

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**SEXUÁLNÍ ŽIVOT ŽEN PO PORODU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**NIKOLA TURKOVÁ**

**PRAHA 2018**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**SEXUÁLNÍ ŽIVOT ŽEN PO PORODU**

Bakalářská práce

NIKOLA TURKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

TURKOVÁ Nikola  
3APA

### Schválení tématu bakalářské práce

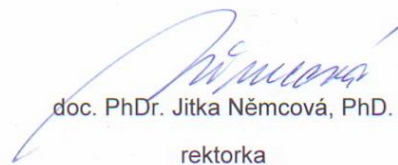
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Sexuální život žen po porodu

*Women's Sexual Life after Childbirth*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D., za ochotu a cenné rady, které mi dala při psaní této bakalářské práce.

## ABSTRAKT

TURKOVÁ, Nikola. *Sexuální život žen po porodu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D., Praha. 2018. 58 s.

Tématem této bakalářské práce je „Sexuální život žen po porodu“. Teoretická část práce popisuje sexualitu ženy v období těhotenství a po porodu. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký je postoj a spokojenost žen se sexuální aktivitou po porodu. Zjistit, zda vycházel požadavek prvního pohlavního styku po porodu od partnera a kdy mají ženy po porodu první pohlavní styk. Průzkumu se zúčastnilo 110 respondentek. Sběr dat proběhl technikou dotazníků, které byly vlastní konstrukce. Údaje byly statisticky zpracovány. Zjistili jsme, že frekvence sexuálního styku u poloviny dotazovaných žen se snížila a přesto většina respondentek označila svůj sexuální život v průběhu prvního roku po porodu za uspokojivý. Požadavek prvního pohlavního styku vycházel častěji od partnera respondentky. Více jak polovina dotazovaných měla první pohlavní styk ihned po šestinedělí. Většina dotázaných žen se pohybovala ve věkovém rozmezí 26 – 35 let, z dosaženého vzdělání převažovaly středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané ženy. Výsledky naší studie ukázaly, že u žen po porodu se četnost orgasmu ve většině případů nezměnila, ženy většinou nepreferovaly žádnou sexuální polohu při pohlavním styku a několik žen uvedlo polohu „misionáře“ jako nejméně bolestivou. Převážná část oslovených žen po porodu kojila. Z pohledu většiny kojících žen kojení neovlivnilo sexuální život partnerů. Mateřství ovlivnilo sexuální život žen po porodu, nejčastějším důvodem je méně času na partnera a úbytek energie. Současný sexuální život většiny žen je uspokojivý.

Klíčová slova:

Pohlavní styk. Porod. Porodní asistentka. Sexualita. Šestinedělí. Těhotenství.

## ABSTRACT

TURKOVÁ, Nikola. *Women's Sexual Life after Childbirth*. Medical College (Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.). Degree program: Bachelor (Bc.). Thesis supervisor: Mgr. Eva Marková Ph.D., Prague. 2018. 58 p.

This Bachelor's thesis focuses on sexual life of women after childbirth. The theoretical part describes female sexuality during pregnancy and postpartum period. The aim of the Bachelor's thesis was to determine women's attitude towards sexual activity after childbirth and also their satisfaction with sexual activity. The next goal was to find out whether the request for a first intercourse after delivery came from the partner and when women had the first sexual intercourse after childbirth. 110 respondents participated in the research. The data were collected using questionnaires of a customized design. The data were statistically processed. The research showed that frequency of sexual intercourse declined among half of the interviewed women. Still, most respondents rated their sexual life as satisfactory during the first year after childbirth. The request for a first intercourse more often came from the respondent's partner. More than half of the respondents had their first sexual intercourse immediately after the postpartum period. Most of the respondents were between 26 and 35 years old and they were usually high school and university-educated. The results of the study showed that most women did not experience a change in the frequency of orgasms after childbirth. Women generally did not prefer any sex position, but several women stated the "missionary position" was the least painful. The majority of women were breastfeeding after childbirth. Most of the breastfeeding women reported that breastfeeding did not affect their sexual life. However, maternity affected the sexual life of women after delivery – the most common reason was less time for their partner and loss of energy. The current sexual life of most women is satisfactory.

Keywords:

Sexual intercourse. Childbirth. Midwife. Sexuality. Postpartum period. Pregnancy.

## **OBSAH**

### **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

### **SEZNAM TABULEK**

### **SEZNAM GRAFŮ**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>13</b>
<b>1 SEXUALITA .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 SEXUÁLNÍ VÝVOJ .....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 SEXUÁLNÍ CYKLUS ŽENY .....</b>	<b>17</b>
<b>1.3 SEXUÁLNÍ HORMONY .....</b>	<b>17</b>
<b>1.4 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U ŽEN .....</b>	<b>19</b>
<b>1.4.1 PORUCHY SEXUÁLNÍ APETENCE .....</b>	<b>20</b>
<b>1.4.2 SEXUÁLNÍ AVERZE .....</b>	<b>20</b>
<b>1.4.3 NÍZKÁ SEXUÁLNÍ VZRUŠIVOST (FRIGIDITA).....</b>	<b>21</b>
<b>1.4.4 PORUCHY ORGASMU.....</b>	<b>21</b>
<b>1.4.5 BOLESTIVÉ SEXUÁLNÍ PORUCHY .....</b>	<b>21</b>
<b>1.4.6 PORUCHY SEXUÁLNÍ SATISFAKCE .....</b>	<b>22</b>
<b>2 TĚHOTENSTVÍ .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 SEXUALITA V TĚHOTENSTVÍ .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3 FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ A POHLAVNÍ STYK .....</b>	<b>25</b>
<b>2.4 RIZIKOVÉ TĚHOTENSTVÍ A POHLAVNÍ STYK.....</b>	<b>25</b>
<b>2.5 SEXUALITA V TĚHOTENSTVÍ Z POHLEDU PARTNERA ...</b>	<b>26</b>



<b>3</b>	<b>POROD</b> .....	<b>27</b>
3.1	VLIV PORODNÍHO PORANĚNÍ NA SEXUALITU ŽENY .....	27
3.2	PŘÍTOMNOST PARTNERA U PORODU .....	27
<b>4</b>	<b>ŠESTINEDEŘÍ</b> .....	<b>29</b>
4.1	SOMATICKE ZMĚNY .....	29
4.2	HORMONÁLNÍ ZMĚNY .....	30
4.3	HEMATOLOGICKÉ ZMĚNY.....	30
4.4	PSYCHICKÉ ZMĚNY .....	30
4.5	SEXUÁLNÍ ŽIVOT V ŠESTINEDEŘÍ.....	31
4.6	SEXUALITA PO PORODU Z POHLEDU PARTNERA.....	33
<b>5</b>	<b>PRŮZKUM</b> .....	<b>35</b>
5.1	PRŮZKUMNÉ CÍLE .....	35
5.2	METODIKA PRŮZKUMU .....	35
5.3	CÍLOVÁ SKUPINA .....	35
5.4	REALIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
5.5	ANALÝZA DAT .....	36
5.6	TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ KVADRÁT.....	62
<b>6</b>	<b>DISKUZE</b> .....	<b>67</b>
<b>7</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI</b> .....	<b>70</b>
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>71</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	
	<b>PŘÍLOHY</b>	

## **SEZNAM ZKRATEK**

**GnRH** – Gonadotropin releasing hormon

**hCG** - Humánní choriový gonadotropin

**CNS** – Centrální nervová soustava

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk respondentek.....	37
Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	38
Tabulka 3 Počet porodů .....	39
Tabulka 4 Uplynulá doba od posledního porodu .....	40
Tabulka 5 Hodnocení sexuálního života před otěhotněním.....	41
Tabulka 6 Dosažení orgasmu před porodem.....	42
Tabulka 7 Sexuální aktivita v průběhu těhotenství.....	43
Tabulka 8 Přítomnost partnera u porodu.....	44
Tabulka 9 Pohled partnera na společný sexuální život.....	45
Tabulka 10 Požadavek prvního pohlavního styku po porodu.....	46
Tabulka 11 Pocit přitažlivosti po porodu.....	47
Tabulka 12 Porodní poranění.....	48
Tabulka 13 První pohlavní styk po porodu.....	49
Tabulka 14 Obavy z prvního pohlavního styku po porodu.....	50
Tabulka 15 Hodnocení prvního pohlavního styku po porodu.....	51
Tabulka 16 Změna sexuálního uspokojení po porodu .....	52
Tabulka 17 Hodnocení sexuálního života po porodu.....	53
Tabulka 18 Frekvence pohlavního styku po porodu.....	54
Tabulka 19 Četnost orgasmu po porodu .....	55
Tabulka 20 Preferované sexuální polohy při pohlavním styku po porodu .....	56
Tabulka 21 Vliv mateřství na sexuální život .....	58
Tabulka 22 Kojení.....	59
Tabulka 23 Vliv kojení na pohlavní styk .....	60
Tabulka 24 Momentální spokojenost se sexuálním životem .....	61
Tabulka 25 Skutečné četnosti .....	62
Tabulka 26 Očekávané četnosti .....	62
Tabulka 27 Skutečné četnosti .....	63
Tabulka 28 Očekávané četnosti .....	63

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentek .....	37
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	38
Graf 3 Počet porodů .....	39
Graf 4 Uplynulá doba od posledního porodu.....	40
Graf 5 Hodnocení sexuálního života před otěhotněním.....	42
Graf 6 Dosažení orgasmu před porodem .....	43
Graf 7 Sexuální aktivita v průběhu těhotenství.....	44
Graf 8 Přítomnost partnera u porodu .....	45
Graf 9 Pohled partnera na společný sexuální život.....	46
Graf 10 Požadavek prvního pohlavního styku po porodu.....	47
Graf 11 Pocit přitažlivosti po porodu.....	48
Graf 12 Porodní poranění.....	49
Graf 13 První pohlavní styk po porodu.....	50
Graf 14 Obavy z prvního pohlavního styku po porodu .....	51
Graf 15 Hodnocení prvního pohlavního styku po porodu .....	52
Graf 16 Změna sexuálního uspokojení po porodu .....	53
Graf 17 Hodnocení sexuálního života po porodu .....	54
Graf 18 Frekvence pohlavního styku po porodu.....	55
Graf 19 Četnost orgasmu po porodu .....	56
Graf 20 Preferované sexuální polohy při pohlavním styku po porodu .....	57
Graf 21 Vliv mateřství na sexuální život .....	58
Graf 22 Kojení .....	59
Graf 23 Vliv kojení na pohlavní styk.....	60
Graf 24 Momentální spokojenost se sexuálním životem .....	61

## ÚVOD

Sexualita, a její četné aspekty, je neodmyslitelnou součástí každého člověka a doprovází ho od narození až do konce života. Každý z nás si přeje mít partnerský vztah, ve kterém se cítí bezpečně, oceněn a tolerován. V partnerském vztahu je především velmi důležitá komunikace, pochopení a důvěra. V období těhotenství a po porodu je právě upřímná komunikace mezi partnery velice potřebná. Samotné těhotenství a následná doba po porodu, přináší do života obou partnerů mnoho změn. Je to náročné období v životě obou rodičů. Žena se cítí unavená, všechen čas, který dříve věnovala sobě nebo společným chvílím s partnerem, teď věnuje dítěti. Mezi partnery může docházet k neshodám či konfliktům. Častokrát se jeden z partnerů stydí otevřeně promluvit o sexuální potřebě a jeho pocitech, což vede k diskomfortu ve vztahu.

Bohužel, musíme poznamenat, že doposud jsme se nesetkali s tím, že by lékař či porodní asistentka fundovaně edukovali ženu o změnách v intimním životě. Přestože žijeme v moderní době, sexualita je stále vesměs tabuizovaným tématem. Mnoha lidem, a to bez rozdílu ve vzdělání, dělá problém o tomto tématu hovořit otevřeně, a proto raději vyhledávají informace na internetu. Tam se anonymně v různých (mnohdy velmi iracionálních) internetových diskuzích mohou svěřit se svým problémem anebo řešit intimní otázky, které je zajímají. Zároveň se na těchto fórech nemusejí obávat výsměchu nebo ponížení. Informace na mnohých webových stránkách, které ženu zajímají, nemusejí být vždy pravdivé, protože je ve skutečnosti v řadě případů nenapsal odborník, ale lajk. Proto si myslíme, že téma bakalářské práce: „Sexuální život žen po porodu“ bude stále tématem aktuálním a pro většinu žen přínosným.

Uvedená bakalářská práce se skládá z části teoretické a praktické.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zjistit, jaký je postoj a spokojenost žen se sexuální aktivitou po porodu.

**Cíl 2:** Zjistit, zda vycházel první požadavek k pohlavnímu styku po porodu od partnera respondentky.

**Cíl 3:** Zjistit, kdy mají ženy po porodu první pohlavní styk.

V praktické části bakalářské práce byla k průzkumu zvolena metoda dotazníků vlastní konstrukce.

Průzkumný vzorek tvořilo 110 žen.

#### **Vstupní literatura:**

PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-653-3.

PASTOR, Z., 2010. *Tajemství ženské sexuality*. Kralice na Hané: Computer Media. ISBN 978-80-7402-070-4.

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

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

#### **Popis rešeršní strategie:**

Pro tuto bakalářskou práci byla vyhledána odborná literatura v časovém rozmezí září 2017 až leden 2018. Klíčová slova pro rešerši byla zvolena: pohlavní styk, porod, porodní asistentka, šestinedělí, sexualita a těhotenství. Základní prameny pro vyhledávání byly převážně z katalogu Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)), z kvalifikačních prací (thesis) a Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>). Hlavní kritéria pro zařazení vyhledaných materiálů do zpracování bakalářské práce byly odborné publikace a články tematicky odpovídající stanoveným cílům bakalářské práce v českém a anglickém jazyce, vydané v časovém období 2007 až do současnosti. Vyřazovacími kritérii byla obsahová nekompatibilita se zadanými klíčovými slovy nebo vydání publikace před zadaným časovým obdobím. Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito v českém a anglickém jazyce z let 2007 – 2017 celkem 19 relevantních plnotextů, 3 bakalářské práce, 1 disertační práce a uvedené internetové zdroje.

# 1 SEXUALITA

V průběhu 20. století se v Evropě změnilo postavení a chování žen ve společenském i intimním životě. O ženské sexualitě se dlouho otevřeně nehovořilo, byla tabuizována. Po celá staletí byla jen prostředkem k uspokojení potřeb muže a nástrojem k rozmnožování. Pouze mužské části populace bylo určeno potěšení ze sexu. Mylně byl přesvědčen velký klasik psychoanalýzy Sigmund Freud o tom, že ženy jsou předurčeny k pasivní roli v sexu, který jim přináší nepříjemné pocity při pohlavním styku a při porodu dítěte bolesti. Dnes je ženám umožněn plnohodnotný pohlavní život přinášející potěšení a satisfakci (PASTOR, 2010), (CITTERBART, ROB, MARTAN, 2008).

Sigmund Freud popisuje pojem libido jako základní energii lidské bytosti, která se projevuje mimo jiné sexualitou. Libido je podle něj pudem života, protikladem pudu smrti nebo touhy po sebedestrukci (DALLAIRE, 2009).

Sexualita je méně jednoznačná a spolupůsobí při ní erotická a milostná přitažlivost, sexuální chování a ztotožnění se s druhým. U každého jedince jsou tyto aspekty vyjádřeny různou měrou (WINSTON, 2008).

Aby u ženy došlo k navození sexuální touhy, potřebuje více času, vhodnou chvíli, atmosféru a cítit se spokojeně sama se sebou i s partnerem. Touží po pozornosti partnera, po intimitě, dotecích a mazlení. Oproti ženám, pokud muži nejsou ve stresu a depresi, mají většinou chuť na sex v kteroukoli denní i noční hodinu, reagují i na nepatrný podnět. Se zráním vztahu většinou touha ženy po pohlavním styku klesá a může dojít k neshodám v páru, ke zklamání, pocitům křivdy nebo zlosti (RATISLAVOVÁ, 2008).

K sexuálnímu vzrušení u ženy dochází pomaleji, průběh je ovlivněný emocionální shodou, slovy a dotýkáním. Muž dosahuje orgasmu snadněji a dříve, reaguje převážně na vizuální erotické podněty. Žena tyto podněty přijímá pomaleji a méně ji vzrušují (RATISLAVOVÁ, 2008).

## 1.1 SEXUÁLNÍ VÝVOJ

Jde o velmi složitý a komplexní proces, ve kterém dochází k vytvoření základních komponentů lidského sexuálního chování, tedy pohlavní identifikace, sexuální preference a sexuální reaktivity (WEISS, 2010).

Sexualitu chápal Sigmund Freud jako vývojový proces od fáze orální, při němž jsou centrem slasti ústa (kojenecký věk), k fázi anální (batolecí věk), se zadržováním a vypuzováním exkrementů, až po fázi genitální (předškolní věk), kdy se začínají děti zajímat aktivněji o svůj genitál (PASTOR, 2010).

Mezi základní komponenty psychosexuálního vývoje patří tedy pohlavní identita, která se utváří v raném dětství, nejdéle do 3 let věku dítěte. Pohlavní identita vyjadřuje subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti či naopak rozporu s vlastním tělem, s primárními a sekundárními pohlavními znaky i se sociální rolí daného pohlaví. Rozhodujícím věkem pro vytvoření pohlavní identity je pravděpodobně věk do 18 měsíců. Poruchy pohlavní identity vznikají narušením normálního vývoje prožívání mužství a ženství (WEISS, 2010), (ŠULOVÁ, FAIT, WEISS, 2011).

Dalším komponentem lidského sexuálního chování je pohlavní role, jedná se o vnější projev pohlavní identity. Na jeho utváření se podílí kulturně – společenské vlivy, které jsou zprostředkované především rodinou. Rodiče jsou důležitým vzorem pro rozvoj adekvátních vzorců chování a postojů k druhému pohlaví. K rodičovskému vlivu se ve školním věku připojuje i vliv vrstevnických skupin a jiné kulturně – společenské vlivy, jako například škola či média (WEISS, 2010).

