi uspokojivý je výsledek, který se týkal informovanosti žen o sexuálním životě po porodu. Čtyři respondentky uvedly, že informace jim byly podány od porodních asistentek na stanici šestinedělí a že tyto informace pro ně byly dostačující, takže neměly potřebu si dohledávat informace z jiných zdrojů. Ovšem během výzkumného šetření bylo také zjištěno, že některé ženy mají pocit, že informace navíc by pro ně byly zbytečné, neboť se řídí potřebami vlastního těla a tak nevyžadují informace z jakýchkoliv zdrojů.

Je zřejmé, že ženy sice mají podle svého názoru dostatečné množství informací, ovšem tyto většinou nezískaly od svých porodních asistentek a gynekologů. Tento problém, na který výsledky výzkumného šetření poukázaly, však lze snadno odstranit, a to správnou a včasnou komunikací, která se vztahuje nejen k fyzickému stavu ženy, ale i k psychickému. Je nezbytné zajímat se o ženu po bio, psycho, sociální a spirituální stránce.

Výsledky tohoto výzkumného šetření mohou posloužit jako inspirace pro porodní asistentky, které chtějí zlepšit svou péči o ženu nejen v těhotenství, ale i po porodu. Zároveň tato práce může být prospěšná pro ty porodní asistentky, které se na svou profesi teprve připravují.

Vzhledem k tomu, že pro většinu lidí je i v dnešní době sexualita dosti tabuizované téma, byl vytvořen informační leták, který bude součástí bakalářské práce. Vypracovaný informační leták poskytuje informace o pohlavním styku v těhotenství, možné

kontraindikace pohlavního styku a je doplněn vhodnými milostnými polohami, které mohou partneři provádět i v pokročilejším stadiu těhotenství.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ABDOOL, Z., et al., 2009. Postpartum female sexual functions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Num. 149, p. 133-137. ISSN: 0301-2115.

BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-5361-4.

BÜHLING, K. J., et al., 2006. Rate of dyspareunia after delivery in primipare according to mode of delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Num. 124, p. 42- 46. ISSN: 0301-2115.

BRYANTON, J., et al., 2008. Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. *Applied Nursing Research*. Num. 57, p. 252-259. ISSN: 0897-1897.

ČEPICKÝ, P. a M. ČERNÁ, 2006. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: příručka pro gynekology-porodníky*. Praha: Levret. ISBN: 80-903 183-9-8.

DALLAIRE, Y., 2009. *Láska a sexualita v trvalém vztahu*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-523-3.

DAVIS, E. a D. PASCALI-BONARO, 2014. *Orgasmický porod: jak bezpečně a příjemně porodit*. Praha : Argo. ISBN: 978-80-257-1156-9.

DELAHAYE, M., 2006. *Praktický průvodce těhotné ženy*. Praha: Portál. ISBN: 80-7367-073-9.

DICK - READ, G., 2013. *Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth*. London: Pinter & Martin. ISBN: 978-1-78066-055-4.

DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

- ELIAŠOVÁ, A., 2008. *Pórodní asistencie I Fyziologie*. Martin: Vydavatel'stvo Osveta. ISBN: 978-80-8063-261-8.
- GIDDENS, A., 2012. *Proměna intimacy: sexualita, láska a erotika v moderních společnostech*. Praha : Portál. ISBN: 978-80-262-0175-5.
- GIDDENS, A., 2013. *Sociologie*. Praha: Argo, 2013. ISBN: 978-80-257-0807-1.
- GRIFFITHS, A., 2006. Female genital tract morbidity and sexual function following vaginal delivery of lower segment caesarean section. *The Journal of Sexual Medicine*. Num. 26, p. 645-649. ISSN: 1743-6095.
- HÁJEK, Z., et al., 2014. *Porodnictví*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4529-9.
- HOLLÁ, K., 2015. *Sex po porodu*. [online]. [cit. 2016-02-25]. Dostupné na: <<http://sexualne.cz/sex-po-porodu/html>>.
- HOOPER, A., 2006. *Sexopedie: vše, co jste dosud nevěděli...* Praha : Ikar. ISBN: 80-249-0778-X.
- CHVÁLA, V., 2006. Psychosomatická gynekologie a sexuologie. *Psychosom*. Č. 2, s. 2. ISSN: 2336-7741.
- CHANG, S., et al., 2011. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assesment of their determinants. *The Journal of Sexual Medicine*. Num. 8, p. 2869-67. ISSN: 1743-6095.
- KOŠŤÁLOVÁ, M., 2010. Sex a erotika: *Lidská sexualita* [online]. [cit. 2015-11-15]. Dostupné na: <<http://sex-a-erotika.zdrave.cz/lidska-sexualita/html>>.
- KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-624-1.
- KRATOCHVÍL, S., 2008. *Sex: starosti a radosti: sexuální hry pro muže a ženy*. Praha : Triton. ISBN: 978-80-7387-084-3.

