

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Natálie Bořilová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Pohled páru na sexuální život v období těhotenství ženy a po porodu

Bakalářská práce

2025

Natálie Bořilová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Natálie Bořilová**
Osobní číslo: **Z22012**
Studijní program: **B0913P360036 Porodní asistence**
Téma práce: **Pohled páru na sexuální život v období těhotenství ženy a po porodu**
Téma práce anglicky: **The Couple's Perspective on Sexual Life During Pregnancy and After Childbirth**
Zadávací 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 průzkumného 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:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Monika Kopecká**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

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

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem **Pohled páru na sexuální život v období těhotenství ženy a po porodu** 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 30. 4. 2025

Natálie Bořilová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Monice Kopecké za její odborné vedení a cenné rady během psaní této bakalářské práce. Velmi si vážím její ochoty vždy si na mě udělat čas, rychlých odpovědí na mé dotazy a podpory, kterou mi poskytla. Velké díky patří všem informantům, kteří byli ochotni věnovat svůj čas a podělit se o své zkušenosti na tak citlivé téma. Jejich ochota mi velmi pomohla realizovat tuto práci. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, příteli a přátelům za jejich neustálou podporu, trpělivost, motivaci po celou dobu studia.

ANOTACE

Tématem bakalářské práce je pohled páru na sexuální život během těhotenství ženy a po porodu. V teoretické části jsou shrnuty poznatky o lidské sexualitě, reakčním cyklu lidské sexuality, sexuálních změnách u žen a mužů, které těhotenství ženy a porod přináší, psychických i fyzických proměnách u žen a mužů během těhotenství ženy a po porodu. Dále je v této části popsáno prožívání porodu a poporodní komplikace, které se mohou u žen objevit. Poslední kapitola se zaměřuje na roli porodní asistentky při podpoře sexuálního zdraví a intimity během těhotenství a poporodního období. Hlavním cílem práce bylo zjistit u párů, které měly problém se sexualitou v těhotenství a po porodu, jaké faktory sexualitu ovlivňují, a to v porovnání z pohledu žen a mužů.

KLÍČOVÁ SLOVA

sexualita ženy, sexualita muže, těhotenství, porod, role porodní asistentky

TITLE

The couple's perspective on sexual life during pregnancy and after childbirth

ANNOTATION

The topic of this bachelor thesis is the couple's perspective on sexual life during pregnancy and after childbirth. The theoretical part summarizes the findings on human sexuality, the human sexual response cycle, sexual changes in women and men that pregnancy and childbirth bring, as well as the psychological and physical changes in both women and men during pregnancy and after childbirth. This section also describes the experience of childbirth and potential postpartum complications that women may encounter. The final chapter focuses on the role of the midwife in supporting sexual health and intimacy during pregnancy and the postpartum period. The main goal of the research was to identify the factors affecting sexuality in couples experiencing sexual difficulties during pregnancy and after childbirth, comparing the perspectives of both women and men.

KEYWORDS

women's sexuality, men's sexuality, pregnancy, childbirth, role of the midwife

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle práce	14
Teoretická část	15
2 Lidská sexualita	15
2.1 Reakční cyklus lidské sexuality	16
2.2 Sexualita ženy	17
2.2.1 Sexualita ženy v těhotenství	18
2.2.2 Sexualita ženy po porodu.....	19
2.2.3 Sexuální dysfunkce žen po porodu	20
2.3 Sexualita muže	21
2.3.1 Sexualita v těhotenství z pohledu partnera	22
2.3.2 Sexualita po porodu z pohledu partnera	23
3 Psychické změny ženy a muže během těhotenství	25
3.1 Další vlivy ovlivňující psychiku ženy během těhotenství	25
3.2 Couvade syndrom	26
4 Porod jako klíčový moment.....	27
4.1 Prožívání porodu z pohledu žen.....	27
4.2 Přítomnost partnera u porodu	28
5 Porodní poranění a poporodní komplikace.....	30
5.1 Nejčastější poranění měkkých porodních cest.....	30
5.1.1 Poranění hráze (perinea)	30
5.1.2 Poranění vulvy a pochvy.....	31
5.1.3 Poranění hrdla děložního	32
5.1.4 Epiziotomie.....	32
5.2 Poranění pánve.....	33
5.3 Močová inkontinence.....	33

5.4	Anální inkontinence	33
5.5	Prevence porodních poranění.....	34
6	Psychické změny ženy a muže po porodu	37
6.1	Poporodní blues	37
6.2	Poporodní deprese.....	37
6.3	Poporodní psychóza.....	38
6.4	Psychická transformace muže: Přechod z partnera na otce	39
7	Role porodní asistentky při podpoře sexuálního zdraví během těhotenství a poporodní péči 40	
	Výzkumná část.....	41
8	Metodika výzkumné části	41
8.1	Dílčí cíle.....	42
8.2	Charakteristika vzorku	42
8.3	Zpracování dat	45
9	Interpretace výsledků.....	45
9.1.1	Specifické aspekty vnímání u žen.....	45
9.1.2	Specifické aspekty vnímání u mužů	56
10	Diskuze	65
10.1	Shrnutí odpovědí na stanovené otázky výzkumu u žen	65
10.2	Shrnutí odpovědí na stanovené otázky výzkumu u mužů.....	70
10.3	Limitace práce.....	73
11	Závěr	75
11.1	Doporučení pro praxi	76
12	Použitá literatura	77
13	Přílohy.....	88