Způsobem, kterým jedinec dosahuje sexuálního uspokojení a jakým objektem je eroticky přitahován, není zatím objasněn. Pravděpodobně jsou zde základní faktory konstituční. Genetické faktory mohou objasnit pohotovost reagovat na erotické signály konkrétního druhu (WEISS, 2010).

Vývoj sexuálního chování je podmíněn rozvojem sexuálních emocí, k jejichž rozvinutí dochází především v období puberty a adolescence. Jde o schopnost se vzrušit, dosáhnout orgasmu a satisfakce, ale také rozvíjet cit zamilovanosti jako erotické fascinace sexuálním objektem (WEISS, 2010).



## 1.2 SEXUÁLNÍ CYKLUS ŽENY

Fyziologické změny těhotné ženy se od netěhotné ženy během sexuálního cyklu v zásadě neliší. Jsou obměňovány primárně větším venózním městnáním, které se se stupněm gravidity zvyšuje. Průběh sexuálního prožitku můžeme dělit na fázi: excitace, plató, orgasmus a relaxace (WEISS, 2010).

Na počátku těhotenství je ve fázi excitace výraznější zduření stydkých pysků, dochází ke zvětšení i malých stydkých pysků. Vulva je ke konci těhotenství zduřelá i v klidovém stavu a při sexuálním vzrušení nejsou žádné změny již pozorovány. Na počátku gravidity se výrazněji zvětšují prsy. Toto zvětšení může být někdy vnímáno až bolestivě. Ke konci těhotenství již žádné změny velikosti prsů nejsou pozorovány, normální však zůstávají erekce bradavek a otok areol (WEISS, 2010).

Je-li sexuální stimulace účinná ve fázi plató, dochází k růstu vzrušení, po kterém většina žen dosahuje orgasmu. V této fázi jsou reakce genitálu normální a rozdíly oproti netěhotným jsou malé. U multipar může dojít až zcela k uzavření poševního vchodu orgastickou manžetou (WEISS, 2010), (PASTOR, 2010).

Některé ženy pociťují orgasmus nepříjemně až bolestivě, což může být provázeno obavami o průběh těhotenství a o plod. Během 3. trimestru mohou být pozorovány tonické kontrakce dělohy, které trvají až 1 minutu. Zpomalenou akcí srdeční může plod reagovat na orgastické kontrakce především tonického charakteru (WEISS, 2010).

Orgasmus střídá fáze uvolnění, která je pozvolná. Cévní městnání ustupuje tím pomaleji, čím je pokročilejší těhotenství. K úplnému ústupu změn ve 3. trimestru vlastně nedojde vůbec (WEISS, 2010), (PASTOR, 2010).

## 1.3 SEXUÁLNÍ HORMONY

Sexuální hormony jsou produkovány především gonádami a jsou regulovány v ose hypothalamus – hypofýza – gonády. Sexuální reakce však nejsou přísně hormonálně provázané, protože i ženy po chirurgickém odstranění žláz jsou schopné sexuálního vzrušení, pocitového vyvrcholení a erotické fascinace objektem. Podle místa

produkce jednotlivých hormonů se aktivní látky mohou dělit na mozkové působky, hormony produkované v ose hypothalamus – hypofýza a na ovariální steroidy (ZÁHUMENSKÝ, 2007).

Pro sexuální chování lidí má z mozkových působků zvláštní význam dopamin (dyhydroxyfenylethylalanin). V mozku se uplatňují i některé polypeptidy, největší význam má zřejmě prolaktin a endorfiny. Možné je v mozku najít i receptory přímo pro sexuální hormony estrogeny, progesteron a testosteron (ZÁHUMENSKÝ, 2007).

Látky, které produkuje hypothalamus, nepůsobí celkově, ale činnost hypofýzy ovlivňují neurosekrecí. Gonadotropin releasing hormon (GnRH) řídí prostřednictvím své pulzatilní sekrece menstruační cyklus. Dopaminergní substance – samotný dopamin zřejmě zpomaluje sekreci prolaktinu v hypofýze a jeho nedostatek vede k hyperprolaktinemii spojené s útlumem sexuality. Při orgasmu se ve zvýšené míře vyplavují endogenní opioidy, které mají analgetický a sedativní účinek. Na subjektivním prožitku sexuální rozkoše a satisfakce se podílejí endorfiny. Chronicky zvýšené hladiny endorfinů, které lze pozorovat u vrcholových sportovců mohou vést k poruchám sekrece GnRH a následné poruše menstruačního cyklu a popřípadě i k neplodnosti. Peptickým hormonem hypofýzy je prolaktin. Hyperprolaktinemie blokuje ovulaci a rovněž snižuje sexuální aktivitu (ZÁHUMENSKÝ, 2007).

Ovaria jsou hlavním místem produkce sexuálních hormonů – estrogenů, progesteronu a androgenů. Ve fertilním období modifikují sexuální odpověď hormony estrogeny a progesteron. Po menopauze je důraz kladen na účinky androgenů (ZÁHUMENSKÝ, 2007).

Za vývoj a funkci ženských pohlavních orgánů odpovídají estrogeny. Vlivem estrogenů dochází ke zlepšení lubrikace a zvyšuje se tonus a odolnost pochvy vůči zánětům. Estrogeny zlepšují celkové emoční ladění ženy, mají antidepressivní potenciál a zvyšují sexuální apetenci (ZÁHUMENSKÝ, 2007).

Příprava pohlavních orgánů na přijetí oplodněného vajíčka je hlavním posláním gestagenů. Snižují sexuální aktivitu a na CNS působí sedativně až anesteticky. Vylučují se po ovulaci, kdy již není biologicky žádoucí sexuální aktivita (ZÁHUMENSKÝ, 2007).

U žen je popsán pozitivní vliv androgenů na sexualitu zejména pro jejich centrální působení. Zvyšují sexuální touhu, libido a zesilují odpověď pohlavních orgánů na sexuální stimuly (ZÁHUMENSKÝ, 2007).

## 1.4 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U ŽEN

*Sexuální dysfunkce jsou poruchy sexuální výkonnosti, charakterizované nedostatečností jedné nebo několika fyziologických složek sexuálního chování (WEISS, 2010, s. 340).*

Epidemiologické studie naznačují, že více než 20 % žen vykazuje nějakou formu sexuální dysfunkce, ale méně známé je, proč mají některé ženy problémy se sexuální aktivitou a jiné nikoli (FEHNIGER, et al., 2013).

Sexuální dysfunkce můžeme rozdělit na primární a sekundární. O primární dysfunkci hovoříme tehdy, pokud se vyskytuje u ženy od počátku pohlavního života. Dysfunkci, která se vyskytne po určitém delším období bezporuchového pohlavního života, nazýváme sekundární. Dále lze rozdělit dysfunkce na úplné a částečné. Úplnou sexuální dysfunkcí rozumíme praktické chybění některé fyziologické sexuální kvality. Například chybění lubrikace, orgasmu apod. Pokud je příslušná sexuální funkce narušena jen do jisté míry, jedná se o částečnou dysfunkci. Například sporá lubrikace, problémy s dosahováním orgasmu. Dalším druhem dysfunkce může být generalizovaná dysfunkce, která není vázaná na konkrétní partnerský vztah, a je ke konkrétnímu partnerovi autonomní. Selektivní dysfunkce je vázaná na kvalitu určitého partnerského vztahu (WEISS, 2010).

Podle Weisse (WEISS, 2010, s. 339) rozlišujeme tyto poruchy sexuální funkce: poruchy sexuální apetence, poruchy sexuálního vzrušení, poruchy orgasmu, nepříjemné až bolestivé pocity při sexuálním styku a poruchy sexuální satisfakce (WEISS, 2010).

### **1.4.1 PORUCHY SEXUÁLNÍ APETENCE**

*Snížená sexuální touha je trvalý nebo opakující se nedostatek sexuální fantazie nebo myšlenek a (nebo) pokles či ztráta chuti přijímat sexuální aktivitu (PASTOR 2010, s. 77).*

Jedná se o poruchu, která se jen vzácně vyskytuje samostatně. Často souvisí s duševními a tělesnými potížemi, s partnerskými a s jinými sociálními konflikty. Mnohá vleklá onemocnění vedou k poklesu zájmu o sexuální aktivity. Jedná se například o nádory rodidel a prsu, diabetes mellitus apod. (WEISS, 2010).

Naprostý nebo snížený zájem o sex je často způsobený párovým nesouladem, který se někdy odráží jen navenek. Jindy se jedná o stav, kdy je žena vyčerpaná péčí o domácnost, děti, manžela anebo delší směnou v zaměstnání. Tyto poruchy jsou velmi typické u mladých manželských párů. Žena si například partnera nemusí vážit, pokud ho nepovažuje za partnera svých snů, či jím dokonce pohrdá, a její touha pak klesá na bod mrazu. Přemlouvání někoho, aby se na sex těšil, toužil po něm a vyhledával ho, je nereálné (WEISS, 2010), (PASTOR, 2010).

### **1.4.2 SEXUÁLNÍ AVERZE**

Jde o trvalé nebo opakující se obavy ze sexu a odmítání intimnějších doteků od partnera. Při dotýkání se ženy odtahují, blízkost partnera je jim nepříjemná, vadí jim jeho dech a pach, polibek přetrpí. Sexuální odtažitost se může objevit kdykoli, ale často je vázána jen na jednoho muže - nejčastěji se jedná o stálého partnera. Můžeme se také setkat s tím, že se to týká všech mužů od počátku sexuálního života. V těhotenství nebo po porodu nemusí ženám sexuálně vyhovovat muži pouze přechodně. Důvodem sexuální averze mohou být traumatické zážitky v minulosti - jako například sexuální zneužívání v dětství nebo znásilnění (PASTOR, 2010), (WEISS, 2010).

### **1.4.3 NÍZKÁ SEXUÁLNÍ VZRUŠIVOST (FRIGIDITA)**

*Při snížení sexuálního vzrušení dochází k trvalé nebo intermitentní poruše dosažení či udržení vzrušení k docílení sexuálního prožitku (PASTOR, 2010, s. 82).*

Hlavním problémem těchto žen je suchost poševní sliznice a nedostatečné uvolnění pochvy. Koitus je pochopitelně obtížný, vede následně k dyspareunii až algopareunii. Nedostatečná lubrikace může být projevem menopauzy, ale také nepříznivým doprovodem intenzivního a dlouhodobého kojení (WEISS, 2010).

Opakem je porucha charakterizovaná nepříjemně dlouho trvajícím sexuálním vzrušením. Ženy při této dysfunkci pociťují intenzivní dlouhodobé sexuální vzrušení, a to bez sexuálního zájmu. Jedná se o poměrně vzácný stav (WEISS, 2010).

### **1.4.4 PORUCHY ORGASMU**

*Dysfunkční orgasmus popisujeme jako trvalou nebo občasnou nedostatečnost jeho dosažení při uspokojivém vzrušení a adekvátní sexuální stimulaci nebo jako problémy s orgasmem související (PASTOR, 2010, s. 85).*

Ze studií vyplývá, že téměř 10 % českých žen nedosahuje nikdy orgasmu. V polovině sexuálních styků dosahují vyvrcholení asi tři čtvrtiny žen. Zhruba čtvrtina žen dosáhne někdy při sexu více orgasmů. Dosažení orgasmu je vázáno na specifickou stimulaci, na subjektivní pocity partnerky a na kvalitu vztahu. Žena je někdy příliš stydlivá a pasivní, může mít různé zábrany. Nepodílí se sama na zvyšování svého vzrušení, popřípadě partnerovi záměrně neposkytne dostatečnou příležitost, aby ji sexuálně vzrušil co nejvíce (WEISS, 2010), (PASTOR, 2010), (KRATOCHVÍL, 2008).

### **1.4.5 BOLESTIVÉ SEXUÁLNÍ PORUCHY**

Jedná se o stavy koitálního diskomfortu, při kterých pohyby penisu vyvolávají v pochvě opakující se nepříjemné pocity (dyspareunie) až bolest (algopareunie). Žena pociťuje na začátku styku nepříjemné vjemy při dilataci pochvy (zvláště pokud je málo

vzrušená a zvlhčená) pravděpodobně z důvodu nedostatečné přede hry. Potíže obvykle rychle vymizí. Pokud se bolest objevuje v průběhu soulože nebo na konci, může signalizovat gynekologické onemocnění. Nejčastěji se jedná o zánět pochvy nebo vnitřních pohlavních orgánů, dělohy, vaječníků nebo vejcovodů. Také se může jednat o důsledek traumatu, infekce (herpes genitalis), nádoru, onkologické léčby, vývojové anomálie (vaginální septum) nebo atrofie. Vaginismus je stav, při kterém dochází k mimovolnému stažení svalů dolní třetiny pochvy znemožňující zasunutí penisu, ačkoli si žena styk přeje. Žena je posléze neochotná ke styku a má odpor k jakémukoli dotyku genitálií. Sexuální touha, dosažení klitoridálního orgasmu či ostatní projevy vzrušení mohou být zachovány. Tento problém se objevuje převážně u žen, které mají nevyrovnaný vztah k sexu, jsou psychosociálně nezralé, mají za sebou asexuální výchovu, traumatizující zkušenost, nebo dokonce zneužívání či znásilnění. V některých případech se může jednat o negativní obrannou reakci vůči neprůbojnému a pro ženy nepřitažlivému partnerovi (WEISS, 2010), (PASTOR, 2010), (ŠRÁMKOVÁ, 2015).

#### **1.4.6 PORUCHY SEXUÁLNÍ SATISFAKCE**

Ženy, které mají zvýšený zájem o sex, těžko hledají partnery. V tomto případě může být orgasmus zdrojem velice nepříjemných pocitů. Jde o velice vzácné stavy. Zařazujeme sem například silné koitální a orgastické bolesti hlavy migrenózního typu. Během sexuálního styku a orgasmu se mohou objevovat různé potíže škytavkou počínaje, nauzeou a průjmem konče. Při orgastických stazích může u žen se stresogenní inkontinencí moče docházet až k pomočení (WEISS, 2010).

## 2 TĚHOTENSTVÍ

Splynutím ženské a mužské pohlavní buňky – vajíčka a spermie, začíná vývoj těhotenství a nitroděložního zárodku. Průměrná délka těhotenství je 280 dní, 10 lunárních měsíců nebo 40 kalendářních týdnů (GREGORA, VELEMÍNSKÝ, 2017).

Těhotenství tradičně členíme na tři trimestry. První trimestr trvá do 13. týdne těhotenství. Druhý trimestr je období od 13. týdne a končí ve 26. týdnu těhotenství. Třetí trimestr těhotenství začíná od 27. týdne do porodu (GREGORA, VELEMÍNSKÝ, 2017).

### 2.1 ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ

Ke změnám mateřského organismu v těhotenství dochází z důvodu připravenosti ženy tak, aby průběh těhotenství, vývoj a růst plodu proběhl zdárně a aby došlo k přípravě organismu na porod a kojení (GREGORA, VELEMÍNSKÝ, 2017).

Změny můžeme pozorovat v oblasti somatické, fyziologické, endokrinní, sociální i psychické. Žena se v době těhotenství vyrovnává s velkým množstvím zásadních změn v životě. Od samého počátku těhotenství probíhají v těle ženy psychické změny současně se změnami fyzickými. Rozvíjení psychických změn a reakcí ženy v období těhotenství a při porodu je z velké části závislý na osobnosti těhotné, na jejím sociálním, ekonomickém zázemí, momentálním prostředí, ve kterém žije, na kvalitě partnerského vztahu, na zdravotním stavu apod. Zda se jedná o těhotenství chtěné či nikoli, není rozhodující. V případě nechtěného těhotenství je situace pochopitelně komplikovanější, protože chybí radostné očekávání. Žena přivyká nové životní roli a doplňuje nové typy chování. Vyvíjí se mateřská identita, žena začleňuje vlastní já do nové role matky. Žena se často cítí zmatená, úzkostná, ztracená a chybí jí starý způsob života. Každá těhotná žena potřebuje v období plném změn podpořit od partnera, rodiny a přátel (GREGORA, VELEMÍNSKÝ, 2017), (RATISLAVOVÁ, 2008).

Zvětšující se děloha je nejvýraznější změnou organismu, vyklenuje břicho a tím mění vzhled těhotné ženy. Dochází ke zvýšení tělesné hmotnosti, k růstu prsů

a ke zvýraznění pigmentace. Na břicho a prsech mohou vznikat strie. V pohlavním ústrojí dochází ke změnám venózním městnáním. Stydké pysky se mírně zvětšují, dojít může ke vzniku a rozvoji varikózních pletení zevních rodidel zvláště u vícerodíček. Poševní vchod je prokrvenější, někdy zbarven do fialova. Většina žen somatické změny přijímá negativně. U žen, které těhotenství plánují, bývá zpočátku přítomna „hrdost“ na těhotenský vzhled, ovšem v závěru gravidity převládají negativní postoje. Ženy, které pociťovaly nespokojenost se svým tělem před těhotenství, mohou být zranitelnější. S blížícím se koncem těhotenství se objevují u žen obavy ze ztráty atraktivity a kontroly nad vlastním tělem. Tyto změny nezřídka vedou u partnera k pocitu poklesu sexuální atraktivnosti (WEISS, 2010), (RATISLAVOVÁ, 2008).

## **2.2 SEXUALITA V TĚHOTENSTVÍ**

Pohlavní styk nese mnohdy nepřesnosti a tabu. Gravidita není asexuálním obdobím, jelikož sexuální sny, představy a fantazie se nevytrácejí ani v tomto období (PASTOR, 2010).

