

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Sexualita ženy v těhotenství a po porodu

Bakalářská práce

Jana Augustová

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Olomouc 2021

Čestné prohlášení

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

Olomouc 30. dubna 2021

podpis

Poděkování

Chtěla bych moc poděkovat Mgr. Radce Kozákové za vedení bakalářské práce, její rady a psychickou podporu, kterou mi během zpracovávání bakalářské práce poskytla. Nemohu opomenout ani svou rodinu a manžela, kteří mi byli oporou.

Anotace

Typ závěrečné práce:	Bakalářská práce
Téma práce:	Sexualita ženy v těhotenství a po porodu
Název práce:	Sexualita ženy v těhotenství a po porodu
Název práce v AJ:	Female sexuality during pregnancy and postpartum
Datum zadání:	30. listopadu 2020
Datum odevzdání:	30. dubna 2021
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav porodní asistence
Autor práce:	Jana Augustová
Vedoucí práce:	Mgr. Radka Kozáková
Oponent práce:	
Abstrakt v ČJ:	Sexualita ženy je oblastí, která se zabývá ženiným prožíváním, touhami a aspekty s tím spojenými. Přehledová bakalářská práce se zabývá popisem a analýzou ženské sexuality v průběhu těhotenství a po porodu. Práce předkládá dohledané publikované poznatky o této problematice, popisuje možná úskalí, se kterými se žena v tomto období ohledně sexuality potýká. Shrnuje informace o změnách ženského těla v těhotenství a po porodu a vliv těchto změn na partnerský vztah a psychiku ženy. Poznatky jsou dohledány v databázích PubMed, Medvik a Google Scholar.
Abstrakt v AJ:	Female sexuality is a field that deals with a woman's experience, desires and related aspects. The overview bachelor's thesis deals with the description and analysis of female sexuality during pregnancy and after childbirth. The thesis presents researched published knowledge on this topic, describes the possible challenges that women face in this period

regarding sexuality. It summarizes information about changes in the female body during pregnancy and after childbirth and the impact of these changes on the relationship and the female psyche. The findings are traced-back in the PubMed, Medvik and Google Scholar databases.

Klíčová slova v ČJ:

Sexualita, těhotenství, šestinedělí, libido, porodní poranění, sex, pohlavní styk, erotogenní zóny

Klíčová slova v AJ:

Sexuality, pregnancy, postpartum, libido, birth tearing, sex, coitus, erogenous zones

Rozsah:

38 stran/0 příloh

Obsah

Úvod	7
Popis rešeršní činnosti	8
1 Sexualita ženy v těhotenství	9
1.1 Stručný pohled do historie.....	9
1.2 Fyziologické změny v těhotenství působící na sexualitu	10
1.3 Ženin zájem o sex v těhotenství.....	11
1.4 Cyklus ženské sexuální aktivity	13
1.5 Vhodné polohy při sexu v těhotenství.....	14
1.5.1 <i>Nekoitální praktiky v těhotenství</i>	15
1.6 Kontraindikace sexu v těhotenství.....	17
1.7 Atraktivita žen.....	17
2 Sexualita ženy po porodu.....	23
2.1 Změny po porodu	23
2.1.1 <i>Anatomické změny po porodu</i>	23
2.1.2 <i>Hormonální a psychické změny po porodu</i>	24
2.2 Porodní poranění	25
2.3 Sexuální život po porodu	26
2.3.1 <i>Sexuální dysfunkce ženy</i>	27
2.4 Sex v šestinedělí?.....	28
3 Edukace ženy během těhotenství a po porodu	31
3.1 Edukace ohledně sexu v těhotenství	31
3.2 Edukace ohledně sexu v šestinedělí.....	32
3.2.1 <i>Edukační proces</i>	32
Shrnutí teoretických východisek, jejich význam a limitace dohledaných poznatků	34
Závěr	35
Referenční zdroje.....	36

Úvod

Sexualita ženy je i v dnešní době pro mnohé tabu. Prožitky ženy při tomto aktu bývají opomíjeny a úloha ženy je soustředěna pouze na úlohu plodit děti. V období těhotenství a po porodu dochází v ženském organismu ke změnám, které mají mimo jiné i velký vliv na ženskou sexualitu a na ženino sebepojetí. S příchodem potomka se žena orientuje především na něj, zvyká si na novou roli matky, často pocítuje únavu a mnohdy si nepřipadá pro partnera dost atraktivní. Je zřejmé, že sexuální život ženy, ale i muže bude v tomto období procházet jistou transformací.

Některé ženy se pohlavnímu styku vyhýbají, není jim příjemný a mají při něm strach o sebe a hlavně o dítě. U jiných naopak sexuální aktivita stoupá a na pohlavní styk chuť mají. Ať je to jak chce, partneři by spolu měli komunikovat o vzájemných touhách, přáních, problémech i útrapách.

Cílem bakalářské práce bylo dohledat a shromáždit dostupné informace týkající se sexuality ženy obecně a poté specificky v období těhotenství a po porodu. Dále bylo cílem podat informace o edukaci ženy v těhotenství a po porodu.

Vstupní literatura:

PROCHÁZKA, Martin et al. *Porodní asistence: Učebnice pro vzdělávání i každodenní praxi*. Praha 4: Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-618-4.

MORRIS, Desmond. *Nahá opice*. Druhé. BRNO: JOTA, 2018. ISBN 978-80-7565-310-9.

PASTOR, Zlatko. *Sexualita ženy*. Grada, 2007. ISBN 9788024719894.

KOLIBA, Peter, Petr WEISS, Martin NĚMEC a Markéta DIBONOVÁ. *Sexuální výchova*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2039-0.

DUŠOVÁ, Bohdana et al. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.

Popis rešeršní činnosti

Vyhledávací kritéria

- **Klíčová slova v ČJ:** Sexualita, těhotenství, šestinedělí, libido, porodní poranění, sex, pohlavní styk, ženská sexualita
- **Klíčová slova v AJ:** Sexuality, pregnancy, postpartum, libido, birth tearing, sex, intercourse, female sexuality
- **Jazyk:** anglický, český
- **Období:** květen 2020 – duben 2021

Databáze

- Medvik, PubMed, Google Scholar
- Nalezeno článků: **85**

Vyřazující kritéria

- nerecenzovaná periodika
- duplicitní články
- obsahová nekompatibilita s cíli práce
- kvalifikační práce
- celkem vyřazeno článků: **44**

Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů:

- Medvik použito článků: **1**
- PubMed použito článků: **3**
- Google Scholar použito článků: **14**
- Odborné knihy: **13**

Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 31 dohledaných článků a odborných knih.

1 Sexualita ženy v těhotenství

Pojem sexualita je dle antropoložky Suzanne G. Frayserové „systém sestávající z biologických, sociálních, kulturních a psychologických atributů, které se navzájem překrývají, prolínají, produkující sexuální vzrušení nebo orgasmus, a které, ač nikoli nutně, jsou spjaty s reprodukcí“ (Koliba et al., 2019, s. 11).

Sexualita je projevem lidské přirozenosti a jednou ze základních lidských potřeb. Pro někoho je zdrojem štěstí a pozitivních emocí a optimismu. Na druhou stranu také může vést k vážným poruchám a patologickým sexuálním projevům. Mezi základní funkce sexuality řadíme především funkci reprodukční a pocit požitku a slasti. Každý má své individuální potřeby, jinak svoji sexualitu vyjadřuje a prožívá. Lidská sexualita je ovlivňována řadou faktorů jako jsou například aspekty sociální, biologické, ekonomické, náboženské, psychologické, kulturní nebo politické (Koliba et al., 2019, s. 11–12).

1.1 Stručný pohled do historie

Z historického hlediska mělo velmi negativní vliv na pojetí sexu a sexuality křesťanství, které pohlavní styk připouštělo pouze ve svazku manželském (Koliba et al., 2019, s. 14).

Velký průlom na počátku 19. století udělal Sigmund Freud, který poprvé odboural tabu ohledně lidské sexuality. Zabýval se dětskou erotikou, touhami, fantaziemi, sebeuspokojováním atd. Ne ve všem měl nutně pravdu, ale prolomil pomyslné ledy ohledně doposud promlčovaného tématu. Zabýval se také otázkou, co je pro člověka na sexu tak lákavého. Tento chtíč nazval libidem. Název převzal od Alberta Molleho. Zdůraznil, že smysl pohlavního styku netkví pouze v reprodukci (Pastor, 2007, s. 16).

Okolo první světové války začali mít lidé větší povědomí o pohlavních nemocech a to především o syfilitidě, kapavce a měkkém vředu. Bohužel se tyto pohlavní choroby velice rozšiřovaly díky velké popularitě nevěstinců. Na tento popud dokonce vznikl zákon, který nevěstince zakazoval (zákon č. 241/1922 Sb.). V tomto období jsou na vzestupu vědní obory jako je sexuální psychologie a sexuologie, které se zabývaly lidskou sexualitou. Druhá světová válka měla na obor sexuologie a celkově na společenský vývoj neblahý vliv. Znásilnění a prostituce byly na denním pořádku. Po druhé světové válce došlo opět k rozvoji a vzestupu sexuologie jako vědního oboru (Koliba et al., 2019, s. 14–15).

Zásadní byla 50. léta 20. století, kdy Alfred Kinsey šokoval výsledky svého průzkumu obyvatele Spojených států amerických. Výzkum změnil pohled veřejnosti na sex a pohlavní život. Otevřel témata jako jsou sexuální touhy a představy, mimomanželské sexuální styky,

homosexualita apod. Tento okamžik je považován za milník v oblasti detabuizování sexu. V roce 1947 dokonce založil Institut pro výzkum sexu (Pastor, 2007, s. 16).

V roce 1954 byl ve Washingtonu zahájen výzkum ohledně sexuálního chování. Poprvé byly vědecky popsány reakce na sexuální stimuly. Zrodil se model ženského i mužského cyklu sexuální aktivity (Pastor, 2007, s. 16).

Od roku 1957 až do 90. let 20. století vedli rozsáhlé a velmi konkrétní výzkumy v oblasti lidské sexuality psycholožka Virginia Johnsonová a gynekolog Dr. William Masters. Jejich společná studie byla vskutku průlomová, protože objasnila fyziologii orgasmu, odhalila nová fakta v oblasti sexuality a intimity a podíleli se na tzv. „sexuální revoluci“. Popsali fyziologické a psychologické odpovědi na sexuální dráždění. Ve svých výzkumech mimo jiné došli k závěru, že pohlavní styk je zcela přirozenou potřebou a v neposlední řadě je prospěšný ke zdraví a také zdrojem potěšení (Koliba et al., 2019, s. 26).