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Erotogenní zóny zevního genitálu ženy (Koliba, 2019, s.117).....	17
--	----

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Např. například

OASI Obstetric anal sphincter injury

PA porodní asistentka

RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Tzv. takzvaně

WHO World Health Organization

ÚVOD

Sexualita je důležitou součástí v životě každého páru a hraje významnou roli nejen v tělesném uspokojení, ale také ve vzájemné intimitě a citovém propojení, které se v období těhotenství a v poporodním období může značně změnit. (Koliba a kol., 2019)

Těhotenství je období vývoje těla ženy, což vede nejen k fyzickým, ale i psychickým změnám, které mohou mít vliv na vnímání intimního života obou partnerů. Každý pár přistupuje k partnerství a těhotenství s individuálním chováním a představami. (Guens, str. 68, 2024).

Po porodu přichází další náročná etapa, ve které se oba partneři musí vyrovnat s novými situacemi, jako jsou hormonální změny, únava a nové role spojené s rodičovstvím. (Slezáková a kol., 2017). Všechny tyto faktory mohou ovlivnit jejich sexuální život a celkovou dynamiku vztahu.

Navzdory tomu, jak zásadní tyto změny jsou, jedná se o téma, které bývá často přehlíženo nebo tabuizováno. Mnoho párů se setkává s obavami a nejistotami ohledně toho, jak těhotenství a porod ovlivní jejich intimní život, přičemž často chybí dostatečná podpora a informace od zdravotnických odborníků nebo z jejich okolí.

Teoretická část práce se zaměřuje na sexualitu mezi mužem a ženou a její vliv na sexuální život během těhotenství a po porodu. První kapitola vysvětluje lidskou sexualitu, zahrnující fyzické potěšení, emoce a vztahy. Druhá kapitola popisuje reakční cyklus sexuality od vzrušení po orgasmus. Kapitola o sexualitě ženy popisuje, jak těhotenství a porod ovlivňují její sexuální život, včetně tělesných a psychických změn. Kapitola o sexualitě muže se zaměřuje na vliv těhotenství partnerky a porodu na mužskou sexualitu a vztah s jeho partnerkou. Další kapitola se věnuje psychickým změnám u obou partnerů během těhotenství a po porodu. Závěr teoretické části se zaměřuje na porod jako klíčový moment a jeho vliv na sexuální život páru. Na konci je popsána role porodní asistentky, která podporuje sexuální zdraví a pomáhá párům zvládnout změny v intimním životě. Navazující výzkumná část je zaměřena na to, jak se proměňují očekávání, potřeby a skutečné zkušenosti v oblasti intimity během těhotenství a po narození dítěte. Budou zohledněny nejen změny v těle ženy a poporodní rekonvalescence, ale také psychologické faktory, které mohou hrát klíčovou roli, například strach o zdraví dítěte, změna vnímání těla a nové rodičovské role.

Tato práce si proto klade za cíl prozkoumat pohled páru na sexuální život v období těhotenství ženy a po porodu a zjistit, jak se jejich zkušenosti liší z pohledu mužů a žen a přispět k pochopení, jak těhotenství a porod ovlivňují sexuální život párů, ale také poskytnout praktické informace, které by mohly pomoci zdravotnickým pracovníkům lépe podporovat páry v tomto citlivém období.

1 CÍLE PRÁCE

Teoretický cíl:

Teoretickým cílem této bakalářské práce je popsání a shrnutí problematiky sexuálního života během těhotenství a po porodu z pohledu mužů i žen, s důrazem na psychické a emocionální změny, kterým oba partneři v těchto obdobích procházejí.

Hlavní výzkumný cíl:

Zjistit u párů, které měly problém se sexualitou v těhotenství a po porodu, jaké faktory sexualitu ovlivňují, a to v porovnání z pohledu žen a mužů.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jak ženy a muži subjektivně vnímají změny v sexuálním životě v období těhotenství a po porodu.
2. Zjistit, zda má průběh porodu vliv na sexuální život páru.
3. Zjistit, co párům pomáhá při řešení problémů v sexuálním životě.

TEORETICKÁ ČÁST

2 LIDSKÁ SEXUALITA

Sexualita, jak ji popisuje Světová zdravotnická organizace, je komplexním spojením tělesných, citových, rozumových a společenských aspektů. Nejde jen o samotný fyzický prožitek, ale také o to, jak nás obohacuje jako osobnosti, zlepšuje naše vztahy s ostatními a rozvíjí schopnost vnímat a pečovat o sebe sama. (Šídová, 2018)

Je základem pro tvorbu identity jedince a jsou jí ovlivněny společenské postoje, sexuální chování a celkové fungování člověka. Vyjadřuje se prostřednictvím myšlenek, tužeb, postojů, fantazií, hodnot, rolí a praktik. (Ventriglio, 2019)

