

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

VLIV PROŽITKU PORODU NA SEXUALITU ŽENY

(The Influence of the childbirth experience on the woman's sexuality)



Diplomová práce

Autor: **Bc. et Bc. Kristina Neubertová Zemánková**

Vedoucí práce: **Prof. PhDr. Alena Plhánková, CSc.**

Olomouc

2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Vliv prožitku porodu na sexualitu ženy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 19.3.2014

Podpis.....

Poděkování

Děkuji mé vedoucí diplomové práce Prof. PhDr. Aleně Plhákové, CSc. za příjemnou spolupráci a vstřícný přístup, který mi věnovala v průběhu zpracování práce. Její poznámky a podpora byly pro mě velice důležité.

Můj velký dík patří všem ženám, které se účastnily výzkumu k této diplomové práci a ochotně se mnou ve vyprávění sdílely tak intimní chvíle svého života jako je porod.

Dále bych ráda poděkovala svým nejbližším za pomoc, podporu a hlavně trpělivost, kterou mi poskytovali. Děkuji svým dvěma dětem, jejichž porody byly pro mne velmi silnými formativními zážitky, děkuji jim za všechnu inspiraci, kterou mi každý den přináší.

Motto: „Když prožívá žena orgasmus, je to jako by snědla zrnko máku, když prožije porod, je to jako by snědla makový koláč.“

– Marie Vnoučková

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1. Současná situace v porodnictví v ČR v kontextu psychologickém a sociálněprávním.....	8
2. Srovnání vybraných přístupů k porodu (porod v porodnici, porod doma, císařský řez).....	12
3. Kulturně antropologický pohled na porod a sexualitu.....	17
3.1. Společenská regulace sexuality.....	17
3.2. Společenská regulace porodu.....	19
3.3. Historický kontext porodnictví na našem území.....	23
3.4. Porod jako přechodový rituál.....	24
4. Genderová problematika porodu.....	26
5. Ženská sexualita	28
5.1. Sexuální touha, sexuální vzrušení a orgasmus.....	29
5.2. Srovnání mužské a ženské sexuality.....	30
5.3. Vývoj ženské sexuality a pohlavní identity.....	32
5.4. Ženská sexualita v pojetí Helene Deutsch.....	38
6. Fyziologie porodu.....	40
7. Porod jako součást sexuálního života.....	41
8. Psychologie porodu.....	43
8.1. Bonding.....	44
9. Vliv chování zdravotnického personálu k rodící ženě na průběh jejího porodu.....	45
10. Porodní poranění.....	48
10.1. Fyzická poranění a jejich důsledky.....	48
10.2. Psychická zranění.....	50
11. Sexuální dysfunkce po porodu.....	54
PRAKTICKÁ ČÁST.....	56
12. Metodologický rámec výzkumu.....	56
12.1. Výzkumný problém.....	56
12.2 Výzkumné cíle.....	57
12.3 Výzkumné otázky.....	57
12.4 Aplikovaná metodika.....	58
12.4.1 Psychologické metody.....	58

12.4.2 Metody analýzy dat.....	58
12.5 Zkoumaný soubor.....	59
12.6 Organizace a průběh šetření.....	59
12.7 Etické aspekty.....	60
13. Výsledky práce.....	61
13.1 Základní výstupy.....	61
13.1.1. Průběh porodů žen zúčastněných ve výzkumu.....	61
13.1.2. Vnímání dotyků na intimních místech.....	62
13.1.3. Vnímání vlastní nahoty před cizími lidmi.....	64
13.1.4. Pocity studu.....	65
13.1.5. Fyzická a psychická poranění.....	66
13.1.6. Vliv porodního poranění na sexuální život.....	68
13.1.7. Vnímání změny vlastního těla po porodu.....	69
13.1.8. Změna vnímání sebe sama jako ženy po porodu.....	70
13.1.9. Vnímání vlastní sexuální přitažlivosti po porodu.....	71
13.1.10. Začátek sexuálního života po porodu.....	72
13.1.11. Prožívání prvního milování po porodu.....	72
13.1.12. Změny sexuálního života po porodu.....	73
13.1.13. Změny v sexuální apetenci po porodu.....	74
13.1.14. Změny v prožívání orgasmu po porodu.....	75
13.1.15. Vnímání porodu jako intimní záležitosti.....	75
13.1.16. Vnímání porodu jako součásti sexuálního života.....	76
13.1.17. Zážitek vzrušení či orgasmu při porodu.....	77
13.1.18. Co by si ženy při dalším porodu přály jinak.....	77
13.2 K výzkumným otázkám.....	79
DISKUSE.....	89
ZÁVĚR.....	94
SOUHRN.....	97
LITERATURA.....	101
Seznam příloh.....	108
Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce.....	109
Příloha č. 2: Český a anglický abstrakt diplomové práce.....	111
Příloha č. 3: Schéma polostrukturovaného rozhovoru.....	114

ÚVOD

Povoláním jsem porodní asistentka. Při své práci se setkávám se ženami v období těhotenství, porodu a v poporodním období. Naslouchám jejich příběhům, doprovázím je. Některé se svým porodem nejsou spokojené nebo se cítí zraněné. Některé dokonce porodní zážitek přirovnávají ke znásilnění. Jiné ženy naopak popisují úžasné extatické porody, které vnímají jako vrchol svého ženství, jako dar, který dostaly na cestu životem. Velmi často se dostaneme i k tématu sexuality. Jsou rodičky, které mluví o tom, že po porodu sexuálně rozkvetly, jakoby se teprve tehdy staly ženou a díky porodu jim byl otevřen přístup k netušeným hloubkám sexuálních prožitků. Jsou ale také ženy, které vypráví o tom, že se jejich sexuální život po porodu nadlouho ocitl ve slepé uličce, že vlivem porodního poranění či psychického zranění dlouho nebyly schopné otevřít se sexualitě nebo byla dlouho poznamenána bolestí, která ji provázela.

Tyto zkušenosti mě inspirovaly k výběru výzkumného tématu pro tuto diplomovou práci, která se zaměřuje na to, jak se liší prožitky intimity porodu žen, které zvolily různé způsoby porodů, a jak tento zážitek ovlivnil či změnil jejich sexualitu do budoucna.

Ve své praxi se setkávám s tím, že je stále málo zdravotnických odborníků, kteří si uvědomují, že porod je pro ženu intimní událostí, která má potenciál ženu ovlivnit na celý život. Stále ne všichni zdravotníci přistupují k rodící ženě a jejím přáním o průběhu porodu a péči o dítě s potřebným respektem.

Věřím, že tato práce by mohla pomoci podpořit myšlenku, že porod je součástí sexuálního života ženy s potenciálem její sexualitu zásadně ovlivnit.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Současná situace v porodnictví v ČR v kontextu psychologickém a sociálněprávním

V České republice proběhlo v roce 2012 podle nejnovější dostupné zprávy *Rodička a novorozenec* Ústavu zdravotnických informací (ÚZIS) 105 790 porodů. Z toho 25,9 % porodů císařským řezem (50,2% akutní SC, 49,8% plánovaný SC)(ÚZIS 2013). Pro srovnání v roce 1999 porodilo císařským řezem v ČR 12,6 % žen (ÚZIS, 2000). 79,9% porodů vedl lékař, 19,2% porodní asistentka. Vzhledem k současnému legislativnímu vakuu ohledně poskytování péče při domácím porodu neexistuje oficiální statistika plánovaných porodů doma. Podle profesní organizace Unie porodních asistentek proběhne plánovaně doma asi 1% z celkového počtu porodů v ČR. Většina porodů probíhá tedy vaginálně v porodnici. Pouze 12,8% rodiček v porodnici porodilo bez medikace. Nejčastěji jsou při porodech v porodnici užívána uterotonika tedy léky posilující děložní činnost (83,5% porodů). 33,9% ženám byla při porodu provedena episiotomie (nástřih hráze) (ÚZIS, 2013).

Statistická data z ÚZIS však nejsou úplná. Již v úvodu *Zprávy o rodičce a novorozenci* je řečeno, že počty narození evidovaných Ústavem zdravotnických informací (ÚZIS) se liší od počtů narození evidovaných Českým statistickým ústavem (ČSÚ). Tím dochází ke statistickým nepřesnostem například v pověstné novorozenecké mrtvorozenosti: „V důsledku chybějícího počtu mrtvě rozených se zdánlivě snížila mrtvorozenost podle údajů ÚZIS ČR proti údajům ČSÚ z 3,5 ‰ na 2,6 ‰, a tím i celá perinatální úmrtnost“ (ÚZIS, 2013, s. 16). Na statistické nepřesnosti také upozorňuje biostatistička Markéta Pavlíková, která se tématu porodnictví trvale věnuje. Pavlíková upozorňuje na fakt, že způsob, jakým se vypočítává novorozenecká úmrtnost u nás, se liší od způsobu, který je užíván v ostatních státech EU. Srovnání kvality porodní péče napříč státy na základě novorozenecké úmrtnosti pak není relevantní. Pokud se novorozenecká úmrtnost přepočte podle pravidel platících v cizině, nejsou již výsledky novorozenecké úmrtnosti u nás tak nízké jak ČR prezentuje (Pavlíková, 2011).

Argument nízké novorozenecké úmrtnosti se často objevuje v boji lékařů proti porodům doma či v porodních domech. Lékaři tvrdí, že výborné výsledky novorozenecké

úmrtnosti má Česká republika právě i díky represii porodů mimo nemocnice. Praxe ze zahraničí však spojitost mezi nízkou novorozeneckou úmrtností a zákazem porodů doma nepotvrzuje. Například v severovýchodních zemích je novorozenecká úmrtnost dlouhodobě ještě nižší než u nás, přestože jsou tam porody doma součástí nabídky porodních služeb. Jedná se tedy zřejmě spíše o spor ideový než věcný (Hořejší, Mrowetz, Pavlíková, 2010).

Dalším fenoménem typickým pro porodnictví v ČR je fakt, že na prvním místě v porodnické péči v ČR se zdá být nízká mortalita novorozenců, a to i za cenu vysoké mortality a morbidity rodiček (poporodní a pooperační komplikace, psychické následky...). V ČR je trvale vyšší mateřská úmrtnost, než mají okolní státy (V ČR se drží mateřská úmrtnost kolem 11 úmrtí na 100 000 porodů oproti Švédsku – 2,5, Německu – 4,8, Velké Británii – 7) (Velebil, 2008). Přitom ve jmenovaných zemích je péče při porodu doma součástí systému porodnické péče.

Od dubna roku 2012 platí nový zákon upravující poskytování zdravotních služeb. Zákon 372/2011 Sb. se dotýká také porodnictví. Dává ženám možnost vybrat si poskytovatele zdravotní péče, zdravotnické zařízení, ve kterém porodí, jsou v něm zanesena práva pacientů a také povinnost poskytovatele péče například mít od klienta informovaný souhlas s poskytnutím navrhované péče. Poskytování péče v porodnictví se dotýká také etický kodex práv pacientů a práv hospitalizovaných dětí. (Zákon 372/2011 Sb.)

Podle Ligy lidských práv však v mnoha případech dochází v porodnictví k neetickým i nezákonným postupům. Rodičkám v porodnicích jsou činěny lékařské zákroky bez informovaného souhlasu, který vyžaduje zákon, někdy dokonce proti jejich výslovně projevené vůli. V současné době například probíhá soud, kdy žena žaluje porodnici za to, že jí proti její vůli provedli nástřih hráze. Rodičky jsou často bez medicínského důvodu oddělovány od svých novorozených dětí. Ženám je ze strany státu znemožňováno realizovat své ústavou dané právo na zdravotní péči při porodu doma. Ženy, které se rozhodnou porodit doma bez odborné pomoci jsou šikanovány úřady, matriky odmítají vydávat takto narozeným dětem rodné listy, pediatři nezákonně odmítají vzít doma rozené děti do péče, na ženy, které si přejí porodit ambulantně v porodnici, nemocnice volají policii a sociální pracovnice, chybí komunitní péče o rodičky a novorozence. Situace v českém porodnictví je značně neutěšená (Liga lidských práv, 2013a, 2014). Česká republika se dokonce skrze žalobu dvou rodiček dostala až před Evropský soud pro lidská

práva do Štrasburku dne 10.9.2013 (Liga lidských práv, 2013c)

V roce 2013 vznikla na Ministerstvu zdravotnictví pracovní skupina, která měla řešit novou koncepci porodní péče. Ve skupině byli lékaři porodníci, porodní asistentky, biostatistička a zástupkyně ženských organizací. Ministerstvo však po několika jednáních z diskuse zástupkyně rodiček a porodních asistentek vyloučilo bez jasného odůvodnění. O tom, jak v ČR ženy rodí, rozhodují porodníci bez žen (Liga lidských práv, 2013b)

Podle rozsáhlého výzkumu Lei Tackács není spokojenost rodiček s českými porodnicemi nikterak závratná. *„Z výsledků celorepublikového průzkumu spokojenosti žen s českými porodnicemi, jehož se zúčastnilo 1195 žen, které porodily v letech 2005–2012 ve zdravotnických zařízeních v ČR, vyplývá, že se české porodnictví i přes svou vysokou kvalitu potýká s některými závažnými nedostatky. Týkají se především nedostatečného poskytování informací a nerespektování přání žen ohledně způsobu vedení jejich porodu. Mezi nejslabší stránky patří rovněž malá psychická podpora žen v průběhu porodu i v poporodním období a neosobní, nadřazený a rutinní přístup některých zdravotníků, a to zejména ve fakultních porodnicích a v porodnicích s více než 800 porody za rok“* (Takács et al., 2012; Takács, Seidlerová, 2013a). Pro spokojenost žen s porodnicí je podle výzkumu Lei Tackács nejdůležitější to, zdali je zdravotníci předem a včas informují o chystaných zákrocích a vyšetřeních. Na provádění některých zákroků a vyšetření bez předchozího upozornění a vysvětlení si však ženy stěžovaly poměrně často téměř ve 40 % případů (Takács et al., 2012; Takács, Seidlerová, 2013a).

Ženy často právě z důvodu nespokojenosti s péčí při porodu v nemocnici volí další porody doma (Zemánková 2010, 2012). V současné době je však situace kolem poskytování péče při porodech doma v ČR velice komplikovaná. Porodním asistentkám je krajskými úřady vyhrožováno pokutou do výše 1 000 000 korun, pokud budou zdravotní péči při domácích porodech poskytovat. Ženy tedy rodí buď bez odborné asistence nebo za pomoci porodních asistentek, které k porodům chodí na zapřenou, což činí celý systém péče o ženu při porodu doma méně bezpečný. V evropských zemích, kde jsou porody doma součástí systému zdravotní péče, je novorozenecká úmrtnost u nízkorizikových rodiček srovnatelná při porodech ve zdravotnickém zařízení jako při porodech v domácím prostředí (de Jonge, et al., 2009). Riziko komplikací u porodů nízkorizikových rodiček při domácích porodech je dokonce nižší než u porodů stejně rizikových žen vedených lékařem v nemocnicích (British Medical Journal, 2011).

Pro úplnost ještě dodejme, že porody doma mohou být jednak neplánované – překotné, žena nechce родit doma, ale nestihne dojet pro rychlý postup porodu do porodnice včas, a pak plánované tedy v situaci, kdy se žena na základě své svobodné úvahy a po zvážení rizik a přínosů pro porod doma rozhodne předem. V této diplomové práci se budeme věnovat pouze plánovaným porodům doma.

Na opačném spektru porodní péče stojí plánované císařské řezy. Ty se v České republice provádí na základě indikace lékaře. Oficiálně není v současnosti možné mít císařský řez na přání, fakticky se to ale děje (Roztočil, A., Peschout, R., 2008).

Nabídku porodnických služeb v České republice výstižně ilustruje následující citace z článku o císařských řezech na přání: „*Ve většině evropských států je žena schopna po patřičné absorpci informací zvolit pro sebe nejpříjemnější způsob porodu svého dítěte. V naší společnosti má žena právo na plánované rodičovství včetně ukončení nechtěného těhotenství, právo na prenatální diagnostiku včetně radikálního řešení těhotenství s patologicky se vyvíjejícím plodem, má právo na výběr ošetřujícího gynekologa a na zařízení, ve kterém se rozhodla родit, na programovaný porod, může si zvolit způsob porodnické analgezie, polohu za porodu, typ rooming in a jestli chce, nebo nechce kojit dítě. Pokud splňuje podmínky, jsou jí umožněny metody asistované reprodukce. Proč má být primární císařský řez bez medicínské indikace provedený z důvodu udávaných ženou výjimkou? Toto právo zatím nikde nebylo veřejně ženám přisouzeno. Nicméně výše popsany enormní nárůst frekvence císařských řezů svědčí pro fakt, že jsou jednak medicínské indikace k provedení sekce velmi liberální, jednak se císařské řezy na přání provádějí z indikace jiné, převážně fiktivní diagnózy některého hraničního oboru“ (Roztočil, A., Peschout, R., 2008).*

Porod císařským řezem se v mnoha ohledech odlišuje od porodu vaginálního. Po této velké břišní operaci (jak je císařský řez odborně kategorizován), vzniká rozsáhlé poranění – laparotomie. Rekonvalescence je (také vzhledem k nutnosti starat se o novorozené dítě) velmi náročná a může trvat i několik týdnů. K fyzické rekonvalescenci se přidává také rekonvalescence duševní. Ženy porod císařským řezem často prožívají jako zklamání, že nedokázaly родit své dítě vlastní silou. Pochybují o svých mateřských schopnostech. Mají narušený bonding a celkově by se dalo říci, že do mateřství vstupují znevýhodněné jak po stránce fyzické, tak psychické (Zemánková 2012, Kadlecová, 2010).

2. Srovnání vybraných přístupů k porodu (porod v porodnici, porod doma, porod SC)

V této kapitole se stručně zamyslím nad srovnáním vybraných tří přístupů k porodu – porod plánovaným císařským řezem, vaginální porod v porodnici a plánovaný porod doma, které budou dále zkoumány v praktické části této práce. Pro přehlednost této kapitoly volím formu tabulky:

Tabulka č.1: Srovnání vybraných přístupů k vedení porodu

Císařský řez	V porodnici	Doma
O ženu se v průběhu těhotenství, operace a šestinedělí stará celá řada zdravotníků, které většinou předem nezná. Případně zná například jen operátora, kterého si, pokud to provoz operačního sálu dovoluje, může vybrat.	O ženu se v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí starají zpravidla různí zdravotničtí pracovníci, kteří pracují většinou na směny a které žena předem nezná. Je omezená možnost vybrat si jednu porodní asistentku, která by se o ženu starala kontinuálně.	O ženu se stará jedna porodní asistentka v průběhu těhotenství, porodu i po porodu v ženě důvěrně známém prostředí. Žena si svou porodní asistentku vybírá dle svých preferencí a sympatií.
Žena předem ví datum operace a dostaví se k hospitalizaci zpravidla den předem.	Porod začíná spontánně a žena se v určité fázi první doby porodní přesune do porodnice.	Porod plynule probíhá doma, žena se nikam nepřesouvá.
Žena je předem zapsána do operačního plánu dané nemocnice.	Může se stát, že je vybraná nemocnice plná a žena musí odjet родit do jiné.	Může se stát, že je vybraná porodní asistentka u jiného porodu, v takovém případě může ženě zprostředkovat nějakou svou kolegyni.
Příjmová dokumentace je sepisována v den přijetí, před operací a poté průběžně v průběhu hospitalizace.	Při příchodu do porodnice žena sepisuje cca 1 hodinu s porodní asistentkou porodní dokumentaci	Porodní dokumentace se sepisuje po porodu
O ženu se v průběhu operace stará celý tým zdravotníků. Po operaci se o ženu starají porodní asistentky či sestry, které mají zrovna službu.	Porodní asistentka se může starat o více rodiček najednou, rodičí ženu kontroluje v určitých intervalech.	Porodní asistentka je u domácího porodu po svém příjezdu přítomna nepřetržitě, svou pozornost plně věnuje jedné rodičí ženě.
Ve většině porodnic není možné, aby byl otec dítěte bezprostředně přítomen	Ženu může k porodu doprovázet pouze jedna (někde dvě) osoby, za přítomnost doprovodu u	Žena může mít u porodu, kolik osob chce včetně svých starších dětí, nic za to

operaci.	porodu se do nedávna platilo, dnes již je vybírání peněz za přítomnost otce u porodu chápáno jako nezákonné, přesto v některých porodnicích stále přetrvává.	nepříplácí.
Rodička je při operaci v anestezii, takže zpravidla necítí potřebu se nějak hlasitě projevovat.	Rodička někdy může být personálem usměrňována ve svých projevech.	Rodička se může libovolně projevovat.
Ženy musí vystačit s pomůckami, zařízením a hygienickým zázemím, které nabízí nemocnice.	Ženy musí vystačit s pomůckami, zařízením a hygienickým zázemím, které nabízí nemocnice (někde například nemá každý porodní sálek vlastní sprchu a WC, ženy v průběhu porodu tak musí na WC a sprchy společně...).	Žena libovolně využívá zařízení vlastní domácnosti.
Při operaci je samozřejmostí anestezie celková nebo částečná /svodná, dále jsou ženám podávány preventivně antibiotika a léky na tlumení bolesti.	Při porodu jsou běžně užívány léky jako uterotonika u 83,5% porodů, spasmolytika 29,5 % porodů, antibiotika 35,4 % porodů; rutinně bývá podáván oxytocin či ergometrin ve III. době porodní, rutinně se provádí puštění plodové vody při otevření na 3-4 cm, KTG záznamy jsou natáčeny při příjmu a pak každé 2 hodiny (někde kontinuálně v II. době porodní), nástřih hráze 33,9 % porodů. Běžné bývá řízené tlačení a dýchání ve II. době porodní (UZIS, 2012).	Při porodu nejsou užívány žádné léky. Do porodu není nijak zasahováno. Porodní asistentka ženě na její přání může poradit či pomoci například zaujmout vhodnou polohu, je nedirektivní.
Možnost tlumení bolesti farmaky	Možnost tlumení bolesti farmaky	Snaha pracovat s bolestí přírodními prostředky
Žena fakticky nerodí. „ <i>K ohrožení života ženy při sectiu dochází 8 krát častěji než při spontánním porodu</i> “ (Kudela, 2004, s. 207).	Vzhledem k častým zásahům do přirozeného tempa a průběhu porodu je větší pravděpodobnost porodních komplikací u nízkorizikových rodiček, ty je však v nemocnici možné bezprostředně rychle řešit.	Při porodu doma je menší pravděpodobnost komplikací způsobených zásahy do porodu, pokud však komplikace nastanou, jsou možnosti jejich řešení omezené, je nutný převoz do porodnice.
V některých porodnicích je podporován bonding miminka v náručí otce ihned po operaci a poté co nejdříve	Bonding není vždy plně podporován, první ošetření novorozence často probíhá v jiné místnosti, nebývá běžně	Plná podpora bondingu (=kontakt a utváření vazby mezi matkou a dítětem). Pupečník se nechává

na těle matky, jen co její stav dovolí.	nechán dotepat pupečník, dítě je rychle baleno do peřinek, někde je po dvou hodinách po porodu rutinně každý novorozenec dáván na nějaký čas do inkubátoru, aby se zahřál.	dotepat, první vyšetření novorozence se děje na těle matky, matka i dítě se mohou libovolně a nerušeně dle svých potřeb vítat a seznamovat, mohou být libovolně dlouho kůži na kůži – matka zahřívá dítě na svém těle.
Šestinedělka zpravidla tráví první den/y dle svého stavu na jednotce intenzivní péče. Novorozenec na novorozeneckém oddělení v péči novorozeneckých sester. Matka zpravidla nebývá v prvních dnech fyzicky schopna starat se o dítě. Po stabilizování pooperačního stavu je žena převezena na oddělení šestinedělí, kde již může být na pokoji se svým dítětem.	Šestinedělka a novorozenec tráví první dny v porodnici. Pečují o ně porodní asistentky, novorozenecké sestry a supervizují lékaři. Rodičky bývají až na výjimky schopny okamžitě po porodu pečovat o své dítě. Zvykem je systém péče rooming – in, kdy je dítě 24h spolu s matkou.	Šestinedělka a novorozenec tráví první dny po porodu doma v rodinném kruhu za přítomnosti případných starších sourozenců narozeného dítěte. Pečují o ně tatínek dítěte či jiní rodinní příslušníci, porodní asistentka přichází v průběhu prvních dní několikrát na kontrolu. Na kontrolu novorozence také přichází pediatr.
Úklid a stravování zajišťuje nemocniční personál	Úklid a stravování zajišťuje nemocniční personál	Při porodu může dojít k nevratnému znečištění něčeho z vybavení domácnosti. Rodiče musí po porodu sami uklidit a starat se o chod domácnosti.
Starší sourozenci chodí do porodnice na návštěvy, nemohou být s matkou ubytováni. Na jednotku intenzivní péče děti zpravidla nesmějí. Nová rodina se spolu sžívá po příchodu ženy s novorozencem z porodnice, což bývá zpravidla 7-10 dní po operaci pokud nenastanou komplikace na straně šestinedělky či novorozence.	Starší sourozenci chodí do porodnice na návštěvy, nemohou být s matkou ubytováni. Nová rodina se spolu sžívá po příchodu ženy s novorozencem z porodnice což bývá zpravidla 3 – 4 dny po porodu, pokud nenastanou komplikace na straně šestinedělky či novorozence.	Rodina může být od začátku s novým členem pohromadě v plném složení. Starší sourozenci nemusí být odděleni od matky. Mohou vidět miminko ihned po porodu nebo se případně i porodu účastnit, mohou se sžívat s miminkem od jeho prvních dní.
V prvních dnech po operaci se o novorozence starají novorozenecké sestry. Zpravidla druhý až třetí den po operaci, podle stavu šestinedělky, edukují rodičku	Novorozenecké sestřičky edukují rodičku o péči o dítě a kojení. Rodička vede záznamy o tom, kolik novorozenec vypil, jakou má teplotu a jak často vylučuje. Novorozenci mohou	Rodička se sama stará o dítě dle svých představ, nevede záznamy, v případě potřeby konzultuje s porodní asistentkou.

o péči o dítě a kojení a dále se žena stará o dítě sama. Rodička vede záznamy o tom, kolik novorozenec vypil, jakou má teplotu a jak často vylučuje. Novorozenci mohou být příkrmováni umělým mlékem někde i ženským mlékem z mléčné banky. V případě potřeby může někde na noc dát žena dítě na hlídání novorozeneckým sestřám.	být příkrmováni umělým mlékem někde i ženským mlékem z mléčné banky. V případě potřeby může někde na noc dát žena dítě na hlídání novorozeneckým sestřám.	
Císařský řez z lékařské indikace je hrazen ze zdravotního pojištění	Porod v nemocnici je hrazen ze zdravotního pojištění.	Porod doma si musí žena hradit sama.
Přidělení rodného čísla dítěti a kontakt s matrikou zprostředkovává nemocnice.	Přidělení rodného čísla dítěti a kontakt s matrikou zprostředkovává nemocnice.	Rodiče musí sami zajistit přidělení rodného čísla dítěti a zapsání do matriky – vystavení rodného listu.
Společnost chápe porod císařským řezem jako nutnost v situacích, které určí lékař. Názor lékaře je široce respektován.	Společnost je na porody v nemocnici zvyklá.	Rodina se může setkat s nepříjemnými reakcemi okolí na jejich rozhodnutí přivést dítě na svět doma.
Žena se se zdravotnickými pracovníky, kteří o ni při a po operaci pečovali, zpravidla už nikdy nevidí.	Žena se většinou s porodní asistentkou, která o ni pečovala při porodu, už nikdy nevidí.	Porodní asistentky po domácích porodech se většinou zajímají o to, jak rodičky a jejich děti pokračují, nezářídka mezi nimi a ženami vzniká přátelství. V dalším těhotenství se ženy často ke svým porodním asistentkám vrací.

(Zemánková, 2010, 2012, Kadlecová 2010; BMJ, 2011)

Pro detailnější popis specifik průběhu výše uvedených typů porodů a jejich psychologických a společenských aspektů a dopadů odkazuji na svou bakalářskou práci (Zemánková 2012).

Z mého předchozího výzkumného šetření s tématem Vliv prožitku porodu na sebepojetí ženy dále vyplynulo: Ženy, které rodily doma, prožívaly a hodnotily svůj porod výrazně pozitivněji než ženy, které rodily v porodnici bez ohledu na to, zda proběhl vaginálně či

císařským řezem. Rozdíly v prožívání porodu mezi ženami, které rodily císařským řezem, a ženami, které rodily v porodnici vaginálně, nebyly tak markantní, nicméně ženy, které rodily císařským řezem, hodnotily svůj porod ještě negativněji než ženy, které porodily v porodnici vaginálně, zvláště v souvislosti s následným prožitkem mateřských kompetencí po porodu, kdy se cítily být nedostatečně kompetentní starat se o své dítě. Ženy, které rodily císařským řezem, popisovaly jako klíčový pozitivní moment pouze první kontakt s narozeným dítětem, naopak ženy, které rodily doma, popisovaly téměř výhradně (kromě porodních bolestí) samé pozitivní momenty porodu. Tyto ženy vyzdvihovaly především prožitek vlastních kompetencí, tedy možnost řídit si porod podle svého tempa a potřeb a také možnost být dle potřeby v určitých chvílích buď úplně sama, nebo naopak mít intenzivní podporu pečujících osob, které si samy vybraly (otec dítěte, dula, vlastní porodní asistentka). Ženy, které rodily v porodnici vaginálně shodně s ženami, které rodily císařským řezem, hodnotily jako klíčový pozitivní moment první kontakt s narozeným dítětem, dále v některých případech přítomnost a podporu partnera u porodu. Ženy, které rodily císařským řezem, hodnotily jako klíčové negativní momenty odloučení od narozeného dítěte a nemožnost se o něj starat v prvních dnech po porodu a problémy s kojením. Ženy, které rodily v porodnici vaginálně, popisovaly jako klíčové negativní momenty chvíle, kdy je personál nutil do něčeho, co nechtěly. Obecně ženy, které rodily v porodnici, ať již císařským řezem nebo vaginálně negativně hodnotily organizaci péče a rutinu na oddělení šestinedělí. Ženy, které rodily doma, nepopisovaly kromě porodních bolestí žádné klíčové negativní momenty.

Jako nejsilnější moment porodu popisovaly ženy ve velké shodě první kontakt s narozeným dítětem. Dvě ženy, které rodily doma ještě uvedly jako nejsilnější momenty chvíle vytlačování miminka (II.doba porodní) a podporu muže a duly při porodu. Jako nejslabší moment popisovaly ženy shodně ve všech třech skupinách chvíle silných bolestí. Dále ženy, které rodily v porodnici, ještě uváděly jako nejslabší momenty rozčarování ze zdravotnického systému a chvíle, kdy personál nerespektoval jejich přirozené tempo porodu. Nejvýrazněji verbalizovaly změnu porodem všechny ženy, které porodily doma. Všechny tyto ženy podrobně popisovaly výhradně pozitivní změny, kterých si byly vědomé, a považovaly porod za klíčový prožitek ve svém životě. Ženy, které rodily v porodnici, bez výrazných rozdílů mezi ženami rodícími císařským řezem nebo vaginálně, změnu buď popíraly, bagatelizovaly, porodní prožitek racionalizovaly nebo byla změna

spíše negativní. Obě skupiny žen, které rodily v porodnici (císařským řezem i vaginálně) byly otázkou na smysl porodních bolestí spíše zaskočené, odpovídaly, buď že vůbec nevědí, nebo že o tom nepřemýšlely, nebo byly odpovědi poměrně vágní. Ženy, které rodily doma, ve značné shodě mluvily o smyslu porodních bolestí ve třech ohledech. Zaprvé, že porod je určitou transformací, což je vždy bolestivé, za druhé, že se díky porodní bolesti plně koncentrovaly na sebe a porodní proces, který je díky síle bolesti úplně pohltit a za třetí, že porodní bolest upozorňuje na to, co děláme špatně, a že by tedy měla rodící ženu směřovat a pokud se při porodu chová správně, porod ani bolet nemusí. Obecně nejvíce pozitivně na ženy působil prožitek domácího porodu a nejvíce negativně prožitek porodu císařským řezem. Ženy rodící v porodnici vaginálně jeví známky pravděpodobného popření důležitosti porodního zážitku a změny s ním spojené (Zemánková 2012).

3. Kulturně antropologický pohled na porod a sexualitu

3.1. Společenská regulace sexuality

Sexualita a porod jako jedna z jejích součástí je fenomén tradičně regulovaný kulturou. Každá kultura vytváří vlastní sexuální tabu či zvyky, které je třeba při sexualitě dodržovat, nechce-li být člen společnosti zavrhován. Párování bylo historicky institucionalizováno, respektive ve většině kultur je třeba projít určitým rituálem, než se sexuální styk pro pár stane legitimním. Například v naší společnosti je nepřípustné mít pohlavní styk před dovršením 15 let. Pro katolicky orientované věřící je nepřípustné mít pohlavní styk před uzavřením manželského svazku, tedy před rituálem svatby. V mnoha kulturách jsou běžné organizované sňatky, tedy varianta, kdy rodiče mnohdy ještě nedospělých dětí plánují jejich sňatek jako obchod. V mnoha kulturách je žena fakticky majetkem muže jako důsledek takového sňatkového obchodu. Požadavek na monogamii či naopak možnost polygynie či polyandrie jsou také kulturně kontrolované fenomény (Malina, Vrhel, 2002).

Potlačování mocně se probouzející sexuální síly v období puberty například za účelem zachování panenství je také jedním ze společenských zásahů do přirozeného sexuálního vývoje. Zejména ve východních kulturách je ztráta panenství před sňatkem považována za zneuctění celé rodiny a může mít za následek usmrcení provinilé dívky

vlastním otcem či bratrem (Armutidisová, 2011). Podobně krutě bývá v mnoha kulturách trestána nevěra. V naší společnosti je zajímavým faktem to, že nevěra ženy a nevěra muže je posuzována rozdílně. Nevěrná žena je často odsuzována jako “rozvracečka“ rodiny, zatímco nevěrní muži svým počínáním mnohdy spíše získávají pověst “chlapáka“.

Zajímavá je také otázka onanie, která je napříč kulturami spojována s pocitem viny a studu a hrozbou chatrného zdraví, ačkoli vědecké studie docházejí k závěru, že je normální součástí lidské sexuality i sexuality některých jiných savců. Zajímavé je, že sexuální pověry byly v určitém období podporovány i oficiální vědou. V roce 1760 vydal profesor Tissot, švýcarský lékař, knihu o onanii, za kterou pokládal v podstatě jakýkoli sex praktikovaný nikoli za účelem mít děti, ale za účelem pouhého potěšení, tedy nejen masturbaci, ale i orální a anální sex a sex s antikoncepcí. Podle jeho výpočtů se *„ztráta 1 unce semene (28,35 gramů) vyrovná ztrátě 40 uncí krve. Takovéto teorie byly podkladem pro jeho varování před nebezpečím sexu, podstupovaného za účelem potěšení na místo rozmnožování. Nebezpečí je ještě větší v případě ženské masturbace, protože podle Tissota jsou poševní šlavy ještě cennější než mužské semeno, protože ženské nervy jsou slabší“* (Tissot in Odent, 2013, s. 55).

Na opačné straně spektra stojí sexuální askeze, která se dokonce v určité fázi dějin stala vysoce ceněnou ctností (Malina, Vrhel, 2002).

Byl zdokumentován bezpočet aspektů potlačování sexuality obecně. Mezi nejvíce do očí bijící postupy se jistě řadí obřízka, sloužící ke zmenšení vnímání sexuálního potěšení (Skupnik, 2007).

„Prostřednictvím praktikování vynuceného genitálního mrzačení vysílá kulturní prostředí zásadní, i když skrytou zprávu svým členům. Jednou částí sdělení je, že genitálie patří spíše komunitě než jednotlivci, což znamená, že jejich použití spadá pod přísně stanovená pravidla. Dále mohou takové rituály vést k tomu, že genitálie jsou na našem těle místem spojovaným spíše s bolestí, než s potěšením“ (Odent, 2013, s. 54).

Podobně ritualizovaný a společensky kontrolovaný je i výsledek pohlavního styku tedy porod dítěte. Ačkoli je porodní mechanismus všude na světě stejný, tedy při fyziologickém porodu se účastní vždy ty samé hormony a plod musí projít porodními cestami určitým způsobem, kulturní aspekty porodu, především porodní péče se značně liší kulturu od kultury. Stejně jako je tomu s pohlavním stykem. Opět se účastní ty samé hormony a mechanismus oplození je také tentýž, nicméně sexuální zvyky a norma se liší.