Nelze opomenout ani 60. léta 20. století, kdy hnutí „hippies“ propagovalo sexuální svobodu, což mělo za následek uvolnění sexuální morálky. O sexu se začalo více mluvit i mezi veřejností (Koliba et al., 2019, s. 15).

Důležité také bylo přijetí „Deklarace sexuálních práv“, které proběhlo v Hongkongu v roce 1999. Prosazuje právo na sexuální autonomii, svobodu a rovnost. Právo na sexuální péči a informovanost v sexuální výchově (Pastor, 2007, s. 16).

1.2 Fyziologické změny v těhotenství působící na sexualitu

V období celého těhotenství děloha roste a z velikosti 50 gramů dosahuje hmotnosti až 1 kilogramu. Ve 36. týdnu děloha sahá až k dolnímu okraji žeber (Hájek et al., 2014, s. 33).

Pochva díky zvýšené vaskularitě mění svoji barvu do fialova. Vlivem estrogenů se zahušťuje poševní hlen, který bývá bělavý a jeho pH faktor se pohybuje v rozmezí 3,5–6 (Procházka et al., 2020, s. 192).

Působením hormonů se taktéž zvyšuje počet prsních žláz. Tento jev je zřejmý již v časném stádiu gravidity. Glandula mammaria se zvětšuje a připravuje se na tvorbu mléka. Není neobvyklé, že žena okolo termínu porodu může pozorovat světlý řídký sekret z bradavek (kolostrum). Prsy mohou taktéž být více citlivé a napjaté (Macků et al., 2002, s. 27).

Výjimkou nejsou také strie, které se objevují zpravidla na prsou, bocích a v oblasti břicha. Časté bývají i varixy, což jsou rozšířené žilní úseky, které se díky vlivu progesteronu plní krví. S tímto souvisí i vznik hemoroidů. Jedná se o žilní měščky v oblasti řitního otvoru (Procházka et al., 2018, s. 22).

Zvýšení hmotnosti v těhotenství je dalším zcela přirozeným jevem, byť se žena stravuje zdravě, má přiměřené porce jídla a dodržuje pravidelný pohyb. V tomto období dochází ke zvětšení již zmíněné dělohy, placenty, prsou a plodu. Také nemůžeme opomenout fakt, že v období těhotenství žena průměrně zadrží okolo 6,5 litrů tekutin. Za fyziologický přírůstek se považuje 12–15 kg.

Ženská psychika v období těhotenství je zcela odlišná než před graviditou. Faktorů, které ji ovlivňuje je celá řada. Můžeme je rozdělit na fyzické, ekonomické nebo sociální. Velkou roli hraje i ženin partner a rodina. Mění se vztah mužů k partnerce a také se musí připravit na novou roli otce.

Z hlediska rozdělení těhotenství na tři trimestry můžeme v každém pozorovat typické proměny.

V prvním trimestru se žena zaměřuje na své tělo a celkově na sebe samu. Přijímá svoji novou roli nastávající matky.

Druhý trimestr je typický tím, že se žena zaměřuje na své dítě a plně si uvědomuje to, že je v jiném stavu. Snaží se zaměřit na správný vývoj gravidity. Dítě si uvědomuje jako samostatného jedince.

Ve třetím trimestru může žena pociťovat strach z porodu, obavy o dítě a touží po tom, ať porodí co nejdříve a bez komplikací.

Hormonální změny jsou pro těhotnou ženu více než typické. Zvyšuje se hladina progesteronu, estrogenů, placentární hormony a prolaktin. Naopak je snížena hladina androgenů.

V prvním trimestru hraje hlavní roli v organismu ženy progesteron, který má mimo jiné vliv i na sexualitu. Způsobuje únavu, snižuje libido, zvyšuje citlivost prsou a přináší ženě pocity podráždění až deprese.

V těhotenství se také snižuje buněčná imunita, což může mít za následek vaginální infekce spojené s výtoky a bolestí při pohlavním styku (Procházka et al., 2020, s. 195–196).

1.3 Ženin zájem o sex v těhotenství

Sexualita ženy v těhotenství je velmi specifická a individuální. Byly provedeny výzkumy zabývající se ženíným zájmem o sex v tomto období.

V prvním trimestru dochází u žen ke zdatelným výkyvům v oblasti sexuality. Některé ženy se pohlavnímu styku nebrání a naopak některé jej zcela vyřazují. Průřezová studie v Hongkongu zjistila, že více než třetina žen přerušila vaginální styk během těhotenství. Důvodem jsou hlavně převládající mýty, že sex může způsobit potrat, poškození plodu či

předčasný porod. V té samé studii se došlo k závěru, že 55,6 % žen v prvním trimestru provozovalo vaginální styk. Zajímavá se jeví skutečnost, že ženy, které nevěděly o svém těhotenství v časném stádiu, měly vyšší frekvenci pohlavního styku oproti ženám, které si byly vědomy svého jiného stavu. Ve druhém trimestru se sexuální apetit u žen ve valné většině zvyšuje ve srovnání s trimestrem prvním. S největší pravděpodobností to souvisí se snížením těhotenských příznaků a s větším prokrvením pohlavních orgánů. Třetí trimestr je dle této studie spojen s nejnižší sexuální aktivitou. Během tohoto trimestru se 52–73 % žen setkala se sexuálními problémy nebo sex odmítaly. Je to spojeno se strachem z porodu a nastávajícího mateřství. Dalším velkým faktorem jsou somatické změny. Především otoky, únava, zvýšená hmotnost, rostoucí břicho či vaginální výtok (Fuchs et al., 2019, s. 1–9).

Další průzkum přinesl podobné výsledky. Do zkoumání bylo zapojeno 520 těhotných žen, ve věku 18–45 let. Zkoumány byly po dobu všech tří trimestrů. Nakonec bylo možné použít výsledky u 168 z nich. Jako výzkumný nástroj byl použit účelový výzkumný dotazník a standardizovaný „Index sexuálních funkcí žen“. Sledoval se především ženin zájem o sex, její vzrušení, zda dosahovala orgasmu, bolest při pohlavním styku a celková spokojenost se sexuálním životem v těhotenství. U žen bylo prokazatelné, že jejich zájem o sex klesal v průběhu všech tří trimestrů v porovnání s dobou před otěhotněním. U dalších zmíněných parametrů byl taktéž zaznamenán znatelný pokles a zhoršení (Gałązka et al., 2015, s. 445–454).

V Polsku proběhla studie, která se také zabývala sexuální aktivitou žen v těhotenství. Konkrétně bylo zkoumáno, jak se ženin sexuální apetit mění a vyvíjí v každém trimestru. Zúčastnilo se 624 žen, které byly sledovány ve všech třech trimestrech. Průzkum dokázal, že nejvyšší sexuální aktivitu ženy vykazovaly ve druhém trimestru. Naopak ve třetím trimestru byla sexuální aktivita nejnižší. Zjistilo se, že existuje souvislost mezi tím, zda žena měla ráda sex již před otěhotněním. Ty ženy, které se již před těhotenstvím rády oddávaly sexuálním radovánkám, vykazovaly o sex větší zájem i v těhotenství. Zaznamenán byl i rozdíl mezi ženami, které byly těhotné poprvé a ženami, které již rodily. Ty, které byly těhotné dvakrát a vícekrát měly větší chuť a odvahu provozovat pohlavní styk během gravidity (Fuchs et al., 2019, s. 1–9).

V Egyptě proběhla průřezová studie, která hodnotila ženin zájem o sex v průběhu tří trimestrů. Zahrnuto bylo 300 zdravých heterosexuálních těhotných egyptských žen, které byly vdané. Byla využita metoda pro měření sexuálních funkcí žen v každém trimestru, a to dotazník „Indexu ženské sexuální funkce“. Z výsledků vyplynulo, že změny během těhotenství byly významné oproti době před otěhotněním. V prvním trimestru bylo 68 % žen, které měly snížené sexuální funkce. Ve druhém trimestru to bylo 51 % žen a ve třetím trimestru dokonce 72 % žen.

Ze závěru tedy vyplývá, že sexuální funkce žen výrazně klesají v prvním a hlavně ve třetím trimestru (Hanafy et al., 2013, s. 240- 243).

1.4 Cyklus ženské sexuální aktivity

V 60. letech minulého století pojmenoval americký gynekolog Masters fáze sexuálního prožitku ženy a muže. Jeho schéma je používáno dodnes. Ženská orgasmická křivka mívá pomalý vzestup, oblý vrchol a doznívá po delší dobu. U muže je naopak vzestup velmi prudký, vrchol ostrý a návrat je rychlejšího rázu.

V klasickém modelu jsou popisovány čtyři fáze sexuálního prožitku.

První je fáze *excitace* (lze ji označit i jako „předehtu“) neboli podráždění, kdy dochází k růstu sexuálního vzrušení a to vlivem psychogenní nebo fyzické stimulace. Excitace trvá až desítky minut a narůstá plynule. Tato fáze je u každé ženy velmi individuální a je nutné vycítit a zjistit, co ženu do tohoto stavu přivede.

Druhou fází je *plató*, kdy dojde k nejvyššímu nárůstu vzrušení a žena se pomalu blíží k pomyslnému vrcholu (Pastor, 2007, s. 32–33).

Předposlední fází je *orgasmus*, který u žen trvá několik sekund. V porovnání s muži bývá tato fáze delší a slabší. V těle dojde k uvolnění svalového napětí a všechny smyslové vjemy se u ženy přesunují do oblasti dělohy, pochvy, klitorisu a malé pánve. Tepová frekvence dosahuje až 150 tepů za minutu. Dýchání se prohlubuje a zrychluje. Při vyvrcholení bývá typický zkroucený obličej, rozšířené nozdry a ústa bývají široce otevřená. U žen bývá typické zčervenání v oblasti horní poloviny břicha, na hrudi a okolo prsou. U bradavek dojde ke zvětšení až o 1 centimetr (Morris, 2018, s. 58–59).

Jako poslední přichází fáze *uvolnění*, která trvá delší dobu jak u mužů a lze v této fázi zažít opětovný orgasmus, jestliže dojde k další sexuální stimulaci. V opačném případě dochází k uvolnění a v nějakých případech i ke spánku (Morris, 2018, s. 58).

Erotogenní zóny

Místa, která při jejich dráždění přináší vzrušení, jsou pro každého individuální. Co někomu přináší potěšení, může být pro někoho nepříjemné. Obecně se mezi tyto zóny řadí oblast genitálií. Pro ženy je to specificky oblast vulvy, vaginy, klitorisu nebo tříslel. Velmi častou erotogenní zónou je oblast prsou, krku nebo ušních lalůček. Dále jsou to ústa, rty nebo oční víčka (Morris, 2018, s. 57).