Sexuální chování zahrnuje projevy, které souvisí s reprodukcí, fyzickým potěšením a intimitou, jako je například blízkost mezi lidmi a pohlavní styk. Patří sem také autoerotika, tedy sebepotěšení, nebo pocity lásky a přitažlivosti. V běžné řeči se pojem sexualita často odkazuje jen na témata spojená s pohlavními orgány a orgasmem, lidově sexem. Odborníci z psychologie a medicíny se ale většinou zaměřují na ty stránky sexuality, které jsou pro společnost nejdůležitější, zejména reprodukční, která je důležitá pro zachování lidského rodu a sexuálního chování. (Štěrbová, 2021)

Přesto se v posledních letech začíná klást větší důraz i na pozitivní aspekty sexuality, jako je sexuální spokojenost a celkový pocit pohody. Sexuální spokojenost je jedním z hlavních prvků pozitivní sexuality a hraje klíčovou roli při hodnocení sexuálních zážitků, které jsou velmi důležité nejen pro jednotlivce, ale i pro zdravý vztah mezi mužem a ženou, protože lepší fyzické a psychické zdraví často vede k větší spokojenosti jak v osobním, tak partnerském životě. (Andreoli, 2024)

Kvalitu sexuálního života ovlivňuje celá řada faktorů. Patří mezi ně například rodinný stav, etnický původ, rasa, sociální postavení, podpora od rodiny a přátel, a také zaměstnání a úroveň vzdělávání. Kromě toho mohou na sexuální zdraví a kvalitu mít vliv různé nemoci, lékařské nebo chirurgické zákroky, problémy s plodností, gynekologické obtíže nebo nádorová onemocnění, ale i změny v rodinném životě či domácí násilí. Mezi další faktory patří přirozené tělesné změny, jako jsou menstruace, těhotenství, porod, kojení, menopauza nebo stárnutí. U žen během těhotenství mohou sexuální život ovlivnit jak předchozí nemoci a těhotenství, tak i pokročilost těhotenství

samotného. Emoční proměny a psychologické dopady těchto fyzických změn jsou dalším důležitým faktorem, který na sexuální život působí. (Cavus, 2019)

2.1 Reakční cyklus lidské sexuality

Lidský sexuální reakční cyklus popisuje, jaké změny se v těle dějí na fyzické, psychické a emocionální úrovni, když se člověk vzruší a věnuje se sexuální aktivitě. Moderní modely tohoto cyklu obvykle zahrnují fáze sexuální touhy, vzrušení a vyvrcholení. (Rowland, 2017, s.2)

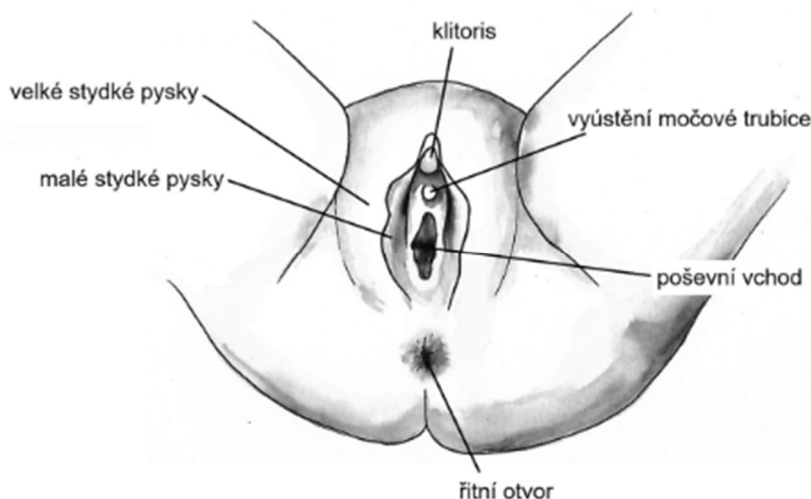
Sexuální touha, potřeba nebo chtíč jsou jedny z různých důvodů, proč ženy zahajují nebo souhlasí se sexuálním stykem. Podle Yeunga a kol. (2016) ženy uvádějí spouštěče sexuální touhy, jako je emocionální blízkost, erotika, romantika a fyzická přítomnost partnera. Je však obtížné jasně oddělit touhu a vzrušení jako dvě odlišné věci, protože touha ne vždy předchází vzrušení. Někdy může být touha na začátku sexuální aktivity nepřítomná a projevit se až během samotného aktu. Muži uvádějí jako spouštěč sexuální touhy pouze smyslové podněty, například čichový, hmatový nebo zrakový.

Druhá fáze, tedy vzrušení, nastává, když tělo fyzicky reaguje na sexuální podněty. Projevuje se zvýšením srdečního tepu, rychlejším dýcháním a vyšším krevním tlakem. Kromě toho se zvyšuje svalové napětí, cévy se naplňují krví a bradavky mohou ztuhnout nebo se vztyčit. Kůže může také začervenat. U žen se díky přívalu krve zvětšuje klitoris, stydké pysky a děloha, která se lehce zvedá, a v této fázi začíná vaginální lubrikace. U mužů příval krve způsobuje erekci penisu, zvětšení varlat a šourek se stahuje blíže k tělu. (Rowland, 2017, s.2)