- KUBÍK, J., 2010. *Sexualita bez tabu*. Brumovice : Carpe diem. ISBN: 978-80-87195-10-9.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN: 978-802-4720-692
- LAIKER, G., 2008. *Maternity Nursing: An introductory text*. St. Louis: Mosby Elsevier. ISBN: 978-1-4160-4870-1.
- LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1284-9.
- LANGROVÁ, P. a Y. Vrublová, 2013. Vliv způsobu porodu na ženskou sexualitu. *Česká gynekologie*. Č. 6, s. 584 – 588. ISSN: 1803-6597.
- LEITE, A., et al, 2009. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras*. Num. 55, p. 536-568. ISSN:0104-4230.
- MIKULANDOVÁ, M., 2007. *Těhotenství, porod a šestinedělí: nejčastěji kladené otázky a odpovědi*. Brno: Computer Press. ISBN: 978-80-251-1470-4.
- ODENT, M., 2013. *Přirozené funkce orgasmů při milování, porodu a kojení: přímé cesty k transcedenci*. Praha: Maitrea. ISBN: 978-80-87249-43-7.
- PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-653-3.
- PASTOR, Z., 2007. *Sexualita ženy*. Praha : Grada. ISBN: 978-80-247-1989-4.
- PASTOR, Z., 2010. *Tajemství ženské sexuality*. Kralice na Hané: Computer Media. ISBN: 978-80-7402-070-4.
- RASTISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o.. ISBN: 978-80-254-2186-4.

REPKOVÁ, A., 2008. *Psychofyzická příprava na pôrod*. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita. ISBN: 978-80-89352-21-0.

ROZTOČIL, A., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1941-2.

SAFARINEJAD, M., et al., 2009. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *Journal of Sexual Medicine*. Num. 6, p. 1645-1667. ISSN: 1743-6109.

SLEZÁKOVÁ, L., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3373-9.

STADELMANN, I., 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. Praha: One Woman Press. ISBN: 978-80-86356-50-1.

STADLMAYR, W., et al., 2006. *Memory of childbirth in the second year: The long effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers* *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Num. 27, p. 211 – 224. ISSN: 0167-482X.

STOPPARD, M., 2007. *Těhotenství: od početí k porodu*. Praha: Fragment. ISBN: 978-80-253-0438-9.

ŠULISTOVÁ, R. a M. TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN: 978-80-7394-246-5.

ŠULOVÁ, L., et al., 2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. ISBN: 978-80-7345-238-4.

ŠVARŤÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ, 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0644-6.

ŠPATENKOVÁ, N., 2011. *Krizová intervence pro praxi. 2.* Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2624-3.

TAKÁCS L., et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace.* Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5127-6.

TEPPERWEIN, K., 2014. *Dokonalé partnerské vztahy: tajemství lásky, sexuality a harmonie.* Olomouc: Fontána. ISBN: 978-80-7336-755-8.

TOMAGOVÁ, M. a I. BÓRIKOVÁ, 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve.* Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-270-0.

