

Sexualita ženy v těhotenství a šestinedělí

Olga Šišková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Olga Šišková**
Osobní číslo: **H11265**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Sexualita ženy v těhotenství a šestinedělí**

Zásady pro vypracování:

Popis výchozího problému.
Výběr literatury vztahující se k danému problému.
Naplánování výzkumného šetření.
Výběr výzkumné metody.
Výběr respondentů.
Pilotní studie.
Realizace výzkumného šetření.
Zpracování získaných dat.
Diskuze a komentování výsledků.
Vypracování edukačního materiálu pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BEHINOVÁ, Markéta a Klára KAISEROVÁ. Velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2006. 322 s. ISBN 80-204-1526-2.

DRIÁK, Daniel. Půvabná i v těhotenství. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 132 s. ISBN 80-726-2280-3.

PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství a porodu: první český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-726-2411-3.

PASTOR, Zlatko. Tajemství ženské sexuality. 1.vyd. Kralice na Hané: Computer Media, 2010. 192 s. ISBN 978-80-7402-070-4.

WEISS, Petr. Sexuologie. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 724 s. ISBN 978-802-4724-928.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Dagmar Moravčíková

Ústav zdravotnických věd

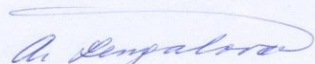
Datum zadání bakalářské práce:

15. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

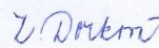
23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.

děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

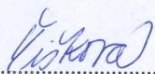
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 17.2.2014


.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Předkládaná bakalářská práce na téma Sexualita ženy v těhotenství a šestinedělí je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje informace o historii ženské sexuality, působení hormonů na ženskou sexualitu a fyziologii a patofyziologii pohlavního styku. Dále se zabývá sexualitou v těhotenství a při porodu a otázkou partnera u porodu. Práce je také zaměřena na šestinedělí a problémy s pohlavním životem. V praktické části bylo cílem zjistit míru informovanosti žen o sexuálním životě v graviditě. Dalšími cíli bylo zjistit postoj a spokojenost žen se sexuální aktivitou v těhotenství, kdy mají ženy po porodu první pohlavní styk, zjistit nejčastější problémy žen po porodu v oblasti pohlavního života a dopad a následky vedení porodu na sexuální život po porodu. Výsledky jsou zpracovány v tabulkách a grafech a jsou aplikovány do praxe formou edukačního materiálu.

Klíčová slova: žena, sexualita, těhotenství, šestinedělí, porod, partner

ABSTRACT

Presented bachelor thesis on the topic Female Sexuality in Pregnancy and the Puerperium, is divided into theoretical and practical part. The theoretical part contains information about history of female sexuality, the effects of hormones on female sexuality and physiology and pathophysiology of sexual intercourse. Further, the thesis describes a) sexuality in pregnancy and during the delivery and b) answers the questions related with the presence of the woman's partner during childbirth. The thesis is also focused on puerperium and problems with sexual life. In the practical part there was to determine the awareness level of pregnant women about sexual life in pregnancy. Other objectives were: to determine the attitude and the contentment of women with sexual activity in pregnancy; when do have women given the first sexual intercourse after childbirth; to determine the most common women's problems after childbirth in sexual life and the impact and consequences of childbirth on sexual life after childbirth. The results are compiled in tables and graphs and are applied in the practice in the form of educational material.

Keywords: woman, sexuality, pregnancy, puerperium, childbirth, partner

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Dagmar Moravčíkové za inspiraci, věcné rady a připomínky při vedení této bakalářské práce. Dále bych chtěla vyjádřit velké díky své rodině a příteli za velkou podporu při mém studiu.

Motto: „Učit se pro život, ne pro školu.“

Seneca

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne

.....

Olga Šišková

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 HISTORIE ŽENSKÉ SEXUALITY	11
1.1 SEXUÁLNÍ ŽIVOT V OBDOBÍ PRAVĚKU	11
1.2 SEXUÁLNÍ ŽIVOT V OBDOBÍ STAROVĚKU	12
1.2.1 Egypt.....	12
1.2.2 Mezopotámie.....	12
1.2.3 Řecko	13
1.3 SEXUÁLNÍ ŽIVOT V OBDOBÍ STŘEDOVĚKU.....	13
1.4 SEXUÁLNÍ ŽIVOT V SOUČASNOSTI	13
2 TĚHOTENSTVÍ A SEXUALITA	15
2.1 SEXUALITA V PRVNÍM TRIMESTRU	15
2.2 SEXUALITA VE DRUHÉM TRIMESTRU	16
2.3 SEXUALITA VE TŘETÍM TRIMESTRU	16
2.4 FYZIOLOGICKÁ GRAVIDITA A POHLAVNÍ ŽIVOT.....	17
2.5 RIZIKOVÁ GRAVIDITA A POHLAVNÍ ŽIVOT.....	17
2.6 POHLAVNÍ ŽIVOT V GRAVIDITĚ Z POHLEDU PARTNERA.....	18
3 POROD A SEXUALITA.....	19
3.1 PORODNÍ PORANĚNÍ A VLIV NA BUDOUCÍ SEXUALITU ŽENY	19
3.2 PARTNER U PORODU	21
4 ŠESTINEDĚLÍ A SEXUALITA	22
4.1 POHLAVNÍ ŽIVOT V ŠESTINEDĚLÍ.....	22
4.2 POHLAVNÍ ŽIVOT V ŠESTINEDĚLÍ Z POHLEDU PARTNERA	23
5 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE POHLAVNÍHO STYKU.....	24
5.1 EXCITACE	24
5.2 PLATÓ.....	24
5.3 ORGASMUS	25
5.4 UVOLNĚNÍ	25
5.5 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE	26
5.5.1 Frigidita.....	26
5.5.2 Sexuální averze.....	26
5.5.3 Anorgasmie	27
5.5.4 Dyspareunie.....	27
5.5.5 Nymfomanie.....	28
6 PŮSOBENÍ HORMONŮ NA ŽENSKOU SEXUALITU	29
6.1 ŽENSKÉ POHLAVNÍ HORMONY.....	29
6.1.1 Androgeny.....	29
6.1.2 Estrogeny	29
6.1.3 Gestageny.....	30

6.2	ŽENSKÉ „NEPOHLAVNÍ“ HORMONY.....	30
6.2.1	Prolaktin.....	30
6.2.2	Oxytocin.....	30
II	PRAKTICKÁ ČÁST	32
7	METODIKA PRÁCE.....	33
7.1	CÍLE PRÁCE.....	33
7.2	UŽITÁ METODA VÝZKUMU	33
7.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	33
8	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	34
9	DISKUZE	53
9.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ	53
9.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	57
	ZÁVĚR	58
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	64
	SEZNAM TABULEK	65
	SEZNAM GRAFŮ.....	66
	SEZNAM PŘÍLOH	67

ÚVOD

Sexualita doprovází každého člověka už od narození a je nedílnou součástí jeho života. I přesto, že se týká nás všech, její projev je zcela individuální. V první řadě jsou to anatomické rozdíly mezi mužem a ženou, které úzce souvisí s hormonálními odlišnostmi. Sexualita zahrnuje také sexuální orientaci, erotické vnímání a citění.

Ženská sexualita je však trochu složitější a její vnímání je podmíněno mnoha faktory. Menstruační cyklus a jeho spojitost s hormony se významně podílí na náladě, sexuální touze ať už v pozitivním či negativním smyslu. Také genetický faktor hraje svou roli, ale i sociální role, výchova a sexuální zkušenosti. Nesmíme zapomenout na fenomén dnešní doby, hormonální antikoncepci, jejíž negativní důsledky jako ztráta libida jsou diskutabilní otázkou mnohých odborníků. Samozřejmostí, která ovlivňuje všechny pochody v našem těle, je správná životospráva a pohyb, dále užívání léků, kouření a hlavně aktuální zdravotní stav a s ním spojená psychická kondice, která je v tomto případě mnohdy důležitější než ta fyzická.

Jedním z milníků většiny žen v jejich životě je těhotenství, představující pro mnoho žen období asexuální a partnerským něžnostem vzdálené, ale pro někoho období plné sexuální touhy a vzrušení. Pokud však není lékařem vyloučen, ženy se ho dobrovolně nevzdávají, pokud nejsou v přesile hormony, které zapříčiní ztrátu chuti na pohlavní život. Pro partnerský život je to zatěžkávací zkouška, která prověří jejich pouto.

Předkládaná bakalářská práce se zabývá těhotenstvím a ženskou sexualitou, porodem a s ním spojeným porodním poraněním v souvislosti s pohlavním životem a následně šestinedělím a možnou sexualitou. Ve všech třech rovinách je zmíněn pohled partnera. Teoretická část je doplněná o historii sexuality, hormony a jejich vliv na sexualitu a fyziologii a patofyziologii pohlavního styku. Praktická část se zabývá problémy a pocity v sexuální oblasti ženy v šestinedělí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE ŽENSKÉ SEXUALITY

Sexualita je definována jako: „*Soubor vlastností a jevů, vyplývajících z rozdílu pohlaví (Capponi, 1994, s. 120)*“. Sexuální pocity doprovází každého člověka po celý život. Ne všichni to vždy registrují, ale už i děti jsou si vědomy svých pohlavních orgánů a mohou se těšit z fantazie, která nemá přímo sexuální obsah, ale týká se pocitů jako mazlení. Postupem času cítí náklonnost k jiným lidem, navozují vztahy, přátelství a sexuální myšlenky a city se prohlubují. Ať už jsou to vztahy staré nebo nové, sexuální potřeba trvá, i když postupem života zpravidla klesá. Sexualita a sexuální touha je biologická nezbytnost a fakt, stejně tak jako potřeba jíst, pít a spát (Pavanel, 2001, s. 143).

Tak jako mentalita, myšlení a povaha lidské bytosti, se odjakživa spolu s existencí lidstva vyvíjela současně lidská sexualita. Svě místo si našla i v pravěku, kde začala jako jednoduché uspokojování sexuálního pudu. Významnou roli hrála také v rozličných náboženstvích, i když ne vždy byla společností nebo církví přijata. V současnosti je rozvíjena rozumným způsobem, což je výsledek sexuální revoluce šedesátých let. Dnešní společnost je varována příznakem AIDS, jeho důsledky a statistickými údaji spolu s rozvíjejícími technologiemi, které ovlivňují sexuální chování na počátku 21. století (Vigué, 2006, s. 287).

1.1 Sexuální život v období pravěku

O pohlavním životě pravěkých lidí, tzn. přibližně 40 000 let před n. l., se nám mnoho nedochovalo, a proto lze jen usuzovat, jak spolu muž a žena pohlavně žili. Můžeme se domnívat, že výběr sexuálního partnera byl spíše náhodný a o tehdejší ideálu a sexuálních praktikách spíše spekulovat. Avšak je zřejmé, že pravěcí lidé žili v tlupách, čemuž by náhodný výběr odpovídal (Janiš, 2004, s. 10-11). Těžké podmínky lovu, hledání plodů a pronásledování nutily lidi v pravěku k neustálé změně svého působiště. Proto sexuální uspokojení sloužilo pouze k reprodukčnímu účelu (Vigué, 2006, s. 287).

Janiš (2004, s. 11 - 13) uvádí, že poblíž Francie, v jeskyni Buisson de Cadovin, byly objeveny nástěnné malby nahých žen v erotických pózách. Dle dochovaných reliéfů víme, jaké poloze dával pravěký pár přednost. Například v jeskyni Laussel (25 000 – 20 000 před n. l.) byl nalezen náčrtek intimního spojení v poloze „jízdo“.

Pravěký umělec ovšem nezůstal jen u malby na stěnu, ale snažil se pokračovat ve znázornění ženy trojrozměrně. Jsou to ony známé Venuše, roztroušené po celé prehistorické Evropě (Janiš, 2004, s. 13). Venuše jsou ztělesněním mateřských postav, zralých žen a zna-

mením vnitřního spojení stálých loveckých tlup. Žena jako „pramatka“ tlupy, od níž členové rodu odvozují svůj původ, je považována za vlastní zdroj života. Svou schopností rodit tlupě potomky dávala velkou šanci na přežití rodu a kmenům, kde byl počet lidí malý a délka života krátká (Bellinger, 1998, s. 19). S dobrým výhledem do budoucnosti díky objevenému zemědělství se mohly kmeny usadit a sexuální rozkoš tak mohla být povýšena na charakter slavnosti, radovánky a obřadu (Vigué, 2006, s. 288).

1.2 Sexuální život v období starověku

„Ze starověkých literárních pramenů je zřejmé, že některé poznatky o sexualitě byly již tehdy obecně známy. K prvním takovým poznatkům patří účinky kastrace na chování zvířat i lidí. Z pozorování na zvířatech se zřejmě vycházelo při kastrování poražených nepřátel, když poražený byl kastrací učiněn neplodným a méně bojovným“ (Zvěřina, 2003, s. 9).

1.2.1 Egypt

Sexuální život starých Egyptanů byl až příliš tolerantní. Každý muž mohl mít podle potřeb libovolný počet milenek, ale příjem musel pokrývat náklady na takový harém. Pro faraóny byl harém samozřejmostí. Pro „obyčejné“ lidi v převážné míře převládalo monogamní manželství. To si však vynahrazovali stykem se zvířaty a nebránili se ani styku v příbuzenském svazku, tzv. **incestu**. Pro rozkoš byli ochotni vyzkoušet vše. V rodinách faraonů, kteří se považovali za božstvo, tyto praktiky nebyly zvláštní. Takže to, co dnes považujeme za sexuální zvrhlost, nebylo tehdy nic nenormálního a nemorálního (Janiš, 2004, s. 18-19).

1.2.2 Mezopotámie

V Mezopotámii vládla jistá sexuální uvolněnost, která byla zapříčiněna rozvojem prostituce. Ze začátku byla soustředěna pouze do chrámů, jednalo se tedy o tzv. chrámovou prostituci, což bylo lukrativní řemeslo se zlatým dnem pro Sumery. Prostituce byla dokonce mocnými tehdejší doby hýčkána a k jejím širitelům a zastáncům patřil i samotný král Šalamoun, o kterém se traduje, že měl až 300 souložnic a podílel se na rozšíření prostituce v Jeruzalémě. V chrámových obřadech byla prostituce na denním pořádku. Ve svatyni se kněžky oddávaly všem zúčastněným. V Babylónu měli muži jednu ženu, ale majetní muži měli možnost mít více manželek (Janiš, 2004, s. 28-30).

1.2.3 Řecko

Také Řecko se se svou mytologií zapsalo do dějin lidské sexuality. O Diovi, vládcí bohů, bylo známo, že kromě vládnutí sváděl smrtelnice a ostatní bohyně. Právo cizoložství však náleželo pouze jemu, protože pro samotné Řeky to bylo nepřipustné. Pokud někdo svedl vdanou ženu, mužův majetek, za což byla žena považována, dopustil se podle zákona krádeže (Bauer, 2003, s. 17-18). Monogamie ovšem neplatila pro celé Řecko. Ve Spartě byl sexuální život veden poněkud jinak. Válečné výpravy a tím nepřírozený pokles mužské části populace s nadbytkem žen, vedl k tomu, že vedle monogamního manželství zde platila i polygamie (mnohoženství) a vzácně také polyandrie, tzn. mnohomužství. Naopak Atény byly bez výraznějších prohrěšků vedeny v „mírnějších“ intencích. Důvodem bylo větší zapojení mužů do politiky (Janiš, 2004, s. 42).

1.3 Sexuální život v období středověku

Počáteční rozšíření křesťanství a propagování nové morálky ve středověku se v problematice sexuality vyznačuje puritánstvím, ale i pokrytectvím. Pouhá myšlenka na sexuální akt byla hříchem. Církev se svým přesvědčováním prostého lidu o morálce a povinnostech snažila propagovat z čistě ekonomických důvodů manželství monogamní, protože žena pro ně tehdy představovala nádobu plnou hříchů a smilstvo pro ně bylo jedno z nejtěžších neřestí. Žena byla dokonce v počátcích křesťanství nařčena, že ona zosobňuje ďábelské pokušení a vtělení zla (Janiš, 2004, s. 84-85).

Jelikož manželství bylo tehdy považováno za svátost a soulož byla povolena pouze v manželském stavu a za účelem zplodění potomků, vznikl na přelomu 14. a 15. století nástroj, který měl chránit věrnost, tzv. pás cudnosti. Zámek cudnosti, pásek Venušin, jak se mu taky říkalo, měl za úkol chránit věrnost a čest majitelky. Avšak efektivnost pásu cudnosti byla ve skutečnosti mizivá. Každý výrobce pásu nechal vždy vyrobit dva klíče, přičemž ten druhý byl mnohem dražší než celý pás (Janiš, 2004, s. 88).

1.4 Sexuální život v současnosti

Dramatický posun v postavení žen můžeme v Evropě vnímat zhruba od 20. století, kdy došlo k vývoji nejen v oblasti společenské, ale i intimní. Od počátku lidstva byla úloha ženy jasně stanovena náboženstvím a morálním kodexem na funkci rodičky, vychovatelky a pečovatelky o domácnost. Sexuální potěšení bylo určeno pouze mužům. Ještě zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud (1856-1939) byl chybně přesvědčen o pasivní roli v po-

hlavním životě předurčené ženám. Soulož jim přinášela jen nepříjemné pocity a bolest při porodu dítěte. Dnešní prosazení žen, vzdělání, sexuální svoboda a možnost rozhodnout se kdy a s kým plánovat dítě, umožnily ženám plnohodnotný život přinášející radost a jisté zadostiučinění. Avšak pevně zakořeněná puritánská výchova může být jednou z příčin, proč zhruba 15 % žen pociťuje vyvrcholení jen zřídka a dalších 5 – 10 % žen orgasmus nikdy nezažije (Citterbart, 2001, s. 89).

2 TĚHOTENSTVÍ A SEXUALITA

Jak již bylo zmíněno, pohlavní styk v těhotenství nebyl v každé době samozřejmostí a dokonce se o něm nesmělo ani hovořit. Například pro ortodoxní křesťany byla soulož v graviditě těžký hřích. Pokud o ní vůbec byla zmínka ve starších učebnicích gynekologie a porodnictví, byla zohavována a zakazována. Naštěstí se doba změnila a pokročila a dnešní názory jsou podstatně umírněnější. Ženy jsou v těhotenství citově labilnější, a proto tížit oba partnery dlouhodobou abstinencí je poněkud nežádoucí a zbytečné (Driák, 2004, s. 103-104).

Koitus neboli pohlavní styk v těhotenství nese mnohá tabu a nepřesnosti. Gravidita není asexuální období, protože sexuální představy, touhy a sny se nevytrácí ani v této době. Ženy jsou často vystrašené, aby *koitus* nezpůsobil nějaký problém. Ovšem každá žena prožívá těhotenství jinak. Některé vyžadují soulož více, nejsou výjimkou ani ženy, jež mají v té době milence a jsou mnohem aktivnější než kdy dřív. Jiné ženy za celé těhotenství na sexuální aktivitu ani nepomyslí a partner to musí respektovat. Proto může být těhotenství i alibi, proč se sexuálním hrátkám vyhnout. I těhotné ženy jsou sexy a jsou muži, pro které je dokonce těhotná partnerka přitažlivější než před tím (Pastor, 2010, s. 122- 123).