Pokud dojde k překrvení erotogenních orgánů, často to přinese příjemné pocity v oblasti genitálií, což vede k dosažení určitého stupně vzrušení, až k orgasmu, který je třetí fází sexuálního cyklu. (Arias-Castillo a kol., 2023) Během orgasmu dochází k překrvení prsou, které se zvětší, a bradavky ztuhnou. Kromě toho se zrychlí dýchání, srdce začne bít rychleji a někdy může dojít i k zarudnutí obličeje, krku nebo hrudníku. Orgasmus je také spojen s intenzivními emocemi. Na rozdíl od mužů, kteří po orgasmu procházejí klidovou fází, kdy nejsou schopni dalšího vzrušení, mohou ženy pokračovat v sexuální stimulaci a dosáhnout dalších orgasmů. Některé ženy mohou zažít více orgasmů po sobě, protože jejich sexuální vzrušení zůstává bezprostředně po orgasmu na vysoké úrovni. (Šrámková, 2015)

2.2 Sexualita ženy

Ženy mají mnoho citlivých míst na svém těle, která jim mohou přinášet vzrušení. Mezi nejčastější patří klitoris, pochva, malé a velké stydké pysky, prsa a bradavky, bod G (velmi citlivá oblast ženské pochvy) a také děložní čípek. Další citlivé oblasti u žen zahrnují například rty, oblast krku a šíje, ušní lalůčky, hýždě, hráz, břicho a oblast podbřišku. Tyto části těla reagují na stimulaci a mohou přispívat k sexuálnímu vzrušení. Těchto míst, vyvolávajících sexuální vzrušení, existuje celá řada a u každé ženy se vzrušení vyvolá stimulací něčeho jiného. Některým ženám stačí pouhé sluchové nebo zrakové podněty např. čtení knihy nebo sledování videí. (Koliba, 2019, s. 117)



Obrázek 1 - Erotogenní zóny zevního genitálu ženy (Koliba, 2019, s.117)

Při sexuálním vzrušení a orgasmu tělo uvolňuje tzv. koktejl hormonů, které ovlivňují naše emoce a fyzické reakce. Patří sem fenylethylamin, který nám pomáhá uvolnit stres a přináší pocit štěstí. Oxytocin, často nazývaný jako hormon lásky, posiluje pouto mezi partnery a způsobuje stahy dělohy. Jeho hladina dosahuje vrcholu během orgasmu a posiluje produkci dalších hormonů. Dopamin, hormon odměny, navozuje pocit radosti a odstraňuje stres, ale jeho rychlý pokles po sexu může způsobit pocit vyčerpání. (Wilhelmová, 2021)

Kromě toho se při orgasmu také uvolňují estrogeny, které při zvýšené koncentraci u žen navíc zvyšují touhu po mužských signálech, jako jsou vůně a maskulinní rysy.

Ženy mají tendenci vnímat muže s vyššími hladinami androgenů (skupina hormonů objevující se ve vyšší koncentraci u mužů) jako atraktivnější. Oba hormony, testosteron i estrogen, hrají důležitou roli v ženské sexuální touze a uspokojení. (Trávník, 2022)

Podílí se i noradrenalin, který zvyšuje energii a odstraňuje únavu, zatímco endorfiny, uvolňované při orgasmu, nám přináší pocity euforie a snížení vnímání bolesti. Prolaktin, uvolňovaný při orgasmu, posiluje emocionální spojení k partnerovi a zvyšuje pocit naplnění. (Wilhelmová, 2021)

2.2.1 Sexualita ženy v těhotenství

Těhotné ženy často přemýšlejí o tom, jestli je během těhotenství bezpečné mít sex. Může to vést k potratu? Mohlo by to nějak ublížit nenarozenému dítěti? A jsou nějaké sexuální polohy, kterým by se měly raději vyhnout? (Taylor, 2023)

Sexuální chování během těhotenství ovlivňuje několik faktorů, jako jsou emoce, hormony, psychosociální okolnosti a změny v těle, a tyto faktory se liší v průběhu jednotlivých trimestrů. Zajímavé je, že ženy, které ještě nerodily, mají během těhotenství obvykle méně sexu než před těhotenstvím, zatímco u žen, které už rodily, nedochází k takovým změnám v četnosti sexuálních aktivit. (Fuchs, 2019)

V prvním trimestru těhotenství, které trvá do 12. týdne, mohou některé ženy po orgasmu pociťovat křeče v břiše a bolesti v kříži. Děloha je v této fázi těhotenství citlivější na stimulaci. V tomto období je zájem žen o sex obvykle nižší. Tento jev je především ovlivněn problémy typickými pro první trimestr, jako je bolest prsou, únava, zvracení a nevolnost, změny nálady a obava, že by sexuální styk mohl poškodit embryo nebo způsobit potrat. (Makara-Studzińska, 2015)

Ve druhém trimestru těhotenství, mezi 13. a 26. týdnem, dochází obvykle k častějšímu pohlavnímu styku. Většina studií ukazuje, že sexuální funkce se zlepšuje, protože se ženy cítí lépe, mají méně tělesných obtíží a získávají větší sebevědomí. Zvýšené prokrvení pohlavních orgánů a lepší zvlhčení vaginálních stěn přispívají k větší spokojenosti. (Fuchs, 2019)

Ve třetím trimestru těhotenství, trvajícím v období od 26. týdne až do porodu, dochází k mnoha změnám v těle ženy, které mohou snížit její chuť na sex a sexuální aktivitu. Zvětšující se břicho, rostoucí váha dítěte, únava, stres a obavy z blížícího se porodu

často vedou k tomu, že sex není pro ženy tak přitažlivý nebo ho úplně odmítají. (Erbil, 2017)