Škála erotogenních zón je vskutku rozmanitá a může se v průběhu života měnit. Velkou roli hraje i partner, který v ženě může probudit nové touhy a může díky němu nalézt skrytá

zákoutí, která při stimulaci přináší rozkoš. Je to celoživotní proces, který umožňuje tělo lépe poznat a zkoumat (Pastor, 2007, s. 17).

U žen při sexuálním vzrušení dochází ke dvěma základním reakcím:

První je prokrvení rodidel. V okamžiku, když se žena vzruší, tak se její genitální oblast naplní krví. Stejně jako u mužů, můžeme pozorovat zvětšení genitálií. Například klitoris je při vzrušení až třikrát větší než v klidovém stavu. Pro muže je zvětšený poštváček znakem, že je žena vzrušená a motivuje ho to k vyvíjení dalšího sexuálního úsilí.

Druhým projevem je zvlhčení pochvy a zevních rodidel. Bartholiniho žlázy produkují lubrikační hlen, který usnadňuje průnik penisu do pochvy. Celkové množství tohoto lubrikantu ovlivňuje řada faktorů. Psychika ženy, strava nebo míra hydratace organismu. Nedostatečná hydratace a absence přirozeného lubrikantu má za následek bolestivý pohlavní styk. Tento problém lze řešit například dodržováním pitného režimu nebo použitím lubrikačního gelu (Koliba et al., 2019, s. 33).

Reakce na sexuální dráždění jednotlivých orgánů

Děloha, respektive hrdlo děložní je místem, které ženě vlivem dráždění přináší rozkoš. Při orgasmu může žena pociťovat děložní stahy. Mění se i sklon hrdla děložního a pozice vůči pochvě.

Pochva reaguje na sexuální stimul především rozšířením, prodloužením, prokrvením a stahy. Každá žena má senzitivní jinou část vaginy.

Velké a malé stydké pysky se při dráždění zvětšují a prokrvují. Častá je i barevná transformace do tmavě červených odstínů.

Klitoris v sobě skrývá topořivá tělíska, podobně jako má mužský penis. Při vzrušení se poštváček zvětší a prokrví. Stává se také mnohem citlivějším. Drážděním klitorisu lze dosáhnout orgasmu.

Gräfenbergův bod neboli „bod G“ představuje pro řadu žen místo, které určitou stimulací přináší orgasmus, dokonce i mokřý orgasmus. Nachází se na přední straně vaginy mezi dělohou a kostí stydkou (Koliba et al., 2019, s. 34–35).

1.5 Vhodné polohy při sexu v těhotenství

V prvním trimestru je škála poloh při pohlavním styku velice rozmanitá, jelikož ženino břicho není ještě příliš velkou překážkou.

Ve druhém trimestru je sex obecně považován za nejbezpečnější. Vhodné jsou například následující polohy: Partneri leží na boku, tvářemi jsou obráceni k sobě a partner penisem

proniká do ženy. Druhou polohou je tzv. poloha misionářská, kdy žena leží na zádech a muž je nad ní opřený o lokty nebo ruce.

V posledním trimestru je vhodná například poloha „zezadu“, kdy je žena na všech čtyřech a muž do ní proniká. Taktéž je vhodná poloha z boku, kdy má žena nohy přitažené k břichu a muž k ní přiléhá z boku (Trča, 2004, s. 48).

Ke konci těhotenství je sex doporučován. Prostaglandiny přítomné v ejakulátu napomáhají k dozrání hrdla děložního, čímž mohou pomoci vyvolat porod. Vhodná je i stimulace bradavek (Procházka et al., 2018, s. 23).

Dle publikace G. Teusen a I. Goze-Hänel se není třeba obecně sexu v těhotenství vzdávat, není-li k tomu lékařem stanovený důvod. Jen je v tomto období potřeba zapojení fantazie. Bříško může být omezením, ale existuje spousta poloh, které jsou pro oba partnery přijatelné. Naopak spousta žen prožívá sex v těhotenství intenzivněji, jelikož jsou její pohlavní orgány více prokrveny (Teusen et al., 2015, s. 43).

Byla provedena studie, která zjišťovala, jaké sexuální polohy ženy v těhotenství upřednostňují. Zapojeno bylo 215 těhotných žen, které byly registrovány na předporodní klinice lékařského centra na severu Tchaj-wanu. Z výsledku vyplynulo, že téměř 70 % žen praktikovalo polohu, kdy žena ležela na zádech a muž do ní pronikal shora (misionářská poloha). Dle tohoto výzkumu se preferovaná poloha během všech tří trimestrů téměř neměnila. Další oblíbená pozice byla ta, kdy žena seděla na muži tváří v tvář. S pokročilým těhotenstvím také ženy volily další polohy, které byly příznivé k rostoucímu bříšku (Lee et al., 2010, s. 408–420).

Dle další studie, tentokrát provedené v Polsku, které se zúčastnilo 624 žen, byla vyhodnocena jako nejoblíbenější poloha v prvním trimestru poloha misionářská. Ve druhém a třetím trimestru to byla poloha „lžice“, kdy muž do ženy pronikal z boku. Obecně se mezi oblíbené pozice řadila poloha „zezadu“ a „na koníčka“ (Fuchs et al., 2019, s. 1–9).

1.5.1 Nekoitální praktiky v těhotenství

Jelikož může být sex pro ženu v těhotenství namáhavý, nepříjemný nebo jednoduše nechtěný, nabízí se jí a jejímu partnerovi celá škála nekoitálních praktik, které mnohdy plně nahradí klasický pohlavní styk (Malarewicz et al., 2006, s. 733–739).

Masáž

Nastávající maminka jistě masáž ocení, a to především v posledních dvou měsících těhotenství, kdy je pro ni pohyb obtížnější a častěji trpí na bolesti zad (přesněji v bederní krajině). Je přínosná pro krevní oběh, uvolňuje napětí, odbourává stres a navozuje příjemnou atmosféru v páru. Doporučuje se provádět v přítmí a v teplé místnosti. K tomu je příjemný i poslech relaxační hudby. Vhodný je i olejíček, který zmírní tření mezi rukama partnera a kůží. Důležité je dbát na opatrnost a pocity ženy. Masáž by ji měla být příjemná a neměla by způsobovat bolest. Je proto klíčové najít správnou polohu. Žena by neměla ležet na břiše. Vhodné je například obkročmé sezení na židli, leh na boku nebo opření se o opěradlo židle v sedě (Trča, 2004, s. 34).

Libání, hlazení, laskání

Jedná se o sexuální projevy, které v těhotenství často nahrazují koitus. Obzvláště pro ženy jsou tyto praktiky velice příjemné. Ženy jsou totiž senzitivní na vnímání doteků více než muži. Ovšem i zde platí pravidlo, že je lepší vše komunikovat s partnerem a popsat mu, co je příjemné a co nikoliv. Doteky je možno provádět nejen rukama, ale i jazykem, ústy nebo různými pomůckami. S tímto se pojí i pojem *petting*. Označuje se jím mazlení nebo laskání, které většinou zasahuje do částí těla, které bývají většinou oděny a nejedná se přímo o genitálie. Řadí se zde například hýždě, břicho nebo podpaží (Koliba et al., 2019, s. 41–43).

Masturbace

Tato metoda je vhodná pro ženu i muže jako doplněk partnerských styků. V období gravidity často dokonce přebírá hlavní roli v sexuálních praktikách. Samotný pohlavní styk bývá často odmítán jedním z partnerů nebo je technicky náročně proveditelný. Vzrušující pro mnohé páry je i společná masturbace nebo vzájemné uspokojování. V porovnání se sexem dosahují ženy během masturbace orgasmu častěji (Koliba et al., 2019, s. 42).

Orální sex

Těší se velké oblibě mezi muži i ženami. Najdou se ovšem i tací, pro které je tato praktika více intimní než samotný pohlavní styk a proto se musí partnerovi více otevřít. Pro někoho je orální sex dokonce tabu. Pravdou ovšem je, že v těhotenství se jeví jako výhodnou praktikou, jestliže je ženě samotný sex nepříjemný. Stěžejní je opět domluva obou partnerů a důsledná hygiena. Orální stimulace ženy se nazývá *cunnilingus*. Technika této praktiky se odvíjí od přání ženy. Muž může dráždit ženin zevní genitál jazykem, popřípadě ji během toho může uspokojovat rukama či pomůckami. *Fellatio* je formou orální stimulace, kdy žena uspokojuje

muže. Pro některé páry je tato metoda plně dostačující a velice příjemná. Na potřeby muže by se v období těhotenství nemělo zapomínat. Tento způsob bývá dobrým kompromisem ze strany muže i ženy (Koliba et al., 2019, s. 42).

1.6 Kontraindikace sexu v těhotenství

Jsou ženy, kterým není sex doporučován a to z různých důvodů. Lékař (popřípadě porodní asistentka) by ženu měl posoudit individuálně, zhodnotit, zda je pro ní provozování pohlavního styku bezpečné, informovat ji o možných rizicích a případně ji nabídnout jiné praktiky.

Případy, kdy je u ženy pohlavní styk kontraindikován, můžeme rozdělit na *absolutní* a *relativní*.

Mezi absolutní řadíme:

- Placenta praevia (neboli včestná placenta)
- Předčasné dozrávání hrdla děložního
- Vaginální krvácení
- Hrozící předčasný porod

Mezi relativní:

- Multiparita
- Předčasný porod v anamnéze
- Opakující se vaginální infekce

Často se také diskutuje, zda by se ženy, které očekávají dvojčata, měly vyvarovat pohlavnímu styku v souvislosti se zvýšeným rizikem předčasného porodu. Dle jedné studie, do které bylo zapojeno 126 žen bylo zjištěno, že sex nehraje v tomto ohledu žádnou významnou roli. Pohlavní styk jim tedy není nutné odpírat (nejsou-li známy žádné další kontraindikace) (Mivšek, 2015, s. 91–93).

1.7 Atraktivita žen

Názory na ženskou atraktivitu, krásu, sex-appeal se mění především v souvislosti v čase a s transformující se kulturou. Například muži v dobách antického Řecka obdivovali ženské pozadí. Zvěčňovali ho například na sochách. Období baroka se zase vyznačovalo tím, že mohutnější prsa, pozadí a boky byly považovány za ideál ženské krásy. Zkrátka a dobře každá doba vnímá krásu a atraktivitu jiným způsobem (Pastor, 2007, s. 34–35).

Měřítka přitažlivosti mají také nastavené jinak muži a jinak ženy. Obecně se má za to, že se žena muži jeví atraktivní, jestliže má celkově mladistvý vzhled, symetrický obličej, lesklé vlasy, bílé zuby, plné rty, velká ňadra a příznivý poměr pasu a boků (Pastor, 2007, s. 34–35).

