

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Katka Čtvrtečková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Vliv porodu na sexuální život ženy

Bakalářská práce

2024

Katka Čtvrtečková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Katka Čtvrtečková**
Osobní číslo: **Z21081**
Studijní program: **B0913P360036 Porodní asistence**
Téma práce: **Vliv porodu na sexuální život ženy**
Téma práce anglicky: **The impact of childbirth on women's sexuality**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HÁJEK, Zdeněk; ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel, 2014. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
KOLIBA, Peter; WEISS, Petr; NĚMEC, Martin a DIBONOVÁ, Markéta, 2019. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2039-0.
PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.
ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2015. *Sexuologie pro zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-162-9.
WEISS, Petr, 2010. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Michal Kopecký**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem **Vliv porodu na sexuální život ženy** jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24. 4. 2024

Katka Čtvrtečková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. et Mgr. Michalovi Kopeckému za odborné a trpělivé vedení mé práce a Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za věnovaný čas na konzultace. Také děkuji své rodině a přátelům, kteří byli mou podporou během celého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá tématem vlivu porodu na sexuální život ženy. Práce je složena ze dvou částí. Teoretická část je zaměřena na popsání důležitosti sexuality v životě, ženské sexuality, sexuálního cyklu a sexuálních dysfunkcí žen využitím poznatků ze soudobé dostupné literatury a stručně je i popsán porod, porodní poranění a porodní komplikace. Průzkumná část se zabývá vyhodnocením kvalitativního průzkumu formou rozhovorů s respondentkami ohledně jejich sexuálního života po porodu. Cíli práce jsou zjistit spokojenost žen s jejich sexuálním životem po vaginálním porodu a výskyt sexuálních problémů po vaginálním porodu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Sexualita, sexuologie, sex, sexuální zdraví, sexuální život po porodu

TITLE

The impact of childbirth on women's sexuality

ANNOTATION

This bachelor's thesis deals with the topic of the influence of childbirth on a woman's sexual life. The work consists of two parts. The theoretical part is focused on describing the importance of sexuality in life, female sexuality, the sexual cycle and sexual dysfunctions of women using knowledge from contemporary available literature, and childbirth, childbirth injuries and childbirth complications are also briefly described. The exploratory part deals with the evaluation of a qualitative survey in the form of interviews with respondents regarding their sexual life after childbirth. The objectives of the work are to determine women's satisfaction with their sex life after vaginal birth and the occurrence of sexual problems after vaginal birth.

KEYWORDS

Sexuality, sexology, sex, sexual health, sexual life after childbirth

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle práce	13
1.1 Cíl práce.....	13
Teoretická část	14
2 Sexualita a její důležitost v životě	14
2.1 Sexualita ženy	14
2.1.1 Pubescence a dospělost.....	14
2.1.2 Sexualita v těhotenství a po porodu.....	15
2.2 Sexuální cyklus ženy	16
2.3 Pohlavní styk z biologického hlediska.....	17
2.4 Hormony související se sexuální touhou	18
2.5 Sexuální dysfunkce žen	18
2.5.1 Sexuální dysfunkce nezávisle na těhotenství a porodu.....	19
2.5.2 Faktory ovlivňující sex po porodu	21
2.5.2.1 Vliv porodního poranění.....	21
2.5.2.2 Poporodní psychické změny	22
2.5.2.3 Hormonální změny po porodu	23
2.6 Význam porodní asistentky při řešení sexuálních problémů	24
2.6.1 Přístup porodní asistentky během porodu.....	24
2.6.2 Řešení problému se sexuálním životem.....	25
2.7 Porod	25
2.7.1 Porodní poranění.....	25
2.7.2 Operační porod	27
2.7.3 Komplikace ve III. době porodní	28
Průzkumná část.....	30
3 Metodika průzkumné části.....	30

3.1	Technika sběru dat	30
3.2	Charakteristika respondentek.....	31
3.3	Organizace rozhovorů.....	50
3.4	Popis realizace rozhovorů.....	51
3.5	Zpracování a vyhodnocování získaných dat.....	52
4	Prezentace výsledků průzkumu	53
5	Diskuze	64
5.1	Limity práce.....	66
6	Závěr	67
7	Bibliografie	69

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Základní přehled respondentek.....	50
Tabulka 2 – Přehled odpovědí u skupiny kódů Porodní poranění.....	53
Tabulka 3 – Přehled odpovědí u skupiny kódů Vnímání svého těla v šestinedělí	55
Tabulka 4 – Přehled odpovědí u skupiny kódů Potřeba informovanosti před prvním sexuálním stykem po porodu.....	56
Tabulka 5 – Přehled odpovědí u skupiny kódů Pocit před prvním sexem po porodu	58
Tabulka 6 – Přehled odpovědí skupiny kódů Prožití prvního styku po porodu	60
Tabulka 7 – Přehled odpovědí skupiny kódů Porovnání pohlavního styku před těhotenství a po porodu	62

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

A4	formát papíru 210 x 297 mm
aj.	a jiné
cca	cirka
cm	centimetr
CTG	kardiotokografie
ČR	Česká republika
DM	diabetes mellitus
DP	doba porodní
et al.	a kolektiv autorů
F	forceps/kleště
FSD	female sexual dysfunction
FSH	folikulostimulační hormon
GBS	Streptococcus Agalactiae
IVF	in vitro fertilizace
J	jednotka
JIP	jednotka intenzivní péče
kg	kilogram
LH	luteinizační hormon
min	minuta
ml	mililitr
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
např.	například
PA	porodní asistentka

RCUI	instrumentální revize dutiny děložní
SC	sectio caesara
SMS	short message service
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně
UZ	ultrazvuk
viz	podívejte se
VEX	vakuumextraktor
VVV	vrozené vývojové vady
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Těhotenství intimně ovlivní život ženy a jejího partnera. Ženy cítí potřebu se zdravotníky o sexu mluvit, ale nepřekonají stud s tématem samy začít, a proto by měli iniciativu převzít lékaři či jiný zdravotnický personál a aktivně téma sexuality otevírat. Pokud je téma intimity probíráno, je zásadní si na ženu a jejího partnera vyhradit dostatečný čas a vytvořit bezpečné prostředí (Vrzáčková, 2014).

Hosseini et al. (2012) v *Urology journal* udávají, že sexuálními dysfunkcemi trpí kolem 30 % žen, ačkoliv přesná prevalence není známá. Sexuální dysfunkce mohou ovlivnit fyzické, psychické i sociální aspekty ženy. Ženskou sexuální dysfunkci definují jako nemožnost dosažení uspokojivého orgasmu při pohlavním styku. Sexuálnímu zdraví je více věnována pozornost a některé dostupné studie uvádějí, že způsob porodu má na něj vliv. Vliv vaginálního porodu na sexuální funkce jsou již dlouho známy. Hosseini et al. (2012) popisují možnost narušení funkčnosti nervus pudendus při vaginálním porodu, který inervuje klitoris, vulvu a perineum. Další možností vzniku problému je snížení pevnosti pánevního dna.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu pocitu tabuizace tématu a nedostatku aktuálních, relevantních a odborných zdrojů pro hledání informací, ať už ze stran studentek porodní asistence nebo žen, kterých se dané téma aktuálně dotýká. V dnešní době sociálních sítí je toto téma diskutováno díky porodním asistentkám, které téma veřejně otevírají, a dokonce některé ženy dobrovolně k příspěvkům na sociálních sítích vkládají své osobní zkušenosti.

V průběhu prvních 3 měsíců po porodu opětovně začíná asi 80–93 % žen svůj sexuální život. Během tohoto období mají asi 2/3 žen zkušenost s minimálně jednou sexuální dysfunkcí. Mezi které udávají vaginální suchost, bolest, snížené libido nebo nemožnost dosažení orgasmu. Někteří výzkumníci tvrdí, že tyto problémy mají na svědomí povolené svaly pánevního dna, jizvy po porodním poranění nebo poškození nervu pudendu (Hosseini et al., 2012).

Při psaní teoretické části jsem se snažila vycházet z nejnovější české literatury, případně využít zahraničních zdrojů. Je zde popsána sexualita a sexuální cyklus ženy, pohlavní styk, hormony, sexuální dysfunkce a sexuální problémy po porodu. Součástí teoretické části je i porod, porodní poranění a poporodní komplikace, které úzce souvisí s poporodním obdobím. V průzkumné části je popsán výsledek kvalitativního šetření. Cíli bakalářské práce je popsat spokojenost se sexuálním životem žen po vaginálním porodu a výskyt sexuálních problémů u žen po vaginálním porodu.

1 CÍLE PRÁCE

1.1 Cíl práce

Pro teoretickou část bakalářské práce je cílem popsání přehledu o ženských sexuálních dysfunkcích, které jsou dohledatelné v odborné literatuře, která byla do současné chvíle vydána.

Pro průzkumnou část jsou určeny 2 cíle. Prvním cílem je zjistit, jak jsou ženy spokojeny se sexuálním životem po vaginálním porodu a druhým cílem je zjistit výskyt sexuálních problémů u žen po vaginálním porodu.

TEORETICKÁ ČÁST

2 SEXUALITA A JEJÍ DŮLEŽITOST V ŽIVOTĚ

Světová zdravotnická organizace WHO v roce 2006 interpretovala pojem sexualita jako: „Ústředním aspektem lidského bytí po celý život zahrnuje sex, genderové identity a role, sexuální orientaci, erotiku, potěšení, intimitu a reprodukci. Sexualita je prožívána a vyjádřena v myšlenkách, fantaziích, touhách, přesvědčeních, postojích, hodnotách, chování, praktikách, rolích a vztazích. Zatímco sexualita může zahrnovat všechny tyto dimenze, ne všechny jsou vždy prožívány nebo vyjádřeny. Sexualita je ovlivněna interakcí biologických, psychologických, sociálních, ekonomických, politických, kulturních, právních, historických, náboženských a duchovních faktorů.“

Dle doc. MUDr. Petra Koliby, CSc. v knize *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství* je sexualita popisována jako projev základní lidské přirozenosti patřící mezi základní lidské potřeby a plnící několik funkcí, do nichž spadá nejen reprodukční, ale i komunikační funkce. Sexuální akt je zdrojem spokojenosti, slasti, zábavy, nebo u některých jedinců dokonce zdrojem obživy.

Důležité je zmínit skutečnost a brát na vědomí fakt, že sexualita a sex je pro každého jedince individuální, ať už mluvíme o prožitku a jeho potřebě, tak i forma jejich definice (Geuens et al., 2023, s. 7-13).

2.1 Sexualita ženy

Anatomicky rozdělujeme ženské pohlavní ústrojí na zevní a vnitřní. Jsou spojovány pochvou (vaginou). Mezi zevní orgány, které můžeme nazvat pojmem vulva, patří mons pubis (tzv. Venušin pahorek), velké a malé stydké pysky (labia majora et minora), klitoris, poševní vchod (ostium vaginae), bulbus vestibuli, předsíňové žlázy (glandulae vestibulares majores et minores), hymen a perineum. Vnitřní pohlavními orgány jsou děloha (uterus), vejcovody (tubae uterinae) a vaječníky (ovaria) (Weiss, 2010, s. 57-61; Šrámková, 2015, s. 32-34).

2.1.1 Pubescence a dospělost

Puberta je období v životě ženy, kdy se vyvíjejí sekundární pohlavní znaky a žena dosahuje schopnosti reprodukce. Následek růstu gonád a produkce hormonů má na svědomí sekrece gonadotropinů, LH a FSH. Na pozdější sexuální život má velký vliv vnímání sama sebe a svého těla v tomto velmi citlivém období. Sexuální zralost dívky můžeme určit pomocí

nástupu menarché, růstu prsní žlázy i stupně vývoje pubického ochlupení (Weiss, 2010, s. 94-95).

Aby byl jedinec dostatečně a zdravě připraven na sexuální život měla by od raného dětství probíhat sexuální edukace, která by měla primárně začínat již v rodině. V ČR se sexuální výchova vyučuje v rámci předmětu Výchova ke zdraví, kdy MŠMT určuje pedagogům koncept pojetí sexuální výchovy pomocí ucelené příručky pro celou republiku. Sexuální výchova by měla být přizpůsobená věku a respektovat život mladých lidí. Především jde o informování, posílení chápání svého vlastního těla, sexuality a identity, aby jedinec prožíval zdravé vztahy a byl v duševní i psychické pohodě. Důslednost je kladena na předávání povědomí o sexuálním zdraví a formách antikoncepce, aby bylo předcházeno šíření sexuálně přenosných chorob, nebo neplánovanému rodičovství (Koliba et al., 2019).

Důležitou součástí života je i svobodná volba o založení rodiny, tzv. plánované rodičovství. Dělíme je na pozitivní plánování obsahující kroky vedoucí k početí, nebo negativní plánování zahrnující užívání antikoncepčních metod (Koliba et al., 2019, s. 71).

2.1.2 Sexualita v těhotenství a po porodu

S vývojem lidstva se změnil pohled na sex během těhotenství. V současnosti neexistuje důvod zakazovat styk v graviditě, pokud žena prožívá fyziologické těhotenství. Během gravidity se ženské tělo anatomicky mění. Zvětšuje se děloha, rostou prsy, mírně se zvětšují stydké pysky. Váhový přírůstek je v průměru kolem 12 kg. V důsledku toho může gravidní žena změnu svého vzhledu vnímat negativně a mít pocit, že není atraktivní pro svého partnera. Během těhotenství se ženě nemění pouze tělo, ale i intimní prožitek. Sexuální cyklus oproti netěhotným ženám se odlišuje větším žilním městnáním kvůli zvýšenému prokrvení genitálu. Orgasmus může gravidní žena pociťovat bolestivě, děložní aktivita občas přetrvává až 30 minut po orgasmu (Weiss, 2010, s. 295-297).

Z lékařského pohledu lze praktikovat sexuální styk už po 3 týdnech po porodu, ve chvíli, kdy jsou zahojená porodní poranění i plocha po odloučení placenty v děloze. Ženy, které rodily per sectio caesarea začínají sexuálně žít o něco dříve než ženy, které za sebou mají spontánní vaginální porod. Většina žen sexuální život obnovuje po skončení šestinedělí a první sexuální styky po porodu jsou často problematické a bolestivé. Po porodu jsou sníženy sexuální touha i reaktivita ženy, stejně jako schopnost dosažení orgasmu. Hlavní příčinou jsou hormonální změny v těle a aktivní péče o narozené dítě. Rozdíl hraje i skutečnost, zda žena kojí či ne. Kojící

ženy obnovují sexuální život později, mají menší frekvenci styků a hůře dosahují orgasmu (Weiss, 2010, s. 301-302). Více viz kapitola 2.5.2.

2.2 Sexuální cyklus ženy

U ženského pohlaví najdeme spoustu erotogenních zón. Mezi ně řadíme nejen malé a velké stydké pysky, klitoris, pochvu, bod G a prsy s bradavkami, ale i rty, šíše, ušní lalůčky či břicho. Každá žena je jiná, a proto i každá prožívá sexuální vzrušení individuálně. Základními reakcemi na vzrušení jsou prokrvení rodidel a lubrikace pochvy (Koliba et al., 2019, s. 32-33).

Pro popis sexuálního cyklu existuje model dle Masterse a Johnsonové:

Psychosexuální model sexuálního cyklu ženy

1. První fáze = fáze excitace

Počáteční fáze tvoří nejdélší část z celého sexuálního cyklu. Sexuální vzrušení závisí na dráždicím faktoru, díky kterému reakce na stimulaci buď vstoupá, nebo klesá. Na časovou délku excitační fáze ovlivňuje právě zmíněný dráždicí faktor. Jestliže je ženě způsob dráždění nelibý, sexuální cyklus dále nepokračuje. Naopak pokud reakce na dráždění pozitivně vstoupá dochází k překrvení pohlavních orgánů a vaginální lubrikaci, která u žen obvykle nastává během 10–30 sekund. Následně se horní 2/3 pochvy rozšiřují a zvětšuje se i její délka. Velký podíl na fázi excitace hrají i vizuální, čichové, taktilní, chuťové a psychické podněty (Šrámková, 2015, s. 34-36; Koliba et al., 2019, s. 30-32).

2. Fáze plató

Pokud fáze excitace úspěšně pokračuje, nastává druhá fáze. V zevní třetině pochvy se vytvoří orgastická manžeta vznikající nahromaděním venózní krve. Dále se zduřují labia minora a klitoris. Orgastická manžeta se nadále zužuje v zevní třetině vaginy až do další fáze (Šrámková, 2015, s. 34-36; Koliba et al., 2019, s. 30-32).

3. Fáze orgasmu

Během orgasmu u ženy dochází asi k 5–8 rytmickým kontrakcím v intervalech asi 0,8 sekundy objevující v zevní třetině vaginy, svalech hráze a děložní svalovině. Celá tato fáze trvá několik sekund a doprovází ji další reakce těla např. zduření prsních bradavek, hyperventilace a tachykardie. Vyvolání orgasmu může být vyvoláno nejen drážděním ve vagině, ale i klitorisu, nebo obou míst zároveň. Vyvolání a prožívání orgasmu je u každého jedince odlišné. (Šrámková, 2015, s. 34-36; Koliba et al., 2019, s. 30-32).

4. Fáze uvolnění

Během poslední fáze ustupuje překrvení genitálu a dochází tak k mimovolnému poklesu podráždění. Velký rozdíl mezi pohlavími během fáze uvolnění je ten, že ženy mohou při pokračování stimulace mít v krátkém čase další orgasmy, zatímco muži se nacházejí v refrakterní fázi a dosáhnout dalšího orgasmu je pro ně složitější než pro ženy. U žen ihned po prožití orgasmu zůstává dráždivost na vyšším stupni. Během poslední fáze jedinci pocítují svalové uvolnění, relaxaci a pocit štěstí. (Šrámková, 2015, s. 34-36; Koliba et al., 2019, s. 30-32).

Dalším modelem sexuálních reakcí je:

Psychofyzilogický model čtyř fází sexuálních odpovědí

Tento model je využíván *Americkou psychiatrickou asociací* při diagnostické klasifikaci sexuálních dysfunkcí. Doc. MUDr. Petrem Kolibou, CSc. et al. (2019) je popisován 4 body:

1. Touha
2. Vzrušení
3. Orgasmus
4. Celková spokojenost – uvolnění

2.3 Pohlavní styk z biologického hlediska

Samotnému sexuálnímu aktu předchází předehra, jejíž cílem je vzrušení obou partnerů. U muže by měla vést k dosažení erekce, u ženy k přirozené lubrikaci pochvy, na které se podílejí párové Bartholiniho žlázy umístěné pod poševním vchodem. Často tvrzeným faktem je, že nekoitální intimní techniky mají rády především ženy. Jedná se jak o **penetrační**, tak i **nepenetrační** formy přede hry. Mezi nepenetrační řadíme **líbání** a **hlazení**, které v určitých situacích mohou nahrazovat samotný penetrační koitus. Dalším příkladem je **petting**, jež může být také součástí přede hry. Jedná se o mazlení, hlazení a laskání různých částí partnerova těla. Mezi nekoitální praktiky patří **orální sex**. Jedná se o vzrušující sexuální zážitek, jelikož může partner z blízka vidět a cítit vůni i chuť druhého partnera. Orální stimulace ženy se nazývá **cunnilingus**. Jazyk je pro ženu ideální na dráždění citlivé vulvy, partner může přidat i dráždění genitálu svou rukou. Další možnou nekoitální praktikou je **masturbace**, při které ženy častěji dosahují orgasmu. Pro ozvláštňení mohou partneři masturbovat společně či vzájemně. Poslední a méně častou technikou je **mezistehenní**, jinak též nazýván jako **interkrurální sex**, během kterého nedochází

k penetraci penisu do pochvy, ale muž se penisem tře ženě mezi stehny nebo i na vulvě a klitorisu, a tím může u ženy vyvolat orgasmus (Koliba et al., 2019, s. 40-43).