V prvním trimestru obvykle touha po sexuálním styku klesá, ve druhém trimestru dochází ke zvýšení a během třetího trimestru opět k poklesu. Některé ženy zájem o sex v těhotenství zcela ztrácejí. Způsobují to hormonální změny v organismu těhotné ženy, s příznaky jako je nevolnost, zvracení apod. Také v souvislosti se změnami psychiky a se změnou vzhledu, kdy si žena připadá ke konci těhotenství neforemná a méně přitažlivá. Těhotenství prožívá každá žena jinak (GREGORA, VELEMÍNSKÝ 2017).

U jedné a téže ženy se může v různých fázích těhotenství touha po sexuálním sblížení lišit. Některé ženy mají dokonce milence, vyhledávají sex více a jsou aktivnější než kdykoli předtím. Jiné ženy nechtějí během těhotenství o pohlavním styku ani slyšet, partner musí jejich přání respektovat a v některých případech se jich nemůže ani dotknout. Žena může těhotenství využít jako alibi proč se nestýkat a jak se pohlavnímu styku vyhnout. I těhotné ženy jsou sexy, pro některé může je těhotná partnerka přitažlivější než před těhotenstvím (PASTOR, 2010), (TURČAN, POKORNÝ, FAIT, 2012).



Nastávajícím rodičům může poskytnout základní informace porodní asistentka v poradně nebo při prenatálním psychoprofylaktickém kursu. Partnerům pomůže zmírnit obavy a starosti z pohlavního styku, vysvětlí jim, čím je sex v těhotenství jiný, než předtím. Porodní asistentka poukáže na některé negativní faktory, které lze ovlivnit, aby nebyly překážkou při milování. Některé faktory ovlivnit nelze, partneři se s nimi musí naučit žít a milovat (RATISLAVOVÁ, 2008).

### **2.3 FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ A POHLAVNÍ STYK**

Pokud těhotenství probíhá fyziologicky, tedy bez komplikací a v anamnéze těhotné ženy se nevyskytují rizikové faktory jako například infertilita či léčená sterilita, pak z hlediska lékaře není důvod sexuální aktivitu omezovat. Mylně se mnoho párů domnívá, že by během pohlavního styku, mohlo dojít k poškození plodu, což není pravda, jelikož plod je chráněn plodovými obaly, které v počáteční graviditě jsou několikanásobné. Později je chráněn velkým objemem plodové vody. Poslední týdny před porodem jsou výjimkou, doporučují se nekoitální sexuální praktiky, hrozí riziko intraamniální infekce, předčasný porod či krvácení. Pokud jsou zachována běžná pravidla sexuální hygieny a partneři mají dobrý zdravotní stav, není toto riziko vysoké (CITTERBART, ROB, MARTAN, 2008), (WEISS, 2010).

### **2.4 RIZIKOVÉ TĚHOTENSTVÍ A POHLAVNÍ STYK**

V těhotenství je koitální aktivita zakázána pouze ve výjimečných situacích, jako je včestné lůžko, vaginální krvácení, inkompetence hrdla děložního, odtok plodové vody, předčasná děložní aktivita, akutní projevy vaginálního zánětu, dekompenzace chorob přidružených ke graviditě apod. Tyto tři faktory by mohly podle Weisse (2010) hrát roli při předčasném porodu:

- I. Při orgasmu jsou pro plod kontrakce určitou zátěží, při normálním těhotenství je však zdravý plod kompenzuje bez problémů. Zda mohou orgasmické kontrakce být spouštěčem předčasného porodu, je sporné. Někdy se uvádí, že ženy, které mají vysoký výskyt orgasmů v pozdním

těhotenství, rodí rychleji a lépe, ale průměrně dříve než ženy, které jsou bez orgasmů (WEISS, 2010).

- II. Prostaglandiny, které jsou obsaženy v ejakulátu, mají významnou roli v mechanismu zahájení porodu, což se klinicky využívá v indukci a preindukci porodu. Zda mohou prostaglandiny vyvolat předčasný porod je velmi sporné (WEISS, 2010).
- III. Nejdůležitější roli hraje patrně infekce. Na vzniku předčasného porodu se podílí vaginální prostředí a riziko předčasného porodu zvyšují také pohlavně přenášené bakterie, jako jsou *Chlamydia trachomatis* a *Mycoplasma hominis*. Proto by se žena v těhotenství měla při pohlavním styku s novým, případně s rizikovým partnerem chránit kondomem (WEISS, 2010).

## 2.5 SEXUALITA V TĚHOTENSTVÍ Z POHLEDU PARTNERA

V období těhotenství procházejí partnerské vztahy určitou proměnou. Stále existují muži, kteří se chovají chladně a úzkostlivě, prožívají určitá dilema, ať už kvůli společnosti či partnerce, která přesně ví, jaký by partner měl být otec a vyvíjí na muže nátlak, aby splňoval pro ni dosud neznámou roli. Žena většinou očekává více zájmu a pozornosti, ocenění a uznání ze strany partnera a blízkých, snadno nabývá pocitu strachu a ublížení (RATISLAVOVÁ, 2008), (STOPPARD, 2007).

Partner na těhotenské změny partnerky může reagovat různými způsoby. Zralý muž bere většinou tyto změny jako přirozené a vítá je (RATISLAVOVÁ, 2008). Asi u 10 – 35% partnerů můžeme během těhotenství pozorovat příznaky tzv. *Couvade syndromu* (z francouzštiny: couver – hnízdit). Jde o projev různých somatických potíží, které se často vztahují ke gastrointestinálnímu traktu – přírůstek na váze, bolest zubů, nevolnost, zácpa nebo průjem. V první polovině gravidity se sexuální zájem o těhotnou partnerku téměř nemění, ovšem ve třetím trimestru dochází k výraznému poklesu. Příčinou je menší sexuální aktivita ženy a obavy z možného poškození plodu nebo jí samé. Tyto obavy ze sexuálního styku mohou vést až k sexuální abstinenci či mimomanželským kontaktům (WEISS, 2010).

### 3 POROD

*Porodem (partus) nazýváme každé ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého novorozence (ČECH, HÁJEK, MARŠÁL, 2014, s. 175).*

Porod dělíme na první dobu porodní, která začíná nástupem pravidelných kontrakcí, jež mají vliv na zánik děložního čípku. Tím vzniká branka, která se postupně zvětšuje. Této době se také říká doba otevírací. Druhá doba porodní (vypuzovací) začíná zánikem porodní branky a končí vlastním porodem s porozením dítěte. Třetí doba porodní začíná po porodu dítěte a končí porozením placenty a plodových obalů. Některé zdroje uvádějí dobu poporodní - někdy též „čtvrtou dobu porodní“ – jako dobu, ve které dochází k ošetření porodních zranění. Zhruba se jedná o první dvě hodiny po ukončení porodu (ČECH, HÁJEK, MARŠÁL, 2014), (BAŠKOVÁ, 2015), (ŠULOVÁ, FAIT, WEISS, 2015).

#### 3.1 VLIV PORODNÍHO PORANĚNÍ NA SEXUALITU ŽENY

Porod je spojen s pohmožděním nebo i poraněním porodních cest. Porodní poranění dělíme na epiziotomii, spontánně vzniklé ruptury pochvy a hráze (1. – 4. stupně), poranění struktur pánevního dna, a také laparotomii v případě císařského řezu. Na první pohled není velká část těchto poranění patrná, jsou krytá intaktní kůží a sliznicí. Dochází k poranění pubocervikální fascie, traumatické denervaci perinea a k rupturám svalových vláken. Mezi průvodní příznaky patří spontánní bolestivost či bolestivý pohlavní styk, popřípadě poruchy citlivosti zevního genitálu. Rovněž inkontinence moči nebo stolice může být poporodní velmi nepříjemnou komplikací. V neposlední řadě se můžeme setkat s pozdním příznakem sestupu dělohy a poševních stěn (TURČAN, POKORNÝ, FAIT, 2012).

#### 3.2 PŘÍTOMNOST PARTNERA U PORODU

Mít důvěrně známou osobu u porodu může rodičce, a zvláště prvorodičce, pomoci zbavit se strachu z neznámého prostředí, a dodat jí klid. Přítomnost otce

u porodu by v každém případě měli nastávající rodiče prodiskutovat v dostatečném časovém předstihu. Neplatí, že pokud jeden pár byl z přítomnosti otce u porodu nadšen, že tomu tak bude i v tomto případě. K účasti při porodu by žádný otec neměl být nucen. V opačném případě nemá ani partner právo žádat od své partnerky, aby byl svědkem všech gynekologických detailů, když jí to není příjemné. Respektování názorů na tuto etapu jejich vztahu by mělo být u obou partnerů vzájemné. Přítomnost partnera bývá v některých případech zpochybňována možnými důsledky ve smyslu ztráty chuti na sexuální styk s partnerkou, kterou partner viděl v náročné situaci jako je porod. Mnoho žen raději porod prožijí samy, a stejně tak i mnoho mužů nevědí, jak se při porodu chovat. Cítí se nejistě, a proto raději u porodu nechtějí být. Pokud se partneři dohodnou, že otec při porodu účasten bude, měl by navštívit kurz předporodní přípravy. Nepřipraveného partnera může porodní sál velmi nemile zaskočit. Proto je důležité, aby partner v určitých situacích respektoval personál na porodním sále. Při komplikaci či potřebě rychlého zásahu by neměl být pro personál překážkou. Konfliktní situace by pak mohly výrazně narušit dojem z bezproblémového porodu. Žena u porodu nemusí mít za doprovod pouze partnera, může to být i matka, sestra, přítelkyně nebo jiná blízká osoba. V mnoha případech představují partneři při porodu pro své ženy oporu a skutečnou pomoc, kdy ženu ubezpečí, že v těžké situaci není sama mezi cizími lidmi a v cizím prostředí. Stává se, že u mnoha párů společně zvládnutý porod jejich vztah prohloubí. Muž přítomný u porodu si v tomto okamžiku uvědomí skutečnost, že se právě stal otcem (GREGORA, VELEMÍNSKÝ, 2017), (PAŘÍZEK 2015), (PASTOR, 2010), (ČEKAL, ŠULC, 2010).

## 4 ŠESTINEDĚLÍ

Jako šestinedělí (puerperium) je označováno období do 42. dne (šest týdnů) od ukončení porodu. Toto období lze rozdělit na šestinedělí časné (rané) – prvních sedm dní po porodu, a na období pozdní, což je doba nutná k involuci těhotenských změn pohlavních orgánů (ČECH, HÁJEK, MARŠÁL, 2014).

### 4.1 SOMATICKÉ ZMĚNY

Koncem šestinedělí váží děloha přibližně jako před otěhotněním asi 70 g. Svým horním okrajem sahá až k pupku. Během deseti dnů po porodu sestoupí horní okraj dělohy do pánve natolik, že již není hmatný skrze břišní stěnu. K zavinování dělohy jsou nezbytné stahy děložního svalu tzv. poporodní stahy, které jsou většinou nepravidelné a zvětšují se zejména během kojení. U vícerodiček se někdy objevují jako tupý tlak v břiše, prvorodičky je obvykle ani nevnímají (PAŘÍZEK, 2015).

Hrdlo dělohy je široce otevřené do pochvy a po porodu ochablé. Od druhého dne se formuje a třetí den má již normální válcovitý tvar. Dno pánve je složitá vrstva svalů, která byla během těhotenství namáhána, a při porodu v ní vznikly trhlinky. Někdy zůstává děloha po porodu uložena níže, protože návrat elasticity a pevnosti trvá více dnů a nikdy nedosáhne původního stavu. Pochva a hráz jsou obvykle během porodu velkým rozpínáním poškozeny vznikem trhlinek. V těhotenství přestaly pracovat vaječníky a ještě po dobu kojení v nich obvykle nezrají další vajíčka. Jejich činnost se obnoví po skončení kojení a žena začne opět menstruovat. V některých případech se menstruace dostaví i při kojení. Po porodu jsou břišní svaly rozestouplé, břišní stěna je ochablá a trvá několik týdnů, než se znovu zpevní. Na kůži podbřišku, někdy hýždí a prsů, zůstávají strie, které ztrácejí svůj růžový kolorit a postupně nabývají perleťově lesklého vzhledu. Pigmentace kolem pupku, ve střední čáře pod pupkem, na zevních rodidlech, kolem análního otvoru, někdy v obličejí a v jizvách mizí během několika dní. Některé ženy pozorují zvýšené vypadávání vlasů (PAŘÍZEK, 2015).

## 4.2 HORMONÁLNÍ ZMĚNY

V těhotenství byla mohutným zdrojem hormonů placenta a to zejména estrogenů, progesteronu a hCG. Po porodu se postupně množství těchto hormonů v krvi ženy normalizuje. Z mozkového podvěsku (odborně hypofýzy) přecházejí do krevního oběhu ženy prolaktin a oxytocin, zejména při dráždění bradavek během kojení, které oba tyto hormony řídí. První dny se tvoří kolostrum (mlezivo). Jedná se o rosolovitou látku s vysokým obsahem bílkovin. Druhý až třetí den začíná tvorba mléka. Prsy se plní, jsou napjaté a citlivé. K vytvoření mléka dochází ve žlázových lalúčcích, odtud přechází do mlékovodů a vývodů mlékovodů na prsní bradavce. Zřejmý je ústup těhotenských změn i na dalších žlázách, štítné žláze, kůře nadledvin (PAŘÍZEK, 2015).

## 4.3 HEMATOLOGICKÉ ZMĚNY

Celkový objem krve se po porodu sníží. Z 5 – 6 litrů krve před porodem na 4 litry ve třetím týdnu šestinedělí. Hladina krevního barviva se vrací od pátého dne šestinedělí na normální hodnoty, po šestém dni počet bílých krvinek a počet červených krvinek se zvyšuje. Asi u poloviny žen zůstávají po porodu mírně rozšířené žíly na dolních končetinách, na zevních rodidlech, kolem řitního otvoru a v pánvi. Tyto změny se stupňují během každého dalšího těhotenství (ČECH, HÁJEK, MARŠÁL, 2014), (PAŘÍZEK, 2015).

## 4.4 PSYCHICKÉ ZMĚNY

Psychika ženy v období šestinedělí je vystavena vysoké zátěži, která pramení jednak z hormonálních změn probíhajících v organismu po porodu, fyzických změn a jednak z adaptace na roli matky. Mezi významné faktory, které ženu v období šestinedělí ovlivňují, patří faktory psychosociální povahy. I přes všechno vyčerpání, žena nemůže několik hodin po porodu usnout. Žena porovnává prožitek náročné situace se sebepojetím, v představách si znovu a znovu odehrává celý porod. Dále se psychika vyrovnává s přijetím novorozence jako samostatné bytosti, která existuje nezávisle

na matčině těle. Během kojení a péče o něj žena navazuje s novorozencem citový vztah. Někdy se první porodní den pozoruje vzestup radostné nálady, jelikož vše dobře dopadlo, dítě je v pořádku a zdravé. Jde však jen o přechodné období, které většinou střídají obavy, emocionální labilita a úzkosti. Fantazie se přeměnila na skutečnost, která vyžaduje stálou pohotovost. Než si na tuto zátěž žena zvykne, může prožívat stavy nedostatečnosti a neschopnosti. Tyto stavy násobí fyzická vyčerpanost, nedostatek spánku a již zmíněné hormonální změny (RATISLAVOVÁ, 2008).

U ženy se 3. až 6. den po porodu může objevit poporodní blues, který se projevuje labilitou nálady, podrážděností, úzkostností, plačtivostí, zmateností, únavou, neklidem, pocity osamělosti a nejistoty, sníženou sebeúctou. Stavy euforie se někdy střídají s úzkostí, smutkem. Žena pláče z důvodů, které nejsou často jasné ani jí samotné. Důvodem mohou být problémy s kojením, strach o novorozence, pocity nedostačivosti. Poporodní blues většinou odeznívá do 10. dne po porodu (RATISLAVOVÁ, 2008).

Termínem poporodní deprese označujeme stavy, které jsou svou závažností mezi poporodním blues a poporodní depresivní psychózou. Nejde o výjimečný stav, vzniká kdykoli během 6 měsíců po porodu, nejčastěji při příchodu z porodnice domů. Příznaky obvykle odezní během 3–14 měsíců (WEISS, 2010).

Poporodní psychóza vzniká náhle, po asymptomatickém období v prvním týdnu po porodu. Mezi nejčastější příznaky patří psychotická deprese, mánie, schizofrenie a zmatenost. (TURČAN, POKORNÝ, FAIT, 2012), (WEISS, 2010).

## **4.5 SEXUÁLNÍ ŽIVOT V ŠESTINEDĚLÍ**

V období po porodu může být ženská sexuální touha dlouhodobě snížena, ba dokonce může úplně chybět. Obnovení pohlavního života po porodu záleží v první řadě na zdravotním a psychickém stavu ženy, ale také záleží na společné domluvě s partnerem (PAŘÍZEK, 2015), (ČERMÁKOVÁ, 2010).

Podle doporučení odborníků by žena měla s prvním pohlavním životem po porodu začít tehdy, kdy se cítí být připravena, obvykle za šest týdnů po porodu, pokud šestinedělí nebylo komplikováno infekcí nebo špatným hojením poranění. První

styk po porodu je velmi podobný tomu úplně prvnímu, avšak v mnoha případech je pochva více stažená a neschopná se uvolnit, nejčastěji vlivem strachu z možné bolesti. Důležité je postupovat velmi pomalu, zajistit dostatečnou vlhkost například pomocí lubrikantu. Pokud žena pociťuje během pohlavního styku nepříjemné pocity, může se pár oddávat jiným formám milování nebo se jen těšit z intimních chvil a z toho, že jsou spolu (RATISLAVOVÁ, 2008), (HOLLÁ, 2010).

Častěji se v šestinedělí objevuje ztráta libida. Svoji roli zde hraje vyčerpání z porodu, strach z bolesti po ne zcela zhojených porodních poraněních a také obava z role matky. Rodidla a prsa, zejména pokud žena kojí, jsou v tomto období více citlivá, někdy až bolestivá. U kojící ženy může při sexuálním vzrušení docházet k odtékání mléka z bradavek, subjektivní prožívání sexuálního vzrušení a orgasmu se do tří měsíců až jednoho roku po porodu většinou navrácí k normálu, jako tomu bylo před těhotenstvím (ČERMÁKOVÁ, 2010), (RATISLAVOVÁ, 2008).