Poměr pasu a boků je stěžejním ukazatelem zdraví a plodnosti ženy. Čím je užší pas vůči bokům, tím více žena vykazuje svoji plodnost a jeví se vůči muži atraktivnější. Absence břicha značí jednak zdraví, ale i absenci těhotenství (Butovskaya et al., 2017).

Dle jedné empirické studie bylo sledováno, jak respondenti ohodnotí fotky žen v plavkách, které měly různý index tělesné hmotnosti a různý poměr pasu vůči bokům. Bylo potvrzeno, že více atraktivní se jevíly ženy s užším pasem a nižším indexem tělesné hmotnosti, jelikož byly považovány za potenciální matky budoucích potomků (Andrews et al., 2017, s. 461–467).

Má se za to, že jeden z nejdůležitějších faktorů pro výběr vhodné partnerky je věk. Důvodem toho, proč muži raději volí mladší partnerky, je nevědomá či vědomá strategie, aby měli sexuální přístup k ženě v celém jejím reprodukčním období. Touží s ní zplodit děti a nechtějí investovat do výchovy dětí, které s ní nezplodili. Muži bez ohledu na věk nejvíce vyhledávají ženy mezi dvaceti až třiceti lety. Nejvíce žádané jsou dívky ve věku 18–22 let. Po třicátém věku fertilita (plodnost) výrazně klesá a pro muže se tato žena stává méně zajímavá a atraktivní. Důležitou roli také hraje obezita či naopak podvýživa a celkový zdravotní stav ženy (Koliba et al., 2019, s. 52–53).

Ženino sebepojetí v těhotenství

Vlivem psychických a především tělesných změn v těhotenství se u žen mění i jejich vnímání vlastní atraktivity ve smyslu, jak se cítí ve svém měnícím se těle i jak se zdá být atraktivní pro svého partnera.

Byly provedeny výzkumy, které se zabývaly atraktivitou těhotných žen, avšak tyto výzkumy jsou velmi limitované.

Dotázáno bylo 107 žen v prvním a třetím trimestru a v období šesti měsíců po porodu. Pouze 63 z nich dokončilo dotazník. Byly zde zahrnuty obecné otázky týkající se sexuální aktivity a pět validovaných indexů, které zkoumaly sexuální funkci žen, expozici těla během sexuálních aktivit, urogenitální problémy, inkontinenci a fekální inkontinenci. Z výsledku vyplynulo, že sexuální funkce během všech sledovaných období poklesly a v šesti měsících po porodu nedošlo ke zlepšení. Taktéž se změnily sexuální praktiky, ale ty byly krátce po porodu opět na podobném stupni jako na počátku těhotenství. V tomto průzkumu nebylo prokázáno, že by se ženy cítily méně sebevědomé a atraktivní v průběhu těhotenství.

Na začátku těhotenství byla nízká sexuální funkce spojena se zhoršeným sebepojetím a se zhoršenou „body image“, zatímco v poporodním období hrály velkou roli ve zhoršení těchto funkcí urogenitální potíže (Pauls et al., 2008, s. 1915–1922).

Při další studii bylo dotázáno 320 těhotných žen, u kterých se pozorovalo, zda spolu souvisí ženino pozitivní sebepojetí a „body image“ před otěhotněním s duševní pohodou a spokojeností později v průběhu těhotenství. Studie probíhala v roce 2016 v Íránu v devíti zdravotnických zařízeních, kde byla data shromažďována pomocí standardizovaných dotazníků. Data byla analyzována pomocí deskriptivních a inferenčních statistických metod. Těhotné ženy byly vybrány bez ohledu na gestační stáří a u kterých nebyly diagnostikovány jakékoliv duševní poruchy, nekouřily a neužívaly sedativa. Průměrný věk ženy byl 28,5 let, gestační stáří plodu bylo 25,9 týdnů. Počet těhotenství u žen byl v průměru 1,8 a počet proběhlých porodů 0,7. Většina žen byly ženy v domácnosti, které z 80,3 % měly vysokoškolské vzdělání. U 84,1 % bylo těhotenství plánované. Přišlo se na to, že ženin pozitivní přístup ke svému tělu, psychická pohoda a znalosti v oblasti psychologie před otěhotněním měly příznivý vliv na její sebepojetí a pozitivní vnímání svého těla během těhotenství. Studie rovněž prokázala, že trénink pozitivního přístupu ke svému tělu a zlepšení znalostí žen v této problematice před otěhotněním může předejít negativnímu sebepojetí a „body image“ žen v těhotenství a učinit jej příjemnějším (Fahami, 2018, s. 167–171).

Vzhledem k tomu, že ženino tělo prochází v těhotenství změnami, má se obecně za to, že je žena náchylnější k depresím a negativnímu sebepojetí. Dnešní společnost je totiž nastavená tak, že za atraktivní a krásnou ženu považují muži štíhlou ženu. Těhotné ženy jsou proto pod nátlakem a nemohou se smířit se svým „novým“ tělem v průběhu gravidity. Nespokojenost s tělem může mít za následek deprese, úzkosti nebo sociální izolaci.

Je těhotná žena pro muže atraktivní?

Přirozeně je dáno, že muži preferují ženy, které se jeví jako plodné. Jak již bylo zmíněno, známkami dobrého zdraví ženy a její plodnosti jsou například nízká hmotnost a ideální poměr pasu a boků. U gravidních žen bývá obvyklé, že jejich hmotnost v průběhu těhotenství roste a je i vyšší poměr pasu vůči bokům. Navíc těhotné ženy jsou již oplodněné a muži necítí potřebu svojí genetickou informaci předávat dál. To vše jsou fakta, díky kterým by se dalo předpokládat, že se těhotné ženy mužům jeví jako méně atraktivní (Prokop et al., 2020).

Slovenská studie se zabývala právě otázkou, jak se gravidní ženy jeví pro muže atraktivní. Výzkumu se zúčastnilo celkem 105 vysokoškolských studentů ve věku od 18 do 49 let. Avšak 5 studentů uvedlo, že jsou bisexuálové a další student, že je homosexuál. Těchto

6 studentů bylo z výzkumu vyloučeno. Z 99 respondentů polovina uvedla, že jsou ve vztahu. Průměrná délka vztahu byla 56 měsíců. Těhotenství bylo u žen věrohodně simulováno pomocí silikonového břicha (ostatní těhotenské změny jako volný tělesný tuk nebo hormonální změny zůstaly nemanipulovány). Vyfotografováno bylo 10 vysokoškolských studentek ve věku od 20 do 24 let za standardních světelných podmínek na bílém pozadí. Ženy byly vyfoceny z levé strany, aby byly znatelné rysy zvětšeného břicha. Každá žena byla vyfotografována s břichem a bez něj. Muži byli nejdříve tázáni na běžné otázky (věk, pohlaví, orientace, zda jsou ve vztahu, případná délka vztahu). Dále byli požádáni, aby hodnotili každou fotografii dle toho, jak ženu s břichem a bez břicha považují za atraktivní pomocí sedmibodové Likertově škále. Číslo 1 značilo, že je žena pro muže absolutně neatraktivní a číslo 7 extrémně atraktivní.

Předpokládané výsledky byly potvrzeny a horší hodnocení získaly ženy s bříškem. Dále bylo zjištěno, že gravidní ženy jsou považovány za atraktivní pro dlouhodobý vztah spíše než pro krátkodobý, protože jejich plodnost bude obnovena po ukončení těhotenství a bude se dále ve vztahu moci rozmnožovat. Z výsledků dále vyplynulo, že velkou roli hraje i to, zda je muž se ženou v krátkodobém či dlouhodobém vztahu. Muži v krátkodobém vztahu hodnotili těhotné ženy jako méně atraktivní. Taktéž bylo zjištěno, že muži starší a bez závazku hodnotili gravidní ženy jako více přitažlivé ve srovnání s muži mladšími a ve svazku. A to nejspíše proto, že mají obecně nižší nároky (Prokop et al., 2020).

Vliv těhotenství na sexuální život partnerů

Dříve se mělo za to, že muž nesmí mít pohlavní styk s těhotnou ženou, jelikož by mohlo dojít k dalšímu oplodnění. Tuto myšlenku si křesťané poupravili k obrazu svému a nabádali věřící, aby se sexu v těhotenství vyvarovali, jelikož cíl pohlavního styku – početí dítěte, byl již dosažen. V dnešní době již víme, že těhotenství není pro sexuální život kontraindikací. Je ovšem na každé ženě, zda chce sex provozovat. Jak již bylo zmíněno, vlivem anatomických i funkčních změn se může její postoj k pohlavnímu životu změnit.

Většina žen v prvním trimestru pociťuje značný útlum chuti na sex. Je pravděpodobné, že v tomto mechanismu uplatňuje i určitá pudová zábrana. V prvním trimestru existuje riziko krvácení a samovolného potratu. Ve druhém trimestru libido u žen zpravidla stoupá a sex je obecně považován za bezpečnější než v prvním trimestru. V posledním trimestru pociťuje většina žen opětovné snížení sexuálního apetitu. Můžeme to přisuzovat větší únavě nebo celkovému dyskomfortu (Trča, 2004, s. 47).

Ženy často v průběhu těhotenství pociťují strach ze ztráty partnera vlivem jejího poklesu zájmu o sex. Některé z nich pohlavní sex striktně odmítají. Jestliže o této problematice

se svým partnerem dostatečně nehovoří a nehledají řešení, může se stát, že muž začne uspokojovat své potřeby jinde (Hájek et al., 2014, s. 63).

Nesmíme zapomínat, že k harmonickému vztahu sexuální styk neodmyslitelně patří a jeho kvalita se projevuje i na celkové kvalitě vztahu. Ať chceme nebo ne, sex je součástí nás všech. V těhotenství tomu není jinak a mělo by se poohlížet na potřeby ženy i muže. Partneri by k sobě měli být navzájem shovívaví, měli by se navzájem respektovat a najít kompromis výhodný pro obě strany.

Výzkum se zabýval otázkou, jaké jsou dopady těhotenství na pohlavní život a sexuální funkci partnerů. Bylo zapojeno 123 párů, které byly sledovány po dobu tří trimestrů. Během prenatalních návštěv byla hodnocena sexuální funkce páru pomocí Indexu erektilní funkce u mužů a Indexu sexuálních funkcí žen u žen ve třech trimestrech. Byla provedena statistická analýza. Zaznamenán byl významný pokles indexů sexuální funkce, které se snižovaly v průběhu těhotenství. Zaznamenaný problém byl nejvíce znatelný během třetího trimestru. Byla pozorována silná korelace mezi sexuální funkcí žen a mužů. Ze získaných poznatků je jasné, že páry potřebují být edukovány o dané problematice a je na místě vyvíjet snahu v oblasti prevence (Khalesi et al., 2018, s. 227–234).