2.4 Hormony související se sexuální touhou

Začáteční fáze je nazývána jako **sexuální fascinace**, kdy se do těla vyplaví **adrenalin**. Tím nastane stresová odezva – dojde k zčervenání v obličeji, palpitaci, tachypnoei a pocení. S adrenalinem se uvolňuje také **dopamin**, který má za následek intenzivní pocit radosti a působí jako kokain – zvýší energii, sníží potřebu spánku a zlepšuje pozornost. Uvolňuje se i **serotonin**, jež je hlavním hormonem lásky a má na svědomí, že člověk nedokáže myslet na nic jiného než na jedince, po kterém touží. Pokud situace postupuje a dochází ke sblížení aktivuje se limbický systém, začne se vylučovat **fenyletylamin**. Lidově je tento hormon znám jako „*hormon zamilovanosti*“ nebo „*Amorův šíp*“. Následující fází je **fáze akutní zamilovanosti** vyvolávající euforii a silné energetické nabuzení. Zamilovaný jedinec je hyperaktivní, euforický, nepocituje žádnou únavu, okolí přestávají vnímat a zaměřují se pouze na svého milovaného. Téměř po 12 až 20 měsících přestává tělo **fenyletylamin** vylučovat. Nastává **fáze vzniku vztahu**, kde hraje hlavní roli **oxytocin**, který je vylučován během objímání, dotýkání, hlazení a sexuálního styku. Postupem času nahrazuje fenyletylamin. Ten má za následek zamilovanost jedince a citlivější přístup k partnerovi. Dalším hormonem uvolňovaným při sexu je **vazopresin** zodpovídající za stálost vztahu. Poslední fází je **fáze dlouhodobé závislosti**. Zde hrají důležitou roli **endorfiny** neboli „*hormony věrnosti*“, které mají antistresový efekt, vytvářejí pocit bezpečí, jistoty a klidu. Endorfiny jsou návykové a vyplavuje se jich více, čím déle jsou partneři spolu. Hormony zásadně ovlivňují lidské chování a hrají roli v míře vášně a touhy (Koliba et al., 2019, s. 45-46).

2.5 Sexuální dysfunkce žen

Female sexual dysfunction (FSD) v poslední době narůstají, dosahují až 30–50 %. Jeden z možných a pravděpodobných důsledků nárustu výskytu FSD je otevřenost žen k jejich ošetřujícím lékařům a snaha o vyřešení problému zapříčiňující nespokojenost se sexuálním životem. Etiologie FSD může být **organická**, tj. způsobena morfológickou změnou na orgánech či onemocněním jako je např. karcinom, zánět aj., a **psychogenní**, kdy je příčinou onemocnění duševní stav jedince (Šrámková, 2015, s. 75).

Z definice sexuálních dysfunkcí dle WHO vyznívá tvrzení, že se jedná o stavy, kdy se jedinec nepodílí na svém sexuálním životě podle svých představ. Načež *Diagnostický a statický manuál Americké psychiatrické společnosti* doslovně definuje FSD jako „*heterogenní skupinu potíží*“

charakterizovanou porušenou schopností přijímat nebo prožívat sexuální uspokojení“ (Fiala, Zvěřina, 2019, s. 61).

Doc. MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D. (2019) v kapitole *Ženské sexuální dysfunkce* uvádí, že všechny složky sexuální reaktivity, tj. touha, vzrušení, orgasmus a satisfakce, se propojují a vzájemně ovlivňují. Tudíž pokud je vytvořena sexuální dysfunkce, zasahuje do všech komponentů sexuálního chování. Z toho důvodu musí lékař k léčbě sexuální dysfunkce vynaložit komplexní přístup.

Vymezení etiologie ženských sexuálních dysfunkcí je velice obtížné, jelikož často souvisí s psychikou a řadí se tak k psychosomatickým problémům. Individualita lidí, jejich partnerské vztahy, potřeby a sexuální reakce ztěžují určení normálního stavu sexuálního života. Při léčbě sexuálních dysfunkcí nelze jednoznačně a většinou použít farmakoterapii. V určitých případech je možné využít medikamentózní léčbu, někdy je zase efektivnější využít dlouhodobé psychoterapie jedince, či celého páru (Fiala, Zvěřina, 2019, s. 73).

2.5.1 Sexuální dysfunkce nezávisle na těhotenství a porodu

Abychom sexuální problémy mohli nazývat pojmy jako jsou sexuální poruchy nebo sexuální dysfunkce, musí být pro samotnou ženu zdrojem potíží či nespokojenosti (Weiss, 2010, s. 267).

FSD rozdělujeme na **primární**, tj. vyskytuje se u pacientky od začátku jejího sexuálního života, a **sekundární**, které se vyskytly kdykoliv během jejího života. Další dělení je podle vztahu, ve kterém se pacientka nyní při problémech nachází. Pokud hovoříme o **generalizované poruše**, nemá vazbu na aktuální vztah. Naopak **selektivní porucha** je vztahovaná na aktuálního partnera, nebo situaci. Pro etiologii vzniku dysfunkce jsou možné čtyři příčiny. Příčina může být **organická, psychogenní, kombinovaná** či **neznámá**. Posledním rozdělením FSD je, zda se jedná o sexuální dysfunkci **úplnou** nebo **částečnou**. Úplná dysfunkce se vyznačuje úplnou absencí některé sexuální funkce. Částečná dysfunkce se projevuje pouze v mimořádných situacích a za jistých nepříznivých okolností (Koliba et al., 2019, s. 119).

Mezi ženské sexuální dysfunkce jsou řazeny:

Nízká sexuální apetence

Mezi příčiny nízké sexuální touhy mohou být jak biologické faktory, např. somatické nemoci, DM, hyperprolaktinémie, snížená hladina estrogenů, nebo únava a deprese, tak i psychosociální problémy v současném partnerském vztahu jako je např. nevěra. Vliv na sexuální touhu mohou mít i zkušenosti z minulosti ženy, pokud si prožila jakýkoliv typ sexuálního zneužívání,

či znásilnění. Opakem nízké sexuální apetence je hypersexualita, kdy má jedinec vysokou potřebu sexuálního vyžití (Šrámková, 2015, s. 75; Koliba et al., 2019, s. 117; Weiss, 2010, s. 267,341).

Nízká sexuální vzrušivost

Porucha genitálního sexuálního vzrušení je popisována chybějící genitální odpovědí na vzrušení, tj. absence vaginální lubrikace a tumescence pochvy, avšak sama žena sexuální vzrušení subjektivně pociťuje. Pokud se objevuje absence vzrušení s nepřítomností sexuální apetence jedná se o frigiditu. Při poruše subjektivního sexuálního vzrušení je přítomno genitální vzrušení, ale ženě chybí pocity vzrušení a potěšení (Šrámková, 2015, s. 75-76; Koliba et al., 2019, s. 118; Weiss, 2010, s. 267,342).

Poruchy orgasmu

Pro dosažení orgasmu jsou důležité 3 aspekty – psychosexuální vyzrálость ženy, vhodný partner a přiměřená sexuální stimulace. Dosažení orgasmu je velmi individuální, některé ženy jej dosahují stimulací klitorisu, jiné při kombinaci penetrace a dráždění klitorisu, nejméně žen dosahuje orgasmu při hluboké vaginální stimulaci. Dysfunkce orgasmu neboli anorgasmie, je charakterizována jako chybění pocitového vrcholení, které se nedostaví při adekvátní sexuální stimulaci. Anorgasmie dělíme na **neúplné**, tzn. žena dosahuje orgasmu při masturbaci nebo ve snech, a **úplné**, kdy žena nedosáhne orgasmu při žádném typu sexuální stimulace. Při zhoršené kvalitě orgasmu po porodu je vhodné cvičit Kegelovy cviky, které napomáhají k posílení pánevních svalů (Šrámková, 2015, s. 76; Koliba et al., 2019, s. 118; Weiss, 2010, s. 267,343-345).

Dyspareunie a algopareunie

Nepříjemné pocity ve vagíně nebo bolest při styku mohou mít na svědomí onemocnění gynekologického rázu jako jsou endometrióza, zánět, infekce, nádor, trauma, vrozená vývojová vada, nebo i onkologická léčba. Může jít ale i o hormonální insuficienci, urologické onemocnění, nebo problémy se svaly pochvy či pánevního dna. Během léčby dyspareunie je důležité zjištění tělesné příčiny, jelikož někdy může být příčinou i nesprávný výběr partnera (Šrámková, 2015, s. 77-78; Koliba et al., 2019, s. 119; Weiss, 2010, s. 267,345).

Vaginismus

Vaginismus je popisován jako mimovolní spasmus vaginálního svalstva poševního vchodu, který neumožňuje penetraci penisu. Etiologie vaginismu je převážně psychogenní, tzn. strach

ze soulože, nebo sexuální trauma. Léčba zahrnuje sexoterapeutický nácvik uvolňování vaginálních stahů (Šrámková, 2015, s. 77-78; Koliba et al., 2019, s. 118; Weiss, 2010, s. 267,345).

Poruchy sexuální satisfakce

Absence uspokojení po sexuálním styku, ačkoliv samotný styk probíhal uspokojivě, může narušovat tělesný dyskomfort ženy po pohlavním styku, např. u ženy s inkontinencí, kterou ruší následný únik moči, nebo jiná chronická bolest. Orgasmus dokonce může v ženě vyvolat nepříjemné negativní emoce. Dalším možným důvodem může být i výběr nevhodného partnera, krize ve vztahu, či nevhodné načasování a místo pohlavního styku (Šrámková, 2015, s. 77; Weiss, 2010, s. 345).

2.5.2 Faktory ovlivňující sex po porodu

Prožití porodu a nová životní role páru jako rodičů ovlivňuje jejich život. Přináší jim nejen fyzické a emocionální výzvy, ale i sociální. Z tohoto důvodu může být ovlivněna i intimita a sexualita mezi ženou a jejím partnerem. Zejména první porod je pro pár významnou životní událostí, která může vlivem různých faktorů ovlivnit jejich budoucí partnerský vztah. Během dalších měsíců po porodu může být sexuální život páru ovlivněn nejen novými sociálními rolemi, ale i fyzickými, hormonálními či emocionálními změnami (Geuens et al., 2023).

2.5.2.1 Vliv porodního poranění

Fyziologický spontánní porod se také pojí s možností pohmoždění nebo poranění porodních cest. K pochopení této skutečnosti nám může napomocť představa, že ženskými rodidly je porozen plod, jehož hlavička má průměr cca 10 cm. Má tak vliv na veškeré struktury, kterými a kolem kterých prochází, tj. svaly pánevního dna, vazy a nervová vlákna (Weiss, 2010, s. 299). O porodních poraněních je podrobněji zmíněno v kapitole 2.7.1.

Velká část poranění nemusí být viditelná, jelikož je krytá neporušenou sliznicí a kůží. Mohou vzniknout poranění vazivového obalu pubocervikálních svalů, ztrátě nervového zásobení perinea, nebo trhliny svalových vláken. Mezi pravděpodobné důsledky porodního poranění řadíme inkontinenci moči, plynů nebo stolice, poruchy citlivosti zevního genitálu, sestup pánevních orgánů a sexuální dysfunkce. Vyšší výskyt dyspareunie je zaznamenán po mediolaterální epiziotomii než po porodu bez provedené epiziotomie, či porodu s mediální epiziotomií. U ruptury 2. stupně je dyspareunie 3x častější a u ruptury 3. stupně až 8x častější než po porodu bez porodního poranění či po ruptuře 1. stupně. Některé případy zmiňují velký

dopad na sexuální život ženy, pokud se porodní poranění hojilo per sekundam, avšak ne kvůli bolestivému styku, ale kvůli vzhledu genitálu (Weiss, 2010, s. 299-300).

2.5.2.2 Poporodní psychické změny

Deprese je typickou emocí, která se v poporodním období vyskytne u většiny žen. Jedná se o velmi krátký pokles nálady, který nemá ve výsledku vliv na sexuální život (Weiss, 2010, s. 300).

Poporodní blues

Jedná se o častý stav, který prožívá až 80 % žen v šestinedělí. Vrchol poporodního blues je 3.–6. den po porodu a většinou odeznívá do 10. dne. Příznaky jsou plačtivost, výkyvy nálady, smutek, úzkost, zmatenost, pocit nejistoty a osamělosti, snížená sebeúcta. Charakteristické jsou krátké časové úseky pláče kvůli drobnostem. Spouštěcími faktory mohou být problémy s kojením, nebo obavy o novorozence. Nepřehlédnutelný význam může mít i nedostatek kvalitního spánku zapříčiněný péčí o novorozence. Poporodní blues nemá na budoucí návrat k sexuálnímu životu vliv, jelikož se jedná o přechodný stav. Ženy by však měly být edukovány, že pokud tyto potíže nezmizí do 14 dnů po porodu, měly by následně vyhledat odborníka kvůli posouzení závažnosti situace. Na psychiku může mít vliv porod, který byl akutně ukončen císařským řezem. Dokonce může být spouštěčem pro vznik posttraumatické stresové poruchy. Ženy po císařském řezu uvádějí menší spokojenost se sexem, je i dokázáno, že tyto ženy méně často opětovně vědomě otěhotní (Weiss, 2010, s. 300; Ratislavová, 2008, s. 82).

Poporodní deprese

Stavy, jež se vyskytnou během 6 měsíců po porodu a jsou svou mírou závažnosti mezi poporodním blues a poporodní psychózou nazýváme poporodní deprese. Nejedná se o nijak výjimečný stav, nejčastěji začíná po příchodu domů z porodnice, nebo cca po 3 týdnech. Hlavními spouštěči je přehlacení šestinedělky povinnostmi v domácnosti a péčí o její narozené dítě. Příznaky obvykle mizí po 3–14 měsících. Poporodní deprese mohou mít vliv na zájem o pohlavní styk jako deprese jiného původu (Weiss, 2010, s. 300).

Nepřehlédnutelnými příznaky poporodní deprese je pocit neschopnosti milovat své dítě, problém se o něj starat a dotýkat se ho, protichůdné pocity až pocit nepřátelství vůči němu. Rizikovými faktory pro vznik poporodní deprese jsou předchozí deprese, psychologická nepřipravenost na roli matky, nechtěné těhotenství, vztahové problémy, poporodní

hypotyreóza, nebo nedostatečná podpora rodiny a partnera. K diagnostice poporodní deprese se využívá **Edinburghská škála postnatální deprese**. Léčba probíhá se pomocí terapie, mírně až středně těžké formy poporodní deprese psychoterapeuticky. U závažných stavů je potřeba zastavení laktace a zahájit léčbu antidepresivy s intenzivní psychoterapií. Zahraniční psychologové uvádějí, že matčiny deprese mohou mít negativní vliv na vztah k dítěti, a tím narušit jeho emoční a kognitivní vývoj (Ratislavová, 2008, s. 91).

Poporodní psychóza

Depresivní obraz je nejčastější formou poporodní psychózy. Někdy je chybně nazývána jako „*laktační psychóza*“, ačkoliv s kojením nemá nic společného (Weiss, 2010, s. 300).

Psychózy začínají v prvním týdnu po porodu a můžeme je rozdělit na **amentní**, ty mají náhlý začátek s bouřlivým průběhem, jsou doprovázeny halucinacemi a bludy spojenými k mateřství, porodu, dítěti a smrti. Ženy jsou ohroženy sebepoškozením, následně mají amnézii. Druhou formou jsou psychózy **manické**, během kterých pociťuje žena euforickou náladu, štěstí a megalomanií. Je pravděpodobný přechod v amentní formu. Při dlouhodobé léčbě mají obě formy dobré prognózy. Postihují hlavně prvorodičky, zmizí náhle a neopakují se v dalším těhotenství (Ratislavová, 2008, s. 92).

2.5.2.3 Hormonální změny po porodu

Během poporodního období se u žen vyskytuje **hyperprolaktinemický** a **hypoestrinní** hormonální stav, který zapříčiňuje laktační amenoreu, tzn. žena nemenstruuje, a negativní vliv na sexualitu. S poklesem ovariálních funkcí klesá i produkce hladin testosteronu. Pokud ženy nekojí, k obnově menstruačního cyklu a funkce hypotalamo–hypofýzo–ovariálního systému dochází přibližně po konci šestinedělí. U kojících žen může laktační amenorea přetrvávat až 4 roky. **Estrogeny** mají pozitivní vliv na emoce, sexuální apetenci i antidepresivní účinek. Kvůli nízké hladině estrogenů dochází skoro u poloviny žen k urogenitální atrofii, kdy dojde ke ztenčení epitelu, snížení elasticity a k omezení prokrvenosti arteriovenózními cévními plexy. **Testosteron** zvyšuje libido a možnost dosažení orgasmu, avšak po porodu vlivem snížení ovariální funkce dochází i k jeho poklesu. **Prolaktin**, jehož je v těle během doby kojení zvýšená hladina, zesiluje změny centrální nervové soustavy vzniklé nedostatkem estrogenů (Weiss, 2010, s. 301).

Atrofická vulvovaginitida

Důsledkem hypoestrismu je na vulvě ztenčená kůže se sníženým obsahem podkožního tuku a zející poševní vchod s erytematózní atrofickou sliznicí. Kůže i sliznice jsou proto náchylnější k poranění, dokonce mají i zhoršenou schopnost regenerace. Nastává také změna v obsahu bakterií v poševním sekretu, kdy může být žena náchylnější k zánětlivým procesům. Nejčastějšími subjektivními problémy žen jsou vaginální dyskomfort, vaginální suchost, dyspareunie a porucha lubrikace. U kojících žen s amenoreou je 2x–4x vyšší výskyt poporodní dyspareunie než u již menstrujících kojících žen. Potíže s dyspareunií vymizí během 2–6 týdnů po první menstruaci. U kojících žen může problém trvat déle (Weiss, 2010, s. 301-302).

Poporodní dyspareunie

Mezi léčbu poporodní dyspareunie patří kontrola porodních poranění, zda byla řádně ošetřena a také správně zahojena. Dalším krokem je léčba atrofické hypoestrinní vaginitidy, která spočívá ve vaginální estrogenní terapii. Možnost léčby je i u kojících žen, jelikož nemá vliv na produkci mléka. Následující příčinou bolestivosti při sexu může být problém s pánevním dnem, kdy je ženě doporučena rehabilitace a Kegelovy cviky. Pokud má lékař pocit, že problém vychází z problémů v partnerském vztahu, může být ženě nabídnuta možnost párové psychoterapie (Weiss, 2010, s. 303-304).

2.6 Význam porodní asistentky při řešení sexuálních problémů

Nezanedbatelným úkolem porodní asistentky je komunikace a edukace ženy během těhotenství, porodu, ale i po porodu. Dbáme na uspokojení potřeb ženy, mezi které patří i sexuální potřeba. Pohlavní život je doporučováno obnovit po absolvování prohlídky po šestinedělí u gynekologa, který zkontroluje, že jsou zahojena porodní poranění (Dušová et al., 2019, s. 121-122).

Pokud žena je se svým obnoveným sexuálním životem spokojená a nevyskytují se žádné problémy, je vhodné prodiskutování možnosti antikoncepce. Kojící ženy edukujeme o gestagenní antikoncepci, nehormonálním tělísku z mědi nebo o bariérové antikoncepci (Dušová et al., 2019, s. 122).

2.6.1 Přístup porodní asistentky během porodu

Nejdůležitějším faktorem pro spolupráci, dobrý pocit z porodu a pozitivní emoce ženy je správná a vhodně volená komunikace. Žena během porodu je velmi zranitelná, jelikož

prožívá procesy, při nichž pociťuje bolesti, je zasahováno do jejího intimního prostoru a očekává podporu ve zdravotnickém zařízení (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 17-18).

Během porodních dob je primárním úkolem podporovat ženu a případně pomoci prožívanou bolest tišit. Rodící žena potřebuje cítit pocit bezpečí a nabýt důvěru sama v sebe, že bolest i porod zvládne. Každý jedinec na bolest reaguje jinak emočně i svým chováním (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 37-39).

Pokud je během porodu indikována rodičce jakákoliv z porodnických operací (viz 2.7.2) je opět důležitá edukace rodičky i partnera přítomnými zdravotníky. V případě, že není ženě poskytnuto dostatek informací může se u ní rozvinout posttraumatická stresová porucha, strach z dalšího porodu či poporodní deprese (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 59-62).

Faktory ovlivňující spokojenost žen s porodem patří průběh porodu, způsob porodu, kvalita péče během porodu, prostředí, podpora partnera, ale i povaha rodící ženy, věk, parita a její vnímání sama sebe. Subjektivní vnímání prožití porodu má na ženino zdraví a pohodu dlouhodobý vliv (Lochmannová et al., 2024, s. 177-202).

2.6.2 Řešení problému se sexuálním životem

Každá porodní asistentka by měla být schopna vytvořit ženě či případně celému páru bezpečné intimní prostředí, ve kterém otevírá téma o sexualitě. Po narození dítěte se oba rodiče adaptují na svou novou roli, a to je může vyčerpávat. Neuspokojení potřeb jednoho z nich může do vztahu vnést nepohodu a konflikty (Geuens et al., 2023).