2.1 Sexualita v prvním trimestru

Zásadním a průvodním jevem těhotenství je **vliv na sexuální touhu** (Symons, 2006, s. 82). V prvním trimestru jsou zcela obvyklé ranní nevolnosti, zvracení a ostatní problémy nezávislé na vůli těhotné, které mohou negativně ovlivnit sexuální život. Takže není divu, že budoucí maminky nejeví v tomto období těhotenství o sex příliš velký zájem. Také prodělaný potrat a následný strach o další těhotenství způsobí jisté zábrany ke koitálním aktivitám (Behinová a Kaiserová, 2006, s. 66).

Pocity strachu a obavy jistě nemusí mít každá žena. Ať už je to vědomím, že nemusí myslet na ochranu před početím, působením těhotenských hormonů, nebo trik evoluce, jak v této době připoutat muže k ženě. Mnoho budoucích maminek zjišťuje právě v tomto období mnohem větší chuť na sexuální aktivity a dokonce je pro ně snazší dospění k orgasmu než kdykoliv před tím (Symons, 2006, s. 82).

Páry se často v této době intenzivněji vracejí k něžnostem, při kterých se seznamovaly, tzn. líbání, mazlení, držení se za ruce. Hledají také jiné způsoby uspokojování. Vzájemná

masturbace nebo anální styk mohou být alternativou. U análního styku je potřeba dbát na použití lubrikačního gelu a pokud možno kondomu. U orálně genitální aktivity je zcela nevhodné foukání vzduchu do pochvy, kdy hrozí ženě plicní embolie. Odborníci v tomto období, kdy je pro ženu pohlavní styk jistým rizikem, doporučují jiné aktivity podporující tělesný kontakt, jako je například masáž. Ovšem pokud je ženě v prvním trimestru z nějakého důvodu zakázán pohlavní styk, respektive orgasmus, například opakovaně potrací, platí to pro jakýkoliv způsob dosažení vyvrcholení. Masters a Johnsonová uvádí, že masturbace vyvolává ještě intenzivnější děložní stahy než u pohlavního styku (Coppens, 2013, s. 2).

2.2 Sexualita ve druhém trimestru

Druhý trimestr se dá považovat za relativně bezproblémové období. Nastávající maminky již netrpí ranními nevolnostmi, nejsou tak vyčerpané a zatím je neobtěžuje zvětšující se břicho. Ženy někdy v tomto období pocítují intenzivnější sexuální prožitky a zvýšenou chuť na pohlavní styk. Je to dáno citlivější erotogenní oblastí a citlivějšími prsy. Orgastické stahy dělohy, jak často budoucí maminky popisují, je nemusí nijak znepokojovat ani vyvolávat obavy z předčasného porodu. Stává se, že žena v tomhle období zažívá svůj první orgasmus v životě nebo jeho zintenzivnění. Sexuální představivost bývá pestřejší a ženy více masturbují (Behinová a Kaiserová, 2006, s. 66).

2.3 Sexualita ve třetím trimestru

Třetí trimestr s sebou přináší největší změny v organismu ženy a to zvýšení hmotnosti, sníženou pohyblivost, otoky, psychické změny...Proto sexuální zájem s vidinou blížícího se porodu klesá. Důvodem může být i zvyšující se hladina hormonu prolaktinu, který řídí nástup laktace (Pastor, 2010, s. 124). Strach ze soulože je u některých žen s blížícím se datem porodu častý. Z lékařského hlediska je však pohlavní styk možný u fyziologické gravidity až do termínu porodu. Navíc při přenášení je pohlavní styk velmi vhodný, protože spermie obsahují přírodní prostaglandin, který změkčuje děložní hrdlo a připravuje ho k činnosti (Behinová a Kaiserová, 2006, s. 66). Ovšem hluboké proniknutí nemusí být duševně ani tělesně příjemné, proto je třeba trochu uzpůsobit polohy při styku, aby se předcházelo utlačení dělohy (Symons, 2006, s. 110).

2.4 Fyziologická gravidita a pohlavní život

Pokud probíhá gravidita zcela bez komplikací, tedy fyziologicky, a v anamnéze ženy nejsou rizikové faktory jako například léčená sterilita nebo infertilita, pak není důvod k omezování pohlavního života (Citterbart, 2001, s. 92). Ovšem „jinému stavu“ je třeba pohlavní život přizpůsobit. Změny mohou působit na sexuální život zcela protichůdně a pak záleží na tom, co převáží. Překrvení rodidel, které vyvolává městnání krve v pánevních žilách, má za následek dráždění nervových zakončení v pochvě a vyvolává zvýšenou touhu po styku. Sexuálním drážděním se překrvení ještě umocní. **Orgastická manžeta** zesiluje, pochva se vzrušením zužuje a dráždění je intenzivnější. Má to také svá negativa. Překrvení rodidel a pánevních žilních pletení způsobuje častější výtok, pálení, svědění, podráždění kůže stydkých pysků a bolest zevních rodidel a pánve. Zvláště citlivý je poševní vchod. Z hlediska pohlavního styku nejsou vhodné přílišné otřesy a nárazy, které mohou znamenat riziko pro plod. Z důvodu těhotné dělohy se tímto jeví jako nejšetrnější poloha na boku (Driák, 2004, s. 104).

2.5 Riziková gravidita a pohlavní život

U rizikového těhotenství jsou dané kontraindikace, které pohlavní život vylučují. Zcela nevhodný až nepřijatelný je pohlavní styk při **krvácení a předčasné děložní činnosti** v těhotenství, **hrozícím abortu** nebo po **odtoku plodové vody**. Dále při operaci **cerclage**, kdy se stahuje a zpevňuje silonovým stehem děložní hrdlo (Driák, 2004, s. 105). Dalšími příčinami jsou výrazná inkompetence děložního hrdla, placenta previa, akutní projevy vaginálního zánětu, atd. (Weiss, 2010b, s. 297). Dle Weisse (2010b, s. 297) hrají u rizika předčasného porodu svou roli následující faktory:

- Orgastické kontrakce mohou být pro plod určitou zátěží, ale jelikož je plod chráněn několikavrstevnými obaly, vyrovnává se s tím dobře. Proto je otázka orgastických kontrakcí a tím spuštění předčasného porodu diskutabilní.
- Jak již bylo zmíněno, ejakulát je přírodním prostaglandinem, což je látka, která mimo jiné vyvolává porod. Prostaglandiny jsou proto důležitou složkou při indukci a preindukci. Také tohle je sporné téma, zda může pohlavní styk u přenášeného těhotenství vyvolat porod, i když odůvodněnou podstatu to má.
- Určitě zcela racionálním důvodem při možném riziku předčasného porodu je infekce. I v těhotenství je možné zavlečení bakterie do vaginálního prostředí, a to napří-

klad souloží s rizikovým partnerem. Proto použití kondomu s novým partnerem je v těhotenství samozřejmostí.

2.6 Pohlavní život v graviditě z pohledu partnera

Sexuální prožitek a jeho intenzita má párový charakter, a proto je vždy určována oběma partnery. Muži mají na těhotné ženy různý pohled. Mnozí mohou dočasně ztratit zájem o soulož, protože se bojí, aby partnerce nebo plodu neublížili. Jiní v partnerčiných proporcích nespatřují nic přitažlivého (Behinová a Kaiserová, 2006, s. 65-66). Pokud pro muže ztratí žena přitažlivost, neměl by se tento fakt opomíjet ani zveličovat. Tento stav není nijak výjimečný. Je vhodné a žádoucí situaci s partnerkou probrat a maximálně ji ujišťovat o své lásce, věrnosti a určitě zmínit mimořádnost situace. Svůj půvab má i dočasně vyřešená antikoncepce, na kterou již těhotná žena nemusí pohlížet a také fakt, že někteří muži vidí v těhotné ženě a jejím rostoucím bříšku kouzlo (Behinová a Kaiserová, 2006, s. 66).

Pohlavní styk je vhodné nahradit jinými formami tělesné a duševní blízkosti a lásky. Neaplněné touhy může žena uspokojit autoerotikou, či jednostranným nekoitálním uspokojením (Pařízek, 2006, s. 193). Rozumný partner nemá uplatňovat vůči partnerce přehnané sexuální požadavky a milující žena nemá svého muže stále odmítat (Trča, 2004, s. 47).

V některých případech dochází u partnerů v těhotenství k tzv. **couvade syndromu**. Jde o různé tělesné příznaky, týkající se často gastrointestinálního traktu – zácpa, průjem, nevolnost, bolest zubů, přibývání na váze, pokles chuti k jídlu atd. (Weiss, 2010b, s. 298).

Pokud se v době těhotenství vyskytne krizová situace, jako například šok partnera z těhotenství a jeho následný obranný mechanismus v podobě agrese, úniku, popření těhotenství, izolace nebo ať už v oblasti intimního života, nemusí se pár stydět vyhledat odbornou pomoc nebo snad nechávat problém na období po narození dítěte. Porodem nastanou další starosti a problémy a neřešená krize může například ženě znemožnit kojení (Pařízek, 2006, s. 194; Ratislavová, 2008a, s. 46).

3 POROD A SEXUALITA

Je jistě zřejmé, že každý porod je určitý zásah do anatomických poměrů těla, a proto žena po porodu nikdy není zcela stejná, jako před tím. Samotný porod však většinou budoucí sexualitu a s ní spojenou vzrušivost a chuť mnoho neovlivní (Weiss, 2010a, s. 74-75).

Na straně druhé existují ženy, pro které se porod stane začátkem komplikací znemožňující příjemný prožitek z pohlavního života, ať už je to rozsáhlé porodní poranění, partnerova účast u porodu a následný nezájem o sexuální život, strach ze soulože, atd.

Obnova pohlavního života trvá několik málo týdnů, pokud je vše v pořádku. Porod císařským řezem je větší zásah do organismu, proto může být návrat k souloži delší. Přítomné psychické a psychosomatické problémy jako například poporodní deprese, potíže s kojením mohou přetrvávat až rok, jak u vaginálního tak operativního porodu. O tom svědčí některé výzkumy nasvědčující, že sexuální spokojenost žen s duševními či fyzickými obtížemi je nižší. Z lékařského hlediska však nelze nic namítat proti obnovení soulože již tři týdny po porodu, kdy jsou porodní poranění většinou už zhojena (Weiss, 2010a, s. 74-75).

3.1 Porodní poranění a vliv na budoucí sexualitu ženy

Podle Driáka (2004, s. 107) dochází při samovolném či operativním porodu poměrně často k náhodnému nebo umělému, většímu i menšímu poranění pochvy, poševního vchodu a hráze. Náhodnému, nechtěnému poranění hráze se říká **ruptura, trhlina**. Umělému provedení nástřihu nebo též naříznutí hráze porodníkem při tzv. aktivním vedení porodu se říká **episiotomie**. Zastánci tzv. fyziologického porodnictví oproti aktivnímu vedení porodu episiotomii odmítají jako nepřirodní, nepřirozený zásah do organismu. Špatné zhojení hráze a neošetřená porodní poranění v minulosti běžně zapříčinily trvalou invaliditu a problémy s inkontinencí moči a stolice. Následkem toho se vyskytly překážky při souloži.

U mediolaterální episiotomie je vyšší výskyt bolestivého pohlavního styku než po porodu bez nástřihu či nástřihu mediálním. Jiní zdůrazňují negativní následky, jako hojení per secundam u vaginální ruptury ve srovnání s nástřihem hráze. Se samovolným únikem moči a stolice se v důsledku porodního poranění po ukončení šestinedělí setkává až 40 % žen a po 3 měsících 15 % žen. Jedná se o inkontinenci stresovou. Mnohé kazuistiky nasvědčují tomu, že špatný vliv na budoucí sexualitu nezapříčiňuje dyspareunie, ale stud za vzhled ženského genitálu, z důvodu rozsáhlých per secundam zhojených porodních poranění.

Možnou spekulativní metodou prevence ruptury 3. a 4. stupně je předporodní masáž hráze. (Weiss, 2010b, s. 299 - 300).

Žádná žena se nevyhne tomu, že těhotenství i porod na ní zanechají určité trvalé následky. Děložní čípek změní jak velikost, tak tvar, děloha zůstane mírně větší a těsnost pochvy a poševního vchodu už nebude pro zkušené a citlivé muže tolik atraktivní. Proto hraje kvalita ošetření porodního poranění a řádné sešití takovou důležitost při budoucí funkci pohlavního styku. Porodní poranění se u bezproblémového porodu většinou hojí dobře a zanechaná tenká jizva souloží nijak neomezuje (Driák, 2004, s. 107).

Tabulka 1: Přehled možných komplikací porodnických operací ve vztahu k ženské sexualitě

Lokalizace	Operace	Charakter poranění	Typ sexuologických problému
Stěna břišní	Sectio caesarea	Sekundární hojení, abscesy, koloidní jizvy	Porušení schématu vnímání vlastního těla, dysmorfofobie, poruchy cití
Dutina děložní	Kristelerovy exprese, sectio caesarea	Poranění břišních orgánů, ruptura dělohy	Bolest při sexu v hloubce, dyspareunie, všechny typy ženských sexuálních dysfunkcí (FSD), poruchy touhy, vzrušení, orgasmu
Hrdlo děložní	Dilatace, nástřihy, forceps	Ruptura dělohy, odtržení hrdla, ruptury hrdla děložního, pochvy	Dyspareunie, všechny typy FSD,
Pochva	Forceps, vakuu-mextrakce	Ruptury, hematomy, abscesy, jizvenaté procesy, stenóza	Dyspareunie, všechny typy FSD, inkontinence moči při sexu
Poševní introitus	Forceps, episiotomie	Ruptury, hematomy, abscesy, jizvenaté procesy, stenóza, zející introitus	Dyspareunie, všechny typy FSD
Zevní genitál	Forceps, episiotomie	Hematomy, odtržení a ruptury labií, klitoris, poranění uretry	Dyspareunie, všechny typy FSD, mikční problémy,

			uroinfekty
Uretra	Forceps	Pohmoždění, lacerace, trhliny	Dyspareunie, všechny typy FSD, recidivující uroinfekty, inkontinence moče
Konečník, střevo	Forceps, episiotomie	Kompletní a inkompletní ruptury I-III stupně	Dyspareunie, všechny typy FSD, inkontinence alvi

(Weiss, 2010b, str. 222)

3.2 Partner u porodu

Partnerova účast při porodu má různá sexuologická hlediska. Pokud je s tím muž svolný, může ženě ohromně při porodu pomoci. Poskytnutí podpory v neosobním prostředí nemocnice mezi cizími lidmi často stresovanou ženu omezuje v přirozeném průběhu porodu. Mnozí partneři doprovází ženu, protože se to od nich vyžaduje, nebo se domnívají, že je to tak správně. Ideální je, pokud si to přejí oba partneři (Pastor, 2010, str. 124).

Dříve bylo běžné, že otcové neměli přístup na porodní oddělení natož porodní box. Byli nuceni vyčkávat na chodbě. S radostnou zprávou o narození potomka přišla porodní asistentka. Poté muž odcházel a šel patřičně oslavit roli otce. V dnešní době mají muži právo být u porodu. Většina partnerů si nenechá narození svého potomka uniknout nebo se o to aspoň snaží. Není to však otcovská povinnost a každý muž má právo volby. Ovšem pro některé muže je představa rodící partnerky až nesnesitelná. Možná také cítí jistou zodpovědnost za její bolest, jiní nesnesou pohled ne krev. Tato zkušenost může být pro některé muže tak traumatizující, že se můžou stát v budoucnu dočasně impotentními nebo mají potíže s pohlavním životem (Symons, 2006, s. 81). Ne na každého partnera má porod kladný dopad. Všichni muži nejsou na takové intimní zážitky zvyklí nebo připravení. Tento fakt lze využít a v pravý okamžik ponechat ženě malé soukromí, které je vhodné a potřebné. Není každému vlastní taktně odejít ve správný okamžik nebo ohleduplně stát například u hlavy rodičky. Otec je u porodu vždy vítaný, ale nemusí být svědkem každého gynekologického zákroku a detailů. (Pastor, 2010, s. 124).

„Pro někoho může být porodní zážitek důvodem intimního odcizení nebo to později může tak interpretovat. V klíčových okamžicích bývá člověk vždycky sám, i kdyby byl uprostřed davu“ (Pastor, 2010, str. 124).

4 ŠESTINEDĚLÍ A SEXUALITA

Konec šestinedělí není striktní mezník pro začátek pohlavního života. Pokud má žena zhojená porodní poranění, zvláště perineum a ustoupilo krvácení, může opět začít sexuálně žít. Musí mít však dostatečné libido. Pohlavní život a jeho začátek je zcela individuální záležitost stejně tak jako sexuální aktivity (Roztočil, 2004, s. 7).

Není ojedinělým případem, že ženě po porodu výrazně klesne sexuální touha, ba dokonce úplně chybí. Důsledkem mohou být mnohé příčiny – náhlá změna životního stylu a stereotypu (mění se zaběhlý režim celé rodiny), mění se hladina hormonů a nepochybně také psychický stav ženy (Pařízek, 2006, s. 345).

4.1 Pohlavní život v šestinedělí

Není to tak dávno, kdy bylo ženám doporučováno zdržovat se pohlavního života šest týdnů před porodem a šest týdnů po něm, dokud žena nepodstoupí poporodní vyšetření u svého gynekologa. Mnozí lékaři tohle doporučení dnes vnímají jako zbytečně opatrné. Pokud se žena cítí po porodu dobře a nemá závažné důvody, které by ji omezovaly, může začít pohlavní žít i dříve. Ne však tehdy, dokud odcházejí z těla tzv. *lochie* (Behinová a Kaiserová 2006, s. 164). **Lochie** neboli **očistky**, což je směs krevním sraženin, odumřelých částic děložní sliznice a odměšků z porodních poranění jsou vždy infekční (Driák, 2004, s. 107). Proto je důležitá prevence vzniku této puerperální infekce, kdy žena dodržuje základní pravidla sexuální hygieny. K zabránění infekce stačí použít při prvním styku kondom, který případné infekci zabrání (Roztočil, 2004, s. 7).

Podle Roztočila (2004, s. 7) trpí zhruba 50 % žen bolestí při pohlavním styku, tzv. **dyspareunií** a relativně velké procento žen udává nepříjemné pocity po styku i rok po porodu. Tyto změny nejsou připisovány jen ženám, které rodily vaginálně, i když jsou častější, ale vyskytují se i u žen po císařském řezu, z důvodu strachu z narušení jizvy a připomenutí bolesti při tlaku na břicho.