U ženy se mohou po narození dítěte objevit sexuální poruchy. Mezi nejčastější příčiny sexuálních dysfunkcí patří psychologické (únava, deprese, negativní postoj k vlastnímu tělu), vztahové (krize ve vztahu, partnerský nesoulad), situační (strach z probuzení dítěte, nevhodné bydlení) a mutilace rodidel (obtížné hojení porodního poranění, zjizvení hráze). Při obtížném hojení porodního poranění s následnou mutilací rodidel se žena může stydět před partnerem a v souvislosti s tím odmítat sexuální styk (RATISLAVOVÁ, 2008).

Ze změn postavy, které během poporodního období probíhají, je spousta žen rozpačitá a strachuje se, zda jejich partneři budou považovat jejich tělo stále za atraktivní. I když jsou tyto pocity zcela běžné, mohou stát v cestě v touze po intimitě s partnerem (WIDER, 2009).

Při kontrole ženy v šestinedělí by se měla porodní asistentka zajímat o sexuální život ženy, zda byl již obnoven a zda je uspokojivý. Měla by ženu upozornit na to, že v období po porodu se často objevují problémy v sexuální oblasti a že pokud se u ženy znovu neobjeví potřeba sexu a v páru se začne objevovat napětí, je nejvyšší čas vyhledat odbornou pomoc. Při dlouhodobém trvání problémů v sexuální oblasti totiž vzniká vhodná půda pro nejrůznější gynekologické symptomy, které mohou pomoci regulovat nerovnoměrnou touhu muže a ženy (RATISLAVOVÁ, 2008).



V jiných kulturách se nedodrží sexuální abstinence v šestinedělí tak přísně a nedodrží jí ani řada našich žen. Ženy by si ovšem měly být vědomy zvýšeného rizika infekčních komplikací vedoucích třeba i k poruchám plodnosti. K pohlavnímu styku často dochází u sociálně slabších už několik dnů po porodu. V některých rozvojových zemích dávají realističtí lékaři ženám při odchodu z porodnice alespoň balíček prezervativů (ČEKAL, ŠULC, 2010).

#### **4.6 SEXUALITA PO PORODU Z POHLEDU PARTNERA**

Muž se nestává otcem narozením dítěte, jde o proces dlouhodobý, který začíná dlouho před porodem a pokračuje ještě mnoho let po něm. Příchod dítěte významně ovlivňuje psychickou strukturu rodiny a mění organizaci rodinných povinností. Některým mužům se se stýská po partnerčiných něžnostech, připadají si odstrčeně. Partnerka jim nevěnuje tolik času jako dříve, neboť veškerý čas věnuje péči o dítě (RATISLAVOVÁ, 2010).

Pro dobré fungování partnerského vztahu navrhuje Pařízek (2015) oboustranně konzumovaný sex, při kterém oba partneři prožívají vzrušení a cítí se příjemně. Nebo sex jednosměrný, při kterém žena uspokojuje partnera přijatelným způsobem, většinou nekoitálně. Dvojice by neměla omezovat ani nesexuální dotyky, líbání a objímání. V období, kdy jeden z partnerů po sexu netouží, jde o dobrý způsob, jak projevit lásku. Kvůli přechodnému sexuálnímu nesouladu by partneři neměli dopustit, aby došlo k pokažení dobře fungujícího vztahu (PAŘÍZEK, 2015).

Partneři by si měli uvědomit, že dítě by se nemělo stát prioritou. Vztah je třeba chránit a pečovat o něj. Sexualita k tomu neodmyslitelně patří. Dítě potřebuje cítit lásku mezi oběma partnery, poté intuitivně chápe, že bylo zplozeno z lásky (HOLLÁ, 2010).

V některých případech, pokud byl partner přítomen u porodu, se může na nějakou dobu stát, že přestává pociťovat sexuální touhu. Partner ženu vnímá jako rodičku a má problém na ni pohlížet, jako na milenku. Tento jev některé prameny popisují jako tzv. Madonin komplex (HOLLÁ, 2010).

Mužům většinou postačí erotický podnět a dostaví se vzrušení. Ovšem aby žena dokázala vnímat podnět jako erotický, je třeba se přeladit emočně, z mateřské lásky se

na okamžik přenést k lásce k partnerovi. Aby žena hlazení nebo líbání od partnera plně vnímala, musí zapomenout na nepatřičné starosti, zahnat rušivé myšlenky a vrátit se zpět k erotickým myšlenkám. Musí přestat přemýšlet nad tím, co její dítě dělá, zda nemá hlad nebo se nedusí a jestli jí nebude pohlavní styk nepříjemný (HOLLÁ, 2010).

## **5 PRŮZKUM**

Tato bakalářská práce nese název „Sexuální život žen po porodu“ a v praktické části jsme se prostřednictvím dotazníku zaměřili na prožitek žen ze sexuálního styku před otěhotněním a po porodu. Mnoha ženám dělá v dnešní době problém o tomto tématu veřejně hovořit, proto raději informace vyhledávají v anonymitě na internetu.

### **5.1 PRŮZKUMNÉ CÍLE**

Cíl 1: Zjistit, jaký je postoj a spokojenost žen se sexuální aktivitou po porodu.

Cíl 2: Zjistit, zda vycházel první požadavek k pohlavnímu styku po porodu od partnera respondentky.

Cíl 3: Zjistit, kdy mají ženy po porodu první pohlavní styk.

### **5.2 METODIKA PRŮZKUMU**

Pro metodiku šetření byl zvolen kvantitativní průzkum, který byl prováděn pomocí strukturovaného dotazníkového šetření. V začátku dotazníku byl uveden účel šetření a poděkování za vyplnění dotazníku. Ženy byly informovány, že informace z dotazníku budou složité pouze k účelu zpracování a vyhodnocení průzkumného problému v bakalářské práci. Dotazník byl anonymní a obsahoval 24 otázek, z toho 22 otázek bylo uzavřených a 2 otevřené. K otázkám jsme stanovili tři cíle. Na cíl č. 1 jsou zaměřeny položky č. 11, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23 a 24. Na určený cíl č. 2 odpovídá položka č. 10, a na cíl č. 3 odpovídají položky č. 13, 14 a 15.

### **5.3 CÍLOVÁ SKUPINA**

Cílovou skupinou byly ženy, které alespoň jedenkrát porodily. Studie se nemohly zúčastnit ženy, které zatím nerodily, jelikož by nebyly schopny objektivně zhodnotit otázky z pohledu ženy po porodu.

## 5.4 REALIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro účely průzkumu byl sepsán dotazník, který obsahoval 25 otázek. V průběhu prosince 2017 byla tvořena struktura dotazníku a začátkem měsíce ledna 2018 bylo osloveno několik náhodně vybraných žen po porodu, abychom zjistili, zda ženy dotazníku rozuměly. Jelikož oslovené ženy dotazník pochopily, nedošlo již obsahově k žádným změnám. Od 25. 1. do 2. 2. 2018 byl dotazník zveřejněn na internetových stránkách ([www.vyplnto.cz](http://www.vyplnto.cz)). Ve výsledku bylo celkem zpracováno 110 dotazníků.

## 5.5 ANALÝZA DAT

V této části práce jsou zobrazeny výsledky dotazníkové studie pomocí tabulek, grafů a slovní interpretace. V tabulkách jsou vyjádřené absolutní a relativní četnosti získaných odpovědí. Všechny údaje byly zpracované v programu MS Word 2010, MS Excel 2010 a pomocí statistického zpracování dat – testu nezávislosti chí-kvadrát ( $\chi^2$ ) a webové aplikace (<http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>).

### 1. Jaký je Váš věk?

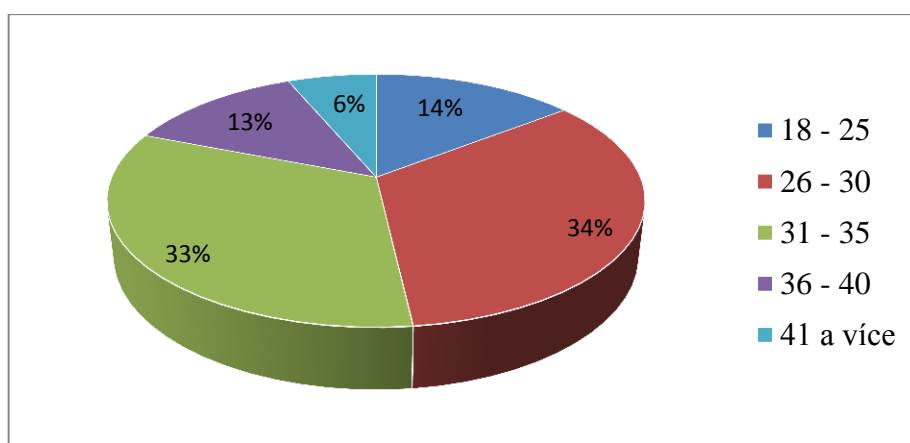
- a) 18 – 25
- b) 26 – 30
- c) 31 – 35
- d) 36 – 40
- e) 41 a více

**Tabulka 1** Věk respondentek

Věk	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
18 - 25	16	15
26 - 30	37	34
31 - 35	36	33
36 - 40	14	13
41 a více	7	6
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 1** Věk respondentek



Zdroj: Autor, 2018

Nejpočetnější skupinu tvořily ženy ve věku 26 – 30 let, což je 34 % z celkového počtu dotazovaných žen. Ženy ve věku 18 – 25 let tvořily 14 %, 33 % žen uvedlo věk v rozmezí 31 – 35 let, 13 % tvořily ženy nad 36 - 40 let. Ženy ve věku 41 a více let tvořily 6 %.

## 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) základní

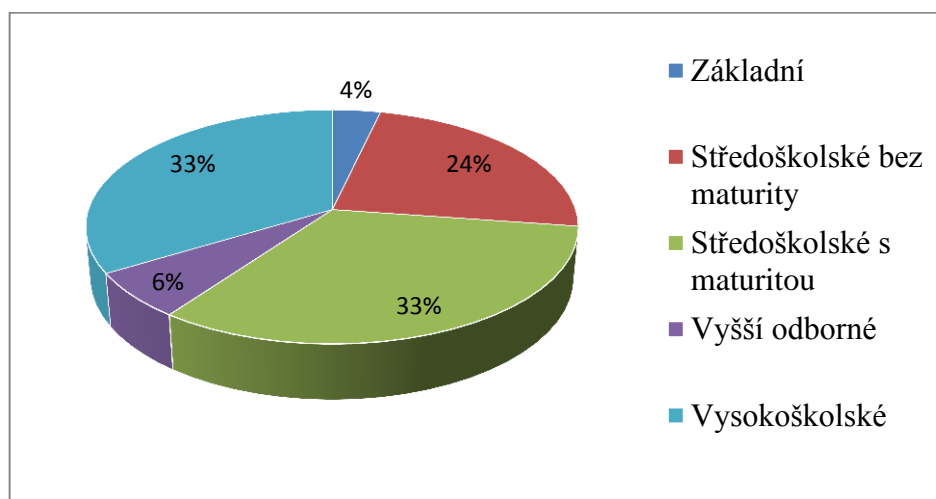
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

**Tabulka 2** Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	4	4
Středoškolské bez maturity	26	24
Středoškolské s maturitou	36	33
Vyšší odborné	7	6
Vysokoškolské	37	34
<b>Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 2** Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Autor, 2018

Z šetření vyplývá, že 33 % respondentek ukončilo své vzdělání maturitou a 33 % respondentek absolvovalo vysokou školu. Středoškolského vzdělání bez maturity

dosáhlo 24 % žen, vyššího odborného vzdělání dosáhlo 6 %. Nejmenší skupinou jsou ženy, které dosáhly základního vzdělání, a to 4 %.

### 3. Kolikrát jste rodila?

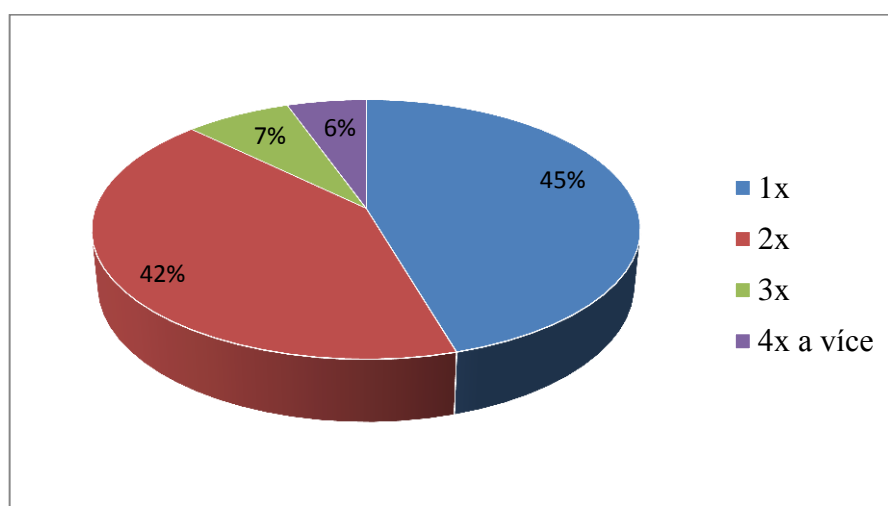
- a) 1x
- b) 2x
- c) 3x
- d) 4x a více

**Tabulka 3** Počet porodů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1x	50	45
2x	46	42
3x	8	7
4x a více	6	6
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 3** Počet porodů



Zdroj: Autor, 2018

Z grafu je zcela patrné, že 45 % dotazovaných žen rodilo poprvé, podruhé rodilo 42 % žen, potřetí rodilo 7 % žen a počtvrté rodilo 6 % žen.

#### 4. Jaká doba uplynula od Vašeho posledního porodu?

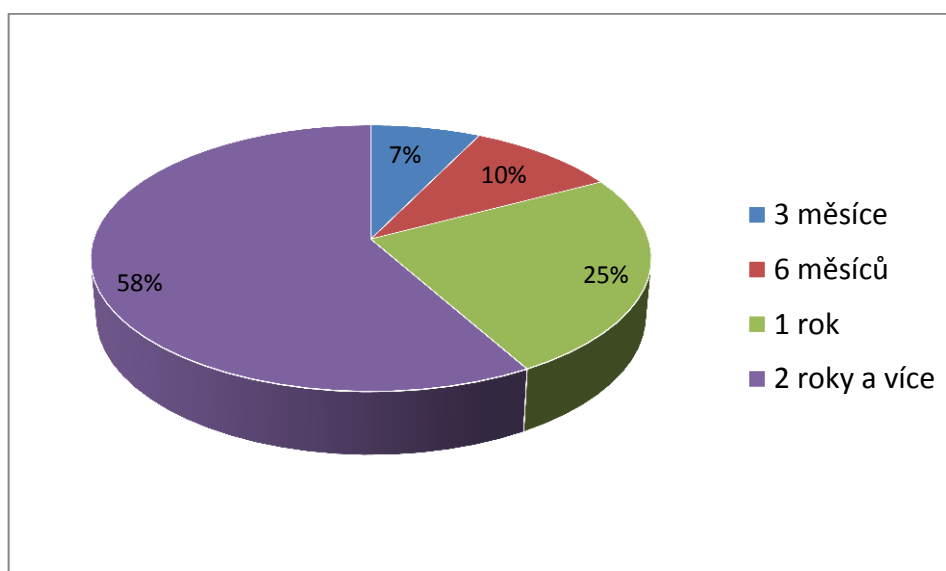
- a) 3 měsíce
- b) 6 měsíců
- c) 1 rok
- d) 2 roky a více

**Tabulka 4** Uplynulá doba od posledního porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
3 měsíce	8	7
6 měsíců	11	10
1 rok	27	25
2 roky a více	64	58
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 4** Uplynulá doba od posledního porodu



Zdroj: Autor, 2018



Z grafického znázornění vyplývá, že 58 % dotazovaných žen se nachází v období 2 roky a více po porodu. Žen, které porodily před 3 měsíci, bylo 7 %. Celých 10 % žen je právě v období 6 měsíců po porodu a 25 % žen rodilo před více než rokem.

### 5. Jak hodnotíte Váš sexuální život před otěhotněním?

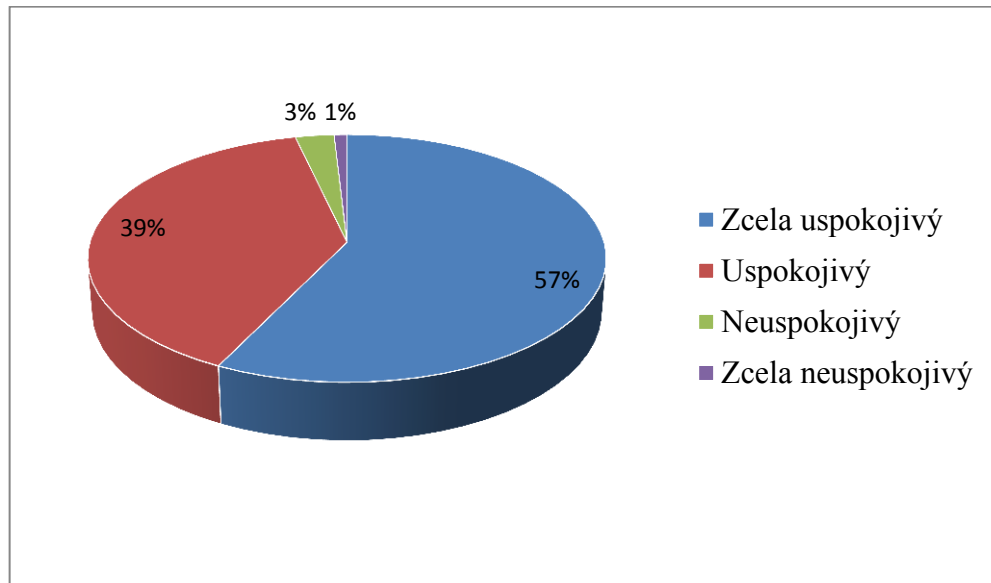
- a) zcela uspokojivý
- b) uspokojivý
- c) neuspokojivý
- d) zcela neuspokojivý

**Tabulka 5** Hodnocení sexuálního života před otěhotněním

Odpověď	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
Zcela uspokojivý	63	57
Uspokojivý	43	39
Neuspokojivý	3	3
Zcela neuspokojivý	1	1
<b>Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 5** Hodnocení sexuálního života před otěhotněním



Zdroj: Autor, 2018

Před otěhotněním uvedlo 57 % dotazovaných žen svůj sexuální život za zcela uspokojivý, 39 % žen jako uspokojivý a pro 3 % žen jako neuspokojivý. Pouze 1 % dotazovaných žen označilo svůj sexuální život za zcela neuspokojivý.