Další průzkum se zabýval obdobnou otázkou ohledně těhotenství a jeho vlivu na sexuální život páru. Zvlášť zkoumal pohled ženy na danou problematiku a zvlášť pohled muže. Celkově se zapojilo 52 párů v období od 35. týdne do konce těhotenství. Průměrný věk ženy činil 29 let a 31,3 let u mužů. 60 % párů bylo v manželském svazku a zbylý podíl párů spolu žije a uvádí, že je ve vážném vztahu. Sexuální spokojenost páru byla hodnocena pomocí dotazníku. Při analýze výsledků byl zjištěn významný rozdíl mezi muži a ženami. Zjistilo se, že ženy se v těhotenství vyhýbají sexu více než muži a dokonce klesá i jejich zájem v komunikaci o intimním životě. Byla celkově snížena četnost pohlavního styku ve srovnání s dobou před otěhotněním. Ženy také uvedly, že je pro ně sex v těhotenství bolestivější (Dwarica, 2019, s. 975–980).

Pohled muže na sexuální život s těhotnou ženou

Byla provedena studie, která se zabývala aspekty sexuality jako je sexuální touha, spokojenost v sexu a frekvence pohlavního styku u budoucích otců. Zúčastnili se muži, jejichž partnerky byly ve třetím trimestru. Ukázalo se, že u většiny mužů došlo ke snížení frekvence sexuální aktivity. Avšak pokles sexuální touhy pocítovala méně než třetina mužů. I když došlo k poklesu sexuální spokojenosti, tak téměř polovina účastníků vnímala své sexuální uspokojení jako poměrně vysoké. Z výsledků také vyplynulo, že v sexuálním uspokojení je důležitá vzájemná

blízkost s partnerem. Jedním z hlavních důvodů, proč muži odmítali pohlavní styk byl fakt, že až 80 % z nich mělo strach z poranění plodu během koitu (Radoš, 2014, s. 282–293).

Muž u porodu

Sexuální život do jisté míry může ovlivnit i případná přítomnost partnera u porodu. Zda mít či nemít partnera u porodu je zcela na rozhodnutí matky a otce. Z právního hlediska má žena právo mít u porodu svého partnera. Taktéž má otec právo na své dítě a zakazovat jeho přítomnost je protiprávní. Přeci jen narození dítěte ovlivní život nejen ženy, ale i muže a jedná se o zcela novou životní epizodu, na které má otec právo se podílet (Takács, 2015, s. 200).

Je ovšem zcela individuální, zda se žena rozhodne mít při porodu partnera u sebe. Velmi důležité také je brát na zřetel přání budoucího otce. Můžeme se setkat i s případy, kdy je partner donucen být u porodu a může to mít neblahé následky na budoucí sexuální soužití páru a celkově pro celý vztah. Naopak pro některé nastávající otce je nemyslitelné, že by u takového životního momentu chyběli. S nadšením se zapojují po celou dobu porodu a jsou rodiče fyzickou i psychickou oporou. Je ovšem vhodné, aby měli povědomí, co se během porodu bude dít, aby nebyli zaskočeni.

Edukace nejen ženy, ale i muže spadá do kompetencí porodní asistentky, která jim zodpoví případné dotazy. Vhodná se jeví i návštěva předporodního kurzu, kde se partneři dozví vše potřebné (Dušová et al., 2019, s. 70–72).

2 Sexualita ženy po porodu

2.1 Změny po porodu

Porodem se rozumí fyziologický proces, díky kterému končí období těhotenství a žena vypudí živý či mrtvý plod (Procházka et al., 2020, s. 393). Následuje období šestinedělí, které zahrnuje prvních šest týdnů od porodu. V tomto období si žena zvyká na svoji novou roli matky, sžívá se s dítětem, zažívá zcela nové situace a to nejen s dítětem, ale i s partnerem. Ženino tělo se vrací do původního stavu (Procházka et al., 2020, s. 593).

2.1.1 Anatomické změny po porodu

Děloha se vrací z velikosti 1000 gramů na velikost 50 gramů. Výjimečné nejsou ani bolesti, které jsou způsobeny takzvaným „zavinováním“ dělohy. Znamená to, že se vrací do původní velikosti a nazpět do malé pánve. Po dobu šestinedělí odchází také tzv. lochia (očistky), které mají na počátku rudě červenou barvu, později se mění na hnědočervenou až nažloutlou. Průměrná doba odchodu lochií se liší – v průměru se uvádí 5 týdnů. Celková krevní ztráta činí okolo 200–500 mililitrů (Procházka et al., 2018, s. 215–216).

Vejcovody i vaječníky se rovněž navrací zpět do malé pánve a jejich činnost se u žen obnovuje dost individuálně. Na nástup první menstruace od porodu má vliv více faktorů. U žen, které kojí, nedochází k ovulaci po delší dobu. Více jak polovině žen se cyklus obnoví do 36 týdnů od porodu. U nekojících žen lze ovulaci očekávat již za 27 dní po porodu.

Děložní čípek a pochva zaujímají svoji dřívější pozici a tvar. Nikdy ovšem nebudou vypadat zcela totožně jako před otěhotněním. Hráz může být po porodu oteklá či nastřížena (popřípadě natržena). Proto je nutné o ni řádně pečovat. Vhodné jsou sedací koupele nebo homeopatika. S tím souvisí i návrat svalového tonu. Je velmi individuální, záleží na rozsahu porodního poranění a na tom, zda žena cvičí.

Se cvičením se pojí i posilování pánevního dna, které během těhotenství bylo vystavováno veliké zátěži. I když žena neměla velká porodní poranění, je tato svalová jednotka vytížena a je nutná včasná rehabilitace a rekonvalescence. Taktéž má pohybová aktivita vliv na břišní stěnu, která bývá vlivem těhotenství ochablá a můžeme pozorovat i diastázu (rozestup) přímých břišních svalů. Je vhodná návštěva fyzioterapeuta, který ženě doporučí, které cviky jsou pro ni vhodné.

Do původního stavu se navrátí i střeva a močové ústrojí. Je vhodné, aby se žena stravovala tak, aby pokryla potřeby své i dítěte. Neměla by opomenout žádnou makro ani mikro živinu (Procházka et al., 2020, s. 593–599).

2.1.2 Hormonální a psychické změny po porodu

Po porodu plodu a placenty dochází u žen k výrazným změnám endokrinního systému, a to vlivem rychlého nárůstu hladiny prolaktinu. Tato hodnota se odvíjí od intenzity kojení. Čím více žena kojí, tím více jeho koncentrace stoupá. Do konce šestinedělí dochází k úpravám hladin hormonů štítné žlázy a nadledvin do původních hodnot. Folikulostimulační hormon a luteinizační hormon mají nízkou koncentraci. Progesteron a estrogen klesají do 7. dne od porodu. Choriový gonadotropin se blíží k nulovým hodnotám okolo 16. dne po porodu. Placentární laktogen mizí do několika hodin po porodu.

Po psychické stránce si žena po porodu prochází dvěma fázemi. Jejich intenzita je individuální. První je pasivní fáze. Matka je závislá na svém okolí. Je závislá na radách a doporučeních ostatních. Druhá fáze se označuje jako aktivní a nastupuje zpravidla okolo třetího dne po porodu. Aktivně se zapojuje do péče o novorozence a učí se přijímat svoji novou roli matky (Procházka et al., 2020, s. 596–599).

V poporodním období se žena může setkat i s psychickými poruchami. Příčiny bývají multifaktoriální. U některých žen může dojít k relapsu již dříve diagnostikovaných nemocí nebo k počátku rozvoji nové duševní choroby. Lékař i porodní asistentka by měli mít o těchto onemocněních povědomí. Včasnou diagnostikou a léčbou se dá zabránit případným dalším komplikacím. Nejčastěji se objevují deprese a úzkosti, afektivní poruchy a v nejhorším případě poporodní psychózy (Takács et al., 2015, s. 75).

Mezi nejčastější poporodní psychické poruchy patří:

- **Poporodní blues** – jedná se o nejlehčí formu, kdy žena pociťuje smutek, přecitlivělost, zmatenost, podrážděnost a nekontrolovatelně pláče. Tato fáze je pouze přechodná a trvá „pouze“ hodiny až týdny. Vyskytuje se u 50–70 % rodiček.
- **Poporodní deprese** – trvá podstatně déle (někdy až několik měsíců). Vyznačuje se především pláčem, podrážděností, potížemi navázat s dítětem pouto a vztah, apatií a poruchami spánku. Postihuje okolo 10–15 % žen po porodu.
- **Poporodní psychóza** – projevuje se v prvním roce po porodu a jedná se o nejzávažnější fázi poporodní psychické adaptace. Žena již není schopna se o dítě postarat, je nutná intervence psychiatra a hospitalizace. Matka ztrácí kontakt s realitou, je v depresi, má myšlenky na svoji smrt nebo smrt dítěte. Incidence se pohybuje okolo 0,14–0,26 % rodiček (Procházka et al., 2020, s. 607–608).

2.2 Porodní poranění

Přestože je porod považován za děj fyziologický, je nutné počítat s případným poraněním. Rizikové faktory můžeme dělit na faktory ze strany matky nebo ze strany dítěte. Mezi rizikové faktory ze strany matky se považuje vyšší věk, zánět v porodních cestách nebo vysoká hráz. Ze strany dítěte lze považovat za rizikové faktory především instrumentální a překotný porod. K poranění může dojít na zevních nebo vnitřních rodidlech, na močovém měchýři, močové trubici nebo na konečníku. Úkolem lékaře a porodní asistentky je nepodcenit ošetření porodního poranění. Správným a důkladným ošetřením lze zabránit pozdějším funkčním a anatomickým poruchám. Řadí se zde sestup pohlavních orgánů, inkontinence a v neposlední řadě sexuální dysfunkce (Procházka et al., 2020, s. 439).

Velkou roli hraje také prevence spojená s porodním poraněním. S jistotou nelze ženě zaručit, že aplikováním preventivních opatření nedojde k porodním poraněním. Přeci jen hraje roli více faktorů a některé z nich jsou jen stěží ovlivnitelné. Je ovšem vysoká šance, že se aplikací preventivních opatření poraněním vyhne.

K prevenci porodních poranění radíme například homeopatii, pomůcky k procvičování svalů pánve, masírování hráze nebo cviky na pánevní dno. Porodní asistentka by měla být ženě schopna podat nejnovější poznatky ohledně této problematiky a vysvětlit postupy, jak je aplikovat (Procházka et al., 2020, s. 442–446).