URBANOVÁ, E., 2010. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy: v dimenziách ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie.* Martin: Osveta. ISBN: 978-80-8063-343-1.

VIGUÉ, J. (edi.), 2006. *Zdravý sexuální život.* Praha : Rebo Productions. ISBN: 80-7234-537-0.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2007. *Praktický slovník medicíny.* Praha: Maxdorf. ISBN: 978-80-7345-123-3.

VRZÁČKOVÁ, P., 2014. Sexualita v graviditě. *Prakt Gyn.* č. 18, s. 142-144. ISSN: 1211-6645.

VRUBLOVÁ Y. a V. TOMANOVÁ, 2006. Sexualita v těhotenství. *Sborník z kongresu Pardubice 2006.* [online]. [cit. 2016-10-04]. Dostupné na: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2007012704>.

WEISS, P., 2010. *Sexuologie.* Praha : Grada. ISBN: 978-80-247-2492-8.

ZÁHUMENSKÝ, J., 2007. *Močová inkontinence a sexualita v těhotenství a po porodu.* Praha. Disertační práce. 1.lékařská fakulta v Praze.

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Milostné polohy

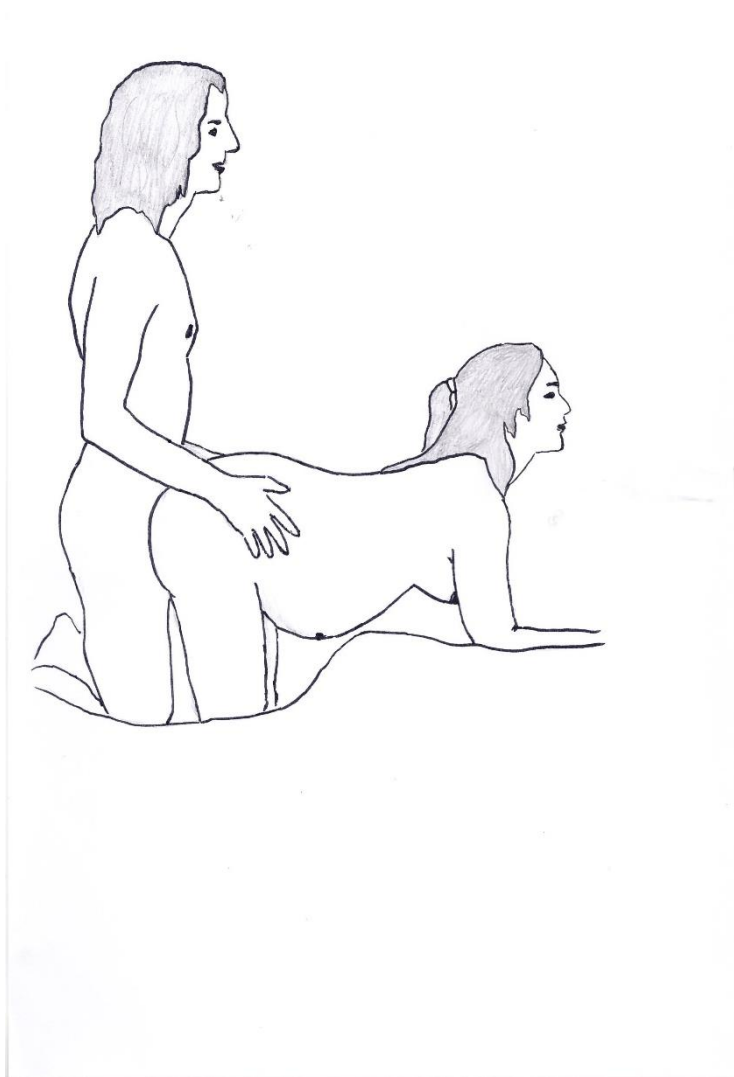
Příloha 2 – Informovaný souhlas ke spolupráci