Porodní asistentka by se měla aktivně tázat a zajímat o sexuální spokojenost ženy, v případě problémů ženu vyslechnout, podpořit a případně doporučit, aby vyhledala odbornou pomoc. PA může být i tím, kdo páru poskytne více informací, či je navede, kde informace vyhledat, nebo doporučí jiné techniky než pouze koitální (Dušová et al., 2019, s. 121-122; Geuens et al., 2023).

2.7 Porod

Porod neboli partus je definován jako fyziologický proces ukončení těhotenství začínající pravidelnými kontrakcemi mající prokazatelný vliv na otevírání děložního hrdla a ukončený narozením živého nebo mrtvého plodu (Hájek et al., 2014, s. 175; Procházka, 2020, s. 393).

2.7.1 Porodní poranění

Během porodního děje je potřeba mít na vědomí riziko poranění měkkých tkání na vnitřních i zevních rodidlech ženy, ale i na okolních strukturách, tj. močová trubice, močový měchýř

a konečník. Zásadním úkolem porodníka je pečlivě vše zkontrolovat a případná poranění ošetřit. Vliv na porodní poranění má spousta neovlivnitelných faktorů, hlavními riziky jsou vyšší věk rodičky, vysoké perineum, jizva, nebo probíhající zánětlivý proces v oblasti porodních cest, který má vliv na elasticnost tkání. Je možnost snížit riziko poranění pomocí masáže hráze a Aniballu na konci těhotenství, v průběhu porodu může ošetřující personál ženy aplikovat na hráz teplé obklady a během vypuzující fáze porodu chránit hráz (Procházka, 2020, s. 439, 442-444).

Mezi poranění měkkých porodních cest patří:

Uzurace

Vznikají z nekrózy tkáně, tj. ve chvíli, kdy po delší dobu do tkáně neprostupuje krev. Stává se tak ve chvíli, kdy je tkáň vystavena déle trvajícím tlaku, např. při prostupování hlavičky plodu. V dnešní době se uzurace nevyskytují často (Hájek et al., 2014, s. 439-440; Procházka, 2020, s. 439).

Trhliny děložního hrdla

K trhlíně děložního čípku většinou dochází, pokud měla rodička jizevnaté hrdlo po předešlých operacích, např. po konizaci, nebo cerkláži. Další příčinou poranění mohou být i nadměrně silné kontrakce, nebo předčasné tlačení při nezašlé děložní brance (Hájek et al., 2014, s. 440; Procházka, 2020, s. 440).

Trhliny pochvy

Ruptury pochvy většinou vznikají spolu s rupturami hráze. Je zde možnost vzniku hematomu, který oproti trhlíně nekrvácí – rodička subjektivně ošetřující personál informuje o bolestivém tlaku na konečník, projeví se hypotenzí, anémií a může se rozvinout hemoragický šok. Vytvořený hematoma je potřeba řešit operativně (Hájek et al., 2014, s. 440; Procházka, 2020, s. 440).

Trhliny vulvy

Na vulvě vznikají většinou malé trhlínky na labia minora, které pokud nekrvácí není třeba nijak ošetřovat (Hájek et al., 2014, s. 440).

Trhliny perinea

Ruptury hráze patří mezi nejčastější porodní poranění. Postihují pochvu a zároveň vrstvy perinea: kůže, podkoží, svalstvo tvořící perineální membránu, musculus levator ani a musculus pubococcygeus.

Podle postižených vrstev ruptury, dělíme poranění do 4 stupňů:

1. **Stupeň** – poranění vaginální sliznice a kůže hráze
2. **Stupeň** – poranění svalů hráze, bez poranění svěrače
3. **Stupeň** – poranění postihující anální svěrač, dělíme jej na další stupně:
 - 3a. poranění postihující méně než 50 % tloušťky análního svěrače
 - 3b. poranění postihující více než 50 % tloušťky análního svěrače
 - 3c. poranění zevního a vnitřního svěrače, anální sliznice je neporušena
4. **Stupeň** – poranění zevního a vnitřního análního svěrače, dokonce i poranění anální sliznice

Mezi porodnické přípravné operace se řadí tzv. epiziotomie. Jedná se o nástřih hráze pomocí rovných nůžek. Výkon se provádí jedním stříhem na vrcholu kontrakce při rozvinutém perineu. Samotnou epiziotomií se způsobí ruptura perinea 2. stupně, kterou je nutné po II. DP ošetřit (Procházka, 2020, s. 441-442).

Ruptura dělohy

Jedním z jasných příznaků ruptury dělohy je tzv. **Bandlova rýha**, mezi další se řadí prudká bolest a vymizení kontrakcí. Rizikovými faktory vzniku ruptury jsou trauma nárazem či prudký pohyb těhotné (např. při autonehodě), dále stav po SC, operace na děloze v minulosti, zánětlivé procesy, svalová nedostatečnost na děloze při VVV. V průběhu porodu mohou mít za následek rupturu např. kefalopelvický nepoměr, Kristellerova exprese, vnitřní obrat plodu nebo jeho makrosomie. Řešení ruptury je okamžité přerušování používání tokolytik na podporu kontrakcí a indikace akutního SC (Hájek et al., 2014, s. 443-445; Procházka, 2020, s. 440-441).

2.7.2 Operační porod

Pokud porodní děj ve II. DP neprobíhá fyziologicky je potřeba včas zahájit kroky, které směřují k operačnímu vaginálnímu porodu. V ČR se v indikovaných případech přechází k využití kleští, nebo VEX. Oba tyto přístroje pomáhají urychlit vybavení hlavičky plodu, díky tomu je předcházeno morbiditě a mortalitě novorozenců i rodiček (Procházka, 2020, s. 517).

Vakuumextrakce (VEX)

Použití vakuumextraktoru je využíváno pro usnadnění porodu hlavičky plodu. Využívá se v případech jako je např. prodloužená II. DP, nedostatečná sekundární děložní činnost neměnná při podání oxytocinu. Vakuumextraktor je nástroj složený z peloty kruhového tvaru, systému trakčních hadic a ruční vakuové pumpy. Tento přístroj umožňuje pouze trakci hlavičky, tzn. povytáhnutí, nikoliv pomoc k její rotaci (Procházka, Pilka, 2018, s. 208-210).

Kleště (forceps)

K porodu forceps (F) se přistupuje v případě, že potřebujeme vybavit hlavičku plodu, která je vstoupá a fixovaná do malé pánve, tzv. hluboký příčný stav. Pomocí kleští je možnost udělat trakci i rotaci hlavičky. Lze je využít i u porodu konce pánevního, tím se liší od VEX. Pokud se kleště využívají během porodu, každá ze dvou kleštin se do pochvy vkládá jednotlivě, a poté se spojí v zámku. Každá kleštěna se skládá z: lopaty, krčku, zámku a rukojeti. Obě kleštěny dohromady tvoří kleště. V českém porodnictví se využívají Simpsonovy (východové), Kjellandovy, Breusovy a Schuteho kleště (Procházka, 2020, s. 519-520).

Císařský řez (sectio caesarea)

Císařský řez je řazen mezi operativní porod, který je prováděn pouze kvůli indikaci určené lékařem. Jedná se o porodnickou operaci, při které se řezem skrz břišní stěnu vyjme plod a placenta z těla rodičky. Během císařského řezu se postupuje pomocí Pfannenstielovy incize skrz kůži, přes podkoží, fascii musculus rectus abdominis, peritoneum až k děloze. Po řezu na děloze je potřeba porušit i plodové obaly (chorion a amnion). Po manuálním vybavení placenty je aplikováno 5–10 J oxytocinu. Podle indikací SC dělíme na **akutní**, tzn. rychlé řešení situace za probíhajícího porodu, kdy hrozí ohrožení plodu nebo rodící ženy, a **plánované**, jenž mají diagnostikované indikace k ukončení per SC již před začátkem porodu (Procházka, 2020, s. 511, 513-514).

2.7.3 Komplikace ve III. době porodní

Třetí doba porodní je charakterizovaná odloučením placenty od myometria a jejím vypuzením, spolu s plodovými obaly, pupečnickem a retroplacentárním hematodem. Během odlučování lůžka je velmi důležité sledovat krvácení a případně jej doporučenými kroky pokusit zastavit. Doba k lůžku, tedy III. DP, by neměla trvat déle než 30–60 min (Roztočil, 2017, s. 117; Procházka, 2020, s. 425-428,433).

Manuální lýza

K manuálnímu vybavení placenty dochází ve chvíli, pokud žena placentu neporodí spontánně, nebo se vyskytne silné krvácení. Výkon je proveden v krátkodobé anestezii, kdy porodník pomocí své pravé ruky vybaví lůžko (Procházka, Pilka, 2018, s. 143; Hájek et al., 2014, s. 503).

Revize dutiny děložní (revisio cavi uteri)

K revizi po porodu se přistupuje, pokud se během III. DP neodloučila celá placenta, nebo pokud nejsou z více jak 2/3 vybaveny plodové obaly. Revize rozdělujeme na **manuální revizi dutiny děložní** (revisio cavi uteri manualis), kdy se používá k revizi ruka provádějícího porodníka, nebo **instrumentální revizi děložní dutiny** (RCUI), ke které je použita tupá kyreta. Výkon se opět provádí v krátkodobé anestezii (Hájek et al., 2014, s. 503-504).

Porodní krvácení

Jako průměrnou krevní ztrátu při partus per vias naturales literatura uvádí hodnotu kolem 500 ml, u porodu SC dokonce 1000 ml. Pokud však krevní ztráta přesáhne 1500 ml už se jedná o peripartální života ohrožující krvácení (PŽOK), které je nutné ihned pohotově řešit a najít příčinu krvácení. Mezi nejčastější porodnické hemoragie patří např. hypotonie dělohy, nebo silně krvácející porodní poranění (Procházka, Pilka, 2018, s. 222-223; Procházka, 2020, s. 435).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Tato bakalářská práce využívá metodu kvalitativního výzkumu, ve kterém je potřebný sběr dat prováděn na méně početném výběru vzorku s větším množstvím získaných informací. Sběr dat byl zvolen technikou nepřímé informace, tedy informace zprostředkované respondentem. Odborným termínem respondent je nazývána osoba zodpovídající otázky v rozhovoru. Při pokládání otázek je potřeba se řídit zásadami. Patří sem například srozumitelnost a jednoznačnost otázek, aby byly respondenty pochopeny, objektivita, nebo slušnost. Během rozhovoru byly využity otevřené otázky, při kterých záleželo na respondentce, jak obsáhle na otázku odpoví. Výsledky kvalitativního výzkumu nelze zobecňovat na populaci (Urban, 2022).

3 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Cíle pro tuto bakalářskou práci jsou:

1. Zjistit spokojenost žen s jejich sexuálním životem po vaginálním porodu
2. Zjistit výskyt sexuálních problémů u žen po vaginálním porodu

Průzkumné otázky:

Otázka č. 1: Jaké pocity se objevovaly u respondentek při prvním pohlavním styku po vaginálním porodu?

Otázka č. 2: Jaké obtíže se vyskytly u respondentek při sexuálním životě po vaginálním porodu?

Otázka č. 3: Jaké změny popisují ženy v sexuálním životě v porovnání se sexem před těhotenstvím a po vaginálním porodu?

3.1 Technika sběru dat

Dotazník byl vytvořen pomocí 5 tematických okruhů, které byly rozšířeny prostřednictvím otevřených otázek, které vycházely z použitých informací v teoretické části a vytvořených cílů této bakalářské práce. Respondentky byly osloveny přes sociální síť ve skupině určené pro maminky, kam byl po předchozí domluvě se správkyní skupiny vložen příspěvek s prosbou o shánění respondentek do bakalářské práce. U první respondentky byla zjištěna srozumitelnost a jednoznačnost otázek. Následně byl dotazník doplněn o otázky na údaje ohledně počtu gravidit a parit. Výzkum probíhal od února 2024 do dubna 2024.

Vzorkem jsou ženy, které rodily vaginálně v lednu 2021 až lednu 2022. V příspěvku na sociální síti byl zmíněn můj studijní program, název bakalářské práce, odhadovaná časová náročnost trvání rozhovoru a stručné názvy okruhů objevující se v rozhovoru. Ženy se následně postupně samy ozývaly se zájmem o zapojení do průzkumu, ať už v komentářích pod příspěvkem, nebo do soukromé zprávy. Po pár minutách od zveřejnění příspěvku byl do něj vložen výrazný dodatek s upozorněním, že komentujícím ženám nelze zajistit úplnou anonymitu a prosba kontaktování do soukromé zprávy pro dodržení anonymity.

Celkem se ozvalo 21 žen, z toho 15 bylo ochotných rozhovor uskutečnit a následně byl domluven společný termín. Zbylých 5 žen již neodpovědělo na písemnou zprávu obsahující více detailů o rozhovoru a informaci o zvukovém nahrávání našeho rozhovoru. Jedna žena si svůj zájem o rozhovor rozmyslela pár dní před domluveným rozhovorem.

Během písemné online komunikace bylo individuálně každé respondentce opětovně vysvětleno, jak rozhovor bude probíhat s možností pokládání jejich dotazů, pokud by jí nebylo něco zcela jasné.

3.2 Charakteristika respondentek

Mého rozhovoru se zúčastnilo 15 žen s věkovým rozhraním 21–35 let. Z toho 14 žen, které v roce 2021 byly primipary a jedna žena byla terciparou. Čtyři respondentky během roku 2023 a 2024 porodily další dítě. Epiziotomii během II. doby porodní uvedlo 9 respondentek. Doprovod partnera během porodu mělo 13 respondentek. Před skončením období šestinedělí byly 3 respondentky sexuálně aktivní. Jedna respondentka se po porodu léčila s poporodní depresí. Sexuální život hodnotilo 7 respondentek jako beze změny, 6 respondentek jako lepší a 2 respondentky se potýkají s určitými sexuálními problémy.

Čísla respondentek nejsou poskládána chronologicky podle data průběhu rozhovoru, ale podle pořadí souhlasu s rozhovorem.

Respondentka číslo 1 (R1): Respondentce je 28 let, žije s manželem a v minulosti si prošla více jak 6 a více aborty. V květnu 2021 porodila svého prvního syna, kterého měli pomocí IVF. Před otěhotněním respondentka hodnotila svůj sexuální život jako bezproblémový, během těhotenství byli s manželem sexuálně aktivní do 16. týdne, protože měl manžel strach o nenarozený plod. Respondentka jeho strach naprosto chápala i z důvodu, že prožívala kvůli předchozím abortům rizikové těhotenství. Od 32. týdne těhotenství byla respondentka hospitalizovaná v nemocnici kvůli preeklampsii, následně prodělala i předčasný porod, který začal spontánním odtokem plodové vody. Porod spontánně nepostupoval, tak následovala

mechanická a farmakologická indukce porodu. Po celou dobu byla respondentka sama, jelikož v době jejího porodu byly návštěvy zakázané kvůli epidemiologické situaci. Během celého porodního děje byla rodička kontinuálně napojená na CTG, musela se neustále pohybovat, jelikož ve chvíli, kdy nebyla v pohybu plodu padaly ozvy. Dle slov respondentky trval celý porod 46 hodin a po celou dobu doufala, že se lékaři rozhodnou pro císařský řez, protože měla strach o své miminko kvůli nízkým ozvám. Ačkoliv byla možnost přítomnosti partnera při II. DP, respondentka se rozhodla, že nechce nic řešit kvůli nepříjemnému jednání jedné z lékařek. Ve II. DP byla provedena epiziotomie, naneštěstí mimo kontrakce, tudíž respondentka cítila každý stříh do hráze. Dodnes si respondentka pamatuje zvuk trhající se kůže. Kvůli nucení kojících poloh na oddělení šestinedělí šla 42 hodin po porodu domů. Během šestinedělí si vystačila s pomocí sama, veškerá péče o novorozence ji přišla automatická a byla plná energie. Jediným problémem vyskytující se v průběhu šestinedělí, byla zanícená poporodní jizva, se kterou respondentce pomohl její obvodní gynekolog, jenž ránu vyčistil a ošetřil mastí. S manželem nebyli sexuálně aktivní během šestinedělí a svůj sexuální život obnovili cca 7 týdnů po porodu. Z prvního styku po porodu měla respondentka strach z bolesti, ale jediné, co bylo během aktu nepříjemné bylo táhnutí jizvy po epiziotomii. Její sexuální život se zlepšil, po porodu je dle jejich slov sex lepší, více orgasmický, a dokonce dosahuje mokrých orgasmů.

Respondentka byla velmi sdílná, příjemná a otevřená všem otázkám. Rozhovor probíhal v přátelské atmosféře. Náš rozhovor trval 24 minut, ale komunikovaly jsme spolu ještě několik desítek minut před rozhovorem i po něm.

Respondentka číslo 2 (R2): Respondentce je 25 let, nyní žije s partnerem, se kterým jsou spolu 5 let. Respondentka porodila jejich prvního syna v červnu 2021 a těhotná byla také pouze jednou. Před těhotenstvím si s partnerem v sexuálním směru plně vyhovovali a během těhotenství měla respondentka zvýšené libido, takže byli během těhotenství sexuálně aktivní až téměř do porodu. Jedinou změnu v sexu při těhotenství pocítila v omezení sexuálních poloh, jelikož při některých bylo těhotenské břicho překážkou. Samotný porod začal spontánním odtokem vody plodové 3 týdny před termínem porodu, respondentka s přítelem jeli do porodnice, kde ji hospitalizovali a partner jel domů, poté se opět vrátil ve chvíli, kdy respondentka šla na porodní box. Na tlumení bolesti byla respondentce podána epidurální analgezie a ve II. DP infuze s oxytocinem. Respondentka si velmi chválila chování a jednání porodní asistentky, kterou měla u svého porodu a oporu svého partnera. Ve III. DP nastaly komplikace s odlučováním placenty, kdy bylo lůžko sice dostáno silou ven z dělohy,

ale po ultrazvukové kontrole byly zjištěny velké zbytky placenty, a tak respondentka musela pod narkózu na instrumentální revizi dutiny děložní, kde ji rovnou zašily i jizvu po epiziotomii. Po celou dobu výkonu byl novorozenec respondentky s jejím přítelem, kdy probíhal bonding. Do druhého dne byla po výkonu hlídána na JIP. Následně na oddělení šestinedělí pocítovala potřebu, aby se jí někdo ze zdravotnického personálu více věnoval a např. se zeptal, jak se má, zda nepotřebuje pomoci nebo poradit. S kojením ji velmi pomohla nemocniční laktační poradkyně, kterou jí na porodnici sjednala jedna z porodních asistentek, již si tam respondentka oblíbila, a která jí tam jako jediná nabídla pomoc. Při pobytu v porodnici byl jejímu novorozenému synovi zjištěn šelest na srdci, kvůli kterému museli podstoupit další vyšetření v jiné nemocnici. Během šestinedělí jí pomáhal partner s domácností, nebo šel na vycházku s jejich synem, aby si respondentka mohla odpočinout. Pomoc přítelovy rodiny odmítala, protože měla strach jim jejich syna svěřit kvůli výše zmíněnému šelestu. Sexuální život s přítelem obnovili asi 2 týdny před koncem šestinedělí, jelikož respondentce už neodcházela lochia a cítila se naprosto v pořádku. Sexuální styk proběhl bezbolestně, ačkoliv měla respondentka z možné bolesti trochu strach. Předem o tom mluvila se svou kamarádkou, která jí sdělila svoji osobní zkušenost a uklidnila její strachy. Na kontrole po šestinedělí u jejího obvodního gynekologa přiznala, že sexuální styk již proběhl. Co se týče porovnání prožívání sexu před těhotenstvím a nyní po porodu, respondentka spokojeně udává, že nyní je více citlivější a má i více orgasmů během jednoho styku.

Náš rozhovor trval 32 minut, bavily jsme se ještě před samotným rozhovorem a po něm. Atmosféra byla velmi přátelská, respondentka byla velmi milá a sdílná. Během rozhovoru si hrála se svým synem.