Odent popisuje reflex vypuzení plodu jako nejvyšší vrchol orgasmického žebříčku a zároveň upozorňuje na to, že bývá tím nejvíce potlačovaným a kulturně narušovaným sexuálním okamžikem. *„Fyziologický proces porodu byl dramaticky narušován všemi známými společnostmi tisíce let. Kultura se vměšuje většinou přenášením pověr a rituálů z generace na generaci“* (Odent 2013, s. 20).

3.2. Společenská regulace porodu

Z fyziologického hlediska existují pouze dva povinní aktéři porodního procesu a to jsou rodičí žena a její rodičí se dítě. Každá další osoba navíc není fyziologickou nutností, ale kulturní záležitostí. V historii lidstva proběhla fáze, kdy se rodičí ženy izolovaly od společenství, jako všechny samice savců. U savců nebývá zvykem, že samice rodí za něčí asistence. I v dnešní době v některých kmenech zůstává zvykem, že se žena v době porodu oddělí od společenství a vrátí se až s narozeným dítětem, jako je tomu například na Nové Guinei v kmeni Eipo a jiných (Odent, 2013).

Další fází porodně-kulturního vývoje je přítomnost mateřské osoby u rodičí ženy nejčastěji vlastní matky či jiné blízké ženy. Účelem byla ochrana soukromí rodičky před potulujícími se zvířaty či muži. Smyslem nebylo kontrolovat či řídit porodní proces, ale zajistit rodičí ženě klid k porodu, který jinak zvládne sama. Zde jsou pravděpodobné kořeny tradičních porodních bab (Odent, 2013).

S vývojem kultur a jejich větší složitostí a ritualizovaností se objevují tendence měnit původní roli pomocnice u porodu, aby se potlačila ženina potřeba soukromí a porod se stal více sociální záležitostí. Porodní asistentka se tak stává jakýmsi agentem kulturního prostředí, který šíří pověry a rituály vlastní danému společenství (Raková, 2010). Nejvíce narušovanou částí porodu je pak ve většině společenství poměrně časově krátká fáze mezi narozením dítěte a porodem placenty. *„Dalo by se dokonce konstatovat, že všechny společnosti znemožňují nerušený kontakt mezi matkou a novorozencem po porodu“* (Odent, 2013, s. 32). Již v roce 1884 popsal Georg Engelmann v práci *Labor among Primitive People* katalog tisíce a jednoho způsobu jak narušit první kontakt mezi matkou a novorozencem (Engelmann, 1884).

Co se vedení porodu týče, hráli do 20. století důležitější roli šamanské a náboženské instituce než instituce lékařské. Ve většině společností se ženy bránily přímé přítomnosti muže u porodu, tedy i muže lékaře. Od 20. století však dramaticky posílil moc

lékařských institucí velký počet vědecko-technických a farmakologických vynálezů. Kontrola porodů se tak více a více přesouvala do rukou mužů (Pistulková, 2012). „V 50. letech se náhle objevila zcela nová, sofistikovaná forma kulturně kontrolovaných porodů: založená na vědeckých teoriích: učit ženy, jak mají родit a obzvláště jak při porodu dýchat, se stalo módou“ (Odent, 2013, s. 34).

Z fyziologického reflexního děje, tedy děje mimovolního, se postupně stává činnost, kterou je třeba se předem naučit. V roce 1949 ruský neuropsychiatr Velvovski, žák Pavlova, vytvořil profylaxi k porodu, která si kladla za cíl eliminovat bolest při porodu. Francouzský porodník Lamaze ji propagoval v západních zemích a USA, kde se stala známá jako Lamazeho metoda. Metoda byla založená na konceptu podmíněných reflexů a vycházela z předpokladu, že porodní bolest není fyziologická, ale podmíněná kulturně a je tedy možné ji „odnaučit“. Zakladatelé této metody pochopili, že podmíněné reflexy souvisí s aktivitou neokortexu, ale neporozuměli řešení, které k překonání těžkostí při porodu vynalezla příroda. Nepochopili, že „nejdůležitějším aspektem fyziologického porodu je snížení aktivity neokortexu. Nevěděli, že rodící žena má být chráněna před jakýmkoliv druhem stimulace neokortexu a musí zapomenout vše, co se naučila. Místo toho předpokládali, že těhotnou ženu je třeba vyškolit v rámci nejnovějších poznatků a že během porodu ženám pomůže, když budou verbálně vedeny“ (Odent, 2013, s. 35). V tomto momentu vstoupila pravděpodobně socializace porodu do své vrcholné fáze – ženy byly učeny, že nemohou porodit bez vedení specialisty. Začalo se objevovat velké množství metod pro úlevu při porodu a současně nová povolání související s porodem jako instruktorky bezbolestného porodu, koučové porodu, duly a podobně. V západních zemích Evropy se od 70. let 20. stol., u nás od 90. let, začínají na porodních sálech objevovat otcové, jakožto doprovod rodící ženy (Odent, 2013).

Porodnická oddělení jsou nyní vybavena značným množstvím elektroniky ke sledování porodu. Od žen se začalo očekávat, že porodí v mužském prostředí. V naší kultuře je v současné době porodník v roli autoritářského vedoucího, který se snaží aktivně zasahovat do průběhu porodu s cílem porod urychlit, nejčastěji medikamenty. Rychlost a urychlování je fenoménem naší doby. Tradiční role porodní báby jako tiché, klidné a nezasahující společnice u porodu byla naší kulturou zahozena. Porod se stal hlučnou společenskou událostí naší medikalizované společnosti (Čermáková, 2011).

V knize *Hypnoporod* Marie Monganové, která se zasloužila o prosazení hypnózy

jakožto metody k tlumení porodních bolestí, se můžeme setkat s následujícím výkladem historické změny chápání porodu. Předně autorka poukazuje na biblické „Evino prokletí“, kdy je jejím trestem roditi v bolestech, které však z pohledu antropologů není universální, tedy neobjevuje se napříč kulturami, je specifické pro křesťansky orientovanou společnost. V jiných kulturách nemusí být porod nutně chápán jako trest, nemoc či prokletí. Naopak v mnoha kulturách rodí ženy takřka bezbolestně. Což zřejmě souvisí s celkovým společenským chápáním role ženy ve společnosti. Ve společnostech, kde je uctívána Matka Země, Příroda a Žena jako stvořitelka, je jiné zázemí pro porod. Poté, co byla nově definována role ženy v náboženství, změnilo se i chápání porodu. Věda v té době neměla takový vliv jako náboženství. Těhotné ženy se musely podřizovat zvláštním pravidlům a při porodech byly separovány. Medicínští odborníci měli zakazováno pomáhat při porodu. Porod byl z oslavné události degradován na bolestivou osamělou obávanou zkoušku. Až v 16. století byla napsána první kniha o porodnictví, která vycházela z teorií medicínských praktiků a filosofů. V té době se do praxe vrátily porodní báby. Rození však nadále bylo považováno za nepočetné. A bylo pod úroveň věřících mužů, aby se na něčem takovém podíleli. Ženy se bály komplikací a smrti, nikoli však rození samotného. Až v polovině 18. století byla asistentce u porodů povolena lékařům. Koncem 19. století trvala královna Viktorie na podání chloroformu při porodu, toto anestetikum bylo do té doby rodícím ženám zapovězeno. Tak se otevřely dveře pro podávání anestezie při porodu a tím také medicínsky vedenému porodu, protože pakliže je ženino vědomí utlumené anestetikou, musí porod vést někdo jiný. Porody se pomalu přesouvají do porodnic. Porodnice však mají velmi špatné hygienické podmínky a novorozenecká a mateřská úmrtnost rapidně vzrůstá, objevuje se známá horečka omladnic. *„Úmrtí v porodnicích byla důsledkem nedostatečné hygieny a vystavení nákaze nemocemi ostatních pacientů, nikoli důsledkem komplikací nebo nebezpečí spjatých s porodem“* (Monganová, 2010, s. 59). O zlepšení podmínek se zasloužila mimo jiné Florence Nightingalová, která prosadila, aby byly v porodnicích stejné hygienické normy jako v jiných nemocnicích. Porody však nadále byly provázeny velkým množstvím medicínských zásahů. *„Rychlé nasazení léků a anestezie začalo být u porodu standardem, ať bylo nutné nebo ne. Protože panovalo přesvědčení, že bolest je u porodu nevyhnutelná, ženy dostávaly během první doby porodní silné dávky analgetik, a jakmile se začala objevovat hlavička, byla jim aplikována celková anestezie. Pravidlem se staly porody pod léky, kdy byly děti z porodních cest vyjímány nástroji. V centru byla úleva*

pro rodící ženu a účelnost z pohledu ošetřovatelů a do značné míry je tomu tak dodnes“ (Monganová, 2010, s. 59).

V době vrcholu industrializace porodu, se pomalu začínají objevovat v různých částech světa hnutí, která se navrací k přirozenému porodu. V Tennessee vzniká komunita Farma, kde Ina May Gaskin a další ženy pracují jako tradiční porodní asistentky u domácích porodů v rámci komunity. Ve Francii v městečku Pithiviers vznikají v rámci tamní porodnice „domácí porodní pokoje“ a místo medikace na tišení bolesti u porodu jsou používány bazénky s teplou vodou. Jako vedlejší produkt se objevuje fenomén porodů do vody. Ve stejnou dobu v Moskvě Igor Charkovsky propaguje porody do vody a porody doma. V Británii Sheila Kitzinger a v Kalifornii Suzanne Arms píše knihy a přináší pohled na porod očima ženy-matky. Francouzský porodník Frederic Leboyer vypustí do světa svou knihu *Porod bez násilí*. V roce 1970 vychází kniha Artura Janova *Prvotní výkřik* a tak se čím dál více dostává do povědomí lidí, že způsob jakým se rodíme, nás ovlivňuje po celý život. A tak začíná jakási malá kulturní revoluce ve vedení porodů. Různí autoři se začínají pozastavovat nad medikalizací přirozených procesů, jako je těhotenství a porod či stárnutí a smrt. Netrvá dlouho a do optiky vědeckého bádání se dostávají témata s tím spojená. V roce 1973 dostali Nobelovu cenu za fyziologii a medicínu Karl von Frish, Konrad Lorenz a Nikolas Tinberger, díky nimž jsme se dozvěděli, že *„u savců na samotný porod těsně navazuje krátký okamžik, který se už nikdy neopakuje, ale který je rozhodující pro vazbu mezi matkou a dítětem“* (Odent, 2013, s. 38). Další odborníci pak prověřují teorii vazby u lidí, v Británii Bowlby a v USA Klaus a Kennell. A přicházejí na to, že: *„zkušenost malého dítěte s povzbuzující, podporující a spolupracující matkou, a o něco později otcem, mu dodá pocit vlastní hodnoty, víru v užitečnost druhých lidí a příznivý model, podle něhož bude navazovat budoucí vztahy“* (Bowlby, 2010, s. 323). Odborníci si začínají uvědomovat obrovský význam prvního kontaktu matky a dítěte ihned po narození pro schopnost člověka vytvářet v pozdějším životě vztahy, pro schopnost milovat. Stále však není věnována dostatečná pozornost sexuální podstatě porodu. Velké množství nejen vědecké pozornosti je dále věnováno vlivu porodního prožitku na psychiku dítěte. Velmi málo je však zkoumán vliv prožitku porodu na psychiku rodící ženy (Odent, 2013).

Za zmínku stojí také fenomén společenského ideálu „dobré matky“. *„Aby byla žena společensky uznána „dobrou matkou“ je potřeba, aby zcela rezignovala na vlastní autonomii a subjektivitu. Tato celospolečensky zakořeněná představa mateřství se týká*

plně psychické i fyzické stránky ženy.“ (Brožovičová,2009, s. 29-30).

3.3. Historický kontext porodnictví na našem území

Historický vývoj porodnictví na našem území do značné míry souvisí s vývojem v západní společnosti popsaným výše, nicméně má svá specifika daná především politickomocenskými zájmy vládnoucích vrstev.

V historii až do dob osvícenství byl jedinou myslitelnou a reálnou variantou místa porodu porod doma. Porod byl výhradně ženskou záležitostí. Muži k porodu nesměli. Lékaři byli voláni většinou pouze bohatými, v případě, bylo-li potřeba chirurgicky zasáhnout, často v případě, že bylo potřeba zachránit život ženy na úkor života dítěte. Jinak byl porod v rukou rodičů ženy a porodních bab, které o ně pečovaly. Výhodou porodních bab bylo to, že většinou samy porodily děti a porodnímu procesu rozuměly nejen díky zkušenostem s rodičkami, ale i díky vlastnímu prožitku. Výbavou porodních bab bývala porodní stolička, náčiní na klystýr, léčivé byliny, trpělivost a pokora (nechtěly porod ovládat, ale podporovat) (Zemánková 2012).

Změny se začaly dít až v dobách osvícenství, kdy dochází k institucionalizaci lékařské vědy, k čemuž byli panovníci vedeni vlivem častých válek, morových ran a tedy nutností prosocializační politiky. Docházelo tehdy k podpoře vzdělávání porodníků a porodních bab. Rodit v tzv. porodnických “špitálech“ bylo možné již v dobách předosvíceneckých, kdy zde rodily většinou bezplatně nemajetné ženy bez pořádného domova a jejich porody byly možností vzdělávání porodníků. V porodnicích a špitálech rodilo až do druhé světové války menší procento žen, především z prostředí měst. Úmrtnost byla tehdy ve špitálech vyšší než v domácím prostředí a to především vlivem špatných hygienických podmínek - neznalostí desinfekce. Postupem urbanizace a v důsledku rostoucí prestiže moderní lékařské vědy se ale počty ústavních porodů postupně zvyšovaly (Doležal, 2001; Zemánková, 2010).

Zásadní zlom nastal po druhé světové válce. V 50. letech 20. století u nás došlo k centrálnímu plánování jak v oblasti demografické, tak v oblasti lékařské péče. Totalitní režim silně podporoval stavbu a provoz velkých nemocničních zařízení, aby zajistil náležitou efektivitu práce v souladu s dobovými lékařskými poznatky. Pokračující rozvoj hygienických standardů si žádal určité praktické normy, které byly v prostředí nemocnic nejnáze dosažitelné za nejnižších finančních výdajů. Vedení porodu se tak stává spíše

mužskou záležitostí, ocitl se v rukou lékařů, kteří se za průběh a výsledek porodu v porodnici cítili zodpovědní, a tudíž ho chtěli řídit. Hlavním kritériem hodnocení kvality péče se stala novorozenecká úmrtnost, tedy hledisko kvantitativní. Plně se zde uplatňoval paternalistický přístup lékaře k rodící ženě, která byla chápána jako pacientka. Domácí porody byly zakázány a ženy byly nuceny родit v porodnicích i proti své vůli, porodním asistentkám bylo zakazováno poskytovat péči jinde než v nemocnici (Doležal, 2001; Zemánková, 2010).

Po roce 1990 došlo k určitému legislativnímu uvolnění v důsledku rozpadu centrálního demografického plánování. Rodička tak může nejen zvolit porodnici, ve které chce родit, ale určité nízké procento žen volí přednostně porod v domácím prostředí. Do porodnic byl postupně povolen vstup otcům, kteří mohou doprovázet a podporovat své rodící partnerky. Čistě paternalistický přístup je již oficiálně nemyslitelný, rodící ženě se začalo místo pacientka říkat klientka. Klientky mají možnost přinést do porodnice tzv. porodní plán či přání, tedy soupis toho, jak by si péči v průběhu porodu představovaly. Aby lékař mohl vykonat nějaký zákrok, potřebuje, aby klientka podepsala informovaný souhlas, a to i s fyziologickým porodem (Doležal, 2001; Zemánková, 2010).

3.4. Porod jako přechodový rituál

Genep (1996) řadí porod mezi přechodové rituály. Do rituálního chování zahrnuje i procedury spojené s těhotenstvím. Těhotná žena je nejprve odlučována z obecné společnosti, porodem pak získává nové společenské postavení, nový status, jakožto matka. To se týká zvláště prvorodiček.

Mezi úkony a okamžiky, kterým je obecně (bez ohledu na způsob porodu) přisuzován rituální význam, patří zejména začátek porodu, porodní bolest a položení dítěte na břicho matky, která své dítě v tento okamžik poprvé vidí.

Pozornost žen při porodu v nemocnici se přesunuje od samotného porodu, tedy vnímání vlastního těla, na sledování odborných zásahů, podle nichž je také později průběh popisován. Je zjevné, že rodící ženy se více než na své schopnosti spoléhají na pomoc ze strany zdravotníků a od každého provedeného úkonu očekávají určitý účinek, který by měl vést k úspěchu nebo pomoci. Chování zdravotníků můžeme interpretovat jako ochranný rituál (Brožovičová, 2009). Užívané medicínské zásahy mívají také ritualizovanou formu (jazykem západní medicíny “standardní postup“), patří sem např.: sepisování dokumentace

při přijímání rodičky do porodnice, „příprava“ (oholení pubického ochlupení a klyzma), vaginální vyšetřování rodičky každé dvě hodiny, kardiokografické monitorování v určitých intervalech, nařízená poloha při vypuzování dítěte, porodnické lůžko (analogie k oltáři), medikace („omamné látky“) a dále ritualizovaný způsob ošetření novorozence ihned po narození (Zemánková 2012).

Za normální průběh rituálu je považován přirozený porod. Komplikace a s nimi spojená odlišnost porodu nejsou „přirozenou“ součástí porodů a odlišný porod může být považován za neúspěch a řazen na hranici tabu. Zda odlišnost je společensky akceptovatelná, je konfrontováno s názory ostatních žen, které prošly porodem. Pokud postup není dodržen, lze se setkat s negativní reakcí. Za nejčastější odchylku je považován císařský řez, přičemž některé ženy, které jím prošly, se necítí iniciované. Mohou pak obviňovat samy sebe a hodnotí, zda nedošlo k selhání z jejich strany a do jaké míry mají podíl na úspěchu či nezdaru při porodech a svou pozici matky etablojí dodatečně tím, že způsob porodu nebo komplikace zdůvodňují jako nezbytné pro záchranu zdraví či života dítěte. Ženy, které rodily fyziologicky, pak mají svou pozici usnadněnou tím, že nemusí nic obhajovat. Odpůrci domácích porodů mluví o riziku spojeném s prostředím, kde chybí medicínský personál a přístrojové vybavení, kritizují tedy zejména odklon od zažité představy strategie (rituálu) v nemocničním prostředí, která vede k „zaručenému“ úspěchu. Jednotlivec, který se k odlišnému postupu odhodlá, je pak terčem možné kritiky a přebírá plnou zodpovědnost za své jednání. Zvláštní případ představují porody, kdy se narodí postižené, nemocné či mrtvé dítě. Takové situace jsou v této společnosti tabuizovány (Brožovičová, 2009).

Stává se, že: „*Strach, nejistota z nového vede ženy, které mají porodit, k plné důvěře v lékařskou pomoc a zdravotní zařízení, úkony a přístroje, aniž by rodička věděla, jak systém funguje. Základem takového vědění je plná důvěra ve funkčnost systému, takové myšlení se podobá náboženskému myšlení a důvěře v kosmologii náboženství*“ (Giddens, 2003 in Brožovičová, 2009, s. 7). Porod lze interpretovat jako rituál řídicí se diskursem západní medicíny (Brožovičová, 2009).

4. Genderová problematika porodu

V současné době není běžné přistupovat k porodu jako k součásti sexuálního života, jako k události intimní. Z porodu se stává téměř věc veřejná a z rodičího ženského těla nástroj, který je řízen medicínou. Při zběžném prostudování mediálního obrazu porodu (který pro účely této diplomové práce považuji za obraz veřejného mínění) je vidět několik protichůdných tendencí. Zaprvé menšinová snaha o návrat k přirozenosti porodu (s uznáním jeho sexuální podstaty) a na druhé straně značný odpor masové populace proti této snaze pod záminkou bezpečnosti porodu, kterou může podle některých zajistit pouze medicínské vedení porodu s nutností odevzdání zodpovědnosti za průběh porodu z rukou matky do rukou institucí. Výstižně se k tomuto tématu vyjadřuje například Martin Zvěřina v článku „Vyvlastněná těla“ (Zvěřina, 2013).

Zkušený psychoanalytik by jistě zajásal nad množstvím projekcí, popření a odporů, které toto silně emocionální téma přináší. Hysterie, která v naší zemi panuje (na rozdíl od jiných vyspělých evropských zemí) kolem domácích porodů, je toho důkazem.

Badinterová (2005) vysvětluje pozici žen tak, že Bůh Evu nezatratil, jak traduje dávný příběh, ale naopak si z ní učinil spojence. Nejenže odňal schopnost tvořit Adamovi a vložil ji na jeho družku, zároveň také ženám poskytl výsadu родit se ze stejného pohlaví. Ušetřil jim tím námahu s odlišením se a opozicí, která poznamenává úděl mužský.

V průběhu porodu jsou utvářeny genderové role, které se pak přenášejí i do dalšího života. Zajímavý je lingvistický pohled, kdy v jazyce je porod čím dál více maskulinizovanou aktivitou. Často ženy o porodu mluví tak, že je „rodil“ ten a ten lékař, místo aby se vyjadřovaly tak, že „porodily“ své dítě s pomocí toho a toho lékaře. Žena je tak stavěna do pasivní pozice a muži – porodníci přebírají aktivitu (Brožovičová, 2009).

V současné době převažují v České republice mezi gynekology a porodníky muži (ženy jsou dle Hrešanové zastoupeny přibližně ve 40%). Genderově zatížený je také samotný pojem „porodník“, který v češtině nemá ženský tvar (Hrešanová, 2008). Pakliže se iniciativy nad vedením porodu ujímá muž, *...lze vydedukovat způsob vedení porodu v nemocnici, muž porodník nemůže získat zkušenost z vlastního porodu, jako zkušenost prožitku, což může vést k mechanizaci vedeného porodu podle naučeného postupu, kde není brán ohled na prožívání a pocity rodičky. Tento postup je legitimován argumentem, že pro zdraví dítěte je nutné, aby žena přinesla oběť plným podřízením se medicínskému*

postupu“ (Brožovičová, 2009, s. 29).

Silné emoce, které porodní téma vzbuzuje, mohou souviset i s krizí mužské a ženské identity a snahou vymezit se. Téma porodu a porodních kompetencí tedy není pouze otázkou bezpečnosti porodu (medicína versus příroda – na co je bezpečnější spoléhat). Jak již bylo přiblíženo v předchozích kapitolách, napříč kulturami jsou běžné společenské regulace sexuálního života žen (např. nemožnost mít pohlavní styk před svatbou, kult panenství, odlišný pohled na mužskou a ženskou nevěru apod.). Způsob, jakým společnost reguluje porody, tyto sexuální regulace připomíná, opět je od žen vyžadována poslušnost a pasivní role (Odent, 2013).

Podle porodní asistentky Ivany Königsmarkové se společenské vnímání porodu odklonilo od jeho sexuální podstaty pravděpodobně ve chvíli, kdy se porody přesunuly z ložnic do nemocnic. V takové chvíli bylo zřejmě nežádoucí poukazovat na jejich intimní podstatu. Dokud porody probíhaly v domácím prostředí, staraly se o rodičky zpravidla jiné ženy – porodní báby. Porod byl ženskou záležitostí. Ve chvíli, kdy na scénu přichází muž porodník a je potřeba, aby se před ním žena obnažila, je zřejmě nutné vést ženy k popření vlastního studu a dost možná vlastní přirozenosti (Königsmarková, osobní rozhovor, 4.9.2013).

Pakliže se na porod podíváme opět jako na sexuální událost, je zřejmé, že mnohé postupy užívané při porodu kolidují s jeho sexuální podstatou. Zásahy sexuální podstaty, které bychom za jiných okolností mohly vnímat jako násilí, jsou běžnou praxí: Obnažení intimních partií před cizími muži, prsty lékaře (neznámého muže) zasunuté do vaginy při vyšetření, rozstřížení pochvy pro urychlení průchodu dítěte porodními cestami (episiotomie), tlak na děložní fundus, rodičkami popisovaný jako „skákání na břicho“... Aby ženy tyto úkony mohly podstoupit, jsou vedeny k popření jejich agresivní a sexuální podstaty v domnělý prospěch svůj a svého dítěte. Jmenované úkony jsou však běžně prováděny i navzdory výslovnému nesouhlasu rodičích žen. Episiotomie bývá někdy přirovnávána k obřízce. Některé ženy s poporodním traumatem porodní zážitek přirovnávají k sexuálnímu znásilnění (Kotková, 2011).

Není tak divu, že přibývá žen, které se psychoterapeuticky léčí z porodního traumatu. Kliničtí psychologové, kteří se touto terapií zabývají, potvrzují, že při léčbě posttraumatické stresové poruchy po porodu zabírají stejné postupy jako při léčbě posttraumatické stresové poruchy po sexuálním znásilnění (Kodyšová, Mrowetz, 2009).

Na druhou stranu při zachování intimní atmosféry při porodu mohou ženy porod prožívat jako sexuálně příjemný zážitek včetně prožitku orgasmu jako důsledku porodního procesu (Pascali-Bonaro, 2008). Při průchodu hlavičky dítěte pochvou dochází k dráždění stejných nervových zakončení jako při pohlavním styku. Fyziologií porodu včetně tématu orgasmu při porodu se podrobně zabývá francouzský porodník Michel Odent, který staví do protikladu fyziologii porodu a kulturní vlivy (medicínské zvyklosti v souvislosti s péčí při porodu). Poukazuje ve své vědecké práci na působení oxytocinu, “hormonu lásky“, který je v těle vylučován jak při orgasmu, pohlavním styku, porodu i při kojení. Odent zdůrazňuje vliv porodu na novorozené dítě, které díky okamžitému kontaktu s matkou ihned po porodu a díky hormonům lásky, které kolují v jeho krvi jako v krvi milenců po milostném aktu, získává potenciál milovat. K fyziologii porodu jakožto sexuální události podle Odenta neodmyslitelně patří láska. Způsob jakým zacházíme se ženami při porodu a prostor, který dostane novopečená matka a její právě narozené dítě ihned po porodu, je podle něj klíčový pro lidskou schopnost milovat a utvářet vztahy, ať již je narozeným dítětem děvčátko či chlapec (Odent, 2013).

5. Ženská sexualita

V Praktickém slovníku medicíny je sexualita definována jako „*Aktivita týkající se pohlaví, pohlavní život*“ (Vokurka, Hugo, 2004, s.401), Do této definice by mohl spadat i porod. V psychologickém slovníku je sexualita definována širěji jako „*Soubor vlastností a jevů, které vyplývají z pohlavních rozdílů; souhrn projevů lidského chování a citění vyplívající z tělesných i psychických rozdílů mezi pohlavími; zahrnuje rozdíly anatomické, hormonální, reprodukční i rozdílné sociální role získané učení*“ nebo úžeji jako „*fyziologické uspokojení a psychická slast spojená se sexuálními aktivitami sblížení, vzrušení, spojení*“ (Hartl, Hartlová, 2004 s.532). I do tohoto širšího výkladu sexuality porod patří.

V odborných publikacích určených lékařům, jiným zdravotníkům či psychologům se s tématem ženské sexuality setkáme především v souvislosti se změnami sexuality v pubertě, s psychikou ženy v závislosti na menstruačním cyklu, se změnami sexuality v těhotenství a po porodu. Jistá pozornost je také věnována sexualitě v klimakteriu. Porod jako takový však jako sexuální proces popisován nebývá. V učebnici Porodnictví od

Roztočila je například porod definován takto: „*Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu matky*“ (Roztočil 2001, s. 116). Není zde ani zmínky o tom, že je normální rodit vaginou, tedy sexuálním orgánem.

5.1. Sexuální touha, sexuální vzrušení a orgasmus

U žen je sexuální touha 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. K sexuálnímu vzrušení a následně orgasmu dochází u mužů snadněji a zpravidla dříve než u žen, kde je celý průběh sexuální odpovědi organismu pomalejší, a více je ovlivněn psychickým naladěním ženy. Ženy často reagují na verbální podněty, muži na podněty vizuální. Křivka průběhu sexuálního vzrušení u ženy je delší. Tradičně se průběh sexuálního aktu dělí na fáze:

- **fáze vzrušení** – Dochází k prokrvení pohlavních orgánů a zvětšení klitorisu i malých stydkých pysků, poševní sliznice se lubrikuje díky žlázkám v poševním introitu profukujícím sekret vlivem sexuálního dráždění a erotických podnětů.
- **fáze plató** - v průběhu pohlavního styku zůstává zvýšené prokrvení a zvětšení malých stydkých pysků, což má za následek jejich zvýšenou citlivost k dráždění penisem. Udržuje a zvyšuje se lubrikace poševních stěn.
- **fáze orgasmu** - Při orgasmu dochází k rytmickým stahům pánevního svalstva, kontrahuje se i hladké děložní svalstvo. Malé stydké pysky jsou překrvené, mohou se zabarvit až do purpurova. Žena může prožívat orgasmus celým tělem. Zrychluje se puls a dech, stoupá krevní tlak, může dojít ke zčervenání kůže na krku, obličejí a na hrudníku. Každá žena však vnímá orgasmus odlišně. I jednotlivé orgasmy u téže ženy se mohou lišit svojí intenzitou, délkou či subjektivním vjemem.
- **fáze uvolnění** - Prokrvení a zduření pohlavních orgánů pomalu ustupuje.

(Roztočil, 2001)

Zatímco muž může všemi fázemi projít během pár minut (v průměru 2-3), žena potřebuje 8-20 minut (Praško, Trojan, 2001).

Některé ženy jsou schopné dosáhnout více orgasmů během jednoho pohlavního styku. U muže po dosažení orgasmu nastupuje absolutní refrakterní fáze, během níž není možná další sexuální aktivita (Ratislavová, 2008).

„Žena je ve své sexualitě náročnější a také se pomaleji erotizuje, a tak není výjimkou, když žena prožije svůj první orgasmus koitální, nekoitální i masturbační až po 30. roce věku“ (Bouček, 2006, s. 165). V některých publikacích se setkáme s dělením ženských orgasmů podle místa, z něhož jsou vyvolány, na klitoridální, vaginální, uterinní a smíšený či dle intenzity na malý, který není následován uvolněním a refrakterní fází, a velký (Bouček, 2006).

Z neurohormonálního hlediska je sexuální vzrušení a orgasmus zajišťován díky pudendálním nervům, které vedou stimulaci z klitorisu u žen a penisu a šourku u mužů. Hypogastrické nervy vedou vzruchy ze stimulace děložního čípku a dělohy u žen a prostaty a varlat u mužů. Pánevní nervy vedou vzruchy u pochvy čípku, močového měchýře a konečníku. Dokonce i bloudivý nerv by se mohl účastnit sexuální odpovědi vedením vzruchů z čípku a dělohy. Pakliže se podíváme na anatomii bloudivého nervu, který prochází od mozku trupem přes celé tělo, je jasné, proč mohou lidé prožívat orgasmus celým tělem. Za zmínku také stojí, že: „u lidí může dojít k orgasmu i bez pohlavní stimulace. Za jistých okolností může stačit pouhá psychologická stimulace“ (Odent, 2013, s. 43).

Všechny genitální senzorické nervy nakonec vedou ke stejným strukturám v mozku, především do paraventrikulárních jader hypotalamu, která jsou hlavním zdrojem oxytocinu v těle. Pohlavního styku i porodu se tedy účastní ty samé nervy a jejich průběh je spojen především s působením hormonu oxytocinu. Oxytocin může fungovat zároveň jako hormon působící v těle i jako neurotransmitter v mozku. Okamžitým efektem oxytocinu při orgasmu u žen je stahování děložní svaloviny, což pomáhá nasávat sperma z pochvy a dopravit jej k vajíčku. U mužů oxytocin způsobuje reflex vypuzení semene, způsobuje stahy semenných váčků. Oxytocin se také účastní reflexu vypuzování mléka při kojení (Odent, 2013).

5.2. Srovnání ženské a mužské sexuality

Sexuální prožívání a erotická touha žen a mužů se liší. „Vzrušivost je odlišná intersexuálně a podléhá i individuálním rozdílům. Je důležité, aby oba partneři tyto přirozené rozdíly pochopili, jinak se mohou stát příčinou citového ochladnutí ve vztahu a zdrojem sexuálních dysfunkcí“ (Rastislavová, 2008, s. 20).

Z hormonálního hlediska se mužská a ženská sexuální odpověď také liší. Hladina

oxytocinu při sexuálním vzrušení a orgasmu je vyšší u žen než u mužů, při několikanásobném ženském orgasmu je hladina oxytocinu nejvyšší u druhého orgasmu a zároveň pozitivně koreluje se subjektivně popisovanou mírou intenzity prožitku. „*Ženy jsou fyziologicky lépe vybavené k dosažení vysoké intenzity genitálního orgasmu než muži*“ (Odent, 2013, s. 72). Margolis dokonce v knize *The Intimate History of Orgasm* uvádí, že ženská impulzivita v lásce a její rozkoš v potěšení jsou osmkrát větší než u muže (Margolis, 2004). Podle Kratochvíla (2008) však má s dosažením orgasmu při pohlavním styku mnoho žen problémy.

Pakliže chceme srovnávat ženskou a mužskou sexualitu, musíme se nevyhnutelně dostat ke srovnání účinku mužských a ženských pohlavních hormonů. Oxytocin je silně propojen s ženskými pohlavními hormony estrogeny. Od konce 70. let 20. stol. byly estrogeny považovány za hlavní hormonální agens podílející se na mateřském chování. Behaviorální účinky oxytocinu byly však dlouhou dobu na okraji vědeckého zájmu. Až po zjištění, že efekt oxytocinu na mateřské chování se nedostavuje po aplikaci injekce oxytocinu do krve, ale dostavuje se po aplikaci injekce oxytocinu přímo do mozku, se vědecký zájem obrátil k účinkům oxytocinu a jeho vlivu na mateřské chování. Jeho behaviorální účinky jsou však závislé na působení estrogenu. Estrogen má výrazný vliv na sexuální apetenci žen. Oproti tomu u mužů je se sexuálním chováním spojen především vazopresin, který je chemicky příbuzný oxytocinu. Podobně jako u žen estrogeny umocňují působení oxytocinu, u mužů testosteron umocňuje působení vazopresinu. Jedním z hlavních rozdílů je to, že oxytocin je jedním z hlavních komponentů mechanismu klidu a spojení, vazopresin je součástí mechanismu útěku či útoku. Vazopresin může spustit agresivní chování, které se může v určité míře projevit i v sexuálním chování (Odent, 2013). Je však také známo, že testosteron zvyšuje sexuální apetenci i u žen (Kratochvíl 2008).

„Orgasmus muži většinou popisují jako slastné vnímání vrcholícího napětí uvolňující ejakulace, soustředěné na motorické kontrakce. U žen je prožívání orgasmu proměnlivé, závislé na situaci a postoji k partnerovi a může být uspokojená i ze sexu bez dosažení orgasmu“ (Rastislavová, 2008, s. 21).

U muže i ženy dochází při orgasmu k uvolnění velkého množství endorfinů. Endorfiny jsou hlavním spouštěčem prolaktinu, který také bývá ve vysokém množství přítomen u žen i mužů těsně po orgasmu, navíc je jedním z hlavních hormonů

ovlivňujících produkci mateřského mléka. Vyplavení endorfinů vysvětluje analgetické účinky sexuálního vzrušení a orgasmu. Během sexuálního vzrušení je také významná role adrenalinu, který působí rušivě. Při samotném orgasmu však hladina adrenalinu stoupá stejně jako při vypuzení dítěte při porodu (Odent, 2013). O antagonismu úzkosti a sexuality v psychoanalytickém pojetí se zmiňuje také Wilhelm Reich: „*Sexualita a úzkost jsou dva opačné vektory jednoho a téhož procesu podráždění*“ (Reich, 1993).

Další z možných přístupů je podívat se na sexualitu z hlediska psychologie sexuálních potřeb muže a ženy, které jsou v mnoha ohledech protichůdné. V současné době je na trhu mnoho populárně naučných publikací, které mají sloužit k lepšímu vzájemnému pochopení sexuálních partnerů a jejich potřeb. Jedním ze základních postulátů současného chápání sexuality se zdá být tvrzení, že muži potřebují sex proto, aby se mohli otevřít citům, zatímco ženy potřebují city, aby se mohly otevřít sexu (Deida, 2004). Jedním z našich největších odborníků na partnerskou sexualitu je Stanislav Kratochvíl (2008, 2012).