V posledních týdnech těhotenství se ženy obávají, že by ejakulace do pochvy během pohlavního styku mohla způsobit děložní stahy nebo prasknutí plodových obalů s následným odtokem plodové vody, což vede k předčasnému porodu. V případě, že si jsou těchto rizik vědomi, může dojít k ovlivnění jejich rozhodnutí, jestli v těhotenství pokračovat v sexuální aktivitě, nebo ji raději vynechat. (Staruch, 2016) Výjimkou mohou být ženy, které přenášejí a chtějí vyvolat porod. Někteří lékaři se domnívají, že prostaglandiny obsažené ve spermatu mohou skutečně spustit porod u těhotenství, které je na konci nebo po termínu. (Taylor, 2023)

Zatímco u některých žen se stává, že jim trvalo delší dobu, než otěhotněly, a mají proto obavy, že by pohlavním stykem mohly ohrozit své dítě, jiné ženy se kvůli fyzickým změnám v těhotenství mohou cítit méně atraktivní a obávat se, že jejich partner už je nepovažuje za přitažlivé, což může negativně ovlivnit jejich sexuální život. V opačném případě jsou ženy, které mohou vnímat rostoucí břicho jako něco nového a vzrušujícího, co jejich sexuální touhu dokonce posiluje. (Slezáková, 2017, str. 459)

Co se týče sexuálních poloh během těhotenství z pohledu žen, jsou stále oblíbené takové polohy, u kterých nad sebou neztrácejí kontrolu, jako je například pozice, kdy je žena na partnerovi, leží vedle partnera nebo zezadu na všech čtyřech. I když se sexuální polohy mohou měnit během různých fází těhotenství, poloha misionáře (kdy je muž nahoře) je stále velmi populární. (Grussu a kol., 2021)

2.2.2 Sexualita ženy po porodu

Období po porodu pro ženu znamená přizpůsobení se novým situacím, včetně změn v sexuálním životě. Po porodu ženy zažívají různé fyzické, emocionální a vztahové změny, které ovlivňují jejich sexuální život. Z lékařského hlediska se poporodní období považuje za dobu, kdy se reprodukční orgány vracejí do stavu před těhotenstvím, což trvá přibližně šest týdnů. (Delgado-Pérez a kol., 2022)

Žena by se měla během šestinedělí vyhnout pohlavnímu styku kvůli hygieně, hojení porodních poranění a prevenci infekce, protože tkáně porodních cest ještě nejsou plně zregenerované. (Bašková, 2015, s. 357-361)

Citové naplnění v partnerském vztahu, prožívání sexu a intimity s partnerem může být u žen po narození dítěte ovlivněno ještě dlouhou dobu. (McDonald a kol., 2017)

Stres, vyčerpání, obavy a vnímání svého těla po porodu také velice významně ovlivňují sexuální touhu a vzrušení, stejně tak, jako nedostatek času na sebe a intimitu s partnerem. (Delgado-Pérez a kol., 2022)

Ženy často odkládají návrat k sexuálnímu životu, protože se na to kvůli probíhajícím změnám ještě necítí připravené a vracejí se k němu mezi třetím a šestým měsícem po porodu. Mnoho z nich však zažívá alespoň jeden sexuální problém. (Delgado-Pérez a kol., 2022)

Dříve zdravotníci nevěnovali sexuálnímu zdraví po porodu dostatečnou pozornost, ale v poslední době se o tento aspekt poporodní péče začíná zajímat více odborné literatury. Stanovit, co přesně je optimální sexuální aktivita po porodu, je velmi obtížné. Dle Škodiče-Zakšeka (2015) většina sexuálních problémů obvykle vymizí do jednoho roku po porodu.

Nejčastější oblasti, které novopečené matky trápí v obnovení sexuální aktivity, je strach z bolesti při pohlavním styku a nesoulad v sexuální touze s partnerem. (O'Malley, 2022) Poporodní období je pro ženy náročné, což přináší různé překážky.

2.2.3 Sexuální dysfunkce žen po porodu

Sexuální dysfunkce patří mezi nejčastější problém, který negativně ovlivňuje celkovou pohodu a kvalitu života žen. Tento důležitý aspekt života je ovlivněn řadou klinických a psychosociálních faktorů. (Gutzeit, 2019)

Bolest při pohlavním styku, známá jako dyspareunie, je častým problémem spojeným s porodem. Mnoho žen uvádí, že při prvním sexu po porodu cítily bolest. K hlavním příčinám dyspareunie patří poranění hráze, epiziotomie (nástřih hráze), nadměrné napětí svalů pánevního dna a vaginální suchost. (Novo, 2019)

Vaginismus je dle Holandy (2014) druhou nejčastější příčinou sexuální dysfunkce. Jedná se o stav, při kterém je jakákoli forma vaginálního proniknutí – například zavedení tamponu, prstu, dilatátoru, gynekologické vyšetření nebo pohlavní styk – často bolestivá, nebo dokonce nemožná. Tato porucha spojuje vaginismus a dyspareunii do jedné kategorie. Vaginismus je psychologická porucha, projevující se

strachem a úzkostí z bolesti spojenou s průnikem při pohlavním styku, a zároveň fyzická porucha s vaginálními křečemi. (Pacik a kol., 2017)

