

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

Lud'ka Smilková

Sexualita ženy v těhotenství a po porodu
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2011

ANOTACE

Název práce: Sexualita ženy v těhotenství a po porodu

Název práce v AJ: The female sexuality in pregnancy and after delivery

Datum zadání: 2011-01-21

Datum odevzdání: 2011-05-09

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Porodní asistence

Autor práce: Ludka Smilková

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Abstrakt :

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat ženskou sexualitu v těhotenství a po porodu. Teoretická část popisuje ženskou sexualitu, její vývoj v historii, změny sexuálního života v těhotenství a po porodu. V praktické části jsou interpretovány výsledky dotazníkového šetření. Pro účely kvantitativního výzkumu byl použit anonymní nestandardizovaný dotazník. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo že, partneři o svém sexuálním životě mezi sebou otevřeně hovoří, nejčastějším zdrojem informací o sexualitě v těhotenství je internet. Během celého těhotenství sexuálně žila většina žen. V poporodním období zahajuje většina partnerů intimní život ihned po ukončení šestinedělí. Lze tedy konstatovat, že ženská sexualita v období těhotenství a po porodu je na dobré úrovni a nadále se vyvíjí pozitivním směrem.

Summary:

The aim of the thesis was to map the female sexuality in pregnancy and after delivery. Theoretical part describes the female sexuality, its development in the history, changes of the sexual life in the pregnancy and after delivery. In practical part the results of the survey are interpreted. There was used anonymous non-standard questionnaire for the purposes of the quantitative research. The survey says that the partners talk about their sexual life outright, the most common source of the

information about sexuality in pregnancy is the Internet. Most of the women had sex during the whole pregnancy. After the delivery most of the partners start with the intimate life immediately after confinement. Consequently it can be claimed that the female sexuality in pregnancy and after delivery is on the good distinction and it is evolving in a positive way.

Klíčová slova v ČJ:

Ženská sexualita, těhotenství, porod, šestinedělí

Keywords:

female sexuality, pregnancy, delivery, confinement

Rozsah: 57 stran, 1 příloha

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Sexualita ženy v těhotenství a po porodu“ vypracovala samostatně pod vedením své vedoucí bakalářské práce a použila jen uvedené informační zdroje.

V Olomouci dne 7. května 2011

Lud'ka Smilková

.....

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, mateřským centrům v Prostějově a privátní porodní asistentce Radmile Dorazilové za umožnění realizace průzkumného šetření, MUDr. Petře Strbáčkové za cenné rady a celé své rodině za podporu a zázemí.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. POHLED DO HISTORIE	8
1.1 Pohled do pravěku	8
1.2 Pohled do starověku	8
1.3 Pohled do středověku	9
1.4 Pohled do novověku	10
2. ŽENSKÁ SEXUALITA	11
2.1 Vývojové fáze v životě ženy	11
2.2 Ženský sexuální cyklus	13
2.3 Sexuální hormony	13
2.3.1 <i>Androgeny</i>	14
2.3.2 <i>Estrogeny</i>	14
2.3.3 <i>Progesteron</i>	15
2.3.4 <i>Prolaktin</i>	15
2.3.5 <i>Oxytocin</i>	16
3. TĚHOTENSTVÍ	17
3.1 Změny spojené s graviditou	17
3.1.1 <i>Somatické změny</i>	18
3.1.2 <i>Změny psychické</i>	20
3.2 Sexualita v graviditě	20
3.2.1 <i>Sexualita v graviditě opředená mýty a pověrami</i>	21
4. POROD A ŠESTINEDĚLÍ	24
4.1 Muž u porodu ano či ne?	24
4.2 Hojení porodních poranění	25
5. ŠESTINEDĚLÍ	26
5.1 Mateřské změny	26
5.2 Psychické změny	27
6. SEXUALITA PO PORODU	29
7. CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	30
8. METODIKA	31
8.1 Metoda výzkumného šetření	31

8.2 Charakteristika souboru respondentů	31
8.3 Realizace výzkumného šetření	33
8.4 Zpracování dat	33
9. INTERPRETACE DAT VE VZTAHU K CÍLŮM.....	34
9.1 Interpretace dat k cíli č.1.....	34
9.2 Interpretace dat k cíli č.2.....	37
9.3 Interpretace dat k cíli č.3.....	41
9.4 Interpretace dat k cíli č.4.....	45
9.5 Vedlejší výstupy výzkumného šetření.....	49
10. DISKUZE.....	50
11. ZÁVĚR.....	53
LITERATURA.....	55
INTERNETOVÉ ZDROJE.....	57
PŘÍLOHA	

ÚVOD

Sexualita ženy byla dlouhá léta tabuizována, na její prožitek nebyl brán zřetel, hrála druhořadou úlohu. Sloužila pouze k uspokojení potřeb muže a byla předurčena k reprodukci (Pastor, 2008, s.32-34). Těhotenství a porod jsou velmi významnou vývojovou krizí v životě ženy. V době těhotenství se žena vyrovnává s velkým množstvím zásadních životních změn. Každá těhotná žena potřebuje v období gravidity podporu partnera a rodiny (Ratislavová, 2008, s. 16-17).

S příchodem dítěte do rodiny nastává u ženy, ale i u obou partnerů, velká změna, stávají se rodiči. Žena věnuje všechen čas dítěti, je unavená, stupňuje se pracovní a emotivní zátěž, na partnera nemá tolik času jako dřív. Může dojít k vyčerpání, depresi, což může mít vliv na sexuální život partnerů. Ženu může trápit porodní poranění, únava, ale také pocit, že partnera nepřitahuje. Spoustu žen se trápí po porodu přebytečnými kilogramy, mají pocit, že jsou pro partnera málo přitažlivé. Neschopnost řady partnerů otevřeně mluvit o své sexualitě, pocitech a přání se pak stává obrovským problémem, které mohou vyústit až v manželskou krizi (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 95-96).

Sexualita v těhotenství je opředená řadou mýtů a pověr, které mohou ovlivnit postoj obou partnerů. Pro laickou veřejnost jsou dostupné informace ve formě brožur a knih o problematice kojení, vedení a komplikacích porodu, ale kvalitní informace o sexuálním životě v období těhotenství a po porodu chybí.

1. POHLED DO HISTORIE

Sexualita provází člověka celý život, od prvopočátku až po současnost. Přináší sebou celou řadu krásných prožitků, obohacuje náš duševní život. Lidé se až dosud rodili na základě pohlavního styku. Člověk, který se naučil úspěšně přežívat, hledal také způsob, jak si svůj život co nejvíce zpříjemnit (Janiš, 2007, s. 5-8).

1.1 POHLED DO PRAVĚKU

Homo sapiens přebýval v horských převisích a slujích, jeho myšlenky se soustřeďovaly na dvě základní otázky a to na přežití a smrt. Sexualita a plodnost se v této době zdůrazňovala mateřskými atributy, které byly i umělecky ztvárňovány. Žena byla považována za matku skupiny, vnímána jako předávající život dalším pokolením a za spojnicí mezi zemřelými a živými (Bellinger, 1998, s. 86).

1.2 POHLED DO STAROVĚKU

Synonymem starověku je civilizace starých Egyptanů. V jejich sexuálním životě převládalo monogamní manželství. V té době byla běžná homosexualita, bisexualita, incest, pedofilie i nekrofilie (Janiš, 2007, s. 15-18). V tomto období se začínají objevovat první odborné texty z gynekologie, jako např. antikoncepční metody ve formě tamponů, čípků a roztoků. Pohlaví budoucího dítěte určovali pomocí moče (Bellinger, 1998, s. 92-94). Dalším obrázkem sexuálního života Egyptanů jsou jejich pohřební místnosti. Jejich nástěnné malby zachycují ukázky orálního i análního sexu, masturbaci i zoofilii (Janiš, 2007, s. 17).

V Babylonu převládalo jednoženství, jen bohatí muži si mohli dopřávat vedlejší manželky. Povolen byl i rozvod. Zákon zakazoval předmanželský styk, potrat a přísně je trestal. Trestala se nevěra, incest, homosexualita i kuplířství

(Bellinger, 1998, s. 92-94). Nebylo vyjímkou soužití dvou bratrů s jednou ženou. Také se tolerovalo, když si žena vydržovala doma mladé milence. Ženská homosexualita nebyla stíhána zákonem, nesměla ale vést k veřejnému pohoršení (Talaj, 2001, s. 49).

Za centrum sexuální výstřednosti byl považován Řím. Kolují o něm legendy. Poprvé zde padlo slovo *sexus*. Jako první tento výraz použil Cicero ve spisech o řečnickém umění (Janiš, 2007, s. 15-18). Pohlavní život Římanů začínal brzy.

U dívek ve 12 letech a u chlapců přibližně ve 14 letech. Sexualita byla naprosto běžná, bez jakéhokoliv studu a skrývání (Talaj, 2001, s.45-48). Ženy neřešily jen problém jak neotěhotnět, ale řešily také problém jak otěhotnět. Byly doporučovány různé polohy při sexuálním styku, postupy, tak aby žena otěhotněla (Janiš, 2007,s.16).

1.3 POHLED DO STŘEDOVĚKU

Začíná období sexuální zdrženlivosti, vznikají nové zákony o sexuálním chování. Žena je považována za hříšnou a hříšný je i styk s ní. Díky novému náboženství vstupuje do popředí manželská věrnost, bojuje se proti cizoložství a proti rozvodům. Rostoucí vliv církve začíná ovlivňovat pohled na sexualitu. Ta se stává tabu. Pohlavní styk je zlo, hříšná je i myšlenka na něj (Bellinger, 1998, s. 90-92).

Církev v 6.-9. století se pokoušela omezit počet dnů, kdy se mohl manželský pár oddávat sexu. Byl zakázán styk ve středu, v pátek, v neděli, čtyřicet dní před vánocemi a velikonocemi a tři dny před přijímáním. Sexuální abstinence měla být také v období od početí do čtyřiceti dnů po porodu (Janiš, 2007, s. 19). Z přelomu 14. a 15. století pochází vynález zvaný pás cudnosti, který byl zhotoven za účelem ochrany věrnosti. Účinnost pásu, podle dochovaných záznamů byla ale mizivá. Vždy byl totiž vyroben i druhý klíč, který byl mnohem dražší, než celý pás (Janiš, 2007, s. 64).

1.4 POHLED DO NOVOVĚKU

V 16. století dochází k velkému náboženskému třesku. Diskutuje se o náboženství, o manželském sexu, předmanželských zkušenostech, citlivě se přistupuje i k problematice panenství. Cílem je snížit přenos a výskyt pohlavních nemocí, boj proti prostituci (Bellinger, 1998, s. 94-99). Objevují se první předchůdci prezervativů, v tropických oblastech se používali jakési obaly na penis z palmových listů. V Číně se používal naolejovaný hedvábný papír, prasečí střevo, také se používal rybí měchýř, kozí měchýř. Koncem 19. století byly kondomy nahrazeny gumovými prezervativy (Janiš, 2007, s. 155-158). Ve 20. století odborná literatura otevřeně popisuje různé sexuální praktiky jako normální. Postoj k sexualitě se mění, zlepšuje se kontracepce, fyzický styk má vyšší užitek, na druhé straně se zvyšuje výskyt sexuálních dysfunkcí, stoupá frekvence sexuálně přenosných chorob (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 87-88).

2. ŽENSKÁ SEXUALITA

Ženská sexualita je komplikovaná a promítá se do ní mnoho psychosociálních aspektů. Nemůžeme ji posuzovat jen jako správně fungující genitální reakci. Lidská sexualita zajímá lidstvo od nepaměti. Existuje v mnoha různých podobách. Slouží k plození dětí, je projevem partnerské lásky. Sexualita je krásná a přirozená a patří k člověku naprosto neodmyslitelně.

2.1 VÝVOJOVÉ FÁZE V ŽIVOTĚ ŽENY

Žena prochází v životě několika etapami, ty jsou závislé na funkci hypothalamo-hypofýzo-ovariální osy. Tato období jsou charakteristické buď stavem klidovým nebo obdobím hormonálně aktivním (Roztočil, www.levret.cz, online).