5.3. Vývoj ženské sexuality a pohlavní identity

Vliv na vývoj psychiky ženy mají faktory biologické, sociální i kulturní. Klíčová je vlastní zkušenost v průběhu ontogeneze. Důležité pro feminizaci jsou již prenatální zážitky, kdy abnormální hormonální hladiny matky mohou ovlivnit vývoj mozku plodu směrem k feminizaci či maskulinizaci, což se může projevat v pozdějším chování dospělého jedince. Obecně jsou v mozku rozpoznávány jemné anatomické rozdíly mezi pohlavími. Pohlavně specifické chování je ovlivňováno hormony a to jednak testosteronem a dále od puberty hormony ovariálního cyklu. Popsané biologické faktory vstupují do interakce s faktory sociokulturními. Mužským a ženským rolím se učíme v procesu socializace (Rastislavová, 2008).

Již okolo 18. měsíce věku si dítě vybírá z okolí podněty, které potvrzují jeho pohlavní identitu a také jsou mu tyto podněty dle jeho pohlaví rozdílně poskytovány. Vnímání rozdílů mezi mužskými a ženskými znaky začíná u dětí kolem druhého roku věku. Většina čtyřletých dětí ví, že jejich pohlavní identita je jejich trvalým znakem. Ve věku, kdy jde dítě do školy, si dobře uvědomuje rozdíly mezi rolí chlapce a dívky (Langmaier, Krejčířová 1998). Příprava na porod souvisí s přijetím ženské role obecně. Důležitými okamžiky ve vývoji ženy podílejícími se na utváření její ženské identity jsou první menstruace a první pohlavní styk (Rastislavová, 2008).

Ženy se na svou reprodukční roli připravují od dětství. Nejprve formou hry. Často je zlomovým bodem narození mladšího sourozence. Již v mladším školním věku se mohou dívky formou sexuální či rodinné výchovy setkávat s tématem sexuality, těhotenství a porodu ve škole. Důležitou roli ve vytváření postojů k sexualitě a porodu hrají vrstevnice, se kterými je toto téma většinou počínaje pubertou sdíleno, diskutováno a později spoluprožíváno. Neméně důležité jsou postoje k těhotenství, porodu a ženskosti obecně tradované v rodině. Nezanedbatelná je také role sdělovacích prostředků, především časopisů určených pro ženy (dospívající, těhotné, ...), televize apod. V těhotenství mají ženy možnost navštěvovat předporodní kurzy, tedy lekce psychoprofylaktické přípravy k porodu. Ve vývoji k ženství hraje pro dívku velmi významnou roli vztah k vlastní matce (Rastislavová, 2008).

To, jak žena chápe svou ženskou a mateřskou roli, závisí na tom, jaká je role žen v její rodině. I to, jak bude žena rodit, je ovlivněno rodinným smýšlením o porodech a tím, jak o porodech ženy v rodině mluví. Zda je porod tradován v rodinném systému jako hrůzostrašná zkušenost, kterou je třeba přežít. Nebo jako normální součást života, kterou všechny ženy dobře zvládly (Chvála, Trapková, 2004).

Teorie vývoje ženské sexuality a identity

K vývoji ženské sexuality se vyjadřují mnohé odborné kapacity. Zvláště v období rozvoje psychoanalýzy a feminismu se toto téma stává vysoce aktuálním. V této kapitole stručně shrnu ty nejrozšířenější teorie.

Freudova teorie psychosexuálního vývoje

Freud popisuje pět fází psychosexuálního vývoje: fázi orální, anální, falickou a genitální, které korespondují s hlavními erotogenními zónami. Jejich podrážděním vzniká sexuální vzrušení. (Příjemné pocity také mohou vznikat při dráždění kůže či rozkoši z dívání a předvádění se.) Na falickou fázi navazuje údobí latence, kdy je pudová aktivita utlumena do té doby, než nastane u dítěte puberta. *„Podle Freuda dítě postupně zjišťuje, že některé vnější objekty (včetně blízkých lidí) mu mohou při uvolňování pudového napětí pomoci. Dosažení libosti či úlevy se postupně stává více či méně vědomým cílem dětského sexuálního chování a objekty, které vybití pudového napětí umožňují, mohou být „obsazeny“ libidem. Freud také zdůrazňuje, že libost a plození nejsou u člověka totožné*

cíle“ (Plháková, 2011).

První dvě etapy vývoje označuje Freud jako pregenitální, protože se v nich pohlavní orgány ještě neujaly své vedoucí úlohy. Až do fáze oidipovského komplexu je dle Freuda dětská sexualita autoerotická – dítě nachází objekty k uvolnění pudového napětí na svém těle. „*Protiklad mezi mužským a ženským nehraje tu ještě žádnou roli; jeho místo zaujímá protiklad mezi aktivním a pasivním, který lze označit za předchůdce polarity sexuální...*“ (Freud, 1997, s. 277).

Freud popisuje psychosexuální vývoj ve fázích:

1. **stadium orální** – od narození do 1 roku - Zdrojem slasti je v tomto období sání z mateřského prsu. Erotogenní oblasti jsou ústa, rty, jazyk.
2. **stadium anální** – od poloviny druhého roku do tří let – Zdrojem slasti je vylučování či zadržování stolice. „*Freud upozorňuje na to, že v anální fázi proti dítěti poprvé vystupuje vnější svět jako oblast nepřátelská k jeho úsilí o dosažení slasti. Během tzv. toaletního tréninku rodiče dítěti vysvětlují, že vše, co se týká vyměšování, je neslušné a má se odehrávat v přísném soukromí*“ (Plháková, 2011, s 26).
3. **stadium falické** – 3-7 let – Hlavní erotogenní oblastí jsou pohlavní orgány – klitoris u dívek a penis u chlapců. Kolem čtvrtého roku věku se v této fázi objevuje tzv. Oidipův komplex. Freud hovoří o rozdílném průběhu oidipovského komplexu u děvčátek a chlapců. Za kritický vývojový moment pokládá zjištění, že chlapci mají penis a dívky nikoli, čímž u chlapců „*vzniká přesvědčení, že kastrace je reálnou možností, což u nich vyvolává tzv. kastráční úzkost. Děvčátka se zase trápí tím, že penis nemají, což u nich vede k pocitům méněcennosti a závisi*“ (Plháková, 2011, s. 27). U chlapců je podle Freuda průběh oidipovského komplexu jednodušší, protože objektem lásky zůstává matka, u děvčátek dochází k přesunu od lásky k matce na lásku k otci. „*Freud to spekulativně vysvětluje tím, že dívka, u níž vznikla závist penisu, své matce zazlívá, že připustila, aby se narodila tak nedokonalá. Ve svém hněvu a zoufalství se od ní odvrací k otci coby hlavnímu objektu své lásky a doufá, že ve vztahu k němu zaujme matčino místo. Současně u ní vzniká touha po dítěti, které by mělo být – zejména, je-li to chlapec – náhradou za chybějící penis*“ (Plháková, 2011, s. 27). Děti v této fázi na rodiče opačného pohlaví žárlí a soupeří s ním, zároveň to v nich vyvolává obavy a úzkost, tyto emoce jsou intenzivní zvláště u chlapců, kteří se obávají odvety od otce za incestní tužbu po matce formou kastrace. „*Pro chlapce i děvčátka jsou oba rodiče také milovanými objekty, takže oidipovské touhy jsou*

provázeny obavami ze ztráty jejich lásky. Děti se dále bojí rodičovského nesouhlasu se svým přáním zničit sourozence. V důsledku všech těchto obav je oidipovský komplex kolem šestého roku úplně vytěsněn do nevědomí. Chlapec se identifikuje s otcem a dívka s matkou“ (Plháková, 2011, s. 28).

O femininitě Freud předpokládal: *„že se vyvíjí na základě frustrované maskulinity, na základě přání děvčete být něčím, čím není. Jádrem maskulinity je naproti tomu hochova snaha udržet a posílit to, čím už je. Na základě snahy překonat pocity závidění a méněcennosti se u dívek vyvíjejí kompenzační charakteristiky, kterými jsou pasivita, masochismus, narcismus a závislost. Tyto typické ženské rysy jsou prý důsledkem snahy vyrovnat se s hlubokým narcistickým zraněním, způsobeným chyběním penisu“ (Plháková, 2011, s. 28).*

4. **stadium latence** - od 7 let do začátku puberty – Pudová aktivita dítěte je utlumena. Dochází ke kognitivnímu a morálnímu rozvoji.

5. **stadium genitální** - od začátku puberty – Osobnost by v této fázi měla dospět ke sloučení něžného a smyslného pudového proudu, který se aktivizuje v souvislosti s tělesným dospíváním. Starší něžný proud vychází z dětské volby objektu, smyslný proud se objevuje v pubertě, ačkoli prochází dřívějšími cestami, brzy se snaží vyhnout nevhodným incestním objektům a hledá pro své vybití objekty cizí, se kterými je možné realizovat skutečný sexuální život. Přesto tyto cizí objekty jsou do jisté míry vybírány podle předobrazů dětských objektů, tedy výběr partnera - manžela bude ovlivněn tím, jaký byl ženin otec. *„Freud dále upozorňuje na to, že splnutí něžnosti a smyslnosti se relativně často nepodaří, a to zejména v důsledku silné vazby (fixace) na objekty prvotní dětské volby“ (Plháková, 2011).*

Teorie Nancy Chodorowové

Chodorowová vidí počátek identifikace s ženským pohlavím ve velmi časném období fixace kojence na rodiče. Úloha matky má dominantní vliv v této časně fázi, dítě se s ní identifikuje. Tuto vazbu je však v určité fázi vývoje potřeba přerušit, aby mohlo dojít k samostatnému vývoji „já“ nezávislého na objektu. Tento proces odpoutání probíhá podle Chodorowové jinak u dívek než u chlapců, jelikož vazba dívky na matku je trvalejší – ženská stránka identifikace zůstává – nedochází nikdy k úplnému rozchodu. Vývoj se pak vyznačuje větší kontinuitou, díky čemuž u žen vznikají vlastnosti jako empatie ale i

závislost. Pro ženu je naopak ohrožující nepřítomnost úzkého vztahu k jiné osobě. Ženy se realizují a sebe definují především prostřednictvím vztahů. Chlapec naopak musí radikálně odmítnout vazbu na matku, aby mohl přijmout to, co je mužské. Výsledkem je, že muž má menší schopnost vytvářet úzké vztahy k druhým, vytváří si analytické pozorování světa a touhu po úspěchu na úkor empatie, vcítění do pocitů druhých i svých vlastních. Úzký vztah pro muže může být ohrožující vzhledem k ranému zážitku ztráty identifikace s matkou. Mužská identita vzniká oddělením. V pojetí Chodorowové tedy mužská identita vzniká ztrátou. „*Chodorowová tak vlastně do jisté míry obrací Freuda naruby. Z jejího pohledu totiž něco chybí mužům a ne ženám: ztrácejí totiž blízký vztah k matce*“ (Giddens in Rastislavová, 2008).

Kohlbergova teorie

Podle Kohlberga je vývoj pohlavní role spjat s kognitivním vývojem. Okolo třetího roku života začíná dítě chápat, ke kterému pohlaví přísluší. A kolem čtvrtého roku dochází k částečnému upevnění pohlavní identity – dítě si je jisté svou pohlavní příslušností a chápe, že z dívek se stávají ženy. Kolem šestého až osmého roku dítě chápe příslušnost ke svému pohlaví jako trvalý znak a je pro něj důležité chovat se způsobem typickým pro jeho pohlaví, dochází k napodobování chování modelů téhož pohlaví. V různých situacích si děti potvrzují svou příslušnost k danému pohlaví. Kohlberg mluví o úsilí o kognitivní konzistenci, tedy o duševně rozumovou shodu se sebou samým a svým pohlavím (Rastislavová 2008).

Kohlberg se proslavil především svou teorií vývoje morálky. Navázal na tvrzení Freuda, že vývoj individuální morálky u žen a mužů ze své podstaty nemůže být totožný, neb se v něm odráží jiná zkušenost z genitálního období vývoje především v procesu identifikace s rodičem totožného pohlaví. Výsledkem by pak měla být morální nadřazenost mužského svědomí nad méně vyvinutým svědomím ženy. Toto tvrzení však bylo empiricky vyvráceno. Například výzkumem Tangneyové, která zjistila, že ženy častěji prožívají pocity viny a studu, které obvykle usměrňují lidi k morálnímu chování. Nová zjištění spíše přicházejí s faktem, „*že ženy jsou morálně vyvinutější nežli muži*“ (Cakirpaloglu, 2009, s. 135).

Teorie Carol Gilliganové

Gilliganová se zajímala o otázky morálky a sebeuvědomění a srovnávala muže a ženy. Reaguje na Kohlberga a jeho teorii vývoje morálky. Ženy hodnotily sebe samy podle osobních vztahů a posuzovali svoji úspěšnost s ohledem na schopnost pečovat o druhé. Muži naopak za hlavní formu úspěchu považovali individuální prosazení se. Ženy byly ve svých mravních soudech méně jisté a přísné než muži – vnímaly možný konflikt mezi přísnými morálními zásadami a snahou neublížit druhým (Gilligan, 2001).

Další teorie

Mezi další teorie můžeme zařadit například pojetí vývoje k ženství dle Poněšického.

Tento autor dělí vývoj ženy do těchto fází:

1. symbióza s matkou
2. identifikace s matkou
3. vztahovost k matce
4. osamostatnění, individuace

Vývoj k ženství má podle něj hladší průběh než vývoj k mužství u chlapců, neboť, jak již postuloval Freud, dívka nemusí měnit objekt identifikace. Díky tomu má, dle Poněšického, žena lepší přístup k hloubkám své mysli, emocím a nevědomí, má silnou potřebu poznat a být poznána, nebojí se splývat s ostatními. V sexuálním spojení a citovém vztahu se nebojí o svou nezávislost, neb nemá co ztratit. Úskalí vývoje k ženství shledává Poněšický ve fázi individuace, kdy se žena musí vymezit proti matce, které je jí velmi podobná a zároveň nesmí popřít svoji ženskost, tato fáze je zase jednodušší pro chlapce. Během vývoje je u dívek potlačována jejich agresivita i sexualita. Ten kdo potvrzuje dívčinu nezávislost a nastávající ženskost, je otec (Poněšický, 2003).

Velmi zajímavě také o vývoji k ženství a nutnosti vymezit se vůči vlastní matce a o roli otce píše Chvála a Trapková ve své knize *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Tito autoři popisují vývoj dívky v ženu ve čtyřech fázích, kterými je potřeba, aby si prošla v rámci rodiny. Jsou to nejprve sblížení dcery s matkou a poté separace dcery od matky směrem k otci, sblížení s otcem a poté separace dcery od otce a přijetí samostatnosti. „*Vztah s matkou v novém kontextu dosahované sexuální zralosti vyvstává do popředí jako*

první a nabývá pro nastávající úkol zvláštní intenzity. Matka dceru přijímá a zasvěcuje do ženského světa /.../, v tomto období dostává dívka první měsíčky“ (Chvála, Trapková, 2004, s. 112). Úkolem matky je přijmout dceru jako družku, která s ní a ostatními ženami sdílí osud ženství. Klíčové je, jaký vztah zaujímá matka k mužům a jak se vyjadřuje především o dceřině otci. Ve druhé fázi dochází ke konfliktům mezi matkou a dcerou. Ve třetí fázi je úkolem otce: „uvést dceru jako ženu vybavenou ženstvím od matky do mužského světa, aby si tam jednou vybrala a přijala s radostí a realistickým očekáváním prvního sexuálního partnera“ (Chvála, Trapková, 2004, s. 118). Její sebeúcta jako ženy je silně ovlivněna tím, jak se otec chová k její matce a jak o ní mluví. Dcera potřebuje trávit čas s otcem bez přítomnosti matky a zažít jeho bezpodmínečnou lásku. Otec potvrdí její čerstvou oddělenost od matky, když ji s matkou bezduše neztotožňuje. „Doplní dceřinu zkušenost s matkou o druhou polaritu, aby její schopnost rozvíjet později vztahovou potenci v sexuálně spokojeném partnerství byla úplná a aby se dcera i od něj, jako předtím od matky, mohla odloupnout do světa jako dospělá atraktivní sebevědomá žena“ (Chvála, Trapková, 2004, s. 119). Ve čtvrté fázi se dcera nasytí vztahu s otcem, tak jako se před tím nasytila vztahu s matkou. Díky incestnímu tabu je nucena hledat partnera mezi vrstevníky. I v této fázi dochází ke konfliktům mezi otcem a dcerou, jako před tím docházelo ke konfliktům mezi dcerou a matkou. Je vhodné, aby matka nyní ukázala, že místo vedle otce je její (Chvála, Trapková, 2004).

5.4. Ženská sexualita v pojetí Helene Deutschové

Helene Deutschová sama prožila mnoho potratů, které vysvětlovala tím, „že pro ni těhotenství zřejmě představovalo identifikaci s nenáviděnou matkou“ (Sayersová, 1999, s. 30). Což však bylo v rozporu s dobovou feministickou teorií, že identifikace s matkou naopak nenásilně připravuje ženy na jejich mateřskou roli. Nakonec se roku 1917 Helene narodil jediný syn, kterého pojmenovala Martin. Její vlastní prožitky silně ovlivnily její psychoanalytické zaměření (Sayersová, 1999).

Při přednášce roku 1924 naznačila, že „problémy, které ženám způsobuje první menstruace, menstruační cyklus, deflorace, sexuální styk, těhotenství, porod a menopauza nejsou ani tak moc způsobeny tím, že tyto funkce znamenají kastraci, jak tvrdil Freud. Deutschová se domnívala, že jsou spíše výsledkem toho, že tyto reprodukční události spouštějí konflikty mezi narcistickou sebeláskou a mateřskou láskou k ostatním“

(Sayersová, 1999, s. 35). Tehdy se její zájem přesunul k ženské psychologii. Roku 1925 vydala knihu nazvanou *Psychologie ženských sexuálních funkcí*, což byla první kniha, kterou kdy psychoanalyticky orientovaný autor věnoval psychologii žen. Stále však byla značně podřízena Freudovu pohledu na problematiku sexuálního vývoje – i ona označovala genitální období jako falické a stejně jako on tvrdila, že u dívek končí falická fáze sexuality následkem zjištění, že jim chybí penis. „*Pokořeny srovnáním s chlapci, vzdávají se dívky svých předcházejících falických činností ve prospěch komplementárních pasivních sklonů jejich bisexuálního založení*“ (in Sayersová, 1999, s. 36). Tvrdila, že toto zklamání a dále menstruační krvácení, jakožto známka toho, že jim chybí dítě, motivují touhu ženy po pohlavním styku jako prostředku k získání penisu i dítěte. Dítě by také mělo ženám umožnit znovu vytvořit vztah, který měly ke svým matkám. V tomto bodě překonává Freuda, neboť zdůrazňuje i mateřské kořeny ženské sexuality. Pohlavní styk podle ní rekapituluje ranou mateřskou péči: „*Vagina sající penis oživuje rané vzpomínky na sání z matčina prsu*“ (Sayersová, 1999, s. 36). Zároveň se však ženy při pohlavním styku identifikují s dětskou představou o matce jako masochistické oběti otce (Sayersová, 1999).

Deutschová dále představila názor, že „*zkušenost žen s těhotenstvím je formována ranými infantilními orálními a análními fantaziemi o včlenění a vypuzení, fantazie o vypuzení se projevuje ranní nevolností a potratem*“ (Sayersová, 1999, s. 36). Deutschová možná kvůli negativnímu postoji k vlastní matce opomíjela to, jak ženy v těhotenství využívají emoce vůči matce, a měla za to, že pozitivní emoce směřované k očekávanému dítěti pramení výlučně z identifikace tohoto dítěte s otcem. Protože vnímání rodičů během dětství se u žen mění, kolísá i míra, do které těhotenství zvyšuje nebo snižuje jejich sebehodnocení.

Deutschová se také zabývala ztrátou mateřských funkcí a sebeúcty v souvislosti s menopauzou. V souladu s Freudem tvrdila, že se po menopauze navracejí ženy do preoidipovských stádií vývoje a k nemocem jako obsese a paranoia. Na rozdíl od něj Deutschová namítala, že by se jim to tak často nestávalo, kdyby jim bylo společností umožněno, aby svou mateřskost realizovaly v práci mimo domov (Sayersová, 1999).

Dalším tématem, kterému Deutschová věnovala svůj zájem, byl vznik maskulinity a femininity u žen. Freud považoval za příčinu vzniku maskulinity závist penisu. Deutschová zdůrazňovala také mateřské kořeny „komplexu maskulinity“, které spočívají v identifikaci dívky s matkou, která je vnímána jako masochistická oběť otcova sexuálního pronikání,

což dává zároveň dětským fantaziím o porodu krvavý a bolestivý charakter (Sayersová, 1999). Helene se seznámila s George Sandovou. Podle Deutschové se „*ženy natolik obávají ztráty vlastní sebeúcty, kdyby se identifikovaly se znehodnoceným obrazem sexuální matky, že často ztrácejí veškeré potěšení ze sexu a utíkají před svou femininitou nebo se stanou frigidními.*“ Frigiditu ale připisovala také společenskému tlaku na pasivní roli ženy. Další možností je, že se ženy podřídí masochistické femininitě a podrobí se mužům prostřednictvím prostituce, anorgasmického mateřského dávání se v sexu nebo se podřídí svým dětem, nebo se mužům nepodřídí a oddávají se snění o neposkvrněném početí tedy bez přispění muže (Sayersová, 1999).

Deutschová se vyjadřovala velmi nechvalně o porodnictví – ženy kvůli silným lékům „...*ztrácí veškerý pocit spojení s dítětem. Místo toho dítě vnímají jako cizí element, čímž se jejich sebehodnocení spíše snižuje*“ (Sayersová, 1999, s. 36). Jak typické i pro současné porodnictví. Na porod se dívala jako na vrcholný „*sexuální úspěch ženy*“ (Sayersová, 1999, s. 36), zatímco mateřské ženskosti je podle ní možné dosáhnout jenom díky kojení – stav rané jednoty s matkou se zrcadlí v pozdější sexualitě s partnerem (Sayersová, 1999).

6. Fyziologie porodu

Porod je fyziologický, tedy samovolný proces. Jeho spouštěcí mechanismy zatím nejsou zcela objasněny. Odhaduje se, že se na spuštění porodu podílí několik faktorů: Hormonální změny (pokles produkce progesteronu placentou, čehož důsledkem je relativní zvýšení hladiny estrogenů, které zvyšují aktivitu myometria a tím nástup děložní činnosti, fetální či endogenní oxytocin, fetální kortizol, nárůst hladiny prostaglandinů v plodové vodě), napětí v děložní stěně, funkce placenty a v neposlední řadě psychická připravenost matky. Spouštěče porodu tak můžeme rozdělit do tří skupin: připravenost plodu, připravenost matky a funkčnost placenty (Roztočil, 2001). Samotnému nástupu porodní činnosti předchází období tzv. poslíčků, tedy cvičných kontrakcí, které ještě nemusí vést k otevírání porodních cest, ale mají vliv na jejich zrání směrem k připravenosti k porodu. Samotný porod bývá teoreticky rozdělen do tří fází: I. doba porodní, kdy dochází k otevírání porodních cest, ta bývá ještě dělena do fáze latentní, aktivní a tranzitorní. II. doba porodní, kdy dochází k vypuzení plodu vaginou z těla matky a III. doba porodní, kdy

dochází k porodu placenty a plodových obalů. Porod prvorodičky se v některých ohledech liší od porodu vícerodiček (mechanismus otevírání děložního hrdla, průměrná délka trvání II. doby porodní, rozvinování hráze při prořezávání hlavičky atd.). Porod může trvat od několika desítek minut po několik dní (Roztočil, 2001).

Z hormonů účastnících se porodu hraje důležitou roli především oxytocin, který bývá také označován za hormon lásky. Jeho behaviorální účinky předpověděla již v 50. letech 20. stol. Niles Newtonová. V 70. letech 20. století publikovala Regina Ledermanová svou studii o inhibičním účinku adrenalinu na proces porodu. Dále tělo produkuje endogenní opiáty zvané endorfíny. Na závěr porodu, když přichází vypuzovací fáze, bývá zvýšená hladina adrenalinu (Odent, 2013).

Lidé stejně jako ostatní savci potřebují pro zdárný průběh porodu především eliminovat pocit ohrožení a s ním spojené spouštění adrenalinu. Strach totiž u většiny savců vede k fyziologickému pozastavení porodu do doby, kdy samice najde bezpečné místo, aby mohl porod dále pokračovat. V případě, že je porod v závěru a nelze jej již zastavit, vede pocit ohrožení naopak k urychlení porodu (Odent, 2013).

7. Porod jako součást sexuálního života

Srovnáme-li popis sexuálního vzrušení u ženy a průběh porodu, nemohou nám uniknout jisté souvislosti na úrovni hormonální i behaviorální. U porodu i milostného aktu můžeme zjistit vysoké hladiny oxytocinu. Na porod i milostný akt má rušivý vliv adrenalin. U milostného aktu i porodu se objevuje fáze předehry (poslípce), vzrůstajícího vzrušení (I. doba porodní), fáze plató (II. doba porodní) a fáze orgasmu (samotné vypuzení plodu).

Níže nabízím pohledy dvou největších současných odborníků na fyziologii porodu jakožto sexuálního děje.

Pohled Michela Odenta

Francouzský porodník Michel Odent nevyhnutelně spojuje lásku s hormonem oxytocinem a schopnost milovat s porodem. Odent tvrdí, že narušit průběh porodu je snadné jako přerušit orgasmus. Používá termín „reflex vypuzení plodu“, který přirovnává k orgasmu. *„Přirozené reflexivní vypuzení plodu probíhá, když se dítě narodí po krátké sérii*

neovladatelných kontrakcí, které nenechávají žádný prostor pro volní pohyby. Je zřejmé, že za takových okolností je neokortex vypnutý a nemá kontrolu nad starými strukturami mozku, které mají na starost vitální funkce jako je i porod“ (Odent, 2013, s. 21). Odent se zabývá otázkou, proč je lidský porod oproti ostatním savcům “těžký“. Na rozdíl od americké antropoložky Meredith Smallové, která tvrdí, že obtížnost lidského porodu je zapříčiněna napřímenou postavou člověka a extrémně zploštělou pávní s malým otvorem v poměru k extrémně velké hlavičce lidského novorozence (Smallová, 2012), Odent tvrdí, že jedním z důvodů je obrovsky rozvinutý neokortex člověka, který je zdrojem inhibice nejen v průběhu porodu, ale i sexuálního prožitku. Zkrátka zapojíme-li vědomou mysl ve chvíli těsně před orgasmem či před vypuzením plodu, pravděpodobně se fyziologický proces vyruší. Odent proto věnuje velkou pozornost optimálním podmínkám pro porod, které jsou podle něj stejné jako optimální podmínky pro sex. Rodící žena tedy potřebuje být chráněna před veškerou stimulací neokortexu, potřebuje tedy ticho (jazyk a myšlení stimuluje neokortex), tmu (světlo stimuluje neokortex), teplo a bezpečí (pocit ohrožení, nebo pocit, že je žena sledována, vede ke stimulaci neokortexu a behaviorálním změnám) (Odent, 2013).

Okamžik vypuzení plodu popisuje Odent takto: *„za optimálních fyziologických podmínek v průběhu závěrečných kontrakcí zřetelně dojde k masivnímu vyplavení vysoké hladiny katecholaminů. Žena, která byla do té doby spíše pasivní, najednou působí energicky: má tendenci dostat se do svislé polohy a často vyjadřuje potřebu něco tisknout nebo se někoho chytit /.../ reflexní vypuzení plodu je obvyčejně spojeno s pozicí nakloněnou vpřed. Dalším ukazatelem vyplavení adrenalinových hormonů je nenadálé vyjádření strachu, kdy žena často zmiňuje smrt. /.../ reflex nenastane, pokud je přítomen porodník, který se chová jako trenér...“ (Odent, 2013, s. 24) Reflex je blokován, je-li žena jakkoli intelektově stimulována. „Reflex nemůže nastat, je-li porod někým vedený“ (Odent, 2013, s. 24). Dále je důležité porozumět tomu, že adrenalin brání vylučování oxytocinu. „Adrenalin funguje jako brzda, která odsouvá stranou veškeré sexuální prožitky v životě savců, v případě, že je ohroženo přežití jedince, ve všech situacích, kdy se prioritou stane zachovat energii na boj nebo útěk“ (Odent 2013, s. 24). Odent tvrdí, že jako je milostný akt o vztahu mezi ženou a mužem, je porod o vztahu mezi matkou a dítětem. Muž je v tuto chvíli rušivým elementem. A to především kvůli zvýšeným hladinám stresových hormonů (především adrenalinu), které v situaci porodu (který nemůže řešit, ale musí jen přihlížet)*

produkuje ve zvýšené míře. A strach je, jak známo, nakažlivý.

Skutečný vrchol porodu podle Odenta však nenastává v momentě narození, ale o něco později, ve chvíli, kdy matka objevuje své novorozeně. *„Data potvrzují ohromující vzednutí hladiny hormonů během několika minut těsně před a těsně po narození dítěte /.../ nejvyšší hladiny milostného hormonu může žena za celý svůj život dosáhnout právě těsně po porodu. Toto vrcholné vyplavení oxytocinu je životně důležité, protože je nezbytné pro bezpečný porod placenty s minimální ztrátou krve a také proto, že oxytocin je hlavním hormonem lásky /.../ Lze předpokládat, že lidská matka prochází hormonální zkušeností podobnou orgasmu. /.../ V konkrétním případě doby několika minut těsně po porodu se „stydlivý hormon“ může ukázat pod podmínkou, že je místo dostatečně teplé a žena není jakýmkoliv způsobem vyrušována při objevování svého právě narozeného dítěte prostřednictvím kontaktu kůže na kůži, vzájemným pohledem do očí a také čichem (Odent 2013, s. 28-29).*

Pohled Iny May Gaskinové

Americká porodní asistentka Ina May Gaskinová nabízí další zajímavý pohled na porod jakožto sexuální děj. Na rozdíl od Odenta velmi vyzdvihuje roli partnera u porodu a tvrdí, že sexuální energie mezi partnery u porodu může významně usnadnit průběh porodu. Doporučuje tedy ženám, aby se při porodu se svým mužem dotýkaly, laskaly, líbaly i milovaly. Oxytocin, který je při tom vylučován, pomáhá porodním kontrakcím. Gaskinová uvádí, že až 15 % žen zažije při porodu orgasmus (Gaskinová, 2013).

8. Psychologie porodu

Ačkoli se žena má možnost připravovat na porod devět měsíců, je tato situace vždy (i když žena rodí druhé a další dítě) nová a složitá, a to i když se rodička připravovala co nejlépe. To, jak se žena s touto situací vypořádá, záleží na její osobnosti, resilienci, vrozených vlastnostech i získaných zkušenostech, aktuálním stavu organismu i sociální situaci. Co pro jednu ženu znamená zátěž přijatelnou, pro jinou již je za hranicemi jejích sil. Každou ženu zraňují či posilují jiné okolnosti. *„Náročná situace porodu je jedním ze zdrojů, jimiž se osobnost ženy formuje. Překonávání překážky v podobě porodu může být pro ženu zdrojem uspokojení, hrdosti, sebedůvěry a sebevědomí. Pokud má však rodička*

pocit, že situaci nezvládla, dochází k rozporům v sebepojetí“ (Rastislavová, 2008, s. 58). Žena na situaci porodu může reagovat adaptivně i maladaptivně. Maladaptivně reaguje, když je situace nad její síly, potřebuje odolat tlaku či se bránit. V takové chvíli nastupují obranné mechanismy, chránící osobnost před ohrožením sebepojetí.

Vnímání porodu do značné míry souvisí s chápáním významu porodní bolesti.

Při porodu je možné vysledovat “typické emoční mezníky“: počátek porodu, počátek aktivního porodu, přechod z I. do II. doby porodní, vypuzování hlavičky plodu. Jsou to okamžiky, kdy může silněji docházet k emočnímu rozrušení rodičky. Může se objevit panika, úzkost, vzrušení atp. Při porodu a zvláště pak v těchto chvílích je velice důležitá podpora a přístup okolí (Rastislavová, 2008).

„Vnímání porodu jako pozitivní životní zkušenosti závisí na tom, zda se žena během této události cítí dostatečně opečovávaná a podporovaná. /.../ živé a hluboce prociťované vzpomínky na pocit naplnění a uspokojení po porodu (nebo v opačném případě jejich negativní protipól) v ženách přetrvávají i po 15 až 20 letech“ (Goer, 2002 s. 430).

Velice důležité pro zdárný průběh porodu jsou pocit bezpečí a pocit kontroly nad procesem porodu, které žena zažívá. *„Pocit bezpečí je umocněn i pocitem kontroly – žena potřebuje být subjektem svého porodu, nikoli objektem. Potřebuje intenzivně cítit, že její chování a rozhodnutí mají vliv na to, co se s ní děje. Pocit kontroly nad procesem porodu je pro porodní zážitek důležitější než např. tlumení bolesti“ (Kodyšová, Mrowetz, 2010, s. 38).*

Bonding

Vrcholem porodního prožívání není samotné vypuzení dítěte, ale okamžik, kdy žena poprvé pohlédne svému dítěti do očí. Termín bonding bývá z angličtiny překládán jako “přilnutí“, “připoutání“ či “sepětí“. Je to proces vytváření vazby mezi matkou a dítětem, který začíná již v těhotenství, kdy se žena vztahuje ke svému ještě nenarozenému dítěti, vytváří si o něm představy a představuje si sebe v roli matky. Tento proces *„naplno exploduje v hormonálně nabitě situaci při porodu“ (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 18).* V této souvislosti se hovoří o tzv. “zlaté hodině“ tedy první hodině po porodu, kdy jsou matka i dítě ve velice citlivém stavu (ovlivněném hlavně vysokými hladinami oxytocinu a endorfinů) nastaveni “zamilovat se“ do sebe. Způsob, jakým tento první kontakt proběhne, je do značné míry určující jak pro psychický vývoj dítěte, tak pro

sebepečetí ženy jakožto matky. Zásadní pro podporu bondingu je docílit stálého nebo alespoň maximálního možného kontaktu matky a novorozeného dítěte. „*Prakticky to znamená, že ihned po porodu by mělo být nahé, neumyté děťátko položeno na nahou hrud' matky /.../ velmi důležité je také zajistit mamince možnost dívat se miminku do očí /.../ běžné ošetrovatelské postupy se např. v Německu, Velké Británii a dalších zemích vykonávají tak, že ponechají miminko v mamincině náručí. I následný pobyt maminky a miminka v nemocničním zařízení by měl být přizpůsoben jejich potřebě neustálého fyzického kontaktu.*“ (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 21).

Ve své poslední česky vydané knize Odent shrnuje dosud učiněné vědecké závěry v oblasti attachmentu a říká, že: „*Mateřská láska je prototypem pro všechny ostatní lásky*“ (Odent, 2013, s. 17). Již Freud však tvrdil o téměř sto let dříve: „*Matka je prvním objektem lásky*“ (Freud, 1997, s. 279).

9. Vliv chování zdravotnického personálu k rodící ženě na průběh jejího porodu

V současné době je věnována značná pozornost faktorům, které ovlivňují průběh porodu. Kromě faktorů fyziologických, hormonálních, začíná být věnována stále větší pozornost také vlivům emocionálním, vlivům prostředí a podpory ze strany zdravotnického personálu a doprovázejících osob.

Většina zahraničních výzkumů probíhajících již od 80. let minulého století se shoduje na tom, že pro zdárný průběh porodu je klíčová podpora a pozitivní přístup od ošetrojícího personálu. Průkopníky tohoto tématu jsou američtí pediatři Klaus a Kennell (Sosa, Klaus, Kennell, 1980; Klaus, Kennell 1988). Novější studie z roku 2012 identifikovala 4 dimenze podpory, kterou ženy při porodu potřebují: informační, emoční, fyzickou a obhajovací (Iliadou, 2012).