Aniball

Tato pomůcka může být pro někoho kontroverzní záležitostí, ale našla si své obdivovatelky a jsou díky ní prokázány příznivé účinky na vznik porodního poranění a zlepšená flexibilita tkání. Je ovšem vždy na místě konzultovat vhodnost této pomůcky se svým lékařem. Jakousi předlohou pro vznik Aniballu byly sušené tykve druhu kalabasa, které byly užívány v tradičním africkém porodnictví.

Aniball je nafukovací balónek, který má ženě pomoci k pochopení principu tlačení, správného dýchání, zvolení si příjemné polohy a dodání psychické pohody u porodu. Návčik je doporučený od 37. týdne těhotenství až do porodu. Vhodné je s Aniballem cvičit 15–30 minut denně (Procházka et al., 2020, s. 443).

Masírování hráze

Při této technice dochází k přípravě perinea k porodu dítěte a k podpoře pružnosti. Masáž si těhotná žena může provádět sama nebo ji může masáž poskytovat druhá osoba. Je vhodné ji provádět od 35. týdne každý den. Žena zaujímá gynekologickou polohu v polosedě a s pomocí

masážního olejíčku zavádí prsty do pochvy a tlačí prsty ke konečníku. Důležité je dodržovat hygienu, aby nedošlo k zavedení infekce do pochvy (Procházka et al., 2020, s. 442).

Dle studie provedené v období od února 2014 do listopadu 2015 bylo po vaginálním porodu tázáno 315 prvorodiček, které aplikovaly metody prevence porodních poranění. Mezi tyto metody patřilo užívání Aniballu, masáž hráze a dále užívání čaje z maliníku a lněného semínka. Následně byly tyto ženy srovnávány s ženami, které neaplikovaly žádnou ze zmíněných metod. Z výsledků vyplynulo, že při užívání Aniballu bylo 43,1 % žen bez porodního poranění. Naopak ženy, které jej nepoužívaly se vyhnuly porodnímu poranění pouze v 14,1 % případech. Míra epiziotomie byla u žen, které používaly Aniball, taktéž nižší (29,3 % žen). U žen, které jej nepoužívaly, byla epiziotomie využita v 57,7 % případech. Taktéž bylo dokázáno, že významný vliv na porodní poranění neměl maliníkový čaj, masáž hráze ani užívání lněného semínka (Bohatá et al., 2016, s. 192–201).

Chránění hráze při porodu

Neopominutelnou součástí prevence porodního poranění je chránění hráze porodní asistentkou či lékařem. Důležité je respektovat průběh porodu a pokud možno do něj nezasahovat, jestliže si to situace nevyžaduje. Možná je i masáž hráze nebo využití teplých obkladů. Při porodu hlavičky a ramének je nutné, aby porodní asistentka hráz chránila pomocí své pravé ruky a sterilní roušky (Procházka et al., 2020, s. 443–444).

2.3 Sexuální život po porodu

Těhotenství a porod je pro ženské tělo velkou zátěží. Není se čemu divit, že dojde k určitým změnám. Vlivem průchodu dítěte porodními cestami dojde k tomu, že je vagina prostornější. Můžeme se setkat s tzv. „syndromem ztraceného penisu“. Vlivem volnějšího prostoru ve vagině nemá penis tu správnou třecí a stimulační plochu. Muži mohou mít potíže s erekcí, nemají požitky z pohlavního styku. Pro ženy pohlavní styk také nemusí být příjemný, a hlavně je to pro ně náročné po stránce psychické. Lze ovšem tento problém řešit pomocí cviků na posílení pánevního dna. V jistých případech může ovšem dojít i k opačnému problému, kdy je pochva vlivem porodu, či porodnických operacích zúžená. Řešením se nabízí mechanická dilatace, v krajním případě i operační postup (Pastor, 2007, s. 21).

Jako velice účinné a přínosné se u žen po porodu jeví používání Venušiny kuličky. Jedná se o kuličky z lékařského silikonu, které mají v průměru 2,5 až 3,5 centimetru. V sobě mají zabudovanou další kuličku, která je o něco těžší. Při pohybu se vnitřní kulička rozhoupe a tvoří se tím stimulace uvnitř vagíny. Doporučuje se s kuličkami cvičit minimálně 3 krát týdně.

Zavádí se do pochvy a ponechají se zde až několik hodin. Díky své diskrétnosti ženu neomezují v každodenních aktivitách. Vlivem pravidelného cvičení s kuličkami dochází ke zlepšení tonu pánevních svalů (Vrzáčková, 2018, s. 33).

2.3.1 Sexuální dysfunkce ženy

V souvislosti s poporodním obdobím může dojít i k jistým patologickým jevům, které členíme do čtyř kategorií. Řadíme zde nízkou apetenci, bolestivé poruchy, problémy s orgasmem a nízkou sexuální vzrušivost. Vždy záleží na konkrétním páru a občas je těžké definovat, co je pro někoho normální a co patologické.

Dle výzkumu ve Spojených státech amerických trpí sexuální dysfunkcí v souvislosti s poporodním obdobím okolo 12 % žen. Obecně 40 % žen uvádí, že má sexuální problémy. Až 86,7 % žen po třech měsících po porodu uvádí alespoň jeden indikátor sexuální dysfunkce. Po půl roce po porodu je prevalence 64 % (McBride et al., 2017, s. 142–147).

Nízký zájem o sex – porucha sexuální apetence

Tato porucha značí trvalou či opakovanou nechuť k sexuálním aktivitám a pohlavnímu styku. Jedná se o nejčastější sexuální poruchu. Příčiny jsou multifaktoriální a řadíme sem například poruchy nálad, užívání určitých léků (například antidepresiva), hormonální změny nebo partnerské obtíže. Často dochází k poklesu zájmu o sex právě v období těhotenství. Obecně se má ale za to, že ženy častěji ztrácí zájem o pohlavní styk více než muži. Problém mezi partnery nastává, jestliže je touha po sexu mezi partnery odlišná. Sexuální tempo by se mělo přizpůsobit partnerovi se sníženou potřebou pohlavního styku.

Hypersexualita

Jedná se o problém opačného rázu, kdy žena má přílišnou potřebu pohlavního styku a sexuálních aktivit. Je to ovšem porucha relativní. Jestliže se sejdou dva partneři, kteří mají oba velkou sexuální potřebu, je to v pořádku. Diagnostiku není možné určit, přestože spolu souloží několikrát denně.

Dyspareunie

Vyznačuje se bolestmi při pohlavním styku. K příčinám řadíme nedostatečnou lubrikaci pochvy v důsledku nízké vzrušivosti, gynekologických obtíží, těhotenství nebo psychických obtíží. Může se stát, že žena není dostatečně uvolněná a necítí se před svým partnerem komfortně. Na místě je psychoterapie obou z páru, díky které lze určit příčiny a odstranit je (Koliba et al., 2019, s. 117–119).

Vaginismus

Jde o stažení poševních svalů, které znemožňují průnik penisu a u ženy vyvolávají velké bolesti. Jednou z hlavních příčin je psychický blok nebo strach, který je nutný řešit s odborníkem. Řešením se nabízí psychoterapie, párové sexuální aktivity, konzultace s fyzioterapeutem nebo mechanické pomůcky. Nejvyužívanější pomůckou jsou dilda různých velikostí a tvarů. Vhodné je také využití lubrikačního gelu (Vrzáčková, 2018, s. 31–34).

Anorgasmie

Je to druh sexuální dysfunkce, kdy žena není schopna dosáhnout orgasmu. Může být primární, což znamená, že se s tímto problémem potýká již od počátku svého sexuálního života. Nebo sekundární, která vzniká v průběhu života. Nejčastěji se s tím ženy setkávají právě po porodu nebo v souvislosti se vztahovými problémy s partnerem. Studie dokázaly, že každá desátá žena je neschopna dosáhnout orgasmu. Řešením bývají autoerotické praktiky, aplikování nekoitálního dráždění a to i se zapojením partnera. Důležitá je také informovanost žen o různých sexuálních praktikách a poznávání vlastního těla.

Porucha sexuálního vzrušení

Pod tuto kategorii řadíme další tři podkategorie:

- **Poruchu genitálního sexuálního vzrušení**
Pozorujeme absenci genitální odpovědi na sexuální podnět, žena nepocítuje vzrušení při genitální stimulaci.
- **Porucha přetrvávajícího genitálního vzrušení**
Žena se bez vlastní vůle sexuálně vzruší, pocítuje pulzování a brnění na genitáliích. Tento stav může trvat několik hodin až dní.
- **Poruchu subjektivního sexuálního vzrušení**
Při jakékoliv sexuální stimulaci žena nepocítuje sexuální vzrušení a libé pocity. Jsou však pozorovatelné fyzické reakce na dráždivý podnět jako je například lubrikace vaginy (Koliba et al., 2019, s. 117–119).

2.4 Sex v šestinedělí?

Jelikož je období šestinedělí obdobím návratu ženina těla do „normálu“, je doporučováno se sexu vyvarovat. Je nutné, aby se žena zcela zahojila a dala svému tělu na to potřebný čas. Hrozí totiž i riziko zanesení infekce a často bývá pohlavní styk bolestivý. Faktem je, že každé tělo je individuální. Některé ženy se cítí na pohlavní radovánky připravené relativně brzy – jak

fyzicky, tak i psychicky. Je ale důležité, aby každá žena byla k sobě upřímná, do ničeho se zbytečně netlačila a především znala případná rizika a komplikace (Trča, 2004, s. 99).

Ovšem valná většina žen v období šestinedělí na sex nemá ani pomyšlení, a to především v důsledku únavy a vyčerpání. Velkou roli hraje také hormon prolaktin, který chuť na sex snižuje. Častým důvodem je i negativní sebepojetí a fyzické změny na těle ženy. Může se cítit neatraktivně a pro partnera odpudivě. Ke konci šestinedělí chodí žena na kontrolu ke svému ošetřujícímu gynekologovi. Ten taktéž zhodnotí, zda je její tělo opět připraveno sexuálně žít. Případně by ji měl edukovat, jaké praktiky jsou vhodné, popřípadě jaké zvolit antikoncepční metody (Dušová et al., 2019, s. 122).

Studie ohledně sexuálního života po porodu

Sexualita žen po porodu je jedinečným obrazem toho, jak se protínají sociální, psychologické a biologické faktory. Jsou-li tyto faktory v souladu, lze předpokládat hladký návrat do sexuálního života. Málokdy se ovšem stane, že jsou všechny faktory bez problémů. Proto bývá návrat do sexuálního života pro ženy i jejich partnery mnohdy náročný a zdoluhavý. Velkou roli hraje obecná adaptace ženy na novou životní roli. Méně spánku, podrážděnost, měnící se hormony, kojení, průběh porodu, podpora partnera apod. Ženy, které měly velké porodní poranění, rodily pomocí kleští nebo rodily císařským řezem, měly v prvním roce po porodu větší problémy znovu obnovit intimní život (McBride et al., 2017, s. 142–147).