Příloha 3 – Otázky rozhovoru s respondentkami

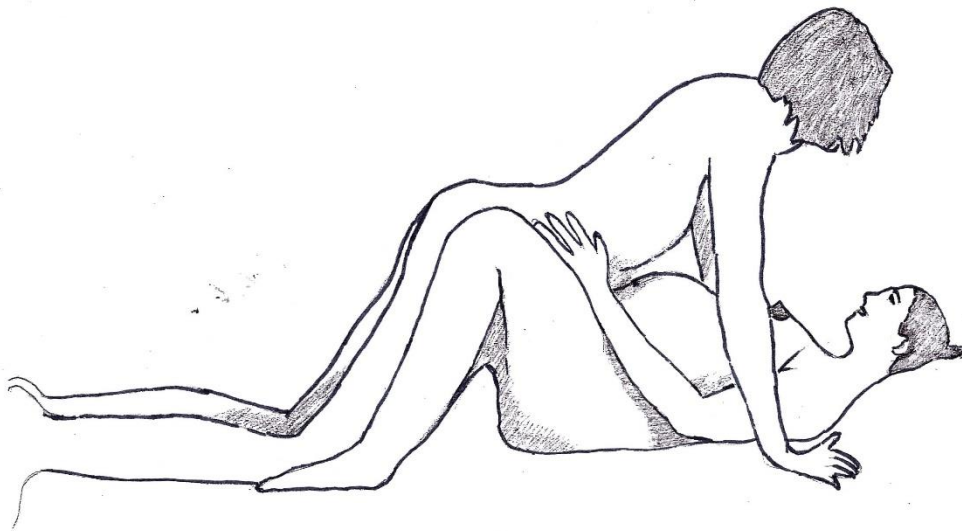
Příloha 4 – Seznam tabulek a schémat

Příloha 1 – Milostné polohy

Zdroj: Vlastní



Žena klečí na všech čtyřech, lokty se opírá o navršené polštáře. Muž do ženy vstupuje zezadu a zároveň ji může držet v pase nebo ji masírovat či hladit na zádech.



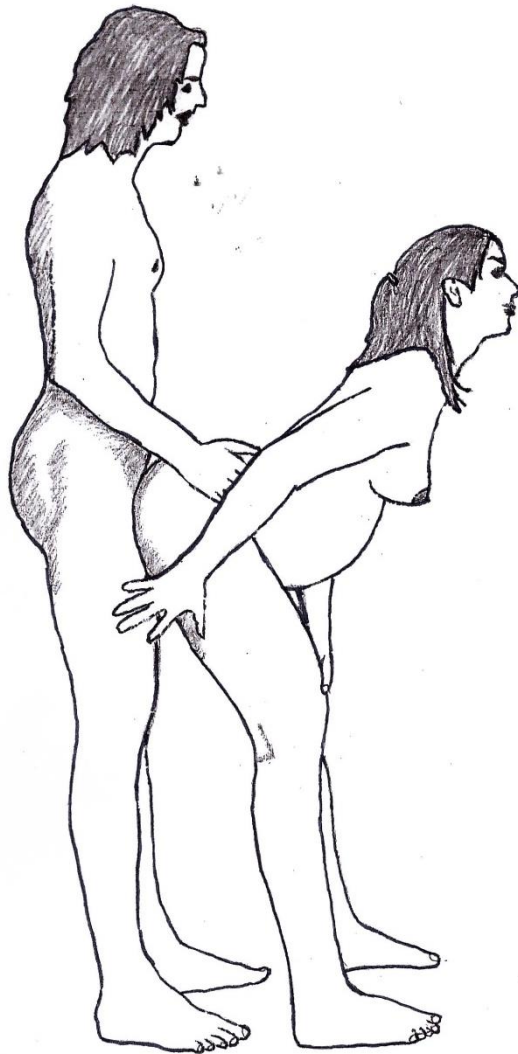
Žena ležící na zádech, nohy má pokrčené a kolena od sebe. Muž naléhá mezi stehny partnerky v pokleku a svou váhu přenáší na ruce, o které se opírá, tak aby zabránil tlaku na břicho.