Podle Weisse (2010b, s. 303) patří k zásadám terapie poporodní dyspareunie:

- Dostatečná kontrola porodního poranění,
- řešení atrofické hypoestrinní vaginitidy,
- léčba interkurentních infekcí pochvy a celého močopohlavního ústrojí,
- rehabilitace pánevního dna,

- léčba předporodní a poporodní deprese,
- psychoterapeutická podpora páru či alespoň postižené ženy.

Nelze nezmínit pověřivé zaslepené ženy, které předčasně utíkají z porodnic ze strachu, že je jejich muž opustí, pokud s ním nebudou mít pohlavní styk do 3 dnů po porodu. Nicméně již v raném šestinedělí může žena začít na sobě pracovat, shazovat nadbytečná kila, posilovat ochablé břišní svaly a po zhojení porodních poranění trénovat svaly pánevního dna, aby návrat do původního stavu byl co nejdokonalejší a nejrychlejší. Motivovat ji může návrat do sexuálního života a shozená kila jí určitě přinesou radost a sebevědomí (Driák, 2004, s. 107-108).

4.2 Pohlavní život v šestinedělí z pohledu partnera

Snad nejdůležitějším faktorem ovlivňující psychický stav ženy je kvalitní partnerský vztah a emoční stabilita v rodině (Ratislavová, 2008b, s. 1). Špatné vztahy v rodině a mezi partnery dříve či později vedou k rozpadu rodiny a ani velká obětavost matky v péči o dítě nenahradí správně fungující partnerský pohlavní život. Sexuální kontakt je nejintimnější komunikace mezi mužem a ženou, která drží vztah a citové vazby v harmonii. Tento dialog mezi manžely a dlouholetými partnery se nedá ničím jiným nahradit (Driák, 2004, s. 108).

Ne nadarmo je v moderní kultuře partner brán jako nejdůležitější pomocník a opora ženy v rodině. Tím jsou na muže kladeny velké nároky a může psychicky strádat, stejně tak jako žena (Ratislavová, 2008b, s. 1).

U některých párů se stává, že pokud muž asistoval u porodu, jeho sexuální touha tím může být narušena. Tento jev bývá některými prameny popisován jako tzv. **Madonin komplex**. Partner má problém pohlížet na ženu jako na milenku a vidí v ní pouze ženu jako rodičku (Hollá, 2011).

Muži většinou s navozením vzrušení problém nemívají. Stačí jim k tomu erotický podnět. Ovšem ženě samotný erotický podnět nestačí. Jelikož se aktuálně nachází v nové roli matky, je pro ni těžké se z mateřské lásky přenést k partnerovi. Důležité je při tělesném kontaktu s partnerem zapojit fantazii, eroticky vnímat, myslet a celou svoji pozornost věnovat svému muži. Naučit se zahnat rušivé myšlenky a elementy a vrátit se k erotickým představám (Hollá, 2011).

5 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE POHLAVNÍHO STYKU

„Mužská a ženská sexualita se vyznačuje určitými rozdíly v odpovědi na erotizaci danými anatomickými, endokrinními a psychologickými odlišnostmi. Cílem sexuální aktivity je dosáhnout úspěšného pohlavního styku vrcholícího orgasmem. Podmínkou orgasmu je sexuální reaktivita pohlavního ústrojí. Popsali ji pro obě pohlaví Masters a Johnsonová v roce 1966 v knize *Human Sexual Response*. Rozdělili sexuální odpověď na erotizaci do 4 stupňů: excitace, plató, orgasmus a uvolnění“ (Citterbart, 2001, s. 90).

5.1 Excitace

Jako první u ženy nastává poševní zvlhčení neboli lubrikace, což je první známka sexuálního vzrušení. Důsledkem překrvení dochází ke zduření *glans clitoridis* a malých stydkých pysků (*labia minora*). Změnou svalového tonusu dojde k zúžení přední třetiny pochvy a rozšíření na dvě třetiny - »ballooning response«. Pochva se prodlouží, současně se zvětšují prsa a erigují bradavky. Puls i krevní tlak se zvyšuje (Citterbart, 2001, s. 90).

U těhotných žen je v prvním trimestru ve fázi excitace výraznější zduření labií. Radikálněji se také zvětšují prsy ve srovnání s netěhotnými (Weiss, 2010b, s. 296).

V této fázi je nejdůležitější individualita. Každá žena je jiná, a proto je dobré vědět co je ženě příjemné a co nikoliv. Předehra, jak můžeme první fázi nazvat, je pro ženu nedílnou součástí pohlavního styku a její délka, intenzita dráždění a rušivé elementy, jako například zvonící telefon atd. zcela jistě ovlivní kvalitu dalších fází (Pastor, 2007, s. 33).

5.2 Plató

Ve fázi plató se v přední třetině pochvy utváří tzv. **orgastická manžeta**. Klitoris vystupuje nad úroveň stydké spony a děloha se napřimuje. *Labia minora* zduří a změní barvu na temně rudou u žen, které již rodily, a na světle červenou u nulipar. Krevní tlak a tepová frekvence se dále zvyšuje (Citterbart, 2001, s. 90).

Rozdíly mezi ženami těhotnými a netěhotnými nejsou téměř žádné a genitál reaguje zcela normálně. U multipar může dojít k uzavření poševního vchodu orgastickou manžetou (Weiss, 2010b, s. 296).

5.3 Orgasmus

Ženský orgasmus pozorujeme kromě nejintenzivnějšího sexuálního vjemu také jako nepatrnou elevaci a stahy dělohy. Mužský jako »výlev« ejakulátu (Kobilková, 2005, s. 160; Roztočil a kolektiv, 2011, s. 199). Příjemný pocit, který je s orgasmem spojen, je dán uvolněním endorfinů v mozku. Jsou to látky podobné opiátům, které mají euforizující, náladu zlepšující účinek. Orgasmus trvá obvykle 5-15 sekund (Driák, 2004, s. 99-100). Žena může prožít několik orgasmů po sobě. Vhodnou stimulací, která orgasmu předcházela, může navázat na další vyvrcholení, aniž by musela projít předešlými fázemi. Na druhou stranu je ženský orgasmus mnohem zranitelnější než mužský. Zevní vlivy a náročnost žen je jeden z důvodů, proč zažívá spousta žen první orgasmus až po 30. roce života (Vigué, 2006, s. 83). Frekvence a kvalita orgasmů se snižuje s věkem a mnohé ženy prožijí za svůj život jen orgasmus klitoridální, například tlakem partnerovou stydkou kostí. Toho lze dosáhnout po vyvrcholení muže a následném zmenšení penisu. Důsledkem svalového napětí probíhají nejenom na pohlavních orgánech, ale v celém těle jak somatické tak psychické změny. Zvyšuje se počet dechů až na 40/ min doprovázený zvýšením tlaku. Stimulace erotogenních zón a polibky usnadňují dosáhnutí vyvrcholení. (Roztočil a kolektiv, 2011, s. 119).

Strach a obavy o plod může způsobit bolestivý orgasmus, se kterými se těhotné ženy setkávají hlavně na konci těhotenství. Na tonické stahy dělohy, které po vyvrcholení mohou trvat 1 minutu nebo až 30 minut, může plod reagovat dočasnou zpomalenou srdeční činností (Weiss, 2010b, s. 296).

5.4 Uvolnění

Fáze rezoluce neboli uvolnění chápeme jako návrat krevního tlaku, dechu a tepové frekvence ke klidovým hodnotám. Odeznívá překrvení rodidel a vrací se zpět do původní velikosti. Klitoris bývá po orgasmu velmi citlivý, proto další dráždění způsobuje nepříjemné pocity nebo naopak u některých žen další orgasmus. (Driák, 2004, s. 100; Vigué, 2006, s. 83).

Návrat cévního městnání je tím pomalejší, čím je těhotenství blíže konci. V třetím trimestru zcela k návratu změn nedojde (Weiss, 2010b, s. 296).

5.5 Sexuální dysfunkce

Každá nemoc má svou příčinu a není tomu jinak ani u ženských sexuálních dysfunkcí, které jsou onemocněními jako každé jiné. Mnohé z nich umíme ovlivnit, některé známe, jiné méně. Zhruba 30 až 50 % ženské populace má alespoň jednou za život problém s pohlavním životem. Výjimkou jistě nejsou ani **ženy v šestinedělí**, u kterých se možné sexuální dysfunkce přímo nabízí z důvodu velkého zásahu do organismu jakým je porod. Míru problému a jejich výskyt ovlivňují faktory jako věk, vzdělání, sociální postavení, jiná onemocnění a mnohé další. Snížení kvality života jistě přináší různá omezení, tělesné a psychické potíže, sociální izolaci i emoční napětí. Řada z nich je zapříčiněna čistě tělesnou rovinou. Výzkumy prokázaly jistou shodu mezi původem ženských a mužských sexuálních odchylek. Mezi již zmíněné rizikové faktory můžeme jmenovat kouření, zvýšenou hodnotu krevních tuků, nemoci srdce a cév, hormonální nemoci, metabolické poruchy, obezitu a další civilizační choroby (Pastor, 2010, s. 75).

5.5.1 Frigidita

Frigidita je snížení nebo chybění sexuálního vzrušení a touhy (Kratochvíl, 2003, s. 85). Je to poměrně častá porucha, která se může vyskytnout u všech žen jakéhokoliv věku (Zvěřina, 2004, s. 62). Pro snížení nebo chybění touhy, chuti, libida či apetence užíváme též pojmy alibidinie a hypolibidinie. Neschopnost a sníženou schopnost při specifické situaci sexuálního vzrušení, jako reagování na pocity slasti, zvlhnutí pochvy a uvolnění poševního vchodu, spojenou s necitlivostí pohlavních orgánů při souloži užívá pojem sexuální anestezie a sexuální hypestezie. Klinická praxe nachází tyto nedostatky sexuální reaktivity zpravidla „*ruku v ruce*.“ Dosáhnutí orgasmu u žen, kterým chybí sexuální touha a které nejsou stimulací sexuálně vzrušené, je prakticky nemožné, proto v sobě frigidita často zahrnuje také anorgasmii (Kratochvíl, 2003, s. 85).

5.5.2 Sexuální averze

Sexuální averze je odpor k pohlavnímu životu. Zatímco u frigidity je postoj k pohlavní aktivitě čistě lhostejný, u averze je odmítání partnera trvale vysoce záporné. Odpor se nemusí týkat samotného pohlavního styku, ale může se generalizovat na jakýkoliv tělesný kontakt partnera. Mnohé z žen často radši přetrpí soulož než dotykovou předehru. Tyto problémy mají kořeny ve vztahu k partnerovi nebo jsou postiženy specifickými sexuálními traumaty. Na sexuálním odporu se podílejí často výchova a zážitky z dětství a dospívání,

například pohlavní zneužití. Druhotná averze navazuje na nucenou sexuální aktivitu, která nevyhovuje frekvenci a potřebám ženy (Kratochvíl, 2003, s. 86).

5.5.3 Anorgasmie

Není žádnou novinkou, že ženský orgasmus často podléhá různým situačním a zevním vlivům, a proto je mnohem zranitelnější než orgasmus u mužů. Žena má vyšší nároky na svou sexualitu než partner. Erotismus u žen je také pomalejší. Proto není výjimkou, když žena zažije první orgasmus až po třicítce. Uvádí se, že až třetina žen má po dosažení prvního orgasmu problémy s touto emocí. Emoční vyvrcholení se dostavuje různě často, nebo jen zřídka. Dosažení orgasmu je totiž vázáno na specifickou stimulaci, aktuální naladění partnerky a především kvalitu partnerského vztahu. Potíže s dosažením orgasmu, jako například momentální nechuť na soulož, problémy s dítětem, atd., nelze na rozdíl od anorgasmie označit za sexuální dysfunkci, protože víc než třetina všech žen by tím pádem byla označena za sexuálně dysfunkční (Zvěřina, 2004, s. 62- 63).

Mnohé příčiny nedosažení orgasmu mají sekundární povahu: například anorgasmie u mladých matek po porodu. Svou roli zde hrají změny anatomické poměry rodidel, následný stres novou sociální situací a zvýšené nároky na adaptační funkce. Také jsou známé anorgasmie vyvolané důsledkem těžkého stresového zážitku, nebo vznikem duševní poruchy (Zvěřina, 2004, s. 63).

Orgasmus je především emocí, centrální funkcí. Jeho prožitek je do jisté míry ovlivněn periferními projevy, jako silou křečových stahů při zapojení svalstva pánevního dna. Na rozdíl od emočního prožitku, který nelze trénovat, můžeme svaly pánevního dna vhodným cvičením posilovat. Své místo u léčení poruch orgasmu má proto své místo jak autoerotické a nekoitální dráždění pohlavních orgánů ženy, tak posilování pánevního dna. Vhodnými cviky stahování pánevního dna jsou tzv. **Kegelovy cviky** podle amerického gynekologa Arnolda Kegela. Prakticky jde o nacvičování „zadržení pohlavního údu v pochvě“ při pohlavním styku (Zvěřina, 2004, s. 63).

5.5.4 Dyspareunie

Dyspareunie je popisována jako nepříjemné až bolestivé pocity při pohlavním styku ženy. Mohou mít příčinu v individuálních anatomických podmínkách jako příliš úzká nebo krátká pochva nebo časté záněty, poúrazové stavy, infekční nemoci, porody, psychogenní příčiny atp. (Capponi, 1994, s. 37).

Pastor (2010, str. 88) uvádí, že dyspareunie snižuje sexuální vzrušivost a prožitky a provází ženy při sexu zhruba v 15 % případů, ženy v období přechodu ještě častěji. Bolest se vyskytuje nejvíce při samotné souloži. Na začátku jsou nepříjemné pocity způsobeny dilatací pochvy, což může být zesíleno malou mírou vzrušení a nedostatečným zvlhčením pochvy, zejména v důsledku krátké predehry. Postupem styku potíže vymizí. Příčin bolestivého koitu je mnoho, záněty, nedostatek hormonů, narušená poševní sliznice, svalové problémy, nervové příčiny, cévní komplikace, pooperační stavy, ozařování a celá řada dalších problémů. Mnohdy jsou však příčiny zcela idiopatické (Pastor, 2010, s. 88).

Bolest se nemusí týkat jenom soulože, ale i jiných nekoitálních praktik, jako masturbace, orálního a análního styku. Překvapením může být to, že sexuální aktivita může od bolesti i ulevovat. Masturbací, tedy pohlavním sebeuspokojováním, se z mozku uvolňují endorfiny. Proto soulož, stejně tak i masturbace, mohou zbavit ženu bolesti hlavy nebo záchvatů migrény. Naopak neuskutečněný orgasmus, například při vyrušení těsně před vyvrcholením, mohou vyvolat stavy podráždění, bolest v podbřišku, ale i průjem, zvracení a škytavka (Pastor, 2010, s. 88).

5.5.5 Nymfomanie

Nymfomanie nebo též hypersexualita je výrazně zvýšená touha po pohlavním styku. Jde o definici přesnou v nepřesnosti. Existují země, kde mají muži povinnost s ženou pohlavně žít minimálně 2krát denně. V tomto případě budou ženy označovány za nymfomanky na rozdíl od jiných kultur, kde je milování povoleno pouze za účelem plození potomků. Někteří z autorů neberou zvýšenou potřebu pohlavních styků, které končí uspokojením jako znak nymfomanie. Sexuální patologie je pouze to, pokud žena nadměrně souloží s více muži bez finálního uspokojení. Takle deviace může být také následkem tělesného onemocnění, např. určité typy nádorů na vaječnicích, které vedou k vyšší tvorbě sexuálních hormonů. V konečné fázi je složité najít hranici sexuální normy. Hypersexualita komplikuje život a hypersexuální ženy těžko hledají partnery (Capponi, 1994, s. 86; Pastor, 2010, s. 92).

6 PŮSOBENÍ HORMONŮ NA ŽENSKOU SEXUALITU

6.1 Ženské pohlavní hormony

Co se týče lidské sexuality, tak rozhodně nesmíme opomenout pohlavní hormony a hormony vůbec, které jsou důležité i v sexuálním životě. Právě hormony jsou odpovědné za rozvoj pohlavních znaků. Tzv. androgeny, mužské pohlavní hormony, se tvoří převážně ve varlatech. Nejvýznamnější je testosteron. Z androgenů se vytváří estrogény, proto jsou androgeny v malém množství přítomny i u žen a jsou důležité z hlediska sexuality ženy. Naopak estrogény, symbol ženskosti, které jsou důležité z hlediska ženských pohlavních znaků a sexuálního citění jsou do jisté míry zastoupeny i u mužů a jejich reprodukci. U žen ovlivňují práh a míru vzrušivosti. Působí také na sexuální spontaneitu. Jejich nedostatkem ženy rychleji stárnou, sliznice genitálu jsou citlivější a hůře se vyživují. Proto nelze zvláště v přechodu hormony podceňovat (Pastor, 2010, s. 177; Weiss, 2010b, s. 91).

6.1.1 Androgeny

Původcem sexuální vzrušivosti, reaktivity, sexuálního zájmu a vůbec sexuálních funkcí jsou androgeny. Hormonem androgenní povahy je testosteron, který je přirozeným anabolickým hormonem působící na obě pohlaví. Jeho vlivem rostou vlasy, vousy, formuje hlas a ovlivňuje naše libido. Také ženy jsou nositelkami testosteronu, i když je to převážně mužský hormon. Zdrojem jsou u žen vaječníky a také kůra nadledvinek. Nízkou hladinu androgenů mohou ženy, ale i muži na sobě zpozorovat jako pokles chuti k sexuální aktivitě, snížené genitální pocity a mizející orgasmus. Naopak vysoká hladina androgenů jim zvyšuje energii a zlepšuje náladu (Čepický, 2005, s. 23 – 24; Pastor, 2008, s. 32-37; Weiss, 2010b, s. 75).

6.1.2 Estrogény

Estrogény neboli ženské steroidy, mají zásadní vliv na řízení ženských sexuálních funkcí. Jsou vytvářeny sekrečními buňkami ovarií. Působením estrogenů svými vasodilatačními účinky se zvyšuje vaginální, klitoridální a uretrální cévní průtok a tím sexuální spontánnost a vzrušení. Svou úlohu plní také při správné lubrikaci pochvy. Proto lokálním doplňováním estrogenů můžeme účinně léčit jak sníženou poševní lubrikaci, tak elasticitu pochvy nebo sníženou citlivost genitálu (Pastor, 2008, s. 32-37; Weiss, 2010b, s. 80). Proto je dostatek estrogenů pro normální funkci pohlavního ústrojí nezbytný. Právě estrogény jsou odpo-

vědné za trofiku a vývoj ženských pohlavních orgánů. Vylepšují emoční ladění ženy a zlepšují sexuální apetenci. Vysoké hladiny estrogenů ovšem způsobují zvýšení hladinu prolaktinu, který snižuje sexualitu (Fait, 2004, s. 34-35; Čepický, 2005, s. 25-26).