Světová zdravotnická organizace (WHO) shrnuje dosavadní výzkumy v této oblasti a k problematice podpory ze strany zdravotníků při porodu se vyjadřuje jasně: „*kontinuální empatická a tělesná podpora přináší mnoho výhod, včetně kratšího trvání porodu, podstatně menší potřeby medikace a epidurální analgezie, snížení počtu případů Apgar skóre pod 7 a méně operativních porodů. /.../ Žena by při porodu měla být doprovázena osobami, kterým důvěřuje a se kterými se cítí dobře...*“ (WHO, 2002). Vliv chování

zdravotníků je však patrný nejen na úrovni fyzického zdraví, tedy snížení počtu komplikací (Georgas et al., 1984; Gjendinger et al., 1991; Hodnett, Osborn, 1989) včetně nižšího počtu císařských řezů (Kashanian et al., 2010) a méně bolestivého porodu (Simkin, Bolding, 2004), ale je prokázán také nezanedbatelný vliv na psychiku rodičky a její pozdější zvládnání mateřské role (Sosa et al., 1980).

Některé studie jsou orientované spíše na zjištění vlivu podpory při porodu, případně na porovnání vlivu kontinuální podpory a intermitentní podpory (především v situaci, kdy se jedna porodní asistentka stará zároveň o více rodících žen) (Scott et al., 1999). Jiné studie porovnávají vliv podpory profesionální a laické (tedy nejčastěji partnera rodičky), z čehož vychází kontinuální profesionální péče zkušené osoby při porodu jako ideální. Pakliže však není možná kontinuální profesionální podpora, pak je vhodná alespoň kontinuální laická podpora například od někoho z ženy rodiny (Hodnett et al., 2013).

Jiné studie se zaměřují na zjištění funkčnosti stávajícího systému zdravotnické péče v dané zemi a způsobu podpory rodící ženy v takovém systému. Švédská studie z roku 2012 porovnává přístup porodních asistentek a identifikuje dva typy přístupu, kdy se porodní asistentky identifikují s ideologií instituce nebo s ideologií rodící ženy. Přičemž přístup „s institucí“ může způsobovat u rodící ženy pocit nedostatku podpory, proto je výhodnější, aby porodní asistentky zaujímaly postoj „se ženou“ (Thorstenson, 2012).

Chování zdravotníků je podle výzkumů jedním z důležitých faktorů při hodnocení celkové spokojenosti žen s poskytnutou zdravotní péčí při porodu (Seguin et al., 1989; Brown, Lumley, 1994). Dále bylo zjištěno, že negativní porodní zážitek a špatný vztah s ošetřujícím personálem může mít dlouhotrvající vliv na prožívání rodičky (Stadlmayr et al., 2006).

U nás se tématem psychologie porodu a psychologických vlivů na porod zabývají například Eliška Kodyšová, Lea Tackács či Michaela Mrowetz. V rámci největší tuzemské studie věnované tomuto tématu: „Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky“ pouze „polovina žen hodnotila přístup lékařů jako citlivý a ohleduplný a 55 % žen uvedlo, že s nimi lékaři jednali jako s rovnocennými partnery“ (Takács et al., 2011). S péčí v průběhu porodu bylo podle studie spokojeno 70% žen. Pro srovnání: ve Švédské studii bylo s porodním zážitkem spokojeno 93% rodiček (Waldenström et al., 2004). „Z výsledků výzkumu vyplývá, že se české porodnictví i přes svou vysokou kvalitu potýká s některými závažnými nedostatky v psychosociální oblasti. Týkají se především

neposkytování dostatečných informací a nerespektování přání žen ohledně způsobu vedení jejich porodu. Mezi nejslabší stránky dále patří malá psychická podpora žen v průběhu porodu i v poporodním období a neosobní, nadřazený a rutinní přístup některých zdravotníků, a to zejména ve fakultních porodnicích a v porodnicích s více než 800 porody za rok“ (Takács et al., 2012; Takács, Seidlerová, 2013a).

Analýza prediktorů spokojenosti žen s péčí na porodnickém oddělení dále ukázala, že spokojenost významně ovlivňuje to, zdali má žena soukromí během první doby porodní a zdali je přístup lékařů laskavý a vstřícný a rodička má pocit, že jim může důvěřovat. *„Ženy opakovaně uváděly, že jejich kontrakce ustávaly poté, co pociťovaly stres v souvislosti s necitlivým přístupem zdravotníků, a opět zesílily, když se změnil personál či se jich ujal zdravotník, jehož přístup hodnotily pozitivně“ (Tamtéž).*

Psycholožka Eliška Kodyšová dále hovoří o narušení emoční pohody novopečené matky a snížení její připravenosti reagovat adekvátně na potřeby novorozенého dítěte vlivem neuspokojivé interakce rodičky a zdravotnického personálu. Tato interakce může nepříznivě ovlivňovat ženino rodičovské “self-efficacy“. Podle výzkumu Kodyšové se rodičovská self-efficacy zvýší při porodu nejvíce, pokud cítí oporu ze strany zdravotníků, kteří o ni pečují. Výzkum dále ukázal, že: *„ženy z funkčních rodin budou mít s větší pravděpodobností takový porodní zážitek, který jejich zvýšenou rodičovskou self-efficacy ještě potvrdí. Naopak ženy z narušeného prostředí mohou mít výraznější potíže s přijímáním péče při porodu. Podporující a trpělivý přístup má potenciál stát se pro ženu uzdravujícím zážitkem a korektivní zkušeností. Naopak necitlivý a nepodporující přístup zdravotníků může kopírovat její rané zážitky, a to v situaci porodu, kdy jsou obzvláště senzitivní a křehké“ (Kodyšová, 2012).*

Celkově se zahraniční výzkumy orientují spíše na to, jak nejefektivněji podpořit ženu při porodu na rozdíl od tuzemských výzkumů, které se zatím snaží obhájit základní práva rodičích žen jako například právo rozhodovat o svém zdraví, právo na informace, právo na důstojné zacházení apod. A obecně obhájit myšlenku, že porod není pouze děj mechanický fyzický, ale že je pro ženu zásadním mezníkem psychologickým a sociálním. *„Pro zdravotníky, kteří doprovázejí ženu v předporodní, porodní a poporodní péči, je nutností poznání, že psychosociální potřeby rodičích žen mají být naplňovány nikoli na úkor bezpečnosti porodu, ale právě pro větší bezpečnost porodu a procesů s ním spojených“ (Kodyšová, Mrowetz, 2009).*

Závěrem shrnutí ze strategických dokumentů WHO: „*Normální porod, u kterého je riziko nízké, potřebuje pouze pečlivé sledování vyškolenou a způsobilou porodní asistentkou, aby byly včas rozpoznány počínající komplikace. Nepotřebuje žádné zásahy, ale povzbuzování, podporu a trochu láskyplné péče*“ (WHO, 2002).

10. Porodní poranění

Na citové prožívání ženy a její sexuální život po porodu má také samozřejmě vliv to, zda u porodu byla poraněna či nikoli. Porodní poranění může být jednak fyzické, tedy nejčastěji poranění porodních cest, ale také psychické, pakliže porod proběhl pro ženu těžko přijatelným způsobem či za dramatických okolností.

10. 1. Fyzická poranění a jejich důsledky

Fyzická poranění můžeme rozdělit na spontánně vzniklá v důsledku porodní činnosti (poranění porodních cest, poranění hrdla děložního, ruptura dělohy...) a způsobená medicínskými zásahy (episiotomie, laparotomie, iatrogenní poškození...). Zpravidla je ženám po porodu doporučováno v souvislosti s hojením poranění a regenerací celého organismu započít sexuální život po uplynutí šestinedělí tedy po šesti týdnech od porodu (Roztočil, 2001).

- **Poranění porodních cest** – vznikají nejčastěji v oblasti hráze (perinea) a to buď samovolně, pak se klasifikují do tří stupňů závažnosti (I. stupeň – poškozena je kůže hráze či pochva, II. stupeň - poškozena je kůže, podkoží a sval, III. stupeň – poškození zahrnuje i sval konečníku) nebo jako důsledek chirurgického rozšíření měkkých porodních cest tzv. episiotomií. Chirurgické rozstřížení tkání pochvy a perinea odpovídá II. stupni samovolného poranění. Poranění malého rozsahu (do I. stupně) není nutné chirurgicky ošetřovat tedy šít. Poranění II. stupně a episiotomii je třeba sešít. Z výzkumů a klinické praxe vyplývá, že spontánní poranění se hojí mnohem lépe než episiotomie. Při spontánním poranění žena často necítí žádné potíže a je schopna velmi brzy po šestinedělí sexuálně žít (Stadelmann, 2009; Goer, 2002). Po velkých spontánních poraněních (III. stupeň) a episiotomii, může žena vnímat v oblasti sutury v prvních dnech po porodu značné bolesti, kterou mohou přetrvávat i několik týdnů či měsíců. Návrat k sexuálnímu životu je obtížnější (Goer, 2002).

- **Episiotomie** – neboli nástřih hráze je chirurgické rozšíření poševního vchodu jeho rozstřížením. Velikost stříhu je zpravidla 4 cm, výsledné poranění je pak tedy v nejhlubším místě 4 cm hluboké, dlouhé pak je 4 cm dovnitř do pochvy a 4 cm na hrázi tedy celkem je potřeba po porodu sešít poranění o délce 8 cm. Vzhledem k tomu, že celková délka pochvy je 8-11 cm zasahuje episiotomie téměř do poloviny pochvy. Rozsahem odpovídá ruptuře druhého stupně, zahrnuje tedy poškození kůže, podkoží a svalu pochvy. V současné době se nejčastěji používá episiotomie mediolaterální tedy šikmo do strany (Goer, 2002, Roztočil, 2001).

Jako důvod k provádění episiotomie bývá v učebnicích porodnictví uváděno: „*urychlení II. doby porodní, zamezení traumatizace hlavičky novorozence, prevence ruptury hráze a pochvy, lepší kosmetický a funkční stav vulvy po šestinedělí, prevence skrytých ruptur pánevního dna, sestupu rodidel a močové inkontinence*“ (Roztočil, 2001). Podle vědeckých výzkumů jsou však tyto přínosy sporné a výsledky studií svědčí spíše o opaku, tedy že nástřih hráze nebrání vzniku trhlin, nefunguje jako prevence ochabnutí pánevního dna a sestupu dělohy, nebrání vzniku mozkových poškození dítěte a vede pouze k minimálnímu zkrácení II. doby porodní (Goer, 2002). Světová zdravotnická organizace řadí na základě výzkumů episiotomii mezi porodnické praktiky, které se často používají nevhodně (WHO, 2002).

V roce 2005 byla provedena rozsáhlá srovnávací studie mapující provádění episiotomií po celém světě. Bylo zjištěno, že užívání episiotomie se liší stát od státu a je tedy závislé spíše na zvyklostech ve způsobu vedení porodu než na fyziologické nutnosti tohoto zákroku. Pro srovnání v ČR byla v roce 2005 provedena episiotomie u 45,6% porodů a ve Švédsku pouze u 9,7% porodů (Graham et al., 2005).

- **Poranění čípku děložního** – je nebezpečné kvůli značnému krvácení, které jej doprovází, ale z hlediska bolestivosti a návratu k sexuálnímu životu nebývá velkým problémem, rychle se hojí.

- **Poranění dělohy** – poranění úponů děložních vlivem nešetrného vedení II. doby porodní například Kristelerovou expresí nebo ruptura dělohy.

- **Poranění pánve** – pohmožděniný symfýzy při operativním porodu či zlomenina kostrče.

- **Laparotomie** – řez skrze břišní stěnu bývá užíván při císařském řezu. Je to poranění o délce cca 10 cm příčně v podbřišku. Řez prochází několika vrstvami.

Nejčastější komplikací jsou bolestivé srůsty v místě jizvy či špatné hojení nebo dokonce rozestup jizvy. Ihned po operaci může dojít ke komplikacím - infekce, krvácení, embolie, poranění orgánů malé pánve, gastrointestinální potíže. Také sekundární sterilita může být důsledkem operace. Pro spontánní průběh dalších porodů se doporučuje otěhotnět s odstupem dvou let po předchozím císařském řezu. Spontánní porod po sekci bývá mírně rizikovější. Hrozí především povolení jizvy s následným krvácením v průběhu porodu (Roztočil, 2001; Goer 2002).

10.2. Psychická zranění

V souvislosti s porodem se můžeme setkat s také s psychickými zraněními, která se mohou projevovat například jako poporodní deprese, poporodní psychóza či posttraumatická stresová porucha.

Poporodní deprese

Cox a spol. (1987 in Praško, 2002) popsali 2 hlavní typy poporodních depresí a Nonacs a Cohen (1998 in Praško 2002) připojili třetí kategorii:

- (1) poporodní nebo mateřské "blues" jako mírný emoční problém krátkého trvání;
- (2) poporodní velkou depresi, závažnou a potenciálně život ohrožující psychickou nemoc;
- (3) poporodní psychózu: vážné psychotické onemocnění ohrožující život matky i dítěte.

Dle Praška prožívá 50 – 80 % žen 3. – 4. den po porodu krátkou epizodu kolísání nálady typickou stavu euforie, které se střídají s úzkostí, smutkem, napětím, podrážděností, neschopností vnímat lásku k novorozenci, z čehož pramení sebeobviňování či pocity zmatenosti, známou jako poporodní "blues". Déletrvající zhoršení nálady různého stupně a délky trvání (tedy plně vyjádřená depresivní epizoda) postihuje 10 – 15% žen v poporodním období, toto číslo je ještě vyšší u adolescentních matek (Praško, 2002). Riziko suicidia je však vzácné (pravděpodobně ochranným vlivem povinnosti postarat se o novorozence) (Čepický, 1999 in Rastislavová, 2008).

„V etiopatogenezi jsou zvažovány jak biologické faktory, zejména disregulace serotoninového a noradrenergního systému a poruchy cirkadiálních rytmů v období náhlých hormonálních změn, tak je kladen důraz na významné psychosociální stresy, které

se v puerperiu mohou objevit“ (Lewellyn a kol., 1997 in Praško 2002, s. 39).

Rizikovými faktory pro vznik poporodní deprese jsou:

- zatížená psychiatrická anamnéza (předchozí depresivní epizoda, depresivní epizoda po předchozím porodu, depresivní porucha u pokrevních příbuzných...),
- psychosociální faktory (nepřipravenost na mateřství, nechtěné těhotenství, partnerské problémy, odloučení matky a dítěte v poporodním období, porod v epidurální analgezii, dítě s nízkou porodní hmotností...),
- somatické onemocnění (např. poporodní tyreoiditis s následnou hypothyreosou),
- způsob porodu (australská studie uvádí sedmkrát vyšší riziko vzniku poporodní deprese po urgentním císařském řezu (Hay, 2003 in Rastislavová, 2008).

„V psychopatologii poporodní deprese převládají pocity insuficience, nerozhodnost, úzkost, strach ze samoty, sociální izolace, bezmoc a beznaděj, katastrofické obavy z budoucnosti, ztráta zájmu a potěšení, nechutenství, nebo naopak přejídání se (Kennedy, 2001). Ženy mají pocit, že dítě je nechtěné, nedokážou je milovat ani se o ně postarat. Mohou být přítomny poruchy spánku, nekontrolovatelná pláčivost, potíže se dítěte dotýkat a pečovat o ně, hostilita, pocity ztráty kontroly. Někdy při prohloubení příznaků hrozí psychotické prožitky a riziko zabití dítěte či sebevraždy. Kromě depresivní a úzkostné symptomatiky se mohou objevovat obsese a kompulze, panické ataky, abúzus alkoholu“ (Praško 2002, s. 40).

Pro diagnózu poporodní deprese se používá metoda EPDS (Edinburghská škála postnatální deprese). Terapií první volby je u lehkých a středních depresí psychoterapie (interpersonální, kognitivně behaviorální...), u těžších forem je potřeba zastavit laktaci a podávat antidepresiva spolu s intenzivní psychoterapií (Rastislavová, 2008).

Poporodní psychóza

Poporodní psychóza, dříve označovaná jako laktační psychóza, se objevuje výjimečně (1-2 případy na 1000 porodů). Vzniká zpravidla 48 – 72 hodin až několik týdnů po porodu. Lze ji rozdělit na **amentní** (s náhlým začátkem, bouřlivým průběhem, halucinacemi, paranoiou, bludy (vztaženými k mateřství, porodu, plodu), nebezpečím sebepoškození, s následnou amnézií) a **manickou** (euforická nálada, extatické pocity štěstí, megalomanie, možný přechod v amentní formu). Prognóza je při dlouhodobé léčbě

(2 a více měsíců) dobrá. Postiženy jsou především prvorodičky, příznaky mizí náhle, v další graviditě se neopakují (Čech a kol, 1999 in Rastislavová, 2008).

Dále jsou známy formy endogenní depresivní a schizofrenní. Vznikají po 4. dni puerperia, charakteristické jsou pocity bezmoci, neschopnost péče o dítě, přehnaná starostlivost, plačtivost, apatie, nespavost, poruchy laktace, paranoia. Prognóza je zde horší s častější recidivou v dalším šestinedělí (Rastislavová, 2008).

Rizikovými faktory pro vznik poporodní psychózy jsou: psychiatrické onemocnění v anamnéze, obtížný či operativní porod, patologický průběh těhotenství, partnerské či rodinné problémy, somatická patologie šestinedělí... (Rastislavová, 2008).

Terapie je podobná jako u jiných psychotických onemocnění. Zástava laktace je nutná, pouze pokud léky podávané matce přestupují do mateřského mléka a ohrožují tak plod. Zapotřebí je psychosociální podpora celé rodiny (Rastislavová, 2008).

Postrauematická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha bývá popisována jako reakce na silný prožitek ohrožení života vlastního či života blízkých. V případě porodu může jít v jednom momentu o ohrožení hned obě – života matky i jejího dítěte. Situace, kdy žena ztrácí nad porodem kontrolu, neví, co se s ní děje, nemá dostatek informací, například proč je zdravotníky přistupováno k těm či oněm intervencím, nutně vedou k prožitku strachu a úzkosti. Rozvoj PTSP je jednou z možných reakcí.

Termín posttraumatická stresová porucha (PTSD) je v psychologickém slovníku definován jako: „*porucha, která se vyvíjí buď brzy po prožitém traumatu (např. přírodní katastrofě, znásilnění, únosu dítěte) nebo o několik týdnů či měsíců později v souvislosti s menším stresem; k hlavním symptomům patří: pocit otupělosti, odcizení se lidem, úzkost, poruchy spánku, opakování traumatu ve vzpomínkách a snech, nesoustředěnost, zvýšená ostražitost, pocity viny z přežití; ...*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 432-433). Tato diagnóza se tedy užívá pro úzkostnou poruchu, která se typicky rozvíjí po emočně silné, stresující události, která svou závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatická pro většinu lidí.

Dříve se posttraumatická stresová porucha rozdělovala a řadila mezi reaktivní depresivní stavy či do celého spektra neurotických poruch. Dnes je PTSP řazena v mezinárodní klasifikaci nemocí v desáté revizi jako samostatná gnoseologická jednotka.

Příznaky PSTP:

- opakující se vzpomínky na traumatickou událost, její okolí a okolnosti
- děsivé sny připomínající událost
- znovuprožívání události v podobě útržků a „záblesků“
- vzpomínky na minulost
- vyhýbání se myšlenkám nebo pocitům spojeným s traumatem
- vyhýbání se činnostem připomínajícím trauma
- neschopnost rozpomenout se na některé důležité aspekty traumatu
- ztráta zájmu o důležité činnosti
- pocit odcizení
- omezení a oploštění pozitivních emocí
- pocity, že budoucnost nemá smysl
- problémy s usínáním a spánkem vůbec
- podrážděnost, výbuchy hněvu
- potíže se soustředěním
- nadměrná ostražitost
- ustrašené chování, nadměrná lekavost
- tělesné a psychické příznaky úzkosti při expozici něčemu, co trauma připomíná
- nadměrná konzumace alkoholu a jiných návykových látek

Když tyto příznaky trvají déle než tři měsíce, mluvíme o nich jako o příznacích posttraumatické stresové poruchy. Mohou se objevit hned po události, většinou však s odstupem času až po překonání tzv. prvotního šoku. Výjimečně se tyto příznaky mohou objevit i po několika letech (Bouček, 2006).

Na tomto místě považuji za vhodné úkony, které jsou při porodu prováděny ženám proti jejich vůli, označit za sexuální násilí. V psychologickém slovníku je násilí definováno jako: „*uplatňování síly k překonávání odporu*“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 342) a přívlastek „sexuální“ je definován jako „*vztahující se k sexu a sexualitě*“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 533). Sexualita je pak definována jako „*aktivita týkající se pohlaví*“ (Vokurka, Hugo, 2004, s. 401). Porodní násilí může na psychiku ženy mít stejný dopad jako sexuální násilí v jiných než porodních situacích (Mrowetz, 2013).

11. Sexuální dysfunkce po porodu

V této kapitole nastíním problematiku sexuálních dysfunkcí, které se mohou objevit v souvislosti s porodem. „*Za sexuální dysfunkce považujeme stavy, kdy je narušena jedna nebo více fází reakčního cyklu – sexuální apetence, vzrušení, vyvrcholení a následné uvolnění*“ (Bouček, 2006, s. 161). Sexuální dysfunkce mohou vznikat na základě organických poškození tedy například vlivem porodního poranění nebo se může jednat o sexuální dysfunkce nevyvolané organickou poruchou či nemocí, které MKN 10 zařazuje pod kód F52.

Sexualita je ovlivňována mimo jiné činnostmi dopaminu, který stimuluje sexuální aktivity, serotoninu a prolaktinu, který působí tlumivě.

„*Sexuální reaktivita je psychosomatický proces. Pro normální průběh sexuálních pochodů je důležitá normální funkce CNS, endokrinních žláz a neporušené nervové a cévní zásobené pohlavního ústrojí a souhra všech těchto faktorů*“ (Bouček, 2006, s. 161).

Sexuální dysfunkce rozdělujeme na primární, s trváním od počátku sexuálního života dané osoby, a sekundární, které se objevují až po určitém trvání bezproblémového sexuálního soužití. Sexuální poruchy související s porodem řadíme k poruchám sekundárním. Terapie těchto poruch je zejména psychosomatická (Bouček, 2006).

- **Nedostatek nebo ztráta sexuální touhy** – porucha charakteristická nedostatkem apetence k sexuální aktivitě. Sama o sobě nevyvolává sexuální vzrušení ani orgasmus. Ale žena s touto poruchou sama neinicuje sexuální aktivitu (Bouček, 2006).
- **Odpor k sexu/sexualitě a nedostatečné prožívání sexuální slasti** – Při této poruše je představa sexuálního styku pro ženu spojena se silnými negativními emocemi, strachem a úzkostí, že se žena raději sexu vyhne. Intimní život partnerů pak často probíhá ze strany ženy jako plnění “povinnosti” vůči partnerovi. Tato averze často souvisí s problémy ve vztahu či jako důsledek sexuálních traumat (Bouček, 2006).
- **Selhání genitální odpovědi** – Při této poruše nedochází u žen při sexuální stimulaci k dostatečné lubrikaci, emočnímu naladění a fyziologickému vzrušení. Porucha může souviset s hyperprolaktinemií typickou pro dobu kojení (Bouček, 2006).
- **Dysfunkční orgasmus** – Je stav, kdy se u dané ženy nevyskytuje orgasmus vůbec nebo je zpožděný. „*Prevalence této poruchy u žen je 30%, nejméně 8% žen zůstává bez prožitého orgasmu po celý život*“ (Bouček, 2006, s. 165). Příčiny jsou často

psychosomatické.

- **Vaginismus** – U žen s vaginismem dochází při pokusu o pohlavní styk k mimovolnému stažení svalů pánevního dna obklopujících vchod do pochvy, takže není možné zavedení penisu, nebo je velmi bolestivé. Někdy se přidává i odpor k doteku na genitálie a neochota k pohlavnímu styku (Bouček, 2006).
- **Dyspareunie** – Pro tuto poruchu je typická intenzivní bolest v genitální oblasti při pohlavním styku. Může jít o důsledek snížené genitální odpovědi či vaginismu. Zvláštním stavem bolesti je „pozdní dyspareunie“ začínající s odstupem několika minut nebo až do 24 hodin od pohlavního aktu a „anticipační dyspareunie“, kdy bolest začíná před samotným pokusem o imisi (Čepický, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

12. Metodologický rámec výzkumu

12.1. Výzkumný problém

Porod je událostí vysoce intimní a zároveň společensky ritualizovanou, kulturně kontrolovanou. To jakým způsobem ženy v naší společnosti rodí, velkou měrou závisí na zvycích daných systémem zdravotnické péče, nikoli přirozeností ženy jakožto savce. V současné době se v porodnictví nejen v ČR objevují dva minoritní extrémní trendy: jednak ženy, které si přejí prožít porod s minimem zásahů zvenčí, s maximálním pocitem vlastní kontroly nad jeho průběhem – porody doma, a na straně druhé naprosté odevzdání kontroly a zodpovědnosti na lékaře – porod plánovaným císařským řezem. Stále zůstává nejpočetnější skupina žen, které rodí vaginálně v porodnici.

Cílem této kvalitativní studie je zjistit, jak ovlivňuje způsob, jakým žena prožila svůj porod a jeho intimní rozměr (dotyky na intimních partiích těla, vlastní nahotu před cizími lidmi, pocity studu...), její sexualitu. Studie se zaměřuje na porovnání výše zmíněných tří skupin žen v těch oblastech, které by mohly mít vliv na sexualitu ženy po porodu: pocit respektování intimity porodního procesu ze strany zdravotnického personálu, psychická zranění způsobená porodem, fyzická porodní poranění, tělesné změny a změny vnímání sebe sama jako ženy a vnímání své sexuální přitažlivosti po porodu.

Tato diplomová práce se tedy zaměřuje na porod jako součást sexuálního života ženy. Vychází z toho, že porod, ať již probíhá jakýmkoli způsobem, je významnou sexuální událostí v životě ženy a má tedy vliv na formování její sexuality po porodu. Domnívám se, že způsob, jakým žena porod prožije, s čím se v jeho průběhu setká a jak s konkrétními situacemi naloží a zda tento zážitek sama zhodnotí jako pozitivní či negativní zkušenost, určuje, jak se po porodu její sexualita změní. Zda bude porodní zážitek pro ženu například zdrojem vnitřní síly a pocitu, že jako žena něco v životě dokázala, nebo naopak zdrojem frustrace a pocitu, že je neschopná, že její tělo nebo ona sama selhala. Zajímá mě, zda rozdílné přístupy ve vedení porodu (porod císařským řezem, porod v porodnici, porod doma) mají vliv na jeho prožitek a zpracování a následné změny v sexualitě ženy. Pokusím se také zjistit, co potřebují ženy k tomu, aby zážitek porodu jejich sexualitu ovlivnil pozitivně.

Přínosem této studie může být rozvoj teoretických poznatků o porodu. Může být inspirací pro následný výzkum problematiky porodu jakožto intimního děje. Praktický

význam poznatků může spočívat v podpoře zavádění matce přátelské (*mother-friendly*) péče v porodnicích, v přehodnocení přínosu episiotomie jako prevence spontánní ruptury perinea či aplikaci na psychoterapii (u žen s porodními psychickými traumaty či sexuálními dysfunkcemi vzniklými v souvislosti s porodem).

12.2 Výzkumné cíle

Cílem práce je zjistit rozdíly v prožívání porodu jakožto intimního sexuálního děje ženami podle způsobu, jakým byl veden (císařský řez, vaginálně v porodnici, doma), a jaký vliv má způsob jeho vedení a porodní poranění na sexualitu ženy.

12.3 Výzkumné otázky

Na základě cílů práce jsem stanovila tyto výzkumné otázky:

- A) Existují nějaké rozdíly v prožívání intimity porodního děje mezi ženami v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden (porod císařským řezem, vaginální porod v porodnici a porod doma)?
- B) Ovlivnilo porodní poranění žen jejich sexuální život?
- C) Existují nějaké rozdíly v tom, jak ženy vnímaly po porodu změnu svého těla a své sexuální přitažlivosti v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden?
- D) Existují nějaké rozdíly v tom, jak ženy vnímaly po porodu změnu sebe sama jako ženy v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden?
- E) Existují nějaké rozdíly v tom, za jak dlouho po porodu začaly ženy sexuálně žít a jak prožívaly první milování po porodu v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden?
- F) Existují nějaké rozdíly v tom, jak se u žen po porodu změnil sexuální život, sexuální apetence a prožívání orgasmu v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden?
- G) Existují nějaké rozdíly v tom, zda ženy vnímaly porod jako součást sexuálního života a zda při porodu zažily pocit sexuálního vzrušení či orgasmus v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden?

H) Existují nějaké rozdíly v tom, co by ženy chtěly při dalším porodu jinak, v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden?

12.4 Aplikovaná metodika

12.4.1 Psychologické metody

Prezentovaná studie má ráz kvalitativního výzkumu, založeného na případových studiích 31 žen. Jako základní metoda sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, který se skládal z osmnácti základních otázek, které byly položeny všem účastnicím výzkumu (viz příloha č. 3 – Schéma polostrukturovaného rozhovoru). Vzhledem k intimitě výzkumného tématu byla ženám dána možnost odpovídat na otázky písemně. Když bylo potřeba ještě nějakou získanou informaci upřesnit, byla respondentkám položena doplňující otázka podle charakteru potřebné informace. Základní otázky ve schématu polostrukturovaného rozhovoru byly řazeny následujícím způsobem: Nejprve byla účastnicím položena obecná otázka mapující, jak proběhl porod. Úvodní otázka byla doplněna otázkami na popis konkrétních emocí zažívaných v průběhu porodu v souvislosti s tématy studu, nahoty a dotyků na intimních místech. Pak následovaly otázky na porodní poranění a jeho vliv na další sexuální život. Dále byly mapovány změny v oblasti vnímání vlastního těla, ženskosti a sexuální přitažlivosti, které respondentky reflektují v souvislosti s porodem. Poté následovaly otázky na reflektované změny v sexualitě ženy po porodu. Ke konci rozhovoru byly otázky týkající se toho, zda účastnice vnímají porod jako součást sexuálního života. Poslední otázka měla zjistit, co by ženy udělaly jinak, kdyby měly ještě jednou родit.

12.4.2 Metody analýzy dat

Data získaná z písemných rozhovorů byla nejprve zpracovávána deskriptivním přístupem a komentována. Subjektivní úhel pohledu byl korigován a konzultován ve spolupráci s vedoucí práce (metoda triangulace). Dále byla data propojována, z transkripce byly vyčleňovány trsy (informace byly rozděleny do kategorií a podkategorií, které v podstatě obsahují zkoumané psychosociální aspekty). Z analyzovaných podobností a odlišností (metoda kontrastů a srovnávání) byly vyvozovány závěry, které mohou sloužit také jako výchozí hypotézy pro další výzkum. Analýza dat probíhala průběžně již při procesu získávání dat od účastnic výzkumu. Analýza kvalitativních dat tedy probíhala podle schématu: deskripce, kódování, archivace kódovaných dat, propojování dat, komentování a doplňování dat, vyvozování závěrů a verifikace (Miovský, 2006).

12.5 Zkoumaný soubor

Pro výzkum v této diplomové práci byly vybrány tři skupiny účastnic: Ženy, které porodily plánovaným císařským řezem, ženy, které porodily vaginálně v porodnici a ženy, které porodily plánovaně doma. Do zkoumaného souboru byly zařazeny také respondentky, které měly zkušenost s více porody, ty pak odpovídaly na každou otázku z perspektivy každého porodu, což přineslo možnost dotazovat se na jejich subjektivní srovnání daných způsobů vedení porodu. Věk respondentek nebyl omezen. Omezen byl věk dětí těchto žen respektive doba, která uplynula od porodu dané účastnice. Do výzkumu byly zařazeny pouze ženy s dětmi ve věku tří měsíců až pěti let. Toto omezení bylo zvoleno z toho důvodu, aby byly vzpomínky na porod těchto respondentek relativně čerstvé (proto tedy do pěti let věku dítěte) a zároveň, aby vzpomínky nebyly ještě příliš ovlivněné hormonálním stavem žen v poporodním období, který se vyrovnává a vrací do normálu z větší části během šestinedělí až prvních tří měsíců po porodu.

K získání výzkumného vzorku byl s ohledem na výzkumný cíl a výzkumnou otázku, pro něž je klíčová zkušenost s daným fenoménem, použit záměrný kritériální výběr. Ten byl kombinován s metodou sněhové koule (Miovský, 2006). Kritérii výběru byla jednak zkušenost alespoň s jedním ze tří zkoumaných typů porodů a věk dítěte, respektive doba od porodu. Nejprve bylo osloveno s návrhem na účast ve výzkumu šest žen, se kterými jsem byla v kontaktu jako porodní asistentka v období kolem narození jejich dítěte. Vzhledem k intimitě tématu však měly s účastí na rozhovoru problém. Po konzultaci s vedoucí práce byla ženám nabídnuta možnost odpovídat na otázky písemně se zaručením anonymity. Zodpovězené otázky byly uloženy do té doby, než byl sesbírán větší počet rozhovorů, a vyhodnoceny až poté tak, abych ani já nevěděla, která účastnice psala které odpovědi. Po tomto kompromisním řešení čtyři z oslovených žen na otázky odpověděly. Pro získání většího množství respondentek jsem se poté obrátila s prosbou o zapojení ve výzkumu na e-mailovou konferenci Hnutí za aktivní mateřství, kam jsem odeslala výzvu k účasti ve výzkumu. Na tuto výzvu se pak přihlásilo dalších 14 žen, díky kterým se pak metodou sněhové koule přihlásilo postupně dalších 15 respondentek. Po odeslání otázek k rozhovoru na ně nakonec odpovědělo celkem 30 z nich.

12.6 Organizace a průběh šetření

Výzkumné šetření probíhalo v lednu až březnu roku 2014 formou polostrukturovaných rozhovorů probíhajících z důvodu velké intimity výzkumného tématu písemnou formou. Celkem bylo do výzkumu zařazeno třicet jedna účastnic, z toho sedm bylo po porodu plánovaným císařským řezem, čtrnáct po vaginálním porodu v porodnici a

deset po plánovaném porodu doma. Dotazované ženy byly předem srozuměny s charakterem rozhovoru, poté co vyjádřily zájem o účast ve výzkumu, byly jim v písemné podobě zaslány otázky rozhovoru prostřednictvím e-mailu. Respondentky na ně poté písemně odpovídaly a hotové zasílaly zpět prostřednictvím e-mailu. Pro některé z nich, byla naprostá anonymita natolik důležitá, že si pro tento účel zřizovaly úplně nové e-mailové schránky pod pseudonymem, či více žen, které se znaly, odeslaly své odpovědi v jednom společném mailu jako více příloh, aby nebylo jasné, která psala které odpovědi.

Všechny účastnice s výzkumným rozhovorem souhlasily a slovně vyjádřily informovaný souhlas s jeho provedením a anonymním zpracováním dat pro účely diplomové práce. Prostřednictvím e-mailové komunikace jsem se s ženami snažila nejprve navázat neformální rozhovor pro navození uvolněné atmosféry a pocitu důvěry, vysvětlit důvod výzkumného šetření a jeho možné přínosy. Jednotlivé respondentky se v délce písemných projevů lišily, nejkratší rozhovory byly na jednu stranu, nejdelší na tři a půl. Písemná forma rozhovoru měla ženám pomoci navodit pocit anonymity, naprostého soukromí a možnosti být skutečně otevřená a mluvit o intimních tématech beze strachu či studu. Účastnice měly neomezený prostor pro své odpovědi. Na konci rozhovoru měly také možnost vyjádřit se k tématu porodu dle vlastní potřeby, dodat něco, co pokládaly za důležité a nebylo to v otázkách zahrnuto. Mnoho žen této možnosti využilo. Po obdržení rozhovoru jsem poděkovala za důvěru a jejich čas a těm, které si to přály, jsem přislíbila zaslání hotové diplomové práce k pročtení. Ujistila jsem se během následujícího neformálního rozhovoru, zda průběh rozhovoru nebyl pro ženy příliš psychicky náročný a poděkovala jim za spolupráci.

12.7 Etické aspekty

Všechny respondentky vyjádřily slovně informovaný souhlas s účastí na výzkumu. Před zahájením rozhovoru byly dostatečně seznámeny s výzkumníci i s cílem a průběhem výzkumu. Účastnice byly ubezpečeny o naprosté anonymitě výzkumu a také o možnosti se výzkumu neúčastnit, pokud by pro ně otázky byly příliš intimní a jejich zodpovídání by jim bylo příliš nepříjemné. Získaná data byla použita pouze pro účely konkrétního výzkumu k této diplomové práci, je zajištěna anonymita zúčastněných matek a bezpečnost jejich citlivých a osobních údajů.