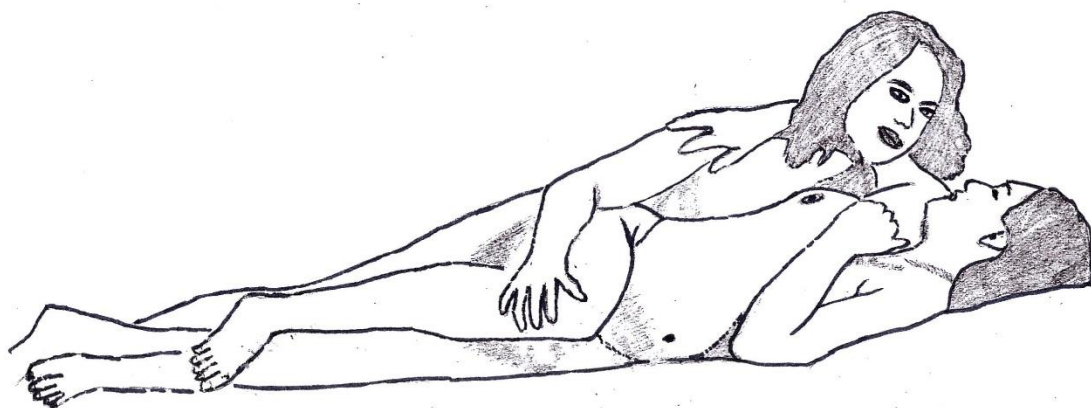
Žena, která leží na okraji, má nohy volně spuštěné na zem. Muž, který klečí na zemi mezi stehny partnerky může při milování ženě hladit ňadra, což může opět způsobovat ženě větší rozkoš.



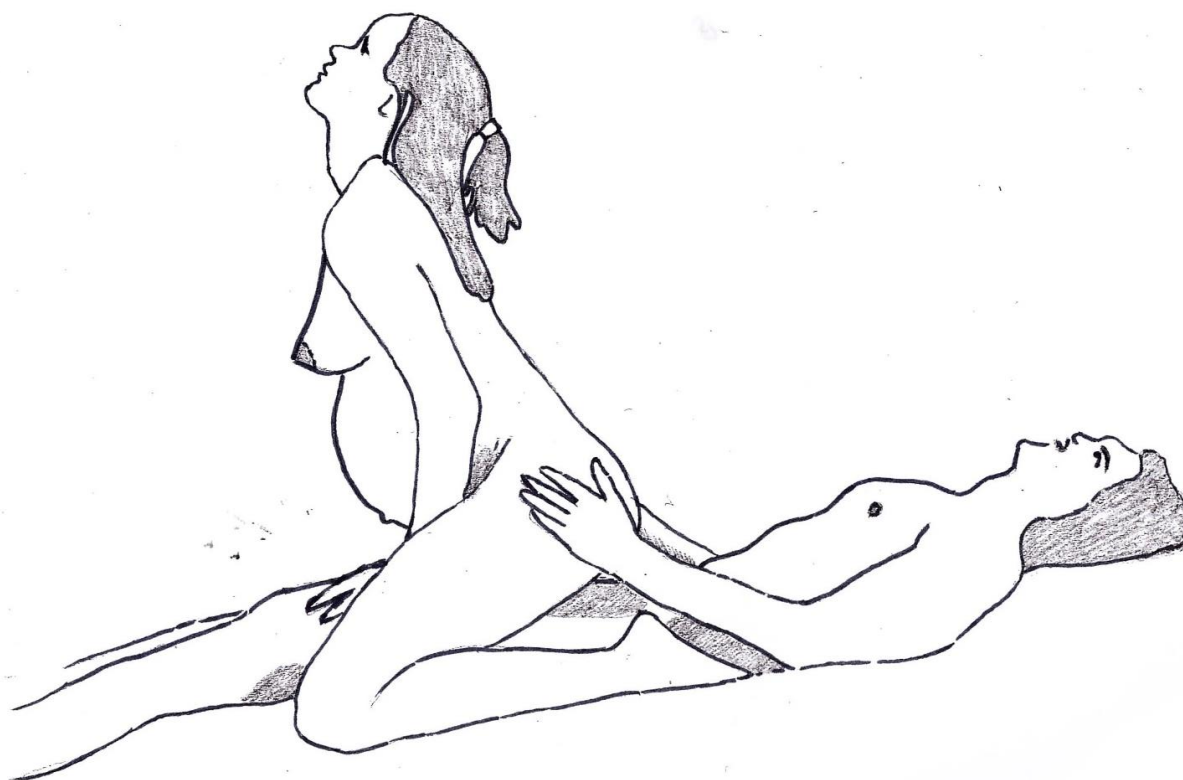
Při poloze, kdy muž sedí, mohou partneři zvolit buď kraj postele nebo židli. Žena sedí na partnerovi, zády k němu. V této poloze si opět žena může zvolit své tempo, které jí vyhovuje.