## 6. Dosahovala jste orgasmu před porodem?

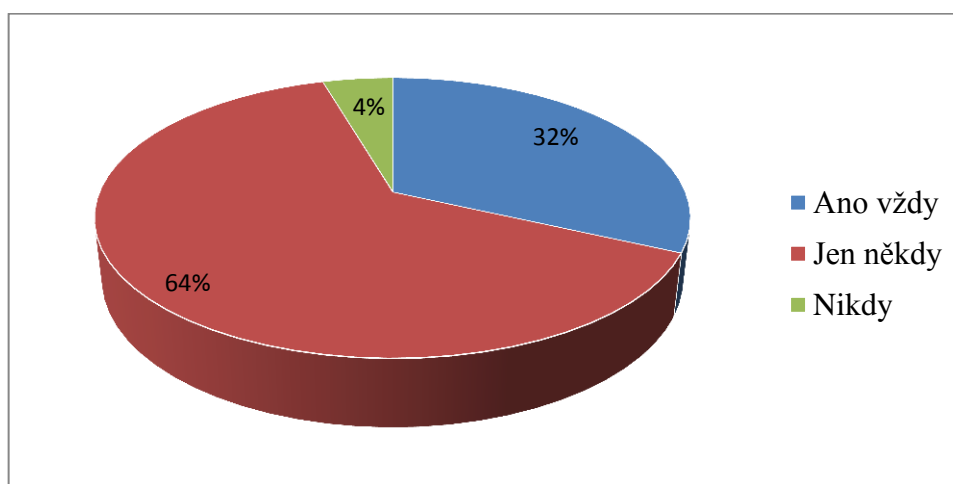
- a) ano vždy
- b) jen někdy
- c) nikdy

**Tabulka 6** Dosažení orgasmu před porodem

Odpověď	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
Ano vždy	35	32
Jen někdy	70	64
Nikdy	5	5
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 6** Dosažení orgasmu před porodem



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku, zda respondentky dosahovaly orgasmu před porodem, odpovědělo 64 % dotazovaných žen jen někdy, 32 % žen dosáhlo orgasmu vždy a 4 % žen nikdy.

### **7. Byla jste sexuálně aktivní v průběhu těhotenství?**

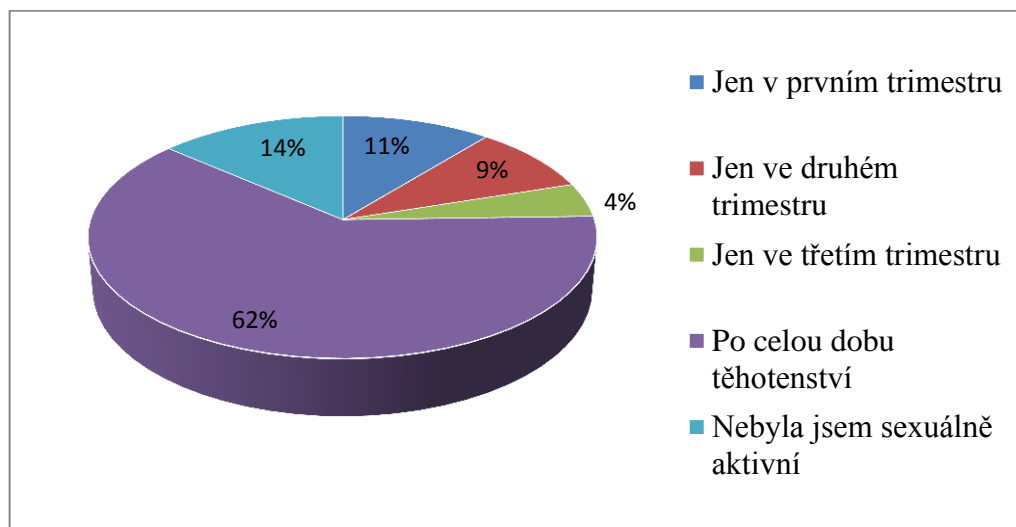
- a) jen v prvním trimestru
- b) jen ve druhém trimestru
- c) jen ve třetím trimestru
- d) po celou dobu těhotenství
- e) nebyla jsem sexuálně aktivní

**Tabulka 7** Sexuální aktivita v průběhu těhotenství

Odpověď	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
Jen v prvním trimestru	12	11
Jen ve druhém trimestru	10	9
Jen ve třetím trimestru	5	4
Po celou dobu těhotenství	68	62
Nebyla jsem sexuálně aktivní	15	14
<b>Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 7** Sexuální aktivita v průběhu těhotenství



Zdroj: Autor, 2018

Dle výsledků analýzy žilo pohlavním životem v celé délce těhotenství více než půlka dotazovaných žen, přesněji 62 %. V prvním trimestru bylo sexuálně aktivních 11 % žen, ve druhém trimestru 9 % žen a ve třetím trimestru pouze 4 % žen. Sexuálně neaktivních žen v průběhu celého těhotenství bylo 14 %.

## 8. Byl Váš partner přítomen u porodu?

a) ano

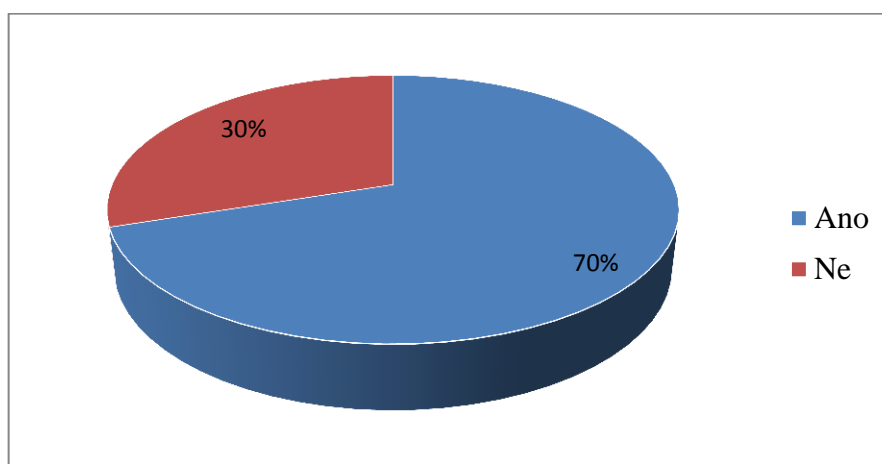
b) ne

**Tabulka 8** Přítomnost partnera u porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	77	70
Ne	33	30
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 8** Přítomnost partnera u porodu



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku, zda byl partner přítomen u porodu, odpovědělo 70 % žen ano. U 30 % dotazovaných žen partner u porodu přítomen nebyl.

**9. Pokud byl Váš partner přítomen u porodu, myslíte si, že porod ovlivnil jeho pohled na váš společný sexuální život?**

a) ano

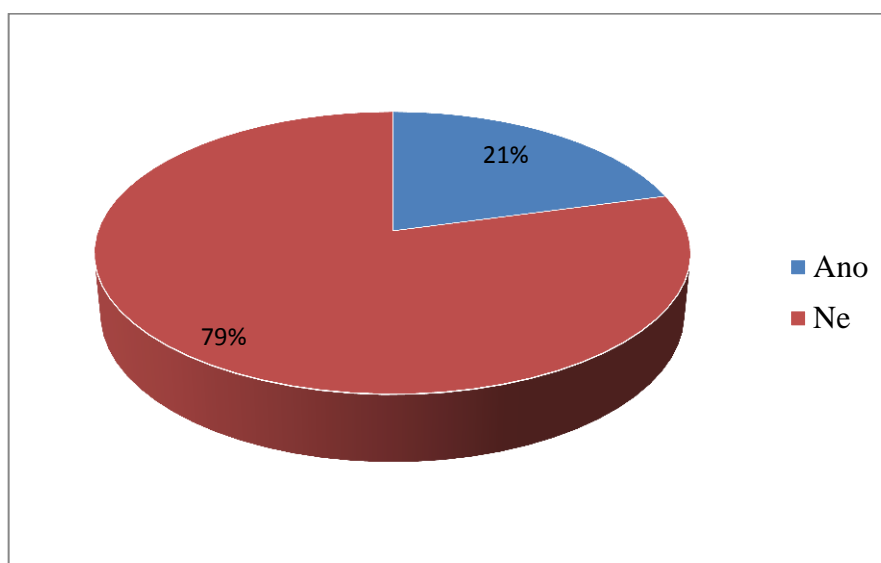
b) ne

**Tabulka 9** Pohled partnera na společný sexuální život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	16	21
Ne	61	79
Celkem	77	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 9** Pohled partnera na společný sexuální život



Zdroj: Autor, 2018

Podle 79 % žen přítomnost partnera u porodu neměla na společný sexuální život vliv, u 21 % dotazovaných žen ovlivnila přítomnost partnera u porodu společný sexuální život.

**10. Vycházel požadavek prvního pohlavního styku po porodu od Vašeho partnera?**

a) ano

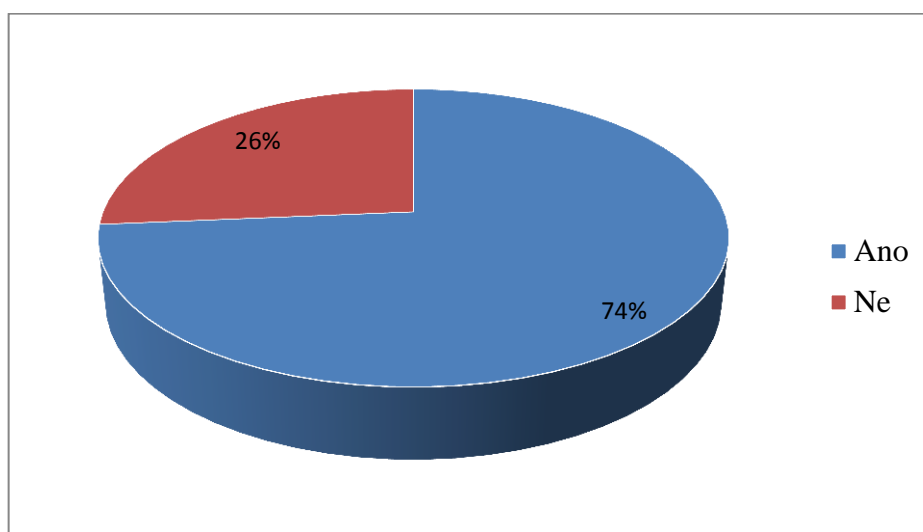
b) ne

**Tabulka 10** Požadavek prvního pohlavního styku po porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	63	57
Ne	47	43
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 10** Požadavek prvního pohlavního styku po porodu



Zdroj: Autor, 2018

Požadavek prvního pohlavního styku od partnera uvedlo 74 % žen. U 26 % žen první požadavek pohlavního styku od partnera nevycházel.

### 11. Cítila jste se v období po porodu přitažlivá?

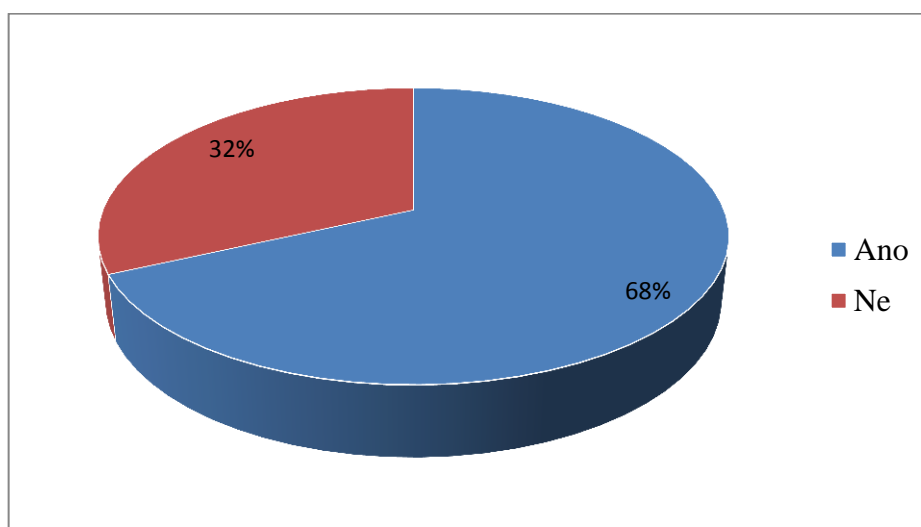
- a) ano
- b) ne

**Tabulka 11** Pocit přitažlivosti po porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	75	68
Ne	35	32
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 11** Pocit přitažlivosti po porodu



Zdroj: Autor, 2018

Celkem 68 % dotazovaných žen se po porodu cítilo přitažlivě, zbylých 32 % žen nikoli.

## 12. Došlo u Vás k porodnímu poranění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

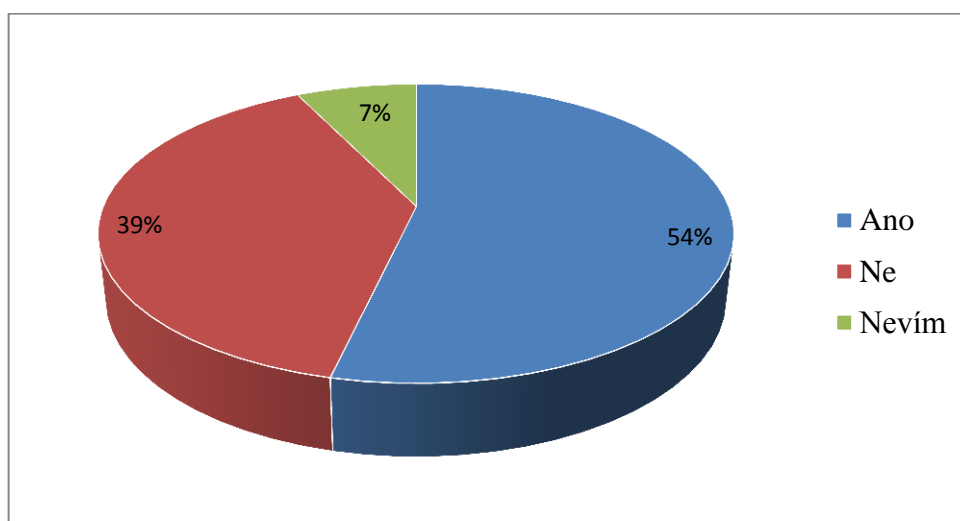
**Tabulka 12** Porodní poranění

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	59	54
Ne	43	39
Nevím	8	7
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018



**Graf 12** Porodní poranění



Zdroj: Autor, 2018

U 54 % dotazových žen došlo při porodu k porodnímu poranění, 39 % žen žádné poranění nemělo a 7 % žen neví, zda k nějakému porodnímu poranění došlo.

**13. Po jak dlouhé době po porodu jste měla první pohlavní styk?**

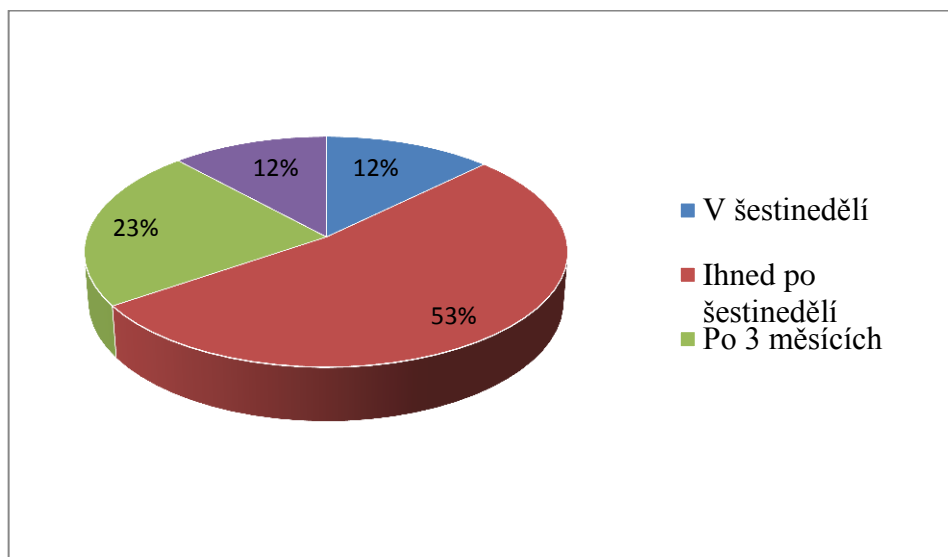
- a) v šestinedělí
- b) ihned po šestinedělí
- c) po 3 měsících
- d) po více jak 6 měsících

**Tabulka 13** První pohlavní styk po porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
V šestinedělí	14	12
Ihned po šestinedělí	58	53
Po 3 měsících	25	23
Po více jak 6 měsících	13	12
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 13** První pohlavní styk po porodu



Zdroj: Autor, 2018

Z grafu je patrné, že více než polovina žen měla první pohlavní styk až po ukončení šesti týdnů po porodu. Tři měsíce po porodu mělo první sexuální styk 23 % žen, v šestinedělí 12 % žen a po více jak 6 měsících od porodu se k pohlavnímu styku vrátilo 12 % dotazovaných žen.