6.1.3 Gestageny

Hlavním gestagenem je progesteron. Ten je vnímán jako hormon negativně ovlivňující ženskou sexualitu. Ta bývá díky progestinům snížena v luteální fázi menstruačního cyklu. Možný pokles se připisuje také gestagenní antikoncepci. U hormonální antikoncepce musíme pamatovat vždy na to, že ženská sexualita včetně jejich poruch, je do jisté míry ovlivnitelná psychosociálními faktory (Čepický, 2005, s. 26-27). Progesteron může negativně ovlivnit sexualitu, ovšem hlavním úkolem je ochrana těhotenství, kdy zajišťuje snížení kontraktility dělohy (Fait, 2004, s. 133-137).

6.2 Ženské „nepohlavní“ hormony

Důležitost pohlavních hormonů je již známa, ale často jsou v úvahu brány jen takzvané hormony pohlavní. Hormony „nepohlavní“ neboli nesexuální jako jsou, oxytocin, prolaktin, antidiuretický hormon, adrenokortikotropní hormon, růstový hormon, kortikoidy, hormony štítné žlázy, katecholaminy a další jsou mnohdy opomíjeny, ale jsou také důležité (Weiss a Kršek, 2005, s. 28-34).

6.2.1 Prolaktin

Prolaktin je hormon, který vzniká v předním laloku hypofýzy. Fyziologická hladina prolaktinu má za následek správné fungování reprodukčního systému. Jeho hlavním úkolem je zahájit a udržet laktaci. Jeho účinek je zvyšován produkcí estrogenu a progesteronu. Hladina stoupá už v těhotenství a v době po porodu je zvýšena až desetinásobně. Snížení hladiny prolaktinu může znemožnit kojení, naopak vysoká hladina prolaktinu může zapříčinit amenoreu a snížení libida (Weiss a Kršek, 2005, s. 28-34).

6.2.2 Oxytocin

Oxytocin, který byl dříve brán pouze jako původce porodních stahů a ejekce mléka je dnes znám také jako hormon ovlivňující orgasmus a to u obou pohlaví. U žen usnadňuje fáze ženské sexuality - excitace, plato, orgasmus, resoluce. Jak již bylo řečeno oxytocin je uvolňován stimulací při kojení, při mechanickém napínání dělohy, čípku, pochvy, vulvy, při porodu, ale také farmakologicky (Weiss, 2010b, s. 91; Weiss a Kršek, 2005, s. 29).

Bylo zjištěno, že se významně podílí na sexuálním i mateřském chování. Ovlivňuje intimní vztah mezi matkou a jejím dítětem, ale i mezi partnery. Je také regulátorem strachu a agre- sivity a vyvolává pocit uspokojení. U ženy stoupá koncentrace oxytocinu v krvi během sexu- ální aktivity, lubrikace při sexuálním vzrušení je úměrná hladině oxytocinu. Ve folikulární fázi cyklu a při ovulaci je bazální hladina oxytocinu vyšší než v luteální fázi (Stárka, 2009, s. 31). Během sexuální vzrušení u ženy i u muže narůstá hladina oxytocinu. Některé ženy jsou tzv. multiorgastické. Mohou za to děkovat vyšší hladině oxytocinu (Vaškovský, 2007, s. 124).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

Praktická část byla vytvořena na základě teoretických poznatků, podle kterých byly nadefinovány cíle bakalářské práce.

Výzkumná část byla zpracována metodou kvantitativního šetření.

7.1 Cíle práce

1. Zjistit, jaký je postoj a spokojenost žen se sexuální aktivitou v těhotenství.
2. Zjistit informovanost těhotných žen o sexuální aktivitě v graviditě a po porodu.
3. Zjistit, kdy mají ženy po porodu první pohlavní styk a jaký vliv má vedení porodu na obnovení pohlavního života
4. Zjistit nejčastější komplikace žen po porodu z oblasti sexuality.

7.2 Užitá metoda výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno metodou kvantitativního sběru dat. Šetření bylo provedeno v podobě anonymního dotazníku, který se skládal z 19 položek. Respondentky mohly v dotazníku odpovídat na otázky uzavřené, polouzavřené i otevřené.

Dotazník byl rozdělen na 4 části, a to část demografickou, dále otázky spojené s těhotenstvím a spokojeností s pohlavním životem, otázky ohledně porodu a porodního poranění a následně položky zabývající se pocity a problémy intimního života v šestinedělí. U jedné otázky byla možnost více odpovědí. Každá položka je rozebrána formou grafu, tabulky a slovního komentáře, které jsou uvedeny níže.

7.3 Charakteristika souboru

Dostatečný počet respondentek byl podmíněn vhodným výzkumným vzorkem a byl zvolen záměrně. Výzkum probíhal od března 2014 do dubna 2014. Dotazník byl posílán převážně ženám, které právě ukončily šestinedělí a mohly se tak ohlédnout a zhodnotit celé těhotenství a následné šestinedělí. Respondentky byly vyhledávány na serverech, kde se sdružují maminky a těhotné ženy. Bylo rozesláno 70 dotazníků a 70 jich bylo navraceno. Dotazníky byly kompletně vyplněny a návratnost činí 100 %. Zpracováno bylo 70 dotazníků a otázky byly sestaveny dle nadefinovaných cílů. Průměrný věk žen byl 28 let, přičemž nejmladší respondentce bylo 20 let a nejstarší 39 let.

8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

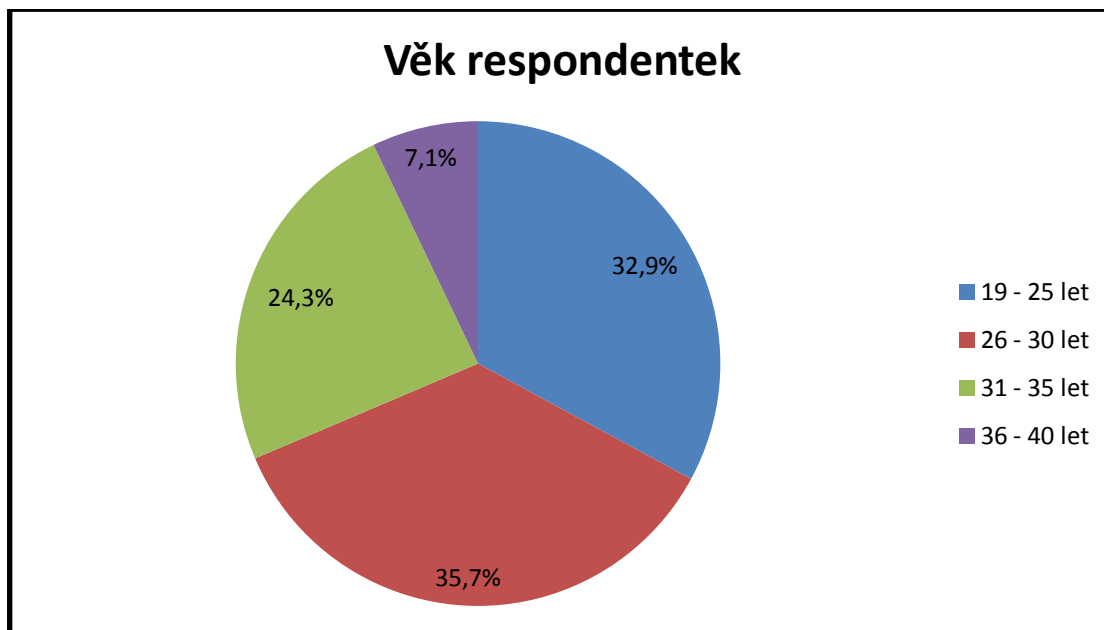
Položka číslo 1: *Kolik je Vám let?*

Tabulka 2: Věk respondentek.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Méně než 19 let	0	0 %
19 – 25 let	23	32,9 %
26 – 30 let	25	35,7 %
31 – 35 let	17	24,3 %
36 – 40 let	5	7,1 %
41 let a více	0	0 %
Celkem	70	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 1: Věk respondentek.



Zdroj: vlastní

Komentář: Nejpočetnější skupinu tvořily ženy ve věku 26 – 30 let, což je 35,7 %. Ženy ve věku 19 – 25 let tvořily 32,9 %, 24,3 % žen uvedlo věk v rozmezí 31 – 35 a 7,1 % tvořily ženy nad 36 let. Pod 19 let a nad 41 let se nevyskytovala žádná respondentka.

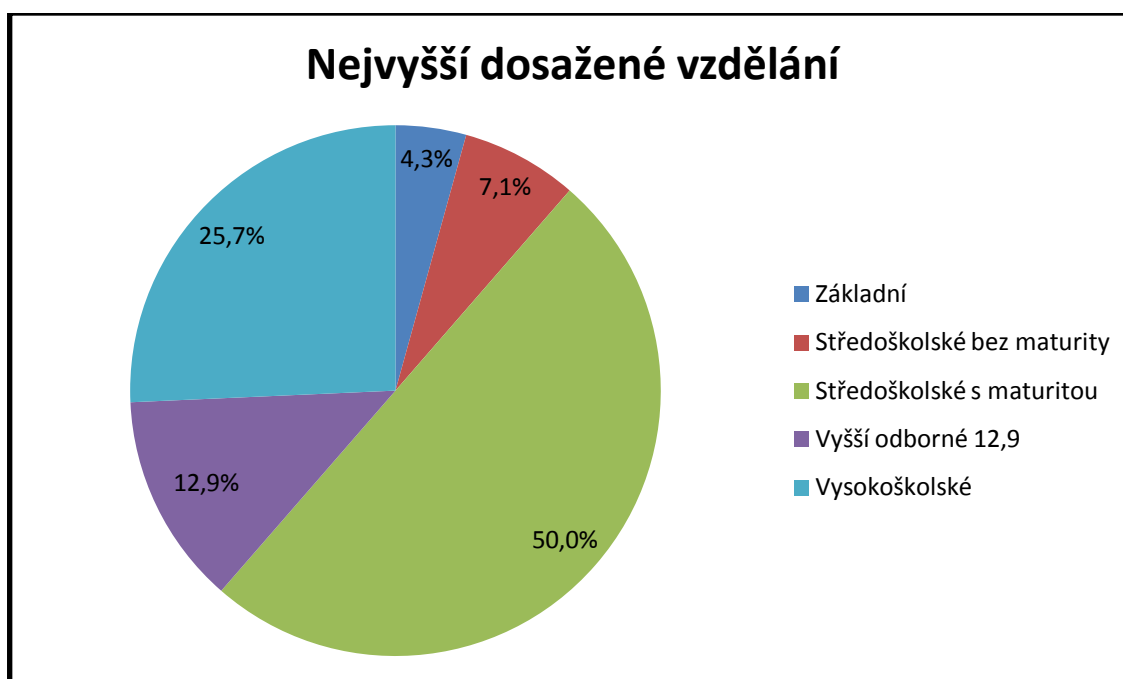
Položka číslo 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	3	4,3 %
Středoškolské bez maturity	5	7,1 %
Středoškolské s maturitou	35	50 %
Vyšší odborné	9	12,9 %
Vysokoškolské	18	25,7 %
Celkem	70	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: Z šetření vyplývá, že celých 50 % žen ukončilo své vzdělání maturitou. Středoškolského vzdělání bez maturity dosáhlo 7,1 % respondentek. Čtvrtina žen absolvovala vysokou školu, a to přesně z 25,7 %. Ženy s vyšším odborným vzděláním mají zastoupení z 12,9 %. Nejmenší skupinou jsou respondentky se základním vzděláním, a to 4,3 %.

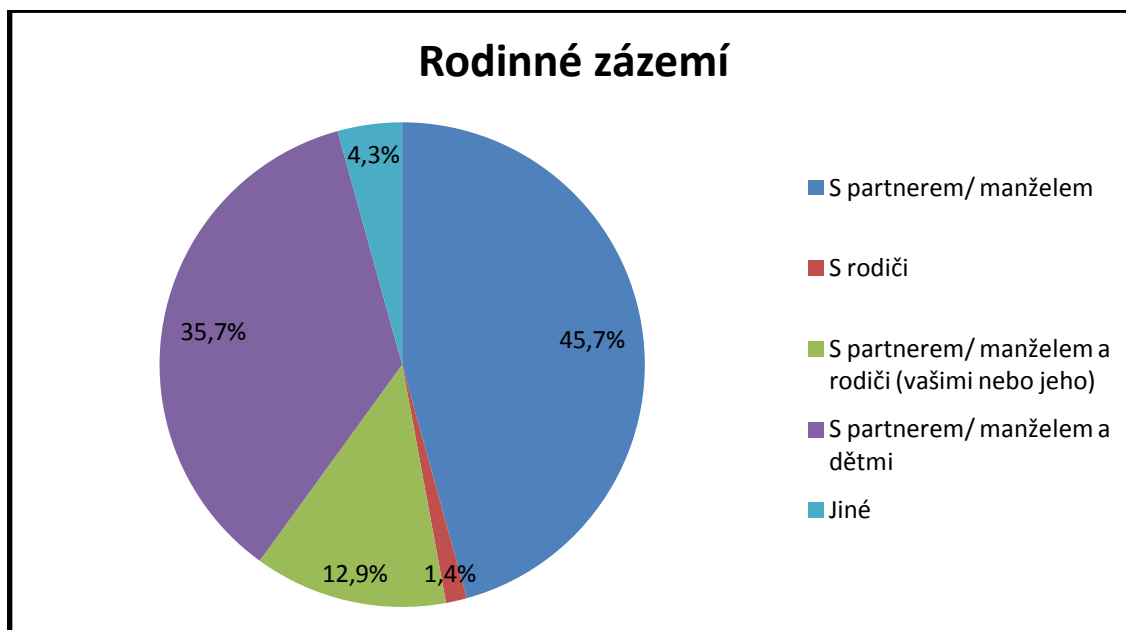
Položka číslo 3: Žijete:

Tabulka 4: Rodinné zázemí.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
S partnerem/ manželem	32	45,7 %
S rodiči	1	1,4 %
S partnerem/ manželem a rodiči (vašimi nebo jeho)	9	12,9 %
S partnerem/ manželem a dětmi	25	35,7 %
Jiné, uveďte	3	4,3 %
Celkem	70	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 3: Rodinné zázemí.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: Z výsledků je zřejmé, že největší skupinu žen 45,7 % tvoří ženy žijící pouze s partnerem a manželem. Druhou početnou skupinou jsou respondenty tvořící 35,7 %, které žijí také s partnerem/ manželem a k tomu dětmi. Necelých 13 % žen žije s partnerem/ manželem a jeho nebo svými rodiči. A 1,4 % respondentek uvedla, že žije jak s partnerem či manželem, tak dětmi a rodiči.

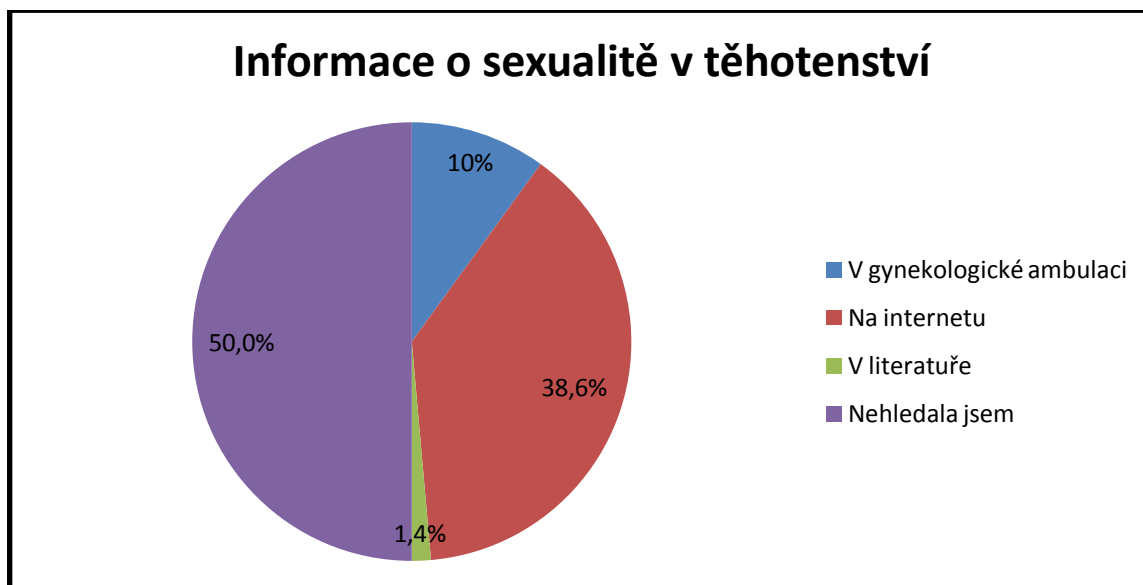
Položka číslo 4: *Informace o sexualitě během těhotenství jste hledala: (Smilková, 2011)*

Tabulka 5: Informace o sexualitě v těhotenství.

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
V gynekologické ambulanci	7	10 %
Na internetu	27	38,6 %
V literatuře	1	1,4 %
Nehledala jsem	35	50 %
Jiné, uveďte	0	0 %
Celkem	70	100 %

(Smilková, 2011)

Graf 4: Informace o sexualitě v těhotenství.



(Smilková, 2011)

Komentář: Z grafu je zcela patrné, že celých 50 % dotazovaných žen informace o sexualitě nehledalo. Nejpočetnějším zdrojem pro hledání informací se stal internet z 38,6 %. Jedna desetina žen se informovala o sexualitě v gynekologické ambulanci a jedna žena použila literaturu.