Oba partneři stojí, žena, která je zády k partnerovi, je mírně předkloněná. Partner může držet ženu v pase nebo ji hladit po zádech. Při této poloze si opět žena sama reguluje frekvenci, intenzitu a hloubku průniku penisu.



Partneři leží vedle sebe na stejném boku a muž do ní vstupuje zezadu. Partner při této poloze může ženě rukou stimulovat klitoris, a tím milování ještě více zpříjemnit.



Žena sedí obkročmo na partnerovi, který leží na zádech. V této poloze si žena sama ovlivňuje hloubku průniku penisu do pochvy. Žena může být otočena k partnerovi čelem nebo zády.

Příloha 2 – Informovaný souhlas ke spolupráci

Zdroj: Vlastní

Informovaný souhlas ke spolupráci

Vážená respondentko,

jmenuji se Markéta Odložilíková a studuji třetím rokem na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích obor: Porodní asistentka. Píši bakalářskou práci na téma: Sexualita žen v těhotenství a po porodu. Tímto Vás žádám o spolupráci, jedná se o sběr informací pro výzkumnou část bakalářské práce. Získaná data budou využita pouze pro zpracování dat pro bakalářskou práci se zřetelem na zachování anonymity.

Předem děkuji,

Markéta Odložilíková

Datum:

Podpis respondentky:

Podpis studentky:

Příloha 3 – Otázky rozhovoru s respondentkami

Zdroj: Vlastní

1. Jak probíhala Vaše příprava na porod?
2. Jak jste vnímala tělesné změny, které během těhotenství nastaly?
3. Jak jste prožívala Vaše těhotenství po psychické stránce?
4. Jak jste prožívala Váš poslední porod?
5. Můžete porovnat Váš sexuální život před těhotenstvím a v období těhotenství?
6. Jak jste vnímala Váš sexuální život po porodu?
7. Jaké jste měla informace o sexuálním životě v těhotenství?
8. Jaké informace jste měla o sexuálním životě po porodu?
9. Jaké informace Vám ohledně sexuality v období těhotenství a po porodu chyběly?
10. Jakým způsobem, popř. od koho jste informace ohledně sexuálního života získávala?

Příloha 4 – Seznam tabulek a schémat

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentek	42
Schéma 1 Hlavní kategorie a podkategorie	44
Schéma 2 Zdroje informací.....	45
Schéma 3 Informovanost žen.....	46
Schéma 4 Vnímání těla	47
Schéma 5 Psychické prožívání	48
Schéma 6 Pohlavní styk	49
Schéma 7 Nekoitální aktivity.....	50
Schéma 8 Zdroje informací.....	51
Schéma 9 Informovanost žen.....	52
Schéma 10 Způsob vedení porodu.....	53
Schéma 11 Zahájení sexuálního života.....	54
Schéma 12 Pohlavní styk.....	55