#### 14. Měla jste obavy z prvního pohlavního styku po porodu?

a) ano

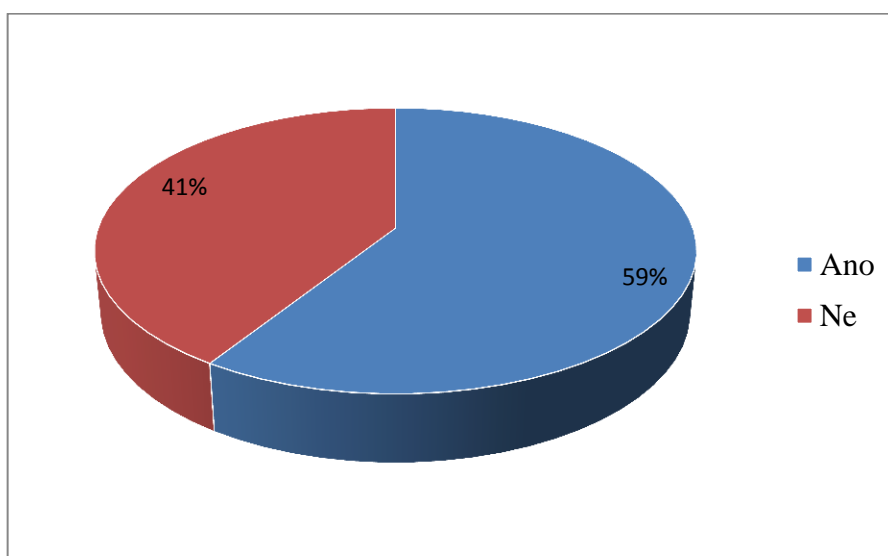
b) ne

**Tabulka 14** Obavy z prvního pohlavního styku po porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	65	59
Ne	45	41
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 14** Obavy z prvního pohlavního styku po porodu



Zdroj: Autor, 2018

Z prvního pohlavního styku po porodu mělo obavy celkem 59 % žen a 41 % dotazovaných žen obavy nemělo.

**15. Jaký byl Váš první pohlavní styk po porodu?**

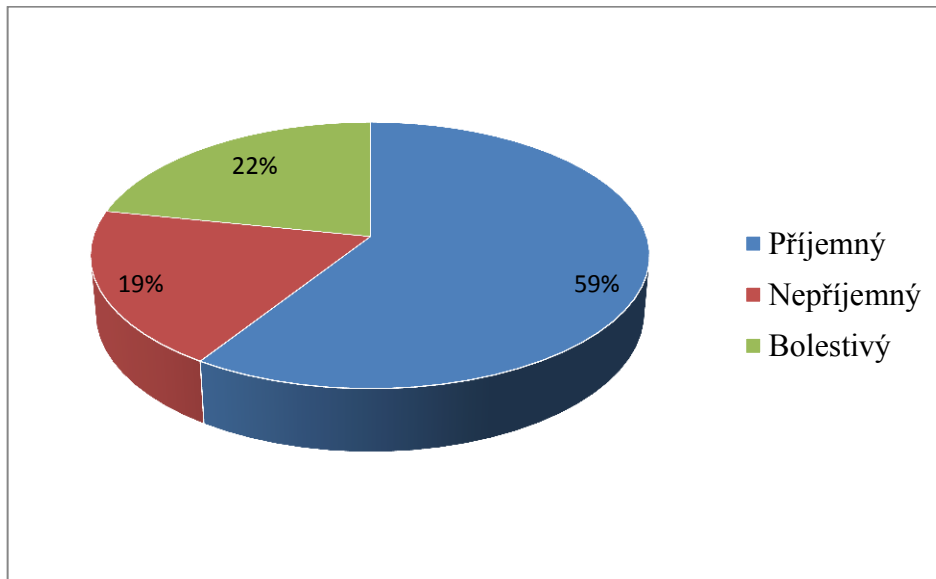
- a) příjemný
- b) nepříjemný
- c) bolestivý

**Tabulka 15** Hodnocení prvního pohlavního styku po porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
Příjemný	65	59
Nepříjemný	21	19
Bolestivý	24	22
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 15** Hodnocení prvního pohlavního styku po porodu



Zdroj: Autor, 2018

Celkem 59 % respondentek uvedlo první pohlavní styk po porodu jako příjemný, 22 % žen jako bolestivý a pro 19 % žen byl první pohlavní styk po porodu nepříjemný.

**16. Došlo u Vás ke změně sexuálního uspokojení v době po porodu?**

a) ano

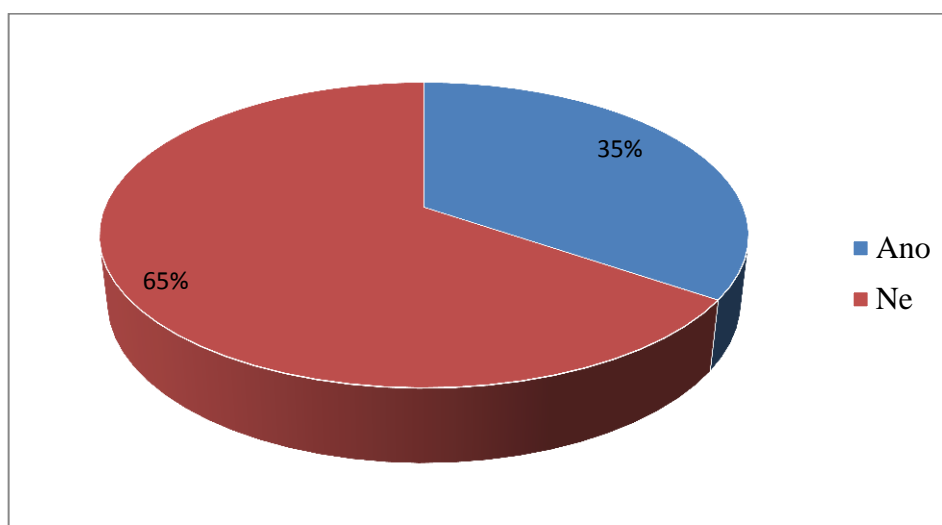
b) ne

**Tabulka 16** Změna sexuálního uspokojení po porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
Ano	38	35
Ne	72	65
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 16** Změna sexuálního uspokojení po porodu



Zdroj: Autor, 2018

U 65 % dotazovaných žen nedošlo ke změně sexuálního uspokojení po porodu a 35 % žen po porodu uvedlo změnu sexuálního uspokojení.

### 17. Jak hodnotíte Váš sexuální život po porodu?

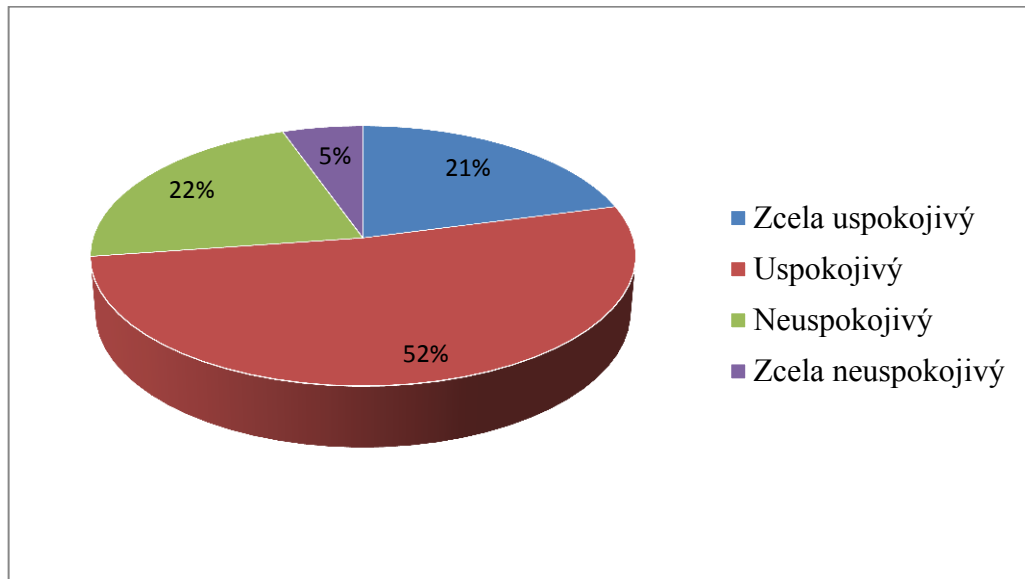
- a) zcela uspokojivý
- b) uspokojivý
- c) neuspokojivý
- d) zcela neuspokojivý

**Tabulka 17** Hodnocení sexuálního života po porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
Zcela uspokojivý	23	21
Uspokojivý	57	52
Neuspokojivý	24	22
Zcela neuspokojivý	6	5
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 17** Hodnocení sexuálního života po porodu



Zdroj: Autor, 2018

Z dotazovaných žen 52 % považuje sexuální život za uspokojivý, 22 % žen za neuspokojivý a za zcela uspokojivý 21 % žen. Pouze 5 % žen hodnotilo sexuální život po porodu jako zcela neuspokojivý.

### 18. Změnila se Vaše potřeba frekvence sexuálního styku po porodu?

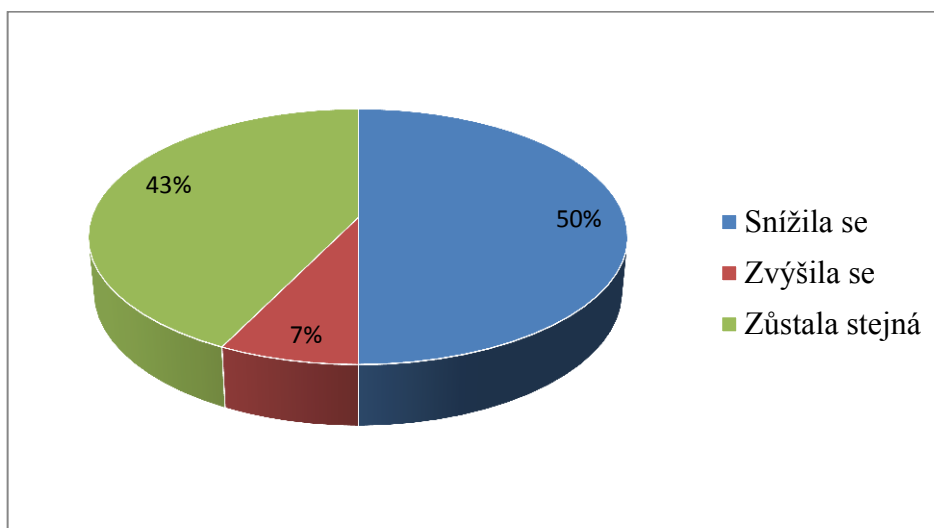
- a) snížila se
- b) zvýšila se
- c) zůstala stejná

**Tabulka 18** Frekvence pohlavního styku po porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Snížila se	55	50
Zvýšila se	8	7
Zůstala stejná	47	43
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 18** Frekvence pohlavního styku po porodu



Zdroj: Autor, 2018

Přesně u 50 % respondentek došlo po porodu ke snížení sexuální frekvence, u 43 % žen nedošlo k žádné změně a u 7 % žen nastalo zvýšení sexuální frekvence pohlavního styku po porodu.

### 19. Změnila se četnost orgasmu při pohlavním styku po porodu?

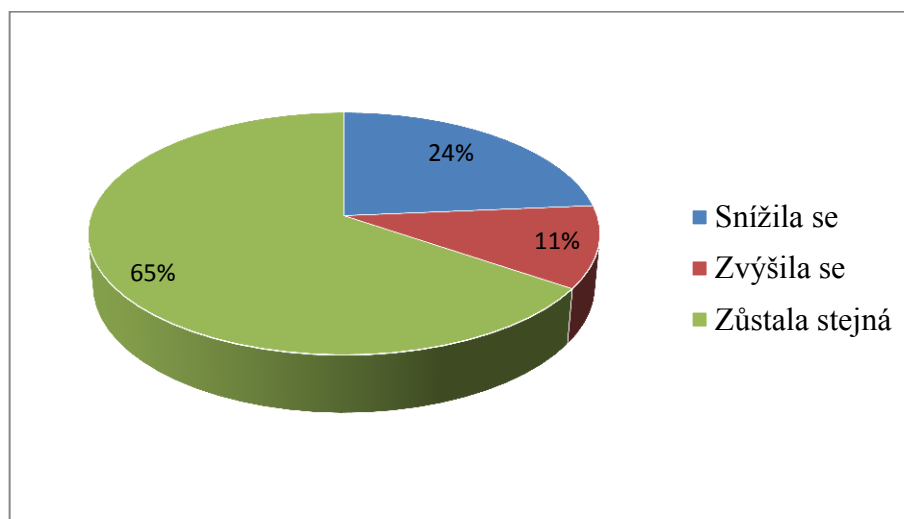
- a) snížila se
- b) zvýšila se
- c) zůstala stejná

**Tabulka 19** Četnost orgasmu po porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
Snížila se	26	24
Zvýšila se	12	11
Zůstala stejná	72	65
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 19** Četnost orgasmu po porodu



Zdroj: Autor, 2018

Četnost orgasmu po porodu zůstala u 65 % žen stejná, u 24 % žen došlo ke snížení a u 11 % žen se frekvence orgasmu po porodu zvýšila.

**20. Preferovala jste některou sexuální polohu při pohlavním styku po porodu? Pokud ano, jakou? A z jakého důvodu?**

Volná odpověď, respondentka mohla napsat odpověď vlastními slovy.

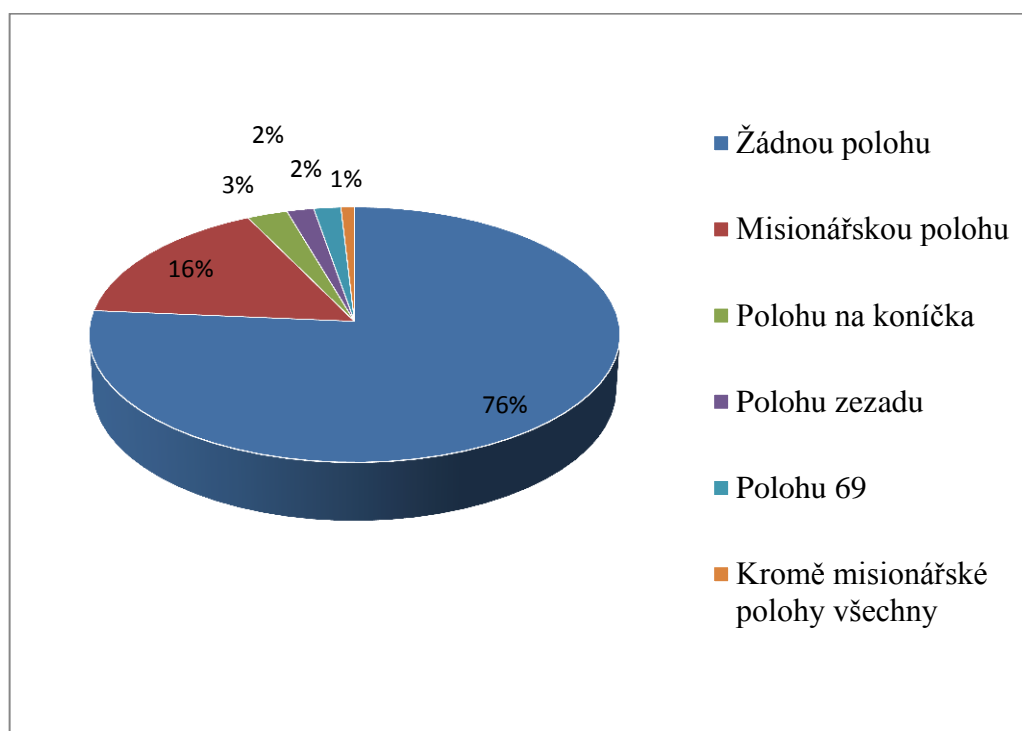
**Tabulka 20** Preferované sexuální polohy při pohlavním styku po porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žádnou polohu	84	76
Misionářskou polohu	18	16
Polohu na koníčka	3	3
Polohu zezadu	2	2
Polohu 69	2	2
Kromě misionářské polohy všechny	1	1
<b>Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2018



**Graf 20** Preferované sexuální polohy při pohlavním styku po porodu



Zdroj: Autor, 2018

Celkem 76 % dotazovaných žen nepreferovalo žádnou sexuální polohu při pohlavním styku po porodu. Misionářskou polohu preferovalo 16 % žen a to z důvodu snadnějšího dosažení orgasmu a lepšího prožitku. Podle dotazovaných žen se jedná o nejpohodlnější a nejoblíbenější polohu. U této polohy ženy nepociťují tak často bolest v podbříšku a také nechtějí, aby partner pozoroval jejich povolené břicho. Polohu na „koníčka“ uvedlo celkem 3 % žen a to z důvodu snadného dosažení orgasmu a možnosti si vše regulovat podle svého. Také tuto polohu ženy preferují z důvodu „hezkého výhledu“ a dosahu partnera. Polohu zezadu zmínilo celkem 2 % respondentek a pro snadnější dosažení orgasmu při pohlavním styku. Pro bolestivost u všech poloh 2 % žen zmínilo, že preferují pouze polohu 69. Jedna respondentka kromě misionářské polohy nemá s žádnou polohou problémy. Misionář ženě nevyhovoval z důvodu tlačení jizvy na konečník a nucení na stolicí. V poslední době tyto obtíže již nepociťuje.