Také vaginální suchost, nedostatečná lubrikace a vzrušení, se nejčastěji vyskytují u kojících žen a jsou způsobeny hormonálními změnami, kdy vyšší hladiny prolaktinu snižují produkci androgenů a estrogeneru, což nepříznivě ovlivňuje vaginální lubrikaci a sexuální touhu. (Matthies a kol., 2019)

Nedostatek nebo absence sexuální touhy po sexuální aktivitě, označovaná jako dysfunkce touhy, je třetí nejčastější sexuální dysfunkcí, což může souviset se změnou sebezpečí a mateřstvím. Studie ukazují, že polovina žen zaznamená změny v libidu v prvním trimestru těhotenství, přičemž v posledním trimestru dochází k výraznému zhoršení, které dosahuje až do období po porodu. (Holanda, 2014)

Mezi další sexuální dysfunkce žen po porodu řadíme dysfunkce pánevního dna, což znamená, že svaly pánevního dna, které tvoří měkké tkáně a podpírají pánevní orgány (močová trubice, pochva a anální kanál) jsou oslabeny a nedokážou plně tyto orgány podporovat, což vede k potížím s udržením moči nebo stolice. Studie naznačují, že vaginální porod je spojen s vyšší mírou močové nebo fekální inkontinence než u žen, které podstoupily císařský řez. Močová a fekální inkontinence má výrazný dopad na zhoršenou sexuální aktivitu po porodu. (Zakšek, 2015)

2.3 Sexualita muže

Ztopořený penis u muže symbolizuje mužnost, přirozenou dominanci a zdraví. Schopnost kdykoliv dosáhnout erekce je důležitá pro mužské sebevědomí. Z fyziologického hlediska jde o reflex, který je spuštěn při dotykové (reflexní) nebo psychologické stimulaci. (Šrámková, 2015, s. 29)

Muži se obvykle vzruší mnohem rychleji než ženy. Existuje mnoho různých podnětů, které k tomu mohou přispět: vizuální (například pohled na nahou ženu, erotické filmy, spodní prádlo...), hmatové (doteky, objímání, tření, hlazení...), sluchové (příjemný hlas, rozhovory na téma sexu...), chuťové (polibky), čichové (vůně ženského těla, intimních partií nebo parfému) nebo i erotická fantazie. Na rozdíl od žen, pro muže jde spíše o tělesný akt. (Koliba, 2019)

Studie vedená Doschem a kol. (2016) se zaměřila na to, jak může všímavost nebo představitivost ovlivnit sexuální touhu a aktivitu mužů, přičemž sledovala jejich

spokojenost a četnost pohlavního styku. Výsledky ukázaly, že věnování pozornosti přítomnému okamžiku, tedy zaměření se na vnitřní a vnější podněty během sexuální aktivity, může pozitivně ovlivnit jejich prožitek. Tento přístup pomáhá zvyšovat sexuální vzrušení, podporuje touhu a přináší větší spokojenost v intimním životě.

Stejně jako ženy, i muže ovlivňují hormony při sexuálních aktivitách a chování, přičemž testosteron, oxytocin, vazopresin, serotonin, dopamin a noradrenalin každý svým způsobem přispívají k prožívání vzrušení, atraktivity a vzájemného pouta s partnerkou (Trávník, 2022).

U mužů podporuje testosteron chování, které napomáhá přiblížení k preferovanému pohlaví – například více očních kontaktů a snahu o lepší sebe prezentaci. Znamky maskulinity, které závisí na hladině testosteronu, jsou pro ženy atraktivní (Trávník, 2022).

Oxytocin je zase hormon, který podporuje důvěru a prosociální chování. Když se mužům aktivuje oxytocin, jejich partnerky jim připadají atraktivnější, což naznačuje, že oxytocin hraje roli při vytváření touhy s partnerkou (Trávník, 2022).

Hladiny vazopresinu se u mužů zvyšují během sexuálního vzrušení, a to spolu s kortizolem, který spouští mírnou stresovou reakci – to pomáhá mužům být v pohotovosti, aby využili příležitost ke styku (Trávník, 2022).

Serotonin má vliv na cévy pohlavních orgánů: může buď rozšiřovat, nebo zužovat cévy, což ovlivňuje proudění krve. V mozku serotonin působí tlumivě na erekci, lubrikaci a sexuální zájem (Trávník, 2022).

Dopamin v malém množství podporuje sexuální reflexy, ve střední koncentraci erekci a sexuální chování, a ve vysoké způsobuje ejakulaci a tlumí erekci (Trávník, 2022).

Noradrenalin zvyšuje pozornost a vzrušení a adrenergní vlákna udržují penis v klidovém stavu (Trávník, 2022).

2.3.1 Sexualita v těhotenství z pohledu partnera

Mezi muži a jejich partnerkami nejsou dle Jawed-Wessel a kol. (2017) významné rozdíly v přístupu k sexuálním aktivitám během těhotenství. U mužů jsou však obavy z pohlavního styku častější než u žen. Většina mužů má obavy, že pohlavní styk může poškodit plod nebo způsobit potrat.