- *Prenatální období* - již v těhotenství se vytváří budoucí základ sexuality. Tvoří se pohlavní orgány a vyvíjí se psychika. Zakládá se pozdější preference -heterosexualita, homosexualita (Fajeta, 2004, s.55-59).
- *Novorozenecká hormonální reakce* - prvních 21dnů po porodu je novorozené děvčátko pod vlivem mateřských steroidů, během krátké doby jsou z organismu dítěte vyloučeny (Roztočil, www.levret.cz, online).
- *Kojenecký věk* - v tomto období je nejdůležitější pro dítě matka, poskytuje mu pocit bezpečí, pocit tepla. Je také naplněna jeho touha a potřeba sát (Fajeta, 2004, s. 55-59).
- *Předškolní věk* - v tomto období se začíná dítě zajímat o své tělo, pozoruje jiné děti, své rodiče, sourozence. Zajímá se o své tělo, hraje si s genitáliemi, řada dětí začíná masturbovat, je to přirozený jev, toto období je charakteristické funkčním klidem v oblasti pohlavních orgánů, ráz těla je neutrální (Roztočil, www.levret.cz, online).
- *Mladší školní věk* - je to období prvních platonických lásek, přátelství a důvěry. Srovnává se s rodičem stejného pohlaví. Je to citlivé období, zvláště když jsou velké problémy v rodině. Mohou mít negativní dopad pro další

vývoj (Fajeta, 2004, s. 55-59).

- *Puberta* - rychlý nástup tělesného a hormonálního rozvoje. Psychický rozvoj zaostává. Navazují se první vztahy, první zkušenosti se sexualitou. Někteří jedinci nachází právě v tomto období svou sexuální orientaci. U dívek se objevuje první menstruace (menarché). Zpočátku převládají anovulační cykly, během dvou let dochází k pravidelným ovulačním cyklům. Pohlavní zralosti dosahuje žena asi mezi 18.- 20. rokem života. Je ukončen vývoj primárních pohlavních znaků ,jako pravidelný ovulační cyklus, vývoj dělohy, pochvy, zevních rodidel. Dokončen je i vývoj sekundárních pohlavních znaků, vývoj prsů, ženský typ ochlupení, ženské rozložení podkožního tuku (Roztočil, www.levret.cz, online).
- *Mladší dospělost (do 35let)* - nejvhodnější období pro mateřství a rodičovství. Je to také doba nejvyšší sexuální výkonnosti. Díky dobrému fyzickému stavu a zkušenostem je toto období dokonalým prožíváním sexuality (Fajeta, 2004, s. 55-59).
- *Střední věk – klimakterium (do 48 let)* - období charakteristické pro tzv. krizi středního věku, bývá jak u mužů, tak u žen. Děti odcházejí od rodičů a partneři hledají nový smysl a náplň života. V tomto období také dochází k novým partnerským vztahům. Je to období přechodu mezi plodným věkem ženy a začátek senia, období poslední menstruace, menopauza, dochází k poklesu hormonální činnosti ovarií a k hormonální nerovnováze, nastávají specifické změny ve fyziologii ženy, je to náročné období v životě ženy (Roztočil, www.levret.cz, online).
- *Senium – stáří* - asi po 55. roce života zcela vyhasíná činnost ovarií, nastává involuce pohlavních orgánů i sekundárních pohlavních znaků (Roztočil, www.levret.cz, online). Snižuje se libido, nastávají poruchy sexuálních funkcí. Toto období může být i sexuálním, ale ve většině případů je na úrovni pouze doteků a hlavně porozumění a trpělivosti (Fajeta, 2004, s.55-59).

2.2 ŽENSKÝ SEXUÁLNÍ CYKLUS

V šedesátých letech minulého století se podařilo americkému vědci Masterovi popsat fáze sexuálního prožitku u muže a ženy. Má čtyři fáze, které se akceptují dodnes. Excitace, plato, orgasmus a uvolnění.

Při excitaci dochází ke vzrušení a to vlivem buď vlivem psychogenním nebo pomocí tělesné stimulace. Postupem času dojde k nárůstu sexuálního vzrušení. Závisí na délce a intenzitě sexuálního dráždění. Tato fáze trvá chvíli, ale i desítky minut.

Ve fázi plato dochází k maximálnímu nárůstu sexuálního vzrušení, u některých žen k orgasmu. Ten trvá několik sekund. U ženy bývá orgasmus slabší a delší, mužský intenzivnější a kratší. Uvolní se cévní měštnání a svalové napětí. Smyslový vjem orgasmu ženy lokalizujeme do malé pánve, klitoris, pochvy a dělohy. Orgasmus ženy pociťují jako pocit uvolnění, pocit tepla a opakované stahy poševního vchodu.

Po orgasmu přichází fáze uvolnění, nastupuje pozvolna a trvá déle než u mužů. Některé ženy jsou schopné se z fáze uvolnění vrátit zpátky k dalšímu orgasmu, za předpokladu opětovného sexuálního dráždění. U mužů po fázi uvolnění nastoupí refrakterní fáze, v této době nejsou schopni dosáhnout erekce, v pohlavním styku nemohou pokračovat (Pastor, 2007, s.32-34).

Aby žena prošla všemi fázemi, potřebuje osm až až dvacet minut. Muž může projít všemi fázemi během jedné minuty (Praško, Trojan in Ratislavová, 2008, s.66-67).

2.3 SEXUÁLNÍ HORMONY

Endokrinní a nervový systém je propojen a spolupracuje velmi úzce. Základ sexuálního chování lidí je biologický. Centrální nervový systém, area thalamu, přední hypothalamický region limbickohypokampálních struktur jsou zodpovědné za sexuální vzrušení. Přenos signálu nastává pomocí parasympatického a

sympatického nervového systému (Pastor, 2005, s. 9-22).

Významný podíl na sexuálních funkcích ženy má i svalové pánevní dno, diafragma urogenitale a musculus levator ani. Schopnost orgasmického prožitku zajišťuje musculus bulbocavernosus a musculus ischiocavernosus. Při dyspareurii, vaginismu, může být příčinou hypertonie. Hypotonie může způsobit klitoridální anorgasmii (Zvěřina, 2003, s.115).

2.3.1 ANDROGENY

Testosteron, nejvýznamnější a nejdůležitější hormon, androgenní povahy. Je přirozeným anabolickým hormonem u muže i u ženy. Testosteron působí u obou pohlaví na libido, na růst vlasů, vousů a na hlas. Zdrojem testosteronu u žen jsou vaječníky a také kůra nadledvinek (Pastor, 2005, s.32-37).

Pokles sexuální touhy, nezájem o sex, nízká vzrušivost, deprese, osteoporóza, ale také zvýšení tělesného tuku má za následek nízká hladina testosteronu.

Hypotestosteronémie se může projevit také snížením pubického ochlupení (Čepický, 2005, s. 23-27).

Při dlouhotrvající zvýšené hladině androgenů může dojít k maskulinizaci až virilizaci. Při maskulinizaci dochází u žen k poruchám menstruačního cyklu, zvýšením libida, alopecii, hirsutizmu. Při virilizaci se ženské tělo mění, dochází k hypertrofii svalstva, hlas hrubne, objevují se příznaky maskulinizace (Čepický, 2005, s. 23-27).

2.3.2. ESTROGENY

Estrogeny mají zásadní vliv na ženské sexuální chování a prožívání. Jsou to steroidy, které jsou produkovány folikulárními sekrečními buňkami ovarií. Zvyšují sexuální spontánnost, vzrušení. Podílí se na zvýšení vaginálního, klitoridálního a uretrálního cévního průtoku. Mají příznivý efekt na trofiku a sekreci genitálu (Pastor, 2005, s. 32-37). Díky estrogeneru se výrazně zlepšuje lubrikace, zvyšuje se tonus

pochvy. Podílí se na změnách, které zajišťují příznivé pH pochvy, přirozenou poševní mikrofloru. Důležitý je také účinek centrální, ten působí na emoční rozpoložení ženy, ovlivňuje příznivě sexuální apetenci (Zvěřina, 2003, s. 118). Při výrazně nízké hladině estrogenů - hypoestrismus, dochází k poklesu libida, schopnosti vzrušení, schopnosti dosáhnout orgasmu. Hypoestrismus také způsobuje atrofii vaginy a vulvy, chybí zvlhčení a pohlavní styk se stává bolestivým a nepříjemným (Pastor, 2007, s. 9-22).

2.3.3. PROGESTERON

Progesteron je gestagen, patří do skupiny steroidů. Kůra nadledvin a thekální buňky ovariálních folikulů jsou hlavním místem biosyntézy u netěhotných žen. Žluté tělísko při otěhotnění přebírá syntézu a od 8. týdne gestace přebírá syntézu placenta (Pastor, 2007, s.9-22). Progesteron může snížit pokles libida, na ženskou sexualitu může mít špatný vliv, jeho hlavní úkol je ale ochranný, v době těhotenství zajišťuje snížení kontraktility dělohy (Fait, 2004, s. 133-137).

2.3.4. PROLAKTIN

Prolaktin je polypeptid, vzniká v předním laloku hypofýzy. Fyziologická hladina prolaktinu je důležitá pro normální reprodukční funkci, je zvyšován účinkem estrogenu a progesteronu. Zásadní je pro kojení, hlavní úloha prolaktinu je zahájení a udržení laktace. Hladina se zvyšuje už během těhotenství, v době po porodu je až desetinásobně zvýšená. Snížení hladiny prolaktinu může mít za následek nemožnost kojení, poruchy menstruačního cyklu, narušenou ovulaci. Při vyšších hodnotách dochází k amenoree, také negativně působí na libido (Weiss, Kršek, 2005, s. 28-34).

2.3.5. OXYTOCIN

Je hormon, který se tvoří v hypotalamických jádrech a je uvolňován z hypofýzy. Jeho uvolňování je stimulováno při kojení a také při mechanickém napínání dělohy, cervixu vaginy a vulvy, při porodu, ale také farmakologicky. Pod jeho vlivem dochází u žen ke kontrakcím při porodu i k ejakci mléka. Významně reguluje sexuální a mateřské chování. Oxytocin působí na matky po porodu, zajišťuje intimní kontakt mezi matkou a dítětem, podobně působí i mezi mužem a ženou. Zvýšené vyplavování vyvolává pocit uspokojení, je součástí biochemických pochodů při orgasmu, označuje se jako „hormon věrnosti“ (Stárka, Tošner, www.gyne.cz, online). Během sexuálního vzrušení u ženy i u muže dochází k nárůstu cirkulujícího oxytocinu. Zvýšená hladina oxytocinu bývá u multiorgastických žen (Vaškovský, 2007, s. 124).

3. TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství patří k základnímu naplnění biologického smyslu sexuálního života (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s. 87). Pro ženu představuje těhotenství a následně porod velmi významnou životní etapu. Dochází ke změnám v mnoha oblastech a to v oblasti somatické, fyziologické, endokrinní, psychické, ale i sociální. Žena se musí vyrovnat s řadou změn, které těhotenství přináší. Vývoj a průběh těchto změn a reakcí ženy v době gravidity závisí z velké míry na osobnosti těhotné, na věku, na jejím sociálním a ekonomickém zázemí, ale také na tom, jaký žena zaujme k těhotenství postoj. Zda je připravena na roli budoucí matky. Těhotná žena musí přivyknout nové životní roli, někdy změnit své chování, přizpůsobit životní styl novému stavu a začlenit se do role matky (Ratislavová, 2008, s. 16).

3.1 ZMĚNY SPOJENÉ S GRAVIDITOU

Během těhotenství dochází k řadě změn, mění se tělo ženy. Tělesná hmotnost stoupá, mění se i tvar postavy, na kůži je výraznější pigmentace, objevit se mohou strie, zvětšují se prsa (Ratislavová, 2008, s. 17). Vedle somatických změn se objevují změny i psychické. Těhotenství ovlivňuje psychiku obou partnerů, promítá se i do jejich sexuálního života. Jen málo žen přistupuje k těhotenství zcela bez obav. Změny spojené s těhotenstvím mohou vést ke zvýšené nervozitě, podrážděnosti, neadekvátním reakcím při stresových situacích. Objevit se můžou poruchy spánku, zvýšená plačtivost, deprese. Ženy někdy reagují podrážděně na výskyt somatických změn, zvracení, pálení žáhy, bolesti zad, dušnost, omezená pohyblivost, zvláště ke konci těhotenství. Trápit je může i zácpa, otoky dolních končetin a výskyt varixů na dolních končetinách (Vrublová, Tomanová, www.planovanirodiny.cz, online). Vedle psychických a tělesných změn se objevují také změny v endokrinním systému. V průběhu těhotenství produkuje organismus estrogeny a progesteron. Hladina v průběhu gravidity prudce stoupá. Estrogen působí pozitivně na tkáň, dochází k změkčení a tím k přípravě porodních cest na

porod. Jako negativním důsledkem působení estrogenů mohou být křečové žíly a bolesti zad. Progesteron zabraňuje předčasnému porodu, rozšiřuje krevní cévy a snižuje krevní tlak, tím se mohou někdy objevit u gravidní ženy mdloby. Progesteron také zpomaluje činnost trávicí soustavy, zvyšuje tělesnou teplotu, má za následek změny nálady, zrychluje dýchání a může přispět k žaludečním potížím (Ratislavová, 2008, s. 17).