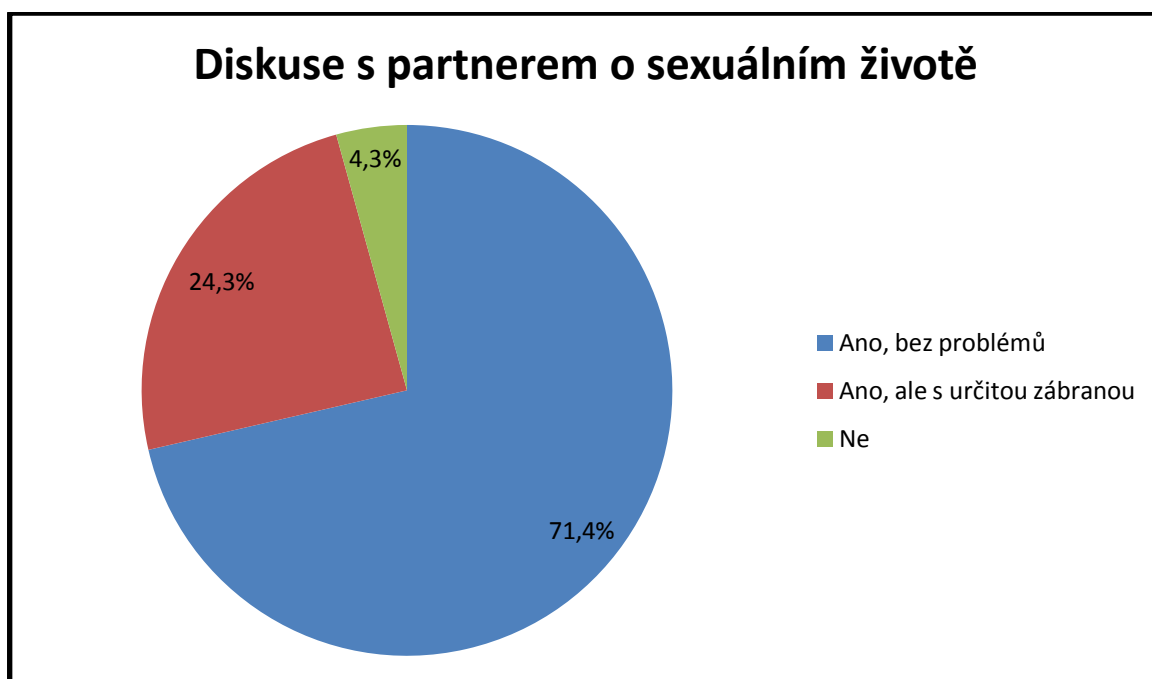
Položka číslo 5: *Hovořila jste vždy o svém sexuálním životě s partnerem?*

Tabulka 6: Diskuse s partnerem o sexuálním životě.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, bez problémů	50	71,4 %
Ano, ale s určitou zábranou	17	24,3 %
Ne	3	4,3 %
Celkem	70	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 5: Diskuse s partnerem o sexuálním životě.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: Z šetření vyplývá, že 50 žen, což činí 71,4 %, nemá problém hovořit o svém pohlavním životě se svým partnerem. Téměř čtvrtina žen s partnerem diskutují, ale s určitými obtížemi a 4,3 % respondentek se svými muži vůbec nehovoří.

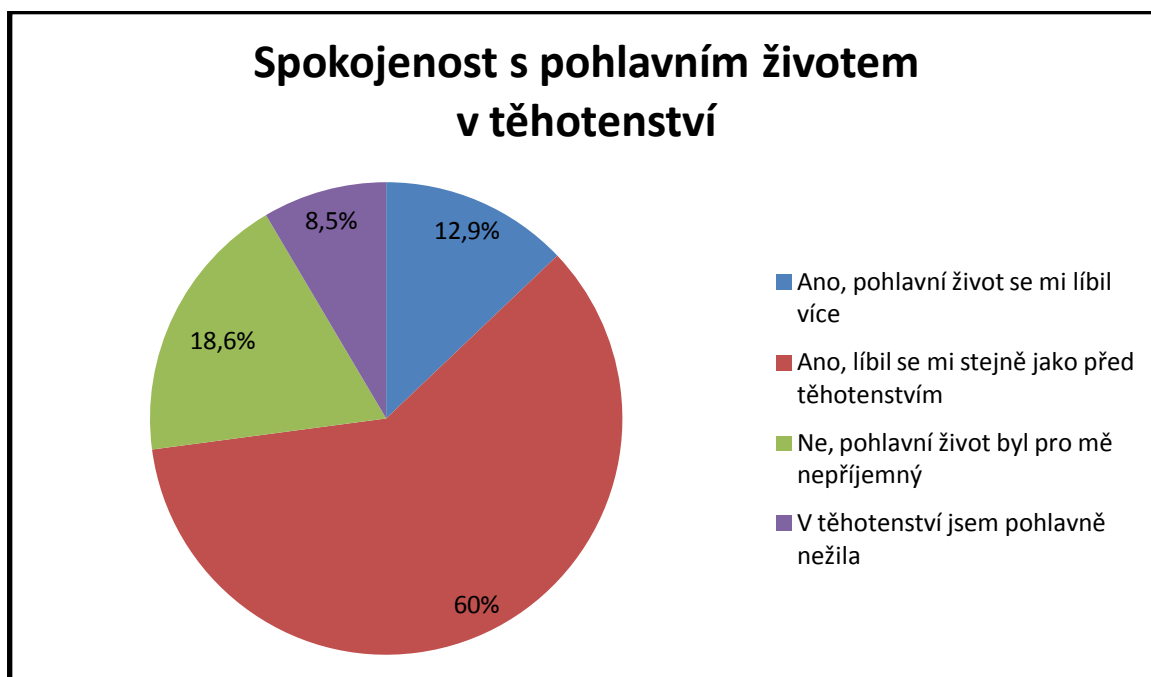
Položka číslo 6: *Byla jste spokojená s pohlavním životem v těhotenství?*

Tabulka 7: Spokojenost s pohlavním životem v těhotenství.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, pohlavní život se mi líbil více	9	12,9 %
Ano, líbil se mi stejně jako před těhotenstvím	42	60 %
Ne, pohlavní život byl pro mě nepříjemný	13	18,6 %
V těhotenství jsem pohlavně nežila	6	8,5 %
Celkem	70	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 6: Spokojenost s pohlavním životem v těhotenství.



Zdroj: vlastní

Komentář: Nejvíce žen uvedlo, a to 60 %, že pohlavní život se jim líbil stejně jako před těhotenstvím. Pro necelých 19 % byla sexuální aktivita nepříjemná a 13 % respondovaných žen bylo spokojeno více než před graviditou. Zbylých 9 % žen sexuální život nevedlo.

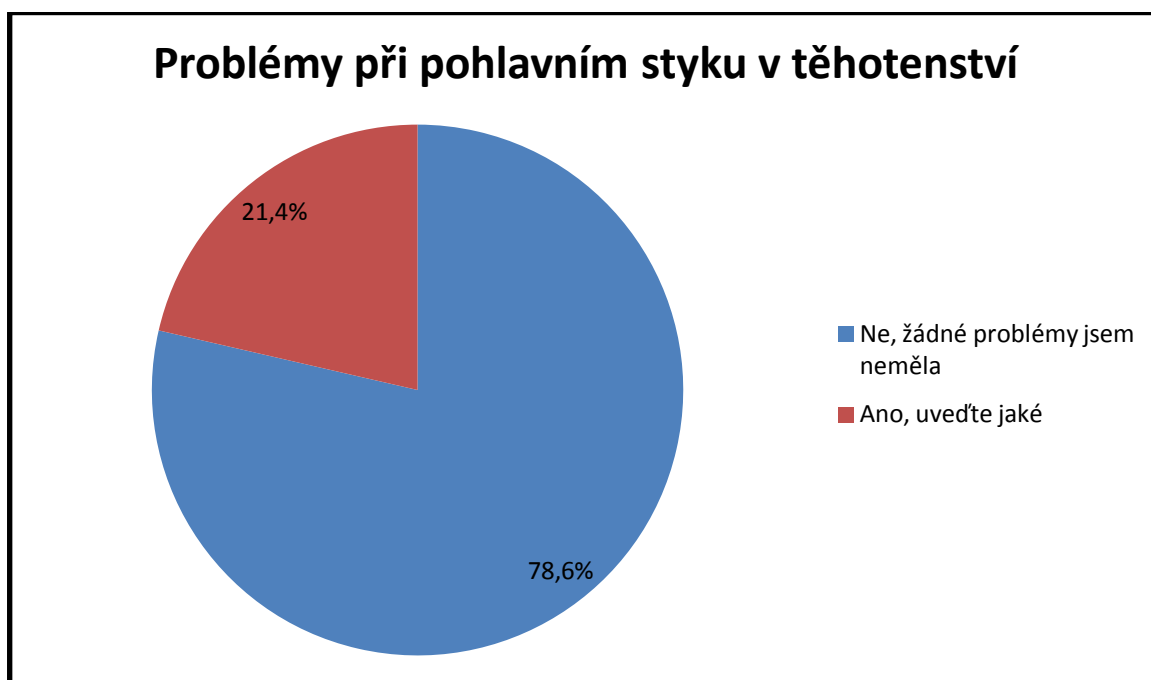
Položka číslo 7: Měla jste při pohlavním styku v těhotenství problémy?

Tabulka 8: Problémy při pohlavním styku v těhotenství.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne, žádné problémy jsem neměla	55	78,6 %
Ano, uveďte jaké	15	21,4 %
Celkem	70	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 7: Problémy při pohlavním styku v těhotenství.



Zdroj: vlastní

Komentář: Více než tři čtvrtiny žen uvedlo, 78,6 %, že při pohlavním styku nemá žádné potíže. Zbývá čtvrtina žen, 21,4 %, udává nejrůznější potíže při koitu. **Většina respondentek se potýkala všeobecně s bolestí, jiné svou bolest specifikovaly na bolest kyčlí, zad.** U některých žen byl pohlavní styk kontraindikován z důvodu rizikového těhotenství, např. placenta praevia. Mnoho žen uvedlo také psychické zábrany jako obavu o plod. Dalšími potížemi byly dušnost, nemotornost, pocity pálení, sucha a stažení.

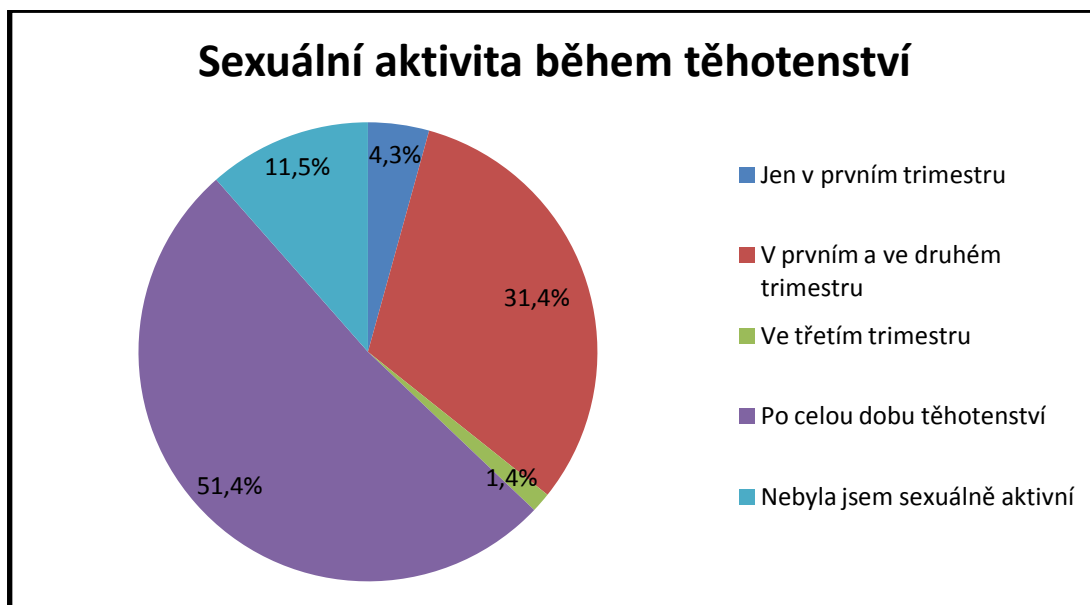
Položka číslo 8: *Byla jste sexuálně aktivní po celou dobu těhotenství?*

Tabulka 9: Sexuální aktivita během těhotenství.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jen v prvním trimestru	3	4,3 %
V prvním a ve druhém trimestru	22	31,4 %
Ve třetím trimestru	1	1,4 %
Po celou dobu těhotenství	36	51,4 %
Nebyla jsem sexuálně aktivní	8	11,5 %
Celkem	70	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 8: Sexuální aktivita během těhotenství.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: Dle výsledků analýzy žilo pohlavním životem v celé délce těhotenství více než půlka žen, přesně 51,4 %. Necelá třetina respondentek skoro 32 % uvedla sexuální aktivitu pouze v prvních dvou trimestrech. V prvním trimestru bylo aktivních 4,3 % žen a necelých 12 % uvedlo, že nevedly žádný pohlavní život. Jedna žena byla sexuálně aktivní pouze ve třetím trimestru.

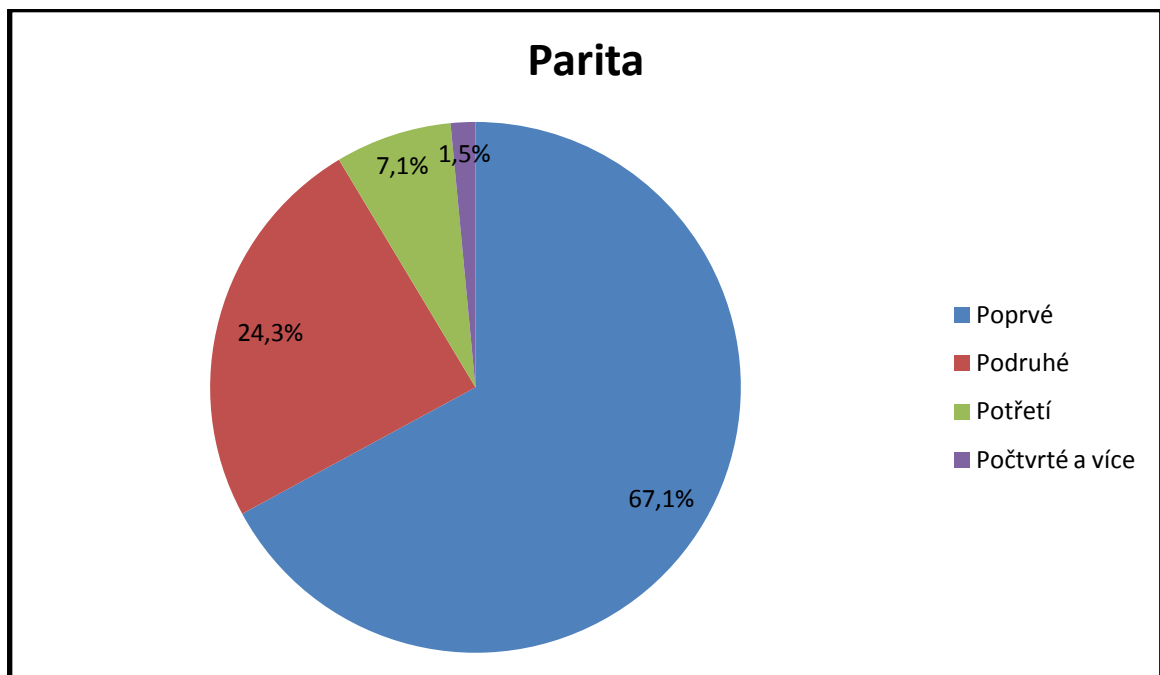
Položka číslo 9: Rodila jste:

Tabulka 10: Parita.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Poprvé	47	67,1 %
Podruhé	17	24,3 %
Potřetí	5	7,1 %
Počtvrté a více	1	1,5 %
Celkem	70	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 9: Parita.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: Z analýzy dat vyplývá, že prvorodiček je většina, a to 67,1 %. Téměř čtvrtina žen rodila podruhé. Potřetí rodilo 7,1 % dotazovaných žen a čtvrtorodička byla jedna.

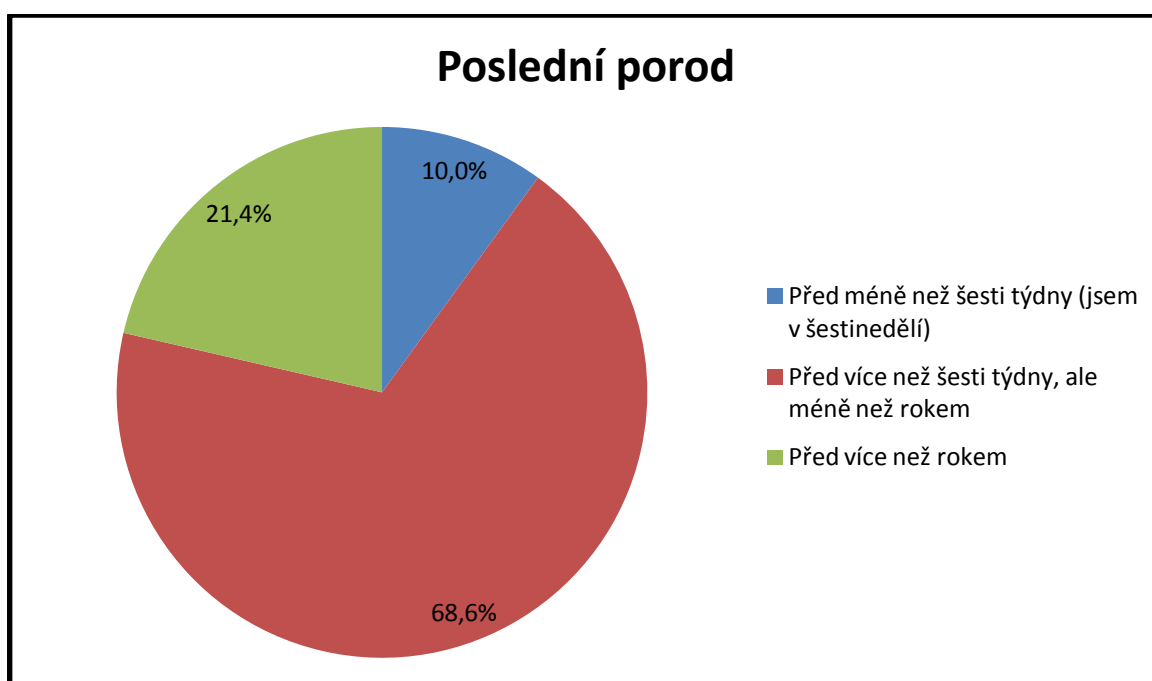
Položka číslo 10: Váš poslední porod proběhl: (Smilková, 2011)

Tabulka 11: Poslední porod.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Před méně než šesti týdny (jsem v šestinedělí)	7	10 %
Před více než šesti týdny, ale méně než rokem	48	68,6 %
Před více než rokem	15	21,4 %
Celkem	70	100 %

(Smilková, 2011)

Graf 10: Poslední porod



(Smilková, 2011)

Komentář: Z grafického znázornění vyplývá, že necelých 70 % respondovaných žen se nachází v období do jednoho roku po porodu, ale už po šestinedělí. Celých 10 % žen je právě v období šestinedělí a 21,4 % rodilo před více než rokem.