## **21. Jaký vliv má podle Vás mateřství na sexuální život?**

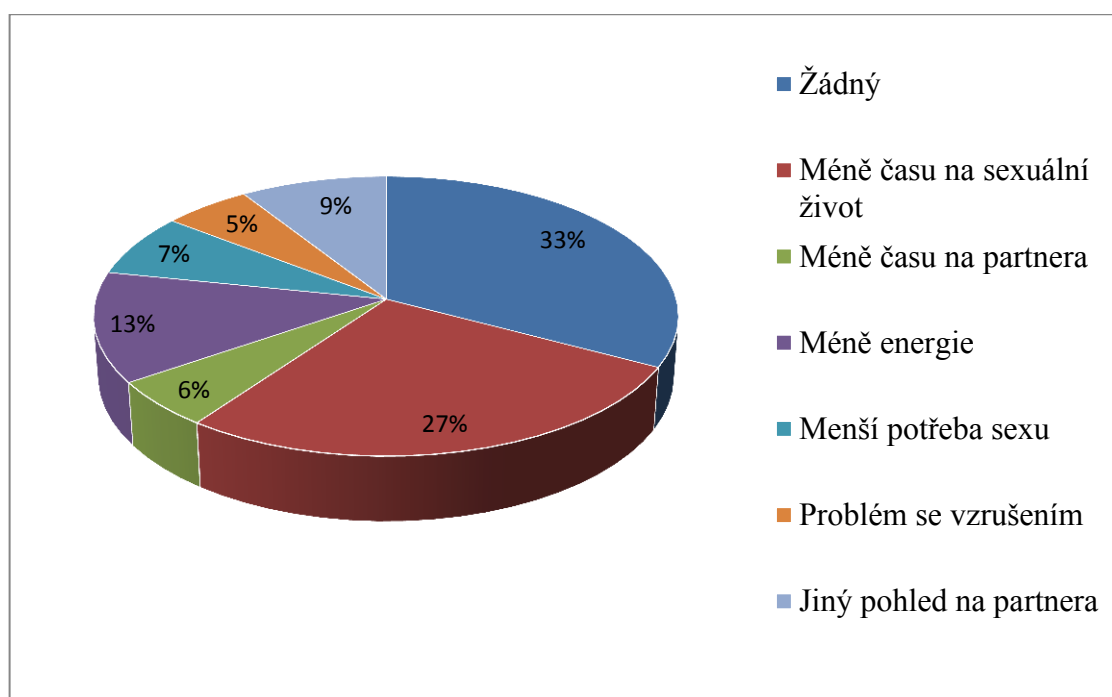
Volná odpověď, respondentka mohla napsat odpověď vlastními slovy.

**Tabulka 21** Vliv mateřství na sexuální život

Odpověď	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
Žádný	36	33
Méně času na sexuální život	30	27
Méně času na partnera	6	6
Méně energie	14	13
Menší potřeba sexu	8	7
Problém se vzrušením	6	5
Jiný pohled na partnera	10	9
<b>Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 21** Vliv mateřství na sexuální život



Zdroj: Autor, 2018

Na otevřenou otázku, jaký vliv má mateřství na sexuální život, odpovědělo 33 % žen, že žádný. Podle 27 % respondentek je díky mateřství méně času na sexuální život, 6 % žen zmiňuje méně času na partnera. Méně energie uvedlo 13 % žen a 7 % žen má menší potřebu sexu. Kvůli neustálému strachu o dítě a obavám z jeho probuzení má 5 %

žen problém se vzrušit při sexuálním styku. U 9 % žen ovlivnilo mateřství pohled na sexuálního partnera.

## 22. Kojila jste?

a) ano

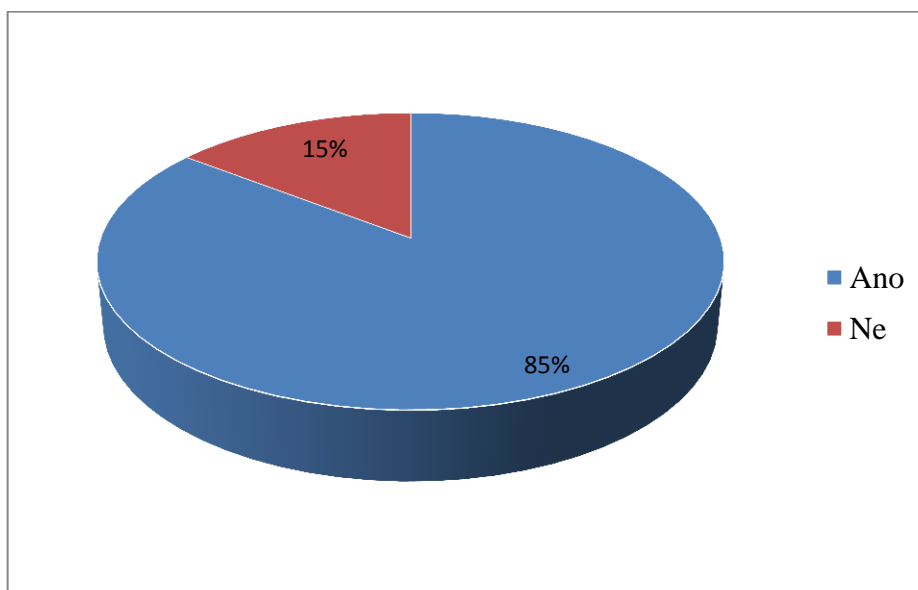
b) ne

**Tabulka 22** Kojení

Odpověď	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
Ano	94	85
Ne	16	15
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 22** Kojení



Zdroj: Autor, 2018

Kojilo 85 % dotazovaných žen a 15 % žen nekojilo.

### 23. Ovlivnilo kojení Váš pohled na pohlavní styk?

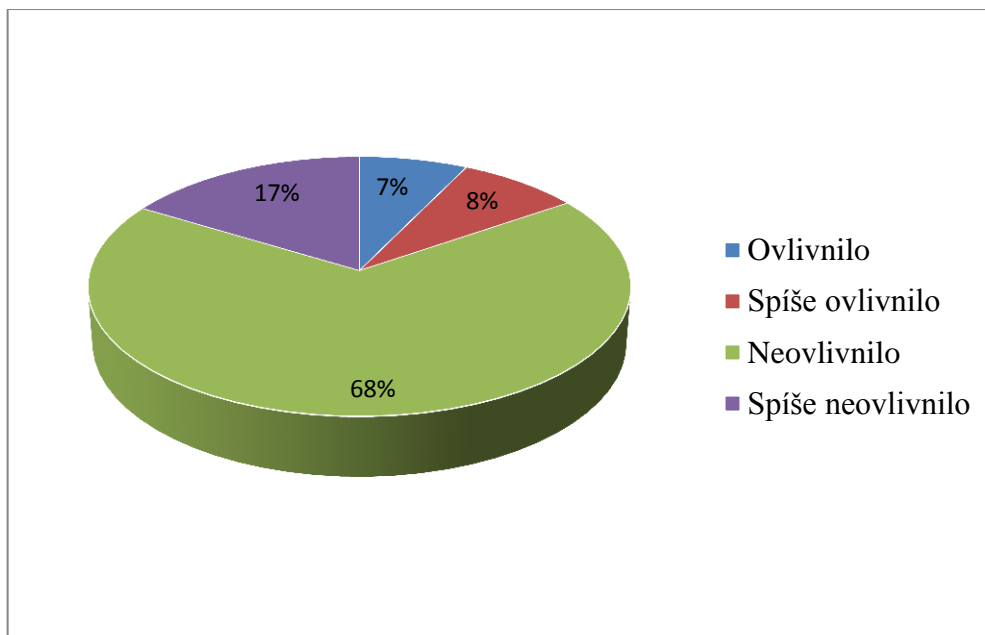
- a) ovlivnilo
- b) spíše ovlivnilo
- c) neovlivnilo
- d) spíše neovlivnilo

**Tabulka 23** Vliv kojení na pohlavní styk

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ovlivnilo	8	7
Spíše ovlivnilo	9	8
Neovlivnilo	75	68
Spíše neovlivnilo	18	17
<b>Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 23** Vliv kojení na pohlavní styk



Zdroj: Autor, 2018

Kojení neovlivnilo pohled ženy na pohlavní styk u 68 % dotazovaných respondentek, spíše neovlivnilo u 17 % žen. Podle 8 % žen spíše ovlivnilo kojení pohled na sexuální styk a u 7 % žen nedošlo k žádnému ovlivnění.

#### 24. Jste momentálně spokojená s Vaším sexuálním životem?

a) ano

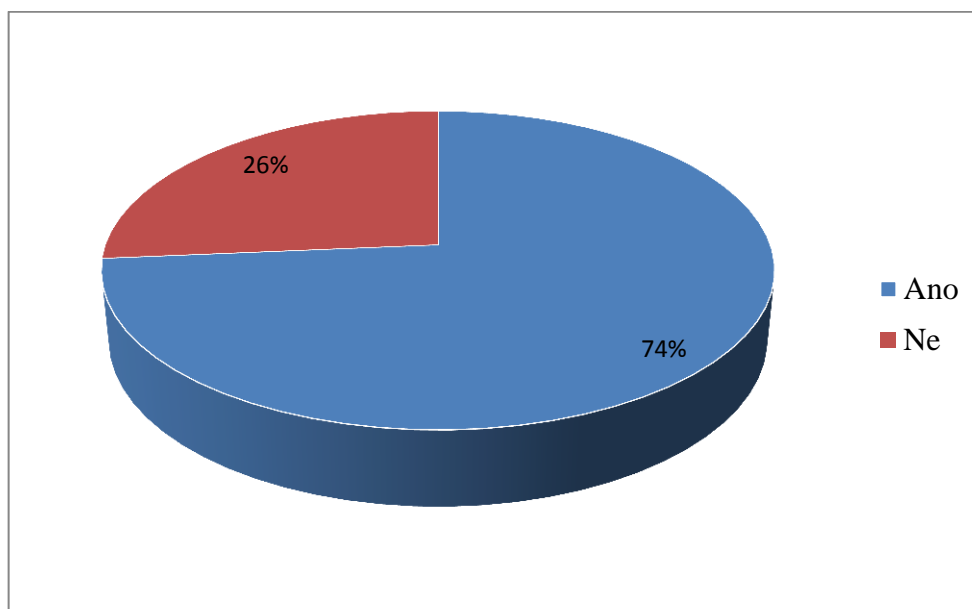
b) ne

**Tabulka 24** Momentální spokojenost se sexuálním životem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	81	74
Ne	29	26
Celkem	110	100

Zdroj: Autor, 2018

**Graf 24** Momentální spokojenost se sexuálním životem



Zdroj: Autor, 2018

Na otázku, zda jsou respondentky momentálně spokojené se svým sexuálním životem, odpovědělo 74 % žen ano a nespokojených bylo 26 % žen.

## 5.6 TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ KVADRÁT

Provedli jsme test nezávislosti chí kvadrát. Podle webové aplikace na <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/> jsme vypočítali očekávané četnosti. Vytvořili jsme kontingenční tabulky, ve kterých jsme uvedli skutečné četnosti, a poté vypočetli očekávané četnosti, za pomoci kterých jsme učinili kontrolu, zda skutečně můžeme použít test nezávislosti. Žádná z hodnot nesmí být menší než jedna a pouze 20 % hodnot smí být menší jak pět. V případě nesplněných podmínek jsme provedli sloučení skupin, pokud sloučení mělo smysl. Vypočtená hodnota testového kritéria byla porovnána s kritickou tabulkovou hodnotou. Pokud vypočtená hodnota testového kritéria je menší než kritická hodnota, jsou sledované znaky nezávislé. Ovšem pokud je vypočtená hodnota testového kritéria větší než kritická hodnota, existuje mezi sledovanými znaky závislost.

Otázka č. 3: Kolikrát jste rodila?

Otázka č. 15: Jaký byl Váš první pohlavní styk po porodu?

Tabulka 25 Skutečné četnosti

	1x	2x	3x	4x a více	Celkem
Příjemný	33	24	3	5	65
Nepříjemný	6	12	3	1	22
Bolestivý	12	9	1	1	23
Celkem	51	45	7	7	110

Zdroj: Autor, 2018

Tabulka 26 Očekávané četnosti

	1x	2x	3x	4x a více	Celkem
Příjemný	30,14	26,59	4,14	4,14	65
Nepříjemný	10,2	9	1,4	1,4	22
Bolestivý	10,66	9,41	1,46	1,46	23
Celkem	51	45	7	7	110

Zdroj: Autor, 2018

Hodnota testového kritéria je 6,165.

Kritická hodnota je 10,645.

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 10 % po kolikáté žena rodila a jak první pohlavní styk po porodu hodnotila, není závislost.

Otázka č. 1: Jaký je Váš věk?

Otázka č. 18: Změnila se Vaše potřeba frekvence pohlavního styku po porodu?

Tabulka 27 Skutečné četnosti

	Méně než 30	Více než 30	Celkem
Snížila se	21	33	54
Zvýšila se	5	4	9
Zůstala stejná	27	20	47
Celkem	53	57	110

Zdroj: Autor, 2018

Tabulka 28 Očekávané četnosti

	Méně než 30	Více než 30	Celkem
Snížila se	26,02	27,98	54
Zvýšila se	4,34	4,66	9
Zůstala stejná	22,65	24,35	47
Celkem	53	57	110

Zdroj: Autor, 2018

Hodnota testového kritéria je 3,676.

Kritická hodnota je 4,605.

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 10 % mezi věkem respondentek a změnou frekvence prvního pohlavního styku, není závislost.

## 1.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Průzkumného šetření se zúčastnilo 110 (100 %) respondentek. Určeny byly 3 cíle, které jsou níže specifikovány a vyhodnoceny.

**Cíl 1:** Zjistit, jaký je postoj a spokojenost žen se sexuální aktivitou po porodu.

Tímto cílem se zabývaly položky 11, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23 a 24.

V položce 11 jsme se respondentek dotazovali, zda se v období po porodu cítily přitažlivě. Celkem 75 (68 %) dotazovaných žen se po porodu cítilo přitažlivě, zbylých 35 (32 %) žen nikoli.

Položka 16 zkoumala, zda u žen došlo ke změně sexuálního uspokojení po porodu. U 72 (65 %) žen nedošlo ke změně sexuálního uspokojení po porodu a 38 (35 %) žen po porodu uvedlo změnu sexuálního uspokojení.

Položka 17 byla zaměřena na hodnocení sexuálního styku u žen po porodu. Z dotazovaných žen 57 (52 %) považuje sexuální život za uspokojivý, 24 (22 %) za neuspokojivý, a za zcela uspokojivý označilo 23 (21 %) žen. Pouze 6 (5 %) žen hodnotilo sexuální život po porodu jako zcela neuspokojivý.

V položce 18 jsme se žen dotazovali, zda u nich po porodu došlo ke změně sexuální frekvence. Přesně u 55 (50 %) respondentek došlo po porodu ke snížení sexuální frekvence, u 47 (43 %) žen nedošlo k žádné změně a u 8 (7 %) žen nastalo zvýšení sexuální frekvence pohlavního styku po porodu.

V otázce 19 jsme zkoumali, zda se u žen změnila četnost orgasmu po porodu. U 72 (65 %) žen zůstala tato četnost stejná, u 26 (24 %) žen došlo ke snížení, a u 12 (11 %) žen se frekvence orgasmu po porodu zvýšila.

Na otázku 20, měly respondentky uvést, zda po porodu preferovaly některou sexuální polohu při pohlavním styku a z jakého důvodu. Celkem 84 (76 %) dotazovaných žen nepreferovalo žádnou sexuální polohu při pohlavním styku po porodu. Misionářskou polohu preferovalo 18 (16 %) žen, a to z důvodu snadnějšího dosažení orgasmu a lepšího sexuálního prožitku. Dle dotazovaných žen se jedná o nejpohodlnější a nejoblíbenější polohu. U této polohy ženy nepocítují tak často bolest v podbřišku a také nechtějí, aby partner pozoroval jejich povolené břicho. Polohu na „koníčka“



vedly celkem 3 (3 %) ženy, a to z důvodu snadného dosažení orgasmu a možnosti si celý akt regulovat podle sebe. Také tuto polohu ženy preferují z důvodu „hezkého výhledu“ a dosahu partnera. Polohu zezadu zmínily celkem 2 (2 %) respondentky, kdy pro ně bylo snadnější dosažení orgasmu při pohlavním styku. Pro bolestivost u všech poloh 2 (2 %) ženy zmínily, že preferují pouze polohu 69. Jedna respondentka uvedla, že kromě misionářské polohy nemá s žádnou polohou problémy. „Misionář“ ženě nevyhovoval z důvodu tlačení jizvy na konečník a nucení na stolicí. V poslední době tyto obtíže ale již nepociťuje.

Položka 21 byla také otázkou otevřenou. Ženy se měly vyjádřit, jaký vliv má podle nich mateřství na sexuální život s partnerem. Celkem 36 (33 %) žen odpovědělo, že žádný. Podle 30 (27 %) respondentek je díky mateřství méně času na sexuální život, 6 (6 %) žen zmiňuje méně času na partnera. Sníženou energii uvedlo 14 (13 %) žen a 8 (7 %) žen má celkově menší potřebu sexu. Může se tak dít kvůli neustálým obavám o dítě, jeho probuzení, jeho pláč, apod. Skupina 6ti (5 %) žen má problém se vzrušit při sexuálním styku. U 10ti (9 %) žen ovlivnilo mateřství pohled na sexuálního partnera.

V otázce 24 jsme se respondentek dotazovali na momentální spokojenost se sexuálním životem po porodu. Přesně 81 (74 %) žen bylo spokojených, nespokojených žen bylo 29 (26 %).

**Cíl 2:** Zjistit, zda vycházel první požadavek k pohlavnímu styku po porodu od partnera respondentky.

K tomuto cíli se vztahovala pouze otázka č. 10. Požadavek prvního pohlavního styku od partnera uvedlo 81 (74 %) žen. U 29ti (26 %) žen první požadavek pohlavního styku od partnera nevycházel.

**Cíl 3:** Zjistit, kdy mají ženy první pohlavní styk po porodu.

Tímto cílem se zabývaly položky 13, 14 a 15.