3.1.1. SOMATICKÉ ZMĚNY

Těhotenství ovlivňuje celý organismus ženy, výrazně působí na její duševní život. Během těhotenství, porodu a následně mateřství prochází organismus ženy řadou změn. Změny, kterými žena prochází se nikdy nevrátí do původního stavu (Pečená, 1999, s.147-152).

Z psychických změn se objevuje labilita, přecitlivělost, lítostivost, úzkost. Některé ženy mají strach z kilogramů navíc, ztráty erotické přitažlivosti, snížení libida nebo i ze ztráty partnera (Bendová, 1994, s.288-291).

Ženy, které mají problémy s početím nebo s opakovanými neúspěchy jsou náchylnější k emočním poruchám, mají obavy z průběhu těhotenství, daleko hůře snášejí těhotenství, mají strach z porodu, z porodního poranění, obávají se ztráty sebekontroly na porodním sále během porodu (Hájek, Binder, 1999, s. 155-159).

Děloha během těhotenství prodělala obrovské změny. Po porodu sahá děloha svým horním okrajem až k pupku. Během deseti dnů po porodu sestoupí do pánve, zavinuje se. K tomu jsou zapotřebí stahy, prvorodička je nemusí ani vnímat, u vícerodiček se objevují nepříjemné tlaky, spíše tupé, při kojení se tyto stahy zvětšují a bývají pro ženu nepříjemné (Pařízek, www.porodnice.com/poporodni změny). Děložní hrdlo je po porodu ochablé, vnitřní branka se uzavírá rychleji než branka zevní, celé hrdlo je pak dobře formováno za tři týdny (Čech, 1999, s. 138).

Po porodu se snižuje prokrvení zevních rodidel, mizí prosáknutí a pigmentace. Křečové žíly na vulvě se zmenší nebo zcela vymizí (Čech, Hájek, Maršál, 1999, s. 138). Svaly pánevního dna postupně získávají tonus, návrat elasticity trvá několik dnů a nikdy nedosáhne původního stavu. Během těhotenství

je svalstvo pánevního dna namáháno, problémy s ochablým dnem pánevním se mohou objevit v podobě ženské inkontinence, výskyt hemeroidů, časté gynekologické potíže, ale také poruchami v oblasti sexuálního života (Vetešníková, Koubová, www.spunt.centrum.cz).

Anatomické poměry se po porodu vždy mění. Po vaginálním porodu se pochva vrací do původního stavu za tři týdny, zůstává však méně pružná, vyhlazují se slizniční řasy, stěna pochvy se snižuje. Vagina je prostornější, poševní vchod volnější. Při porodu je pochva i hráz velice napínána, mohou vzniknout drobné trhlinky až velké ruptury. Aby nedošlo k poranění řitního svěrače, provádí se jako prevence nástřih hráze - epiziotomie. Většina žen vnímá tato poranění velmi citlivě a bolestivě. U některých žen přetrvávají potíže i několik měsíců (Čech, Hájek, Maršál, 1999, s.138-139).

Elasticita břišní stěny se vrací během šesti až sedmi týdnů. Po porodu velkého plodu nebo při vícečetném těhotenství může být patrná diastáza přímých břišních svalů. V důsledku napínání břišní stěny během těhotenství se mohou vyskytnout drobné trhlinky, těhotenské pajizévky, strie. Po porodu se mění na stříbřitě šedé (Pařízek, www.porodnice.com).

Mléčná žláza se připravuje na laktaci již během těhotenství. Po porodu se zvyšuje hladina prolaktinu, ten podporuje mléčnou žlázu k tvorbě mateřského mléka. První dny po porodu, tak jako v graviditě, lze z bradavek vytlačit hustou tekutinu – mlezivo (kolostrum). Od druhého až třetího dne začíná tvorba mateřského mléka. Mateřské mléko je nejdokonalejší stravou pro novorozence. Laktace je složitý děj. Je řízen jak nervově tak hormonálně. Důležitým hormonem je oxytocin. Drážděním bradavek při sání je vyvolán přechod oxytocinu do mateřského oběhu. Oxytocin působí na mlékovody a zároveň na děložní svaly. Žena při kojení pociťuje stahy dělohy, které napomáhají jejímu lepšímu zavinutí (Čech, Hájek, Maršál, 1999, s.139-141).

3.1.2. ZMĚNY PSYCHICKÉ

V prvních dnech po porodu bývá nedělnka unavená, psychika žen je v období

šestinedělí vystavená vysoké zátěži. Podílí se na tom vlivy jak hormonální tak fyzické. Mnoho žen má obavy, zda zvládnou novou roli matky, vedle radosti z dítěte se objevují i stavy skleslosti, nejistoty a obav (Pařízek, www.porodnice.com).

3.2. SEXUALITA V GRAVIDITĚ

Sexuální chování v těhotenství i po porodu se mění vlivem hormonálních a psychosomatických změn. Je zapotřebí pečovat o tuto velice křehkou rovnováhu i v době těhotenství. Harmonický a spokojený vztah pozitivně ovlivňuje intrauterinní vývoj budoucího jedince (Čábelová, 1999, 22 s.). Na počátku těhotenství bývá popisována spíše klesající tendence, uprostřed gravidity stoupající apetence a ke konci těhotenství naopak ztráta libida. Za snížení sexuální apetence v prvním trimestru gravidity může zejména nevolnost, únava, bolestivost a citlivost bradavek. Jsou i ženy, u kterých probíhá gravidita bezproblémově, v tomto případě pak nejsou popisovány větší změny v sexuální aktivitě. Těhotenství může být díky pozitivním fyzickým a psychickým změnám velmi jiskřivým obdobím. Mnoho žen teprve v těhotenství prožije svůj vůbec první orgasmus. Možnost neomezené sexuality otevírá cestu k dosud nepoznaným prožitkům (Pažinková, 1999, s.84-87).

Partnerský vztah se v těhotenství postupně upevňuje a mění z mileneckého na rodičovský. V partnerském soužití se tak do popředí dostává správná komunikace, kdyby si partneři měli sdělovat své pocity, vnímat jeden druhého a snažit se vyhovět navzájem svým potřebám v daném období těhotenství. Gravidita do značné míry ovlivňuje sexuální život. S narůstající délkou gravidity klesá libido, frekvence pohlavního styku, počtu orgasmu. Na kvalitě sexuálního života v těhotenství má velký význam úroveň partnerského vztahu. Pro některé ženy může být těhotenství stav zvýšené psychické zátěže, který negativně ovlivňuje sexualitu páru. Je zapotřebí tento stav respektovat a řídit se spíše potřebou a přáním ženy. Je

nevhodné ze strany partnera na ženu naléhat (Čábelová, 1999, 22 s.).

Názory na sexuální život v těhotenství jsou různé. Někteří autoři sdílí názor, že sex během těhotenství má nepříznivý vliv pro matku i dítě, jiní, že sex má pozitivní vliv. Ženy pak dostávají zbytečně neadekvátní informace o sexuálním chování během těhotenství (Ratislavová, 2008, s. 27).

Nejčastějším zdrojem informací o sexuálním životě v graviditě je literatura, kde ženy najdou informace o jiném uspokojení partnera než koitální technikou. Lékaři ve většině případů předpokládají, že není nutné tyto informace ženě sdělit a většinou pouze doporučí sexuální abstinenci v posledních týdnech před porodem a několik týdnů po porodu. Tyto informace by měli být poskytnuty každé ženě individuálně s ohledem na její věk, psychický a mentální stav (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s.87-98).

3.2.1 SEXUALITA V GRAVIDITĚ OPŘEDENÁ MÝTY A POVĚRAMI

Sexualita v těhotenství je spojována s řadou mýtů, pověr a iluzí. Tyto mýty potom vedou ke zbytečným obavám, pochybnostem a nespokojenosti v oblasti sexuálního života samotného páru. Obavy a stavy úzkosti pak znemožňují prožívat spokojený sexuální život. Jako jeden z hlavních mýtů je představa perfektní souhry v intimním životě. V praxi ale rozhoduje spíše tolerance, přízpusobivost než dokonalá souhra a výkonnost.

Nastávající rodiče se mnohdy obávají, že by pohlavní styk v období těhotenství mohl ublížit plodu nebo samotné ženě. Jen třetina až čtvrtina žen má pohlavní styk během celého těhotenství. Dvě třetiny přerušují sexuální život před 7. měsícem těhotenství (Klotz, Sengersdorf, 1997, s. 34-35).

U žen, které jsou těhotné poprvé je popisováno snížení libida v prvních třech měsících těhotenství. Jako důvod je uváděna obava, že sexuální styk může poškodit plod, ale také strach, nervozita, únava a nevolnost. Výrazné změny v oblasti sexuálního života nepocitují ženy, které již rodily. Ke konci těhotenství u žen klesá sexuální aktivita a libido, schopnost prožít orgasmus se v těhotenství nemění.

Důležitou roli během těhotenství hraje harmonie v partnerském vztahu. Žena, která se těší na příchod dítěte, je spokojená ve vztahu, prožívá většinou sexuální život dobře. Jsou však i takové ženy, které naopak těhotenství použijí jako záminku a v období gravidity partnera odmítají (Klotz, Sengersdorf, 1997, s. 34).

V odborné literatuře se uvádějí jako nejčastější důvody proti pohlavnímu styku během těhotenství: nebezpečí infekce, mechanické poškození, vyvolání kontrakcí, chemické působení prostaglandinů v seminální plazmě mužů, psychogenní faktory - náboženství, předsudky, ale také neinformovanost.

V každé graviditě za fyziologických podmínek existují stabilizační faktory, které udržují těhotnou dělohu v relaxačním postavení (Čábelová, 1999, s. 9-11). Tyto faktory působí ve vzájemné koordinovanosti, nejdůležitější je však průtok krve placentou. Při intimním kontaktu nebo sexuálním styku, kdy žena tyto kontakty pociťuje pozitivně a příjemně, nedochází k stresové obranné reakci a není potřeba se sexuálním stykům vyhýbat (Čábelová, 1999, s. 13).

Riziko nebezpečí infekce připadá v úvahu při otevřeném děložním hrdle, patologickém MOP nebo při odteklé plodové vodě. Zde je vaginální pohlavní styk kontraindikován.

Dostatečná informovanost páru může odbourat některé psychogenní faktory. Často jsou prezentovány neadekvátní rady, názory a postoje v oblasti sexuality, ty nemusí odpovídat současnému stavu vědeckého poznání. Součástí takového pohovoru by mělo být i poučení o možných nekoitálních praktikách, které je možné provádět během celého těhotenství a zákaz se na ně nevztahuje. Postoj k nekoitálním aktivitám je u naší populace velice konzervativní, takže poučení o tomto způsobu uspokojení během gravidity je vhodné vždy (Pažinková, 1999, s.84-87).

Pohlavní styk je dle současných vědeckých poznatků u fyziologické gravidity možný a bezpečný pro matku i plod v celé délce trvání těhotenství, za předpokladu dodržení hygienických zásad a je-li určujícím faktorem přání a potřeba ženy (Čech, Hájek, Maršál, 2006, s.75).

Pohlavní styk je kontraindikován u ženy: s odteklou plodovou vodou, s krvácením z rodidel, s hrozícím potratem, předčasným porodem (Korbel, Nižňanská, Redecha, 2005, s.87-98).

Potvrzené studie neprokázaly vliv koitu na předčasný porod a neprokázal se ani jako rizikový faktor předčasného odtoku plodové vody. Stahy dělohy vyvolané při orgasmu nevedou k vyvolání porodu. Nadále však převažuje názor, že by se měl pohlavní styk omezit v prvních měsících těhotenství z důvodu zvýšeného prokrvení spojeného s podrážděním a mechanickými vlivy. Mohlo by dojít k vyvolání kontrakcí až spontánnímu potratu. Pohlavní styk se také nedoporučuje u rizikových gravidit, kde má žena v anamnéze spontánní potrat nebo předčasný porod, dále při vývojových anomáliích dělohy, příznacích potratu, krvácení, dráždivé dělohy, zkracováním a otevíráním děložního hrdla, placenta praevia a při léčeném vaginálním výtoku (Pažinková, 1999, s.84-87).