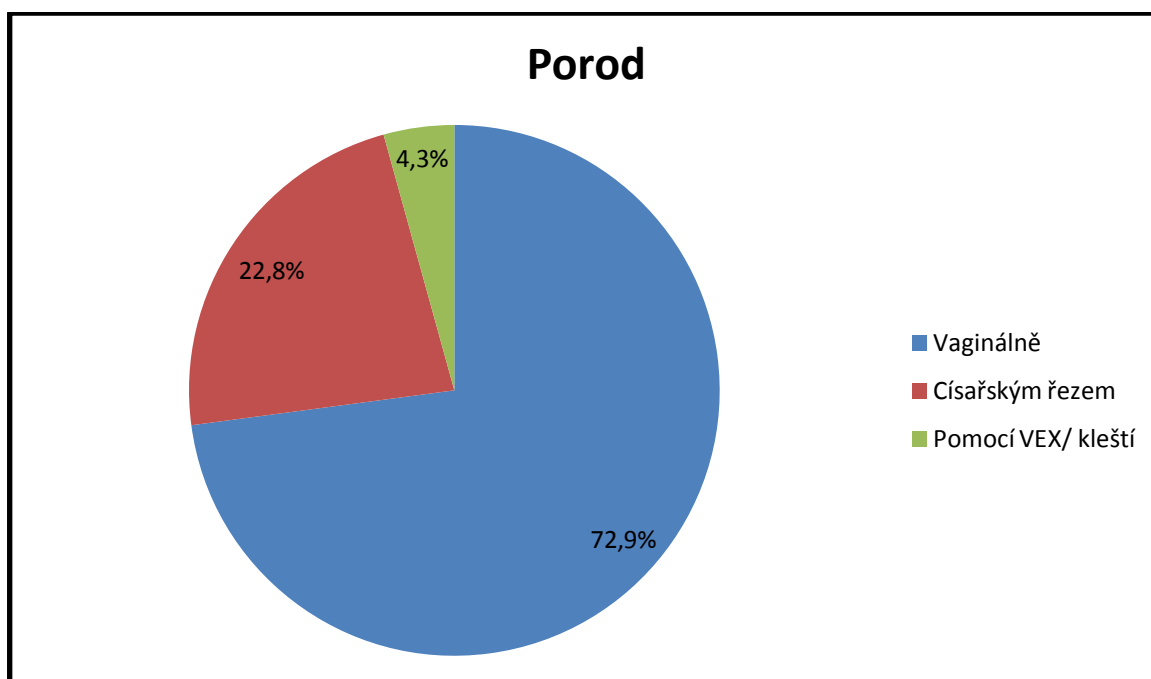
Položka číslo 11: Rodila jste:

Tabulka 12: Porod.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vaginálně	51	72,9 %
Císařským řezem	16	22,8 %
Pomocí VEX/ kleští	3	4,3 %
Celkem	70	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 11: Porod.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: Nejvíce žen rodilo přirozenou cestou, a to 72,9 %. Císařským řezem rodilo 22,8 % a zbylá 4 % rodila pomocí vakuumextraktoru nebo kleští.

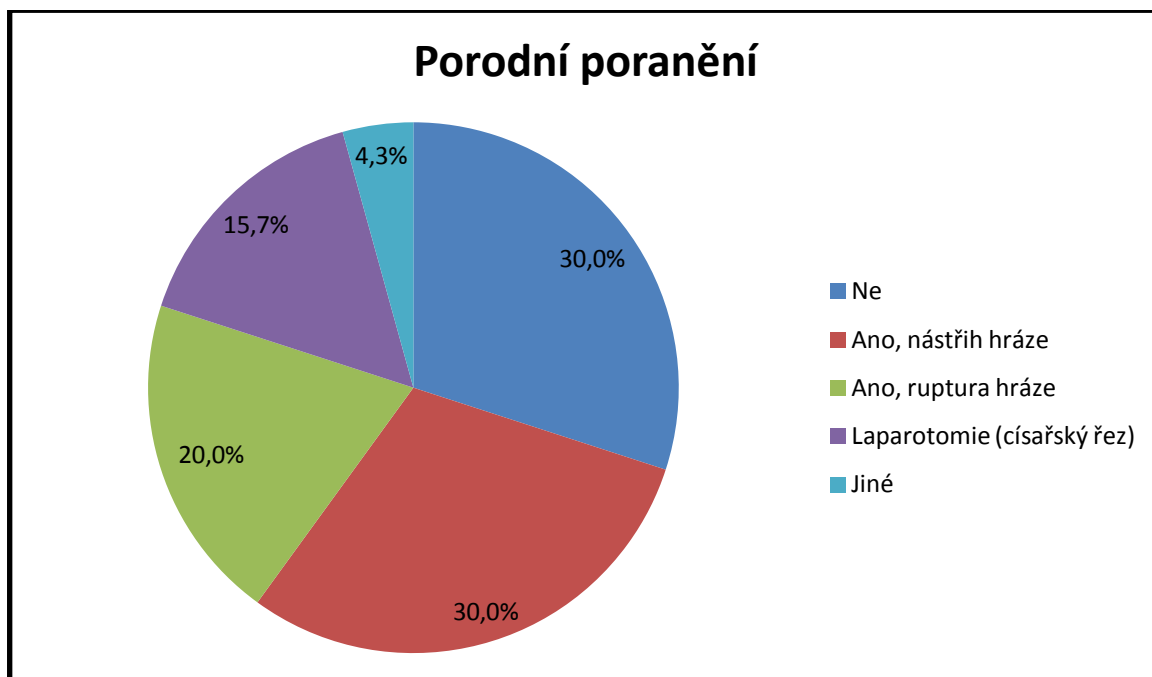
Položka číslo 12: Vzniklo v důsledku porodu nějaké porodní poranění?

Tabulka 13: Porodní poranění.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	21	30,0 %
Ano, nástřih hráze	21	30,0 %
Ano, ruptura hráze	14	20,0 %
Laparotomie (císařský řez)	11	15,7 %
Jiné	3	4,3 %
Celkem	70	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 12: Porodní poranění.



Zdroj: vlastní

Komentář: Z šetření vyplývá, že 30 % žen porodilo zcela bez poranění a stejná část žen porodila s epiziotomií. S rupturou hráze porodilo 20 % respondentek a necelých 16 % žen prodělalo císařský řez podmíněný laparotomií. **Zbývá 4 % žen uvedla kombinaci ruptury s epiziotomií.**

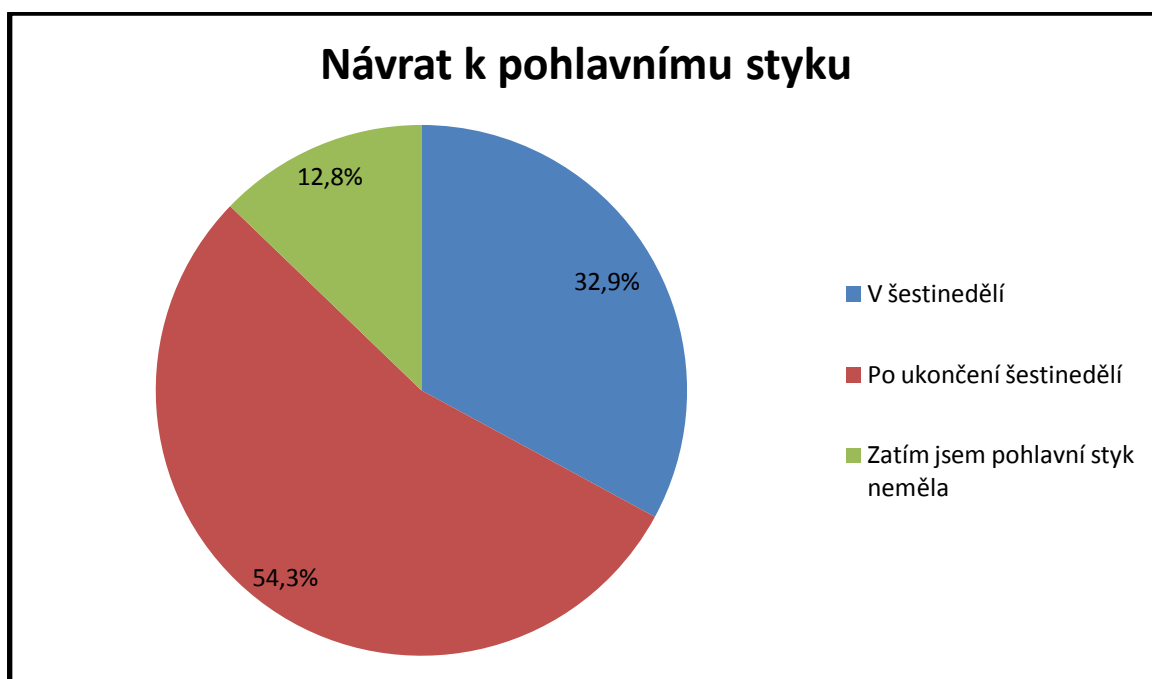
Položka číslo 13: *Návrat k pohlavnímu styku po porodu byl:*

Tabulka 14: Návrat k pohlavnímu styku.

Odpo věď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
V šestinedělí	23	32,9 %
Po ukončení šestinedělí	38	54,3 %
Zatím jsem pohlavní styk neměla	9	12,8 %
Celkem	70	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 13: Návrat k pohlavnímu styku.



Zdroj: vlastní

Komentář: Z grafu je patrné, že více než polovina žen měla pohlavní styk až po ukončení šesti týdnů. V šestinedělí se k pohlavnímu styku vrátilo 32,9 % dotazovaných žen a necelých třináct procent žen doposud styk nemělo.

Položka číslo 14: *Bylo načasování prvního pohlavního styku shodné s partnerem?*

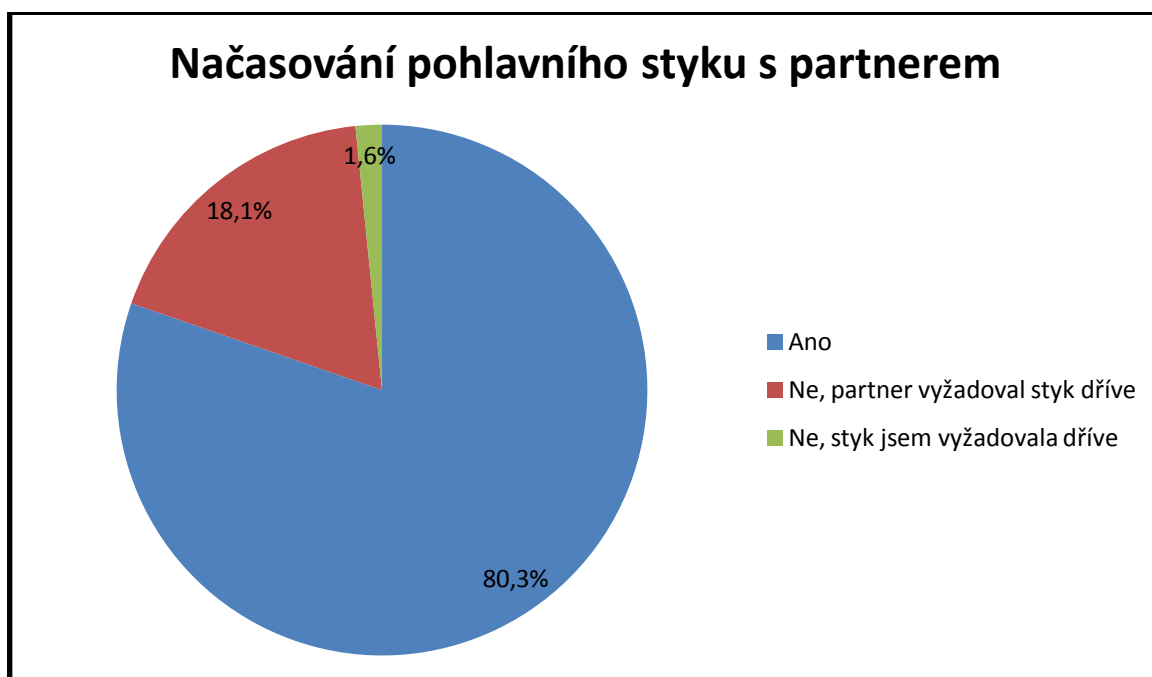
(Smilková, 2011)

Tabulka 15: Načasování pohlavního styku s partnerem.

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	49	80,3 %
Ne, partner vyžadoval styk dříve	11	18,1 %
Ne, styk jsem vyžadovala dříve	1	1,6 %
Celkem	61	100 %

(Smilková, 2011)

Graf 14: Načasování pohlavního styku s partnerem.



(Smilková, 2011)

Komentář: Z analýzy dat vyplynulo, že ne všech 70 respondentek kvůli předešlé otázce odpovědělo. Je však zřejmé, že většina partnerů je tolerantních a ženu do pohlavního styku nenutilo. Na jeho načasování se shodlo 80 % párů. U 19,4 % dotazovaných žen byl styk muži vyžadován dříve a naopak jedna žena vyžadovala soulož dříve jak muž.

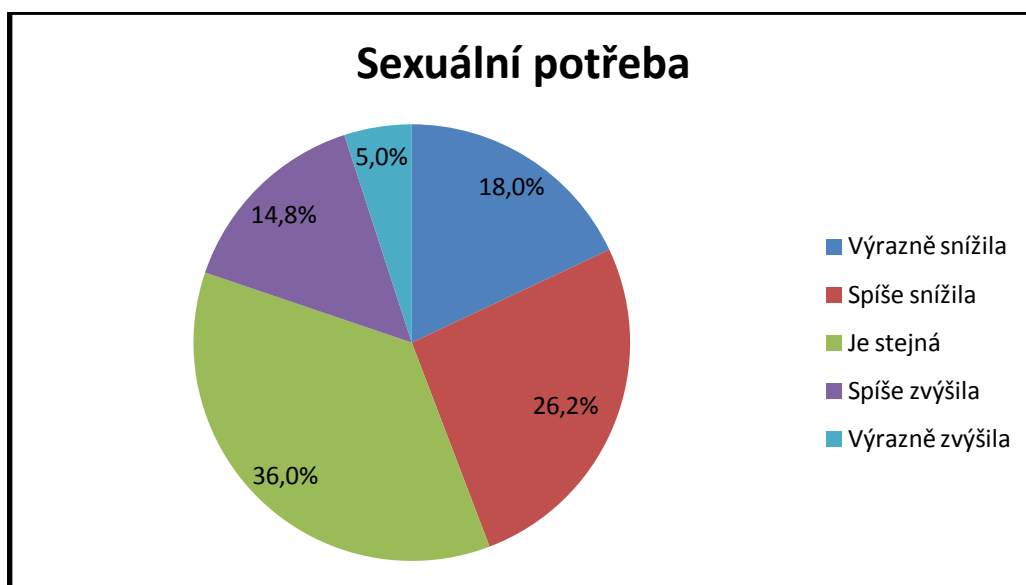
Položka číslo 15: *Sexuální potřeba se od porodu do současnosti: (Smilková, 2011)*

Tabulka 16: Sexuální potřeba.

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Výrazně snížila	11	18,0 %
Spíše snížila	16	26,2 %
Je stejná	22	36,0 %
Spíše zvýšila	9	14,8 %
Výrazně zvýšila	3	5,0 %
Celkem	61	100 %

(Smilková, 2011)

Graf 15: Sexuální potřeba.

*(Smilková, 2011)*

Komentář: Nejpočetnější skupinou jsou ženy, které uvedly svou sexuální potřebu od porodu do současnosti jako stejnou, a to rovných 36 %. U více než čtvrtiny žen se sexuální potřeba časem spíše snížila a u 18 % dotazovaných žen se výrazně snížila. Spíše zvýšenou potřebu zpozorovalo necelých 15 % a 5 % žen ji uvedlo jako výrazně zvýšenou.

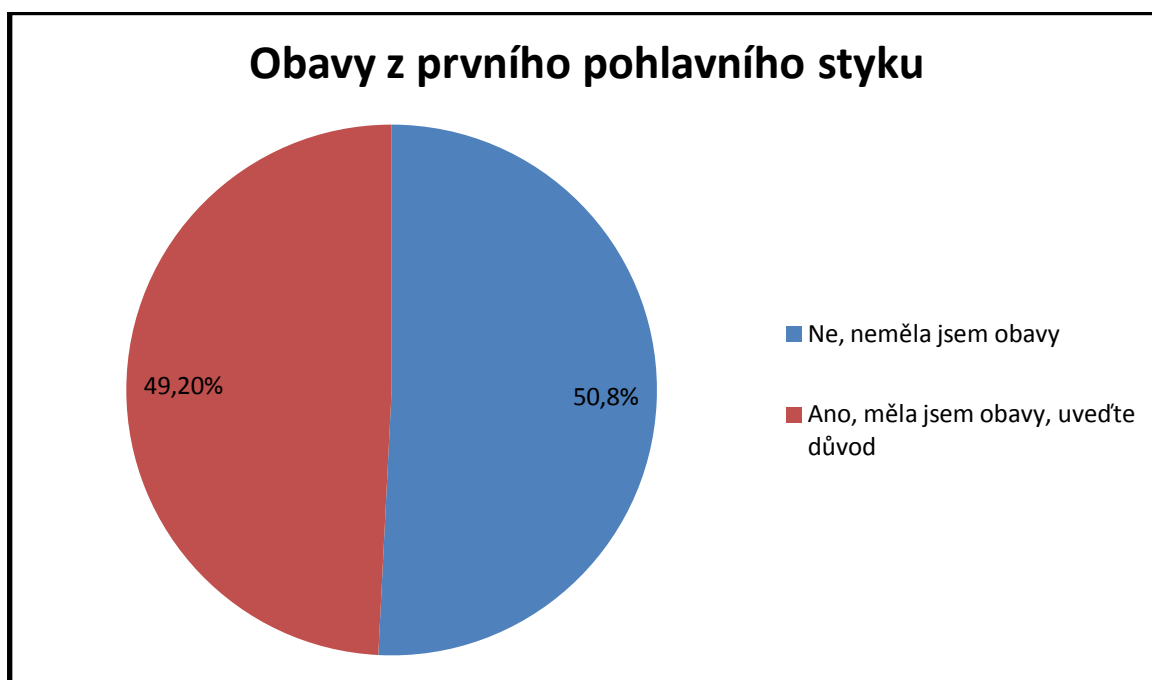
Položka číslo 16: *Obávala jste se prvního pohlavního styku po porodu?*

Tabulka 17: Obavy z prvního pohlavního styku.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne, neměla jsem obavy	31	50,8 %
Ano, měla jsem obavy, uveďte důvod	30	49,2 %
Celkem	61	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 16: Obavy z prvního pohlavního styku.