Respondentka číslo 3 (R3): Respondentce je 35 let, nyní se nachází v zahraničí, kam její partner potřeboval na pár měsíců odjet kvůli práci. Jejich první dcera se narodila v ČR v květnu 2021. Respondentka se svěřila s celým svým sexuálním životem a zdůrazňovala, že je velmi důležitá upřímná komunikace mezi partnery. S nynějším partnerem byla před těhotenstvím v sexu naprosto spokojená, a i během těhotenství žili sexuálně pravidelně. Během těhotenství sexuální styk prožívala intenzivněji. Aby se společně s partnerem uklidnili, že je sexuální styk v těhotenství bezpečný, vyhledali si informace v odborné literatuře. Při sexu uvádí problém s polohami kvůli rostoucímu těhotenskému břichu. Porod měla indukovaný z důvodu prodloužené gravidity. Respondentka přiznává, že to nesla velmi těžce, jelikož věřila, že její tělo a miminko si „samo řekne, kdy je správný čas“, ale nechtěla nijak ohrozit plod, a proto dala na doporučení lékařů. V den, kdy měla nastoupit k hospitalizaci k indukci

do porodnice se dostavila na domluvený čas, ale dlouhou dobu si jí nikdo nevšímal. To mělo velký vliv na její nervozitu a stres. Respondentka zdůrazňuje, že je velmi citlivý člověk, cítila se přehlížená a nedostatečně informovaná. Velkou oporou jí v tu chvíli byl její partner. Následně ji byl proveden se souhlasem Hamiltonův hmat a byla ji zavedena tableta na vyvolání porodu. Její partner byl poslán domů a ona na lůžkové oddělení. Zde si prošla nevolnostmi a začaly jí pravidelné kontrakce. Došlo k nepochopení s personálem, kdy PA zlehčovaly situaci, což respondentku psychicky rozhodilo. Respondentka velmi detailně popisuje její prožívání kontrakcí, že se soustředila na své tělo a snažila se bolesti nebránit. Ve chvíli, kdy začala mít kontrakce po jedné minutě, pomohla jí její spolubydlící z pokoje, která šla přivolat porodní asistentky a ty ji opět poslaly na CTG monitor. Tam ji vaginálně vyšetřili a zjistili, že má úplně zašlou porodní branku a rodí. Respondentka volala svému partnerovi, aby vyrazil za ní do porodnice, protože bylo pro ni velmi důležité, aby byl u porodu jejich první dcery. Opět se setkala se vzájemným nepochopením s personálem nemocnice. Během II. DP byla udělaná epiziotomie, ale zkomplikovalo se to stříhem do varixu, takže respondentku znervóznil zoufalý výraz doktorky. Partner dorazil až po porodu dcery, když ji žena měla na sobě a probíhal bonding. Během porodu bylo respondentce „něco“ vpraveno do žíly, ačkoliv měla porodní přání a v něm zmíněno, že si nic, ani oxytocin, nepřeje. Zpětně si není ale zcela jistá, zda ji PA říkaly, co jí podávají, nebo ne. Ze všeho nejvíc respondentku mrzí, že partner nestihl porod. Na oddělení šestinedělí se jí nelíbil přístup zdravotnického personálu ke kojení, kdy byla nucena dceru neustále vážit. Během šestinedělí respondentce pomáhal s péčí o novorozence dostatečně partner, velkou oporou jí byla i její rodina. Žádný problém během šestinedělí se nevyskytl, ale vyskytl se na konci šestinedělí, kdy respondentka trpěla vaginálním zánětem. Obnova sexuálního života nastala po vyléčení vaginálního zánětu, takže cca 14 dní po skončení šestinedělí. Respondentka měla z prvního styku po porodu strach, nejen z bolesti, ale i z toho, že se jí zbudí miminko a intimní atmosféra se zkazí. Při prvním styku bolela lehce jizva a cítila, jako kdyby tam měla něco navíc, co tam nepatří. Celkové její pocity byly smíšené. Následně cca 2 týdny s partnerem počkali a poté opět sexuální styk zkusili, tentokrát to bylo lepší, ale pořád zvláštní. Pravidelně sexuálně spolu začali žít po 4 měsících, kdy respondentka dostala svou první menstruaci po porodu. Při porovnání prožívání sexu před těhotenstvím a po porodu udává, že je to stejné jako předtím. Nyní, skoro 3 roky po porodu, se v sexuálním životě cítí, jako kdyby nikdy nerodila.

Respondentka byla velmi veselá a sdílná, během rozhovoru byla venku na verandě, jelikož v bytě spala dcera a nechtěla ji vzbudit, v pozadí zněla bujará nálada. Náš oficiální rozhovor

s otázkami trval 1 hodinu 5 minut, ale vedly jsme rozhovor ještě pár desítek minut před i po rozhovoru.

Respondentka číslo 4 (R4): Respondentce je 26 let a má manžela, se kterým se jim v dubnu 2021 narodila dcera. Při otázce o spokojenosti se sexuálním životem před těhotenstvím zmiňuje, že sexuální styk nevyžaduje nějak často a byla dřív trošku zdrženlivější a stydlivější. Občas se v tomto s manželem neshodli, ale po dostatečné komunikaci došlo k vzájemnému pochopení. Během těhotenství byli občas sexuálně aktivní, zde našla respondentka u manžela větší pochopení ve chvíli, kdy sex nechtěla. Dle jejich slov byl sex lepší, ale na konci těhotenství ji vadilo, když se během sexu její manžel dotkl těhotenského břicha. Porod ji začal kontrakcemi po Hamiltonově hmatu, jelikož pár dní po termínu porodu se respondentka cítila už nepříjemně. Ve chvíli, kdy dorazili do porodnice, měla pocit, že na ni bylo pohlíženo s opovržením, že ještě nerodí a je tam předčasně, avšak po vnitřním vaginálním vyšetření bylo zjištěno, že je již na 5 cm otevřená. V tu chvíli se jí velmi ulevilo a byli společně s manželem posláni na porodní box. O respondentku se starala mladá porodní asistentka, která jí svojí péčí seděla a respondentka na ní ráda vzpomíná. Ačkoliv porodní plán neměla, bylo pro ni velmi důležité, aby porodila vaginálně a vyhnula se za každou cenu císařskému řezu. Během II. DP byla provedena epiziotomie se souhlasem. I když se respondentka nástřihu hráze velmi bála, v tu chvíli vůbec nic necítila, ale šití porodního poranění pro ni bylo nepříjemné a bolestivé. Když měla respondentka po 2hodinovém bondingu přejít na oddělení šestinedělí překvapilo ji, jak byla zesláblá, proto byla převezena na vozíku. Domluvila se s novorozeneckými sestrami, že ji dceru dovezou až bude moct vstát, ale teď toho zpětně lituje. Když byla respondentka ve sprše dotkla se svých rodidel a byla velmi překvapená. V tu chvíli pocítila velký strach, že její tělo nebude jako před porodem, ale v tento okamžik říká, že je vše v naprostém pořádku. Respondentka líčí svůj boj s kojením a zážitek, kdy ji novorozenec začal zvracet černé zvratky a museli mu vypumpovat žaludek. Následně měla zájem o nadstandartní pokoj, který ji byl přidělen. Nyní toto rozhodnutí hodnotí jako velikou chybu, protože se oddělila od lidí a v době covidu nebyly povoleny návštěvy, tudíž po celý čas byla sama a necítila se psychicky dobře. Sděluje, že propuštění domů bylo její vysvobození. Respondentku čekaly za 2 měsíce závěrečné zkoušky na vysoké škole a musela se začít učit. Musela se tedy celé šestinedělí spolu s péčí o novorozence věnovat i školním povinnostem a přípravám. Po cca 3 týdnech respondentka zjistila, že má její dcera alergii na kravskou bílkovinu. Rozhodla se držet přísnou dietu, aby mohla stále kojit, ale vzhledem k náročnosti období a stresu začala dceru krmit speciální umělou výživou. Během šestinedělí respondentce a jejímu manželovi pomáhala jeho maminka,

aby jim ulehčila starost o vaření. Žádné komplikace kromě alergie dcery na kravskou bílkovinu neudává. V šestinedělí spolu s manželem nebyli sexuálně aktivní, protože respektovali rady lékařů. První sex po porodu provozovali den po skončení šestinedělí. Respondentka se cítila plně připravená. Neměla sice po gynekologické prohlídce u svého obvodního gynekologa, ale věřila, že se její tělo v pořádku spravilo a vše je tak, jak má být. Respondentka udává, že měla před stykem strach z bolesti. Žádnou bolest nebo nepříjemné pocity při sexu necítila. Na obnovu sexuálního života se nijak nepřipravovala, protože necítila takovou potřebu informací jako třeba k porodu. Při porovnání sexuálního styku před těhotenstvím a porodem sděluje, že nyní mají s manželem lepší sexuální život, protože je sama více otevřenější k novým věcem, méně se stydí, více si styk užívá a cítí se, jako kdyby nikdy předtím nerodila.

Respondentka působila velmi klidně a přátelsky. Neměla žádný problém s otázkami, na vše odpovídala s rozvahou a s důslednou volbou slov. Náš rozhovor trval 40 minut, po ukončení nahrávání jsme spolu ještě chvíli komunikovaly o porodnických tématech.

Respondentka číslo 5 (R5): Respondentce je 33 let, nyní má 3 děti. Poslední dceru má společně s nynějším manželem. Předchozí 2 děti, kterým je 8 a 10 let, má s bývalým manželem. Před těhotenstvím respondentka udává, že byla spokojena se sexuálním životem. Během těhotenství byli s manželem sexuálně aktivní. Jedinou změnu při styku udává problém s pohybem kvůli zvětšujícímu se těhotenskému břichu. Poslední porod proběhl v dubnu 2021, kdy se respondentka dostavila do nemocnice k indukci porodu. Zde jí byla aplikována vaginální tableta na přípravu porodních cest. Po cca 1 hodině ji začaly bolesti, šla tedy na sesternu oznámit, že ji zřejmě začíná porod. Tam se respondentka setkala s bagatelizováním, že to není možné. Poté byla PA odeslána na porodní sál, kdy ji cestou praskla plodová voda. Po chvíli dorazil její manžel jako doprovod a následovala II. DP. Dle slov respondentky bylo všechno tak moc rychlé, že nedokázala myslet na nic okolo, ani na bolest, kterou cítila. Kvůli překotnému porodu měla velké porodní poranění. Při svém prvním porodu měla také spontánní velké porodní poranění kvůli hypertrofickému novorozenci a při druhém porodu jí byla provedena epiziotomie. Během posledního šestinedělí respondentka uznala, že ze strany manžela jí nebyla poskytována dostatečná pomoc. V šestinedělí s manželem sexuálně aktivní nebyli. Sexuální život obnovili 7 týdnů po porodu. Respondentka měla strach z bolesti při styku kvůli jejímu rozsáhlému porodnímu poranění, ale udává, že sex byl bezproblémový. Respondentka se svěřuje, že v tuto chvíli jí naprosto chybí sexuální apetence, ale přes stud se nedokáže svěřit s problémem nikomu ve svém okolí, ani jejímu gynekologovi. Problém tedy aktuálně neřeší, ačkoliv ji současná situace není komfortní a chtěla by svůj problém vyřešit.

Během rozhovoru měla respondentka u sebe dceru. Ve chvíli konání byla respondentka nemocná a hůř se jí kvůli onemocnění mluvilo a artikulovalo. Respondentka byla velmi příjemná, přátelská a upřímná. Náš rozhovor trval 32 minut. Po ukončení nahrávání jsme spolu probíraly, jak s její aktuální situací a psychickou nepohodou naložit, kde zkusit vyhledat pomoc a z mé strany byla snaha o podporu a dodání odvahy situaci řešit.

Respondentka číslo 6 (R6): Respondentce je 27 let, v současnosti žije s manželem a mají spolu dvě děti, obě z IVF. První syn se narodil říjnu 2021 a dcera v prosinci 2023. Před těhotenstvím si respondentka na sexuální život nestěžuje. Ani během jednoho těhotenství nebyli sexuálně aktivní, protože měli obě děti vymodlené a měli strach, že by se mohlo něco stát. První porod měl být indukovaný, ale kvůli vaginálnímu krvácení v noci před nástupem k indukci, jela respondentka s mužem do porodnice už v noci. V tu chvíli ji hospitalizovali a nechali, aby druhý den nemusela opět cestovat. Během porodu respondentce byly podány infuze s oxytocinem a epidurální analgezie. Během celého porodu měla doprovod svého muže. Dvěma největšími přáními během porodu bylo, aby si respondentka odvezla zdravé miminko a aby nemusela podstoupit císařský řez. Respondentka utrpěla malé spontánní porodní poranění. Na oddělení šestinedělí se setkala s nepříjemným přístupem ohledně kojení ze strany zdravotnického personálu. Během šestinedělí si respondentka nepřála, aby ji se synem někdo pomáhal, protože byl ve třech měsících na operaci kvůli vrozené vývojové vadě na renálním systému. Během šestinedělí s manželem nebyli sexuálně aktivní. Po prvním porodu obnovili sexuální styk po 3 měsících. Respondentka měla strach z bolesti, jelikož po rozhovorech se svými kamarádkami ji bylo sděleno, že pohlavní styk po porodu nějaký čas bolí. Nakonec sexuální styk proběhl bez problému a bez bolesti. Po druhém porodu obnovili sexuální život dříve, a to ihned po kontrole po šestinedělí u gynekologa a zde žena uvádí, že jí sexuální styk bolel. Vyčkali tedy s manželem týden a situace se už zlepšila, ale stále styk nebyl bezbolestný. Po měsíci, kdy pokaždé sexuální akt doprovázela bolest chtěla jít respondentka k lékaři, ale nakonec bolest přestala. Jedinou změnu v sexuálním životě respondentka udává, že nyní je potřeba uspat děti, a že je unavenější.

Během rozhovoru měla respondentka u sebe své děti, jejichž hlasy byly slyšet v pozadí. Respondentka byla velice podrobná v odpovědích. Rozhovor probíhal ve velmi příjemném a přátelském duchu. Odehrával se v ranních hodinách a trval 23 minut.

Respondentka číslo 7 (R7): Respondentce je 24 let, žije s partnerem, se kterým mají dceru narozenou v říjnu 2021. Před těhotenstvím měli s partnerem rozdílnou potřebu frekvence

sexuálních styků, ale pomocí komunikace si porozuměli a vyhověli si. Během těhotenství byli sexuálně aktivní, respondentka udává, že byl sex lepší a měla intenzivnější orgasmy. Jako jediný problém respondentka uvádí ztížení výběru polohy při styku. Během těhotenství navštěvovala předporodní kurzy. Porod respondentce začal spontánně 14 dní před termínem porodu. Ráno ji odtekla plodová voda, ale nebyla si tím úplně jistá, proto před odjezdem do porodnice navštívila svou známou, která je PA. Ta ji po prohlédnutí oznámila, že začíná porod a má jet do porodnice. Ve chvíli, kdy respondentka dorazila do porodnice, rodila spousta ostatních rodiček, takže byla při příjmu na sesterně, kde ji natáčely CTG. Během natáčení křivky nemohl být u respondentky partner. Když respondentce začala kontrakční činnost, nebyl volný porodní sál, tudíž byla na normálním pokoji, kde již měla u sebe svého partnera. Bylo jí od lékaře řečeno, že bude muset zřejmě rodit na tomto pokoji, což ji znejistilo a vyděsilo. Nakonec to dopadlo a byla převedena na porodní sál. Respondentka neměla sepsané porodní přání, ale v hlavě měla přání, aby porod rychlý a veškerou péči nechávala v rukou zdravotnického personálu. Během II. DP byla provedena epiziotomie, pro kterou respondentka podepisovala před porodem souhlas. Respondentka si přála být před nástřihem varována a zmiňuje, že se lékař netrefil do kontrakce, tudíž nástřih cítila. Při III. DP žádné komplikace nebyly. Při otázce ohledně pobytu na oddělení šestinedělí se rozpovídává o nedostatečné komunikaci ze strany zdravotnického personálu, jelikož její novorozená dcera měla vyšší hodnoty bilirubinu v krvi a bylo jim sděleno, že budou muset být hospitalizované na oddělení šestinedělí déle. Respondentce nikdo nezodpověděl dotazy ohledně délky hospitalizace, ani ji nebylo vysvětleno nic o novorozenecká žloutence. Respondentka se setkala i s rozdílnými názory ze strany pediatrických lékařů, kdy se jí dostávaly rozdílné informace s každou směnou. Jelikož byl covid, nemohla na porodnici návštěva a musela se s těmito situacemi vyrovnat úplně sama. S kojením respondentka neměla vůbec žádný problém. Po návratu domů z porodnice s péčí o dceru respondentce pomáhal partner. Během období šestinedělí se u ní nevyskytly žádné komplikace, pouze ji svědila hojící se rána po porodním poranění. S partnerem nebyli sexuálně aktivní, protože respondentka až do konce šestinedělí špinila. Dle vzpomínek respondentky začaly sexuálně žít týden až čtrnáct dní po skončení šestinedělí. Byla již po gynekologické kontrole. Respondentka přiznává, že z prvního sexuálního styku po porodu pocítovala strach z možné bolesti. Její strach se ale nenaplnil a pohlavní styk byl bez jakéhokoliv problému. Při porovnání sexu před těhotenství a po porodu respondentka neshledává žádný rozdíl. Na sexuální styk po porodu se respondentka nijak předem nepřipravovala, protože to nechávala volně plynout. Porodní jizvu po epiziotomii nyní při styku necítí.

Respondentka velmi stručně odpovídala a byla potřeba dotazování. Ačkoliv byla často odpověď stručná, neměla respondentka problém se otevřít a odpovědět na všechny mé dotazy. Během rozhovoru měla u sebe svou dceru, kterou zabavila pomocí vodovek. Občas byl rozhovor přerušen, právě kvůli věnování se dceři. Náš rozhovor trval 24 minut. Následně jsme se společně bavily o mém studiu a porodnických tématech.

Respondentka číslo 8 (R8): Respondentce je 26 let, žije s přítelem a mají svou první dceru, která se narodila v srpnu 2021. Respondentka trpí chronickým autoimunitním onemocněním, které má negativní vliv na páteř a meziobratlové ploténky, proto ji bylo doporučeno otěhotnět, co nejdříve. Před těhotenstvím neudává žádný problém v oblasti sexuálního života. Během těhotenství nebyli s partnerem sexuálně aktivní z důvodu rizikového těhotenství. Porod se rozběhl spontánně pravidelnými kontrakcemi. Respondentka měla sepsané porodní přání, ve kterém měla běžná přání, kterým bylo vyhověno. Porod proběhl s malým porodním poraněním. Po III. DP nastaly komplikace kvůli zbytku placenty v děloze a byla ihned po UZ kontrole provedena instrumentální revize dutiny děložní bez anestezie. I přes tento zážitek hodnotí respondentka svůj porod kladně, velmi si chválí přístup a komunikaci porodních asistentek na porodním sále. Na oddělení šestinedělí se setkala s nepříjemným chováním ze strany personálu. Setkala se i s nedostatkem informací ze strany novorozeneckých sester, měla pocit nedostatečné edukaci o kojení a manipulaci s novorozencem. Respondentka vypráví, že během jedné noci za ní přišla jedna z novorozeneckých sester, která ji předala veškeré informace o kojení, odsávání a zbytek noci se jí věnovala. Uznává, že nebýt této sestřičky, zřejmě by dceru ani nekojila. Během šestinedělí respondentce s péčí o dceru hojně pomáhal její partner. Žádné komplikace během šestinedělí se nevyskytly. Během šestinedělí nebyla s partnerem sexuálně aktivní. Při gynekologické kontrole po šestinedělí zjistil přes ultrazvuk respondentčin gynekolog, že v dutině děložní se stále vyskytuje zbytek placenty, tudíž každý týden k němu do ordinace docházela pro intramuskulární injekce pro samovolné vypuzení. Jelikož injekce nezabraly, podstoupila respondentka cca měsíc po skončení šestinedělí ve zdravotnickém zařízení kyretáž pod narkózou. Týden po výkonu začala respondentka menstruat. První sexuální styk po porodu provozovali s partnerem 3 měsíce po skončení šestinedělí. Před pohlavním stykem pociťovala strach z bolesti a nervozitu, zda je vše v pochvě v pořádku. Během styku respondentka cítila, že je pocit prožívání sexu jiný než bývávalo, ale bolest se nevyskytovala. Na první styk po porodu se nijak významně nepřipravovala, pokud ji něco zajímalo, odpověď si vyhledala na internetu a byla předem již poučená

od svého obvodního gynekologa o zvýšené hygieně. Při porovnání prožívání sexuálního styku před těhotenstvím a po porodu udává, že je aktuálně všechno beze změn jako před graviditou.