4. POROD A ŠESTINEDĚLÍ

Porodem je nazýváno vypuzení plodového vejce z dělohy, ale můžeme ho také chápat jako narození nového jedince, které probíhá ve třech fázích. Během I. doby (otevírací) se porodní cesty otevírají, aby jimi mohl plod projít. Rodička pociťuje děložní stahy (kontrakce), které mají postupně zesilující tendenci a jsou častější. Ve II. době porodní dochází k vlastnímu porození plodu. Při prořezávání hlavičky a porodu ramének může dojít k poranění hráze (perinea). Jako prevence rozsáhlé ruptury, která zasahuje na konečník a střevo, se často provádí nástřih hráze (epiziotomie). Během porodu může dojít i k poraněním čípku děložního nebo vnitřní stěny poševní. Během III. doby porodní je odloučena a porozena placenta. Žena zůstává na porodním sále 2 hodiny, tato doba je někdy nazývána jako IV. doba porodní (Roztočil, 2008, s.109-118).

4.1. MUŽ U PORODU ANO ČI NE?

Nejčastější osobou doprovázející rodičku bývá otec dítěte a jeho vliv je ve většině případů přínosný. Ne vždy je účast otce u porodu vítána či tolerována a ne vždy hraje pozitivní roli. Ne každý muž dokáže ženu psychicky podpořit. V dnešní době je „dobrý otec“ mnohdy posuzován také dle toho, zda byl nebo nebyl přítomen u porodu. Někteří otcové touží být u porodu, jiní váhají a nebo jsou do této pozice tlačeni ze strany okolí nebo partnerky. Nejdůležitějším úkolem je samotná přítomnost, klid a trpělivost. Otec by měl především být prostředníkem mezi rodičkou a personálem. Takový otec je opravdovou oporou ženě při porodu.

Druhým příkladem je partner, který je labilnější, nesnese pohled na krev a svým chováním spíše ženu ruší zejména v závěru porodu. Neví co dělat, kam se postavit, jak se jí dotýkat nebo jak projevit lásku před zdravotnickým personálem. U muže se pak projeví pocity bezmocnosti, ztráta kontroly a zvyšuje se pocit nejistoty.

Z toho vyplývá, že role otce u porodu by neměla být přeceňována, neměla by být brána jako povinnost, ale jako svobodná volba obou partnerů. Celkový dojem z

porodu pak může být na jedné straně stres, trauma, zklamání a na straně druhé neopakovatelný zážitek (<http://www.babyonline.cz/porod/predporodni-priprava/otec-u-porodu.html>).

4.2. HOJENÍ PORODNÍCH PORANĚNÍ

V děloze zůstává po odchodu placenty velká ranná plocha, ta tvoří sekret a odplavuje zbytky, které se nazývají očišky (lochia). Vzhled očišek se během šestinedělí mění. V prvních dnech převažuje krev, koncem prvního týdne po porodu mají nahnědlou barvu a je jich méně. Během dalších dnů mění očišky barvu přes žlutou až nakonec šedobílou barvu. Důležitá je v tomto období osobní hygiena, častá výměna vložek, tak aby se zabránilo možné infekci. Trhliny hráze (epiziotomie) jsou vždy chirurgicky ošetřené a nebývá problém s hojením (Roztočil, 2008, s.128).

5. ŠESTINEDĚLÍ

Je nazýváno období zhruba šest týdnů po porodu. Během této doby odeznívají změny, které nastaly během těhotenství. Organismus se postupně vrací do stavu jako před otěhotněním. Hojí se poranění, která vznikla během porodu, pohlavní orgány a celý organismus se vrací do stavu, jako byl před těhotenstvím. Svou činnost zahajuje mléčná žláza, nastává kojení. Ne všechny změny však odezní, zejména na kůži mohou zůstat kožní změny v podobě strií, na děložním hrdle mohou zůstat trhlinky (Pařízek, 2005, s. 335-336).

5.1. MATEŘSKÉ ZMĚNY

Děloha během těhotenství prodělala obrovské změny, dosáhla váhy 1000g, nyní se během šestinedělí vrací k 70g jako před otěhotněním. Děloha po porodu sahá svým horním okrajem k pupku. Během deseti dnů sestupuje do pánve a není přes břišní stěnu hmatná. Hrdlo děložní je po porodu ochablé a otevřené široce do pochvy. Během třech dnů dochází k normálnímu tvaru. Dno pánevní je během těhotenství velmi namáháno, návrat elasticity a pevnosti trvá více dnů a nikdy nedosáhne původní stavu. Pochva a hráz jsou díky porodu a rozpínání poškozeny vznikem trhlinek, někdy ztrácejí poševní stěny svou elasticitu a poševní vchod je volnější. Vaječníky obnovují svou činnost, žena začíná opět menstruat a to někdy i během kojení. Břišní stěna je vlivem porodu oslabená a ochablá. Zpevnění trvá několik týdnů. Ženám je doporučována vhodná gymnastika, se kterou by měla žena začít již v šestinedělí. Placenta byla velkým zdrojem hormonů a to hlavně estrogenů, progesteronu a HCG. Po porodu dochází postupně k úpravě hormonálních hladin v krvi ženy. Změny nastávají i v krevním oběhu, po porodu se objem krve sníží, zhruba od pátého dne šestinedělí se normalizuje hladina hemoglobinu, počet bílých krvinek, naopak počet červených krvinek se zvyšuje. U některých žen můžeme pozorovat mírně rozšířené žíly na dolních končetinách, na zevních rodidlech a v oblasti řitního otvoru. Mléčná žláza začíná uvolňovat prolaktin, který podporuje mléčnou žlázu k tvorbě mléka. První dny se tvoří mlezivo,

které obsahuje velké množství bílkovin. Zhruba od třetího dne začíná tvorba mléka. Prsy jsou napjaté, citlivé. Mléko se tvoří ve žlázových lalůčcích a postupně přechází do mlékovodů, jedná se o složitý děj, který je řízen jak nervově, tak hormonálně (Pařízek, www.porodnice.com).

5.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY

V prvních dnech po porodu bývá žena unavená, nastává každodenní starost o dítě. Některé ženy se obávají, že nezvládnou novou roli. Emoce se velmi střídají, vedle obrovské radosti s dítěte mohou maminku provázet i stavy skleslosti, nejistoty, pláče, který nemá příčinu (Pařízek, 2005, s. 340-342).

Poporodní blues se objevuje velmi často, až u 80% šestinedělek, jedná se o depresivní několikadenní epizodu. Projeví se emoční nerovnováhou, labilitou nálady, stavy podrážděnosti, stavy úzkosti a pláčem. Pláč přichází bez jasných důvodů. Spouštěcím mechanismem bývají často problémy s nástupem laktace a zahajováním kojení. Důležitou roli hraje také spánková deprivace. Příznaky poporodního blues vrcholí 3.-6. den po porodu a mizí do 10. dne po porodu (Líbalová, Čepický, 2007, s.367).

Poporodní deprese je stav, který se vyskytuje zhruba u 10-15% žen po porodu. Jako hlavní příznak poporodních depresí je pocit vlastní nedostatečnosti, úzkost, beznaděj, chybí zájem, nedostavuje se pocit radosti, žena má velké obavy z budoucnosti. Jako nejdůležitější je fakt, že žena nemá zájem se starat o své dítě, nedostavuje se pocit štěstí, o dítě odmítá pečovat. Deprese může postihnout ženu během prvních šesti měsíců po porodu, ale jako nejrizikovější je považováno období, kdy žena přichází s dítětem domů z porodnice, nastává každodenní starost o dítě, žena je s dítětem sama a ztrácí možnost odborné rady na kterou byla zvyklá v porodnici (Ratislavová, 2008, s. 91-92).

Poporodní psychóza patří mezi nejtěžší psychické poruchy po porodu. Dříve se také označovala jako laktační psychóza. Většinou se objevuje v prvním týdnu po narození dítěte. Výskyt tohoto onemocnění je spíše ojedinělý, necelé procento šestinedělek. Projeví se rychlou změnou v úrovni vědomí, žena ztrácí kontakt s

realitou, je zmatená, neklidná, může mít halucinace. Laktace se zastavuje jen v případě, že by účinek léků měl vliv na dítě (Ratislavová, 2008, s. 91-92).

6. SEXUALITA PO PORODU

V období po porodu a následném šestinedělí může být ženská sexuální touha snížena. Žena má po porodu celé šestinedělí na to, aby se s novou situací vyrovnala, ale většinou je tento čas příliš krátký. Oba partneři se ztotožňují s novou životní rolí rodičů. Obnovení sexuálního života je velice individuální, záleží na mnoha faktorech. Sexuální touhu ovlivňují jednak hormonální změny a to vysoká hladina prolaktinu, která snižuje libido, dále prudká změna životního stereotypu, péče o dítě, ale i psychické změny, které se mohou projevit zvýšenou úzkostí o dítě (Ratislavová, 2008, s. 84).

Sexuální život bývá většinou obnoven za 4-6 týdnů po porodu, ale záleží na ženě, zda-li se cítí dobře. Muž by měl respektovat její pocity a nenaléhat na pohlavní styk, pokud se žena necítí ještě připravená. V období, kdy jeden z partnerů po sexu netouží, jsou vhodné nesexuální dotyky, mazlení, polibky nebo objetí. Vždy je však důležité, aby se partneři společně dohodli a sexuální aktivity nekoitální nebo koitální jim byli oběma příjemné. Partneři by neměli dopustit, aby možný přechodný nesoulad v pohlavním životě negativně ovlivnil jinak dobře fungující vztah (Pařízek, 2005, s.345-347).

Velmi často se rodiče setkávají s tím, že na sex nemají čas. Ženy jsou unavené, ospalé a veškerý čas věnují dítěti. Partneři by si měli uvědomit, že dítě není prioritou manželství či partnerství. Partnerský vztah je důležité chránit, pečovat o něj a sexualita k tomu patří neodmyslitelně. Dítě ke svému zdravému vývoji nepotřebuje pouze lásku matky a lásku otce, ale potřebuje cítit lásku mezi nimi dvěma. Najít si čas na sex je tedy důležité, ale je zapotřebí snahy a to obou partnerů (Ratislavová, 2008, s. 84).

Bylo prokázáno, že u kojících žen dochází k pozdějšímu zahájení sexuálního života v porovnání se ženami, které nekojí. Vliv má zřejmě pokles hladin estrogenů a androgenů a zvýšená hladina prolaktinu, která snižuje libido, dále také únava, časté noční vstávání. Dalším problémem kojících žen bývá nedostatečné zvlhčení pochvy a tím i bolestivý a nepříjemný pohlavní styk (Pastor, 2007, s.9-22).

7. CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Analýzou teoretických poznatků jsem dospěla k závěru, že by bylo přínosné zaměřit se na problematiku sexuálního života žen v graviditě a po porodu.

Proto si stanovuji tyto cíle:

1. Zmapovat sexuální život v graviditě, zmapovat informovanost ženy o změnách v sexuálním životě v těhotenství a po porodu.
2. Zmapovat, kdy mají ženy první pohlavní styk po porodu a jak ovlivňuje způsob vedení porodu zahájení sexuálního života.
3. Zmapovat nejčastější problémy v sexuálním životě v období těhotenství a po porodu.
4. Zmapovat, zda jsou ženy spokojené se svým sexuálním životem po porodu.

8. UMETODIKA

8.1 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro realizaci výzkumného šetření byl použit nestandardizovaný dotazník obsahující 20 otevřených a uzavřených položek, jednotlivé položky se vztahovaly k výzkumným cílům. Vyplňování dotazníků bylo anonymní. U polouzavřených otázek respondentky doplnily zvolenou odpověď vlastními slovy.

8.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ

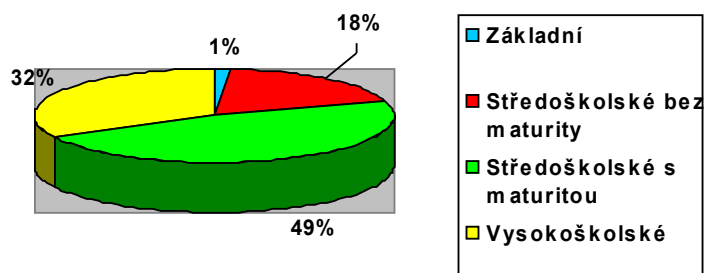
Cílovou skupinou byly vzhledem k tématu práce náhodně vybrané ženy po porodu. Průměrný věk žen byl 32 let. Průměrný počet těhotenství na jednu ženu byl 1,8.