Australská studie se zabývala obnovením sexuálního života po porodu prvního a druhého dítěte. Rovněž tím, jaký byl časový interval mezi porodem a započatím sexuálního života po prvním a druhém porodu. Zkoumal také souvislosti mezi způsobem porodu (vaginální porod, kleště atd.) na pozdější sexuální život. Sledováno bylo 1507 nulipar, které byly přijaty před 25. týdnem těhotenství na kliniku v Melbourne v časovém rozmezí 3, 6, 9 a 12 měsíců po prvním porodu a také 6 a 12 měsíců po porodu druhém. Výsledkem bylo, že 65 % žen po prvním porodu obnovilo svůj sexuální život do osmi týdnů. Po druhém porodu obnovilo pohlavní život do osmi týdnů 56 % žen. Ukázalo se, že později obnovily sex po porodu ženy, které měly spontánní vaginální porod s epiziotomií, ženy po císařském řezu nebo po operativním porodu (forceps atd.). Dříve zahájily sexuální život ty ženy, které měly minimální či žádné porodní poranění. Ukázalo se, že vliv na zahájení pohlavního života měly porodnické faktory a ne interval mezi porody (McDonald et al., 2018, s. 173–181).

Existuje také studie, která došla k závěru, že způsob porodu nemá vliv na sexuální zdraví po porodu. Zapojeno bylo 831 žen a nebyl nalezen žádný vztah mezi způsobem porodu a sexuální funkcí po porodu (McBride et al., 2017, s. 142–147).

Bylo zjištěno, že hormonální změny po porodu vedou ke snížení sexuální touhy a vzrušivosti u žen. Jestliže žena kojí, zvyšuje se hladina oxytocinu, která je též spojena s nižší sexuální touhou a poporodní dyspareunií (McBride, et al., 2017, s. 142–147).

3 Edukace ženy během těhotenství a po porodu

Pojem edukace je s prací porodní asistentky velmi spjatý a je klíčové, aby porodní asistentka uměla podat ucelené a nejnovější informace ve svém oboru a být tím ženě nápomocná.

Nejdříve je potřeba si objasnit, co to edukace vlastně je a co obnáší. Slovo edukace pochází z latiny. Educo, educare lze přeložit jako vychovávat, vést vpřed. Výchova zahrnuje i vzdělávání. V rámci porodní asistence je edukátorem (vychovatelem) porodní asistentka. Vlastnosti, kterými by měla disponovat, jsou především empatie, trpělivost, komunikační schopnosti, schopnost motivovat a zaujmout edukanta. Edukantem (vychovávaným) rozumíme ženu, popřípadě jejího partnera, děti, celé rodiny a komunity. Díky edukaci můžeme pozorovat větší spokojenost ze strany ženy (partnera, celé rodiny). Cílem je ženě předat hodnotné informace, které mají preventivní charakter a zajišťují kontinuitu péče.

U těhotné poskytuje porodní asistentka edukaci před otěhotněním, v průběhu těhotenství a po porodu (Dušová et al., 2019, s.11–13).

3.1 Edukace ohledně sexu v těhotenství

Těhotenství je období, které provází fyzické a emocionální změny, které ovlivňují sexuální chování obou partnerů. Ve fyziologickém průběhu těhotenství není sex považován za nebezpečný a většina párů je v období gravidity sexuálně aktivní. I přesto mají mnohé ženy pocit, že je pro ně nebo pro plod sex nevhodný a nebezpečný. Strach se obzvláště stupňuje ve třetím trimestru.

Důležitou roli v tomto ohledu hraje porodní asistentka a lékař. Bohužel ošetřující personál mnohdy nemá řádné znalosti a komplexní informace o této problematice nebo sami tohle téma považují za nedůležité, „příliš intimní“ a tabuizované. Žena by měla dostat ucelené a podložené informace ohledně sexuálního života v graviditě.

Výzkum v Kanadě se zabýval tím, zda lékaři rutinně ženu edukují ohledně sexuálního života v těhotenství. Ze 141 respondentek pouze jedna třetina obdržela informace ohledně tohoto tématu od svého ošetřujícího gynekologa, z nichž polovina respondentek na toto téma vnesla otázky sama. Z toho samého výzkumu vyplývá, že pouze dvě třetiny žen se nestydí o sexu hovořit (Ninivaggio et al., 2016, s. 923–929).

Další výzkum prokázal, že 68 % nastávajících matek nebylo během těhotenství informováno svým gynekologem či porodní asistentkou o sexuálním životě v tomto období. Nebyly jim nabídnuty alternativy, které lze místo klasického pohlavního styku praktikovat (Malarewicz et al., 2006, s. 733–739).

3.2 Edukace ohledně sexu v šestinedělí

Šestinedělí je pro novopečené maminky obdobím sice krásným, ale někdy velice náročným. Dělíme jej na šestinedělí rané, které trvá od porodu do sedmého dne po porodu. Pozdní začíná sedmým poporodním dnem a končí šestým týdnem po porodu. Vyznačuje se přijímáním nové životní role, tělo se vrací do původního stavu a psychika ženy se transformuje vlivem hormonů a dalších faktorů. I v tomto životním období je porodní asistentka ženinou rádkyní, oporou a pravou rukou. A to již v okamžiku, kdy žena porodí a je předána na oddělení šestinedělí. Poskytuje jí především informace ohledně hygienického režimu, vyprazdňování, včasné mobilizaci, odchodu lochií, péči o porodní poranění, výživě, kojení, péče o novorozence, spánku, cvičení a v neposlední řadě o sexuálním životě v poporodním období, popřípadě s ní probere možnosti antikoncepce (Dušová et al., 2019, s. 89).

Z výzkumu vyplývá, že chybí vhodné a kompletní zdroje a informace, které by ženám poskytovaly podporu a způsoby jak fungovat po porodu po sexuální stránce. Předpokládá se, že dobrá informovanost žen může destigmatizovat téma sexuality nejen po porodu (McBride et al., 2017, s. 142–147).

3.2.1 Edukační proces

Řadí se do pěti kroků, které na sebe navazují a fungují jako plánovaný a záměrný proces.

- **Edukační posouzení**

V této fázi je klíčové posbírat data o daném jednotlivci (skupině). Především je důležité zjistit: věk, vzdělání, motivaci, duševní potřeby, životní styl ženy, socio-ekonomický status atd. Využít můžeme rozmanitou škálu metod od pozorování a rozhovoru až po studium dokumentace. Od porodní asistentky se očekává, že bude každou ženu posuzovat zcela individuálně.

- **Stanovení diagnózy**

Diagnózy je nutné stanovit na základě důkladného sběru dat. Lze také říci, že jde o specifikaci potřeb ženy. V porodní asistenci a ošetrovatelství je hojně využívána NANDA International Taxonomie II. Stanovení diagnózy by mělo zahrnovat i příčinu potíží. Může to napomoci splnění cílů edukace.

- **Příprava edukačního plánu**

Stěžejní je si se ženou vytyčit požadované cíle. Na základě vytyčených cílů uvažujeme nad tím, jakými metodami je budeme plnit a jaké využijeme didaktické prostředky a organizační formy. Didaktickými metodami označujeme činnosti edukanta a edukátora, které jsou zaměřeny na splnění vytyčených cílů. Oblíbenou

formou didaktických metod jsou přednášky a výklady, vedení rozhovorů a dialogů nebo tvoření myšlenkových map. Všechny uvedené metody mají své výhody a nevýhody. Porodní asistentka zvolí tu metodu, která bude individuálně nejvíce vhodná a účelná pro danou edukantku.

- **Realizace edukace**

Předposlední fází je tedy realizace plánu. Může probíhat v různém čase a prostředí. Nejedná se pouze o předání strogých faktů, ale i o naplnění fází edukační lekce. Patří sem motivace, expozice, fixace a verifikace.

- **Analýza a zhodnocení**

Jako poslední je fáze analýzy a zhodnocení edukačního procesu. Cílem je zjistit, zda bylo dosaženo daných cílů a zhodnotit účinnost daného procesu. Je dobré mít zpětnou vazbu od edukanta i od sebe samé. Určitá forma sebereflexe může být přínosná pro budoucí život a nový edukační proces.

Nejdůležitější body pro efektivní edukaci dle Oto Košty:

- Upřímnost zdravotníka.
- Komunikace. Nejen *co* se předává, ale i *jak*. Edukant by měl všemu porozumět a pochopit danou problematiku.
- Ověřovat, zda byla informace efektivně předána.
- Empatie a umění představit si změnu rolí, vcítění se do druhého.
- Spolupráce. Vzájemné porozumění a společný plán.
- Umění motivovat.
- Nepovyšovat se nad edukantem, nepůsobit arogantně a být laskavý (Dušová et al., 2019, s. 19–41).

Shrnutí teoretických východisek, jejich význam a limitace dohledaných poznatků

Přehledová práce předkládá publikované poznatky o ženské sexualitě v těhotenství a po porodu a o důležitosti edukace ženy v těchto obdobích. Uvedené informace mohou sloužit jako studijní materiál pro všechny, kteří se chtějí v této problematice vzdělat nebo s ní sami mají zkušenost. Práce shrnuje poznatky ohledně ženské sexuality, její funkci a fungování, krátce popisuje její historický vývoj. Dále shrnuje poznatky ohledně sexuality ženy v těhotenství, jaké faktory na ni působí, jaké praktiky je vhodné provozovat a jaký to má vliv na partnerské soužití. Práce obsahuje i poznatky ohledně sexuality ženy v poporodním období. Jaké změny na sexualitu po porodu působí, zda a kdy je vhodné sex praktikovat a jaké faktory působí na obnovení sexuálního života. Práce také popisuje poznatky ohledně edukace v této oblasti a jak je důležitá role porodní asistentky a lékaře. Je zde popsáno, že prevence a otevřenost v sexuálním životě nejen ženy, ale i partnera je důležitá pro předejití případných potíží.

Většina autorů se shoduje na tom, že sex v těhotenství není již tabu, jen záleží na vhodné poloze a na komunikaci mezi partnery samotnými. Mnoho studií dochází ke stejným závěrům v oblasti poloh vhodných při sexu v těhotenství. Dále se shodují, že sex po porodu je vhodný až po uplynutí minimálně šesti týdnů a je vždy nutné svůj stav konzultovat s lékařem. Shodují se i na tom, že každá žena je individuální bytost.

Avšak některé dohledané poznatky byly limitované a nebylo jich tolik. Je třeba v této oblasti dále vyvíjet snahu. Důvodem může být stále trvající tabu ohledně sexu v těhotenství a po porodu. Ženy se o tom stydí mluvit a je to pro ně nepříjemné. Z toho důvodu je nutné ženy informovat a předcházet případným problémům. Možná by díky tomu byly poznatky rozšířenější.