Náš rozhovor trval 23 minut. Poprvé jsme musely náš domluvený termín na rozhovor posunout, kvůli nečekané zdravotní komplikaci respondentčiny dcery, ale druhý termín byl již úspěšný. Respondentka byla velmi přátelská a milá. Ačkoliv zněla nesměle, neměla problém odpovědět na jakoukoliv otázku a byla velmi otevřená. Před rozhovorem jsme byly spolu v písemné komunikaci. Po ukončení nahrání jsme spolu ještě pár desítek minut komunikovaly.

Respondentka číslo 9 (R9): Respondentce je 30 let, je vdaná a žije s manželem, se kterým mají dceru narozenou v říjnu 2021. Ohledně sexuálního života před těhotenstvím se svěřuje, že ji její manžel vše naučil a že byla dřív dost stydlivá. Během těhotenství byli s mužem sexuálně aktivní a respondentka sexuální styk hodnotí jako nejlepší sex v životě. Udává intenzivnější orgasmy. Ke konci těhotenství měli kvůli insuficienci hrdla děložního sexuální styk zakázaný. Respondentka má pocit, že ji byl proveden Hamiltonův hmat bez jejího souhlasu a vědomí, jelikož byla během kontroly v nemocnici vaginálně vyšetřována a cítila při vyšetření větší bolest než obvykle. Ohledně této skutečnosti se do dnes cítí nejistě a bezmoc. Druhý den ráno jí začala děložní činnost, která se postupně zesilovala, proto vyrazili do porodnice. Respondentka měla předem sepsaná svá porodní přání. Při příjmu v porodnici ale měla pocit, že na ni dívali s odsouzením a bylo ji jedním z lékařů nepříjemně sděleno, že ji nebude úplně ve všech bodech vyhověno. Během II. DP se vyskytla dystokie ramínek plodu, a proto byla udělána epiziotomie bez souhlasu. Sama respondentka epiziotomii hodnotí jako nevyhnutelnou. Po porodu plodu musela být její dcera odsáta z dutiny ústní, jelikož měla fialovou barvu. Po pár minutách byla opět přinesena a probíhal bonding. Při hodnocení svého porodu má respondentka pocit, že to zvládla špatně, že nebyla dostatečně vzdělaná, aby mohla zdravotnickému personálu dostatečně oponovat v případech, že by si něco přála udělat jinak, než ji bylo nabízeno. Svůj pobyt na porodním sále shrnula, že nebyla spokojena s jednáním zdravotnického personálu s ní a jejím mužem. Na oddělení šestinedělí měla pocit, že je na ni tlačeno ohledně vážení novorozence před a po kojení. Také ji přišlo, že její spolubydlící na pokoji na oddělení šestinedělí bylo věnováno více péče a edukace ohledně kojení. Respondentka sděluje, že jí nikdo neukázal, jak kojit. Na oddělení šestinedělí respondentka měla problémy s kojením a její dcera často plakala. Další nejistotou respondentky na oddělení šestinedělí byl nedostatek informací o zdravotním stavu dcerky, jelikož po porodu byl u ní pediatrem objeven srdeční šelest. Při otázce ohledně komplikací šestinedělí respondentka udává kojení, na kterém společně s laktiční poradkyní pracovaly. Ke konci

šestinedělí respondentce zemřel jeden z členů rodiny, což ji emocionálně velmi zasáhlo. Ohledně sexuality v šestinedělí respondentka přiznává, že byli s manželem sexuálně aktivní týden před skončením šestinedělí. Byla přesvědčena manželem, sama však pociťovala strach z bolesti kvůli provedenému nástřihu v průběhu porodu. Její muž byl k ní během sexuálního styku citlivý a chápavý, ale dle slov respondentky se rána po epiziotomii lehce otevřela. Tato situace, kdy jizva po epiziotomii během drsnějšího sexuálního styku napraskne se vyskytuje i nyní. Respondentka tento problém se svým gynekologem neřešila. Během prvního styku po porodu byla potřeba použití lubrikačního gelu a respondentka si sexuální styk příliš neužila, ale přikládá to velkému strachu a stresu. Jediné, co si ohledně sexuálního styku po porodu hledala na internetu byla informace, jak dlouho musí s mužem sexuálně abstinovat. Se smíchem dodává, že ji informace zřejmě moc nepomohla. Při porovnání sexu před těhotenstvím a po porodu komentuje, že nyní je sex lepší kvůli většímu sblížení s manželem, ale je sexu naopak méně kvůli časovým možnostem, ale udává že sexuální apetit rozhodně nechybí.

Žena působí velmi klidně a vyrovnaně, během povídání o porodu se roztrásla a necítila se v tu chvíli dobře. Zřejmě se jí odkryly nepříjemné vzpomínky. Náš rozhovor probíhal v nočních hodinách, kdy žena měla uspanou dceru a trval 26 minut. Po dokončení rozhovoru jsme řešily, jaké má respondentka možnosti, aby její budoucí porod proběhl lépe.

Respondentka číslo 10 (R10): Respondentce je 27 let, nyní žije s přítelem, který ale není otec její dcery. Dceru porodila v únoru 2021. Před těhotenstvím s dcerou prodělala spontánní abort. Respondentka udává, že během sexuálního života před těhotenstvím s bývalým partnerem často trpěla vaginálními infekcemi, ale jiný problém neuvádí. Během těhotenství s bývalým partnerem nebyly sexuálně aktivní kvůli špinění a strachu z dalšího abortu. Porod respondentce začal spontánně prasknutím plodové vody. Následně začaly intenzivnější bolesti po cca 5 minutách, proto se rozhodli vyrazit do porodnice. Porodní plán respondentka neměla sepsaný, ale v hlavě měla určitou představu, co si přeje a co naopak ne. Chování a jednání personálu na porodním sále hodnotí kladně. Během II. DP ji zavázaly břicho šátkem, protože plod měl tendenci se po skončení aktivního tlačení vracet zpátky. Jelikož to nepomohlo, nabídl respondentce lékař zatlačení na děložní fundus. Vysvětlil ji podrobně průběh a slíbil, že pokud by se to respondentce nelíbilo, nebo bylo nepříjemné a bolestivé, ihned by přestal. Respondentka souhlasila. Zpětně je respondentka za její rozhodnutí velmi ráda, protože pociťuje, že to pomohlo. Při porodu měla drobné spontánní poranění, které bylo ošetřeno pár stehy. Na oddělení šestinedělí se respondentka setkala s nepříjemnými řečmi ohledně kojení.

Respondentka měla na bradavkách krvácející ragády a ve chvíli, kdy poprosila novorozenecké sestry o pomoc vyslechla si kárání ohledně špatné délky kojení. Poté, co respondentka dorazila z porodnice domů, načetla si na internetu více informací o kojení. Během šestinedělí neměla žádnou pomoc ze strany jejího bývalého partnera. Respondentka následně zjistila, že nespokojenost a neustávající pláč její dcery má za následek alergie na kravskou bílkovinu, proto začala držet dietu. Velmi ji pomáhala její maminka, která ji byla ve všem nápomocná. Sama respondentka byla velmi zesláblá, nevyšpalá, silně krvácela a pociťovala neustávající bolest. Po řešení situace s jejím obvodním gynekologem dostala léky, aby méně krvácela, ale neustále ji bolela rodidla a svaly z tlačení u porodu. Během šestinedělí respondentka nebyla sexuálně aktivní. Svěřuje se, že ji velmi psychicky zasáhl přístup jejího bývalého partnera a mrzí ji, že si nevybavuje šestinedělí a jaká byla v tu dobu její dcera. Respondentka udává, že po 2 a půl letech po porodu začala poprvé sexuálně žít s jejím aktuálním partnerem. O dřívější sexuální styk neměla respondentka zájem, vzhledem k tomu, že neměla partnera, starala se sama o malou dceru a necítila se sebejistě ohledně vzhledu svého těla. Negativně se na jejím sebevědomí podepsalo i chování jejího bývalého partnera. Ohledně otázky o sebeuspokojování v době, kdy neměla partnera udává, že neměla na nějaké sexuální chování chuť, ale zkoumala své tělo a zajímala se, zda po porodu ucítí nějakou změnu. Nynější partner respondentky je její dlouholetý kamarád a před prvním sexem po porodu spolu hodně komunikovali. Jejich první pohlavní styk respondentka hodnotí jako úsměvný zážitek. Ačkoliv měla strach z bolesti při styku, uznává, že to bylo zbytečné, protože se bolest nevyskytla. Na první pohlavní styk po porodu se respondentka velmi připravovala, hodně četla na internetu, protože se bála, že nastane nějaká komplikace. Svůj aktuální sexuální život hodnotí kladně a lepší než s bývalým partnerem před těhotenstvím. Sama respondentka sděluje, že si myslí, že to není porodem, ale změnou partnera, jelikož s aktuálním partnerem spolu více komunikují, jejich sex je intenzivnější a respondentka dosahuje i častějších orgasmů.

Respondentka velmi flexibilně reagovala na domlouvání termínu a času rozhovoru. Náš rozhovor trval 44 minut. Respondentka byla komunikativní, přátelská a milá. Velmi si vážím její otevřenosti a odkrytí pro ni velice citlivých témat. Po ukončení nahrávání jsme spolu ještě dále komunikovali.

Respondentka číslo 11 (R11): Respondentce je 32 let, žije s manželem, se kterým má syna narozeného v listopadu 2021. Před těhotenstvím neudává žádný problém v sexuálním životě. Během těhotenství byli s mužem pravidelně sexuálně aktivní. Jediný problém při pohlavním styku udává problém se sexuálními polohami kvůli rostoucímu těhotenskému břichu.

V průběhu gravidity byla respondentka 2x krátce hospitalizovaná kvůli podezření na preeklampsii. Musela kvůli tomu pravidelně brát léky a měřit si tlak. Hospitalizace však neměla nějak negativní vliv na jejich sexuální život. Respondentce začal porod spontánně prasknutím plodové vody a kvůli pozitivní GBS kultivaci ihned vyjeli do porodnice. Respondentka neměla žádné porodní přání. Ptala se předem i na možnost epiziotomie, tudíž se jí během porodu již neptali na souhlas. Respondentce byla aplikovaná epidurální analgezie a poté dorazil její manžel jako doprovod. Dobu tlačení respondentka hodnotí jako náročnou, protože její syn měl velkou hlavičku a měl horší poporodní adaptaci. Bonding z tohoto důvodu neprobíhal. Po 2 hodinách odezněla respondentce účinnost epidurálu a ucítila velkou bolest. Proto šla pod narkózu a byl proveden zákrok, dle slov respondentky museli zašít krvácející cévu. Hned, co se respondentka probírala po zákroku, opět pociťovala velkou bolest, tudíž byla znovu uspana a byl proveden další zákrok. Po zákroku byla respondentka převezena na rizikové oddělení. Následující den byla přesunuta na oddělení šestinedělí, kde byla respondentka déle hospitalizovaná, jelikož jí byly podány 2 transfuze krve a následně její syn musel být na fototerapii. Jedinou negativní věc na oddělení šestinedělí hodnotí informace o kojení, následně doma si vše přizpůsobila podle sebe a ulevilo se jí. Po příchodu domů respondentka udává, že jí velmi vadil dětský pláč a špatně jej snášela, tudíž musela při pláči syna nosit v uších sluchátka. První týden po příchodu domů celý proplakala, z důvodu, že měla pocit, že jí bylo lépe bez syna a druhý týden jí její maminka sehnala homeopatika, která jí pomohla situaci zvládat. S péčí o syna jí velmi pomáhala její maminka. Během šestinedělí respondentka neudává žádné komplikace. Sexuálně aktivní s manželem během šestinedělí nebyli, ale hned den po gynekologické kontrole u obvodního gynekologa svůj sexuální život obnovili. Respondentka neudává žádný pocit strachu z prvního sexu po porodu a zmiňuje, že byl sexuální styk sice jiný, trochu cítila jizvu po porodním poranění, ale i tak si ho s manželem užili. Před první sexem po porodu si přečetla pár článků na internetu. Při otázce ohledně porovnání sexuálního života před těhotenstvím a po porodu respondentka udává pouze situaci s dítětem, že musejí počkat až usne.

Dodnes není respondentce jasné, co se u porodu stalo a zda někdo něco pokazil, protože její porod vedla mladá doktorka pod dohledem jiné doktorky, která jí radila, co a jak má provést. Při následné komplikaci, kdy musela jít pod narkózu zřejmě kvůli poporodnímu hematomu, se tato mladá doktorka tvářila velmi smutně a stála v rohu místnosti. Respondentka ale sděluje, že i kdyby to byla opravdu její chyba, tak že se to stává a vůbec nic jí nevyčítá.

Respondentka působí velmi přátelsky, otevřeně a živelně. Náš rozhovor probíhal s humorem a trval 45 minut.

Respondentka číslo 12 (R12): Respondentce je 21 let, žije s partnerem, se kterým má aktuálně dvě dcery. První dcera se narodila v září 2021 a druhá v květnu 2023. Respondentka udává v osobní anamnéze trombofilii. Před těhotenství byla spokojena se svým sexuálním životem. Během obou těhotenství byli s partnerem sexuálně aktivní a respondentka dodává, že byl sex intenzivnější, pociťovala větší libido a rychleji dosahovala orgasmů. První porod je pro respondentku záhadou. Při příjezdu do porodnice ji vyšetřili a zjistili, že má málo plodové vody. Celé těhotenství ji bolelo břicho pod pravém žebrem, a tak si ji nechali v nemocnici s podezřením na trombózu pánve s tím, že ji ještě oznámili, že ji již praskla voda plodová. Byla hospitalizovaná na oddělení rizikového těhotenství, kam s ní partner nemohl. Respondentka popisuje, že ji velmi mrzel přístup zdravotnického personálu, protože v ní vyvolávali pocit, že je naprosto neschopná a nedokáže rozpoznat odtok vody plodové. Dostala vaginální tabletku k indukci porodu. Tato tabletka nijak nezapůsobila, tak jí bylo řečeno, že druhou tabletu dostane další den ráno. Večer ji začaly slabé kontrakce, které sloužící zdravotnický personál bagatelizoval, ale nakonec respondentku vaginálně vyšetřili a zjistili, že má děložní hrdlo již otevřené na 3 cm. Byla přeložena na porodní box, kde mohla být spolu se svým partnerem. Respondentka udává, že u sebe na porodním boxe měla 2 porodní asistentky, dle jejích slov „hodného a zlého policajta“. Od porodních bolestí bylo respondentce pomoheno pomocí rajského plynu. Respondentce byla provedena epiziotomie bez souhlasu, pouze byla porodníkem strašena, že pokud nezatlačí víc, bude ji muset pomoci nastříhnutím. Porodní přání žádné sepsané neměla, ale ve své hlavě měla představu, co a jak by si přála. Pilně se na porod připravovala čtením článků na internetu a posloucháním podcastů. Po porodu byla přeložena na oddělení šestinedělí. Ačkoliv chtěla respondentka mít svou dceru ihned v péči po porodu, bylo ji od novorozeneckých sester sděleno, že nemůže mít dceru v péči před lékařskou vizitou a musí ji ještě o všem poučit. Na oddělení šestinedělí měla problém s kojením. Sama respondentka hodnotí, že přístup a edukace zdravotnického personálu nebyly dostatečné. Přišlo ji, že její novorozená dcerka se špatně přisává k prsu, špatně saje a kojení ji bolelo. Po žádosti o pomoc ji bylo řečeno, že kojení je přirozené a nejde jinak pomoci než proces kojení neustále dokola zkoušet. Z tohoto důvodu respondentka kojila pouze 3 měsíce a sděluje, že to byly pro ni psychicky těžké měsíce, protože její dcera neustále plakala a ona sama také. Respondentka sděluje, že bylo pro ni velice důležité, aby svou dceru kojila. Během období šestinedělí trpěla respondentka poporodními depresiemi. Porod absolvovala ve zdravotnickém

zařízení, kde ji po porodu byl dán na vyplnění dotazník Edinburské škály postnatální deprese. Na konci šestinedělí ji byl opět poslán do e-mailové schránky a opět jej vyplnila. Následně ji pomocí SMS zprávy kontaktovali s nabídkou pomoci. Respondentka se snažila svůj stav řešit již před koncem šestinedělí, ale nemohla najít rychlou psychiatrickou pomoc. Udává, že si myslela, že jako matka s novorozencem bude mít přednost na akutní pomoc, ale nejbližší termín ji byl nabídnut až po měsíci až dvou. Respondentka se domnívá, že poporodní deprese ji začaly z důvodu neúspěšného kojení. A jelikož měli s partnerem své první dítě, tak jim její okolí dost často dávalo nevyžádané rady. Respondentka udává, že sama velmi plakala, byla nevyspalá a unavená, a dokonce měla myšlenky o tom, že mít dítě je neskutečně náročné i o nežítí její dcery. Ihned po kontaktování s pomocí z nemocnice nabídku přijala a byl ji přidělen psychiatr. Začala chodit na pravidelné terapie 1x týdně a brát antidepresiva. V tuto chvíli ji velmi pomáhala s péčí o dceru její maminka. Než se její zdravotní stav urovnal trvalo to rok. Během šestinedělí jinou komplikaci neudává. Sexuálně aktivní s partnerem byli asi 2 dny před skončením šestinedělí, protože respondentce přestala lochia odcházet již 4. týden. Sexuální styk byl bolestivý, respondentka uvádí, že ji tlačila a bolela děloha. Po asi dvou pohlavních stycích se vydala do zdravotnického zařízení a tam zjistili, že má v děloze reziduum krve, které ji manuálně přes břišní stěnu vytlačili. Po tomto výkonu respondentka pocítila úlevu. Před pohlavním stykem pocítovala strach z bolesti, která se tedy projevila při prvních 2 stycích. Následně byl sexuální styk bez problémů. Podruhé respondentka otěhotněla neplánovaně a měla velký strach, že se u ní poporodní deprese opět projeví. Měla ale velmi podporující okolí. Kvůli předchozí zkušenosti s porodem se rozhodla najmout k tomuto porodu dudu. A aby předešla problémům s kojením domluvila si laktační poradkyni, díky které kojí do této chvíle. Žádné problémy ani příznaky poporodní deprese se u ní neprojevily. Respondentka sděluje, že je se svým druhým porodem naprosto spokojena a klidně by si jej zopakovala znova. V průběhu šestinedělí se nevyskytly žádné komplikace, ani respondentka nebyla sexuálně aktivní. Svůj sexuální život s partnerem obnovily asi 2 měsíce po porodu. Respondentka uvádí, že první styk byl bolestivý, ale rozhodně méně než po prvním porodu. Na sexuální styk necítila potřebu se nějak připravovat a hledat si informace. Při porovnání sexu před těhotenstvím a po porodu udává, že žádnou změnu nepocítuje. Jizvy po porodních poraněních při sexu nijak necítí a problém nedělají.

Během rozhovoru si respondentka musela často vzpomínat na prožívání těhotenství a porodu, ale vzhledem k 3letému časovému odstupu je to pochopitelné. Byla velmi příjemná a sdílná. Velice detailně odpovídala na veškeré mé otázky. Vzhledem ke své diagnóze poporodní deprese

chtěla být součástí bakalářské práce, jelikož ji přijde, že se o tomto tématu málo mluví a ráda sdělí svůj příběh, který může případně pomoci jiným čerstvým matkám. Náš rozhovor trval 50 minut. Po ukončení nahrávání jsme spolu probíraly ještě mé studium a další témata.