S postupujícím těhotenstvím, mužská touha po sexu s partnerkou často klesá. To může být způsobeno tím, že někteří muži začínají vnímat svou partnerku jako méně atraktivní kvůli změnám na jejím těle, například rostoucímu břichu, otokům nebo prokrvení genitálií, tmavším prsním dvorcům nebo tmavé linii na břicho. Někteří muži také mohou mít pocit, že je plod „vetřelcem“ ve vztahu nebo jakousi třetí osobou, což může při sexu vyvolávat nepříjemné pocity. Navíc se v průběhu těhotenství mění role ve vztahu a muži mohou začít svou partnerku vnímat více jako matku než jako objekt sexuální touhy. (Fernández-Carrasco a kol., 2020)

Pro budoucí otce je pokles frekvence pohlavního styku důležitým tématem, které může ovlivňovat jejich vztah s partnerkou. Někteří muži se mohou cítit provinile, když přiznávají, že by od partnerky očekávali více intimity, přestože si uvědomují, že partnerka trpí různými obtížemi spojenými s těhotenstvím. Frekvence sexuálního styku však není jediným prvkem, který přispívá k jejich sexuální spokojenosti. Pokud se sexuální aktivita během těhotenství sníží, mohou tuto změnu často vyvážit projevy větší náklonnosti něhy a blízkosti, jako je líbání, objímání a hlazení, které mohou posílit jejich emocionální propojení s partnerkou a udržet intimitu ve vztahu. (Guens a kol., 2024, s. 264)

2.3.2 Sexualita po porodu z pohledu partnera

Během těhotenství se frekvence většiny společných sexuálních aktivit snižuje, v prvních třech měsících po porodu dokonce téměř úplně vymizí, a poté se postupně začíná opět zvyšovat. Ve studii Guense a kol. (2024) zhruba 20 % mužů hlásí sníženou sexuální odezvu v období 6 až 12 měsíců po narození dítěte. Většina mužů získává sexuální touhu zpět po dvou měsících po porodu. Muži často cítí obavy, aby při prvním pohlavním styku po porodu partnerce neublížili. Mají starost o hojení případných porodních poranění a zdůrazňují, že je pro ně důležité, aby se žena cítila opět pohodlně, než obnoví sexuální aktivitu. Také uvádějí, že únavu a přerušovaný spánek kvůli péči o dítě vnímají jako faktory ovlivňující jejich sexuální život po porodu.

Kojení může u ženy omezit prostor pro intimní chvíle s manželem, což může vést k tomu, že její tělo je vnímáno spíše jako zdroj výživy pro dítě než jako prostředek k vyjádření potěšení. Někteří muži mohou po narození dítěte zažívat odpor k sexu, což je druh "existenciální úzkosti". Tento stav může pramenit z pocitu viny, že svou partnerku vystavili riziku během porodu, a také z jejich morálního závazku být jí

oporou v této náročné době. Novopečení otcové většinou respektují potřebu partnerky dát si s intimitou čas, ale zároveň potřebují ujištění, že to není trvalý stav. Někteří otcové mohou mít pocity ztráty či osamocení, protože vnímají, že se teď o pozornost své partnerky dělí s dítětem a snaží se do tohoto nového „spojenectví“ zapojit. Pokud však projeví zájem o sexuální aktivitu a jsou odmítnuti, mohou se cítit ještě více izolovaní. V takových situacích se někteří muži stahují z domácího prostředí a věnují svůj čas raději práci nebo sportovním aktivitám. (Serrano-Drozdowskyj et al., 2020)

Ačkoli, podle výzkumu Baldwina a kol. (2018, s. 2140), muži tyto změny vnímají, většinou je neberou jako hlavní negativum a ocenili by, kdyby o těchto změnách věděli již před porodem. Tím by se mohli lépe připravit a vědět, co mohou v této nové životní fázi očekávat.

3 PSYCHICKÉ ZMĚNY ŽENY A MUŽE BĚHEM TĚHOTENSTVÍ

Během těhotenství dochází také k významným změnám v psychice ženy. Budoucí matka se připravuje na novou životní roli, kterou je mateřství. Tyto psychické změny jsou ovlivňovány jak fyzickými proměnami těla, tak i sociálními a ekonomickými faktory. Jejich intenzita se liší v závislosti na osobnosti ženy a podpoře jejího okolí. Z psychologického pohledu lze těhotenství rozdělit na jednotlivé trimestry.

V **prvním trimestru** se žena zaměřuje především na sebe a své tělo, hledá potvrzení, že je skutečně těhotná.

Druhý trimestr je často obdobím, kdy si žena těhotenství plně uvědomuje a cítí se dobře jak fyzicky, tak psychicky. Důležitým úkolem v této fázi je přijetí dítěte jako samostatné bytosti. Na přelomu druhého a třetího trimestru může žena zažívat obavy z předčasného porodu, cítit strach a zranitelnost, a mít obavy o výsledek těhotenství i nadcházející porod.

Ve **třetím trimestru** se pak zaměřuje na přípravu na porod a na příchod nového člena rodiny.