Demografické údaje

Tabulka 1 Vzdělání respondentek

Základní	Středoškolské bez maturity	Středoškolské s maturitou	Vysokoškolské
1	13	34	23

Graf 1 Vzdělání respondentek



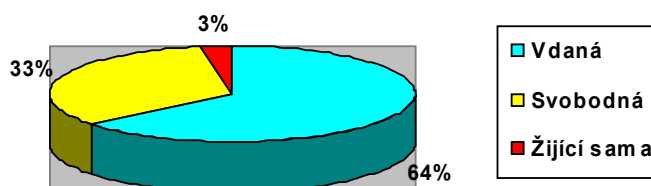
Z grafu je patrné, že nejčastěji vyskytující se vzdělání v souboru našich respondentek bylo středoškolské s maturitou (49%), dále následuje vysokoškolské

vzdělání (32%), středoškolské bez maturity v 18% a s 1% procentem vzdělání základní.

Tabulka 2 Rodinný stav respondentek

Vdaná	Svobodná	Žijící sama
44	23	2

Graf 2 Rodinný stav respondentek

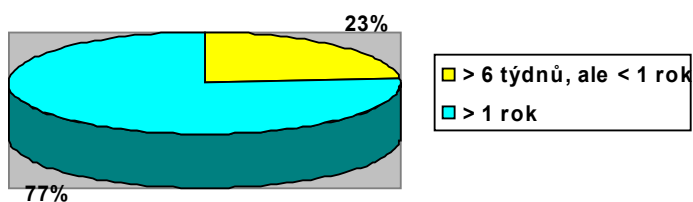


Analýzou dat jsem zjistila, že 64% respondentek bylo vdaných, 33% respondentek svobodných a 3% žen žije samo.

Tabulka 3 Časové období od porodu

< 6 týdnů	> 6 týdnů, ale < 1 rok	> 1 rok
0	15	56

Graf 3 Časové období od porodu



V mém souboru se nejčastěji vyskytovaly ženy, u kterých od porodu uplynul více než jeden rok (77%), u 23% žen to bylo období více než 6 týdnů, ale méně než jeden rok od porodu a žádná z respondentek nebyla v šestinedělí.

8.3. REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření probíhalo v měsících únoru a březnu 2011. Dotazníky byly rozdány ve dvou Mateřských centrech v Prostějově a v Centru pro ženu a dítě privátní porodní asistentky Radmily Dorazilové ve Zlíně. V úvodu dotazníku jsem se představila, popsala jsem téma své bakalářské práce a upozornila matky, že dotazník obsahuje intimní otázky, a že je zcela anonymní. Aby u dotazovaných byla zaručena anonymita, mohly dotazníky kdykoliv vložit do předem připravené obálky. Ve Zlíně probíhalo výzkumné šetření v rámci poporodních domácích návštěv. Rozdáno bylo 100 dotazníků, návratnost byla 100%, ale vyhodnoceno bylo 71. Zbylé dotazníky nemohly být použity ke zpracování pro neúplnost dat.

8.4. ZPRACOVÁNÍ DAT

Zpracováno bylo 71 dotazníků. Výsledky šetření byly zpracovány a vyhodnoceny pomocí tabulek a grafů. Pro výpočty a konstrukce grafů byly využity programy Microsoft Word a Microsoft Excel.

9. INTERPRETACE DAT VE VZTAHU K CÍLŮM

9.1 INTERPRETACE DAT K CÍLI ČÍSLO 1

Cíl č.1: Zmapovat sexuální život v graviditě, zmapovat informovanost ženy o změnách v sexuálním životě v těhotenství a po porodu.

K cíli č. 1 se vztahovaly otázky 1-6.

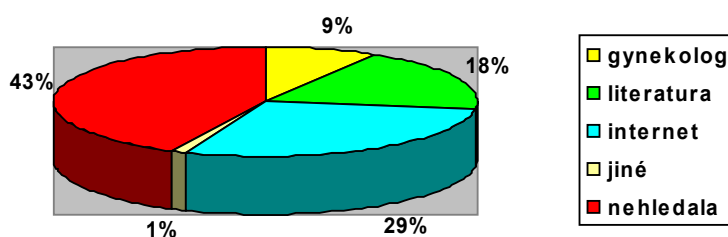
Otázky 2 a 3 se týkaly informovanosti žen o sexualitě v těhotenství.

Otázka č. 2: Informace o sexualitě v těhotenství jste hledala kde?

Tabulka 4 Zdroj informací o sexualitě

Gynekolog	Literatura	Internet	Jiné	Nehledala
7	15	24	1	35

Graf 4 Zdroj informací o sexualitě



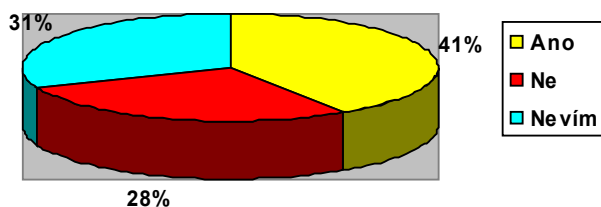
Z grafu vyplývá, že 9% žen hledalo informace u svého gynekologa, 18% žen studovalo literaturu, 29% žen jako zdroj informací použilo internet, 1% žen kontaktovalo svoji porodní asistentku a překvapujícím údajem je 43% žen, které informace vůbec nehledaly.

Otázka č.3: Přivítala byste informační brožurku o sexualitě v těhotenství?

Tabulka 5 Zájem o informační brožurku o sexualitě v těhotenství

Ano	Ne	Nevím
29	20	22

Graf 5 Zájem o informační brožurku o sexualitě v těhotenství



41% dotázaných by brožurku o sexualitě v těhotenství přivítalo, 28% žen o tuto brožurku nemá zájem a 31% žen neví.

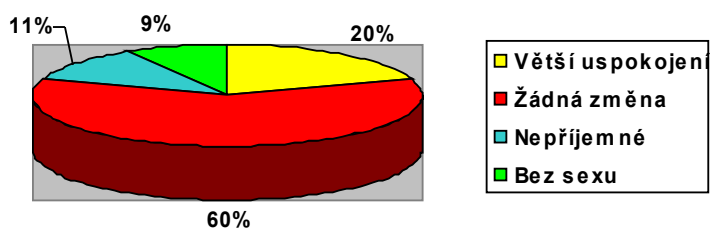
Otázky 4 a 5 se týkaly sexuálního života žen v těhotenství.

Otázka č. 4: Jak ovlivnilo těhotenství Váš sexuální život?

Tabulka 6 Ovlivnění sexuálního života těhotenstvím

Větší uspokojení	Žádná změna	Nepříjemné	Bez sexu
14	42	8	6

Graf 6 Ovlivnění sexuálního života těhotenstvím



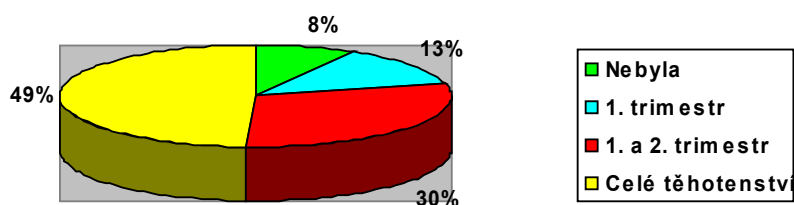
Z analýzy dat vyplývá, že u 60% žen nedošlo vlivem těhotenství k žádné změně v sexuálním životě, 20% žen pociťovalo větší uspokojení, 11% žen byl sex v těhotenství nepříjemný a 9% žen v těhotenství sexuálně nežilo.

Otázka č. 5: Byla jste sexuálně aktivní po celou dobu těhotenství?

Tabulka 7 Sexuální aktivita v těhotenství

Nebyla	1. trimestr	1. a 2. trimestr	Celé těhotenství
6	9	21	35

Graf 7 Sexuální aktivita v těhotenství



Po celou dobu těhotenství bylo 49% žen sexuálně aktivních, 30% žen sexuálně žilo v 1. a 2. trimestru, 13% žen pouze v 1. trimestru a 8% žen v těhotenství sexuálně nežilo.

Otázka č. 6 se zabývala znalostí mýtů a předsudků o sexualitě v těhotenství. 57

respondentů (80%) uvedlo, že žádný mýtus či předsudek nezná. 14 dotazovaných žen (20%) uvedlo některý z předsudků, z nichž nejčastěji bylo ublížení dítěti.

Na základě těchto dat mohu konstatovat, že cíl číslo 1 byl splněn. Bylo zmapováno, že informace o sexualitě v těhotenství 43% dotazovaných vůbec nehledalo a 29% žen jako zdroj informací využilo internet. 41% respondentů by uvítalo informační brožurku o sexualitě v těhotenství. Dále z uvedených dat vyplývá, že 60% žen nepociťovalo v sexuálním životě během těhotenství žádnou změnu. 49% žen bylo sexuálně aktivních po dobu celého těhotenství, 30% žen pouze v 1. a 2. trimestru a 8% žen v těhotenství sexuálně vůbec nežilo.

9.2 INTERPRETACE DAT K CÍLI ČÍSLO 2

Cíl č. 2: Zmapovat, kdy mají ženy první pohlavní styk po porodu a jak ovlivňuje způsob vedení porodu zahájení sexuálního života.

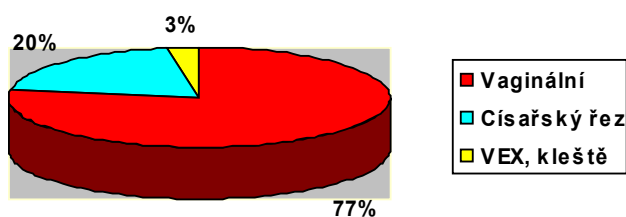
K cíli č. 2 se vztahovaly položky 7, 8, 9 a 10.

Otázka č. 7: Váš porod byl ...

Tabulka 8 Způsob porodu

Vaginální	Císařský řez	VEX, kleště
55	14	2

Graf 8 Způsob porodu



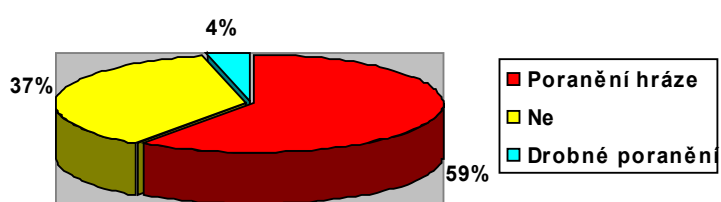
Z grafu vyplývá, že 77% žen rodilo vaginálně, 20% císařským řezem a 3% respondovaných pomocí VEXu nebo kleští.

Otázka č. 8: Vzniklo během vaginálního porodu nějaké poranění rodidel?

Tabulka 9 Poranění rodidel

Poranění hráze	Ne	Nevím	Drobné poranění
34	21	0	2

Graf 9 Poranění rodidel



U 59% dotazovaných vzniklo spontánní natržení hráze nebo byla provedena epiziotomie. 37% žen nemělo během porodu žádné poranění a 4% žen uvedlo drobné poranění rodidel.

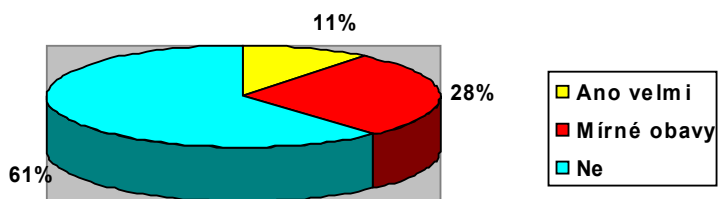
Otázka č. 9: Obávala jste se prvního pohlavního styku právě v souvislosti

s uvedeným poraněním?

Tabulka 10 Obava z prvního pohlavního styku

Ano velmi	Mírné obavy	Ne
6	16	35

Graf 10 Obava z prvního pohlavního styku



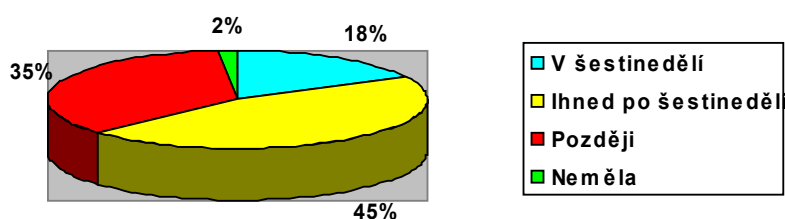
Z grafu vyplývá, že 61% žen nemělo obavy z prvního pohlavního styku po porodu, i když došlo během porodu k poranění rodidel. 28% dotazovaných mělo pouze mírné obavy a 11% žen se obávalo velmi.

Otázka č. 10: Za jak dlouho po porodu jste měla s partnerem první pohlavní styk?
U této otázky jsem si soubor rozdělila na podsoubory podle způsobu porodu. Jednotlivé podsoubory budu nyní hodnotit zvlášť.