Respondentka číslo 13 (R13): Respondentce je 35 let, žije s manželem, se kterým má dva syny. První syn se narodil v únoru 2021 a druhý v září 2023. Při otázce na sexuální život před těhotenstvím respondentka udává, že přecházela z žen na muže, tudíž veškeré své sexuální zážitky poprvé prožívala se svým manželem. Zásadní problém neudává, ale komentuje, že nedosahuje vaginálních orgasmů, ale pouze klitorálních. Během obou těhotenství byli s manželem sexuálně aktivní cca první 2 měsíce, poté byl sexuální styk respondentce nepříjemný kvůli těhotenskému břichu. Respondentka hodnotí sex během těhotenství jako více vzrušující a udává více orgasmů a větší sexuální apetenci. První porod začal respondentce spontánně kontrakční činností po bylinné vaginální napáře. Měla sepsaný porodní plán, který první sloužící směna plně dodržela, ale ohledně druhé směny to bylo jiné a respondentka jim musela připomínat, co v porodním plánu je napsané. Porod se obešel bez nějakého porodního poranění, ačkoliv novorozený syn měl více jak 4 a půl kg. Po porodu byl manžel respondentky odeslán domů kvůli aktuální epidemiologické situaci. Na oddělení šestinedělí byla respondentka spokojená, potkala tam novou kamarádku. Během šestinedělí měl její muž home office, tudíž ji plně pomáhal naprosto se vším. Jedinou komplikaci v šestinedělí respondentka udává silnou mastitidu, která ji trvala 4 týdny. Obešla se však bez antibiotik, situaci řešila paralenem a obkladem z tvarohu. V šestinedělí nebyli s mužem sexuálně aktivní. Sexuální styk měli až po první menstruaci, která respondentce nastala asi 4 měsíce po porodu. Respondentka udává, že dlouhou dobu v pochvě necítila úd manžela, proto ji byl sexuální styk jedno a vůbec ji nebolel. Před prvním stykem po porodu necítila žádný strach, těšila na pocit, že se bude opět cítit jako dospělá žena. Svůj problém s necitlivostí při styku nijak neřešila a čekala až se situace sama srovná. Respondentka hodnotí, že druhý porod byl diametrálně odlišný oproti prvnímu, trval i mnohonásobně kratší čas a je pro ni celkově lepší vzpomínkou, jelikož bylo vše dodrženo podle jejich přání. I během druhého porodu se obešla bez porodního poranění. Na oddělení šestinedělí si respondentka chválí, že nebyla nikým vyrušována a měla tak plně klid na sebe a své miminko. Po příchodu domů měla opět mastitidu stejného prsu jako v předchozím těhotenství. Během šestinedělí respondentce velmi aktivně její manžel pomáhal s péčí o miminko. Opět nebyli během šestinedělí sexuálně aktivní, respondentka čekala na svou menstruaci, která se dostavila 3 měsíce po porodu. První pohlavní styk byl pro respondentku tentokrát příjemný a úd manžela v pochvě cítila. Negativní pocity ji nastali

ve chvíli, kdy se chtěl manžel dotýkat její vulvy nebo ji provádět orální sex. Sděluje, že měla nějaký psychický blok po porodech. V tuto chvíli ji nevadí, pokud se vulvy manžel dotýká, ale stále ji provozování orálního sexu není příjemné, ačkoliv před těhotenstvím jej upřednostňovala před normálním pohlavním stykem. Ani před jedním prvním pohlavním stykem po porodu necítila potřebu si předem vyhledávat nějaké informace. Jediný rozdíl mezi sexem před těhotenstvím a sexem po porodu udává nepříjemný pocit při představě orálního sexu, ale respondentka nemá v plánu nijak tuto situaci řešit a počká až se to samo časem upraví.

Respondentka byla velmi sdílná a otevřená. Během našeho rozhovoru kojila svého druhého syna. Celý rozhovor se odehrával v přátelské a klidné atmosféře. Náš rozhovor probíhal ve večerních hodinách a trval 31 minut. Následně po ukončení nahrávání jsme se spolu ještě pár desítek minut bavily o všem možném.

Respondentka číslo 14 (R14): Respondentce je 25 let, nyní je vdaná, ale během jejího prvního porodu, který probíhal v červnu 2021, byli s mužem pouze partnery. Tato žena prožila svůj druhý porod v lednu 2024. Svůj sexuální život před těhotenstvím hodnotí jako bezproblémový. Během prvního těhotenství s manželem nebyli sexuálně aktivní do 5.–6. měsíce těhotenství, jelikož měli kvůli placentálnímu hematomu pohlavní styk od lékaře zakázaný. Poté, když měli sexuální styk povolený, tak jej provozovali. Respondentka hodnotí, že sexuální styk pro ni vzhledem k velkému těhotenskému břichu nebyl komfortní. Zažívala intenzivnější a častější orgasmy. Porod respondentce začal spontánně kontrakcemi v noci. Respondentka udává, že vůbec neměla bolestivé kontrakce, spíše pouze bolesti jako při menstruaci. Při příjmu na porodní sál narazila na nepříjemnou porodní asistentku a po celou dobu na porodním boxe se její chování nezměnilo. Na porodním sále měla u sebe doprovod svého manžela. Respondentka měla s sebou sepsané porodní přání, které ji přišlo dodrženo pouze ze strany porodních asistentek na porodním boxe, ale ze strany novorozeneckých sester vůbec. Během II. DP ji byl proveden nástřih, při kterém cítila každý jeden střih, jelikož se porodník netrefil do kontrakce. Šití porodního poranění nebylo pro respondentku příjemné, ani následný výsledek. Sděluje, že porodník šil každý steh zvlášť, a poté když respondentka seděla cítila se, jako kdyby měla pod sebou kokos. Na oddělení šestinedělí přišlo respondentce smutné, že kvůli epidemiologické situaci za ní nemohly chodit návštěvy. Naštěstí měla na pokoji dobrou spolubydlící, se kterou se vzájemně psychicky podporovaly. Po návratu domů z porodnice se jí snažil velmi pomáhat s péčí o novorozence její manžel, dokonce i její maminka ji vypomáhala s vařením. Jedinou komplikaci během šestinedělí respondentka udává špatné hojení epiziotomie. Sexuálně aktivní během

šestinedělí nebyli. První sexuální styk po porodu zažili týden po skončení šestinedělí. První pohlavní styk po sexu byl bolestivý pouze ve chvíli, kdy se respondentčin manžel dotkl jizvy po epiziotomii. Tento problém přetrvával až do druhého porodu, ale situaci respondentka nijak neřešila, protože věděla, že chce ještě jednou родit. Před prvním sexem po porodu si respondentka hledala informace na internetu. Pocit před stykem popisuje jako zvědavost a natěšenost. U druhého těhotenství byli sexuálně aktivní po celou dobu gravidity. Opět respondentka udává, že bylo prožívání sexu lepší než mimo těhotenství. Jelikož věděla, že její předchozí porod netrval moc dlouho, hned co ji začaly pravidelné kontrakce, tak s manželem vyrazili do porodnice. Tam opět potkala stejnou porodní asistentku jako u předchozího porodu, která na respondentku byla opět nepříjemná. Vzhledem k vysokým ozvám plodu při porodu, měla respondentka na porodním sále více lidí kvůli riziku možných komplikací. I u druhého porodu byla provedena epiziotomie, tentokrát však byla šita pokračujícím stehem, což si sama respondentka velmi pochvaluje. Žádné komplikace při porodu nenastaly. Na oddělení šestinedělí byla respondentka spokojenější než za covidové doby. Po druhém porodu respondentka hodnotí, že nemá tolik pomoci od svého partnera jako předtím. Druhé dceři po měsíci a půl byla zjištěna alergie na kravskou bílkovinu, takže nyní respondentka drží dietu. Během šestinedělí s manželem nebyli sexuálně aktivní. Nyní respondentka žádnou bolest při styku nepocituje. Tentokrát žádné informace na internetu nehledala. Jizva již nedělá problém jako po prvním porodu. Jedinou změnu, kterou popisuje ohledně sexu před těhotenstvím a po porodu je, že nyní ji některé sexuální polohy už nevyhovují a respondentku plně neuspokojí, jinou změnu neudává.

Respondentka působila velmi přátelsky a příjemně. Neměla problém odpovědět na žádnou z otázek a velmi detailně na vše odpovídala. Rozhovor jsme musely na pár minut přerušit kvůli telefonnímu hovoru respondentky, následně jsme ale navázaly v otázkách. Náš rozhovor trval 32 minut. Po ukončení nahrávání jsme spolu ještě chvíli mluvily.

Respondentka číslo 15 (R15): Respondentce je 30 let, žije s partnerem, se kterým má dceru. Za celý život byla jednou těhotná a svůj první porod prožila v prosinci 2021. Před těhotenstvím byla spokojena se svým sexuálním životem. Během těhotenství byli sexuálně aktivní do chvíle, kdy už měla větší těhotenské břicho a přítel sexuální styk tolik nechtěl. Během těhotenství hodnotila sex lepší, jelikož rychleji dosahovala orgasmů. Porod respondentce začal spontánním prasknutím vody plodové v noci. Vyrazili do porodnice, jelikož měla pozitivní GBS kultivaci. Byly ji aplikovány infuze s antibiotiky a jelikož vaginální nález nevypadal na porod, bylo ji od lékařky řečeno, že pokud se porod sám od sebe nerozbehne do rána,

bude ji aplikována vaginální tableta na indukci. Z toho měla respondentka veliký stres. Během noci se porod spontánně rozběhl. Porodní poranění bylo pouze drobné uvnitř pochvy, které bylo ošetřeno pár stehy. Měla s sebou sepsané porodní přání, ale nebylo plně dodrženo. Komplikace během porodu nenastaly. Před porodem si zjišťovala sama spousty informací, aby věděla, co všechno ji může potkat. Na oddělení šestinedělí se setkala s informacemi o kojení, se kterými úplně nesouhlasila. Respondentka sděluje, že by se příště více připravovala na období šestinedělí než na samotný porod, protože ji přijde, že po odchodu z porodnice je novopečená maminka na vše sama. Po odchodu z porodnice měla sjednanou porodní asistentku, která za ní přišla domů, aby ji opět ukázala, jak manipulovat a pečovat o novorozence. Pomoc partnera a rodiny hodnotí jako dostatečnou. Během šestinedělí se nevyskytly žádné komplikace, pouze jednou se jí objevil zánět prsu, na který pomohl tvaroh. Během šestinedělí měla respondentka strach se podívat na svá rodidla. Poté, co se ale odvážila byla velmi příjemně překvapená, co tělo dokáže. Avšak uznává, že je to jako kdyby se seznamovala s novým tělem. Sexuálně aktivní během šestinedělí s partnerem nebyli. Začali sexuálně žít až po měsíci po skončení šestinedělí. Před prvním pohlavním stykem po porodu pocítovala respondentka nervozitu a strach z bolesti. První styk udává bolestivý. Sex si sice užila, ale přetrvával v ní strach, že už nikdy nežije sexuální styk bez bolesti. Před prvním stykem po porodu se o tomto tématu bavila se svými kamarádkami, které tuto situaci již zažily. Velmi ji uklidnilo, když slyšela jejich zkušenosti a cítila tak naději, že bolest pomine. Bolest při styku se svým gynekologem neřešila. Při porovnání sexu před těhotenstvím a porodu udává, že pocítuje silnější orgasmy, ale má sníženou sexuální apetenci. Jako jeden z přetrvávajících problémů uvádí bolest při některých sexuálních polohách.

Respondentka byla velmi přátelská a milá. Odpovídala na všechny otázky s rozvahou, detailně a neměla problém odpovědět na jakékoliv téma. Náš rozhovor probíhal ve večerních hodinách a trval 28 minut.

Tabulka 1 – Základní přehled respondentek

	Věk nyní	Parita v roce 2021	První sex po porodu
Respondentka č. 1	28 let	Primipara	7. týden po porodu
Respondentka č. 2	25 let	Primipara	4 týdny po porodu
Respondentka č. 3	35 let	Primipara	2 měsíce po porodu
Respondentka č. 4	26 let	Primipara	1 den po šestinedělí
Respondentka č. 5	33 let	Tercipara	7 týdnů po porodu
Respondentka č. 6	27 let	Primipara	3 měsíce po porodu
Respondentka č. 7	24 let	Primipara	2 měsíce po porodu
Respondentka č. 8	26 let	Primipara	4 měsíce po porodu
Respondentka č. 9	30 let	Primipara	5 týdnů po porodu
Respondentka č. 10	27 let	Primipara	2 a půl roku po porodu
Respondentka č. 11	32 let	Primipara	6 týdnů po porodu
Respondentka č. 12	21 let	Primipara	5. týden po porodu
Respondentka č. 13	35 let	Primipara	4 měsíce po porodu
Respondentka č. 14	25 let	Primipara	7 týdnů po porodu
Respondentka č. 15	30 let	Primipara	10 týdnů po porodu

3.3 Organizace rozhovorů

Ve chvíli, kdy se mi respondentky ozvaly se zájmem o provedení rozhovoru jim bylo formou online zprávy vysvětleno, jak bude rozhovor probíhat. Byly zde ubezpečeny o anonymitě a předem obeznámeny se zvukovým nahráváním rozhovoru. Poté, co souhlasily jsme se společně domluvily na termín rozhovoru, který byl vyhovující pro obě strany.

Před samotným rozhovorem byl respondentkám poslán seznam okruhů a heslovitě popsáno, na co přesně bude otázka zaměřena. Hlavním důvodem poskytnutí okruhů před samotným rozhovorem byla skutečnost, aby respondentky měly jasnou představu o čem budeme společně komunikovat, věděly, co je čeká, a aby se mohly případně před samotným rozhovorem rozhodnout, zda o těchto konkrétních tématech chtějí diskutovat. Většina respondentek ocenila,

že mohly mít témata předem, protože byla možnost zavzpomínat na minulost a pociťovaly menší nervozitu. Několikrát byly i pobídnuty, aby neváhaly a v případě nejasností pokládaly dotazy.

3.4 Popis realizace rozhovorů

Ke každému rozhovoru byl předem připraven vytisknutý oboustranný A4 papír na poznámky, kde byly výše zmíněné okruhy. Rozhovory probíhaly online přes internetovou aplikaci, která je součástí americké sociální sítě rozšířené po celém světě. Před rozhovorem jsem se s každou respondentkou individuálně online spojila, následně jsme se pozdravily. Se snahou navodit přátelskou a bezpečnou atmosféru jsme společně prohodily pár slov. Každé respondentce jsem opět zopakovala, že celý rozhovor je anonymní, seznámila ji, pod jakým číslem se bude v bakalářské práci vyskytovat a následně vysvětlila nahrávání rozhovoru, které je důležité kvůli přepisu do textové podoby. Byla opět řečena a zdůrazněna informace, že pokud respondentka nebude na nějakou otázku chtít odpovídat, může odmítnout. Respondentky byly ujištěny, že prožívání všech probíraných témat je individuální, proto neexistuje ani správná, ani špatná odpověď a průzkum není dělán z důvodu, aby byl někdo odsuzován, nebo jakkoliv posuzován. Proběhlo i krátké zmínění o dělání si poznámek a napsaných otázek na papírech.

Následovalo zapnutí nahrávání, přečtení otázky o souhlasu s nahráváním, slovní odsouhlasení respondentkou a pokračovalo se k otázkám. Mezi prvními otázkami byly základní otázky o respondentce – její věk, rodinný stav a zda se jedná o stejného muže, se kterým respondentka byla v době před těhotenstvím, v průběhu těhotenství, po porodu a nyní, následoval ještě dotaz na počet prožitých gravidit a porodů. Údaje o těhotenství a porodech byly přidány v průběhu sběru dat, konkrétně po prvním rozhovoru.

Po základních otázkách o respondentce následoval dotaz na sexuální život před těhotenstvím. Poté otázka ohledně sexu během těhotenství, která byla následně rozvíjena dle odpovědi respondentky. Nejvíce časově náročný byl okruh týkající se porodu, během kterého respondentky mluvily plynule samotné, později bylo záměrně doptáno na věci, které jimi byly opomenuty. Zde se bylo zeptáno i na jakoukoliv konkrétní vzpomínku, kterou si respondentka v sobě nese do aktuální chvíle. Pokud respondentka rodila více než jednou, bylo zde doptáno i na ostatní porody. Po okruhu o porodu následovalo téma prožívání šestinedělí, zde bylo zaměřeno na komplikace a sexuální aktivitu během šestinedělí. Posledním tématem byl sexuální život po porodu. Během tohoto okruhu byl detailně popisován první sexuální

zážitek po porodu, pocity a prožívání respondentek. Důraz bylo i kladeno na potřebu přípravy respondentek, případné problémy při styku a hodnocení aktuálního sexuálního života.

Po posledním okruhu otázek bylo každé respondentce umožněno cokoliv sdělit k probíranému tématu, pokud by měla pocit, že něco nebylo zmíněno, nebo řečeno z její strany. Následovalo poděkování a ukončení nahrávání. Poté pokud byl z respondentčiny strany zájem, bylo probírány a vysvětlovány nejasnosti týkající se porodnických záležitostí. Občas se stávalo, že i po téměř 3 letech měly respondentky nejasnosti a spousty nezodpovězených otázek ohledně svého porodu.

3.5 Zpracování a vyhodnocování získaných dat

Každý jednotlivý rozhovor byl doslovně přepsán z audio záznamu do počítačového programu Microsoft Word. Soubory byly pravopisně několikrát překontrolovány, nebyly opravovány nespisovné výrazy slov a nářečí, které respondentky použily. Aby byla zajištěna anonymita respondentek byla nechána jejich jména, pokud se během rozhovoru samy oslovily, jména jejich dětí, názvy porodnic a měst, ve kterých rodily a jména lékařů. Následně byly metodou „tužka a papír“ a vytvořeny kódy, sloužící pro zpracování výsledků šetření.

4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Rozhovor byl sestaven z 5 tematických okruhů – sexuální život před těhotenstvím, sexuální život v graviditě, porod, prožívání období šestinedělí a sexuální život po porodu. Okruhy se skládaly z 22 otevřených otázek a případně podotázek, které byly spontánně vytvářeny při rozhovorech podle obsahu odpovědí respondentek. V následném textu jsou prezentovány tabulky obsahující vyjádření respondentek ohledně tématu skupiny kódu. Pod tabulkami jsou rozepsány jednotlivé kódy a prezentovány konkrétním sdělením.

Tabulka 2 – Přehled odpovědí u skupiny kódů Porodní poranění

Porodní poranění
R1: „ <i>Ta byla dělaná (epiziotomie), ale já jsem se stejně roztrhla...</i> “
R2: „ <i>...vlastně jsem měla i nástřih.</i> “
R3: „ <i>...tak mi nástřihli hráz.</i> “
R4: „ <i>...u toho tlačení mi byl proveden nástřih...</i> “
R5: „ <i>...měla jsem asi 60 stehů...ona mě (dcera) vlastně porvala úplně jakože fakt strašně...</i> “
R6: „ <i>Myslím, čtyři, čtyři. Čtyři jsem měla vnitřní stehy, a to bylo prostě našťěstí úplně všechno.</i> “
R7: „ <i>Jenom mě museli nástřihnout...</i> “
R8: „ <i>Měla jsem, myslím, jenom tři kosmetické nějaké stehy.</i> “
R9: „ <i>Udělal mi teda nástřih...</i> “
R10: „ <i>Tam byly takové jenom nepatrné, něco...měla jsem nějaké vnitřní stehy i vnější, ale to byly jenom nějaké úplně že drobnosti.</i> “
R11: „ <i>Ptala jsem se i dopředu jako na nástřih, jak to dělají. Takže to už se mě pak v průběhu na to ani neptali a rovnou to udělali.</i> “
R12: „ <i>...pak mě nakonec nástřili no.</i> “
R13: „ <i>Úplně bez...</i> “
R14: „ <i>...co mě bolelo byl fakt nástřih...</i> “
R15: „ <i>...měla jsem ale ne zvenku, ale zevnitř, protože ona se mi tam sekla nějak rukou, takže mě museli zašívát jakoby vevnitř...</i> “

Kód **Epiziotomie se souhlasem** se vyskytoval při otázce ohledně poranění u porodu. Epiziotomie neboli nástřih hráze je dělán pomocí nůžek se speciálně zaoblením jedné branže. Respondentky často uváděly, že ve chvíli probíhající II. DP by daly souhlas ke všemu. Užití

kódu bylo například R4: „...u toho tlačení mi byl proveden nástřih, na který se mě pan doktor jako zeptal, jestli chci. Ale v tu chvíli jsem to chtěla tak moc mít za sebou, že jsem řekla ano, prostě ho chci. A teď toho zpětně ani nelituju, protože vím, že to pomohlo, prostě.“

Protipólem je kód **Epiziotomie bez souhlasu**, kdy respondentky sdělily své pocity, například R12: „...vím, že jsem toho byla nejvíce jako v šoku. Mě to prostě jako příjemný nebylo. Nikdo tam ani nezahlásil: „tak nástřihnem.“ Teda jenom paní pak řekla: „když nezatlačíte víc, tak to bude muset nástřihnout“. A pak mě nakonec nástřili no. Ale někdo... jako já to na jednu stranu jako chápu, proč to dělaj, že to... ale na druhou stranu by to teda měli oznámit, a pokud s tím nesouhlasí rodička, tak to nedělat. Ale mě jistě jako neinformoval. To pro mě bylo asi jako nejhorší, i když je to ve finále jedno, narodila se zdravá dcera, což je hlavní, ale přece jenom.“ Respondentky sdělovaly pocity pochopení k výkonu, ale v jejich sdělení se vyskytoval pocit nemožnosti rozhodovat o svém těle během porodu.