Z etických důvodů jsem se také rozhodla po konzultaci s vedoucí práce nezařadit do diplomové práce kapitulu, kde by byl každý rozhovor zvlášť shrnut (tak jak jsem to dělala ve své bakalářské práci), protože některé porody mají určité zvláštnosti, podle kterých by bylo možné poznat, o kterou ženu se jedná. Rozhovory mi poskytovaly často ženy, které se

navzájem znají vzhledem k metodě výběru účastnic snowball. Většina z nich vyjádřila přání, že by si práci po jejím dopsání chtěla přečíst. Vzhledem ke slíbené naprosté anonymitě není možné napsat do diplomové práce výstup z každého rozhovoru zvlášť a volím proto sepsání výstupů z každé otázky v rozhovoru vždy pro celou výzkumnou skupinu.

13. Výsledky práce

13.1. Základní výstupy

13.1.1. Průběh porodů žen zúčastněných ve výzkumu

Výzkumu se zúčastnilo sedm žen, které porodily plánovaným císařským řezem. Jejich popisy porodu byly většinou krátké a orientovaly se na popsání důvodů, které vedly k rozhodnutí o plánovaném císařském řezu. *„Při plánované kontrole na porodním oddělení byla zjištěna mírná hypoxie plodu a pro polohu koncem pánevním byl naplánován na další den císařský řez.“* Některé respondentky na tomto místě vyjadřovaly lítost nad tím, že nezažily normální porod. *„Upřímně, s tím, že budu mít císařský řez, jsem se smiřovala těžko – chtěla jsem přirozený porod.“*

Ve skupině účastnic, které porodily vaginálně v porodnici, bylo třináct žen. Čtyřem z nich nebyl při porodu proveden nástřih (episiotomie) a devíti nástřih proveden byl. Jedna z těchto respondentek rodila miminko v poloze koncem pánevním, ostatní ženy rodily miminko v poloze záhlavím. Porodní příběhy těchto žen se značně lišily jak svou délkou, od pár vět po dvoustránkový příběh, tak svým obsahem. Některé účastnice měly možnost porodit v porodnici přirozeně podle svých přání tedy bez medicínských zásahů, bez léků za doprovodu svého muže či své porodní asistentky. *„Od začátku jsem byla velmi dobře naladěna... dula mě masírovala, radila s dýcháním, střídala jsem nejrůznější polohy, kontrakce „prozpívávala“. Personál chodil na porodní pokoj jen na chvíli, většinou natočit rychlý monitor. Otevírala jsem se hezky plynule, nevyužila jsem žádné medikace a porodila na své přání bez nástřihu v polosedu...“* Většina respondentek však prožila porod zcela medicínský včetně úkonů, které jim byly provedeny proti jejich vůli či bez jejich souhlasu. Některé příběhy byly plné silných emocí, především vzteku na zdravotnický systém. *„V porodnici jsem však hned na příjmu narazila na BLBCE – ani se mi nechce věřit, že to byl doktor – byl to snad zlý sen – nechutně tlustej, na pohled odpornej chlap s velmi nevybíravým chováním.“* Jiná žena: *„Navlékli mě do jejich košile, což mi nebylo vůbec příjemné.“* Další účastnice: *„...to krásný a intimní nám bylo ukradeno rutinními postupy.“*

Často ženy zmiňovaly lítost nad tím, že jim byl narušen první kontakt a vítání s miminkem. „*Po porodu mi odnesli dítě, které jsem pak pár hodin neviděla – prý ať si odpočinu v klidu, dítě že spí. Při tomto porodu se mi splnila moje nejhorší očekávání – nástřih a dítě pryč.*“ Jiná respondentka: „*Nakonec jsem malou dostala, ale jen co se zkusila přisát, tak ji zase sebrali, úplně bez citu, bylo to neuvěřitelné.*“ Často se také objevovaly v příbězích stížnosti na úkony, které ženám byly provedeny proti jejich vůli. „*...infuzi jsem si vytrhla, /.../ píchli mi ho (oxytocin) přesto, že jsem to nechtěla...*“

Ve skupině účastnic, které porodily plánovaně doma, bylo deset rodiček. Jejich porodní příběhy byly většinou podány poměrně stručně na pět řádků nejkratší a půl stránky nejdelší. Ženy byly ve svém vyprávění spíše popisné, bez velkých emocí. Dva porody proběhly bez pomoci porodní asistentky, ostatní s asistencí. Ženy oceňovaly především klid, který na porod měly, a možnost nerušeně se vítat s miminkem po porodu. „*Vše probíhalo velmi intimně v poklidu, soukromí.*“ Jiná respondentka: „*Miminko jsem měla bezprostředně po porodu a pak vlastně skoro pořád na sobě či u sebe.*“ Jiná žena: „*...nikdy nekončící bonding.*“

13.1.2. Vnímání dotyků na intimních místech

Ženy, které porodily císařským řezem, vnímaly dotyky zdravotnického personálu na intimních místech buď jako „*něco normálního*“, co jim nevadilo: „*Chovají se tam tak ke každé ženě, jsou na to zvyklí. Já jsem to nevnímala nijak zvlášť nepříjemně.*“ Nebo naopak velmi negativně: „*Brali vždy všichni všude vše jako automatiku, jako stereotyp, vagina sem, jo, pardon, nyní budete asi více špinit... Cítila jsem se jako kus masa, který je v pořadí. Řízi říz a může jít další.*“ Další respondentka se zkušeností císařského řezu například uvedla o vaginálním vyšetření před operací: „*přišlo mi to jako vetřelec, něco co může ohrozit moje děťátko.*“

Ženy, které rodily v porodnici vaginálně, nejčastěji uváděly, že dotyky při porodu (zejména vaginální vyšetření) vnímaly jako nutnost, na kterou si v těhotenství zvykly: „*Myslím, že jsem k tomu byla už poněkud otupělá po těch dlouhých měsících ustavičného vyšetřování.*“ Jiná respondentka uvedla: „*Byla jsem tak „mimo“, že mi to bylo jedno.*“ nebo další účastnice: „*brala jsem to jako nutnost a ani to moc nevnímala.*“ Objevily se ale i velmi negativní prožitky: „*Cizí lidé se mě dotýkali všude – na intimních partiích i po celém těle, jako bych byla kus masa. Bylo to velmi nepříjemné a ponižující. Prostě jsem to nebyla já, byla jsem jejich.*“ Podobné odevzdání se popisovala i další respondentka: „*Měla jsem pocit, jako by ta část těla vlastně nebyla moje a patřila jim, že nemám právo rozhodovat, co se bude od pasu dolů dít.*“ Jiná žena uvedla: „*Chce se mi zvracet, když na to pomyslím.*“

Další respondentka: „*Vadilo mi (klasicky) vaginální vyšetření zrcátky při příjmu, doplněné poznámkou "Jsem zvědav, jak budete rodit, když vám vadí i tohle."* Negativně se vyjadřovaly účastnice také především k nástřihu hráze a šití po porodu: „*Mě překvapilo, že mě nastřihli bez varování, potají, cítila jsem to, jako kdyby ta sestra měla zatnuté drápy v mém poševním vchodu.*“, další respondentka uvedla: „*moment nástřihu jsem vnímala jako ztrátu kontroly, moment 'odevzdání se', protože jsem na své hrázi dost lpěla. A při šití jsem se dočkala od lékaře další nepříjemné poznámky týkající se mého ochlupení.*“ Jiná žena: „*potom to šití to bylo hodně nepříjemné... ležet s roztaženýma nohama a vědět, že vám „tam dole“ něco dělá cizí chlap.*“ Obecně ženám byly nepříjemné úkony, které pro ně byly nečekané, provedené bez zeptání: „*Při posazení na porodní křeslo mi byla provedena plošná dezinfekce intimní oblasti (bez předchozího upozornění), bylo to nepříjemné, trapné, ponižující.*“

Pouze jedna žena, která rodila v porodnici, se vyjadřovala vyloženě pozitivně: „*Brala jsem to jako přirozenou součást porodu a musím přiznat, že jsem měla štěstí na personál a nezažila jsem žádné nepříjemné či hrubé zacházení.*“

Některé ženy, které porodily doma, byly při porodu samy, protože porod probíhal tak rychle, že porodní asistentka stihla přijet, až když bylo miminko na světě. Tyto ženy v průběhu porodu žádné dotyky od cizích lidí na intimních místech nezažily, což hodnotily pozitivně: „*to bych asi snášela dost těžce, naštěstí jsem to nezažila.*“ Většina účastnic, které rodily doma, měly svou porodní asistentku, kterou si samy vybraly již v těhotenství a se kterou se znaly. Dotyky od jejich porodní asistentky hodnotily pozitivně: „*Asistentka při porodu byla citlivá, věřila jsem jí, vyšetření a ošetřování v průběhu porodu mně dodávalo pocit jistoty a péče (naprosto nesrovnatelné s necitlivým a velmi bolestivým vyšetření o několik týdnů dříve v nemocnici)*“. Jiná účastnice, která porodila doma, uvedla: „*Vzhledem k tomu, že toho dotyku bylo minimálně, v situaci, kdy mi pomohlo ujištění z něj vyplývající a od osoby, k níž jsem měla důvěru a nebyla mi neznámá, bylo to přijatelné.*“ Ženy oceňovaly především to, že si člověka, který se jich při porodu bude dotýkat, vybraly samy, že se jich jejich porodní asistentky dotýkaly pouze minimálně a s jejich svolením a že to byly ženy: „*Dotýkala se mě pouze mnou vybraná porodní asistentka, která mě sledovala ke konci těhotenství. Vnitřně mě vyšetřovala jen, když to bylo potřeba, důvěřovala jsem jí a nevadilo mi to. Po porodu mi sešila pár vnějších trhlinek, ale vnímala jsem to stejně – je to a) žena a za b) někdo, komu já dovoluji, aby se mě dotýkal.*“

13.1.3. Vnímání vlastní nahoty před cizími lidmi

Pouze jedna respondentka, která porodila císařským řezem, mluvila o negativním prožívání toho, že ji cizí lidé viděli nahou: „*Připadala jsem si velice zranitelná, odhalená přede všemi*“. Tato žena také mluvila o tom, jak negativně prožívala přítomnost mediků, se kterou souhlasila, ale potom jí byla nepříjemná. Ostatní ženy, které porodily císařským řezem, se vyjadřovaly v tom smyslu, že: „*Jsou to lékaři medici, na nahotu jsou zvyklí, je to přirozené*“. „*Nevadilo mi to, na sále bylo aspoň 8 lidí a brali to jako rutinu*.“ „*Brala jsem to tak, že tam to tak prostě chodí*.“ Účastnice se ve svých výpovědích tedy spíše zaměřovaly na zdravotnický personál než na vlastní prožívání. Rutinní přístup tedy v tomto případě spíše napomáhal odosobnění, tomu, aby svou nahotu nevnímaly jako nepatřičnou. Jedna respondentka uvedla: „*To mi asi nevadilo, nedokážu si to nějak vybavit*“. Jako by zážitek raději vytěsnila. Odpovědi žen byly celkově spíše vágní, bez prožitku emocí.

Některé ženy, které rodily v porodnici, uváděly, že nahotu vnímaly jako přirozenou nebo alespoň přijatelnou: „*na porodní křeslo, jsem šla rovnou ze sprchy. Přišlo mi přirozené, že jsem nahá a nevadilo mi to*.“ Některé účastnice jmenovitě oceňovaly, že při porodu byly kromě jejich partnerů přítomny jen ženy: „*Rodila jsem pouze mezi ženami, protože mi to bylo umožněno, stud jsem necítila*.“ Několik respondentek uvedlo, že nebyly nahé, že celou dobu měly například noční košili: „*Nebyla jsem nahá, měla jsem košili, takže mi to nevadilo*.“ Některé účastnice nahotu záměrně skrývaly: „*Měla jsem potřebu to „být viděna nahá“ co nejvíce minimalizovat. Například jsem co nejvíc a co nejdýl měla oblečené kalhotky*.“ Několik žen, ale mělo i vyloženě negativní zážitek: „*Na porodním sále byl kdekdo, spousta lidí. Dokonce lékařka, která měla ruku ve mně, se ptala jakési mladé dívky – A vy jste kdo? Měla jsem chuť zeptat se všech na to samé. Moje intimita byla tatam*.“ Obecně respondentkám více vadilo, že je vidí nahé cizí muži než cizí ženy. „*Asistentky mi nevadily ani lékařka, vadilo mi až potom, že mě vidí lékař...*“ Některé účastnice musely část nebo dokonce celý porod trávit v přítomnosti jiných rodičích žen: „*Byla mi zejména nepříjemná přítomnost gynekologa druhé ženy a muž – instrumentář na operačně-porodním sále, který se tam nečekaně objevil, když jsem měla roztažené nohy. Naopak ve chvíli, kdy jsem chtěla родit ve stoje a byla jsem otočená zády k druhé ženě na porodním pokoji (v andělu, takže s holým zadkem), tak jsem byla upozorněná, že je to vůči druhé ženě nevhodné. Dotklo se mě, že jsem tu z donucení napůl nahá bez možnosti nějaké zástěny a že je moje nahota vnímána jako nevhodná*.“ Některé ženy si stěžovaly také na pobyt na oddělení šestinedělí: „*na pokoji šestinedělí si živě pamatuji na frustrující pocity, kdy jsme s ostatními ženami na pokoji ležely s vykasanou košilí, roztaženýma nohama a zakrvavenou vložkou na podložce a čekali jsme na vizitu, dosti degradující*.“

Pouze jedna žena, která rodila doma, uvedla, že jí při porodu vadilo být viděna nahá: „*Velmi mně to vadilo.*“ Ostatní účastnice, které rodily doma, uváděly, že jim nahota nevadila: „*Osobně s nahotou celkem nemám problém ani normálně, navíc jediný, kdo mě viděl, byly dvě ženy, které jsem znala už před porodem a cítila k nim důvěru.*“ Jiná respondentka uvedla: „*U asistentky a duly mi to nevadilo, kdyby se u mě lidi střídali, bylo by to mnohem horší.*“ Obecně účastnice oceňovaly, že jejich porodní asistentky respektovaly intimitu: „*líbilo se mi, jak asistentky respektovaly mou intimitu...*“

13.1.4. Pocity studu

Polovina žen, které rodily císařským řezem, odpověděla, že pocity studu při porodu nezažily. Ostatní účastnice pociťovaly pocity studu spojené se strachem z tělesných výměšků, průjmu, rozmazané krve, „*spíše něco kolem hygieny v cizím prostředí*“. Jiná respondentka uvedla: „*Po operaci takovéto omývání, vyměňování vložek, vylívání moče z cévky. Nic příjemného.*“ Jedna žena uvedla: „*když jsem se musela vysvléct před operačním sálem a šla jsem tam nahatá a tam bylo hodně lidí...*“

U účastnic, které rodily v porodnici, se pocity studu hodně různily. Často byly spojené s procedurami jako klystýr, holení, šití po porodu: „*Při porodu ne, asi jen při aplikaci Yalu*“. „*Při klystýru... byl to jediný moment, kdy jsem nechtěla, aby se manžel díval.*“ „*Během vyholování, to mi přišlo zbytečné a nebylo mi to příjemné.*“ Některé ženy popisovaly celkově pocit studu v průběhu celého porodu, především že se styděly před cizími lidmi: „*Styděla jsem se po počátečním příchodu všech těch lidí. Pak se pocit studu změnil v beznaděj.*“ Další respondentka: „*Nevím, jestli to byl pocit studu, ale možná spíš určité trapnosti. Netýkalo se to konkrétní situace, ale spíš celkově porodu. Vyplývalo to myslím z toho, jak moc tělesný ten proces je a taky nejspíš ta přítomnost cizích lidí hrála velkou roli. Měla nebo mohla jsem ztratit kontrolu a to bylo velmi nepříjemné.*“ Někdy za pocit studu mohl necitlivý přístup personálu: „*když jsem se přesouvala ze sprchy na porodní pokoj, tak se mi začalo chtít zvracet a chtěla jsem se vrátit zpět do koupelny a vyzvracet se tam, ale porodní asistentka mi držela před ústy misku a nutila mě zvracet při chůzi.*“ Jiná žena uvedla: „*když jsem řvala bolesti při nástřihu a šití a nedokázala jsem být v klidu a do toho mi všichni kolem tvrdili, že to nebolí.*“ „*když tam za mnou v pravidelných intervalech chodil ten tlustej kretén (lékař) a vytáhnul na mě (před mým mužem), že v papírech zjistil, že jsem kdysi dávno brala antidepressiva a začal se mě vyptávat, jestli trpím depresemi a jestli jsem si vědomá, že můžu mít poporodní psychózu – styděla jsem se před svým mužem.*“ Další respondentka uvedla: „*Porod jsem prožívala docela hlasitě a stále jsem na to byla personálem upozorňována. Také jsem se zastyděla ve chvíli, když*

bolesti byly již hodně intenzivní a personál to zlehčoval, nevěřili mi (ani nevěděli, že už rodím) – cítila jsem stud, že to nezvládám.“

Většina žen, které rodily doma, uvedly, že pocit studu při porodu necítily. Pouze jedna žena zmínila pocit studu ve chvíli, kdy jí při porodu odcházela stolice.

13.1.5. Fyzická a psychická poranění

Všechny ženy, které porodily císařským řezem, mají poranění laparotomií tedy řez v podbřišku. Pouze jedna z dotázaných toto poranění přímo neuvedla. Ostatní účastnice poranění většinou označily jako „*jizva na bříšku*“. Většinou se k fyzickému poranění dále nevyjadřovaly, jedna respondentka zmínila, že se poranění velmi brzy zhojilo. Tři ženy po císařském řezu neuvedly žádné psychické zranění v souvislosti s porodem. Čtyři ženy naopak popisovaly psychické zranění jako daleko závažnější než fyzické. „*Poporodní rána se hojila výborně!.../ Psychická rána přetrvává, cítím se, jako bych malého nepřivedla na svět. Moje tělo to samo nedokázalo. Trpěla jsem poporodní depresí, k malému jsem první dny necítila nic než nutnost.*“ Jiná žena řekla: „*Když nepočítám jizvu na břicho a děloze, které se velmi hezky zhojily, tak se s tím, že mám dvě děti a ani jedno jsem neprodila, nemůžu srovnat doted.*“ Jedna z účastnic také zmiňovala jako zranění to, že nemohla být s dcerou hned po porodu a starat se o ni: „*velmi špatně jsem nesla, že jsem byla bez dcery první 2h /.../ a nejhorší pro mě bylo to, že mi ji první noc vzali, i když byl se mnou na pokoji manžel, takže bychom byli schopni se o ni postarat.*“ Jedna účastnice také jako psychické zranění vnímá to, že císařský řez nebyl z jejího pohledu nutný a přesto k němu svolila jako k „*rychlému a nepracnému řešení*“, čehož nakonec litovala a uvedla, že příště by to chtěla jinak.

Většině žen v tomto výzkumu, které porodily vaginálně v porodnici, byla při porodu provedena episiotomie. Některé respondentky toto poranění popisovaly i jako zranění psychické, protože byly nastříženy proti své vůli nebo bez předchozího upozornění: „*Porodní poranění z nastřížení a to mě, myslím bolelo i psychicky – o to víc, že jsem to nechtěla, ale nedokázala jsem se ubránit.*“ Jiná žena uvedla: „*nástřih hráze, ačkoli jsem si ho nepřála a ačkoli jsem přesvědčená, že nebyl nutný. Nemohla jsem pořádně sedět dva měsíce po porodu, z toho ze začátku vůbec, jedla jsem v poloze na boku. Přesun autem z porodnice byl značně bolestivý...*“ Další žena uvedla: „*Nástřih provedla zaučující se doktorka (ani nevím, zda mě předem informovala), následovalo pokárání od dozorujícího doktora, že to provedla špatně, mysleli si, že to neslyšíme.*“ Jiná účastnice uvedla: „*cítila jsem se znásilněná.*“ Jedna respondentka ještě uvedla, že kvůli nucené poloze na zádech při vytlačování dítěte měla poraněnou kostrč, což cítí ještě s odstupem

několika let. Několik žen porodilo v porodnici bez nástřihu, ty uváděly ve všech případech pouze drobné natržení a pouze dvě z nich uvedly, že bylo natržení šito. „...podařilo se mi porodit bez nástřihu, s jedním malým vnitřním a jedním vnějším poraněním, která nebylo nutno šít a sama se v pohodě zahojila.“ Jiná žena uvedla: „pouze drobné natržení. Neměla jsem s tím žádné potíže.“ Další žena: „natržení na pár místech, profesionálně zašito 4 stehy, doktorka vzorně počkala, až zabere anestezie a teprve potom šila. Skoro jsem to necítila.“ Psychické poranění neuvedly pouze dvě respondentky, které měly při porodu nástřih, jedna se v odpovědi na tuto otázku velmi dlouze a detailně věnovala popisu nastřížení, šití a hojení, druhá odpovídala velmi stručně. Dále psychické poranění neuvedly kromě jedné ženy všechny ty, které porodily bez nástřihu. Při porodu byly většinou doprovázené doulou či vlastní porodní asistentkou. Porodnici pečlivě vybíraly a byly ochotné jet i do vzdálenější porodnice s lepší pověstí. Jejich popisy porodních zážitků jsou celkem harmonické. Jedna účastnice, která porodila bez nástřihu, nazvala psychické poranění vysloveně traumatem: „Psychické trauma hodnotím jako podstatně větší – strach, zmatek, nedostatečné informování o průběhu porodu, zbytečné zásahy a urychlování porodu, které jen zkomplikovaly situaci. Cítila jsem se dlouho nedostatečná, že jsem to nezvládla bez léků na tlumení bolesti. Upoutání na lůžko a nemožnost pohybu během porodu ve mně vyvolalo velmi nepříjemné pocity strachu a paniky. Doted' si vyčítám, že jsem nebyla schopna zabránit, aby mi dítě po porodu odvezli pryč.“ Více účastnic popisovalo psychickou ránu spojenou s tím, že nerespektovali jejich přání ohledně bondingu: „je to ukradený sen. Cítím křivdu.“ Jedna žena popisovala situaci, jak jí ihned po porodu odnesli miminko: „Vy jste si nevšimla, že po narození neplakala?! Jednak jsem si toho nevšimla, protože jsem byla jak zfetovaná, a jednak jsem měla pocit, že za to můžu já, že jsem ji přidusila a ohrozila na životě.“ Další účastnice: „Přesný pocit toho, že nebyla holčička moje hned u mě, ale někde za plentou, je asi ten, jako když si představíte milování s partnerem, ale na dálku. Jako když máte dostat hrozně moc zasloužený dáreček, na který se těšíte, ale rozbálí ho v jiné místnosti někdo jiný a pouze na vás křikne... je to holkáááá. (nevěděla jsem, co to bude, ale zjistit jsem to chtěla sama a pěkně intimně).“ Více účastnic litovalo, že dovolily při porodu aplikaci léků urychlujících porod nebo proti bolesti, nebo že souhlasily s procedurami urychlujícími porod. Některé ženy nepříjemně prožívaly, jak s nimi personál komunikoval: „To, že mě přišla seřvat sestra, že nezvládám prožívání porodu ... a zapsala mi to do karty... Nejsem si vědoma, že jsem jakkoli vyváděla.“ Jiná účastnice: „Při ležení na monitorech jsem trpěla, personál to nezajímalo, stále na čekacím pokoji s ostatními ženami, nikdo se nepodíval, jestli už nerodím, mysleli si, že jako prvorodička přeháním. Až když jsem důrazně řekla, možná zakřičela, že ležet už

nebudu, /.../. nechali mě sbalit věci a velkou tašku jsem musela vláčet přes dlouhou chodbu na porod. sál. Tam zjistili, že plod.voda již odtekla a že jsem otevřená na 8 cm, asistentka se nepokrytě „lekla“ a vyjekla- už rodíte, vidím hlavičku.“ „Psychicky jsem se z porodu vzpamatovávala nejméně rok, možná i déle, trauma z toho, jak se mnou personál jednal, jak porod proběhl, o co všechno jsem syna a sebe volbou rodit v (této) porodnici připravila, myšlenky na to, jaké trauma si odnese do života syn, také to, že jsem se sebou nechala takto zacházet a nepostavila se jim atd.“

Polovina žen, které rodily doma, uvedla, že neměly žádné poranění: *„Ne, ani fyzické ani psychické poranění jsem neměla.“* Jiná respondentka: *„Vůbec žádné.“* Jedna účastnice uvedla malý nástřih: *„Nakonec se dohodneme na malém nástřihu.“* Ostatní ženy uváděly drobné oděrky a trhlinky, šití po porodu uvedla jen jedna respondentka. Pouze žena, která měla nástřih, uvedla i psychické zranění: *„Po odeznění největší vlny hormonů (po pár týdnech) trochu šok z toho, že porod je až tak drsný proces.“* Ostatní ženy, které porodily doma, žádné psychické zranění v souvislosti s porodem neuvedly. *„Psychická poranění žádná – mé porodky a to se stupňující se intenzitou, ve mně probudily důvěru v mé vlastní tělo a v to, že vlastními silami dokážu zvládnout skoro všechno, co mě v životě potká. Nejsem si jista, jestli se této vysoké ženské sebedůvěry většina chlapů porodníků spíš nebojí, a proto cíleně vychovávají z těhotných a rodičích žen duševní i tělesné invalidy, které potom strašně rádi zachraňují.“*

13.1.6. Vliv porodního poranění na sexuální život

Polovina žen, které porodily císařským řezem, uvedla, že poranění nemělo vliv na jejich sexuální život. Ty respondentky, které uvedly, že poranění na sexuální život vliv mělo, většinou popisovaly, že vliv mělo hlavně psychické poranění: *„Poranění fyzické nebránilo ničemu, ale psychické ano. Někdy se mnou můj muž trpěl asi víc, než kdokoli jiný, snášel moje scény a hysterie, jak jsem špatná, že jsem to nezvládla sama. /.../ Je pravda, že i když můj syn nešel porodními cestami, moje intimní partie mi připadaly méněcenné, vidělo je tolik lidí, tolik lidí je osahávalo, zkoušelo...“* Jiná žena popisuje: *„Jizva na břichu asi ne, i když možná ano. Břicho mám pořád i po roce povadlé, zejména nad jizvou je vystouplé a možná si připadám méně přitažlivá pro partnera. Psychická jizva z toho, že porod proběhl císařským řezem a ne mými vlastními silami, mě zase ochudila o pocit, že jsem dobrá a plnohodnotná žena schopná porodit dítě.“* Další účastnice: *„Nevím proč, ale sex mě bolel dost dlouho. Navíc mě přešla veškerá chuť na sex.“*

Většina žen, které porodily v porodnici vaginálně, a byl jim proveden nástřih hráze, uváděly v rozhovoru, že toto poranění mělo vliv na jejich sexuální život. *„Ano, jizva se*

velmi dlouho hojila, zůstala ošklivá, vystouplá, bolestivá. Pohlavní styk z mé strany byl možný až za tři měsíce po porodu a několik prvních styků bylo velmi bolestivých.“ Jiná respondentka uvedla: *„Více než dva měsíce nebyl pohlavní styk vůbec možný. Silná bolestivost byla ještě čtyři měsíce po porodu, častá bolestivost minimálně půl roku /.../ po roce a půl nebolí skoro nikdy (=zřídka ano).*“ Jiná účastnice uvedla: *„Dlouho jsem měla bolesti při pohlavním styku, myslím, že cca jeden rok to trvalo.*“ Další účastnice: *„přibližně rok nebyla schopná klasického pohlavního styku. Tak jsem se bála, že to bude bolestivé, byla jsem tak napjatá, že jsem se nedokázala uvolnit, aby do mě mohl manžel proniknout, bolest při pokusech mě utvrzovala v tom, že je to tak, jak jsem myslela. Měla jsem zoufalé pocity, že to takhle bude již napořád.*“ Pouze jedna žena se spontánním poraněním uvedla, že jizva při milování bolela: *„Jizva několik měsíců bolela při milování. Časem to ale zcela odeznělo.*“ Ostatní ženy, které nebyly při porodu nastříženy, uváděly většinou, že poranění žádný vliv nemělo, jedna odpověděla, že vliv byl *„velmi nepatrný“*.

U žen, které porodily doma a měly nějaké poranění (polovina z nich poranění neměla), většinou poranění nezpůsobovalo žádné problémy. Jedna žena uvedla, že se jí *„občas stane, že je místo, kde jsem měla poranění, víc citlivé.*“ Žena, která měla nástřih, uvedla bolestivost ještě půl roku po porodu: *„Ano, nástřih se dlouho hojil a cca půl roku ještě bolel.*“

13.1.7. Vnímání změny vlastního těla po porodu

Ženy, které porodily císařským řezem, nejčastěji uváděly, že mají vyšší váhu než před otěhotněním, *„vytahaná prsa“* a jizvu v podbřišku. Žádná respondentka v této skupině nevedla změnu k lepšímu.

Ženy, které porodily v porodnici, nejčastěji uváděly *„rozvolněná pánev“*, změny na prsou, dvě účastnice uvedly širší poševní vchod. Jedna respondentka uvedla, že mívá silnější menses. Jedna žena uvedla: *„Paradoxně jsem po porodu velmi rychle zhubla nabraná kila a ještě shodila 10 dalších, takže se mé tělo změnilo k lepšímu.*“ Jinak žádná respondentka v této skupině nevedla změnu k lepšímu. Jedna účastnice uvedla, že žádnou změnu nepocítuje.

Ženy, které rodily doma, uváděly rozvolněnou pánev, širší boky, pár kilo navíc, změny na prsou.

Odpovědi na tuto otázku byly celkově u všech skupin velmi stručné a výrazně se nelišily mezi skupinami.

13.1.8. Změna vnímání sebe sama jako ženy po porodu

Většina žen po císařském řezu popisovala změnu díky nové mateřské roli: „*Určitě mě zásadně ovlivnila nová role – matky.*“ Jiná účastnice odpověděla: „*Cítím naplnění svého životního poslání.*“ Popisované pozitivní změny však nesouvisely přímo s prožitkem narození. Respondentky, které popisovaly přímo vliv způsobu porodu, vyjadřovaly poměrně ambivalentní pocity i změnu k horšímu: „*Vnímám se důležitější, že díky mě život vyrostl, rovněž si připadám ale méněcenná, po chování personálu v nemocnicích si nepřijdu jako objekt nijak důležitá.*“ Jiná žena odpověděla: „*Cítím se rovnocenná všem ženám. Předtím jsem měla pořád úctu k matkám, babičkám, starším... Ted' mám sama děti, sama jsem prošla tím, čím ony a můžu k těm věcem taky něco říct, takže už se nebojím a neklopím uši. Přijdu si jistější v tom, co chci i tak celkově od života, mám jasné nároky. Zároveň si ale připadám neúplná, tím že jsem neporodila přirozeně... trochu jako znásilněná...*“ Jiná účastnice odpověděla: „*Už se nepovažuji za nějaký symbol pro muže. /... /jinak si připadám dravější, za své dítě bych se byla jak lvice*“

Všechny ženy, které porodily v porodnici bez nástřihu, popisovaly změnu ve vnímání svého ženství pozitivně: „*Zvýšila se má schopnost vnímat sama sebe. Zvýšilo se mé sebevědomí a pocit ženskosti, zlepšilo se mé naladění na své pocity.*“ „*Přestože moje postava vypadá hůř než před těhotenstvím, připadám si nyní více žensky, více sexy.*“ Další z nich pak popisovaly také konkrétně změnu vztahu ke svému tělu: „*Mám své tělo mnohem radši a to i proto, že donosilo krásné zdravé dítě a dovolilo mi ho porodit zcela přirozeně, psychicky mě porod rozhodně utvrdil ve víře sama v sebe, ve své schopnosti. I manžel byl velmi překvapen, jak jsem to zvládla.*“ Tyto účastnice nemluvily o mateřství jako hlavní změně.

Také asi třetina respondentek, která porodila v porodnici s nástřihem, popisovala pozitivní změnu ve vztahu ke svému ženství: „*Tak určitě, jsem matka, oslavila jsem své ženství největší možnou měrou.*“ „*Přijde mi, že jsem se porodem stala ženou.*“ „*Cítím se jako žena zralější*“. Další účastnice: „*Když se ohlédnu zpět, vidím sebe samu před porodem jako děvče (i když mi bylo již 30 let), ted' se cítím být ženou.*“ Jedna účastnice popsala změnu jako „*zasvěcení*“, další žena popsala, že se jí zvýšilo sebevědomí. Další respondentky popsaly negativní změnu: „*přestala jsem se úplně vnímat jako žena, ale výhradně jako matka.*“ Pouze jedna účastnice odpověděla, že změnu nevnímá vůbec. Jedna žena uvedla: „*získala jsem vnitřní sílu a sebevědomí, abych se o sebe dokázala postarat a už nikdy víc nemusela prožít to, co jsem prožila při prvním porodu. Už se nikdy dobrovolně v tomto životě nenechám znásilnit!!!!!!!!!!*“

Všechny respondentky, které rodily doma, kromě jedné („*nejsem si takové změny*

vědoma“) odpovídaly, že se prožitkem porodu změnilo jejich vnímání sebe sama jako ženy výrazně k lepšímu: „*Cítím se úžasně silně žensky, mám tělo, které mám ráda.*“ Jiná účastnice: „*První týdny po porodu obrovský pocit vítězství plodnosti...*“ Další respondentka: „*Potom, co jsem syna přivedla „úplně“ sama na svět, si více věřím, mám k sobě větší úctu a můj muž taky.*“ Další žena: „*Sebe jsem si začala více vážit, byla jsem na sebe hrdá.*“ Další účastnice: „*Cítím se silnější a odvážnější /.../ je to krásný pocit porodit si svoje dítě bez asistence kohokoli.*“ Další respondentka: „*Příliv ženské síly a sebedůvěry co se týče dávání života.*“ Další žena: „*Porod mi dal obrovskou vnitřní sílu a klid a důvěru v sebe sama. /.../ Připadám si jako jiný člověk, jako pravá žena.*“ Další účastnice: „*Začala jsem více naslouchat své intuitivní části.*“ Další žena: „*Prostě pocit velké síly.*“

13.1.9. Vnímání vlastní sexuální přitažlivosti po porodu

Polovina žen, které porodily císařským řezem, uvedla, že si po porodu připadá méně přitažlivá než před porodem. Druhá polovina uvedla, že si připadá stejně přitažlivá. Odpovědi byly většinou jednoslovné.

Kromě jedné, všechny ženy, kterým nebyl při porodu proveden nástřih, uváděly, že si po porodu připadají více sexuálně přitažlivé. Odpovědi byly jednoslovné. Z účastnic, kterým byl při porodu proveden nástřih, většina uvedla, že si připadá méně přitažlivá, některé dokonce uváděly, že si již nepřipadají sexuálně přitažlivé: „*Ne, nepřipadám si už přitažlivá.*“ Jiná žena: „*Připadám si méně přitažlivá /.../ Připadám si „divně“ v intimní oblasti, mám pocit, že tolik partnera neuspokojuji.*“ Jedna respondentka odpověděla, že to nedokáže specifikovat, jedna uvedla, že se cítí více přitažlivá pro svého muže a méně pro jiný muže. Pouze jedna žena uvedla, že se cítí více přitažlivá: „*Stejně a možná i trochu více přitažlivá. Řekla bych, že porod rozšířil moji schopnost smyslového smyslného prožívání.*“

Polovina žen, které porodily doma, odpověděla, že si připadají po porodu stejně sexuálně přitažlivé. „*Asi stejně, ale pro mě je to lepší.*“ Jiná účastnice uvedla: „*To podstatné se myslím nezměnilo.*“ Většina ostatních respondentek odpověděla, že si připadají více sexuálně přitažlivé: „*Připadám si doslova mocná, jako alfa samice.*“ Jiná žena: „*Připadala jsem si ještě přitažlivější.*“ Další účastnice: „*Připadám si více přitažlivá, právě skrze to uzrání v Ženu a s tím spojenou vnitřní sebedůvěru.*“ Pouze žena, která měla při porodu nástřih, uvedla, že si připadá „*naprosto nepoužitelná*“.