Tabulka 11 První pohlavní styk po vaginálně vedeném porodu (včetně VEX, kleští)

V šestinedělí	Ihned po šestinedělí	Později	Neměla
10	26	20	1

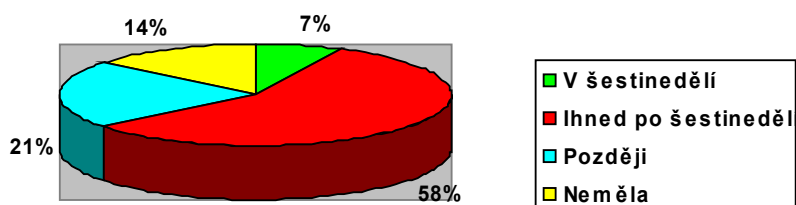
Graf 11 První pohlavní styk po vaginálně vedeném porodu (včetně VEX, kleští)



Tabulka 12 První pohlavní styk po porodu vedeném S.C.

V šestinedělí	Ihned po šestinedělí	Později	Neměla
1	8	3	2

Graf 12 První pohlavní styk po porodu vedeném S.C.



Z analýzy dat vyplývá, že 45% dotazovaných mělo první pohlavní styk po vaginálně vedeném porodu ihned po ukončeném šestinedělí. 18% žen ještě v době šestinedělí, 35% respondovaných uvedlo dobu prvního pohlavního styku později, nejčastěji se vyskytoval časový údaj čtyř měsíců po porodu a 2% žen pohlavní styk po porodu dosud nemělo. U žen po porodu vedeném císařským řezem mělo 58% první pohlavní styk ihned po ukončení šestinedělí, 21% dotazovaných uvedlo první pohlavní styk později, nejčastěji dva měsíce po porodu. U 7% žen došlo k prvnímu pohlavnímu styku již v šestinedělí a 14% žen dosud pohlavní styk nemělo.

Na základě těchto dat mohu konstatovat, že cíl číslo 2 byl splněn. Ve sledovaném souboru žen po vaginálně vedeném porodu byl první pohlavní styk nejčastěji ihned po ukončení šestinedělí stejně jako v souboru žen po porodu císařským řezem. Ženy po vaginálním porodu uváděly častěji první pohlavní styk již v šestinedělí než ženy po porodu císařským řezem (18% vs 7%). Dále byl patrný

rozdíl ve skupině žen, které uvedly první pohlavní styk později (vaginální porod po 4 měsících vs císařský řez po 2 měsících). Způsob vedení porodu může mít vliv na zahájení sexuálního života ženy po porodu.

9.3 INTERPRETACE DAT K CÍLI ČÍSLO 3

Cíl č. 3: Zmapovat nejčastější problémy v sexuální životě v období těhotenství a po porodu.

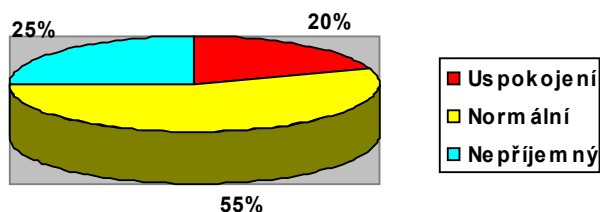
K cíli číslo 3 se vztahovaly položky 11-15.

Otázka č. 11: Byl pro Vás první pohlavní styk po porodu uspokojivý?

Tabulka 13 Pocity při prvním pohlavním styku po porodu

Uspokojení	Normální	Nepříjemný
14	39	18

Graf 13 Pocity při prvním pohlavním styku po porodu

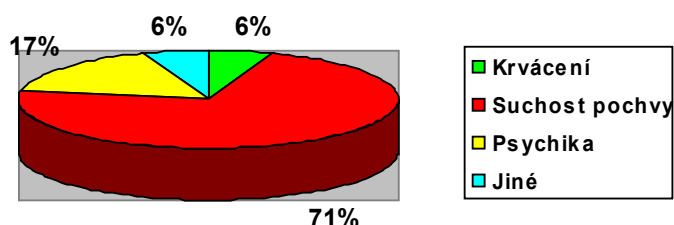


Otázka č. 12: V případě, že byl první pohlavní styk po porodu pro Vás nepříjemný, uveďte možné příčiny.

Tabulka 14 Příčiny nepříjemného prvního pohlavního styku po porodu

Krvácení	Suchost pochvy	Psychika	Jiné
1	13	3	1

Graf 14 Příčiny nepříjemného prvního pohlavního styku po porodu



Z grafu č. 13 vyplývá, že pro 55% dotazovaných žen byl první pohlavní styk po porodu stejný jako před graviditou. Jako velmi uspokojující uvádí první pohlavní styk po porodu 20% žen a nepříjemné pocity nebo neuspokojení při prvním pohlavním styku po porodu uvedlo 25% respondovaných.

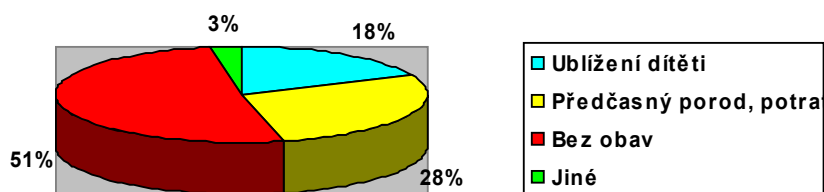
Jako nejčastější příčinu nepříjemného pohlavního styku po porodu uváděly ženy nedostatečné zvlhčení pochvy (71%) a špatné psychické rozpoložení (17%). Krvácení jako příčina nepříjemného pohlavního styku byla u 6% dotazovaných, stejně jako jiné příčiny (uvedena bolest v místě epiziotomie).

Otázka č. 13: Při pohlavním styku v těhotenství jste se nejvíc obávala ...

Tabulka 15 Obavy při pohlavním styku v těhotenství

Ublížení dítěti	Předčasný porod, potrat	Bez obav	Jiné
13	20	36	2

Graf 15 Obavy při pohlavním styku v těhotenství



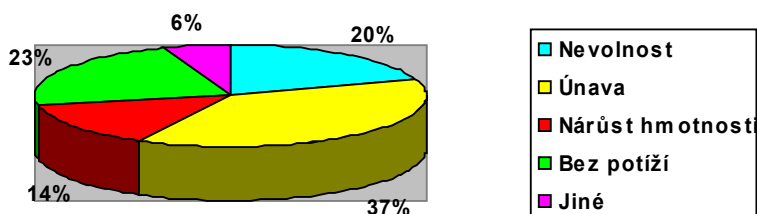
51% dotazovaných žen nemělo žádné obavy při pohlavním styku v těhotenství. 28% žen se obávalo předčasného porodu nebo potratu vlivem pohlavního styku, u 18% respondentů byla obava spojená s ublížením dítěti a 3% žen uvedlo jiné obavy (nepříjemné pocity při pohlavním styku).

Otázka č. 14: Které negativní faktory měly vliv na Váš sexuální život během těhotenství?

Tabulka 16 Negativní faktory sexuálního života v těhotenství

Nevolnost	Únava	Nárůst hmotnosti	Bez potíží	Jiné
14	27	10	16	4

Graf 16 Negativní faktory sexuálního života v těhotenství



Jako nejčastější negativní faktor sexuálního života v těhotenství respondované ženy uváděly únavu a ospalost (37%), 23% žen bylo bez potíží, u 20% žen se vyskytovala nevolnost. Zvýšení hmotnosti negativně ovlivnilo sexuální

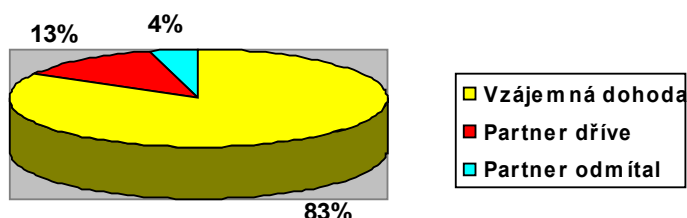
život v těhotenství 14% žen. 6% žen uvedlo jiné negativní faktory (špinění, krvácení, tonizace).

Otázka č. 15: Shodli jste se se svým partnerem na načasování prvního pohlavního styku po porodu?

Tabulka 17 Načasování prvního pohlavního styku po porodu

Vzájemná dohoda	Partner dříve	Partner odmítal
59	9	3

Graf 17 Načasování prvního pohlavního styku po porodu



Z uvedeného grafu vyplývá, že 83% respondovaných žen se na načasování prvního pohlavního styku po porodu s partnerem vzájemně dohodly, u 13% žen partner vyžadoval pohlavní styk dříve a u 4% žen partner pohlavní styk po nějakou dobu odmítal.

Na základě těchto dat mohu konstatovat, že cíl číslo 3 byl splněn. Pro 55% respondentek byl první pohlavní styk po porodu stejný jako před otěhotněním, 25% žen provázely nepříjemné pocity. Jako nejčastější příčinu nepříjemných pocitů při prvním pohlavním styku po porodu uvádělo 71% žen nedostatečné zvlhčení pochvy a 17% žen trápilo špatné psychické rozpoložení. Při pohlavním styku v těhotenství se 51% žen neobávalo komplikací, 28% respondentek mělo strach z předčasného porodu či potratu. Nejčastěji uváděný negativní faktor sexuálního života v těhotenství ženy uvedly únavu (37%) a nevolnost (20%). 83% respondovaných žen se se svým partnerem vzájemně dohodlo na načasování prvního pohlavního

styku po porodu.

9.4 INTERPRETACE DAT K CÍLI ČÍSLO 4

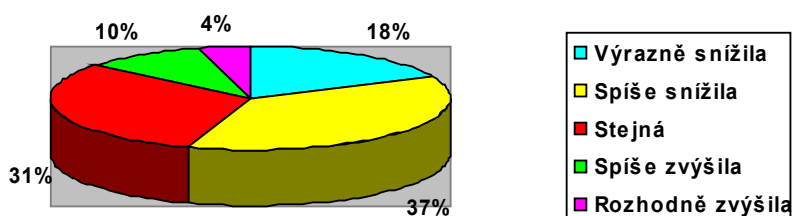
Cíl č. 4: Zmapovat, zda jsou ženy spokojené se svým sexuálním životem po porodu. K cíli číslo 4 se vztahovaly položky 16-19.

Otázka č. 16: Od porodu se Vaše potřeba pohlavního styku s partnerem ...

Tabulka 18 Potřeba pohlavního styku po porodu

Výrazně snížila	Spíše snížila	Stejná	Spíše zvýšila	Rozhodně zvýšila
13	26	22	7	3

Graf 18 Potřeba pohlavního styku po porodu

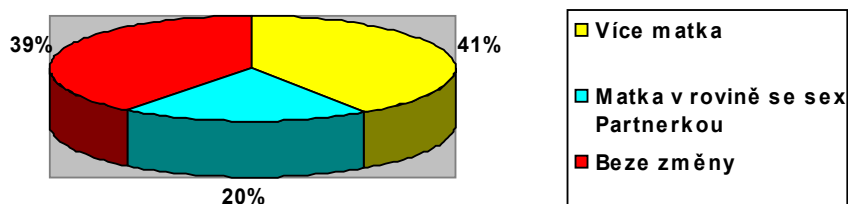


Otázka č. 18: Změnil se Váš postoj k sexualitě v souvislosti se vzniklou „rolí matky“?

Tabulka 19 Postoj k sexualitě po porodu

Více matka	Matka v rovině se sex. partnerkou	Beze změny
29	14	28

Graf 19 Postoj k sexualitě po porodu

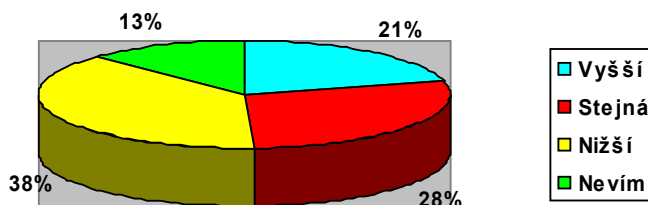


Otázka č. 19: Pociťujete změnu libida v období od porodu v porovnání s obdobím těhotenství?