Dalším z kódů ohledně porodního poranění u porodu je kód **Spontánní porodní poranění**. Spontánní znamená způsobené samovolně bez jakéhokoliv zásahu porodníka. Příklad užití kódu je R6: „...nemuseli mě nástřihávat vůbec nic. Myslím, čtyři, čtyři. Čtyři jsem měla vnitřní stehy, a to bylo prostě našťěstí úplně všechno.“

Posledním kódem ohledně porodního poranění je **Porod bez poranění**. U jedné z respondentek byl kód využit například ve sdělení R13: „Úplně bez, přestože byl tak obrovskej...vlastně jsem neměla ani jeden jediný steh vůbec nic...“ Respondentky, které neutrpěly během porodu žádné porodní poranění zněly velmi nadšeně a pyšně samy na sebe a své tělo.

Kód **Problémy s porodní jizvou** byl využíván při odpovědi na otázku, zda u respondentky nastaly nějaké komplikace v období šestinedělí. Respondentka například sdělila R1: „No, mně se nějakým způsobem zanítla ta jizva, co jsem tam měla. Nebo respektive ona se mi nějak jako trošku roztrhla, že se mi jako nějak rozjela. No tak to mi potom opravil normálně gynekolog.“

Tabulka 3 – Přehled odpovědí u skupiny kódů Vnímání svého těla v šestinedělí

Vnímání svého těla v šestinedělí
R1: „...popravdě já jsem tady toto nějaký pohled na svoje tělo neřešila...“
R2: „Musím říct, že jsem neměla úplně dobrý jakože pocit ze sebe... Fakt jsem neměla ze sebe radost, nebyla jsem úplně okej tady s tímhle.“
R3: „...zezačátku jsem si připadala jako takovej vorvaník...“
R4: „Já jsem hodně kritická k mému tělu. Jsem měla pořád 10 kilo nahoře, měla jsem je i po šestinedělí, takže jsem byla jako zklamaná a říkala jsem si: ježíš, to musím prostě dát nějak dolů.“
R5: „...jako asi jsem se necejtila nějak špatně.“
R6: „Já svoje tělo, každou strii a všechno takhle beru, že jsem dala život. Jako, že mám děti.“
R7: „Asi normálně jako před tím porodem...“
R8: „...připadala jsem si tak jako škaredá...“
R9: „...já jsem jako pocit ze sebe asi žádný neměla, protože vlastně jsem byla naplněna těmi pocity toho dítěte...“
R10: „...jako vzhled jsem nevnímala, spíš jsem vnímala to, že mě vážně hodně zatěžovala ta bolest a to, že nejsem schopná vlastně nic...“
R11: „...ted' má člověk jako to břicho takový měkký a velký. A ted' ty prsa samozřejmě potom kojení, tak to není zas takovej jako hit, ale není to jako úplně dramatické. Asi se necejtím tak jako dobře, jako jsem se cejtla předtím...“
R12: „Blbě, ale je to těžký, když člověk má ty jako strie na břicho, bohužel dost velký. I když jsem mazala, tak se mi prostě potrhlo břicho hodně, mám jako volnější kůži na břicho, necítím se jako moc dobře...“
R13: „... já na se svým tělem nemám problém...“
R14: „...jako až na to vytahané břicho, tak celkem jako jsem se přijmula taková jaká jsem, no.“
R15: „Já jsem se strašně dlouho bála podívat jako na svůj spodek, dlouho jsem se odhodlávala, koukla jsem se snad až po měsíci nebo tak.“

Kód **Pozitivní pohled na své tělo po porodu** se vyskytoval při otázce ohledně respondentčina pohledu na její tělo. Použití kódu se vyskytuje například u sdělení R13: „Já jsem vždycky měla svoje tělo ráda. Já jsem k tomu byla vedena odmalička. Takže já na se svým tělem nemám problém...“ Většinou respondenty hlavně zmiňovaly, že jsou svému tělu vděčné, že odosilo jejich děti.

Druhým z kódu ohledně dotazu na vnímání svého těla je **Negativní pohled na své tělo po porodu**. Roli hrálo nejen potřeba novorozence o péči, ale i změna těla kvůli nabraným kilům v těhotenství. Kód je použit například ve sdělení R8: „...že takto sama jsem si sobě nebyla, že třeba nějak přitažlivá, nebo připadala jsem si tak jako škaredá, když to řeknu špatně.“

Kód **Vnímání svého těla ihned po porodu** využila respondentka ve sdělení R4: „...první dojem, když jsem se sama sebe tam dole dotkla, tak jsem byla velmi překvapená, jak to tam dole cítím. To jsem si říkala, že to je strašný, to snad ne, vždyť to tam necítím, jak to mělo být. Úplně jak kdyby to byl jinej orgán.“

Tabulka 4 – Přehled odpovědí u skupiny kódů Potřeba informovanosti před prvním sexuálním stykem po porodu

Potřeba informovanosti před prvním sexuálním stykem po porodu
R1: „...vůbec, nehledala jsem. Nechala jsem to prostě jenom tak na nás dvou.“
R2: „Já mám kamarádku, která má už tři děti, tak jsem jako s ní o tom mluvila.“
R3: „...spíš jsem si něco přečetla, ale jinak jako jsem zkoumala sama sebe vnitřně, jestli se na to cítím, jestli jsem na to připravená nebo tak. Koukala jsem sama na sebe.“
R4: „Ne, to vlastně ne. Na obnovení sexuálního života jsem se nijak nepřipravovala.“
R5: „...nevím, prostě asi jsem necejtla potřebu...“
R6: „...tak já mám naštěstí na všechno docela otevřený kamarádky, nebo jako žiju v takové bublině, kdy se jako na něco zeptám, tak dostanu odpověď, tak jako úplně na všechno. Takže, když se zeptám, tak nemám problém, abych nedostala odpověď, nebo něco takového.“
R7: „Vyloženě jsem se na to nějak nepřipravovala prostě. Nejsem...já jsem takový člověk, že řeším věci až když přijdou...“
R8: „Spíš jako doktor, mě upozornil vlastně, že mám mít jako nějakou větší hygienu nebo tak, ale jinak, jinak ne.“
R9: „Četla jsem si, jak dlouho musím partnera odmítat.“
R10: „To já jsem hodně četla. To můžu říct, že jsem v tu chvíli byla typ, co jsem projela celý Google a podobně.“
R11: „Já jsem si četla určitě, protože já jsem jako chronický vyhledávač na internetu.“
R12: „Upřímně mě ani nenapadlo se o to zajímat...“
R13: „...nečetla jsem, ne, to já jsem dala na svoje tělo a na svoje pocity.“
R14: „...to jsem se po internetu podívala, jakože co tam píšou o tom prvním sexu po porodu...“
R15: „...nehledala jsem nic teda, ale bavila jsem se, protože jsem z toho byla, samozřejmě že nervózní, že jo.“

Kód **Hledání informací** se vyskytuje například ve sdělení R10: „...jako pro mě to byla trošku útěcha, jak tam ty maminky, které psaly, že ne, že jako nebát se toho, není tam žádný problém. Takže to to mi tak jako aspoň pomohlo, že jsem si říkala, že jo třeba to bude i u mě v pohodě a nakonec to všechno bylo teda v nejlepším pořádku, takže super.“ Respondentky většinou komentovaly, že jim informace pomohly a zmírnily jejich strach. Zdrojem hledání informací byl internet.

Druhou z možností je kód **Rady od kamarádek**, kdy respondentky využívaly komunikace se svými zkušenějšími kamarádkami, které si prošly pohlavním stykem po porodu někdy v minulosti. Kód se například vyskytoval ve sděleních R2: „Já mám kamarádku, která má už tři děti, tak jsem jako s ní o tom mluvila. Tak mě právě říkala, že kdyby náhodou něco tak ať nejdeme úplně na sucho, že může být problém, tak ať máme radši gel a takhle, a ať hlavně to není něco drsného ten první ten. Ať jako jdeme na to pomalu.“ Stejně jako u výše zmíněného kódu „**hledání informací**“ respondentky uváděly, že komunikace s kamarádkami je uklidnila a zmírnila jejich strach a nervozitu. Pro některé byla zkušenost kamarádek útěchou ve chvíli, kdy měly první sexuální styk po porodu bolestivý. Dodalo jim to naději, že se vše vrátí do pořádku.

Jako poslední kód ohledně shánění informací o sexu po porodu je **Žádná potřeba informovanosti ohledně sexu po porodu**, kdy respondentky sdělovaly, že necítily potřebu vyhledávat informace, nebo je ani nenapadlo o tomto tématu více přemýšlet. Kód se vyskytuje ve sdělení R12: „Vůbec, přiznám se, že vůbec...Upřímně mě ani nenapadlo se o to zajímat...“

Tabulka 5 – Přehled odpovědí u skupiny kódů Pocit před prvním sexem po porodu

Pocit před prvním sexem po porodu
R1: „...trošku jsem se bála, měla jsem takové jako, byla jsem taková ta plná očekávání, že jsem nevěděla, co od toho čekat...“
R2: „...oboje dohromady. Že jsem měla strach, aby se náhodou tam něco nestalo dole, jenom přece byl to porod, takže jsem měla jako strach z tohohle. Ale zároveň jsem měla, jako byla zvědavá, jestli to bude v něčem jiný nebo to bude jako stejný....“
R3: „...všechno dohromady. Já jsem jakoby... bála jsem se, bála jsem se vícero věcí, že se mi vzbudí dítě, a tím pádem se nám to jako zkazí, pak že to nebude jako dřív, že to bude divný a byla jsem taková upjatá.“
R4: „Cítila jsem strach, měla jsem strach, že to samozřejmě bude bolet...“
R5: „...byl tam strach, obava, že to bude bolet nebo něco...“
R6: „...já jsem měla strach, že mě to bude bolet, že čím víc to budu oddalovat, tak tím to třeba bude lepší.“
R7: „...byla jsem připravená jako poměrně brzo, ale měla jsem z toho teda strach. Že to bude bolet...“
R8: „Spíš strach, si myslím, že to bude spíš, jako ten strach. Že to bude bolet nebo, že tam třeba bude něco špatně, nebo tak, ale hlavně spíš tý bolesti...“
R9: „...jsem se vlastně bála.“
R10: „...do teďka tvrdím, že jsem měla asi takový infarktový stav trošku, jakože z toho strachu než k tomu vůbec přišlo.“
R11: „...já to ani zas tak jako dramaticky neřeším...“
R12: „Byla jsem zvědavá, jaký to bude, ale taky jsem se jako na druhou stranu bála...“
R13: „...strach ani netěšila, bylo to takový jako u toho prvního (sexu v životě)...“
R14: „Tak strach tam byl takový, jakože jsem právě, jak holky některé píšou, že to třeba bolelo, nebo něco, tak spíš takový, jakože jsem čekala, jakože bude to bolet, nebude to bolet, nebo něco...“
R15: „Asi jsem byla jsem nervózní...“

Nejčastějším kódem při otázce ohledně pocitů před prvním sexuálním stykem po porodu byl **Strach z bolesti**. Respondentky sdělovaly důvod strachu porodní poranění, což popisuje například tvrzení R5: „*Tak byl tam strach, obava, že to bude bolet nebo něco, protože ona mě fakt potrhala hodně...*“

Dalším pocitem a kódem byla **Nervozita z prvního sexu po porodu**. Kód se vyskytuje například ve sdělení R15: „...byla jsem nervózní a...jako bylo to jak, kdyby to bylo poprvé...“

Dalším z často vyskytujících se kódů ohledně prvního sexu po porodu je **Dobrá komunikace v partnerském vztahu**. Kód se vyskytuje například ve sdělení R13: „...takže si nebojíme něco říct, že se nám něco líbí, nebo nelíbí, takže v tomhle jsme zvyklý na upřímnost...“ Respondentky tento kód užívaly při popisování pocitů z prvního pohlavního styku po porodu. Díky dobré komunikaci s partnerem se méně bály bolesti a nepříjemného prožití prvního pohlavního styku.

Tabulka 6 – Přehled odpovědí skupiny kódů Prožití prvního styku po porodu

Prožití prvního styku po porodu
R1: „Bylo to takový smíšený. Protože já jsem pořád uvažovala jako, co přijde, jestli přijde ta bolest. Popravdě ten jsem si jako nemohla užít, protože jsem měla plnou hlavu myšlenek, jestli je to tak správně, nebo jako jestli tam, jestli mě ta jizva začne víc bolet. Jo, neříkám, ona mě tak táhla, neříkám, že ne. Ale nebylo to jako nic hrozného, nebo jakože by to muselo ukončit...“
R2: „...šlo to vlastně úplně v pohodě. Říkám, já jsem to měla jako krásně zahojený všechno, takže právě to ani nebolelo...“
R3: „Ten první sex po porodu byl takovej zvláštní.“
R4: „...bylo fajn a překvapilo mě, že všechno dole bylo v pořádku, i když jsem si po porodu myslela, že už snad nikdy nebude. A bylo to jako v pohodě.“
R5: „...bylo všechno v pořádku, jakože tam nebylo nic, co by mě nějak bolelo, nebo tlačilo.“
R6: „...to bylo úplně stejné...“
R7: „...vůbec to nebolelo. Ne, no ne, dobrý to bylo.“
R8: „A myslím si, že tak toto bylo jakoby asi bezproblémové...“
R9: „...nebylo to takový jako dřív, bylo to prostě jiný, ale možná i tím, že jsem se vlastně bála. Byla potřeba určitě jako nějaký lubrikant. A jakože neužívala jsem si to tak jako třeba v tom těhotenství, prostě bylo to jiný, bylo to asi fakt tím strachem.“
R10: „... jakoby žádná bolest nebo tak něco, že jsem se hodně věci bála, tak to bylo super.“
R11: „Bylo to přece jenom jako trošku jiný, byl trošku asi divný, že to bylo poprvý, že člověk o tom víc jako přemýšlí, že asi přece jenom, myslím si, že ta jizva...nevybavuju si to teda jako přesně a asi trochu bolela, to si myslím, že je jako normální.“
R12: „Bolelo to...nebylo to příjemný, a rozhodně jsem si to neužila.“
R13: „...já jsem manžela hrozně dlouho necítila prostě. Tam to trvalo hrozně dlouho než se to znovu stáhlo a já jsem ho znovu jakoby začala cítit a vnímat tam dole, takže jsem pak zjistila, že je mi to v podstatě tak nějak jako více méně jakoby jedno. Co se týče toho prvního pocity jsem z toho měla příjemný, kladný, pokud nešel hlavou a rukama dolu, to mi vadilo.“
R14: „...jediné co, co mě jakože bolelo, tak když se partner netrefil a jak kdyby šťouchnul do této, do té jizvy.“
R15: „...jak kdyby to bylo poprvé. I s tím, jak jakoby partner do mě vjel, tak byl, bych se řekla, skoro stejná bolest.“

Při odpovědích na otázku ohledně sexuální aktivity během období 6 týdnů po porodu byl vytvořen kód **Žádný sex během šestinedělí**, kdy respondentky sdělovaly, že neměly na sexuální styk myšlenky, nebo cítily potřebu doporučený čas sexuální abstinence dodržet, což potvrzují jejich sdělení R3: „*V průběhu šestinedělí na to nebyla nálada, chuť a naštěstí mám jako tolerantního partnera, který to naprosto chápal...Takže naprosto jako jsme byli, dodrželi jsme šestinedělí bez intimního styku.*“ a R4: „*Z toho jsme měli jako respekt.*“

Druhým a opačným kódem je kód **Sex během šestinedělí**, kdy respondentky přiznaly, že 6 týdnů po porodu se sexuálně nezdržovaly. Jedna z respondentek sdělila například R2: „*...tím že jsem měla ten nástřih, tak jsem měli na začátku strach. Takže si myslím, že až dva tejdny před koncem šestinedělí jsme to zkusili. No a šlo to vlastně úplně v pohodě. Říkám, já jsem to měla jako krásně zahojený všechno, takže pravě to ani nebolelo...*“

Kód **Bezproblémový sex po porodu** byl jedním z kódů, který se vyskytoval při dotazu ohledně pocitu z prvního sexuálního styku po porodu. Vyskytuje se například ve vyjádřeních R4: „*Takže to bylo fajn a překvapilo mě, že všechno dole bylo v pořádku, i když jsem si po porodu myslela, že už snad nikdy nebude. A bylo to jako v pohodě...*“ a R6: „*Ale vlastně bylo to, nebolelo to nic, jako vůbec...*“

Dalším z vyskytujících se kódů je **Smíšené pocity při prvním sexu po porodu**, kdy respondentky nepocítily ani bezproblémový, nebo bolestivý sexuální styk. Příklad výskytu kódu je R1: „*Bylo to takový smíšený. Protože já jsem pořád uvažovala jako, co přijde, jestli přijde ta bolest. Popravdě ten jsem si jako nemohla užít, protože jsem měla plnou hlavu myšlenek, jestli je to tak správně...*“

Jako poslední kód při otázce ohledně prožívání prvního sexuálního styku po porodu je **Bolest při prvním styku po porodu**. Kód se vyskytuje například ve sděleních R12: „*Bolelo to, prvních jako nevím dva, tři styky bolely, nebylo to příjemný, a rozhodně jsem si to neužila.*“ U všech respondentek využívající tento kód se jednalo o pouze přechodný problém, který po čase odezněl.

Tabulka 7 - Přehled odpovědí skupiny kódů Porovnání pohlavního styku před těhotenství a po porodu

Porovnání pohlavního styku před těhotenství a po porodu
R1: „...určitě mi přijde, že po porodu je tak 100x lepší. Nebudu říkat, že ne, jo. Je víc orgasmický, dokážu to víc všechno prožívat...“
R2: „...ted' musím říct, že je to víc jako intenzivní a i těch orgasmů víc.“
R3: „... je to na stejný bázi jako to bylo před těhotenstvím...“
R4: „...ted' máme s manželem lepší sexuální vztah, jsem víc jako otevřenější, míň se stydím...“
R5: „...vlastně po porodu se změnilo všechno, protože nemám chuť. Není tam vůbec žádná chuť, prostě na něj. Snad cokoli intimního, prostě není chuť...“
R6: „No, změnu. Já nevím úplně, když nebudeme hrát na to, že musíme uspat děti a počkat si až budou spinkat a když si to tak vezmu, tak asi ne...“
R7: „Já bych řekla, že to bude asi nastejno...“
R8: „...to je bez změny. Přijde mi, že ne, myslím si, že všechno je tak jak bylo.“
R9: „Ted' je to určitě lepší. A myslím si, že to je i tím, že jsme si zase s partnerem opět blíží, protože spousta zažitéjch věcí a tak, ale rozhodně je sexu míň, protože na to není čas. Ale jako chuť by tady určitě byla u toho není problém.“
R10: „Nevím, jako teda, jestli to je tím porodem nebo partnerem, ale jakože 100% je to lepší.“
R11: „Nemyslím si, že je nějaká fyzická změna...“
R12: „...je to prostě stejný. Není tam jako nic jinýho.“
R13: „...pokud nešel hlavou a rukama dolu, to mi vadilo. Nevím, nějaký psychický blok po těch porodech a můžu říct, že mi to zatím není úplně příjemný jakoby to ted'. Už mi nevádí, když se mě jako dotýká, nebo zezadu, když je jakoby u mě, ale takový ta představa, že... když to řeknu úplně na rovinu, že roztáhnu nohy, jakoby se bude koukat, jakoby bude mít hlavu, jakoby níž nebo to taky mi to furt stále nepříjemný.“
R14: „...možná pár poloh nám nevyhovuje, co nám předtím byl vyhovovalo, nebo jakože mě tak neuspokojí, jak před tím porodem. A jinak je jakože stejný.“
R15: „Přijde mi, že ted' už jako po nějaké době, že jo dceři jsou už dva roky, tak mě přijde, že mám ty orgasmy silnější. Ale a chuť na sex není tak často, jako to bylo předtím...“

Kód **Problém se sexem po porodu** se vyskytoval u otázky ohledně hodnocení sexu před těhotenstvím a po porodu. Tento kód se vyskytuje například ve R5: „...prostě mně se to vlastně porodem od ní, jakoby po ní, tak se mi to celý strašně otočilo vzhůru nohama, protože já jsem vždy sexuálně žila spíš víc než partner, jakoby že jsem to chtěla, chtěla jsem to víc, než von. A ted'ka jsem ve fázi, kdy prostě to fakt nechci a nebaví mě to, nemám na to chuť“

prostě a spíš mě to jako otravuje...“ Kdy důvodem negativní změny v sexuálním životě není prožití porodu, nebo porodní poranění, ale partnerský vztah.