Zdroj: vlastní

Komentář: Z analýzy dat vyplynulo, že odpovědi jsou velmi vyrovnané. Polovina respondovaných žen žádné obavy z prvního pohlavního styku po porodu vůbec neměla. **Druhá polovina uváděla obavy jako strach z dalšího roztrhnutí, strachu z bolesti, obecně nepříjemné pocity, např. kvůli šití, jizvě a problémům při prvním porodu.**

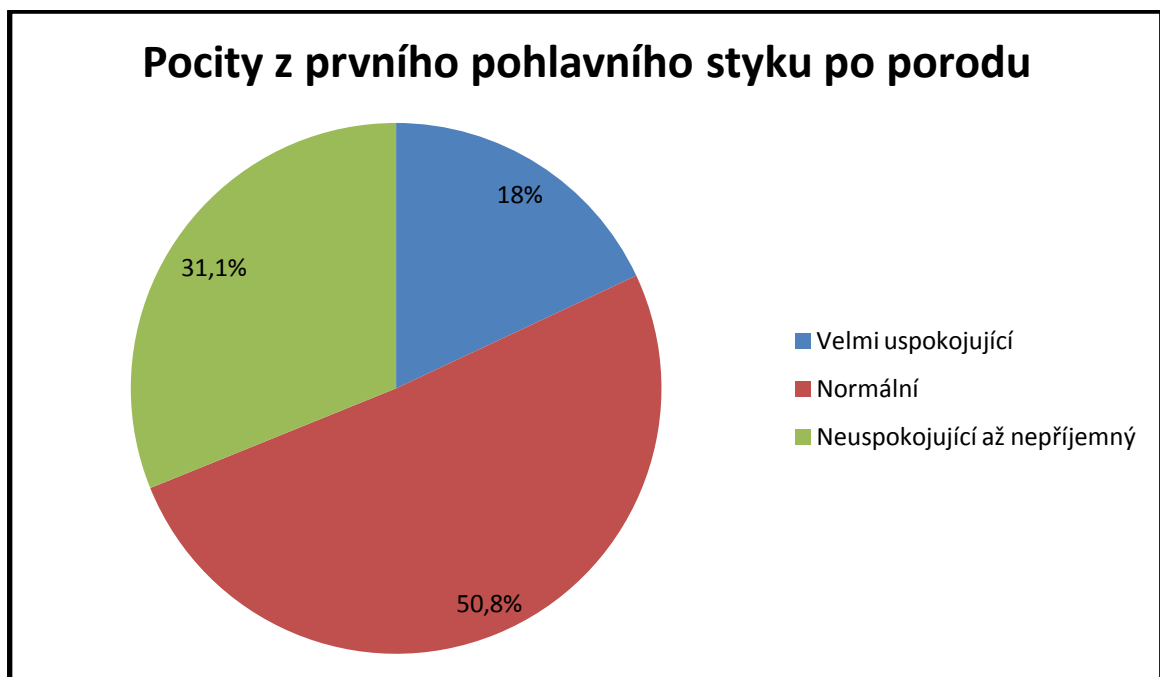
Položka číslo 17: *První pohlavní styk po porodu byl pro Vás: (Smilková, 2011)*

Tabulka 18: Pocity z prvního pohlavního styku po porodu.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi uspokojující	11	18 %
Normální	31	50,8 %
Neuspokojující až nepříjemný	19	31,2 %
Celkem	61	100 %

(Smilková, 2011)

Graf 17: Pocity z prvního pohlavního styku po porodu.



(Smilková, 2011)

Komentář: Polovina žen v dotazníku uvedla svůj první pohlavní styk po porodu jako normální, tedy průměrný. Velmi uspokojující tedy nadměrně spokojených bylo 18 % žen. Pro zbývající necelou třetinu žen byla první soulož po porodu neuspokojující nebo nepříjemná.

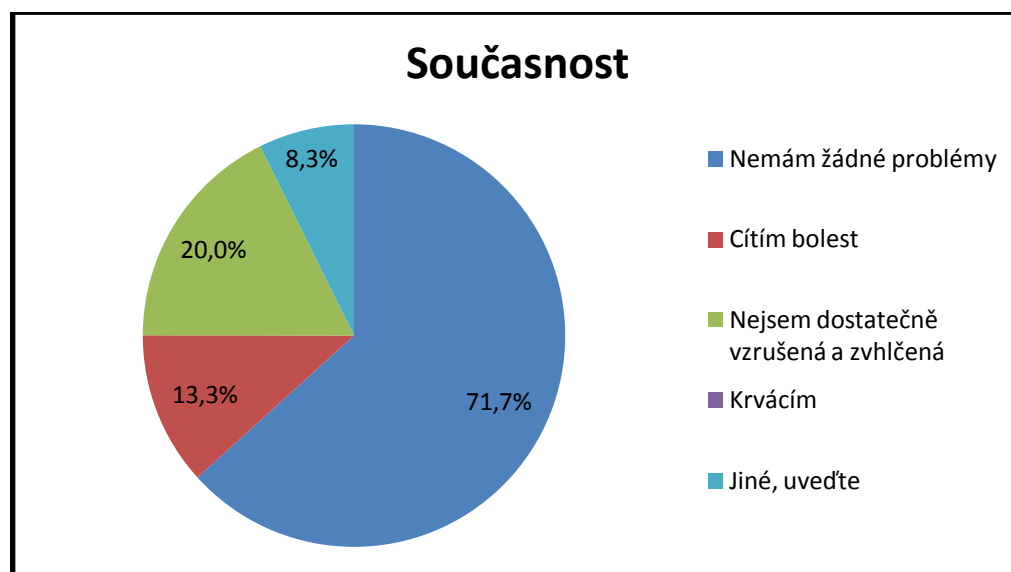
Položka číslo 18: Po určité době při pohlavním styku: (Langrová, 2010)

Tabulka 19: Současnost.

Odpo věď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nemám žádné problémy	43	71,7 %
Cítím bolest	8	13,3 %
Nejsem dostatečně vzrušená a zvlhčená	12	20,0 %
Krvácím	0	0 %
Jiné, uveďte	5	8,3
Celkem	68	113,3 %

(Langrová, 2010)

Graf 18: Současnost.

*(Langrová, 2010)*

Komentář: Z analýzy dat vyplynulo, že v současné době více než 71 % žen nemá žádné potíže při souloži. S nedostatečným vzrušením se potýká 20 % žen a 13 % respondentek uvádí bolesti při styku. Zbýlých 8 % žen uvedlo jiné potíže např. psychického charakteru, vyrušení plačícím dítětem, únavu, snížené libido, tah jizvy.

V položce číslo 19 měly ženy možnost doplnit své zkušenosti a uvést své názory a myšlenky. V hojné míře přisuzovaly ztrátu libida hormonálním změnám, antikoncepci po porodu a hlavně kojení. Respondentky také zmiňovaly další vlivy znemožňující pohlavní život jako povolení pánevního dna, pozůstatek nadbytečných kil, únavu ze starosti o dítě, narušený spánek, emoční labilitu atd. Jedna žena se podělila o svou zkušenost, kdy v těhotenství ztratila veškeré libido a samotnou ji překvapilo obrácení situace v šestinedělí o sto procent. Byl zde také uveden názor, že bez nástřihu hráze (i když samy uznaly, že byl nutný) by byl návrat k sexuálnímu životu rychlejší.

9 DISKUZE

9.1 Porovnání výsledků

Do výzkumné části bakalářské práce autorky **Smilkové (2011) na téma: „Sexualita ženy v těhotenství a po porodu“ se zapojilo 71 (100 %) respondentek.** Zabývala se sexuálním životem v graviditě a informovaností žen o změnách v pohlavním životě v těhotenství a po porodu.

Z její analýzy vyplynulo, že u 60 % žen nedošlo vlivem těhotenství k žádné změně v sexuální oblasti. Větší uspokojení uvedlo 20 % žen, nepříjemné sexuální prožitky uvedlo 11 % respondentek a 9 % dotazovaných v těhotenství pohlavně nežilo. **V šetření této bakalářské práce tvořící 70 respondentek (100 %) uvedlo 60 % dotazovaných žen, což je stejný podíl žen jako u autorky Smilkové, že byly s pohlavním životem spokojené stejně tak jako před těhotenstvím, tudíž těhotenství pohlavní život neovlivnilo. Většího uspokojení v graviditě dosáhlo necelých 13 %, menší spokojenost znamenalo 18 % žen a obě analýzy zaznamenaly z 9 % žádný pohlavní život v těhotenství.**

Informace o sexualitě v těhotenství většina žen nehledala vůbec (43 %), na internetu hledalo 29 %, v literatuře 18 %, u gynekologa 9 %, 1 % žen kontaktovalo svou porodní asistentku. **Srovnáním volby zdrojů informací o sexualitě vyplynulo, že v šetření této bakalářské práce, stejně tak u Smilkové převládá neinformovanost (50 %), tedy respondentky informace nehledaly. Nejpoužívanějším zdrojem se v našem výsledku jevil internet necelých 39 %.**

Smilková v otázce sexuální aktivity v těhotenství uvádí následující: 49 % žen žilo pohlavním životem celé těhotenství, v prvním a druhém trimestru 30 %, pouze v prvním trimestru 13 % a 8 % nevyvíjelo žádnou sexuální aktivitu. **Podle námi zjištěných dat 50 % žen uvedlo, že žilo pohlavním životem po celou dobu těhotenství.**

Z výsledků autorky Smilkové dále vyplývá, že většina žen zahájila sexuální život po ukončení šestinedělí. Po vaginálním porodu 45 %, po císařském řezu 58 %. **V našem šetření bez ohledu na způsob vedení porodu zahájilo pohlavní život po ukončení šestinedělí 54 %, což je necelý průměr výsledků Smilkové. V šestinedělí se k pohlavnímu životu navrátilo překvapivých 33 %**

Další zkoumanou oblastí obou bakalářských prací byly nejčastější problémy v sexuální životě, jak v období gravidity, tak po porodu.

Autorka Smilková se dotazovala žen na jejich obavy v těhotenství. Zjistila, že 51 % žádné obavy nemělo, 28 % mělo následkem styku obavu z předčasného porodu, 18 % z možného ublížení dítěti a 3 % jiné obavy, jako nepříjemný pocit při souloži. **V šetření této bakalářské práce byla otázka formulována trochu jinak, a sice zda měla žena při styku problémy. Bezproblémový pohlavní styk mělo 79 % žen a zbylá část uvedla problémy jako bolest, pocit suchosti, nemotornosti, pálení při styku, dušnosti atd.**

Problémy po porodu nemělo dle autorky 75 %. Nejčastější problém byl nedostatečné zvlhčení pochvy 71 %. Obecně první pohlavní styk byl pro dotazované ženy autorky Smilkové z 55 % normální, z 25 % nepříjemný a z 20 % uspokojující. **Srovnáním analýzy této práce bylo zjištěno 71 % žen bez problémů po porodu v sexuální oblasti a zbylá část uvedla problémy jako bolest jizvy, nedostatečné vzrušení a zvlhčení, únavu a snížení libida. Z pohledu spokojenosti s prvním stykem po porodu uvedlo 51 % žen styk jako normální, nemilým zjištěním bylo 32 % pro neuspokojující až nepříjemný a osmnáct procent žen uvedlo velmi uspokojující.**

Načasování první soulože bylo příjemným překvapením a zjištěním, že 83 % párů se shodlo na čase. **Tento fakt byl potvrzen i v této bakalářské práci číslem 80 %.**

Dále byly zkoumány obavy z první soulože po porodu. Smilková zjistila u 61 % dotazovaných žen žádné obavy, mírné obavy u 28 % žen a velké obavy u 11 %. **Z naší analýzy dat vyšlo, že 51 % žen obavy nemělo a 49 % žen mělo. Hlavní obavou byla bolest.**

Další otázkou byla sexuální potřeba po porodu a její změny v průběhu času. Smilková zjistila, že sexuální potřeba je u žen z 31 % stejná, spíše snížená u 37 % a výrazně snížená u 18 %. Naopak lehké zvýšení uvedlo 10 % a 4 % výrazné zvýšení sexuální potřeby. **Šetřením této bakalářské práce bylo zjištěno, že zřejmě vývojem lékařství a moderní dobou jsou výsledky stále více pozitivní, a proto se dnešní ženy nemusí porodu a následné sexuality příliš obávat. Neměnnou potřebu zaznamenalo 36 %, spíše sníženou 26 % (což je o 11 % méně než před 3 lety), výrazně sníženou 18 %. Překvapujícím výsledkem bylo 15 % pro spíše zvýšení sexuální potřeby a výrazné zvýšení u 6 % dotazovaných.**

V oblasti komunikace s partnerem o intimních záležitostech bylo zjištěno následující. Smilková uvádí, že 57 % respondovaných žen hovoří se svými partnery o sexuálním živo-

tě. Párů hovořících občas bylo 32 % a párů nehovořících 11 %. **Byly srovnány odpovědi občas a v případě této bakalářské práce ano, ale s určitou zábranou. Výsledky poukazují na to, že i v tomto případě moderní doba a otevřenost pokročila a zcela bez problémů je 71 % hovořících párů. S určitou zábranou komunikuje 24 % párů a pět procent párů spolu nehovoří.**

Autorka **Langrová (2010)** ve své práci „**Sexualita žen po porodu**“ zjišťovala, za jak dlouho mají ženy po porodu pohlavní styk, jak se liší sexualita u prvorodiček a vícero diček, jaké jsou nejčastější problémy žen po porodu a jaký vliv má vedení porodu a porodní poranění na budoucí sexualitu. Celkový vzorek činil **92 (100 %) respondentek**, které mají za sebou minimálně jeden porod a jsou v období po šestinedělí do jednoho roku od porodu. Z celkového počtu bylo 50 prvorodiček a 42 vícero diček. Vaginálně rodilo necelých šedesát procent. Langrová zjistila, že u 28 % žen proběhl pohlavní styk ještě v šestinedělí, čtyřicet procent respondentek mělo pohlavní styk 7. až 11. týden po porodu a po 11. týdnu mělo soulož 27 % dotazovaných. Čtyři ženy uvedly, že doposud styk neměly. **Zjištěním této bakalářské práce bylo, že již v šestinedělí se k souloži vrátilo 33 % žen.** Stejně tak jako u autorky Langrové i v této bakalářské práci byla položena otázka potřeby pohlavního styku od porodu. Je rozhodně uspokojivým zjištěním, že sexuální potřeba žen je rok od roku minimálně na stejné úrovni nebo se pomalu zvyšuje. Spíše sníženou uvedlo u autorky Langrové (2010) 46 %, u autorky Smilkové (2011) 37 % a **podle námi zjištěných dat 25 %.**

Uspokojení a pocit z první soulože se taky postupem času trochu změnil a sice, Langrová uvádí, že 22 % prožilo normální průměrnou soulož, zatímco **šetření této práce prokázalo 50 %.** Neuspokojení až nepříjemné pocity uvedlo 39 %, **z naší analýzy vyplynulo 31 %.** Naopak velmi uspokojující první soulož zaznamenala autorka Langrová u 39 %, **v našem šetření pouze 18 %.** **I přesto je to dobrý výhled do budoucnosti s postupem moderní doby, rychlou mobilizací žen po porodu a dobrou komunikací s partnerem o intimním životě.**

Dalším shodným bodem obou prací byly nejčastější problémy v sexuálním životě po porodu. Langrová zjistila, že 56 % žen souloží zcela bez problémů, **analyzovaná data této bakalářské práce vyhodnotila bezproblémových žen 71 %.**

Článek z roku 2009 „*Human sexuality during pregnancy and the postpartum period*“ autorů **Brtnická H., Weiss P. a Zvěřina J.**, uvádí, že typický pár začíná s pohlavním ži-

votem šest až osm týdnů po porodu, **což námi zjištěná data, tedy více než polovina párů, potvrzují.** Pravidelný styk 3 měsíce po porodu má více méně 95 % párů, zatímco 97 % párů má pravidelnou soulož až jeden rok po porodu. Obecně potěšení ze sexuálního života uvádí autoři u 76 – 79 % žen před těhotenstvím. S prvním trimestrem míra uspokojení klesla u 59 %, v druhém trimestru znovu klesla u 75 – 84 % a ve třetím trimestru znova o 40 – 41 %. **Výsledkem této bakalářské práce je, že u 60 % dotazovaných žen byl sexuální život stejně příjemný jako před otěhotněním a více než 50 % žen vedlo pohlavní život v celé délce gravidity.**

9.2 Doporučení pro praxi

Z analýzy dat vyplynulo, že 50 % žen informace o sexualitě v těhotenství vůbec nehledá. Je tedy otázkou, zda se o tuto problematiku nezajímají úmyslně z důvodu, že na hledání informací nemají čas anebo pouze nemají možnost stručného přehledu pravdivých informací nebo informace nehledají, protože zatím potíže nemají. Za tímto účelem byl vytvořen edukační materiál (P II), jenž by mohl sloužit těhotným ženám jako vodítko ke spokojenému sexuálnímu životu. Edukační materiál obsahuje doporučení, kterými by se měla žena řídit v jednotlivých trimestrech.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce byla zaměřena na sexualitu žen v těhotenství a šestinedělí. V teoretické části byly rozebrány informace o pohlavním životě v jednotlivých trimestrech, o kontraindikacích pohlavního styku v těhotenství a následném šestinedělí a jeho obtížích. Hlavním cílem bylo zjistit, jaký mají ženy postoj k sexuální aktivitě v těhotenství a jak byly spokojené v intimní oblasti v graviditě a porodu. V praktické části byly prezentovány výsledky zkoumající kvalitu, pocity a potíže pohlavního života ženy v šestinedělí.

Prvním cílem bylo zjistit postoj a spokojenost žen se sexuální aktivitou v těhotenství. K tomu sloužily položky číslo 5, 6, 7, a 8. **Položkou číslo 5** byl zjišťován postoj těhotných obecně k sexuálnímu životu, a sice otázkou, zda o svých pocitech a této oblasti hovoří s partnerem. S kladným přístupem a tedy bezproblémovou diskusí o intimních věcech přistupuje 50 párů (71,4 %). S určitou zábranou spolu hovoří 17 párů (24,3 %) a 3 ženy (4,3 %) uvedly, že se svými partnery vůbec nehovoří. **V položce 6** bylo zkoumáno, zda byla žena v graviditě s pohlavním životem spokojena. V odpovědích mohly respondentky srovnávat svou sexualitu s obdobím před těhotenstvím. Bylo zjištěno, že nejvíce žen těhotenstvím nepocítily žádnou změnu a pohlavní život pro ně byl stejně příjemný jako před otěhotněním (60 %). Pro devět žen (12,9 %) byl pohlavní život více příjemný než před těhotenstvím. V těhotenství sexuální životem nežilo šest žen (8,5 %) a nepříjemným byl pro 18,6 % žen. **Položka číslo 7** zkoumala problémy při pohlavním styku v těhotenství. Pozitivním zjištěním bylo, že valná většina žen prožívala pohlavní styk v graviditě zcela bez obtíží (78,6 %). Zbylá necelá čtvrtina (21,4 %) uváděla potíže jako bolest, rizikové těhotenství, špinění, nemotornost, pocit sucha, pálení a psychické zábrany. **V položce 8** byla analyzována délka pohlavního života v těhotenství. Více než polovina žen (51,4 %) odpověděla, že byla aktivní po celou dobu těhotenství. Necelá třetina žen (31,4 %) vedla pohlavní život v prvních dvou trimestrech, v prvním trimestru pouze tři ženy (4,3 %), ve třetím trimestru pouze jedna žena (1,4 %) a sexuálně aktivních nebylo osm (11,5 %). **Z výsledků je tedy patrné, že pokud ženy neměly v těhotenství větší problémy, tak více než půlka žen vedla kvalitní sexuální život minimálně po dobu dvou trimestrů. Kladný postoj a vstřícný přístup k partnerské debatě měla převážná většina žen.**

Cíl 1 – splněn

Druhým cílem bylo zjistit informovanost žen v intimní oblasti těhotenství. Pro tento cíl byla použita **položka 4**. Výsledek poukázal na to, že přesně 50 % žen informace vůbec nehledalo. Nejčastěji využívaným zdrojem byl prokázán internet (38,6 %), druhé místo obsadila gynekologická ambulance (10,0 %) a jedna žena využila literaturu (1,4 %). **Z uvedeného můžeme říci, že nejvíce se ženy řídily svým rozumem a intuicí. Z výsledků předešlého cíle můžeme soudit, že pokud ženy problémy nemají, informace nehledají.**

Cíl 2 – splněn.