Tabulka 20 Změna libida po porodu

Vyšší	Stejná	Nižší	Nevím
15	20	27	9

Graf 20 Změna libida po porodu



Z výše uvedené analýzy dat vyplývá, že u 37% respondovaných žen se potřeba pohlavního styku po porodu spíše snížila, u 31% žen je potřeba stejná, u 18% respondentek se potřeba pohlavního styku po porodu výrazně snížila, 10% žen uvedlo spíše sníženou potřebu pohlavního styku. Jako rozhodně zvýšenou potřebu pohlavního styku po porodu udávalo 4% respondentek. 41% žen se po porodu cítí více jako matka než sexuální partnerka, u 39% respondentek se postoj k sexualitě v souvislosti s „rolí matky“ nezměnil a 20% žen staví roli matky a sexuální partnerky do jedné roviny. U 38% respondovaných žen se sexuální touha po porodu v porovnání s obdobím těhotenství snížila, u 28% žen je stejná, 21% žen uvedlo

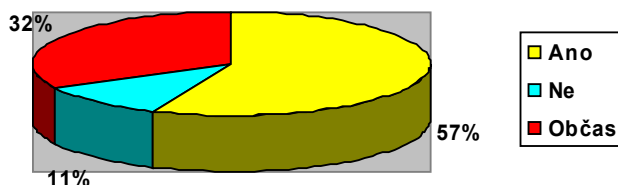
zvýšení libida v tomto období a 13% žen neví.

Otázka č. 17: Mluvíte s partnerem otevřeně o Vašem sexuálním životě?

Tabulka 21 Komunikace o sexualitě s partnerem

Ano	Ne	Občas	Nikdy
40	8	23	0

Graf 21 Komunikace o sexualitě s partnerem



Z grafu je jasně patrné, že 89% respondovaných žen otevřeně se svým partnerem o jejich sexuálním životě hovoří, z toho 32% pouze občas. 11% žen o této problematice nekomunikuje. Možnost NIKDY žádná z respondentek nevedla.

Na základě těchto dat mohu konstatovat, že cíl číslo 4 byl splněn. Potřeba pohlavního styku po porodu je u největšího procenta respondovaných žen spíše snížena nebo stejná jako před porodem. Přes 40% žen mého souboru se po porodu cítí spíše jako matka než jako sexuální partnerka a 39% žen nepociťuje v této oblasti žádnou změnu. Více jak jedna třetina respondentek uvedla, že po porodu se u nich sexuální touha snížila, zhruba u jedné třetiny žen je stejná a u jedné pětiny je vyšší. Potěšujícím výstupem je, že 89% žen se svým partnerem o jejich sexuálním životě otevřeně hovoří.

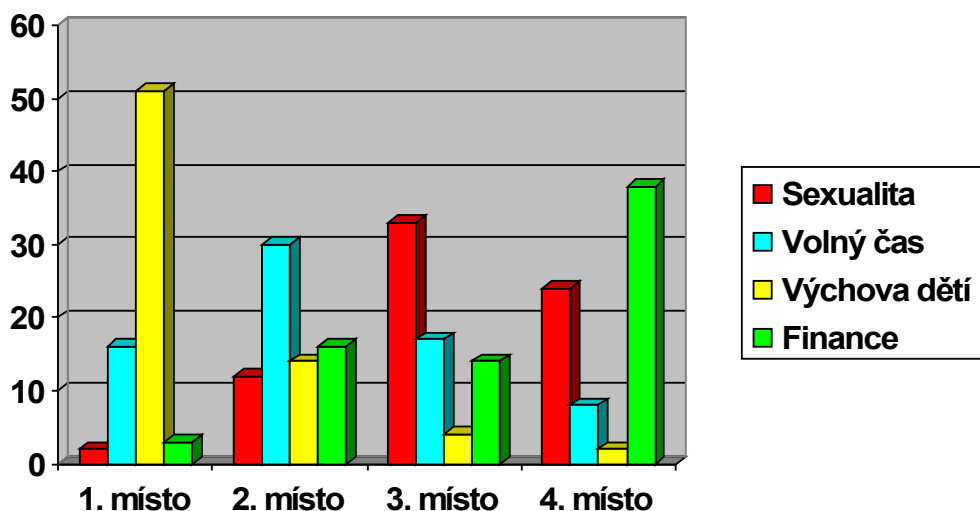
9.5 VEDLEJŠÍ VÝSTUPY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V položce číslo 20 měly respondentky seřadit dle svých vlastních preferencí čtyři základní oblasti párového soužití (číslovat měly od 1 do 4 dle důležitosti). Jednalo se o sexualitu, trávení volného času, výchovu dětí a finance.

Tabulka 22 Preference párového soužití

	Sexualit a	Trávení volného času	Výchova dětí	Finance
1. místo	2	16	51	3
2. místo	12	30	14	16
3. místo	33	17	4	14
4. místo	24	8	2	38

Graf 22 Preference párového soužití



Z analýzy dat vyplývá, že na první místo dala jednoznačně většina žen výchovu dětí. Trávení volného času uváděly ženy většinou na druhém místě. Sexualita obsadila třetí místo a finanční situace rodiny byla u většiny respondentek uváděna na místě čtvrtém.

10. DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na sexualitu ženy v těhotenství a po porodu. Zabývala jsem se informovaností žen o sexuálním životě v těhotenství a po porodu, zda ovlivňuje způsob vedení porodu další sexuální život. Zaměřila jsem se i na problémy v intimním životě ženy spojené s graviditou a porodem.

Mým prvním cílem bylo zmapovat sexuální život v graviditě, informovanost ženy o změnách v sexuálním životě v těhotenství a po porodu. Touto problematikou se také zabývají autoři Korbel, Nižňanská a Redecha (2005). Podle těchto autorů získává 29% těhotných žen informace o sexualitě v těhotenství od svých gynekologů a 57% žen využívá jako zdroj informací literaturu. V mém souboru pouze 9% respondentek hledalo informace u svého gynekologa. Nejčastějším zdrojem informací byl internet (29%) a překvapivým zjištěním bylo, že 43% žen informace na toto téma vůbec nehledalo. Výše uvedený kolektiv autorů se dále vyjadřuje i k problematice pohlavního styku během těhotenství. Sexuální aktivita ženy klesá s narůstající délkou gravidity. Během 1. a 2. trimestru dle autorů sexuálně žije 53-74% žen a po celou dobu těhotenství 21-50% žen. V mém souboru bylo v 1. a 2. trimestru sexuálně aktivních 43% žen a po celou dobu těhotenství 49% respondentek. 60% žen nepociťovalo žádnou změnu v sexuálním životě během těhotenství v porovnání s obdobím před graviditou, u 20% respondovaných docházelo během těhotenství k většímu uspokojení, 11% žen byl sexuální styk v těhotenství nepříjemný. Studie výše zmiňované publikace uvádí, že 75-84% žen během těhotenství udávalo uspokojení ze sexuálního styku, což zhruba odpovídá i mému souboru (80%).

Druhým cílem bylo zmapovat, kdy mají ženy první pohlavní styk po porodu a jak ovlivňuje způsob vedení porodu zahájení sexuálního života. Většina žen v Evropě a USA, jak uvádí autoři Korbel, Nižňanská a Redecha (2005) začíná sexuální život 6.-8. týden po porodu. Před 6. týdnem pouze 9-17%. V mém souboru po vaginálním porodu 45% žen zahájilo intimní život ihned po ukončení šestinedělí, po císařském řezu to bylo 58% žen.

V šestinedělí sexuálně žilo 18% žen po vaginálně vedeném porodu a pouze 7%

žen po S.C. U žen, které uvedly, že sexuální život zahájily později, se nejčastěji (35%) po vaginálně vedeném porodu vyskytoval časový údaj čtyř měsíců od porodu a u žen po císařském řezu byl tento časový údaj 2 měsíce po porodu (21%). Způsob vedení porodu tedy má vliv na zahájení sexuálního života ženy po porodu. V tomto závěru se ovšem rozcházejím s tvrzením Korbel'a, Nižňanské a Redechy (2005), u nichž nebyla zjištěna korelace mezi komplikacemi při porodu, klešťovým porodem a poporodním sexuálním životem. Kolektiv výše uvedených autorů dále uvádí, že obavy ze zahájení sexuálního života po porodu má 40-60% žen. V mém souboru se obávalo prvního pohlavního styku po porodu 39% žen (z toho 11% velmi).

Třetím cílem bylo zmapovat nejčastější problémy v sexuálním životě v období těhotenství a po porodu. Korbel', Nižňanská a Redecha (2005) uvádí, že jednou z obav při pohlavním styku v těhotenství je poškození plodu (31%) a ve 28% předčasný porod. Ženy v mém souboru měly v 18% obavy z poškození plodu a ve 28% se obávaly předčasného porodu, stejně jako v souboru výše uvedených autorů. 51% respondentek bylo při pohlavním styku v těhotenství bez obav. Mezi negativní faktory, které ovlivnily sexuální život v těhotenství, respondentky mého souboru uváděly nejčastěji únavu (37%) a nevolnost (20%), ve 14% nárůst hmotnosti. Korbel', Nižňanská a Redecha (2005) ve své publikaci uvádějí, že až 50% žen při pohlavním styku v těhotenství udává dyspareunie, 37% žen změny poševního výtoku a 13% žen krvácení. Až 20% žen uvádí ztrátu atraktivity během těhotenství, což může být způsobeno nárůstem hmotnosti (v mém souboru je to 14% žen).

Většina žen (75%) neuváděla při pohlavním styku po porodu žádné problémy. K podobným závěrům dospěla ve své bakalářské práci i Petra Langrová (2010). Mezi nejčastější problémy, které ženy udávaly, patří nedostatečné zvlhčení pochvy (71%), špatné psychické rozpoložení (17%) a bolest (6%). Také Jitka Kaiferová (2009) ve své diplomové práci uvádí jako nejčastější problém žen po porodu bolest, jako další ale zmiňuje nízké libido, krvácení a pohlavní styk bez orgasmu.

Mým čtvrtým cílem bylo zmapovat, zda jsou ženy spokojené se svým sexuálním životem po porodu. Obecně se udává, že sexualitu ženy po porodu

ovlivňuje psychický stav, únava, kojení. Tyto faktory snižují libido, frekvence pohlavního styku a dosažení orgasmu. V šestém měsíci po porodu pokračuje pokles libida. Mnohé ženy v tomto období mají větší problém s rolí matky, což se potvrdilo i v mém souboru, kdy 41% respondentek uvedlo, že se cítí spíše jako matka než sexuální partnerka. Velice důležitou součástí sexuálního života je otevřená komunikace mezi partnery. Z rozboru zjištěných dat vyplývá, že 89% respondentek (z toho 32% občas) otevřeně hovoří se svým partnerem o otázkách sexuálního života. Tento výsledek je lepší v porovnání se souborem žen v bakalářské práci Petry Langrové (2010), která uvádí, že 64% žen nemělo s komunikací problém.

11. ZÁVĚR

Bakalářská práce byla věnována tématu sexualita žena v těhotenství a po porodu. Stanovila jsem si čtyři cíle, které byly splněny.

Prvním cílem bylo zmapovat sexuální život v graviditě, informovanost ženy o změnách v sexuálním životě v těhotenství a po porodu. 9% respondentek hledalo informace u svého gynekologa. Nejčastějším zdrojem informací byl internet (29%) a překvapivým zjištěním bylo, že 43% žen informace na toto téma vůbec nehledalo. 60% žen nepocíťovalo žádnou změnu v sexuálním životě během těhotenství v porovnání s obdobím před graviditou, u 20% respondentek docházelo během těhotenství k většímu uspokojení, 11% žen byl sexuální styk v těhotenství nepříjemný. V 1. a 2. trimestru bylo sexuálně aktivních 43% žen a po celou dobu těhotenství 49% respondentek.

Druhým cílem bylo zmapovat, kdy mají ženy první pohlavní styk po porodu a jak ovlivňuje způsob vedení porodu zahájení sexuálního života. Po vaginálním porodu 45% žen zahájilo intimní život ihned po ukončení šestinedělí, po císařském řezu to bylo 58% žen. V šestinedělí sexuálně žilo 18% žen po vaginálně vedeném porodu a pouze 7% žen po S.C. U žen, které uvedly, že sexuální život zahájily později, se nejčastěji (35%) po vaginálně vedeném porodu vyskytoval časový údaj čtyř měsíců od porodu a u žen po císařském řezu byl tento časový údaj 2 měsíce po porodu (21%).

Třetím cílem bylo zmapovat nejčastější problémy v sexuálním životě v období těhotenství a po porodu. 18% žen mělo při pohlavním styku obavy z poškození plodu a ve 28% se obávaly předčasného porodu, 51% respondovaných žen bylo bez obav. Mezi negativní faktory, které ovlivnily sexuální život v těhotenství, respondované ženy uváděly nejčastěji únavu (37%) a nevolnost (20%), ve 14% nárůst hmotnosti. Většina žen (75%) neuváděla při pohlavním styku po porodu žádné problémy. Mezi nejčastější problémy, které ženy udávaly, patří nedostatečné zvlhčení pochvy (71%), špatné psychické rozpoložení (17%) a bolest (6%).