Dalším kódem k otázce hodnocení sexu před těhotenstvím a po porodu je kód **Stejná spokojenost se sexuálním životem po porodu**, kdy ženy nevyhodnotily žádnou změnu ve vnímání sexuálního prožitku. Jedna z respondentek například kód zmínila R4: *„Do teď je to tam všechno jako v pohodě a cítím se tam dole jako kdybych nikdy neprožila vaginální porod.“*

Posledním kódem je **Větší spokojenost se sexem po porodu**. Respondentky uváděly zlepšení prožitku pohlavního styku, jedna z respondentek se vyjádřila R1: *„Tak určitě mi přijde, že po porodu je tak 100x lepší. Nebudu říkat, že ne, jo. Je víc orgasmický, dokážu to víc všechno prožívat, upřímně nevím, čím to je. A i po porodu mám vlastně mokré orgasmy.“*, u jiné se kód vyskytl ve sdělení R2: *„Cítím citlivost větší. Za sebe bych řekla, že tam je větší citlivost a je tam aji jakože dřív jako jsem měla jeden orgasmus a hotovo. A teď musím říct, že je to víc jako intenzivní a i těch orgasmů víc.“*

5 DISKUZE

Cíli této bakalářské práce je zjistit spokojenost žen s jejich sexuálním životem po vaginálním porodu a zjistit výskyt sexuálních problémů u žen po vaginálním porodu. V této části jsou prezentovány odpovědi na průzkumné otázky a porovnané zjištěné informace se zahraničními studii.

Dominoni et al. (2023) ve studii přichází s počtem frekvence 24,42 % výskytu epiziotomie u spontánního porodu a dle studie Rahmani et al. (2023) je frekvence 20,0 %. V mém průzkumu uvedlo provedení epiziotomie během porodu devět respondentek. Zbylých pět utrpělo spontánní porodní poranění, jedna respondentka byla dokonce bez porodního poranění.

Průzkumná otázka č. 1: Jaké pocity se objevovaly u respondentek při prvním pohlavním styku po vaginálním porodu?

Dle Delgado-Pérez et al. (2022) 32 % žen obnovuje sexuální život 6–8 týdnů po porodu. Oddalování sexuálního styku vysvětluje kvůli pocitu nepřipravenosti z fyzických a psychických změn vyskytující se u žen po porodu. V mém průzkumu obnovilo sexuální život v tomto rozmezí sedm respondentek. Ve studii Rahmani et al. (2023) uvedlo 95,1 % obnovení sexuálního života do 3 měsíců od porodu. Tento časový údaj se shodoval s informacemi, které mi uvedlo třináct respondentek. Studie Rahmani et al. (2023) také uvádí, že ženy bez epiziotomie začaly sexuální život dříve než ženy s epiziotomií. Toto tvrzení se v mém šetření nepotvrdilo, výsledek je opačný. Olsson et al. (2005) zmiňuje obavy žen, že se během sexuálního styku jejich dítě probudí, proto se cítily rozptýlené. Toto tvrzení také zmínila jedna z respondentek.

Průzkumná otázka č. 2: Jaké obtíže se vyskytly u respondentek při sexuálním životě po vaginálním porodu?

Nejvíce zmiňovaným problémem, který uvedlo 67 % žen, byla bolest během prvního pohlavního styku po porodu (Djaković et al., 2019). V mém průzkumu bolest zmínily tři respondentky. Olsson et al. (2005) uvádí, že ženy bez porodního poranění zažívají méně bolestivý sexuální styk, větší sexuální uspokojení a lepší orgasmy než ženy s epiziotomií. Jedna jediná z respondentek, která neměla žádné poranění během porodu uvedla, že neměla bolestivý styk, avšak uvedla problém s necitlivostí údu v pochvě při sexu a nepotvrdila tak tvrzení o větším sexuálním uspokojení.

Dle Eid et al. (2015) ačkoliv má mnoho žen problém s pohlavním stykem, tak pouze 7–13 % žen vyhledá lékařskou radu nebo pomoc. Kvůli potížím nevyhledalo pomoc 40 % žen a 54 % uvedlo, že to chtěly udělat, ale neudělaly. Jedna žena navštívila lékaře, ale impulzem byl jiný důvod než dyspareunie po porodu, avšak problém s bolestí to vyřešilo. Sedm respondentek zmínilo problém, ale řekly, že čekaly až se problém vyřeší sám a k lékaři nešly. Eid et al. (2015) také přichází s tvrzením, že 83 % žen uvedlo problémy při styku v prvních 3 měsících. V mém průzkumu tento fakt uvedlo šest žen. Ve studii Eid et al. (2015) uvádí, že 45 % žen pozorovalo změnu v pohlavním styku a 70 % bolest. Jiný pocit při styku uvedly čtyři respondentky a cítění bolesti sdělily také čtyři respondentky. Dále Eid et al. (2015) zmiňuje výsledek studie, že ženy s epiziotomií při porodu uvádějí vyšší frekvenci dyspareunie než ženy bez epiziotomie. Dyspareunii při prvním styku po porodu uvedly 3 respondentky s provedenou epiziotomií a jedna bez epiziotomie.

Dominoni et al. (2023) provedli studii o vnímání genitálu po porodu, kdy popisují většinou spokojenost se vzhledem vulvy po porodu. Tento výsledek vysvětlují nízkým věkem rodiček. Během mého průzkumu zmínila jedna respondentka problém s orálním sexem po porodu kvůli představě na detailní pohled partnera na její vulvu. Jedna z respondentek uvedla problém se sexuální touhou, dle Djaković et al. (2019) mají poruchu sexuální touhy 4 z 5 žen.

Průzkumná otázka č. 3: Jaké změny popisují ženy v sexuální životě v porovnání se sexem před těhotenstvím a po vaginálním porodu?

Dle Cai et al. (2014) výzkumu vyznívá, že sexuální funkce po porodu nijak neovlivňuje typ porodu. Avšak vaginální porod byl u prvorodiček spojen s nespokojeností. V mém průzkumu pět respondentek prvorodiček uvedly větší spokojenost se sexuálním životem, jelikož se u nich změnil sexuální prožitek. A sedm respondentek prvorodiček uvedlo dojem, že je sexuální styk stejný jako před porodem.

Nejčastějšími důvody, proč nemůže sexuální styk probíhat Djaković et al. (2019) uvádí únavu, nedostatek spánku a nedostatek času. Ovlivnění frekvence sexuální aktivity z nedostatku času, nebo závislosti na spánku dítěte v mém průzkumu vyjádřily tři respondentky. Změny jako únavu a nedostatek času kvůli dítěti zmiňuje ve studii také Olsson et al. (2005).

Dále Olsson et al. (2005) prezentuje výsledek studie, že se zájem o sexuální život snížil kvůli starosti o dítě a Eid et al. (2015) zmiňuje podobný výsledek, kdy tvrdí, že má partnerský vztah a role partnera jako otce vliv na ženské sexuální funkce. Jedna z respondentek toto tvrzení

sdělovala, ale jako jeden hlavních důvodů uváděla, že tato situace je z důvodu absence pomoci manžela při péči o dítě.

5.1 Limity práce

Mezi jeden z hlavních limitů práce je náročnost vybraného tématu. Dalším je starší česká odborná literatura, kdy se stávalo, že v literatuře byly opakovány informace ze starších výtisků. Tudíž se mi nedostávalo nových informací. Dalším problémem s literaturou byl nedostatek pramenů týkajících se postnatálního sexu. V odborné literatuře mu je věnováno velmi stručně. Odborné české výzkumy týkající se sexuálního života po porodu, nebo výzkumy s českými ženami jsem vůbec nedohledala. Čerpala jsem proto z dostupných zahraničních výzkumů, které nelze plně využít na českou populaci, jelikož prenatální a perinatální péče je v každé zemi odlišná, to samé povahové rysy národů, a tedy i prožívání situací. Ani v zahraničních studiích jsem nebyla schopná dohledat všechny odpovědi na mé průzkumné otázky. Ve většině studií bylo zmíněno, že je aktuálně málo vytvořených studií, které by se zajímaly tématy ohledně sexuálního života po porodu.

Limity bakalářské práce nemají na svědomí pouze výše zmíněné skutečnosti, ale i mé chyby jakožto výzkumníka. První z chyb byl výběr širokého vzorku respondentek, kdy nebylo dostatečně specifikovaná konkrétní skupina. Důvodem byl strach, že se jedná o příliš intimní téma, které chce málokdo probírat s jiným, a dokonce neznámým člověkem. Také je potřeba zmínit a zvážit možnost, že pokud se u ženy vyskytoval některý ze sexuálních problémů, nepřihlásila se do průzkumu, jelikož se jedná o velmi citlivé intimní téma, které může mít vliv na její psychický stav. Další z chyb byl příliš obsáhlý, podrobný a časově náročný rozhovor. Velkou část pozornosti při rozhovoru bylo dáno porodu a menší detailům ohledně sexuálního života po porodu, na který je bakalářská práce zaměřena. Následně jsem ze zahraničních článků zjistila, že záměr byl dobrý, ale těžce proveditelný, jelikož současně neexistují studie zabývající se vlivem vnímání porodu na následný sexuální život žen.

Z pročtených odborných zahraničních článků vyplývá, že sexualita je velmi individuální a na její vnímání jedincem má vliv mnoho faktorů. Jako je například přístup k sexualitě v rodině, kdy je občas sexualita tabuizována. Proto je průzkum s tématem ohledně sexuality náročný.

6 ZÁVĚR

V teoretické části této bakalářské práce na téma „Vliv porodu na sexuální život ženy“ je probírána ženská sexualita a podrobný přehled ženských sexuálních dysfunkcí. Záměrem průzkumné části práce je odpovědět na průzkumné otázky: jaké pocity se objevovaly u respondentek při prvním pohlavním styku po vaginálním porodu, jaké obtíže se vyskytly u respondentek při sexuálním životě po vaginálním porodu a jaké změny popisují v sexuálním životě v porovnání se sexem před těhotenstvím a po vaginálním porodu.

Jedním z hlavních cílů práce bylo zjistit spokojenost žen s jejich sexuálním životem po vaginálním porodu. Příjemným překvapením bylo zjištění, že většině respondentek z průzkumu se sexuální život po porodu nijak nezměnil, nebo dokonce i zlepšil a jsou nyní spokojenější. Drtivá menšina respondentek uvedla sexuální problémy, které ale aktuálně neřeší, ačkoliv jim aktuální situace není komfortní.

Dalším z cílů bylo zjistit výskyt sexuálních problémů u žen po vaginálním porodu, kdy některé respondentky uváděly dyspareunii při prvním sexuálním styku, která se u nich nyní po 2–3 letech od porodu již nevyskytuje. Jiný sexuální problém nebyl u respondentek z průzkumu zjištěn.

První průzkumnou otázkou bylo zjistit, jaké pocity se objevovaly u respondentek při prvním pohlavním styku po vaginálním porodu. Většina respondentek uváděla strach z bolestivosti prvního sexuálního styku, některé uváděly, že o situaci nijak nepřemýšlely a dalším pocitem byla starost, že se jejich novorozené dítě probudí. Spolu s tématem průzkumné otázky bylo zjištěno, že většina respondentek obnovila svůj sexuální život do 3 měsíců po porodu. A že více jak polovina respondentek před prvním sexuálním stykem sháněla informace z internetu, nebo od svých zkušenějších kamarádek.

Druhou průzkumnou otázkou bylo zjistit, jaké obtíže se vyskytly u respondentek při sexuálním životě po vaginálním porodu. Některé respondentky uvedly dyspareunii. Spolu s tímto tématem bylo zjištěno, že většina respondentek v případě nějakého problému při sexu nenavštívila gynekologa. Téměř polovina ze všech respondentek zažila v prvních měsících po porodu nějaké problémy. Byl zde popsán i výsledek výskytu dyspareunie v souvislosti s provedenou epiziotomií.

Poslední průzkumnou otázkou bylo zjistit, jaké změny popisují v sexuálním životě v porovnání se sexem před těhotenstvím a po vaginálním porodu. Většina respondentek zhodnotila,

že se jejich sexuální nijak nezměnil, nebo se stal dokonce o něco lepší. Dále zde byly popsány důvody vzniklé mateřstvím, které snižují frekvenci pohlavních styků.

Průzkum byl zajímavou zkušeností. Výsledky byly porovnávány se zahraničními studiemi, ačkoliv respondentkami byly ženy z České republiky, proto se mohou výrazně lišit.

7 BIBLIOGRAFIE

CAI, L.; ZHANG, B.; LIN, H.; XING, W. a CHEN, J. *Does vaginal delivery affect postnatal coitus?* Online. International journal of impotence research. 2014, roč. 26, č. 1, s. 24-7. ISSN 14765489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/ijir.2013.25>.

DELGADO-PÉREZ, E.; RODRÍGUEZ-COSTA, I.; VERGARA-PÉREZ, F.; BLANCO-MORALES, M. a TORRES-LACOMBA, M. *Recovering Sexuality after Childbirth. What Strategies Do Women Adopt? A Qualitative Study.* Online. International journal of environmental research and public health. 2022, roč. 19, č. 2. ISSN 16604601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph19020950>.

DJAKOVIĆ, I.; VRANEŠ, H.; VRLJIČAK, M. a KRALJEVIĆ, Z. *Changes in Sex Life after Childbirth.* Online. Psychiatria Danubina. 2019, roč. 31, č. Suppl 5, s. 847-850. ISSN 03535053. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=32160182&scope=site>.

DOMINONI, M.; GRITTI, A.; BERGANTE, C.; PASQUALI, M. F.; SCATIGNO, A. L. et al. *Genital perception and vulvar appearance after childbirth: a cohort analysis of genital body image and sexuality.* Online. Archives of gynecology and obstetrics. 2023, roč. 307, č. 3, s. 813-819. ISSN 14320711. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06826-4>.

DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina; JANÍKOVÁ, Eva a SALOŇOVÁ, Radka, 2019. *Edukace v porodní asistenci.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0836-7.

DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina a MAJDYŠOVÁ, Vladimíra, 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0837-4.

EID, M. A.; SAYED, A.; ABDEL-REHIM, R. a MOSTAFA, T. *Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth.* Online. International journal of impotence research. 2015, roč. 27, č. 3, s. 118-20. ISSN 14765489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/ijir.2015.2>.

FIALA, Luděk a ZVĚŘINA, Jaroslav (ed.), 2019. *Moderní postupy v sexuologii.* První vydání. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5513-0.

GEUENS, Sam; MIVŠEK, Ana Polona a GIANOTTEN, Woet.L., 2023. *Midwifery and Sexuality*. online. Switzerland: Springer International Publishing AG. ISBN 978-3-031-18432-1. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-031-18432-1>. [cit. 2023-04-23].

HÁJEK, Zdeněk; ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel, 2014. *Porodnictví*. 3. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4529-9.

HOSSEINI, L.; IRAN-POUR, E. a SAFARINEJAD, M. R. Sexual function of primiparous women after elective cesarean section and normal vaginal delivery. Online. *Urology journal*. 2012, roč. 9, č. 2, s. 498-504. ISSN 1735546X. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=22641494&scope=site>.

KOLIBA, Peter; WEISS, Petr; NĚMEC, Martin a DIBONOVÁ, Markéta, 2019. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2039-0.

LURIE, S.; AIZENBERG, M.; SULEMA, V.; BOAZ, M.; KOVO, M. et al. *Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study*. Online. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2013, roč. 288, č. 4, s. 785-92. ISSN 14320711. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2846-4>.

LOCHMANNOVÁ, Alena; DIRGA, Lukáš; HENDRYCH LORENZOVÁ, Eva; JANOUŠKOVÁ, Kristina; KROCOVÁ, Jitka et al., 2024. *Porod: péče*. 1. vydání. Plzeň: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-618-7.

PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.

PROCHÁZKA, Martin a PILKA, Radovan, 2018. *Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5322-4.

OLSSON, A.; LUNDQVIST, M.; FAXELID, E. a NISSEN, E. *Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth*. Online. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2005, roč. 19, č. 4, s. 381-7. ISSN 02839318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00357.x>.

- RAHMANI, A.; FALLAHI, A.; ALLAHQOLI, L.; GRYLKA-BAESCHLIN, S. a ALKATOUT, I. *How do new mothers describe their postpartum sexual quality of life? a qualitative study*. Online. BMC women's health. 2023, roč. 23, č. 1, s. 477. ISSN 14726874. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02619-2>.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.
- ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2015. *Sexuologie pro zdravotníky*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-162-9.
- TAKÁCS, Lea a SOBOTKOVÁ, Daniela (ed.); ŠULOVÁ, Lenka, 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
- URBAN, Lukáš, 2022. *Sociologie: klíčová témata a pojmy. 2., dopl. a aktualiz. vyd.* Praha: GRADA. ISBN 978-80-271-3056-6.
- VRZÁČKOVÁ, Petra. *Sexualita v graviditě*. Praktická gynekologie. 2014, 18(2), 142-144. ISSN 1211-6645. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2014-2/sexualita-v-gravidite-48925>
- WEISS, Petr, 2010. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.
- YENIEL, A. O. a PETRI, E. *Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts*. Online. International urogynecology journal. 2014, roč. 25, č. 1, s. 5-14. ISSN 14333023. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2118-7>.

PŘÍLOHY

Příloha 1- Okruhy a otázky k polostrukturovanému rozhovoru	73
--	----

Příloha 1 – Okruhy a otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Základní informace o respondentce:

- 1) Kolik je Vám nyní let?
- 2) Jste vdaná, svobodná nebo žijete s partnerem? Je to stejný muž, se kterým jste byla před těhotenstvím, v průběhu těhotenství, porodu, šestinedělí a po porodu?
- 3) Kolikrát jste byla těhotná?
- 4) Kolikrát jste rodila?

1. Sexuální život před těhotenstvím:

- 1) Byla jste spokojena se svým sexuálním životem před těhotenstvím? Nevyskytovaly se u Vás nějaké problémy? Případně jaké.

2. Sexuální život během těhotenství:

- 1) Byla jste sexuálně aktivní během těhotenství?
 - a) Odpověď **ANO** – Měla jste během pohlavního styku jiné pocity a prožívání než před otěhotněním? Pocítila jste nějakou změnu?
 - b) Odpověď **NE** – Z jakého důvodu jste neměla sexuální styk? Jakým přístup k tomu zaujal Váš partner?

3. Porod:

- 1) Kdy Váš porod probíhal? Poprosím měsíc a rok. Kolikátý to byl Váš porod?
- 2) Začal porod spontánně nebo byl vyvolávaný?
- 3) Kdo byl Váš doprovod u porodu?
- 4) Měla jste sepsané porodní přání? Měla jste pocit, že bylo dodrženo? Co se v něm vyskytovalo?
- 5) Jaké jste měla porodní poranění? Jaké?
- 6) Vyskytly se během porodu nějaké komplikace? Jaké?
- 7) Jak hodnotíte Váš porod? Máte vzpomínky kladné, nebo záporné? Případně vysvětlení proč.
- 8) Máte nějakou zásadní vzpomínku z porodu, kterou máte dodnes v hlavě? Jakou?

9) Jak byste zhodnotila chování zdravotnického personálu k Vám?

10) Jaké pocity jste měla na oddělení šestinedělí?

4. Prožívání šestinedělí:

1) Máte pocit, že během šestinedělí Vám byla dostatečně poskytována pomoc ze strany partnera nebo rodiny? Případně jak, prosím rozveďte.

2) Vyskytly se u Vás nějaké problémy během šestinedělí?

3) Jaký pohled jste měla na své tělo během šestinedělí?

4) Byla jste sexuálně aktivní v průběhu šestinedělí? Pokud ano, co bylo důvodem? Nastaly při styku nějaké problémy? Jaké?

5. Sexuální život po porodu:

1) Kdy asi po porodu jste opět začala sexuálně žít?

2) Jaké jste měla pocity z Vašeho „poprvé“ po porodu?

3) Četla jste nějaké články/knihy, nebo o tom mluvila s kamarádkami? Pomohlo Vám to?

4) Byly nějaké problémy při prvním pohlavním styku po porodu? Pokud ano, jak jste situaci řešila? Kdy začal být sexuální styk bezproblémový?

5) Kdybyste měla porovnat sex před těhotenstvím a po porodu, jak byste jej zhodnotila?