V položce 13 jsme se respondentek dotazovali, po jak dlouhé době po porodu měly první pohlavní styk. Po ukončení šesti týdnů po porodu mělo 58 (53 %) žen první pohlavní styk. Tři měsíce po porodu mělo první sexuální styk 25 (23 %) žen, v šestinedělí 14 (12 %) žen, a po více jak 6ti měsících od porodu se k pohlavnímu styku vrátilo 13 (12 %) dotazovaných žen.

Položka 14 zkoumala, zda měly ženy obavy z prvního pohlavního styku po porodu. Obavy mělo celkem 65 (59 %) žen a 45 (41 %) z dotazovaných obavy nemělo.

V položce 15 jsme zkoumali, jak respondentky hodnotily první pohlavní styk po porodu. Celkem 65 (59 %) respondentek uvedlo první pohlavní styk po porodu jako příjemný, 24 (22 %) žen jako bolestivý, a pro 21 (19 %) žen byl první pohlavní styk po porodu nepříjemný.

## 6 DISKUZE

V naší bakalářské práci jsme zkoumali téma sexuální život žen po porodu. Stanovili jsme si za cíl zjistit, jaký je postoj a spokojenost žen se sexuální aktivitou po narození potomka, zda vycházel první požadavek k pohlavnímu styku po porodu od partnera respondentky, a v jaké poporodní době začínají ženy pohlavně žít.

Abychom mohli objektivně porovnat výsledky naší studie, snažili jsme se vyhledat jiné kvalifikační práce s podobným obsahem. Nalezli jsme tři bakalářské práce. Práci od autorky Smilkové (2011) na téma: „Sexualita ženy v těhotenství a po porodu“, do níž bylo zapojeno 71 (100 %) respondentek. Ve druhé bakalářské práci, na téma: „Sexualita ženy v těhotenství a šestinedělí“ od autorky Šiškové (2014), bylo do průzkumu zapojeno 70 (100 %) respondentek. Ve třetí bakalářské práci, na téma: „Sexualita žen po porodu“, jejíž autorkou je Langrová (2010), se do studie zapojilo 92 (100 %) respondentek.

Pokud gravidita ženy probíhala fyziologicky a u nastávající maminky se nevyskytovaly rizikové faktory, které by mohly způsobit předčasný porod, není důvod omezovat sexuální aktivitu partnerů v průběhu celého těhotenství. Z našeho průzkumu vyplynulo, že až 62 % respondentek žilo pohlavním životem po celou dobu těhotenství. K podobným výsledkům dospěly také autorky Smilková (2011) a Šišková (2014), které ve svých pracích uvádějí, že polovina oslovených žen měla pohlavní styk v průběhu celé gravidity. Pokud bychom se zaměřili na jednotlivé trimestry, zjistili bychom, že pouze v prvním trimestru těhotenství bylo sexuálně aktivních 11 % žen. Téměř shodný výsledek udává Smilková (2011), která zaznamenala 13 % těhotných respondentek praktikujících pohlavní styk pouze v prvních třech měsících gravidity. Oproti tomu Šišková (2014) v počátečním období gravidity zaznamenala pouze 4 % sexuálně aktivních žen. Se zvyšujícím se stupněm těhotenství jsme vysledovali klesající tendenci v sexualitě těhotných respondentek. Jen ve třetím trimestru bylo sexuálně aktivních 4 % žen. Šišková (2014) uvádí pouze 1 % respondentek praktikujících sexuální styk v posledních třech měsících gravidity. Do skupiny žen, které v průběhu těhotenství neměly pohlavní styk (zdravotní důvody, neochota k sexu) patřilo podle našeho šetření 14 % budoucích matek. Obdobné výsledky uvádí Šišková (2014) u 12 % žen, které neproaktivovaly pohlavní styk v období celé gravidity. Smilková (2011) zmiňuje pouze 8 % asexuálních žen v celém těhotenství.

Zážitek z prvního poporodního intimního styku je záležitost vysoce individuální. V některých případech se ho mnohé ženy mohou snažit oddalovat. Z naší analýzy výsledků můžeme konstatovat, že 59 % žen se obávalo prvního pohlavního styku po porodu. Odborní lékaři doporučují první sexuální aktivity po porodu příliš neuspěchat, zároveň ale dodávají, aby ženy tento akt neoddalovaly příliš dlouho. Může totiž docházet k vytvoření případného psychického bloku. Autorka Smilková (2011) se dotazovala žen na jejich obavy z prvního pohlavního styku po porodu. Zjistila, že 28 % žen mělo mírné obavy a 11 % pocíťovalo obavy větší. Šišková (2014) ve svém průzkumu uvedla, že 51 % žen žádné obavy nemělo. V našem průzkumu byly i respondentky, které se prvního sexuálního zážitku po porodu neobávaly, a to ve 41 %. U autorky Smilkové (2011) je uvedeno 61 % žen a u Šiškové (2014) 51 %. V uvedených procentech dotazované odpověděly, že neměly obavy z prvního sexuálního styku po porodu.

Podle doporučení odborníků, by ženy měly počkat s prvním sexem po porodu až na konci šestinedělí. V této době hrozí především riziko infekce v důsledku hojení ran a čištění dělohy. V bakalářské práci autorky Langrové (2010) je uvedeno, že sexuální život po porodu v šestinedělí zahájilo 28 % žen, mezi 7. – 11. týdnem 40 % žen, a po 11. týdnu 27 % dotazovaných žen. V našem šetření se již v šestinedělí navrátilo k pohlavnímu životu 12 % žen, 53% žen po uplynutí šestinedělí, po třech měsících to bylo 23 % žen, a po více jak půl roce se k sexuálnímu životu vrátilo 12 % dotazovaných žen.

Smilková (2011) uvedla ve své bakalářské práci, že pro 55 % žen byl první pohlavní styk po porodu normální, pro 20 % žen uspokojivý a pro 25 % žen nepříjemný. I v našem průzkumu jsme dospěli k obdobným výsledkům. Z dotazovaných žen 59 % mělo příjemný první pohlavní styk po porodu a 19 % žen se cítilo nepříjemně. V naší studii navíc dokládáme, že 22 % dotazovaných žen cítí při prvním pohlavním styku po porodu bolest.

Z našeho průzkumu vyplývá, že sexuální potřeba po porodu je velmi individuální. U 43 % respondentek zůstala potřeba sexu stejná. V průzkumu bakalářské práce autorky Smilkové (2011) bylo uvedeno, že u 31 % žen zůstala potřeba stejná, a autorka Šišková (2014) uvedla, že u 36 % dotazovaných žen také nedošlo ke změně. Důvodem snížení sexuální potřeby po porodu u ženy může být například poporodní

bolestivost, pocit vyčerpání kvůli nedostatku spánku a náročná péče o dítě. Sníženou potřebu sexu po porodu v našem průzkumu konstatovala polovina dotazovaných žen. Smilková (2011) uvedla spíše sníženou potřebu sexu u 37 % žen a výrazně sníženou u 18 % dotazovaných žen. Šišková (2014) popsala spíše snížený vztah k sexu u 26 % žen a u 18 % žen byla tato potřeba výrazně snížena. V naší studii jsou zastoupeny i ženy, u kterých četnost sexuálních aktivit po porodu navýšila, a to u 7 % respondentek. Smilková (2011) udává lehké zvýšení u 10 % žen a výrazné zvýšení u 4 % žen. Šišková (2014) udává lehké zvýšení u 15 % žen a výrazné zvýšení u 6 % dotazovaných žen po porodu.

## 7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výsledky našeho průzkumu poukazují na fakt, že část žen zahajuje sexuální život již v šestinedělí. Pokud chtějí partneři společně sexuálně žít už v období šestinedělí, neměli by při pohlavním styku opomenout použití kondomu. Ať už jako zábranu před nechtěným dalším otěhotněním, tak i především jako ochranu před infekcí. Polovina dotazovaných žen se k pohlavnímu životu navrátila po šesti týdnech od porodu. To je čas, kdy návrat k sexuálnímu styku doporučují i odborní lékaři. V některých případech první sex po porodu může být doprovázen nepříjemnými pocity někdy až bolestí. U skupiny žen tento pocit odezní po několika týdnech, někdy však až po několika měsících. V případě přetrvávajících bolestí a nepříjemných pocitů je vhodné, aby žena navštívila gynekologa a se svými problémy se světila a požádala o radu. Odborníci doporučují s plnohodnotným sexuálním stykem počkat po prohlídce v šestinedělí. I porodní asistentka by se měla při prohlídce v šestinedělí také zaměřit na sexualitu ženy po porodu - zejména u prvorodiček -, aby ženy již po prvním porodu věděly a byly obeznámeny, jak se nepříjemných pocitů vyvarovat. Pomoci může například použití vhodných lubrikačních gelů, čípků a podobně. Domníváme se, že by se tak mohl snížit počet negativních zkušeností s prvním pohlavním stykem v tomto období.

## ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zaměřili na sexualitu ženy po porodu. V teoretické části jsme se zabývali sexualitou, jejím vývojem, sexuálním cyklem a sexuálními dysfunkcemi u žen. Dále jsme se soustředili na sexualitu v těhotenství a po porodu. Pro studii praktické části jsme využili metodu dotazníků. Dotazník byl anonymní, obsahoval 24 otázek a respondentky ho vyplňovaly prostřednictvím internetu. Ke zpracování bylo použito 110 vhodně vyplněných dotazníků. Výsledky jsme zpracovali do tabulek a grafů. Zjistili jsme, že většina dotazovaných označila svůj sexuální život v průběhu prvního roku po porodu za uspokojivý, i když se frekvence sexuálního styku u poloviny žen snížila. Více jak polovina odpovídajících žen zahájila sexuální život po porodu ihned po šestinedělí a požadavek prvního pohlavního styku po porodu vycházel častěji od partnera respondentky. Převažovaly ženy středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané ve věkovém rozmezí 26 – 35 let. U respondentek v naší studii se četnost orgasmu po porodu nezměnila a respondentky většinou nepreferovaly konkrétní sexuální polohu. Několik z dotázaných uvedlo polohu „misionáře“ za nejméně bolestivou. Z pohledu většiny kojících žen kojení neovlivnilo sexuální život partnerů a současný sexuální život většina respondentek označila za uspokojivý.

Výsledky našeho výzkumného šetření mohou být inspirací pro porodní asistentky, které mají snahu zlepšovat svoji péči o ženu po porodu. Zároveň tato práce může být prospěšná pro páry, které očekávají nový přírůstek do rodiny. Po porodu dochází k velké psychické i fyzické proměně ženy, která nemusí být ze strany partnera správně pochopena. V důsledku tohoto nepochopení může vést až k nepříjemným partnerských neshodám. Stát se rodiči vyžaduje velkou dávku trpělivosti a vzájemného pochopení mezi oběma. Dítě nepotřebuje vnímat lásku jen od rodičů, ale také vzájemnou lásku mezi nimi.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5361-4.
- ČECH, E., Z. HÁJEK, K. MARŠÁL a kol., 2014. *Porodnictví. 3.*, přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- ČEKAL, M. a J. ŠULC, 2010. *Průvodce ženy jiným stavem*. Praha: Československý spisovatel. ISBN 978-80-87391-39-6.
- ČERMÁKOVÁ, B., 2010. *K porodu bez obav. 2.*, aktualiz. vyd. Vážany nad Litavou: Joshu a Creative. ISBN 978-80-904414-3-9.
- DALLAIRE, Y., 2009. *Láska a sexualita v trvalém vztahu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-523-3.
- FEHNIGER, J. E., et. al., Childbirth and Female Sexual Function Later in Life. *Obstetrics & Gynecology* [online]. 2013, **122**(5), 988-997 [cit. 2018-01-29]. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182a7f3fc. ISSN 0029-7844. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006250-201311000-00010>
- GREGORA, M. a M. VELEMÍNSKÝ, 2017. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha. 2.*, aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5579-3.
- HOLLÁ, K., 2015. Sex po porodu. [online]. Cit. [28. 02. 2018]. Dostupné z: <<http://sexualne.cz/sex-po-porodu/html>>.
- KRATOCHVÍL, S., 2008. *Sex: starosti a radosti: sexuální hry pro muže a ženy*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-084-3.
- LANGROVÁ, P., 2010. *Sexualita žen po porodu*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence.
- PAŘÍZEK, A., 2015. *Knih o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-653-3.



PASTOR, Z., 2010. *Tajemství ženské sexuality*. Kralice na Hané: Computer Media. ISBN 978-80-7402-070-4.

RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Area. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROB, L., A. MARTAN, a K. CITTERBART, 2008. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.

SMILKOVÁ, L., 2011. *Sexualita ženy v těhotenství a po porodu*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence.

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

ŠÍŠKOVÁ, O., 2014. *Sexualita ženy v těhotenství a šestinedělí*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

ŠRÁMKOVÁ, T. 2015. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-162-9.

ŠULOVÁ, L., T. FAIT, a P. WEISS, c2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-238-4.

TURČAN, P., P. POKORNÝ, a T. FAIT, c2012. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-291-9.

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

WIDER, J., 2009. *Pozor! Jak se nezbláznit po porodu, aneb, Jak po narození dítěte získat zpět svou postavu, fyzické a duševní zdraví a obnovit sexuální život*. V Praze: Metafora. ISBN 978-80-7359-202-8.

WINSTON, R. a kol., 2008. *Člověk: [obrazová encyklopedie lidstva]*. V Praze: Svojk a Co., s.r.o. ISBN 978-80-242-2204-2.

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

## **PŘÍLOHY**

Příloha 1 .....	II
Příloha 2 .....	VIII
Příloha 3 .....	IX

Příloha 1

**Dotazník na téma: Sexuální život žen po porodu**

Dobrý den,

jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické v Praze, obor porodní asistentka. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění níže uvedeného dotazníku. Výsledky budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce na téma: „Sexuální život žen po porodu“. Dotazník je anonymní. U každé otázky prosím zakroužkujte jednu odpověď. Eventuálně doplňte svou odpověď. Děkuji Vám za čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Nikola Turková

**1. Jaký je Váš věk?**

- a) 18 – 24
- b) 25 – 29
- c) 30 – 34
- d) 35 – 39
- e) 40 a více

**2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

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

**3. Kolikrát jste rodila?**

- a) 1x
- b) 2x
- c) 3x
- d) 4x a vícekrát

**4. Jaká doba uplynula od Vašeho posledního porodu?**

- a) 3 měsíce
- b) 6 měsíců
- c) 1 rok
- d) 2 roky a více

**5. Jak hodnotíte Váš sexuální život před otěhotněním?**

- a) zcela uspokojivý
- b) uspokojivý
- c) neuspokojivý
- d) zcela neuspokojivý

**6. Dosahovala jste orgasmu před porodem?**

- a) ano vždy
- b) jen někdy
- c) nikdy

**7. Byla jste sexuálně aktivní v průběhu těhotenství?**

- a) jen v prvním trimestru

- b) jen ve druhém trimestru
- c) jen ve třetím trimestru
- d) po celou dobu těhotenství
- e) nebyla jsem sexuálně aktivní

**8. Byl Váš partner přítomen u porodu?**

- a) ano
- b) ne

**9. Pokud byl Váš partner přítomen u porodu, myslíte si, že porod ovlivnil jeho pohled na váš společný sexuální život?**

- a) ano
- b) ne

**10. Vycházel požadavek prvního pohlavního styku od Vašeho partnera?**

- a) ano
- b) ne

**11. Cítila jste se v období po porodu přitažlivá?**

- a) ano
- b) ne

**12. Došlo u Vás k porodnímu poranění?**

- a) ano
- b) ne

**13. Po jak dlouhé době po porodu jste měla první pohlavní styk?**

- a) v šestinedělí
- b) ihned po šestinedělí
- c) po 3 měsících
- d) po více jak 6 měsících

**14. Měla jste obavy z prvního pohlavního styku po porodu?**

- a) ano
- b) ne

**15. Jaký byl Váš první pohlavní styk po porodu?**

- a) příjemný
- b) nepříjemný
- c) bolestivý

**16. Došlo u Vás ke změně sexuálního uspokojení v době po porodu?**

- a) ano
- b) ne

**17. Jak hodnotíte Váš sexuální život po porodu?**

- a) zcela uspokojivý
- b) uspokojivý
- c) neuspokojivý
- d) zcela neuspokojivý

**18. Změnila se Vaše potřeba frekvence sexuálního styku po porodu?**

- a) snížila se
- b) zvýšila se
- c) zůstala stejná

**19. Změnila se četnost orgasmu při pohlavním styku po porodu?**

- a) ano, zvýšila se
- b) zůstala stejná
- c) snížila se

**20. Preferovala jste některou sexuální polohu při pohlavním styku po porodu?  
Pokud ano, jakou? A z jakého důvodu?**

.....

**21. Jaký vliv má podle Vás mateřství na sexuální život?**

.....

**22. Kojila jste?**

- a) ano
- b) ne

**23. Ovlivnilo kojení Váš pohled na pohlavní styk?**

- a) ovlivnilo
- b) spíše ovlivnilo
- c) neovlivnilo

d) spíše neovlivnilo

**24. Jste momentálně spokojená s Vaším sexuálním životem?**

a) ano

b) ne



## REŠERŠE

### SEXUÁLNÍ ŽIVOT ŽEN PO PORODU

## PRŮZKUM

Nikola Turková

**Jazykové vymezení:** čeština, angličtina, slovenština

**Klíčová slova:** pohlavní styk – sexual intercourse, porod – childbirth, porodní asistentka – midwife, sexualita – sexuality, šestinedělí – postpartum period, těhotenství – pregnancy

**Časové vymezení:** 2007-2017

**Druhy dokumentů:** knihy, odborné články

**Počet záznamů:** 32

**Použitý citační styl:** Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

**Základní prameny:** katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)), kvalifikační práce (thesis, cuni), databáze MEDLINE (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), volný internet.

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem zpracovala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Sexuální život žen po porodu - průzkum v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 16. 3. 2018

.....

Jméno a příjmení studenta