13.1.10. Začátek sexuálního života po porodu

Polovina žen, které rodily císařským řezem, měla sex po porodu poprvé koncem nebo těsně po ukončení šestinedělí. Dvě respondentky, uvedly, že to bylo velmi brzy po operaci (1 týden a 3 týdny). Jedna účastnice uvedla, že to bylo „*Dloooooouho.*“ po porodu: „*Dlouho jsem to odkládala kvůli nechuti, pak to stejně bolelo a chuť nepřišla ani dalších dloooooouho měsíců potom.*“

Polovina žen, které porodily v porodnici, měly první sex po porodu na konci nebo těsně po skončení šestinedělí. V této skupině byly dvě respondentky, kterým byl při porodu proveden nástřih a také všechny ty, kterým nástřih proveden nebyl. Jedna účastnice, která neměla nástřih, začala sexuálně žít již 3 týdny po porodu. Většina respondentek, kterým byl proveden při porodu nástřih, začala sexuálně žít až s odstupem několika měsíců po porodu: „*Po dvou měsících začaly první značně bolestivé pokusy, první skutečný styk (delší než zkusit zasunout a po pár pohybech vytáhnout) byl asi po 2,5-3 měsících, ale nebylo to nic moc.*“ Další účastnice: „*První pokusy asi 4 měsíce po porodu.*“

Většina žen, které rodily doma, uvedla jako začátek sexuálního života po porodu konec šestinedělí či těsně po něm: „*Po šesti týdnech, respektuji šestinedělí.*“ Tři účastnice uvedly začátek sexuálního života do tří týdnů po porodu. Žena, která měla při porodu nástřih, uvedla šest měsíců po porodu.

13.1.11. Prožívání prvního milování po porodu

Polovina žen po císařském řezu popisovala v souvislosti s prvním milováním obavy, aby bylo vše v pořádku, aby to jizva vydržela a podobně. „*Měla jsem obavy, aby se něco nestalo s jizvou a vnitřními orgány, ale vše bylo ok.*“ Jedna účastnice uvedla, že to bylo „*lepší*“. Dvě respondentky uvedly, že to bylo bolestivé. „*Bolest, nechut'*“ Jedna z nich uvedla, že to bylo přemlouvání „*jako poprvé*“.

Většina, žen, kterým byl při porodu proveden nástřih hráze, popisovaly první milování jako bolestivé. „*Měla jsem velké bolesti z porodního poranění.*“ Jiná účastnice: „*Velmi bolestivě i přes veškerou něhu manžela.*“ Další respondentka: „*Velmi bolestivé, nejdřív se jednalo skutečně jen o pokusy. Byla jsem z toho nešťastná.*“ Další žena: „*Myslím, že to nebylo až tak příjemné... určitě v tom hrála roli vzpomínka na nástřih.*“ Další účastnice: „*Hůř než poprvé, musela jsem si dát skleničku, ale chtěla jsem.*“ Také jedna respondentka, která nástřih neměla, popisovala bolest: „*jako lehce bolestivý, ale velmi intimní zážitek s milujícím partnerem.*“ Ostatní ženy, které neměly nástřih hráze, popisovaly první milování po porodu jako „*velmi příjemné*“. Další účastnice: „*Hezké vzrušující*“. Jiná respondentka: „*Měla jsem obavy, že to bude bolet, ale nebolelo, byl to*

krásný zážitek.“ Žádná z žen, která měla nástřih, nemluvila o prvním milování jako o krásném zážitku. Pokud nezmiňovaly bolest, pak mluvily vždy o opatrnosti. *„Byli jsme opatrní.“* Jiná účastnice: *„Trochu obava, opatrnost, zvláštní pocit“*

Většina žen, které rodily doma, popisovala v souvislosti s prvním milováním po porodu zvědavost. *„Před prvním milováním jsem se cítila trochu nejistě, jestli to bude v něčem jiné. Přišlo mi to pak, že jsem měla sušší sliznici a bylo třeba víc stimulace, ale vlastní milování už jsem prožila stejně skvěle.“* Jiná respondentka: *„Byla jsem zvědavá na tu změnu.“* Několik žen popisovalo podobné pocity jako před prvním milováním. *„Jakoby to bylo s mým mužem znovupoznávání.“* O prožitku bolesti mluvily pouze dvě ženy, z nichž jedna měla nástřih. *„Nejistě, trochu bolestivě. Nepříjemné dotýkání se na prsou (kojím).“* Ostatní ženy popisovaly pozitivní zážitky. *„Bylo to krásné“.*

13.1.12. Změny sexuálního života po porodu

Většina žen, které porodily císařským řezem, popisovaly vliv únavy na snížení frekvence sexu. *„S dětmi je méně sil a času.“* Jiná respondentka: *„Snížila se o hodně frekvence.“* Dvě ženy uvedly, že porod sexuální život neovlivnil.

Všechny ženy, které porodily v porodnici bez nástřihu, uváděly zlepšení sexuálního života, často uváděly, že je na sex méně času. *„Určitě změnil, je ho méně než bychom s manželem chtěli... Také je sex díky tomu méně spontánní a více plánovaný. Když už ale přijde na věc tak to probíhá tak, jak nám to oběma vyhovuje.“* Jiná účastnice: *„Sex mám méně často než před porodem, ale je intenzivnější, prožitek z něj je silnější a více si ho nyní užívám.“* Další respondentka: *„Zvýšila se moje citlivost, zvýšil se počet orgasmů, zintenzivnily se vaginální orgasmy.“* Také dvě ženy, které měly nástřih, popisovaly zlepšení: *„Fyzicky je to lepší, pokud k tomu dojde, ale musím říct, že na to nemám příliš chuť.“* Jiná účastnice: *„Jelikož jsem pořád kojila, prsa tzv. stále venku, neměla jsem o sexuální sblížení s manželem nouzi.“* Ženy po nástřihu často zmiňovaly bolestivost sexu po porodu. *„Dlouho byl bolestivý, méně uspokojivý pro oba partnery.“* Jiná účastnice: *„Trvalo dvanáct dní, kdy jsem nemohla udělat ani jediný pohyb bez bolesti, pak akutní neustálá bolest začala polevovat, ale dopad do sexuálního života byl dalekosáhlý, protože tkáň po poranění byla při tlaku citlivá (bolestivě) velmi dlouho, mnoho měsíců.“* Další respondentka: *„Změnil se jednak díky velkému nástřihu i kvůli plánování, když miminko usne a to jsem padala většinou únavou.“* Další žena: *„Milovali jsme se méně často, měla jsem menší potřebu sexu, ale větší potřebu blízkosti.“* Jiná respondentka uvedla: *„První rok téměř bez intimního života, teprve po zpracování traumat se vše ustálilo, zvyšovala se frekvence a nyní se ze sexu opět těším a užívám si ho intenzivněji než dříve.“* Dvě účastnice

uvedly, že nepozorují změnu. Často respondentky uváděly, že jim byly nepříjemné dotyky na prsou po dobu laktace. „*Hlavně mi byly nepříjemné dotyky na prsou.*“

Ženy, které porodily doma, nejčastěji uváděly, že se změnilo prožívání sexu k lepšímu a frekvence milování k horšímu, že kvůli únavě z péče o dítě nemají čas. „*Máme s manželem na sebe o mnoho méně času, nezměnilo se prožívání, ale frekvence.*“ Jiná účastnice: „*Kvantitativně ubylo, kvalitativně přibylo.*“ Další žena: „*Větší citlivost v rodidlech pozitivní, únava a vyčerpání z kojení negativní.*“ Některé respondentky popisovaly i velmi pozitivní změny: „*Mám pocit, jako bych porodem objevila ještě poslední fázi milování. Jako bych spatřila i zbytek tajemství. /.../ Uvědomuji si, že je lidská sexualita velmi komplexní, ale po porodu jako bych poprvé vnímala celou tu animální prvotní složku. V pozitivním slova smyslu.*“ Další žena: „*Jen k lepšímu, větší respekt, větší vášeň.*“ Další účastnice: „*Znám svoje tělo lépe, vím, co mě dělá dobře, a umím si o to říct.*“ Dále jedna žena uvedla, že si „*ničeho nevšimla*“. A jedna respondentka, která měla při porodu nástřih, uvedla, že sexuální život „*prakticky vymizel*“.

13.1.13. Změny v sexuální apetenci po porodu

Polovina žen, které porodily císařským řezem, popsaly, že se jejich chuť na sex nezměnila. „*Ne, jen s dětmi je méně sil a času.*“ Druhá polovina popsala, že mají chuť spíše méně: „*je méně energie na milování*“ Jiná respondentka: „*Ano, chuť se změnila, není častá, musím být hodně dlouho přemlouvána a dobývána, jinak raději „usnu“.*“

Ženy, kterým při porodu nebyl proveden nástřih, uváděly, buď že se chuť nezměnila, nebo že se zvýšila. „*Mimo průběžné okamžiky únavy (nevyspání v důsledku péče o dítě) se chuť spíše zvýšila.*“ Jiná respondentka: „*Neřekla bych, že mám větší nebo menší chuť. Spíš dokážu víc říct, co mě dělá dobře, a o to je sex příjemnější.*“ Další účastnice: „*Je to stejné, možná mám zdánlivě větší chuť, protože ho tolik není.*“ U žen, kterým byl při porodu proveden nástřih, se chuť na sex většinou spíše snížila. „*Chuť na sex v prvních měsících po porodu určitě žádná.*“ Jiná respondentka: „*První měsíce, tak asi osm, jsem měla menší chuť na sex.*“ Další účastnice: „*Ano, po dobu kojení jsem vůbec neměla chuť na sex.*“ Pouze jedna žena výslovně psala, že se chuť zvýšila: „*Nevěřila bych, že by mohla být moje náruživost někdy ještě větší než normálně, ale bylo tomu tak, chuť byla výrazná.*“

Většina žen, které rodily doma, odpovídaly, že se jejich pozornost po porodu obrátila od sexuality k péči o dítě a kvůli únavě a kojení neměly na sex takovou chuť. „*Jako by tělo říkalo, kojím, teď se věnuji tomu mláděti, které mám.*“ Další respondentka: „*S kojením menší, odeznělo, když jsem přestala kojít.*“ Jiná žena: „*není naléhavá oproti*

dřívější, spíše chronická než akutní.“ Další účastnice: *„S únavou není taková chuť“*. Další žena: *„Chuť na sex je zatím menší než v těhotenství, což je u mne logické, energie pluje směrem k synovi, potřebu dotyku hodně uplatním u něj.“*

13.1.14. Změny v prožívání orgasmu po porodu

Kromě jedné ženy všechny, které rodily císařským řezem, odpovídaly, že se porodem jejich vnímání orgasmu nezměnilo. Pouze jedna respondentka uvedla, že jí trvá déle, než jej dosáhne.

Dvě ženy po porodu v porodnici uvedly, že se orgasmus nezměnil. Tři účastnice popisovaly přechodné zhoršení vzrušivosti po porodu, všem těmto ženám byl proveden nástřih. *„První měsíce byl orgasmus o něco hůře dosažitelný a méně intenzivní.“* Další respondentka: *„Kvůli nástřihu nebylo možné vnímat moc příjemných pocitů /.../ Orgasmus jsem měla až po roce po porodu.“* Všechny ženy, kterým nebyl proveden nástřih, popisovaly výrazné zlepšení prožívání orgasmu po porodu: *„Ano velmi, konečně jsem daleko lépe prožívala orgasmus (ten vaginální) a cítila daleko slastnější pocity při pronikání. Klitoridální orgasmus se nezměnil.“* Další účastnice: *„Orgasmus mi po porodu připadá intenzivnější.“* Další žena: *„...zintenzivnily se vaginální orgasmy.“* Také tři respondentky, kterým byl u porodu proveden nástřih, uvedly změnu orgasmu spíše k lepšímu: *„Jde to lépe,... spíše pozitivní vliv.“* Další žena: *„díky porodům se mi otevřely další nové dimenze – vím, jak tenká hranice je mezi rozkoší a bolestí. Víím o něco víc, jak to vypadá, když se žena opravdu otevře – přijímání potěšení, rozkoše, nového života i porodu – je to fascinující.“* Jedna účastnice také uvedla: *„Prožívání orgasmu je stejné, ale po porodu je pro mě mnohem více poloh vzrušivějších než předtím.“*

Žádná žena, která porodila doma, nepopsala zhoršení v dosažení či prožívání orgasmu. Některé uváděly zlepšení: *„Přijde mi jako intenzivnější a probuzenější...“* Jiná respondentka: *„Hlubší...širší...“*

13.1.15. Vnímání porodu jako intimní záležitosti

Pouze jedna žena, která rodila císařským řezem, uvedla, že porod vnímala jako intimní záležitost: *„Rozhodně ano, je to intimní prožitek, bohužel intimní připadá asi pouze rodičům a ne porodníkům.“* Jedna další respondentka uvedla *„Tak napůl, ono to ani moc nejde u SC... když mi malou ukázali, jako bychom tam byly jen my dvě...“* Ostatní ženy uváděly, že porod jako intimní záležitost nevnímaly: *„Asi moc ne, jelikož na sále bylo 7 lidí zdravotnického personálu plus můj partner.“* Jiná účastnice uvedla: *„V porodnici to tak moc vnímat nešlo.“* Další žena uvedla: *„Chtěla jsem, ale nebylo to tak.“* Ostatní

účastnice odpovídaly pouze slůvkem Ne.

Většina žen, které rodily v porodnici, vnímaly porod jako intimní záležitost, všechny z nich však měly výtky k přístupu zdravotníků. *„Vnímala, než mi do něj začali zasahovat zdravotníci.“* Další účastnice: *„Ano narušenou lidmi, kteří se účastnili. Byla bych vděčná jen za přítomnost partnera a sem tam jednoho známého důvěryhodného člověka – nejlépe porodní asistentky...“* Další žena: *„Ano nejvíc ze všeho jsem potřebovala soukromí, být sama, abych se mohla uvolnit, myslet jen na porod, hýbat se, jak chci, jakmile u toho někdo byl, vadilo mi to.“* Další respondentka: *„Ano, dokud do místnosti nevtrhlo množství lidí s nástroji, kteří „šli rodit“, jak pravila přítomná porodní asistentka. V tu chvíli jsem se stala objektem bez vůle, se kterým se při celém procesu moc nepočítalo.“* Některé ženy uváděly, že porod jako intimní záležitost nevnímaly opět právě z důvodu přístupu zdravotníků: *„Ne, tím spíš při množství cizích lidí a jejich přístupu.“* Další účastnice: *„Ano, jako tu nejintimnější a mělo by k tomu tak být přistupováno, ale není...“* Další respondentka: *„Ne, s přihlédnutím ke způsobům českého zdravotnictví.“* Další žena: *„Chtěla bych ho vnímat jako intimní záležitost, ale vzhledem k tomu, že jsem měla silnou potřebu se i „bránit“, byla jsem rozpolcená od intimity k jakémusi vysvětlování někomu něco.“* Pouze jedna žena, která rodila v porodnici, uvedla, že porod vnímala jako intimní záležitost a zdravotníci se chovali tiše, s respektem a nevadili jí.

Všechny ženy, které rodily doma, vnímaly porod jako intimní záležitost. Odpovídaly většinou jedním slovem „Ano“. Nebo odpověď krátce okomentovaly: *„Velmi intimní, soukromou záležitost. Mne a manžela, stejně jako při zplození. Jsem šťastná, že jsme příchod syna mohli prožít takto.“*

13.1.16. Vnímání porodu jako součásti sexuálního života, jako sexuálního děje

Žádná z žen, které porodily císařským řezem, neuvédla, že by vnímala porod jako sexuální děj. *„Bohužel ne, při císařském řezu se o tom takto ani nedá mluvit. Ale vím, že některé ženy to tak vnímají a popisují.“*

Devět žen, které rodily v porodnici, odpověděly na otázku, zda porod vnímají jako součást svého sexuálního života, záporně. Pět účastnic odpovídalo tak, že porod jako součást sexuálního života vnímají: *„Ano, určitě celou dobu než přišel nástřih“,* ale často jim toto intimní prožívání v porodnici bylo narušeno: *„Vnímala, než mi do něj začali zasahovat zdravotníci“.* Další žena: *„Ano vnímala, ale bohužel nechtěli muže pustit.“* Další respondentka: *„Určitě, porod není medicínská záležitost /.../ porod je hlavně součástí ženské sexuality a takhle by se k němu mělo i přistupovat. Potřebuje stejné intimní prostředí jako sex. Pochybuju, že by lékaři, zdravotníci, instrumentáři, sanitáři a další*

zvládli s chutí a potěšením souložit na dece položené veprostřed Václavského náměstí za přihlížení (a fandění, případně radění či buzerace) davů. Pokud to nedokážou, neměli by stejné prostředí chystat rodičkám.“

Čtyři ženy, které porodily doma, odpověděly, že porod nevnímaly jako sexuální děj, jako součást sexuálního života. Šest žen, které porodily doma, naopak porod jako sexuální děj vnímalo: *„Pracovaly stejné síly, stejné části těla“*. Další respondentka: *„Rozhodně jsem se cítila ve víru energie (skutečně se to dá vizualizovat jako vír podobný tornádu), jejíž součástí je sexualita.“* Další žena: *„Energie, která mnou procházela, otevírání se, dýchání, to vše mi přišlo součástí naší – mé sexuality.“*

13.1.17. Zážitek vzrušení či orgasmu při porodu

Žádná z žen, které porodily císařským řezem, nevedla v souvislosti s porodem prožitek sexuálního vzrušení či orgasmu.

Několik žen, které rodily v porodnici popisovalo, že v průběhu porodu zažily pocity vzrušení a několik z nich uvedlo, že byly blízko orgasmu: *„...měla jsem k tomu blízko. Když jsem chvíli tlačila ve stoje, držíce se partnera, měla jsem pocit, že tělo „tlačí samo“, byla to úžasná energie, které jsem se poddávala, byly to neovladatelné vlny stejně jako při orgasmu...“* Další účastnice: *„po každé vlně přicházel stav podobný postorgasmickému uvolnění“* Jiná žena uvedla: *„Taký mi přijde, že kontrakce byly spíš přípravou na onen „orgasmus“ ... který jsem však kvůli nástřihu a vyrušování nezažila...“* Ale přímo orgasmus nevedla žádná účastnice.

Asi třetina žen, které rodily doma, uvedla, že cítila při porodu pocity vzrušení či blaženosti, žádná nevedla přímo orgasmus. *„Bylo to velmi blažené, až euforii způsobující fyzické pocity, totální štěstí při tlačení a průchodu miminka.“* Jiná respondentka uvedla: *„Nedá se vyloženě říct, že to byl stejný druh sexuálního vzrušení jako při souloži. Ale ve chvílích uvolnění mezi kontrakcemi mně bylo skutečně nádherně – skoro jako když se tělo uvolňuje po orgasmu. Průchod hlavičky přes hráz, po fázi, kdy to pálí a ta bolest už je přebita tlakem, je určitě výjimečný zážitek patřící do sexuality, orgasmus to nebyl, ale svým způsobem vzrušující ano.“* Některé ženy popisovaly zážitek spíše jako „spirituální“.

13.1.18. Co by si ženy při dalším porodu přály jinak

Čtyři ženy, které rodily císařským řezem, odpověděly, že by si přály porodit přirozeně. *„Doufám, že docílím přirozeného porodu se vším všudy, s minimem intervencí lékařů, s maximálně ženským přístupem, obsazením, klidem, intimitou, přirozeností, hudbou, vodou, relaxací, meditací, prostě vším, co mi v tu chvíli bude příjemné.“* Další

respondentka: „*Chci ještě další děti a určitě alespoň jednou rodit podle svých představ. Né podle doktorů. Už nechci žádné ultrazvuky navíc, žádná vyšetření, žádný císařský řez. Chci si tu nádhernou bolest a následnou radost z příchodu dítěte prožít, zažít. Né se trápit tím, že pak nějaký čas necítím žádnou lásku.*“ Další žena: „*Strašně toužím po přirozeném porodu. I po dvou císařích bych do přirozeného porodu chtěla jít a zažít to... bez epidurálu, v plných bolestech, klidně ať klečím na kolenou a prosím o císaře, ale ať mě někdo nechá zkusit to. Zažít ten opěvovaný zázrak zrození...*“ Dvě účastnice odpověděly, že by neměnily nic. Jedna žena si přála „*mít malou u sebe a nenechat si ji jen tak odnést.*“

Ženy, které rodily v porodnici, se poměrně dlouze rozepisovaly o tom, co by změnily. „*Změnila bych téměř vše: u porodu jen lidé, které znám a důvěřuju jim, žádné urychlování porodu, volnost pohybu, žádné holení před porodem, rodit buď doma nebo jet do porodnice až na závěrečnou fázi porodu, nechat delší dobu dotepat pupečník, dostat dítě k sobě a nikoli ho odnést na měření a vážení, neoddělovat od dítěte... být informována o tom co se děje a proč, mít možnost o sobě rozhodovat*“ „...*žádné strašení, žádné měření...*“ Další účastnice: „*Dopřála bych si doprovod porodní asistentky, osoby, která by stála vždy na mé straně, pomohla mi s komunikací s medicínským prostředím vzhledem k tomu, že mě toto prostředí paralyzuje téměř k nesvéprávnosti...*“ Další respondentka: „*Ráda bych zažila přirozený porod, bez oxytocinu apod.... bylo by pro mě důležité, abych měla soukromí... a moc bych chtěla, aby mi miminko hned po porodu dali na břicho...*“ Další žena: „*Nedovolit aplikaci léků a umělého oxytocinu, rodit s porodní asistentkou bez nástřihu.*“ Další účastnice: „*Chci změnit prostředí, lidi kolem ... chci cítit klid a bezpečí... nechci se s nikým o ničem dohadovat a slyšet blbé poznámky. Určitě nechci nastříhávat. Mým přáním je mít u porodu opravdu jen porodní asistentku, a toho koho budu chtít... a v klidu se porodem prozpívat k orgasmu... chci dát více důvěry mému tělu a intuici.*“ Že by nezměnila nic, napsala jen jedna žena a jedna další žena to pak ale ještě doplnila tím, že by příště do porodnice přijela raději ještě o něco později. Tyto respondentky neměly nástřih. Ostatní ženy se vyjadřovaly nejčastěji k přístupu zdravotnického personálu, že by chtěly mít porod více ve svých rukou, více klidu. „*Chtěla bych ale obecně rodit hlavně v respektujícím prostředí. V prostředí důvěry a úcty, nikoli kontroly a manipulace*“ Jiná účastnice: „*Doufám, že se mi podaří najít vstřícnější personál a víc klidu – ideálně porod s porodní asistentkou, volba poloh, porod do vody ve stoji/dřepu/na porodní stoličce, bez nástřihu, bonding, nepřerušovaný kontakt s dítětem.*“ Přání mít u porodu vlastní porodní asistentku vyjadřovalo více respondentek. „*Chtěla bych rodit podle svých představ a ve své režii pouze s porodní asistentkou, kterou bych znala už v těhotenství a kterou bych viděla při i po porodu.*“ A především téměř všechny ženy zdůrazňovaly, že by nechtěly být

oddělené od svých miminek: „*Požadovala bych, aby mně miminko po porodu ani na chvíli neoddělili, pokud by to náš zdravotní stav dovolil.*“ Čtyři účastnice by si na základě zkušenosti s prvním porodem přály porodit doma. „*Určitě bych rodila doma a porod si užila jako velmi intimní a sexuální akt. Asi by došlo i na orgasmus;-).*“ Další respondentka: „*dělala bych jinak úplně všechno, až budu rodit po druhé, uvažuji o porodu doma, v respektující porodnici v cizině, či v nějaké malé přístupné porodnici v ČR – s důkladným porodním plánem, doulou či soukr. porod.asistentkou, co nejméně lidí, bez lékařských zásahů, v klidu a míru, bez nepříjemných „autorit“, přirozený proces, kterému teď již věřím a nebojím se ho. Dát všemu čas, nikam nespěchat, nenechat se vystresovat doktory a okolím, nepřetržitý kontakt s miminkem, poslouchat svou intuici a nebát se jí.*“

Ženy, které rodily doma, odpovídaly většinou, že by neměnily nic nebo nic podstatného nebo jen některé detaily: „*Vůbec nic bych neudělala jinak, bylo to dokonalé.*“ Další účastnice: „*Nic podstatného, snad jen více fotografií nebo video z porodu samotného.*“ Další žena: „*Nemám pocit, že bych věděla o něčem, co bych chtěla měnit.*“ Další respondentka: „*Nechala bych porodní asistentku v jiném pokoji, chtěla bych být úplně sama a v přítomí s hudbou.*“ Jedna žena uvedla, že by porodila ráda sama a porodní asistentku zavolala až po porodu ráno na kontrolu. Jedna účastnice uvedla, že by zůstala s miminkem nepřetržitě. Dvě respondentky uvedly, že by chtěly být venku na čerstvém vzduchu. Žena, která měla při porodu nástřih, uvedla: „*Až budu příště rodit, bude doufám těhotenství bez problémů, nebude mi hrozit předčasný porod a budu se moci více věnovat přípravě na porod. Chtěla bych v týdnech před porodem zažít co nejvíce uvolňujících prožitků (milování, masáže, hromada srandy a spousta lahodných sladkostí). Jsem přesvědčená, že bych potom byla mnohem uvolněnější.*“

13.2. K výzkumným otázkám

A) Existují nějaké rozdíly v prožívání intimity porodního děje mezi ženami v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden (porod císařským řezem, vaginální porod v porodnici a porod doma)?

Na tuto výzkumnou otázku je možné odpovědět kladně. V rámci výzkumného šetření byly zaznamenány výrazné rozdíly v prožívání a hodnocení intimity porodu mezi třemi skupinami účastnic.

Intimity se týkaly čtyři otázky polostrukturovaného rozhovoru: Jak jste při porodu vnímala to, že se Vás dotýkají cizí lidé na intimních místech? Jak jste při porodu vnímala to, že Vás vidí cizí lidé nahou? Zažila jste při porodu pocit studu? Vnímala jste porod jako

intimní záležitost? Respondentky se však k tématu intimity vracely v průběhu celého rozhovoru, především když na začátku popisovaly svůj porod a když poté na závěr popisovaly, co by si u dalšího porodu přály jinak.

Ženy, které přivedly na svět své dítě císařským řezem, hodnotily dotyky na intimních místech buď neutrálně – jako přijatelné: „*Chovají se tam tak ke každé ženě, jsou na to zvyklí. Já jsem to nevnímala nijak zvlášť nepříjemně.*“ nebo negativně: „*Cítila jsem se jako kus masa, který je v pořadí. Řízi říz a může jít další.*“. Respondentky, které rodily v porodnici vaginálně, kromě jedné ženy uváděly samé negativní prožitky spojené s dotyky na intimních místech nebo je hodnotily jako nutné zlo: „*Měla jsem pocit, jako by ta část těla vlastně nebyla moje a patřila jim, že nemám právo rozhodovat, co se bude od pasu dolů dít.*“ Účastnice, které porodily doma, naopak dotyky porodních asistentek popisovaly pozitivně, oceňovaly, že se jich dotýkají pouze ženy, které předem znaly, samy si je vybraly a dotýkaly se jich pouze v nejnutnější minimální míře a pouze s jejich souhlasem: „*Dotýkala se mě pouze mnou vybraná porodní asistentka, která mě sledovala ke konci těhotenství. Vnitřně mě vyšetřovala jen, když to bylo potřeba, důvěřovala jsem jí a nevadilo mi to. Po porodu mi sešla pár vnějších trhlinek, ale vnímala jsem to stejně – je to a) žena a za b) někdo, komu já dovoluji, aby se mě dotýkal.*“

Obecně lze tedy shrnout, že účastnice, které porodily v rámci porodnice ať již císařským řezem nebo vaginálně, hodnotily dotyky zdravotnického personálu hůře než ženy, které porodily mimo porodnici. Ženy, které rodily v porodnici také v mnoha případech zmiňovaly zdravotnické intervence, které jim byly provedeny proti jejich vůli či bez předchozího upozornění, což ženy vnímaly jako zásah do své intimity: „*Při posazení na porodní křeslo mi byla provedena plošná dezinfekce intimní oblasti (bez předchozího upozornění), bylo to nepříjemné, trapné, ponižující.*“ U porodů doma k zásahům bez svolení rodičky nedocházelo.

Svou nahotu při porodu vnímaly ženy, které porodily císařským řezem, většinou jako něco normálního, na co jsou zdravotníci zvyklí, že tak to při operaci prostě chodí: „*Nevadilo mi to, na sále bylo aspoň 8 lidí a brali to jako rutinu.*“ Odpovědi žen, které rodily vaginálně v porodnici, se různily. Některé ženy shodně se ženami, které rodily císařským řezem, vnímaly nahotu jako něco, co k porodu patří, a nehodnotily to vyloženě negativně: „*...na porodní křeslo, jsem šla rovnou ze sprchy. Přišlo mi přirozené, že jsem nahá a nevadilo mi to.*“ Jiné ženy se snažily nahotu co nejvíce skrývat: „*Měla jsem potřebu to „být viděna nahá“ co nejvíce minimalizovat. Například jsem co nejvíce a co nejdýl měla oblečené kalhotky.*“ Jiné respondentky uváděly, že jim nahota byla nepříjemná a to především před cizími muži: „*Na porodním sále byl kdekdo, spousta lidí. Dokonce*

lékařka, která měla ruku ve mně, se ptala jakési mladé dívky – A vy jste kdo? Měla jsem chuť zeptat se všech na to samé. Moje intimita byla tatam.“ Účastnice, které rodily doma ve většině případů popisovaly, že jim nahota nevadila, často výslovně oceňovaly přístup porodních asistentek respektující jejich intimitu. „...*líbilo se mi, jak asistentky respektovaly mou intimitu...*“ Některé z nich porodily úplně samy bez zdravotníků, pak je nahé nikdo neviděl.

Obecně lze tedy říci, že v souvislosti s nahotou při porodu měly nejhorší zážitky ženy, které rodily v porodnici vaginálně, ženy, které rodily císařským řezem, měly spíše neutrální zážitky a ženy, které rodily doma spíše pozitivní zážitky.

Účastnice, které porodily císařským řezem, buď pocity studu při porodu negovaly nebo uváděly stud spojený s tělesnými výměšky, krví a některými procedurami: „...*spíše něco kolem hygieny v cizím prostředí.*“ U respondentek, které porodily v porodnici vaginálně, se opět objevovaly pocity studu spojené s různými procedurami jako holení, klystýr apod.: „*Během vyholování, to mi přišlo zbytečné a nebylo mi to příjemné.*“ Často ženy v této skupině popisovaly necitlivý přístup personálu, které byl zdrojem situací, ve kterých pociťovaly stud. Tyto situace často ženy dlouze popisovaly: „*Porod jsem prožívala docela hlasitě a stále jsem na to byla personálem upozorňována. Také jsem se zastyděla ve chvíli, když bolesti byly již hodně intenzivní a personál to zlehčoval, nevěřili mi (ani nevěděli, že už rodím) – cítila jsem stud, že to nezvládám.*“ Účastnice, které rodily doma ve většině případů (kromě jedné ženy) uváděly, že pocity studu při porodu nezažily. Obecně lze tedy říci, že nejtraumatičtěji vnímaly pocity studu ženy, které rodily v porodnici vaginálně a naopak ženy, které rodily doma, pocity studu nezažívaly.

Účastnice, které porodily císařským řezem, ve většině případů porod nevnímaly jako intimní záležitost: „*Asi moc ne, jelikož na sále bylo 7 lidí zdravotnického personálu plus můj partner.*“ Většina žen, které rodily v porodnici vaginálně, vnímaly porod jako intimní záležitost, všechny z nich však měly výtky k přístupu zdravotníků, který intimitu narušoval: „*Ano, dokud do místnosti nevtrhlo množství lidí s nástroji, kteří „šli rodit“, jak pravila přítomná porodní asistentka. V tu chvíli jsem se stala objektem bez vůle, se kterým se při celém procesu moc nepočítalo.*“ Všechny ženy, které rodily doma, vnímaly porod jako intimní záležitost: „*Velmi intimní, soukromou záležitost. Mne a manžela, stejně jako při zplození. Jsem šťastná, že jsme příchod syna mohli prožít takto.*“ Výstupy z rozhovorů lze z hlediska prožívání intimity porodu shrnout tak, že intimita byla nejvíce narušena při porodu v porodnici ať již vaginálním nebo císařským řezem. Účastnice, které rodily císařským řezem, intimitu vůbec nemohly zažít a ženy, které rodily vaginálně, ji měly zásadním způsobem narušenou. Ženy, které rodily doma, si naopak pochvalovaly, že

intimita porodního procesu byla respektována a mohly ji naplno prožít.

B) Ovlivnilo porodní poranění žen jejich sexuální život?

Na tuto výzkumnou otázku můžeme odpovědět kladně. Porodní poranění zásadním způsobem ovlivnilo sexuální život žen po porodu.

Respondentky, které porodily císařským řezem, měly řeznou ránu v podbřišku (laparotomii). Ženy, které porodily v porodnici, měly ve většině případů (9 ze 13) nástřih hráze, v menším množství případů měly spontánní trhliny, které jen v jednom případě vyžadovaly šití. Polovina žen, které porodily doma, neměla žádné fyzické poranění, druhá polovina uváděla spontánní poranění menšího rozsahu, které ve většině případů nebylo nutné ani zašít, pouze jedna žena měla nástřih hráze. Z výpovědí účastnic je zřejmé, že volba užití nástřihu hráze byla spojena spíše se zvyklostmi dané porodnice než se zdravotním stavem rodičky. Ženy často nástřih vnímaly jako neopodstatněný, navíc v některých případech provedený proti jejich vůli: *„Porodní poranění z nastřížení a to mě, myslím bolelo i psychicky – o to víc, že jsem to nechtěla, ale nedokázala jsem se ubránit.“* Ženy, které měly laparotomii, a ženy, které měly spontánní natržení, uváděly, že se poranění dobře hojilo. Ženy, které měly nástřih, často uváděly komplikované hojení a značnou bolestivost v místě poranění po dlouhou dobu. Obecně lze tedy říci, že z hlediska porodních poranění a jejich hojení se zdá být nejvíce traumatizující nástřih hráze. Z hlediska míry užívání porodních intervencí se pak zdá být nejšetnější variantou porod doma, při kterém ženy z velké části neměly poranění žádné nebo jen nepatrné.

Jako psychické poranění ženy, které porodily císařským řezem, nejčastěji uváděly to, že své dítě neporodily vlastní silou: *„Poporodní rána se hojila výborně/.../ Psychická rána přetrvává, cítím se, jako bych malého nepřivedla na svět. Moje tělo to samo nedokázalo.“* A také to, že své dítě neměly ihned po porodu u sebe a nebylo jim umožněno se o něj starat: *„velmi špatně jsem nesla, že jsem byla bez dcery první 2h /.../ a nejhorší pro mě bylo to, že mi ji první noc vzali, i když byl se mnou na pokoji manžel, takže bychom byli schopni se o ni postarat.“* Ženy, které porodily vaginálně v porodnici, často uváděly zranění z toho, že jim byly prováděny výkony proti jejich vůli či bez upozornění: *„cítěla jsem se znásilněná.“* Negativně na ně působilo necitlivé jednání zdravotníků, že jim byl narušován přirozený průběh porodu a především, že jim nebyl umožněn nerušený bonding. *„Psychické trauma hodnotím jako podstatně větší – strach, zmatek, nedostatečné informování o průběhu porodu, zbytečné zásahy a urychlování porodu, které jen zkomplikovaly situaci. Cítěla jsem se dlouho nedostatečná, že jsem to nezvládla bez léků na tlumení bolesti. Upoutání na lůžko a nemožnost pohybu během porodu ve mně vyvolalo*

velmi nepříjemné pocity strachu a paniky. Doted' si vyčítám, že jsem nebyla schopna zabránit, aby mi dítě po porodu odvezli pryč.“ Ženy, které porodily doma, kromě jedné ženy neuváděly žádná psychická zranění: „Psychická poranění žádná – mé porody a to se stupňující se intenzitou, ve mně probudily důvěru v mé vlastní tělo a v to, že vlastními silami dokážu zvládnout skoro všechno, co mě v životě potká.“ Obecně lze tedy říci, že pro psychiku ženy byl nejvíc ohrožující porod v porodnici ať již císařským řezem či vaginální. Porod doma byl pro psychiku žen šetrný.