Třetím cílem týkající se období po porodu bylo zjistit, kdy mají ženy po porodu první pohlavní styk a jaký vliv má vedení porodu na obnovení pohlavního života. K tomu cíli byly určeny položky 9, 10, 11, 12, 13, a 14. **Z položky číslo 9** bylo zjištěno, že z dotazovaných žen bylo 67,1 % prvorodiček, druhorodiček bylo 24,3 %, potřetí rodilo 7,1 % žen a čtvrtorodička byla jedna (1,5 %). Na termín posledního porodu se dotazovala **položka 10**. Převážná část žen rodila před více než šesti týdny, ale méně než rokem (68,6 %), což byl úmysl, z důvodu ohlednutí a zhodnocení šestinedělí. Sedm žen (10,0 %) rodilo před méně než šesti týdny a patnáct žen (21,4 %) před více než rokem. Způsob porodu byl zjišťován v otázce **číslo 11**. Necelé tři čtvrtiny žen rodily spontánně vaginální cestou (72,9 %). Císařským řezem prošlo 16 respondentek (22,8) a 3 dotazované (4,3 %) rodily operativním způsobem za pomoci VEX nebo kleští. **Z položky číslo 12** bylo zjišťováno, jaké vzniklo v důsledku porodu porodní poranění. Stejnými podíly (30,0 %) vyšly ženy bez poranění a ženy s nástřihem hráze. Ruptura hráze vznikla u čtrnácti žen (20,0 %), laparotomie u jedenácti žen (15,7 %) a u třech žen (4,3 %) vznikla v důsledku porodu kombinace ruptury s nástřihem. **Položkou číslo 13** byl analyzován návrat k souloži po porodu. Povzbudivým zjištěním bylo, že necelá třetina žen (32,9 %) se vrátila k pohlavnímu styku již v době šestinedělí. Více než polovina dotazovaných žen uvedla, že návrat k souloži byl po ukončení šestinedělí (54,3 %) a devět žen (12,8 %) prozatím styk nemělo. Poslední položkou vztahující se ke třetímu cíli byla **otázka číslo 14**, která se dotazovala, zda se na první souloži po porodu a jeho načasování shodli oba partneři. Uspokojivým výsledkem byla převážná většina žen (80,3 %), která se společně s partnerem shodla na prvním styku po porodu. U jedenácti žen (18,1 %) vyžadoval soulož dříve partner a jedna žena (1,6 %) vyžadovala styk dříve jak muž. **Z výsledků lze opět soudit, že ženy s bezproblémovým šestinedělím a bez porodního poranění zbytečně neoddalují první soulož, ale více než půlka žen**

z celkového počtu (70 % žen s porodním poraněním), dbá pokynů lékaře a první pohlavní styk nechává na období po šestinedělí.

Cíl 3 – splněn

Čtvrtým cílem bylo zjistit nejčastější komplikace po porodu v intimní oblasti. Ke splnění posledního cíle sloužily položky 15, 16, 17 a 18. Šetřením sexuální potřeby od porodu do současnosti v **otázce 15** bylo zjištěno, že u více než třetiny žen se potřeba nezměnila (36,0 %), k mírnému snížení došlo u sedmnácti žen (26,2 %), k výraznému snížení u necelých 18 %, naopak malé zvýšení zaznamenalo 14,8 % a výrazné zvýšení pět procent. **Položka 16** se žen dotazovala na obavy z první soulože. Polovina žen neměla žádné obavy (50,8 %), druhá polovina respondovaných žen (49,2 %) měla obavu o „šití“ a dalšího natrhnutí a strach z bolesti. Další položkou byly zjišťovány pocity a míra uspokojení z první soulože po porodu. Z analýzy vyplynulo, že 50,8 % žen prožilo normální průměrný styk, neuspokojícím až nepříjemným byl pro 31,2 % a naopak velmi uspokojící první styk po porodu prožilo 18 % žen. Posledním analyzovaným bodem byly potíže v sexuální oblasti, které se vyskytly po určité době. Bylo možných více odpovědí. Pozitivním zjištěním byl výsledek značící, že 71,7 % žen je zcela bez potíží, nedostatečné vzrušení a zvlhčení na sobě pozoruje 20,0 % žen, osm žen (13,3 %) během styku zaznamenalo bolest a pět žen (8,3 %) uvedlo jiné potíže, například snížení libida, únavu, starost o dítě. **Jak již bylo zmíněno většina žen vede pohlavní život zcela bez potíží a sexuální potřeba zůstává převážně stejná nebo se jen mírně snižuje, což je vzhledem k porodu a porodnímu poranění pochopitelné.**

Cíl 4 – splněn

Závěrem lze říci, že všechny ženy jsou individuální a každá pociťuje sexuální potřebu v době mateřství jinak. Jsou tu jisté vlivy, které mohou ženě bránit v plnohodnotném intimním životě s partnerem. Mohou to způsobovat hormony, obavy žen, zejména prvoroďček o dítě, ztráta libida, kojení a starost o rodinu. Podle mého názoru lze pozitivním přístupem a myšlením, partnerskou debatou o sexuálních aktivitách, přizpůsobit svůj čas a svou roli matky i partnerky a prožít jak těhotenství, tak šestinedělí ruku v ruce s romantikou, něhou i vzrušením.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BAUER, Jan, 2003. *Sex v dějinách*. Vyd. 1. Třebíč: Akcent. 188 s. ISBN 80-726-8252-0.
- BEHINOVÁ, Markéta a Klára KAISEROVÁ, 2007. *Velká kniha o mateřství*. Vyd. 2. Praha: Mladá fronta. 372 s. ISBN 978-80-2041-1749-7.
- BELLINGER, G. J., 1998. *Sexualita v náboženstvích světa*. Vyd. 1. Praha: Academia. 390 s. ISBN 80-200-0642-7.
- BRTNICKA Hana., WEISS Petr a Jaroslav Zvěřina, 2009. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl lek listy*. [online]. vol. 110, issue 7. s. 427-431 [cit. 2014-04-25]. ISSN 1336-0345.
- Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19711831>
- CAPPONI, Věra, HAJNOVÁ, Růžena a NOVÁK, Tomáš, 1994. *Sexuologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-7169-115-1.
- CITTERBART, Karel a kol., 2001. *Gynekologie*. Vyd. 1. Praha: Galén. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
- COPPENS, Myriam, 2013. Sexuality During Pregnancy. *Midwifery Today*. [online]. vol. 1, no. 2. s. 1-4 [cit. 2013-12-27]. ISSN 08917701. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/201512856?accountid=15518>
- ČEPICKÝ, Pavel, 2005. Sexuální hormony a ženská sexualita. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 14, č. 1, s. 23-27. ISSN 1211-1058.
- DRIÁK, Daniel, 2004. Půvabná i v těhotenství. Vyd. 1. Praha: Galén. 132 s. ISBN 80-726-2280-3.
- FAIT, Tomáš, 2004. Antikoncepce a sex. In *Moderní gynekologie a porodnictví, supplementum*, roč. 13, č. 1, s. 133-137. ISSN 1214-2093.
- HOLLÁ, Kateřina. Sex po porodu. [online]. © 2011 [cit. 2013-12-6]. Dostupné z: <http://www.sexualne.cz/sex-po-porodu> >.
- JANIŠ, Kamil, 2004. *Z dějin sexu a erotiky, aneb, Co jsme se ve škole neučili*. Vyd. 1. Hradec Králové: Lupus. 382 s. ISBN 80-903-5090-9.
- KOBILKOVÁ, Jitka, 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Galén. 368 s. ISBN 80-726-2315-X.

KRATOCHVÍL, Stanislav, 2003. *Sexuální dysfunkce: příčiny a léčba*. Vyd. 1. Praha: Grada. 290 s. ISBN 80-247-0203-7.

LANGROVÁ, Petra, 2010. *Sexualita žen po porodu*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

PAŘÍZEK, Antonín, 2006. *Kniha o těhotenství a porodu: první český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. Vyd. 2. Praha: Galén. 414 s. ISBN 80-726-2411-3.

PASTOR, Zlatko, 2007. *Sexualita ženy*. Vyd. 1. Praha: Grada. 204 s. ISBN 978-80-247-1989-4.

PASTOR, Zlatko, 2008. *Ženská sexualita. Moderní babičtví*. [online]. č. 15, s. 1-5 [cit. 2012-12-07]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=16>>.

PASTOR, Zlatko, 2010. *Tajemství ženské sexuality: psychologie pro ženy a muže, rozdíly a vztahy*. Vyd. 1. Kralice na Hané: Computer Media. 192 s. ISBN 978-80-7402-070-4.

PAVANEL, Jane, 2002. *Kniha o sexu*. Praha: Egmont ČR. 192 s. ISBN 80-718-6810-8.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008a. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Area. 105 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008b. *Psychologie pozdního šestinedělí. Moderní babičtví* [online]. č. 16, s. 1-4 [cit. 2012-12-06]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>>.

ROZTOČIL, Aleš, 2004. *Šestinedělí. Moderní babičtví* [online]. č. 3, s. 1-7 [cit. 2012-12-06]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=145>>.

ROZTOČIL, Aleš, 2011. *Moderní gynekologie*. Vyd. 1. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-802-4728-322.

SMILKOVÁ, Luďka, 2011. *Sexualita ženy v těhotenství a po porodu*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

STÁRKA, Luboslav, 2009. *Oxytocin – hormon pro ženy, ale i pro muže. Revue České lékařské akademie*, roč. 5, č. 5, s. 30-32. ISSN: 1214-8881.

SYMONS, Jane, 2006. *Těhotenství a péče o dítě*. Vyd. 2. Čestlice: Rebo. 232 s. ISBN 80-723-4630-X.

TRČA, Stanislav, 2004. *Partner v těhotenství a po porodu*. Vyd. 1. Praha: Grada. 108 s. ISBN 80-247-0869-8.

VAŠKOVSKÝ, Radovan, 2007. *Deprese, antidepresiva a jejich vliv na sexuální fungování*. Vyd. 1. Praha: Grada. 124 s. ISBN 978-80-247-2163-7.

VIGUÉ, Jordi, 2006. *Zdravý sexuální život*. Vyd. 1. Dobřejuvice: Rebo. 292 s. ISBN 80-7234-537-0.

WEISS, V. a KRŠEK, M., 2005. „Nesexuální“ hormony a ženská sexualita. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 14, č. 1, s. 28-34. ISSN 1211-1058.

WEISS, Petr, 2010a. *Sloupky o sexu: [40 úvah o sexu a vztazích]*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta. 142 s. ISBN 978-80-204-2188-3.

WEISS, Petr, 2010b. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-802-4724-928.

ZVĚŘINA, Jaroslav, 2003. *Sexuologie nejen pro lékaře*. Brno: Cerm. 288 s. ISBN 80-7204-264-5.

ZVĚŘINA, Jaroslav a Václav BUDINSKÝ, 2004. *Vše o sexu: sexuologie a sexuální praxe pro každého*. Vyd. 1. Praha: Ikar. 335 s. ISBN 80-249-0460-8.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd. A tak dále.

Před n. l. Před naším letopočtem.

Např. Například.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Přehled možných komplikací porodnických operací ve vztahu k ženské sexualitě	20
Tabulka 2: Věk respondentek.	34
Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	35
Tabulka 4: Rodinné zázemí.	36
Tabulka 5: Informace o sexualitě v těhotenství.	37
Tabulka 6: Diskuse s partnerem o sexuálním životě.....	38
Tabulka 7: Spokojenost s pohlavním životem v těhotenství.	39
Tabulka 8: Problémy při pohlavním styku v těhotenství.....	40
Tabulka 9: Sexuální aktivita během těhotenství.	41
Tabulka 10: Parita.	42
Tabulka 11: Poslední porod.	43
Tabulka 12: Porod.	44
Tabulka 13: Porodní poranění.....	45
Tabulka 14: Návrat k pohlavnímu styku.	46
Tabulka 15: Načasování pohlavního styku s partnerem.....	47
Tabulka 16: Sexuální potřeba.	48
Tabulka 17: Obavy z prvního pohlavního styku.	49
Tabulka 18: Pocity z prvního pohlavního styku po porodu.....	50
Tabulka 19: Současnost.....	51

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk respondentek.....	34
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání.	35
Graf 3: Rodinné zázemí.	36
Graf 4: Informace o sexualitě v těhotenství.	37
Graf 5: Diskuse s partnerem o sexuálním životě.	38
Graf 6: Spokojenost s pohlavním životem v těhotenství.	39
Graf 7: Problémy při pohlavním styku v těhotenství.	40
Graf 8: Sexuální aktivita během těhotenství.	41
Graf 9: Parita.	42
Graf 10: Poslední porod.....	43
Graf 11: Porod.....	44
Graf 12: Porodní poranění.	45
Graf 13: Návrat k pohlavnímu styku.	46
Graf 14: Načasování pohlavního styku s partnerem.	47
Graf 15: Sexuální potřeba.	48
Graf 16: Obavy z prvního pohlavního styku.	49
Graf 17: Pocity z prvního pohlavního styku po porodu.	50
Graf 18: Současnost.....	51

SEZNAM PŘÍLOH

PI: Edukační materiál

PII: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená maminko,

jmenuji se Olga Šišková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku, který bude sloužit k vypracování výzkumné části mé bakalářské práce na téma „**Sexualita ženy v těhotenství a šestinedělí.**“ Dotazník je anonymní a všechna data budou použita výhradně pro účely této bakalářské práce. Vybranou odpověď zakřížkujte, popřípadě doplňte. Pokud není uvedeno jinak, zvolte prosím pouze jednu možnost odpovědi. Vyplnění dotazníku Vám zabere 5-10 minut.

Děkuji Vám za ochotu i Váš čas.

S pozdravem Olga Šišková

1. Kolik je Vám let?.....

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

3. Žijete:

- s partnerem/ manželem
- s rodiči
- s partnerem/manželem a rodiči
- sama

4. Informace o sexualitě během těhotenství jste hledala:

- v gynekologické ambulanci
- na internetu
- v literatuře
- nehledala jsem
- jinde, uveďte.....

5. Hovořila jste vždy o Vašem sexuálním životě s partnerem?

- ano, bez problémů
- ano, ale s určitou zábranou
- ne

6. Byla jste spokojená s pohlavním životem v těhotenství?

- ano, pohlavní život se mi líbil více
- ano, líbil se mi stejně jako před těhotenstvím
- ne, pohlavní život byl pro mě nepříjemný
- v těhotenství jsem pohlavně nežila

7. Měla jste při pohlavním styku v těhotenství problémy?

- ne, žádné problémy jsem neměla
- ano, uveďte jaké.....

8. Byla jste sexuálně aktivní po celou dobu těhotenství?

- jen v prvním trimestru
- v prvním a druhém trimestru
- ve třetím trimestru
- po celou dobu těhotenství
- nebyla jsem sexuálně aktivní

9. Rodila jste:

- poprvé
- podruhé
- potřetí
- počtvrté a více

10. Váš poslední porod proběhl:

- před méně než šesti týdny (jsem v šestinedělí)
- před více než šesti týdny, ale méně než rokem
- před více než rokem

11. Rodila jste:

- vaginálně
- císařským řezem
- pomocí VEX/ kleští

12. Vzniklo v důsledku porodu nějaké porodní poranění?

- ne
- ano, nástřih hráze
- ano, ruptura hráze
- laparotomie (císařský řez)
- jiné, uveďte.....

13. Návrat k pohlavnímu styku po porodu byl:

- v šestinedělí
- po ukončení šestinedělí
- zatím jsem pohlavní styk neměla

14. Bylo načasování prvního pohlavního styku shodné s partnerem?

- ano
- ne, partner vyžadoval styk dříve
- ne, styk jsem vyžadovala dříve

15. Sexuální potřeba se od porodu do současnosti:

- výrazně snížila
- spíše snížila
- je stejná
- spíše zvýšila
- výrazně zvýšila

16. Obávala jste se prvního pohlavního styku po porodu?

- ne, neměla jsem obavy
- ano, měla jsem obavy, uveďte důvod.....

17. První pohlavní styk po porodu byl pro vás:

- velmi uspokojující
- normální
- neuspokojující až nepříjemný

18. Po určité době při pohlavním styku po porodu: (Můžete označit více odpovědí)

- nemám žádné problémy
- cítím bolest
- nejsem dostatečně vzrušená a zvlhčená
- krvácím
- jiné, uveďte.....

19. Prostor pro Vaše myšlenky, názory, sdělení

.....

Děkuji za Váš čas.

PŘÍLOHA P II: EDUKAČNÍ MATERIÁL



Myslete sexy i v těhotenství!

- Jste těhotná a připadáte si nepřítažlivá, nemotorná a chuť na sex Vám nic neříká??
- Nebraňte se něžností v těhotenství a užijte si ho naplno se vším všudy!!

Máte-li obavy o své děťátko, že mu ublížíte, tyto obavy jsou zcela zbytečné! Vaše miminko je velmi dobře chráněno plodovými obaly a plodovou vodou a nejste-li v rizikovém těhotenství, je zcela zbytečné ochuzovat se o intimní chvíle s partnerem.

I. Trimestr

Ranní nevolnosti, bolest zvětšujících se prsou, únava...to vše sebou přináší období prvního trimestru, prvních dvanácti týdnů. Není divu, že se může vlivem nechutenství vytratit i sexuální touha, ale právě proto je vhodné vrátit se k prvním seznamovacím něžnostem. Líbání, držení za ruce, mazlení...V této době jsou povoleny všechny polohy.

II. Trimestr

Druhý trimestr je Vaše chvíle! Nemáte již ranní nevolnosti a neobtěžuje-li Vás zvětšující se břicho, můžete se oddávat svým sexuálním touhám a přáním. Nebojte se experimentovat! Hladina hormonů Vás i Vašeho partnera jistě ohromí. A jaké jsou vhodné polohy? Nejvhodnější je poloha na koníčka. Méně vhodná je klasická misionářská poloha.

III. Trimestr

Porod se sice pomalu blíží a problémy jako bolesti zad, zvětšující se břicho, otoky a pálení žáhy se mohou stupňovat, ale ani teď se nemusíte sexuálním hrátkám vzdalovat. Pokud už si na soulož netroufáte, můžete zapojit i jiné nekoitální praktiky (masáže...) V této době se jeví jako nejšetrnější poloha na boku a zezadu.

Kdy si pohlavní styk odpustit?

- Vaginální zánět, svědivý výtok hrozící potrat
- Předčasná děložní činnost, odtok plodové vody operace cerclage
- Abnormální uložení placenty (placenta praevia) krvácení

(Šišková, 2014)