Čtvrtým cílem bylo zmapovat, zda jsou ženy spokojené se svým sexuálním životem po porodu. 41% respondentek uvedlo, že se cítí spíše jako matka než jako

sexuální partnerka. Z rozboru zjištěných dat vyplývá, že 89% respondentek (z toho 32% občas) otevřeně hovoří se svým partnerem o otázkách sexuálního života.

Z výzkumného šetření jsem došla k závěru, že 25% žen má první pohlavní styk před ukončením šestinedělí a to jak po porodu vaginálním, tak po císařském řezu. Porodní asistentka by tedy již na oddělení šestinedělí mohla ženu informovat a edukovat o změnách, které mohou vzniknout následkem porodu a které by mohly mít popřípadě negativní vliv na sexuální život. Pro ženy, kterým není příjemné otevřeně hovořit na toto téma by byla vhodná informační brožurka, ve které by se ženy dočetly o fyziologických změnách, ke kterým po porodu dochází.

LITERATURA A PRAMENY

1. BELLINGER, G. J. *Sexualita v náboženství světa*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. 390 s. ISBN 80-200-0642-7.
2. BENDOVIÁ, M. Psychosomatické poruchy v gynekologii a porodnictví. In *Výbrané kapitoly z gynekologie a porodnictví, II.část – porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. s. 288-291. ISBN 80-7013-182-9.
3. ČECH, E. *Porodnictví. 2 přepracované a doplněné vyd.* Praha: Grada, 2006, s. 138. ISBN 80-247-1303-9.
4. ČECH, E – HÁJEK, Z. – MARŠÁL, K. et al. Pohlavní styk v graviditě. In *Porodnictví. 2. přepracované vyd.* Praha: Grada, 2006. s. 138-141. ISBN 80-247-1313-9.
5. ČÁBELOVÁ, M. *Partnerské postoje k intimnímu soužití v době gravidity*. Atestační práce. Praha: 1. LF UK VFN, Sexuologický ústav, 1999. 22 s. Vedoucí práce Doc. MUDr. J. Zvěřina, Csc.
6. ČEPICKÝ, P. Sexuální hormony a ženská sexualita. In *Moderní gynekologie a porodnictví*, 14/2005, č. 1. s. 23-27. ISSN 1211-1058.
7. FAIT, T. Antikoncepce a sex. In *Moderní gynekologie a porodnictví, supplementum*, 13/2004, č. 1, s. 133-137. ISSN 1214-2093.
8. FAJETA, M. *Úvod do sociologie pohlaví a sexuality*. 1. vyd. Věrovany: Nakladatelství Jana Piszkiwicz, 2004, 159 s. ISBN 80-86768-06-6.
9. HÁJEK, Z. – BINDER, T. et al. Psychologické aspekty rizikového těhotenství. In *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, Karlovy Vary: 11.-13. listopad 1999*. Praha: Euroagentur, 1999. s. 155-159. ISBN 80-238-4740-6.
10. JANIŠ, K. *Toulky historií erotiky a sexu*. Vyd. 2. rozš. Ústí nad Orlicí: Oftis, 2007, 3278 s. ISBN 978-80-86845-83-8.
11. KORBEL, M.- NIŽŇANSKÁ, Z.- REDECHA, M. Sexualita v graviditě. In *Moderní gynekologie a porodnictví*, 14/2005 č. 1. s. 87-98. ISSN 1211-1058.
12. KLOTZ, T.- SENGERSDORF, A. *Sex a rozkoš*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 96 s. ISBN 80-7169-310-3.
13. LÍBALOVÁ, Z. *Poporodní sexuální dysfunkce*. Moderní gynekologie a porodnictví. Praha: Levret č. 1 roč. 14, 2005, s. 367. ISSN 1211-1058.

14. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti. Český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím až do dvou let dítěte*. 3. vyd. Praha: Galen, 2008. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
15. PASTOR, Z. *Sexualita ženy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 204 s. ISBN 978-80-2471989-4.
16. PASTOR, Z. Ženská sexualita. In *Moderní babičtví 15*, 2008, s. 32-37. ISSN 1214-5572.
17. PRAŠKO, J.- TROJAN, O. *O milování s důvěrou a láskou*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 188 s. ISBN 80-247-0063-8.
18. PEČENÁ, M. Psychologie těhotenství. In *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Karlovy Vary: 11.-13. listopad 1999*. Praha: Euroagentur, 1999. s. 147-154. ISBN 80-238-4740-6.
19. ROZTOČIL, A. a kolektiv. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 109-128. ISBN 978-80-247-1941-2.
20. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie, Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Area, 2008. 105 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
21. TALAJ, J. – TALAJ, S. *Nejpodivnější sexuální obřady, obyčeje a zvyky*. 1. vyd. Frýdek- Místek: Alpress, 2001. 270 s. ISBN 80-7218-622-1.
22. VAŠKOVSKÝ, R. *Deprese, antidepressiva a jejich vliv na sexuální fungování*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 124 s. ISBN 978-80-247-2163-7.
23. WEISS, V. – KRŠEK, M. „Nesexuální“ hormony a ženská sexualita. In *Moderní gynekologie a porodnictví*, 14/2005, č. 1 s. 28-34. ISSN 1211-1058.
24. ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2003. 287 s. ISBN 80-7204-264-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE

25. ROZTOČIL, A. *Vývojová období v životě ženy*. [online]. [cit 2011-02-20] Dostupné z <http://www.levret.cz/texty/knihy/porodnictvi-roztocil/vyvojova_obdobi.php>
26. STÁRKA, L. - TOŠNER, J. *Hormonální odezva partnerské lásky*. [online]. [cit 2011-02-08] Dostupné z <<http://www.gyne.cz/clanky/2004/604c12.htm>>.
27. VRUBLOVÁ, Y.- TOMANOVÁ, V. *Sexualita v těhotenství*. [online]. [cit 2011-02-17] Dostupné z <www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2007012704>
28. PAŘÍZEK, A. *Poporodní změny*. [online]. [cit 2011-02-23] Dostupné z <<http://www.porodnice.cz/poporodni-zmeny>>.
29. PAŘÍZEK, A. *Šestinedělí*. [online]. [cit 2011-02-27] Dostupné z <<http://www.porodnice.cz/sestinedeli>>.
30. PAŘÍZEK, A. *Hojení porodních poranění*. [online]. [cit 2011-02-27] Dostupné z <<http://www.porodnice.cz/hojeni-porodnich-poraneni>>.
31. FIFKOVÁ, H. *Sex po porodu*. [online]. [cit 2011-03-05] Dostupné z <<http://www.porodnice.cz/sex-po-porodu>>.
32. VETEŠNÍKOVÁ - KOUBOVÁ, R. *Milování po porodu – když tatínek netrpělivě přešlapuje* [online]. [cit 2011-03-08] Dostupné z <<http://deti.centrum.cz/tehotenstvi-a-porod/prakticke-rady/2009/12/31/clanky/milovani-po-porodu-kdyz-tatinek-netrpelive-preslapuje/>>.
33. HOLLÁ, K. *Sex po porodu* [online]. [cit 2011-03-12] Dostupné z <<http://deti.centrum.cz/tehotenstvi-a-porod/zdravi/2008/11/5/clanky/sex-po-porod/>>.
34. KAMENÍKOVÁ, M. *Otec u porodu* [online]. [cit 2011-03-16] Dostupné z <<http://www.babyonline.cz/porod/predporodni-priprava/otec-u-porodu.html>>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

Vážené respondentky,

obracím se na Vás se žádostí o vyplnění dotazníku zaměřeného na sexualitu ženy v těhotenství a po porodu.

Jmenuji se Luďka Smilková a jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studia na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, obor porodní asistentka.

Dotazník obsahuje intimní otázky, které jsou zaměřené na zjištění pocitů žen v době těhotenství, po porodu a na nejčastější problémy v sexuální oblasti.

Dotazník je zcela anonymní, výsledky dotazníkového výzkumu budou použity výhradně pro vypracování bakalářské práce. Vybranou odpověď zakroužkujte.

Věk.....

Vzdělání:

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

Jste:

- a) vdaná

b)svobodná (rozvedená),žiju ve společné domácnosti s partnerem

c)žiju sama

Od porodu uplynulo:

a)méně než 6 týdnů(jsem v šestinedělí)

b)více než 6 týdnů,ale méně než rok

c)více než rok

1.Kolikrát jste byla těhotná,včetně spontánních i umělých potratů(uveďte počet).....

2.Informace o sexualitě v těhotenství jste hledala:

a)v ambulanci u svého gynekologa

b)v literatuře

c)na internetu

d)jiné,uveďte.....

e)nehledala

3.Přivítala byste informační brožurku o sexualitě v těhotenství?:

a)ano

b)ne

c)nevím

4..Jak ovlivnilo těhotenství Váš sexuální život?

- a) cítila jsem větší uspokojení než v době před otěhotněním
- b) nepocítovala jsem žádnou změnu
- c) bylo mi to nepříjemné
- d) sexuálně jsem nežila

5. Byla jste sexuálně aktivní po celou dobu těhotenství?

- a) sexuální život jsem nevedla
- b) ano, ale pouze v 1. trimestru
- c) ano, ale pouze v 1. a 2. trimestru
- d) ano, po celou dobu těhotenství

6. Znáte nějaké mýty a předsudky o sexualitě v těhotenství

- a) ano, uveďte
jaké
- b) ne

7. Váš porod byl:

- a) vaginální
- b) císařským řezem
- c) pomocí VEX, kleští

8. Vzniklo během vaginálního porodu nějaké poranění rodidel?:

a) ano, byl proveden nástřih hráze nebo spontánní natržení hráze

b) ne

c) nevím

d) jiné, uveďte

jaké.

9. Obávala jste se prvního pohlavního styku právě v souvislosti s uvedeným poraněním? (pokud jste poranění neměla, na otázku neodpovídejte)

a) ano, obávala jsem se velmi

b) ano, ale měla jsem pouze mírné obavy

c) ne, strach jsem neměla

10. Za jak dlouho po porodu jste měla s partnerem první pohlavní styk?

a) v šestinedělí

b) ihned po ukončení šestinedělí

c) později, uveďte

kdy.

d) ještě jsem pohlavní styk neměla

11. Byl pro Vás první pohlavní styk po porodu uspokojivý?

a) ano, velmi uspokojivý

b) normální

c) neuspokojivý až nepříjemný

12. V případě, že byl první pohlavní styk po porodu pro Vás nepříjemný (např. bolestivý), uveďte možné příčiny:

a) přetrvávající krvácení

b) nedostatečné zvlhčení pochvy

c) špatné psychické rozpoložení

d) jiné, uveďte.
.....

13. Při pohlavním styku v těhotenství jste se nejvíc obávala:

a) že ublížím dítěti

b) předčasného porodu, potratu

c) neobávala jsem se ničeho

d) jiné, uveďte.
.....

14. Které negativní faktory měly vliv na Váš sexuální život během těhotenství?

a) častá nevolnost v 1. trimestru těhotenství

b) únava a ospalost

c) nárůst hmotnosti v souvislosti s těhotenstvím

d) potíže jsem neměla

e) jiné, uveďte.
.....

15. Shodli jste se se svým partnerem na načasování prvního pohlavního styku po porodu?

a) ano, po vzájemné dohodě

b)ne, partner vyžadoval sexuální styk dříve

c)ne, partner po "nějakou dobu" odmítal pohlavní styk

16.Od porodu se Vaše potřeba pohlavního styku s partnerem:

a)výrazně snížila

b)spíše snížila

c)je stejná

d)spíše zvýšila

e)rozhodně zvýšila

17.Mluvíte s partnerem otevřeně o Vašem sexuálním životě?

a)ano

b)ne

c)občas

d)nikdy

18.Změnil se Váš postoj k sexualitě v souvislosti se vzniklou "rolí matky"?

a)ano, cítím se více jako matka, než sexuální partnerka

b)roli matky a sexuální partnerky stavím do jedné roviny

c)role matky neměla vliv na můj postoj k sexualitě

19.Pocitujete změnu libida(sexuální touhy) v období od porodu v porovnání s obdobím těhotenství?

a)ano, je vyšší

b)nezměnila se, je stejná

c)změnila se, je nižší

d)nevím

20.Seřadte dle svých vlastních preferencí(upřednostnění) 4.základní oblasti párového soužití:(čísly od 1- 4dle důležitosti)

a)sexualita

b)trávení volného času

c)výchova dětí

d)finance

Děkuji za Váš čas při vyplňování

dotazníku.

Ludka Smilková