Polovina žen, které rodily císařským řezem, uvedla, že porodní poranění nemělo vliv na jejich sexuální život, druhá polovina respondentek uváděla, že vliv mělo spíše zranění psychické: *„Poranění fyzické nebránilo ničemu, ale psychické ano.“* Ženy, které porodily v porodnici, se ve svých výpovědích výrazně lišily podle toho, zda jim byl proveden nástřih nebo ne. Ženy, které měly nástřih, ve většině případů uvedly, že jejich sexuální život poranění ovlivnilo negativně: *„přibližně rok nebyla schopná klasického pohlavního styku. Tak jsem se bála, že to bude bolestivé, byla jsem tak napjatá, že jsem se nedokázala uvolnit, aby do mě mohl manžel proniknout, bolest při pokusech mě utvrzovala v tom, že je to tak, jak jsem myslela. Měla jsem zoufalé pocity, že to takhle bude již napořád.“* Respondentky, kterým nástřih proveden nebyl, uváděly, že poranění na sexuální život vliv nemělo. Ženy, které rodily doma, v polovině případů fyzické poranění neměly, ty, které měly spontánní poranění, odpovídaly, že na sexuální život vliv nemělo. Žena, která měla nástřih, odpověděla, že poranění vliv mělo.

Z hlediska vlivu fyzického porodního poranění na sexuální život tedy není rozhodující, zda žena rodí doma či vaginálně v porodnici, ale rozhodující je, zda je jí proveden nástřih či ne. Doma je však větší pravděpodobnost, že nástřih proveden nebude a dokonce, že žena nebude mít poranění vůbec žádné ani fyzické ani psychické. Z rozhovorů bylo zjištěno, že na sexuální život po porodu má významný vliv také zranění psychické, které ženy mnohdy vnímají jako závažnější než fyzické poranění. Některé z žen, které přivedly na svět dítě císařským řezem, také zaznamenaly vliv porodu na sexuální život, ačkoli jejich vagina nebyla fyzicky poškozena, významnou roli hrálo poranění psychické, někdy se objevila i bolestivost fyzická.

C) Existují nějaké rozdíly v tom, jak ženy vnímaly po porodu změnu svého těla a své sexuální přitažlivosti v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden?

Vnímání změny vlastního těla po porodu se mezi skupinami výrazně nelišilo. Ženy verbalizovaly shodně ve všech skupinách změnu tělesné hmotnosti a změněná prsa kojením, některé mluvily o jizvě po císařském řezu či nástřihu. Ženy, které rodily

vaginálně, ještě v pár případech uváděly změnu v oblasti pánevního dna či poševního vchodu.

V otázce změny vnímání vlastní sexuální přitažlivosti však mezi skupinami výrazné rozdíly byly. Respondentky, které porodily císařským řezem, v polovině případů uváděly, že si po porodu připadají méně přitažlivé, a polovina uvedla, že si připadají stejně přitažlivé. Ženy, které porodily vaginálně v porodnici a byl jim proveden nástřih, téměř ve všech případech popisovaly negativní změnu vnímání vlastní sexuální přitažlivosti po porodu: „*Ne, nepřipadám si už přitažlivá.*“ Ženy, které porodily v porodnici bez nástřihu, popisovaly naopak téměř ve všech případech pozitivní změnu. Účastnice, které rodily doma, popisovaly většinou také změnu pozitivní nebo změnu nezaznamenaly: „*Připadám si více přitažlivá, právě skrze to uzrání v Ženu a s tím spojenou vnitřní sebedůvěru.*“ Obecně lze říci, že nejvíce devastující vliv na vnímání vlastní sexuální přitažlivosti po porodu měl nástřih hráze při porodu, negativní vliv měl také porod císařským řezem. Naopak porod s minimem zásahů a respektováním intimity ať již v porodnici či doma měl vliv pozitivní.

D) Existují nějaké rozdíly v tom, jak ženy vnímaly po porodu změnu sebe sama jako ženy v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden?

Na tuto výzkumnou otázku je možné odpovědět kladně.

Účastnice, které porodily císařským řezem, popisovaly často změnu díky své nové mateřské roli, což však přímo nesouvisí s prožitkem porodu. Když se vyjadřovaly ke změně způsobené přímo prožitkem porodu, byly jejich výpovědi poměrně ambivalentní, jednak popisovaly změnu k lepšímu díky tomu, že dokázaly donosit dítě, zároveň cítily velké zklamání a selhání sebe jako ženy, že dítě nepřivedly na svět přirozenou cestou: „*Vnímám se důležitější, že díky mě život vyrostl, rovněž si připadám ale méněcenná, po chování personálu v nemocnicích si nepřijdu jako objekt nijak důležitá.*“ Jiná respondentka: „*Zároveň si ale připadám neúplná, tím že jsem neprodila přirozeně... trošku jako znásilněná...*“ Všechny ženy, které porodily v porodnici vaginálně bez nástřihu, a také všechny ženy, které porodily doma, popisovaly změnu svého ženství výrazně pozitivně: „*Porod mi dal obrovskou vnitřní sílu a klid a důvěru v sebe sama. /.../ Připadám si jako jiný člověk, jako pravá žena.*“ Výpovědi žen, které porodily s nástřihem, se značně lišily, některé byly také pozitivní například v nalezení vlastní bojovnosti, že už by žena za sebe příště chtěla dokázat bojovat a nenechat si provádět zákroky bez souhlasu, jiné ženy popisovaly změnu negativní: „*přestala jsem se úplně vnímat jako žena, ale výhradně jako matka.*“

Obecně lze říci, že ženy, které porodily císařským řezem, měly největší potíže se svým sebepojetím jako ženy po porodu. Ženy, které porodily vaginálně bez nástřihu, naopak byly zážitkem jako ženy velmi posíleny. U žen, které porodily s nástřihem, velmi záleželo na tom, jak tento zákrok psychicky zpracovaly. Pokud ho zpracovaly, jejich ženské sebevědomí bylo také posíleno, pokud jej prožívaly traumaticky a nezpracovaly jej, prožívaly i své ženství po porodu negativně.

E) Existují nějaké rozdíly v tom, za jak dlouho po porodu začaly ženy sexuálně žít a jak prožívaly první milování po porodu v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden?

Na tuto výzkumnou otázku je možné odpovědět kladně.

Ženy, které porodily císařským řezem, v polovině případů začaly po porodu sexuálně žít ke konci šestinedělí. Objevily se i případy, kdy účastnice zahájily sexuální život poměrně brzy po porodu (1-3 týdny) i poměrně dlouho po porodu (měsíce). U žen, které rodily v porodnici vaginálně, se začátek sexuálního života výrazně lišil podle toho, zda jim byl při porodu proveden nástřih nebo ne. Podobné to bylo u skupiny žen, které rodily doma. Ženy, které neměly při porodu nástřih, zahajovaly sexuální život po porodu zpravidla ke konci šestinedělí v obou skupinách: „*Po šesti týdnech, respektuji šestinedělí.*“ Ženy, kterým byl při porodu proveden nástřih, zahajovaly sexuální život po porodu zpravidla až po několika měsících od porodu: „*První pokusy asi 4 měsíce po porodu.*“, výjimkou není ani zahájení sexuálního života až po půl roce či roce od porodu. Jako zásadní faktor pro začátek sexuálního života po porodu se tedy zdá být to, zda ženě byl při porodu proveden nástřih či ne, bez ohledu na to zda porodila doma či v porodnici.

Polovina žen po císařském řezu v souvislosti s prvním milováním popisovala obavy, zda to nebude bolestivé či zda bude vše anatomicky v pořádku: „*Měla jsem obavy, aby se něco nestalo s jizvou a vnitřními orgány, ale vše bylo ok.*“ Několik respondentek v této skupině uvedlo bolestivost prvního milování po porodu: „*Bolest, nechut'*“. Jedna účastnice uvedla změnu k lepšímu. Také většina žen, kterým byl při porodu proveden nástřih, popisovala první milování po porodu jako bolestivé: „*Velmi bolestivé, nejdřív se jednalo skutečně jen o pokusy. Byla jsem z toho nešťastná.*“ Jejich výpovědi byly často poměrně výrazně emocionálně zabarvené. Žádná z nich nemluvila o prvním milování po porodu jako o krásném zážitku. Naopak téměř všechny ženy, které porodily v porodnici bez nástřihu, popisovaly první milování po porodu jako krásný zážitek: „*byl to krásný zážitek.*“ Také ženy, které rodily doma, popisovaly většinou krásné zážitky z prvního milování po porodu. Některé z nich také uváděly pocity zvědavosti jako při prvním

milování v životě.

Obecně lze tedy říci, že nejvíce negativní vliv na první milování po porodu mělo to, když byl ženám při porodu proveden nástřih hráze. Nejlépe vnímaly první milování po porodu ženy, které porodily přirozeně bez nástřihu bez ohledu na to, zda probíhal porod v porodnici či doma. Porod císařským řezem měl na první milování vliv spíše neutrální či negativní.

F) Existují nějaké rozdíly v tom, jak se u žen po porodu změnil sexuální život, sexuální apetence a prožívání orgasmu v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden?

Na tuto výzkumnou otázku je možné odpovědět kladně.

Většina žen, které porodily císařským řezem, popisovaly vliv únavy z péče o dítě a kojení na sexuální život: „*S dětmi je méně sil a času.*“ Žádná nevedla zlepšení sexuálního života po porodu. Naopak ženy, které porodily vaginálně bez nástřihu (ať již v porodnici či doma), popisovaly změny sexuálního života výrazně k lepšímu: „*Zvýšila se moje citlivost, zvýšil se počet orgasmů, zintenzivnily se vaginální orgasmy.*“ Ženy, které porodily s nástřihem, ve většině případů popisovaly, že sex byl ještě mnoho měsíců po porodu bolestivý: „*Trvalo dvanáct dní, kdy jsem nemohla udělat ani jediný pohyb bez bolesti, pak akutní neustálá bolest začala polevovat, ale dopad do sexuálního života byl dalekosáhlý, protože tkáň po poranění byla při tlaku citlivá (bolestivě) velmi dlouho, mnoho měsíců.*“ V rámci všech výzkumných skupin účastnice často uváděly, že jim po dobu laktace byly nepříjemné dotyky na prsou.

Polovina žen, které porodily císařským řezem, uvedla, že se jejich sexuální apetence nezměnila, ostatní většinou uváděly zhoršení: „*An, o chuť se změnila, není častá, musím být hodně dlouho přemlouvána a dobývána jinak raději „usnu“.*“ Ženy, kterým při porodu nebyl proveden nástřih, uváděly, buď že se chuť nezměnila, nebo že se zvýšila: „*Mimo průběžné okamžiky únavy (nevyspání v důsledku péče o dítě) se chuť spíše zvýšila.*“ U žen, kterým byl při porodu proveden nástřih, se chuť na sex většinou spíše snížila: „*Chuť na sex v prvních měsících po porodu určitě žádná.*“ Většina žen, které rodily doma, odpovídaly, že se jejich pozornost po porodu obrátila od sexuality k péči o dítě a kvůli únavě a kojení neměly na sex takovou chuť: „*Chuť na sex je zatím menší než v těhotenství, což je u mne logické, energie pluje směrem k synovi, potřebu dotyku hodně uplatním u něj.*“

Téměř všechny ženy, které porodily císařským řezem, uváděly, že se jejich prožívání orgasmu po porodu nezměnilo. Všechny ženy, kterým nebyl proveden nástřih,

popisovaly výrazné zlepšení prožívání orgasmu po porodu a to především zintenzivnění vaginálních orgasmů: „*Orgasmus mi po porodu připadá intenzivnější.*“ Účastnice, kterým byl při porodu proveden nástřih, v několika případech také uvedly pozitivní změnu ve vnímání orgasmu, ve většině případů však popisovaly alespoň přechodné zhoršení vzrušivosti po porodu, nejčastěji do doby než se zcela zhojilo poranění, což trvalo někdy i déle než rok: „*Kvůli nástřihu nebylo možné vnímat moc příjemných pocitů /.../ Orgasmus jsem měla až po roce po porodu.*“

Obecně lze tedy říci, že v rámci tohoto výzkumu porod císařským řezem neměl pozitivní vliv na sexualitu respondentek a to ani z hlediska sexuální apetence ani z hlediska prožívání orgasmu. Vaginální porod, při němž byl účastnicím proveden nástřih, měl dlouhodobý negativní vliv na sexuální život žen. Naopak vaginální porod bez nástřihu měl výrazně pozitivní vliv na sexualitu žen především z hlediska prožitku vaginálních orgasmů. Vliv místa porodu, tedy zda proběhl doma či v porodnici, nebyl tak výrazný jako vliv toho, zda byl či nebyl proveden nástřih.

G) Existují nějaké rozdíly v tom, zda ženy vnímaly porod jako součást sexuálního života a zda při porodu zažily pocit sexuálního vzrušení či orgasmus v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden?

Na tuto výzkumnou otázku je možné odpovědět kladně.

Ženy, které porodily císařským řezem, nevnímaly porod jako součást sexuálního života ani nezažily v průběhu pocity vzrušení či orgasmus: „*Bohužel ne, při císařském řezu se o tom takto ani nedá mluvit.*“ Respondentky, které rodily v porodnici, ve většině případů také nevnímaly porod jako součást sexuálního života. Některé z nich však uvedly, že zažily v průběhu porodu pocity vzrušení či blízkost orgasmu: „*Taky mi přijde, že kontrakce byly spíš přípravou na onen „orgasmus“, ... který jsem však kvůli nástřihu a vyrušování nezažila...*“ Často však hovořily o rušivém vlivu zdravotnických intervencí. Účastnice, které rodily doma, ve více než polovině případů uváděly, že porod vnímaly jako součást sexuálního života: „*Pracovaly stejné síly, stejné části těla*“ Třetina z nich uvedla pocity vzrušení či blaženosti, žádná neuvedla přímo orgasmus: „*Nedá se vyloženě říct, že to byl stejný druh sexuálního vzrušení jako při souloži. Ale ve chvílích uvolnění mezi kontrakcemi mně bylo skutečně nádherně – skoro jako když se tělo uvolňuje po orgasmu. Průchod hlavičky přes hráz, po fázi, kdy to pálí, a ta bolest už je přebita tlakem, je určitě výjimečný zážitek patřící do sexuality, orgasmus to nebyl, ale svým způsobem vzrušující ano.*“ Některé ženy popisovaly zážitek spíše jako spirituální.

Obecně lze tedy shrnout, že porod císařským řezem nevnímaly ženy sexuálně.

Vaginální porod v porodnici v některých případech ano, ale byly rušeny zdravotnickými intervencemi. Nejvíce sexuálně vnímaly porod účastnice, které rodily doma.

H) Existují nějaké rozdíly v tom, co by ženy chtěly při dalším porodu jinak, v souvislosti s tím, jakým způsobem byl porod veden?

Na tuto výzkumnou otázku je možné odpovědět kladně.

Více než polovina žen, které porodily císařským řezem, vyslovila přání rodit další dítě přirozeně: „*Doufám, že docílím přirozeného porodu se vším všudy, s minimem intervencí lékařů, s maximálně ženským přístupem, obsazením, klidem, intimitou, přirozeností, hudbou, vodou, relaxací, meditací, prostě vším, co mi v tu chvíli bude příjemné.*“ Některé ženy zmiňovaly, že by si přály mít po porodu dítě hned u sebe. Několik žen odpovědělo, že by neměnilo nic. Ženy, které rodily v porodnici, kromě jedné respondentky uváděly poměrně rozsáhlý popis toho, co by si přály jinak. Nejčastěji zaznívaly požadavky na nerušení procesu porodu ze strany zdravotníků, minimalizace zdravotnických intervencí, že by chtěly mít porod více ve svých rukou: „*Změnila bych téměř vše: u porodu jen lidé, které znám a důvěřuju jim, žádné urychlování porodu, volnost pohybu, žádné holení před porodem, rodit buď doma nebo jet do porodnice až na závěrečnou fázi porodu, nechat delší dobu dotepat pupečník, dostat dítě k sobě a nikoli ho odnést na měření a vážení, neoddělovat od dítěte... být informována o tom co se děje a proč, mít možnost o sobě rozhodovat*“, „*...žádné strašení, žádné měření...*“ Často si ženy přály porodit s vlastní vybranou porodní asistentkou. Jak ženy, které rodily v porodnici vaginálně, tak ty, které rodily císařským řezem, shodně uváděly, že by si přály nerušený kontakt s dítětem ihned po porodu: „*mít malou u sebe a nenechat si ji jen tak odnést.*“ Asi třetina žen, které rodily vaginálně v porodnici, uvedla, že by si po popisované zkušenosti s porodem přála porodit doma. Ženy, které rodily doma, odpovídaly většinou, že by neměnilo nic nebo nic podstatného: „*Vůbec nic bych neudělala jinak, bylo to dokonalé.*“

Obecně lze shrnout, že nejvíce nespokojené – nejvíce toužící po změně byly ženy, které rodily v porodnici bez ohledu na to, zda měly nástřih či ne. Ženy, které rodily císařským řezem, byly ve více než polovině případů také nespokojené, některé však spokojené byly. Naopak nejspokojenější skupinou byly ženy, které rodily doma, ty byly spokojené všechny.

DISKUSE

Cílem výzkumu bylo zjistit rozdíly ve vlivu prožitku porodu na sexualitu žen podle způsobu, jakým byl jejich porod veden, tedy zda respondentka porodila plánovaným císařským řezem, vaginálně v porodnici nebo plánovaně doma. Výzkumné otázky směřovaly jednak ke zjištění, zda existují rozdíly v prožívání intimity porodního děje mezi účastnicemi v souvislosti s tím, jakým způsobem byl jejich porod veden. Soustředily se na vliv porodního poranění na sexuální život, na vnímání změny vlastního těla, své sexuální přitažlivosti a sebe sama jako ženy po porodu, na rozdíly v začátku sexuálního života a celkově na vnímání změny prožívání sexuality respondentek po porodu.

V otázkách **prožívání intimity porodního děje a prožívání porodu jako součásti sexuálního života** byly zjištěny nejvýraznější rozdíly mezi skupinou žen, které rodily doma a ostatními dvěma skupinami žen, které porodily v porodnici (císařským řezem či vaginálně).

Ženy, které porodily v rámci porodnice ať již císařským řezem nebo vaginálně, hodnotily dotyky zdravotnického personálu hůře než ženy, které porodily mimo porodnici. Také v souvislosti s nahotou při porodu měly nejhorší zážitky ženy, které rodily v porodnici vaginálně, ženy, které rodily císařským řezem, měly spíše neutrální zážitky, a ženy, které rodily doma spíše pozitivní zážitky. Nejtraumatičtěji vnímaly pocity studu ženy, které rodily v porodnici vaginálně. Naopak ženy, které rodily doma, pocity studu nezažívaly. Ženy, které rodily císařským řezem, popisovaly pocity studu také, ale ne ve všech případech a mnohem méně emocionálně vypjatě než ženy, které rodily v porodnici vaginálně. Intimita byla nejvíce narušena při porodu v porodnici ať již vaginálním nebo císařským řezem. Účastnice, které rodily císařským řezem, popisovaly, že intimitu vůbec nemohly zažít a ženy, které rodily vaginálně, popisovaly, že ji měly zásadním způsobem narušenou. Ženy, které rodily doma, si naopak pochvalovaly, že intimita porodního procesu byla respektována a mohly ji naplno prožít. Tyto výsledky mohou souviset s tím, že ženy, které rodily doma, si ošetřující zdravotníky vybíraly samy podle svých preferencí a sympatií v době před porodem. Měly tedy možnost rozhodnout, kdo se jich bude při porodu dotýkat a kdo je uvidí nahé, což mohlo pozitivně ovlivnit také prožívání studu při porodu.

Ženy, které rodily v porodnici, také v mnoha případech zmiňovaly zdravotnické intervence, které jim byly provedeny proti jejich vůli či bez předchozího upozornění, což ženy vnímaly jako zásah do své intimity. K této problematice se vyjadřují Waldenström et al. (2004) ve studii o negativní porodní zkušenosti. Žena podle nich potřebuje být

subjektem nikoli objektem porodu. U porodů doma k zásahům bez svolení rodičky nedocházelo.

Jedním z možných vysvětlení, které se nabízí pro to, že ženy, které rodily doma, neměly narušenou intimitu porodního procesu a prožívaly porod více jako součást svého sexuálního života, je působení nemocničního prostředí, stylu komunikace s nemocničním personálem, organizace péče a rutina v porodnici, kterou zažívaly jak ženy rodící císařským řezem, tak ženy, které rodily v porodnici vaginálně. Těmito tématy se podrobně zabývá studie *Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky* (Tackáč, 2011) provedená v prostředí českých porodnic, kde pouze polovina žen hodnotila přístup zdravotnického personálu jako citlivý a ohleduplný a téměř polovina žen uvedla, že s nimi lékaři nejednaly jako s rovnocennými partnery. Pro srovnání ve švédské studii bylo s porodním zážitkem spokojeno 93 % rodiček (Waldenström et al., 2004). Studie Tackáč (2011) ukázala, že spokojenost žen s porodem významně ovlivňuje to, zda má žena soukromí během první doby porodní a zda je přístup lékařů laskavý a vstřícný a rodička má pocit, že jim může důvěřovat. V zahraničí existuje mnoho výzkumných prací, které ověřují vliv zdravotnického personálu na to, jak ženy porod prožívají a všechny se shodují, že tento vliv je klíčový (Simkin, Bolding, 2004; Scott et al., 1999; Hodnett et al., 2013 Sosa et al., 1980). Stadlmayr et al. (2006) se ve své studii zaměřili na efekty negativního porodního zážitku v souvislosti se vztahem rodičky a poskytovatelů porodnické péče. Tito autoři dospěli k závěru, že ty ženy, které vnímaly svůj vztah se zdravotníky negativně, si s větší pravděpodobností uchovávají špatný porodní zážitek i po několika letech. Ženy, které rodily doma, se tomuto negativnímu působení nemocničního prostředí a interakci s ústavními zdravotníky vyhnuly.

Toto vysvětlení podporuje také další zjištění vyplývající z této práce: Ženy, které porodily v porodnici ať již vaginálně či císařským řezem, byly ve většině případů se svým porodem nespokojené, velmi podrobně se vyjadřovaly k otázce, **co by si přály změnit při příštím porodu**, téměř ve všech případech byly nespokojené s přístupem a komunikací zdravotnického personálu, rutinními postupy a zvyklostmi porodnic. Naopak ženy, které rodily doma, byly spokojené ve všech případech, jmenovitě oceňovaly respektující a intimitu zachovávající přístup svých porodních asistentek. Důvodem pro toto zjištění opět může být ono působení nemocničních zdravotníků a nemocničního prostředí na vnímání porodního zážitku a to, že si své zdravotníky ženy rodící doma vybíraly samy. Ke shodným výsledkům jsem dospěla i ve své bakalářské práci (Zemánková, 2012).

V otázkách **vlivu porodního poranění na sexualitu žen**, vnímání vlastní sexuální

přitažlivosti, začátku sexuálního života po porodu, prožitku prvního milování po porodu, změny sexuální apetence a vnímání orgasmu byl zjištěn nejvýraznější rozdíl mezi ženami, kterým byl při porodu proveden **nástřih**, a těmi, kterým proveden nebyl, bez ohledu na místo porodu.

Porodní poranění zásadním způsobem ovlivnilo sexuální život žen. Nejvíce traumatizující byl pro respondentky nástřih hráze. V zahraničí existuje značné množství výzkumů, které se zabývají vlivem episiotomie (nástřihu hráze) a srovnáváním porodů, u kterých episiotomie provedena byla, a těch, u kterých provedena nebyla. Většina výzkumů se shoduje na tom, že liberální užívání episiotomie je škodlivé (Lede, Bellizán, Carroli, 1996). Způsobuje především vyšší bolestivost, problémy s pánevním dnem, inkontinencí (Chang et. al., 2011), působí problémy v oblasti sexuálního života a negativně ovlivňuje také sebepojetí žen (Priddis, Dahlen, Schmied, 2013).

Z hlediska míry užívání porodních intervencí se zdá být nejšetrnější variantou porod doma, při kterém ženy z velké části neměly poranění žádné nebo jen nepatrné. Ze zahraničních výzkumů srovnávající plánované porody doma s nemocničními také vyplývá, že domácí porody, jsou pro ženy nejšetrnější variantou, protože u nich dochází méně často k porodnickým intervencím (Janssen et al., 2009, Ackermann–Liebrich et al., 1996). Pro psychiku ženy byl nejvíce traumatizující porod v porodnici ať již císařským řezem či vaginálně. Porod doma byl pro psychiku žen šetrný – žádná z žen, která rodila doma, nevedla psychické zranění z porodu. Z hlediska vlivu fyzického porodního poranění na sexuální život tedy není rozhodující, zda žena rodí doma či vaginálně v porodnici, ale rozhodující je, zda je jí proveden nástřih, či ne. Doma je však větší pravděpodobnost, že nástřih proveden nebude a dokonce, že žena nebude mít poranění vůbec žádné - ani fyzické ani psychické. Z rozhovorů bylo zjištěno, že na sexuální život po porodu má významný vliv také zranění psychické, které ženy mnohdy vnímají jako závažnější než fyzické poranění. Vzniku psychických traumat u porodu, jejich příčinám a důsledkům je věnováno mnoho zahraničních výzkumů. Obecně z nich vyplývá, že psychická traumata vzniklá v důsledku porodu, jsou závažným problémem, který je často podceňován (Soet, Brack, Dilorio, 2003). Až jedna třetina žen zažije při porodu traumatické situace, které zpravidla souvisí s vyšší mírou porodnických intervencí a nespokojeností s péčí, kterou ženě zdravotníci během porodu poskytli (Creedy, Shochet, Horsfall, 2000). Některé z respondentek, které přivedly na svět dítě císařským řezem, také zaznamenaly vliv porodu na sexuální život, ačkoli jejich vagina nebyla fyzicky poškozena. Významnou roli hrálo pravděpodobně poranění psychické, někdy se objevila i bolestivost fyzická. Ke shodným výsledkům dochází i Sayasneh a Pandeva (2010).

V otázce změny vnímání vlastní sexuální přitažlivosti mezi skupinami opět byly výrazné rozdíly. Nejvíce devastující vliv na vnímání vlastní sexuální přitažlivosti po porodu měl nástřih hráze, negativní vliv měl také porod císařským řezem. Naopak porod s minimem zásahů a respektováním intimity ať již v porodnici či doma měl vliv pozitivní. Toto zjištění může souviset s vlivem psychických zranění z porodu. Respondentky, které měly při porodu nástřih, nebo ty, které porodily císařským řezem nebo byly vystaveny v průběhu porodu ponižujícím zážitkům, si mohou připadat méně přitažlivé. Některé ženy výslovně popisovaly, že si připadaly jako kus masa, že jejich intimita byla tatam, že si již nepřipadají použitelné... Priddis, Dahlen a Schmied (2013) ve své studii také mluví o komplexu fyzických a psychických poranění, který u žen ovlivňuje změny v chápání jejich identity jako ženy a sexuální bytosti, a upozorňují na to, jak například slova, která zdravotníci užívají, mohou mít na ženy negativní vliv.

Ženy, které porodily císařským řezem, v polovině případů **začaly po porodu sexuálně žít** ke konci šestinedělí. Objevily se i případy, kdy účastnice zahájily sexuální život poměrně brzy po porodu (1-3 týdny) i poměrně dlouho po porodu (měsíce). U žen, které rodily v porodnici vaginálně, se začátek sexuálního života výrazně lišil podle toho, zda jim byl při porodu proveden nástřih nebo ne. Podobné to bylo u skupiny žen, které rodily doma. Ženy, které neměly při porodu nástřih, zahajovaly sexuální život po porodu zpravidla ke konci šestinedělí v obou skupinách. Ženy, kterým byl při porodu proveden nástřih, zahajovaly sexuální život zpravidla až po několika měsících od porodu. Důvodem pro odložení začátku sexuálního života po porodu, u kterého byla ženám provedena episiotomie, se zdá být vyšší bolestivost a delší hojení tohoto poranění než spontánních ruptur (Goer, 2002; Paterson et al., 2009).

Nejvíce negativní vliv **na první milování po porodu** mělo opět to, když byl ženám při porodu proveden nástřih hráze a to především z důvodu bolestivosti poranění. Také ve výzkumu Leail et al. (2014) zkoumajícím vliv episiotomie na sexuální funkce ženy po porodu, došly autorky k závěru, že episiotomie způsobuje větší bolestivost při pohlavním styku po porodu. Nejlépe vnímaly první milování po porodu ženy, které porodily přirozeně bez nástřihu bez ohledu na to, zda porod probíhal v porodnici či doma. Porod císařským řezem měl na první milování vliv spíše neutrální či negativní. Nicméně i v případě císařského řezu některé respondentky udávaly bolest. Ve studii zkoumající rizikové faktory pro sexuální dysfunkce po porodu Sayasneh a Pandeva (2010) dospěly k závěru, že císařský řez může způsobovat dyspareunii, ačkoli při něm není poraněné pánevní dno.

Vaginální porod, při němž byl účastnicím proveden nástřih, měl celkově dlouhodobý negativní **vliv na sexuální život žen**. K obdobným výsledkům došel také

Rathfisch et al. (2010), který s kolegy zjistil, že episiotomie má negativní vliv na sexuální apetenci, orgasmus, sexuální uspokojení a způsobuje bolestivost pohlavního styku. Dále způsobuje sníženou sexuální touhu, snižuje vaginální vzrušení a způsobuje celkově nespokojenost se sexuálním životem. Naopak vaginální porod bez nástřihu měl výrazně pozitivní vliv na sexualitu žen především z hlediska prožitku vaginálních orgasmů. Vliv místa porodu, tedy zda proběhl doma či v porodnici, nebyl tak výrazný jako vliv toho, zda byl či nebyl proveden nástřih.

V otázce změny **vnímání sebe sama jako ženy** po porodu byl zjištěn významný rozdíl mezi skupinou žen, které porodily císařským řezem, a oběma skupinami žen, které porodily vaginálně v porodnici či doma. Lze říci, že ženy, které porodily císařským řezem, měly největší potíže se svým sebepojetím jako ženy po porodu. Účastnice, které porodily císařským řezem, popisovaly často pouze změnu díky své nové mateřské roli, což však přímo nesouvisí s prožitkem porodu. Ženy, které porodily vaginálně bez nástřihu, naopak popisovaly, že byly zážitkem porodu jako ženy velmi posíleny. U žen, které porodily s nástřihem, velmi záleželo na tom, jak tento zákrok psychicky zpracovaly. Pokud ho zpracovaly, jejich ženské sebevědomí bylo také posíleno, pokud jej prožívaly traumaticky a nezpracovaly jej, prožívaly i své ženství po porodu negativně. Rozdíl, který se objevil mezi respondentkami, které porodily císařským řezem a těmi, které porodily vaginálně, účastnice samy v rozhovorech popisovaly tak, že při porodu císařským řezem žena dítě de facto neporodila, ale bylo z jejího těla vyjmuto často v celkové anestezii, takže žena ani nezažila první nadechnutí a první pláč svého miminka, o což se cítí ochuzena. Naopak ženy, které porodily vaginálně, popisovaly, že jsou hrdé na to, že jejich tělo porod zvládlo, že to dokázaly a popisovaly, že díky porodu se cítí jako pravé ženy. Vlivem porodu císařským řezem na psychiku ženy se zabývá mnoho výzkumných studií, které potvrzují jeho dlouhodobý negativní vliv (Lobel, DeLuca, 2007; Clement, 2001; DiMateo et al. 1996). Zejména je dokázán vliv na tyto oblasti psychiky ženy: pocit ztráty participace na narození dítěte, narušený attachment s dítětem, pocity selhání, poruchy ženské identity, nižší hodnocení vlastního těla, pocity znásilnění, hněv na nedostatečnou podporu ze strany zdravotníků, následná fobie z nemocnic, pocity ponížení, pocity bezmoci, posttraumatická stresová porucha (Udy, 2009). Také v mé bakalářské práci na téma vliv porodu na sebepojetí žen vyšlo, že porod císařským řezem měl negativní vliv na sebepojetí žen (Zemánková, 2012).

Porod císařským řezem neměl dlouhodobý pozitivní vliv na sexualitu respondentek a to ani z hlediska sexuální apetence ani z hlediska prožívání orgasmu na rozdíl od porodu

vaginálního, který v mnoha případech měl výrazně pozitivní vliv na dlouhodobé zvýšení intenzity vnímání sexuální stimulace a prožívání vaginálního orgasmu. Jedním z možných vysvětlení může být vliv psychiky ženy na její sexualitu (Udy, 2009). Pakliže je žena po porodu císařským řezem psychicky znevýhodněná oproti ženám, které porodily vaginálně, může se to odrazit i v prožívání sexuality. Dalším vysvětlením může být fakt, že při vaginálním porodu se účastní vysoké hladiny hormonů, které se účastní také při pohlavním styku, při porodu císařským řezem se tyto hormony v takové míře neúčastní, nabízí se tedy vysvětlení, že u žen, které porodily vaginálně, dochází k určitým hormonálním změnám s dlouhodobým efektem na jejich sexualitu (Odent, 2013). Toto vysvětlení může být také podporováno tím, že laktace se po porodu císařským řezem spouští později než po vaginálním porodu, což opět svědčí o odlišném hormonálním působení po porodu císařským řezem (Kadlecová, 2010). Dalším možným vysvětlením jsou anatomické změny v pánevním dnu a pochvě po porodu. Pokud žena porodí císařským řezem, k těmto změnám nedojde (Roztočil, 2001).

Vnímání změny vlastního těla po porodu se mezi skupinami výrazně **nelišilo**. Ženy verbalizovaly shodně ve všech skupinách změnu tělesné hmotnosti a změněná prsa kojením, některé mluvily o jizvě po císařském řezu či nástřihu. Ženy, které rodily vaginálně, ještě v pár případech uváděly změnu v oblasti pánevního dna či poševního vchodu. V rámci všech výzkumných skupin účastnice také často uváděly, že jim po dobu laktace byly nepříjemné dotyky na prsou. Ženy se ve svých výpovědích často více zaměřovaly na změny související s těhotenstvím a kojením než na změny, které souvisí se samotným porodem. Jako možný důvod se nabízí to, že změny, které souvisí přímo s porodem, tedy především porodní poranění, již byly zevrubně probrány v jiných otázkách a proto se v této otázce respondentky zaměřily spíše na tělo jako celek – tedy především změnu tělesné hmotnosti.

ZÁVĚR

Cílem výzkumu bylo zjistit rozdíly ve vlivu prožitku porodu na sexualitu žen podle způsobu, jakým byl jejich porod veden (císařský řez, porod v porodnici, porod doma). Soustředila jsem se jednak na prožívání intimity porodu v jeho průběhu, respektive na to, čím může být narušena. Dále jsem sledovala to, jak porodní poranění ovlivňuje sexualitu žen po porodu a jak prožitek porodu ovlivňuje jejich vnímání svého těla, sebe sama jako ženy a své sexuální přitažlivosti.

Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo celkem třicet žen. Respondentky byly rozděleny do tří skupin podle způsobu jejich porodu. Metodou použitou k zodpovězení

výzkumných otázek byl polostrukturovaný rozhovor v písemné podobě.

Na základě získaných dat jsem dospěla k těmto zjištěním:

- Intimita porodního procesu byla nejvíce narušena při porodu v porodnici ať již vaginálním nebo císařským řezem.
- Ženy, které porodily v rámci porodnice (císařským řezem nebo vaginálně), hodnotily dotyky zdravotnického personálu hůře než ženy, které porodily mimo porodnici.
- V souvislosti s nahotou při porodu měly nejhorší zážitky ženy, které rodily v porodnici vaginálně. Ženy, které rodily císařským řezem, měly spíše neutrální zážitky, a ty, které rodily doma, spíše pozitivní zážitky.
- Nejtraumatičtěji vnímaly pocity studu ženy, které rodily v porodnici vaginálně. Naopak ženy, které rodily doma, pocity studu nezažívaly.
- Porodní poranění zásadním způsobem ovlivnilo sexuální život žen po porodu.
- Z hlediska fyzických porodních poranění a jejich hojení se zdá být nejvíce traumatizující nástřih hráze, který byl nejvíce užíván u žen rodících vaginálně v porodnici.
- Z hlediska míry užívání porodních intervencí se zdá být nejšetrnější variantou porod doma, při kterém ženy z velké části neměly poranění žádné nebo jen nepatrné.
- Pro psychické zranění žen byl nejvíce ohrožující porod v porodnici ať již císařským řezem či vaginální. Porod doma byl pro psychiku žen šetrný.
- Vnímání změny vlastního těla po porodu se mezi skupinami výrazně nelišilo.
- Nejvíce devastující vliv na vnímání vlastní sexuální přitažlivosti po porodu měl nástřih hráze, negativní vliv měl také porod císařským řezem.
- Porod bez nástřihu s minimem zásahů a respektováním intimity ze strany zdravotnických pracovníků ať již v porodnici či doma měl vliv pozitivní.