Závěr

Dohledané poznatky prokázaly, že sexuální život každé těhotné ženy je velice individuální a jedinečný. Názory na pohlavní styk v těhotenství se u žen značně liší. Od striktního odmítání přes pokles libida až po zvýšenou sexuální potřebu v porovnání před otěhotněním. Většina autorů uvádí, že pohlavní styk v graviditě není zakázaný a neměl by být tabu. Jestliže je těhotenství fyziologické, není důvod se sexu vyhýbat. Naopak když je jasně diagnostikovaná porodnická patologie, tak je sex kontraindikován a je nutné tento režim dodržovat.

Je tudíž na místě, aby žena o této problematice otevřeně mluvila jak se svým partnerem, tak i se svým lékařem, který případnou diagnostiku určí, popřípadě ženu podpoří a doporučí ji, jak sexuální aktivitu modifikovat. Důležitou roli hraje i porodní asistentka, která je ženě nápomocná ve všech ohledech před těhotenstvím, v průběhu těhotenství a v šestinedělí.

Cílem bakalářské práce bylo dohledat poznatky ohledně sexuality ženy obecně a poté v období těhotenství a po porodu. Dále podat informace o edukaci ženy v této oblasti. Všechny cíle práce byly splněny.

Sexualita ženy byla dříve velmi tabuizovaná, což naštěstí dnes již neplatí. Značně se liší od sexuality muže a má své vlastní cykly. Ženské tělo prochází velkými změnami, které mají značný vliv na její sexualitu před i po porodu. Nelze generalizovat, že ženy mají či nemají v těhotenství a po porodu větší chuť na sex. Každá žena to vnímá jinak. Je ovšem pravda, že určité hormonální změny mají za důsledek sexuální útlum. Neplatí to však u všech žen. Těhotenství má velký vliv partnerský život. Pro většinu mužů je žena méně atraktivní než před otěhotněním. Nutné je ovšem vzájemné pochopení a komunikace, která dokáže zabránit nepříjemným situacím.

Po porodu se tělo ženy musí zotavit a proto je nutné dát mu odpočinek i po sexuální stránce. Sex se nedoporučuje minimálně šest týdnů po porodu. Velkou roli hraje i porodní poranění a způsob vedení porodu. Čím více je žena poraněná, tím delší zotavení je na místě. Nepřispívá k tomu ani vedení porodu operativním způsobem. Neblahým důsledkem mohou být různé sexuální dysfunkce. Je proto vhodné zařadit vhodné cviky, které je nutné konzultovat s fyzioterapeutem.

Edukace je základním kamenem pro úspěšné zvládnutí tohoto náročného období. Porodní asistentka by měla být ženě oporou a měla by ji umět podat informace v oblasti ženské sexuality v těhotenství i po porodu. Z dohledaných poznatků vyplynulo, že edukace ženy v oblasti sexu je nedostatečná. Je tedy nutné její rozšíření.

Referenční zdroje

1. PROCHÁZKA, Martin et al. *Porodní asistence: Učebnice pro vzdělávání i každodenní praxi*. Praha 4: Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-618-4.
2. PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. *Porodnictví: pro studenty lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-224-5322-4.
3. MACKŮ, František a Evžen ČECH. *Porodnictví*. Praha: INFORMATORIUM, 2002. ISBN 80-86073-92-0.
4. TEUSEN, Gertrud a Iris GOZE- HÄNEL. *Prenatální komunikace*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0970-6.
5. NINIVAGGIO, Cara, Rebecca G. ROGERS, Lawrence LEEMAN, Laura MIGLIACCIO, Dusty TEAF a Clifford QUALLS. Sexual function changes during pregnancy. *International Urogynecology Journal* [online]. 2017, **28**(6), 923-929 [cit. 2021-4-30]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: doi:10.1007/s00192-016-3200-8
6. GAŁĄZKA, Iwona, Agnieszka DROSDZOL-COP, Beata NAWORSKA, Mariola CZAJKOWSKA a Violetta SKRZYPULEC-PLINTA. Changes in the Sexual Function During Pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine* [online]. 2015, **12**(2), 445-454 [cit. 2021-4-30]. ISSN 17436095. Dostupné z: doi:10.1111/jsm.12747
7. MALAREWICZ, Andrzej Malarewicz et al. Sexuality of pregnant women. *Ginekol Pol.* [online]. 2006, **77**(9), 733- 739 [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17219804/>
8. PAULS, Rachel N., John A. OCCHINO a Vicki L. DRYFHOUT. Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image: A Prospective Study. *The Journal of Sexual Medicine* [online]. 2008, **5**(8), 1915-1922 [cit. 2021-4-30]. ISSN 17436095. Dostupné z: doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00884.x
9. FAHAMI, Fariba, Maryam AMINI-ABCHUYEH a Asghar AGHAEI. The relationship between psychological wellbeing and body image in pregnant women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [online]. 2018, **23**(3), 167- 171 [cit. 2021-4-30]. ISSN 1735-9066. Dostupné z: doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_178_16
10. KHALESI, Zahra Bostani, Mahshid BOKAIE a Seyedeh Maryam ATTARI. Effect of pregnancy on sexual function of couples. *African Health Sciences* [online]. 2018, **18**(2), 227- 234 [cit. 2021-4-30]. ISSN 1680-6905. Dostupné z: doi:10.4314/ahs.v18i2.5

11. DWARICA, Denicia S., Gretchen G. COLLINS, Colleen M. FITZGERALD, Cara JOYCE, Cynthia BRINCAT a Mary LYNN. Pregnancy and Sexual Relationships Study Involving wOmen and meN (PASSION Study). *The Journal of Sexual Medicine* [online]. 2019, **16**(7), 975-980 [cit. 2021-4-30]. ISSN 17436095. Dostupné z: doi:10.1016/j.jsxm.2019.04.014
12. PASTOR, Zlatko. Ženská sexualita. *Moderní babičtví* [online]. 2008, **15**, 1-5 [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=16>
13. NAKIĆ RADOŠ, Sandra, Hrvojka SOLJAČIĆ VRANEŠ a Marijana ŠUNJIĆ. Sexuality During Pregnancy: What Is Important for Sexual Satisfaction in Expectant Fathers? *Journal of Sex & Marital Therapy* [online]. 2014, **41**(3), 282-293 [cit. 2021-4-30]. ISSN 0092-623X. Dostupné z: doi:10.1080/0092623X.2014.889054
14. PROKOP, Pavol, Martina ZVARÍKOVÁ, Milan ZVARÍK a Peter FEDOR. Cues of pregnancy decrease female physical attractiveness for males. *Current Psychology* [online]. 2020 [cit. 2021-4-30]. ISSN 1046-1310. Dostupné z: doi:10.1007/s12144-020-00608-4
15. MORRIS, Desmond. Nahá opice. Druhé. BRNO: JOTA, 2018. ISBN 978-80-7565-310-9.
16. BUTOVSKAYA, M., A. SOROKOWSKA, M. KARWOWSKI, et al. Waist-to-hip ratio, body-mass index, age and number of children in seven traditional societies. *Scientific Reports* [online]. 2017, **7**(1) [cit. 2021-4-30]. ISSN 2045-2322. Dostupné z: doi:10.1038/s41598-017-01916-9
17. ANDREWS, Talbot M., Aaron W. LUKASZEWSKI, Zachary L. SIMMONS a April BLESKE-RECHEK. Cue-based estimates of reproductive value explain women's body attractiveness. *Evolution and Human Behavior* [online]. 2017, **38**(4), 461-467 [cit. 2021-4-30]. ISSN 10905138. Dostupné z: doi:10.1016/j.evolhumbehav.2017.04.002
18. PASTOR, Zlatko. Sexualita ženy. Grada, 2007. ISBN 9788024719894.
19. TRČA, Stanislav. *Partner v těhotenství a při porodu*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0869-8.
20. KOLIBA, Peter, Petr WEISS, Martin NĚMEC a Markéta DIBONOVÁ. Sexuální výchova. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2039-0.
21. DUŠOVÁ, Bohdana et al. Edukace v porodní asistenci. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
22. TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ, Lenka ŠULOVÁ a kolektiv. Psychologie v perinatální péči. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

23. MCDONALD, Ellie A., Deirdre GARTLAND, Hannah WOOLHOUSE a Stephanie J. BROWN. Resumption of sex after a second birth: An Australian prospective cohort. *Birth* [online]. 2019, **46**(1), 173-181 [cit. 2021-4-30]. ISSN 07307659. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12363
24. MIVŠEK, Ana Polona. Sexology in Midwifery. Croatia: IntechOpen, 2015. ISBN 978-953-51-2041-4.
25. LEE, Jian Tao, Chao Ling LIN, Gwo Hwa WAN a Ching Chung LIANG. *Sexual Positions and Sexual Satisfaction of Pregnant Women* [online]. 2010, **36**(5), 408-420 [cit. 2021-4-30]. ISSN 0092-623X. Dostupné z: doi:10.1080/0092623X.2010.510776
26. FUCHS, Anna, Iwona CZECH, Jerzy SIKORA, Piotr FUCHS, Miłosz LOREK, Violetta SKRZYPULEC-PLINTA a Agnieszka DROSDZOL-COP. Sexual Functioning in Pregnant Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2019, **16**(21) [cit. 2021-4-30]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph16214216
27. MCBRIDE, Hillary L. a Janelle L. KWEE. Sex After Baby: Women's Sexual Function in the Postpartum Period. *Current Sexual Health Reports* [online]. 2017, **9**(3), 142-149 [cit. 2021-4-30]. ISSN 1548-3584. Dostupné z: doi:10.1007/s11930-017-0116-3
28. VRZÁČKOVÁ, Petra. Erotické pomůcky pro lékařské i nelékařské účely. *Gynekologie a porodnictví* [online]. 2018, **2**(1), 31- 34 [cit. 2021-3-22]. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:e466280b-9706-4f8a-a281-5fa28881943e>
29. HÁJEK, Zdeněk et al. *Porodnictví*. 3. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
30. BOHATÁ, P. a L. DOSTÁLEK. The possibility of antepartal prevention of episiotomy and perineal tears during delivery. *Ceska Gynekol.* [online]. 2016, 2016, **81**(3), 192-201 [cit. 2021-4-20]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27882762/>
31. HANAFY, Samy, Neveen E. SROUR a Taymour MOSTAFA. Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters: an Egyptian study. *Sexual Health* [online]. 2014, **11**(3), 240- 243 [cit. 2021-4-30]. ISSN 1448-5028. Dostupné z: doi:10.1071/SH13153