- Respondentky, které porodily císařským řezem, měly ze všech tří skupin po porodu největší potíže se svým sebepojetím jako ženy. Účastnice, které porodily vaginálně bez nástřihu, naopak byly zážitkem jako ženy velmi posíleny. U žen, které porodily s nástřihem, velmi záleželo na tom, jak tento zákrok psychicky zpracovaly.
- Ženy, které porodily císařským řezem nebo vaginálně bez nástřihu, obnovovaly zpravidla sexuální život po porodu ke konci šestinedělí. Ženy, kterým byl při porodu proveden nástřih, zahajovaly sexuální život po porodu zpravidla až po několika měsících od porodu.
- Nejvíce negativní vliv na prožívání prvního milování po porodu mělo to, že byl ženám při porodu proveden nástřih hráze.
- Porod císařským řezem neměl pozitivní vliv na sexualitu respondentek a to ani z hlediska sexuální apetence ani z hlediska prožívání orgasmu, v některých případech měl vliv negativní.
- Vaginální porod, při němž byl účastnicím proveden nástřih, měl dlouhodobý negativní vliv na sexuální život žen. Naopak vaginální porod bez nástřihu měl výrazně pozitivní vliv na sexualitu žen především z hlediska prožitku vaginálních orgasmů.
- Porod císařským řezem nevnímaly ženy sexuálně. Vaginální porod v porodnici v některých případech ano, ale byly rušeny zdravotnickými intervencemi. Nejvíce sexuálně vnímaly porod účastnice, které rodily doma.
- Nejvíce nespokojené se svým porodem byly ženy, které rodily v porodnici vaginálně bez ohledu na to, zda měly nástřih či ne. Ženy, které rodily císařským řezem, byly nespokojené ve více než polovině případů. Respondentky, které rodily doma, byly naopak spokojené ve všech případech.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

- Ženy potřebují při porodu soukromí.
- Ženy potřebují, aby zdravotnický personál respektoval intimitu porodního procesu.
- Ženy potřebují, aby s nimi zdravotnický personál komunikoval s úctou.
- Ženy potřebují od poskytovatelů porodnické péče respekt vůči jejich vlastnímu porodnímu tempu a potřebám. Ženy potřebují mít pocit, že mají svůj porod ve svých rukou.
- Potřebují родit nerušeně.
- Ženy potřebují mít možnost mít u sebe při porodu své blízké.
- Omezit užívání episiotomie (nástříhu) na nejnižší možnou míru.
- Ženy potřebují, aby jim byly veškeré zdravotnické úkony poskytovány pouze s jejich souhlasem, nesmí se jich nikdo dotýkat proti jejich vůli zvláště na intimních místech.
- Ženy potřebují, aby k nim bylo přistupováno při porodu jako k ženám, ne jako k anonymním vaginám bez citu a paměti.
- Umožnit ženám, aby o ně při porodu pečovala jejich vybraná porodní asistentka, kterou znají již z doby před porodem.
- Ženy potřebují dostatek prostoru pro první kontakt a navázání vztahu s narozeným dítětem. Potřebují, aby byla respektována intimita této chvíle.

SOUHRN

Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku vlivu prožitku porodu na sexualitu žen.

V teoretické části jsem se pokusila podat stručný přehled o současné psychologické a sociálně-právní problematice porodů v České republice a také o historickém vývoji porodnictví v souvislosti s postavením žen ve společnosti. Věnovala jsem se psychologickým aspektům průběhu porodu podle způsobu jeho vedení (porod císařským řezem, porod v porodnici, porod doma). Pojednáno bylo o bondingu, genderových aspektech porodu a o sexualitě v souvislosti s porodem. Stručně jsem se také zabývala vývojovou psychologií ženy se zaměřením na přípravu k porodu. Zamyslela jsem se nad porodem jako přechodovým rituálem a jako nad náročnou životní situací. Dále jsem rozebrala problematiku ženské sexuality. Zmínila jsem i negativní psychologické jevy související s porodem (poporodní deprese, poporodní psychózu a posttraumatickou stresovou poruchu) a také sexuální dysfunkce, které se mohou objevit v souvislosti s porodem.

Studie prezentovaná v praktické části má ráz kvalitativního výzkumu, založeného na případových studiích třiceti žen. Výzkumný vzorek byl získán metodou záměrného kriteriálního výběru a metodou snowball. Jako základní metoda sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Cílem studie bylo zjistit rozdíly ve vlivu prožitku porodu na sexualitu žen podle způsobu, jakým byl jejich porod veden (císařský řez, vaginální porod v porodnici, porod doma). Výzkumné otázky směřovaly jednak ke zjištění rozdílů v prožívání intimity porodního děje mezi účastnicemi v souvislosti s tím, jakým způsobem byl jejich porod veden, soustředily se na vliv porodního poranění na sexuální život, na vnímání změny vlastního těla, své sexuální přitažlivosti a sebe sama jako ženy po porodu, na rozdíly v začátku sexuálního života po porodu a celkově na vnímání změny sexuality respondentek po porodu.

Na základě získaných dat jsem dospěla k následujícím zjištěním:

Intimita porodního procesu byla nejvíce narušena při porodu v porodnici ať již vaginálním nebo císařským řezem. Účastnice, které rodily císařským řezem, popisovaly, že intimitu vůbec nemohly zažít, a ženy, které rodily vaginálně, ji měly zásadním způsobem narušenou kvůli rutinním postupům a odosobněnému nerespektujícímu přístupu zdravotníků. Ženy, které rodily doma, si naopak pochvalovaly, že intimita porodního procesu byla respektována a mohly ji naplno prožít. Ženy, které porodily v rámci porodnice ať již císařským řezem nebo vaginálně, hodnotily dotyky zdravotnického personálu hůře než ženy, které porodily mimo porodnici. Což souviselo s tím, že účastnice, které rodily doma, si pečující zdravotníky vybíraly samy podle svých preferencí a vybíraly si výhradně ženy – porodní asistentky. Respondentky, které rodily v porodnici, také v mnoha případech zmiňovaly zdravotnické intervence, které jim byly provedeny proti jejich vůli či bez předchozího upozornění, což vnímaly jako zásah do své intimity. U porodů doma k zásahům bez svolení rodičky nedocházelo. V souvislosti s nahotou při porodu měly nejhorší zážitky ženy, které rodily v porodnici vaginálně. Nejtraumatičtější vnímaly pocity studu ženy, které rodily v porodnici vaginálně a naopak ženy, které rodily doma, pocity studu nezažívaly. Porodní poranění zásadním způsobem ovlivnilo sexuální život žen po porodu. Z hlediska fyzických porodních poranění a jejich hojení se zdá být nejvíce traumatizující nástřih hráze, který byl nejvíce užíván u žen rodících vaginálně v porodnici. Z hlediska míry užívání porodních intervencí se pak zdá být nejšetrnější variantou porod doma, při kterém ženy z velké části neměly poranění žádné nebo jen nepatrné. Pro psychické zranění žen byl nejvíce ohrožující porod v porodnici ať již císařským řezem či vaginální. Porod doma byl pro psychiku žen šetrný. Některé ženy, které přivedly na svět dítě císařským řezem, zaznamenaly negativní vliv porodu na sexuální život, ačkoli jejich

vagina nebyla fyzicky poškozena, významnou roli hrálo poranění psychické, někdy se objevila i bolestivost fyzická. Vnímání změny vlastního těla po porodu se mezi skupinami výrazně nelišilo. Ženy verbalizovaly shodně ve všech skupinách změnu tělesné hmotnosti a změněná prsa kojením. V otázce změny vnímání vlastní sexuální přitažlivosti však mezi skupinami výrazné rozdíly zaznamenány byly. Nejvíce devastující vliv na vnímání vlastní sexuální přitažlivosti po porodu měl nástřih hráze při porodu, negativní vliv měl také porod císařským řezem. Naopak porod bez nástřihu s minimem zásahů a respektováním intimity ze strany zdravotnických pracovníků ať již v porodnici či doma měl vliv pozitivní. Ženy, které porodily císařským řezem, měly ze všech tří skupin největší potíže se svým sebepojetím jako ženy po porodu. Ženy, které porodily vaginálně bez nástřihu, naopak byly zážitkem jako ženy velmi posíleny. U žen, které porodily s nástřihem, velmi záleželo na tom, jak tento zákrok psychicky zpracovaly. Pokud ho zpracovaly, jejich ženské sebevědomí bylo také posíleno, pokud jej prožívaly traumaticky a nezpracovaly jej, prožívaly i své ženství po porodu negativně. Ženy, které porodily císařským řezem, v polovině případů začaly po porodu sexuálně žít ke konci šestinedělí. Objevily se i případy, kdy účastnice zahájily sexuální život poměrně brzy po porodu (1-3 týdny) i poměrně dlouho po porodu (měsíce). U žen, které rodily v porodnici vaginálně, se začátek sexuálního života výrazně lišil podle toho, zda jim byl při porodu proveden nástřih nebo ne. Podobné to bylo u skupiny žen, které rodily doma. Ženy, které neměly při porodu nástřih, zahajovaly sexuální život po porodu zpravidla ke konci šestinedělí v obou skupinách. Ženy, kterým byl při porodu proveden nástřih, zahajovaly sexuální život po porodu zpravidla až po několika měsících od porodu. Nejvíce negativní vliv na první milování po porodu mělo to, když byl ženám při porodu proveden nástřih hráze. Nejlépe vnímaly první milování po porodu ženy, které porodily přirozeně bez nástřihu bez ohledu na to, zda probíhal porod v porodnici či doma. Porod císařským řezem měl na první milování vliv spíše neutrální či negativní, ženy často popisovaly obavy z bolesti či anatomických změn. Porod císařským řezem neměl dlouhodobý pozitivní vliv na sexualitu respondentek a to ani z hlediska sexuální apetence ani z hlediska prožívání orgasmu, v některých případech měl vliv negativní. Vaginální porod, při němž byl účastnicím proveden nástřih, měl dlouhodobý negativní vliv na sexuální život žen. Naopak vaginální porod bez nástřihu měl výrazně pozitivní vliv na sexualitu žen především z hlediska prožitku vaginálních orgasmů, které ženy po porodu hodnotily jako intenzivnější, a obecně zmiňovaly, že jsou více citlivé k prožitkům slasti. V rámci všech výzkumných skupin účastnice často uváděly, že jim po dobu laktace byly nepříjemné dotyky na prsou. Porod císařským řezem nevnímaly ženy sexuálně. Vaginální porod v porodnici v některých případech ano, ale byly rušeny zdravotnickými

intervencemi. Nejvíce sexuálně vnímaly porod účastnice, které rodily doma. Nejvíce nespokojené – nejvíce toužící po změně byly ženy, které rodily v porodnici bez ohledu na to, zda měly nástřih či ne. Ženy, které rodily císařským řezem, byly ve více než polovině případů také nespokojené. Naopak ženy, které rodily doma, byly spokojené ve všech případech. Obecně nejvíce pozitivně na sexualitu žen působil prožitek domácího porodu a nejvíce negativně prožitek porodu, při kterém jim byl proveden nástřih hráze a porod císařským řezem.

Literatura:

- Armutidisivá, N. (2011). *Panensství jako sociálně a kulturně podmíněný fenomén*. (Bakalářská práce). Masarykova Universita v Brně.
- Badinterová, E.(2005). *XY. O mužské identitě*. Praha: Paseka.
- Bouček, J.(2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Universita Palackého.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál.
- British Medical Journal.(2011). *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study*,
Získáno 12.3.2014 z: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>
- Brožovičová, K. (2009). *Sociální a kulturní aspekty porodu* (Bakalářská práce). Masarykova Universita v Brně.
- Brown, S., Lumley, J. (1994) *Satisfaction With Care in Labor and Birth: A Survey of 790 Australian Women*. *Birth*, 21, 4–13.
- Brubaker, L., et Al.,(2008). *Sexual function 6 Months After First Delivery*. *Obstetrics and gynecology*. Vol. 111 (5), p. 1040-1044.
- Cakirpalglu,P. (2009). *Psychologie hodnot*. Olomouc: Universita Palackého.
- Clement, S. (2001). *Psychological Aspects of Cesarean Section*. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 15(1): 109–26; Beck.
- Creedy, R.N., Schochet, I.M., Horsfall, J. (2000). *Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors*. *Birth*. [Volume 27, Issue 2](#), pages 104–111, DOI: 10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x
- Čepický, P.,(2010). *Bolest při souloži*. *Moderní gynekologie a porodnictví*.vol. 19 (4), s. 421-425
- Čermáková, P. (2011). *Přechodový rituál porodu v kontextu medikalizované společnosti*. (Bakalářská práce). Brno: Masaríkova univerzita.
- Deida, D. (2012). *Cesta pravého muže*. Praha: Synergie.
- DiMatteo, M. Robin; Morton, Sally C.; Lepper, Heidi S.; Damush, Teresa M.; Carney, Maureen F.; Pearson, Marjorie; Kahn, Katherine L. (1996). *Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis*. *Health Psychology, Vol 15(4), 303-314*. doi: [10.1037/0278-6133.15.4.303](#). Získáno 12.3.2014 z: <http://psycnet.apa.org/journals/hea/15/4/303/>
- Engelmann, G.J.(1884). *Labor Among Primitive Peoples*. St. Louis: J.H.Chambers & Co.
- Freud, S. (1997). *Přednášky k úvodu do psychoanalýzy*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

- Gaskinová, I.M.(2010). *Zázrak porodu*. Praha: One Woman Press.
- Genep, A.(2006). *Přechodové rituály*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Georgas, J., Giakoumaki, E., Georgoulis, N., Koumandakis, E., Kaskarelis, D. (1984) *Psychosocial stress and its relation to obstetrical complications*. *Psychother Psychosom*, 41(4), 200-206.
- Gilligan, C. (2001). *Jiným hlasem*. Praha: Portál
- Gjerdingen Dk, Froberg Dg, Fontaine P. (1991). *The Effects of Social Support on Women's Health During Pregnancy, Labor And Delivery, And The Postpartum Period*. *Fam Med*;23(5):370-5.
- Goer, H.(2002). *Průvodně přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Praha: One Woman Press.
- [Graham ID](#), [Carroli G](#), [Davies C](#), [Medves JM](#).(2005). *Episiotomy rates around the world: an update.*, Získáno 12.3.2014 z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16128977>
- Hartl, P., Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hodnett, ED., Osborn, RW. (1989) *Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes*. *Res Nurs Health*, 12, 289–297.
- Hodnett Ed. (2002). *Caregiver Support For Women During Childbirth*[Cochrane Review On Cd Rom]. Oxford, England: Cochrane Library, Update Software; Issue 1
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. (2013). *Continuous support for women during childbirth*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.
- Hořejší, A., Mrowetz, M., Pavlíková, M. (2010). *Objektivní data o mrtvých dětech*, *Zdravotnické noviny*. Získáno 12.3.2014 z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/objektivni-data-o-mrtvych-detech-456330>
- Hrešanová, E. (2008). *Porod z perspektivy sociálních věd: etnografie dvou českých porodnic se zaměřením na (jejich) organizační struktury* (Disertační práce). Masarykova universita v Brně
- Chang, S., Chen, K, Lin, H., Chao, Y., Lai, Y. (2011). *Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study*. [International Journal of Nursing Studies](#). [Volume 48, Issue 4](#), Pages 409–418, Získáno 12.3.2014 z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748910002452>
- Chvála V., Trapková L. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- Iliadou, M. (2012). *Supporting woman in labor*. *Health Science Journal*, získáno 12.3.2014 z: <http://www.hsj.gr/volume6/issue3/633.pdf>

- de Jonge, A., van der Goes, B., Ravelli, A., Amelink-Verburg, M., Mol, B., Nijhuis, J., Gravenhorst, J. B. and Buitendijk, S. (2009). *Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 116: 1177–1184. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x
- Kadlecová, M. (2010). *Manuál ošetrovatelské péče u císařského řezu. zdravotnické noviny*. Získáno 12.3.2014 z <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/manual-osetrovatelske-pecce-u-planovaneho-cisarskeho-rezu-450459>
- Kashanian, M., Javadi, F., Haghghi, MM. (2010) *Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery*. Int J Gynecol Obstet, 109(3), 198-200.
- Klaus, M., Kennell, JH. (1988) *The effects of continual social support during birth on maternal and infant morbidity*. In: PG. Fedor-Freybergh, MLV. Vogel (Eds.), Prenatal and perinatal psychology and medicine. Encounter with the unborn. New Jersey, The Parthenon Publishing Group.
- Kodyšová, E., & Morovetz, M. (2009). *Psychologie porodu – chiméra, nebo realita*. Zdravotnické noviny, 22-23.
- Kodyšová, E. (2012). *Mateřská péče o matku*. Softforum číslo 1/2012. Získáno 12.3.2014 z: <http://www.soft-os.cz/28-soft-forum/cislo-12012/115-elika-kodyova-mateska-pee-o-matku.html>
- Kotková, A. (2011). *Tělo v rukou společnosti*. Praha: Gender Studies, o.p.s.
- Kratochvíl, S. (2012). *Sex jako obohacení života*. Praha: Grada
- Kratochvíl, S. (2008). *Sexuální dysfunkce*. Praha: Grada.
- Langmaier, J., Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada
- Leal, I., Lourenço, S., Oliveira, R., Carvalheira, A. and Maroco, J. (2014). *Sexual function in women after delivery: Does episiotomy matter?*. Health, 6, 356-363. doi: 10.4236/health.2014.65052.
- Lede, R.L., Belizán, J.M., Carroli, G. (1996). *Is routine use of episiotomy justified?* [American Journal of Obstetrics and Gynecology](#). Volume 174, Issue 5, Pages 1399–1402
- Liga lidských práv. (2013a). *Rozsudek o Brněnské záchrance poukazuje na chybějící komunitní péči o rodičky a novorozence*. Brno: Liga lidských práv, tisková zpráva. Získáno 12.3.2014 z: <http://llp.cz/2013/01/rozsudek-o-brnenske-zachrance-poukazuje-na-chybejici-komunitni-peci-o-rodicky-a-novorozence/>
- Liga lidských práv. (2013b). *Ministerstvo zdravotnictví nečekaně vyloučilo z diskuze o koncepci porodnictví zástupkyně rodiček a porodních asistentek*. Brno: Tisková zpráva Ligy lidských práv, Získáno 12.3.2014 z: <http://llp.cz/2013/04/ministerstvo-zdravotnictvi-necekane-tyloucilo-z-diskuze-o-koncepci-porodnictvi-zastupkyne-rodicek-a-porodnich-asistentek/>

- Liga lidských práv (2013c). *Evropští soudci mají řadu otázek k domácím porodům v Česku. Stát tvrdí, že je to jeho věc*. Brno: Liga lidských práv. Tisková zpráva
Získáno 12.3.2014 z: <http://llp.cz/2013/09/evropsti-soudci-maji-radu-otazek-k-domacim-porodum-v-cesku-stat-tvrdi-ze-je-to-jeho-vec/>
- Liga lidských práv (2014). Právníci vyzívají rodičky: Nenechte si líbit porušování vašich práv. Brno: Liga lidských práv. Tisková zpráva. Získáno 12.3.2014 z: <http://llp.cz/2014/01/pravnici-vyzyvaji-rodicky-nenechte-si-libit-porusovani-vasich-prav/>
- Lobel, M., DeLuca, R.S. (2007). *Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications*. Social Science & Medicine, Volume 64, Issue 11, Pages 2272-2284, získáno 12.2.2014
z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953607000779>
- Malina, J., Vrhel F. (2002). *Panoráma biologické a sociokulturní antropologie 4: Antropologie sexuality: Sociokulturní hledisko*. Brno: Nadace Universitas Masarykiana.
- Margolis, J. (2004). *The Intimate History of Orgasm*. Arrow books
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- Monganová, M. (2010). *Hypnoporod*. Praha: Triton.
- Mrowetz, M. (2013). *Posttraumatická stresová porucha (PTSD) po porodu – diagnostika a terapie*. Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika, Ročník 20. č. 1. s.59 - 64
- Mrowetz, M., Chrástilová, G., Antalová, I. (2011). *Bonding – porodní radost*. Praha: Dharmagaia
- Odent, M. (2013). *Přirozené funkce orgasmů při milování, porodu a kojení*. Praha: Maitrea
- Pascoe, J.M. (1993) *Social support during labor and duration of labor: a community-based study*. Public Health Nurs, 10, 97–99.
- Paterson, L. Q. P., Davis, S. N. P., Khalifé, S., Amsel, R., & Binik, Y. M. (2009). *Persistent genital and pelvic pain after childbirth*. Journal of Sexual Medicine, 6, 215-221.
doi: [10.1111/j.1743-6109.2008.01063.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01063.x)
- Pavlíková, M. (2011). *Novorozenecká a perinatální úmrtnost – Jsme skutečně nejlepší?* Zdravotnické noviny. Získáno 16.2.2014 z <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/novorozenecka-a-perinatalni-umrtnost-jsme-skutecne-nejlepsi-462462?category=komentare>
- Pistulková, M. (2012). *Porody v průběhu staletí*. (Bakalářská práce). Brno: Masaríkova universita.
- Plháčková, A. (2011). *Úvod do psychoanalytických teorií*. Olomouc: Universita Palackého
- Reich, W. (1993). *Funkce orgasmu*. Praha: Concordia.
- Poněšický, J. (2003). *Fenomén mužství a ženství*. Praha: Triton.

- Praško, J. (2002). *Psychoterapie poporodních depresí. Psychiatrie*, 6 (Supplementum 2), 39 – 44
- Praško, J., Trojan, O. (2001). *Omilování s důvěrou a láskou*. Praha:Grada.
- Priddis, H., Dahlen, H., Schmied, V. (2013). *Women's experiences following severe perineal trauma: a meta-ethnographic synthesis*. *Journal of Advanced Nursing* **Volume 69, Issue 4**, pages 748–759. DOI: 10.1111/jan.12005
- Raková, A. (2010). *Rituály v těhotenství a při porodu*. (Bakalářská práce). Zlín: Baťova Univerzita, Fakulta humanitních studií
- Rastislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Area
- Rathfisch g., Dikencik b.k., Kizilkaya beji n., Comert n., Tekirdag a.i. & Kadioglu a. (2010) *Effects of perineal trauma on postpartum sexual function*. *Journal of Advanced Nursing* **66**(12), 264–2649. dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2>
- Reich,W. (1993). *Funkce orgasmu*. Praha: Concordia
- Roztočil, A. (2001). *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Roztočil, A., Peschout, R. (2008). *Císařský řez na přání těhotné*. *Zdravotnické noviny*. Získáno 11.3.2014 z <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/cisarsky-rez-na-prani-tehotne-359259>
- Sayasneh, A. Pandeva, I. (2010). *Postpartum Sexual Dysfunction: A literature review of risk factors and role of mode of delivery*. *British Journal of Medical Practitioners* **3(2):316**, získáno 12.2.2014 z: <http://www.bjmp.org/content/postpartum-sexual-dysfunction-literature-review-risk-factors-and-role-mode-delivery>
- Sayersová, J. (1999). *Matky psychoanalýzy*. Praha: Triton
- Scott K D, Berkowitz G, Klaus M. A. (1999) *Comparison Of Intermittent And Continuous Support During Labor: A Meta-Analysis*. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*.180(5):1054-1059
- Séguin, L., Therrien, R., Champagne, F., Larouche, D. (1989) *The components of women's satisfaction with maternity care*. *Birth*, 16, 109-113.
- Simkin P, Bolding A. (2004). *Update On Non-Pharmacological Approaches To Relieve Labor Pain And Prevent Suffering*. *J Midwifery Womens Health*;49(6):489-504
- Skupnik, J. (2007). *Panoráma biologické a sociokulturní antropologie 33. Kultury sexuality: Západ a ženská obřízka. Kulturně antropologická perspektiva*. Brno: Nadace Universitas, Akademické nakladatelství CERM, Masarykova univerzita.
- Smallová, M. (2012). *Naše děti naše světy*. Praha:Dharmagaia

- Soet, J., E., Brach, G., A., Dilorio, C. (2003). *Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth*. Birth. [Volume 30, Issue 1](#), pages 36–46, DOI: 10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x, získáno 18.3.2014 z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
- Sosa, R., Kennell, JH., Klaus, MH, Urrutia, JJ. (1980) *The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction*. N Engl J Med, 303(11), 597-600.
- Stadelmann, I.(2009). *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. Praha: One Woman Press
- Stadlmayr, W., Amsler, S., Lemola, S., Stein, S., Alt., M., Bürgin, D., Surbek, D., Bitzer, J. (2006). *Memory of childbirth in the second year: The long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27(4), 211–224.
- Takács, L., Kodyšová, E., Kejřová, K., & Bartošová, M. (2011). „*Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky*“. Psychologie pro praxi,(v tisku)
- Takács, L., Kodyšová, E., Seidlerová, J. (2012) *Souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s některými zákroky a zdravotními komplikacemi v průběhu porodu*. Česká gynekologie, 77 (3), 195-204.
- Takács, L., Seidlerová, J., Horáková Hoskovicová, S., Šulová, L., Štětovská, I., Zejdová, H., Kolumpková, M. (2012) *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: FF UK.
- Takács, L., Seidlerová, J. (2013a) *Psychosociální klima porodnice očima rodiček: I. výsledky celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček*. Česká gynekologie, 78 (2), v tisku.
- Takács, L., Seidlerová, J. (2013b) *Psychosociální klima porodnice očima rodiček: II. prediktory spokojenosti s perinatální péčí v ČR*. Česká gynekologie, 78 (3), v tisku.
- Thorstensson, S., Ekström A., Lundgren, I., Hertfelt Wahn, E., (2012). *Exploring Professional Support Offered by Midwives during Labour: An Observation and Interview Study*, Nursing Research and Practice, Article ID 648405, doi:10.1155/2012/648405
- Udy, P. (2009). *Emotional Impact of Cesareans*. Midwifery Today, získáno 13.2.2014 z: http://www.midwiferytoday.com/articles/emotional_impact.asp
- ÚZIS.(2013). *Rodička a novorozenec 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky
- ÚZIS. (2000). *Rodička a novorozenec 1999*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky
- Velebil, P. (2008), *Kritické stavy v porodnictví*. (Přednáška) Praha: IKEM
- Vokurka, M., Hugo, J. (2004). *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., Rådestad, I.: (2004). *A Negative Birth*

Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. Birth, 31(1), 17–27.

WHO.(2002). *Strategické dokumenty (3) Péče v průběhu normálního porodu, Poporodní péče o matku a novorozence.* Ministerstvo zdravotnictví ČR

Zemánková, K. (2012). *Vliv prožitku porodu na ženino sebepojetí.* (Bakalářská práce) Olomouc Univerzita Palckého

Zemánková, K. (2010). *Jaké ženy rodí doma a proč?* (Bakalářská práce). Olomouc: Univerzita Palckého

Zvěřina, M. (2013). *Vyvlastněná těla.* Praha:Lidové noviny. 31.8.2013

Dokumentární film:

Pascali-Bonaro,D. (Produkce i režie).(2008). *Orgasmický porod.* USA

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Český a anglický abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Schéma polostrukturovaného rozhovoru

Seznam tabulek:

Tabulka č.1: Srovnání vybraných přístupů k vedení porodu

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Školní rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Magisterské

Diplomant: Bc. et Bc. Kristina Neubertová Zemánková

Vedoucí diplomové práce: Prof. PhDr. Alena Plháková, CSc.

Název tématu (Česky): VLIV PROŽITKU PORODU NA SEXUALITU ŽENY

Název tématu (Anglicky): The Influence of Childbirth Experience on a Woman's Sexuality

Anotace: Tématem diplomové práce je vliv způsobu, jakým žena prožije porod, na její sexualitu. Teoretická část se bude zaměřovat na současné podmínky i historický vývoj porodnictví v České republice a na psychologické a společenské působení porodu na ženu. Kvalitativní výzkum realizovaný v praktické části bude pracovat se třemi skupinami žen, které porodily rozdílným způsobem – císařským řezem, vaginálně v porodnici a doma. Zkoumány budou rozdíly v působení těchto způsobů porodu na sexualitu žen. Jako výzkumná metoda bude použit polostrukturovaný rozhovor.

Výzkumná práce

Zásady pro vypracování:

1. Studium české a zahraniční literatury zabývající se vlivem porodu na sexualitu ženy
2. Zpracování teoretické části zaměřené na problematiku psychologie porodu z hlediska rodící ženy a problematiku sexuality ženy
3. Příprava kvalitativního výzkumu
4. Realizace výzkumu, 3x5 respondentky - ženy které porodily císařským řezem, ženy, které porodily vaginálně v porodnici, a ženy, které porodily doma, výzkumná metoda: Polostrukturovaný rozhovor
5. Kvalitativní rozbor výsledků a jejich interpretace
6. Zpracování diskuse, závěru a souhrnu

Seznam doporučené literatury:

- Hartl, P., Hartlová, H. (2000). Psychologický slovník. Praha: Portál
- Miovský, M. (2006) Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu, Praha: Grada
- Ratislavová, K. (2008). Aplikovaná psychologie porodnictví. Praha: Area
- Roztočil, A. (2008). Moderní porodnictví. Praha: Grada
- Goer, H. (1999). Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu. Praha: OneWomanPress
- Mrowetz, M.Chrastilová, G. Antalová, I. (2011). Bonding - porodní radost. Praha: DharmaGaia
- Northrup, Ch. (2008). Zdravá žena: Od prvního početí po stáří. Praha: Columbus
- Odent, M. (2001). Láska jako věda. Nakladatelství SZ
- Odent, M. (2009) The Functions of the Orgasms: The Highways to Transcendence. Pinter & Martin
- Kratochvíl, S. (2008). Sexuální dysfunkce. Praha: Grada

- Horneyová, K. (2004). Ženská psychologie. Praha: Triton
- Pastor, Z. (2007). Sexualita ženy. Praha: Grada
- Oakley, A. (2000). Pohlaví, gender a společnost. Praha: Portál
- Ridley, M. (2007). Červená královna: sexualita a vývoj lidské přirozenosti. Praha: Portál

Příloha č. 2: Český a anglický abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: VLIV PROŽITKU PORODU NA SEXUALITU ŽENY

Autor práce: Bc. et Bc. Kristina Neubertová Zemánková

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Alena Plháková, CSc.

Počet stran: 107

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 99

Abstrakt: Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku vlivu prožitku porodu na sexualitu žen. Teoretická část podává stručný přehled o současné psychologické a sociálně právní problematice porodů v České republice, srovnává vybrané přístupy k porodu (porod v porodnici, porod doma, porod SC), ukazuje kulturně antropologický pohled na porod a sexualitu, rozebírá genderovou problematiku porodu, ženskou sexualitu, fyziologii porodu, porod jako součást sexuálního života, věnuje se psychologii porodu, vlivu chování zdravotnického personálu k rodící ženě na průběh jejího porodu, porodním poraněním fyzickým i psychickým a stručně shrnuje sexuální dysfunkce po porodu. Studie prezentovaná v praktické části má ráz kvalitativního výzkumu, založeného na případových studiích třiceti žen. Jako základní metoda sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Cílem studie bylo zjistit rozdíly ve vlivu prožitku porodu na sexualitu žen podle způsobu, jakým byl jejich porod veden (císařský řez, vaginální porod v porodnici, porod doma). Výzkumné otázky směřovaly jednak ke zjištění rozdílů v prožívání intimity porodního děje mezi účastnicemi, soustředily se na vliv porodního poranění na sexuální život, na vnímání změny vlastního těla, své sexuální přitažlivosti a sebe sama jako ženy po porodu, na rozdíly v obnovení sexuálního života po porodu a celkově na vnímání změny sexuality respondentek po porodu. Analýzou získaných dat bylo zjištěno, že intimita porodního procesu byla nejvíce narušena při porodu v porodnici ať již vaginálním nebo císařským řezem, naopak při porodu doma byla intimita zachována. Vaginální porod, při němž byl účastnicím proveden nástřih, měl dlouhodobý negativní vliv na sexuální život žen po porodu. Naopak vaginální porod bez nástřihu měl výrazně pozitivní vliv na sexualitu žen především z hlediska prožitku vaginálních orgasmů. Porod císařským řezem neměl pozitivní vliv na sexualitu žen, v některých případech měl vliv negativní.

Klíčová slova:

Porod, císařský řez, vaginální porod, porod doma, porodnice, žena, novorozenec, prožitek porodu, sexualita, porodní poranění, intimita, životní změna

ABSTRACT OF THESIS

Title: The influence of the childbirth experience on the woman's sexuality

Author: Bc. et Bc. Kristina Neubertová Zemánková

Supervisor: Prof. PhDr. Alena Plháková, Csc.

Number of pages: 107

Number of appendices: 3

Number of references: 99

Abstract: This master's thesis focuses on the problems of the impact of the experience of childbirth on women's sexuality. The theoretical part provides a brief overview of the current psychological and socio-legal issues of childbirths in the Czech Republic. It compares selected approaches to childbirth (childbirth in hospital, childbirth at home, Caesarean section), it shows the cultural anthropological view of sexuality and childbirth, examines the gender issues of childbirth, women's sexuality, the physiology of childbirth, childbirth as part of sex life, it deals with the psychology of childbirth, the influence of the behavior of medical staff to the laboring woman on the progress of delivery, the physical as well as psychological injuries, and it briefly summarizes the sexual dysfunctions after childbirth. The study presented in the applied part has the nature of qualitative research, which is based on the case studies of thirty women. As a primary method of data collection the semi-structured interview was used. The aim of the study was to determine the effect of the differences in the experience of childbirth on women's sexuality by the way the delivery was performed (Caesarean section, vaginal delivery in hospital, childbirth at home). The research questions were directed to identify the differences in the experience of intimacy of the birth process by the participants, they focused on the effect of the birth injury on sex life, on the perception of the change of one's own body, one's sexual attractiveness, and the perception of oneself as a woman after giving a birth. They also focused on the differences in restoring sexual life after childbirth, and generally on the respondents' perceptions of their changes of sexuality after childbirth. By the analysis of the data it was found out that the intimacy of the birthing process was most impaired by the childbirth in hospital, irrespective of whether it was a vaginal or a Caesarean section delivery. On the other hand, the intimacy was preserved at the childbirth at home. The vaginal delivery during which an episiotomy was performed to the participant had a long-term negative impact on the sexual life of women after giving a childbirth. In contrast, vaginal delivery without an episiotomy had a significantly positive effect on women's sexuality, especially in terms of the experience of vaginal orgasms. Caesarean section had

no positive effect on women's sexuality, in some cases its effect was negative.

Key words: Childbirth, caesarean section, vaginal birth, homebirth, maternity hospital, woman, newborn, experience of childbirth, sexuality, birth injuries, intimacy, life change

Příloha č. 3: Schéma polostrukturovaného rozhovoru

1. Popište prosím stručně, jak proběhl Váš porod.
2. Jak jste při porodu vnímala to, že se Vás dotýkají cizí lidé na intimních místech?
3. Jak jste při porodu vnímala to, že Vás vidí cizí lidé nahou?
4. Zažila jste při porodu pocit studu? Pokud ano, popište prosím v jaké situaci...
5. Měla jste nějaké porodní poranění? (Jaké? Fyzické či psychické?)
6. Mělo poranění vliv na Váš sexuální život? Pokud ano, popište prosím jak...
7. Vnímáte, že se po porodu Vaše tělo nějak změnilo? Pokud ano, popište prosím jak...
8. Změnilo se po porodu Vaše vnímání sebe sama jako ženy? Pokud ano, popište prosím jak...
9. Připadáte si po porodu stejně/více/ méně sexuálně přitažlivá než před porodem?
10. Jak dlouho po porodu jste začala sexuálně žít?
11. Jak jste prožívala první milování po porodu?
12. Změnil se po porodu Váš sexuální život? Pokud ano, popište prosím jak...
13. Změnila se po porodu Vaše chuť na sex? Pokud ano, popište prosím jak...
14. Změnilo se Vaše prožívání orgasmu? Pokud ano, popište prosím jak...
15. Vnímala jste porod jako intimní záležitost?
16. Vnímala jste svůj porod jako součást svého sexuálního života, jako sexuální děj?
17. Zažila jste při porodu pocit sexuálního vzrušení či orgasmus?
18. Kdybyste měla ještě jednou родit, změnila byste něco, udělala byste něco jinak
Pokud ano, popište prosím co...