Psychické změny však nezasahují pouze těhotné ženy. Významně ovlivňují také jejich partnery – budoucí otce – a často i další blízké členy rodiny. (Procházka, 2020, s. 195)

3.1 Další vlivy ovlivňující psychiku ženy během těhotenství

Věk – Mladé ženy nemusí být ještě dostatečně fyzicky ani psychicky zralé nebo nemají dostatečné zkušenosti, aby zvládaly náročné životní situace. Často nemají určené životní priority, což může vést k pocitům selhání a nejistoty. (Machurová, 2024, s. 13)

Naopak některé ženy v pokročilejším věku vnímají těhotenství jako způsob, jak si potvrdit svou ženskou hodnotu. Starší ženy obvykle mají více životních zkušeností, jasnější životní priority a vyšší sebevědomí. Přesto se těhotenství po 35. roce věku často pojí s většími obavami, úzkostí a strachem z možného neúspěchu, zejména pokud jde o jejich první těhotenství. (Machurová, 2024, s. 13)

Komplikace během těhotenství – Jakékoli komplikace během těhotenství u ženy, která si dítě přeje, mohou vyvolat stres, nejistotu, strach a úzkost. Nejvíce zatěžující jsou situace, kdy hrozí potrat nebo předčasný porod, což často vyžaduje hospitalizaci.

Pobyt v nemocnici může být pro ženu psychicky, emočně i sociálně náročný, protože narušuje její každodenní zvyklosti a rutinu. (Ratislavová, 2008)

Sociální status – Vyšší míra psychosociální podpory v těhotenství také snižuje riziko předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti dítěte. Zvláště podpora od otce dítěte může zmírnit dopad dlouhodobého stresu a tím snížit pravděpodobnost předčasného porodu. Kvalitní sociální vztahy mají pozitivní vliv na fyzickou i psychickou pohodu těhotné ženy, protože jí poskytují oporu a zdroje, které jí pomáhají zvládat náročnost těhotenství. Taková podpora je klíčová nejen pro matku, ale i pro zdravý vývoj plodu. (Wilhelmová a kol., 2021)

Ekonomický status – Těhotenství s sebou zároveň přináší i změny v ekonomické situaci ženy. Velká část obav a úzkostí, které těhotné ženy zažívají, souvisí právě s finančními otázkami a pracovními záležitostmi. Mnoho žen v tomto období také přehodnocuje své životní priority a mění pohled na důležitost různých aspektů svého života. (Wilhelmová a kol., 2021)

3.2 Couvade syndrom

Couvade syndrom, známý také jako "syndrom těhotného otce," označuje stav, kdy nastávající otec začíná zažívat podobné příznaky jako jeho těhotná partnerka. Mezi fyzické obtíže, které se mohou objevit, patří ranní nevolnosti, zvracení, bolesti břicha, zubů, změny chuti k jídlu, problémy se spánkem, bolesti prsou, bolest hlavy, pálení žáhy, nadýmání, dýchací obtíže, křeče v nohách, bolesti zad nebo podráždění močových cest. Někdy muži také hlásí zvýšenou chuť k jídlu, což může vést k přibírání na váze, nebo naopak ztrátu chuti k jídlu. (Vodičková, 2024)

Kromě fyzických projevů se můžou objevit i psychické příznaky, jako je úzkost, deprese, podrážděnost, nervozita, nespavost, snížené libido či celkový pocit neklidu. Tyto symptomy často zahrnují také zvýšenou citlivost nebo emoční nestabilitu, která bývá spojována se zvýšenou mírou stresu nebo empatickým prožíváním partnerčina těhotenství. (Vodičková, 2024)

Příznaky obvykle vrcholí v prvním a třetím trimestru těhotenství a odeznívají v období po porodu. Ačkoli dle Chase a kolektivu (2021) Couvadeho syndrom postihuje všechny rasy a socioekonomické třídy, častěji se vyskytuje u etnických menšin a u mužů, kteří neplánovali těhotenství.

4 POROD JAKO KLÍČOVÝ MOMENT

„Nikdy mě nepřestává fascinovat moudrost a dokonalá tvořivá schopnost ženského lůna a s ním spojený zázrak okamžiku zrození. Představují naplnění univerzálního plánu stvoření. Jsou to posvátné a respektu hodné chvíle...“ - Radka Wilhelmová

Z čistě fyziologického hlediska lze porod popsat jako proces, při kterém plod, společně s placentou a plodovými obaly, prochází porodními cestami a opouští tělo matky. Klíčovou roli při zahájení porodu a udržování děložních kontrakcí hraje myometrium (svalová vrstva dělohy), decidua (sliznice dělohy), plod, placenta a plodové obaly. Cílem celého procesu je dosažení hladkého průběhu porodu bez ohrožení zdraví matky či dítěte. (Wilhelmová a kol., 2021)

4.1 Prožívání porodu z pohledu žen

Příchod dítěte na svět je jedním z nejnáročnějších a nejvýznamnějších momentů v životě ženy. Porod představuje proces, který ovlivňuje nejen tělo, ale také mysl a emoce rodičky. Každá žena jej prožívá jinak, protože jeho průběh a dopad jsou ovlivněny jak vnějšími okolnostmi, tak vnitřními faktory, jako je její povaha, fyzický stav, životní zkušenosti a podpora okolí. (Pichová, 2024)

Porod není jen fyzickým aktem, ale komplexním zážitkem, který v sobě zahrnuje intenzivní emocionální, psychologické, sociální, kulturní i duchovní prvky. Tyto dimenze se vzájemně prolínají a utvářejí jedinečný prožitek každé ženy. Porod má nejen okamžitý vliv na zdraví matky i dítěte, ale také dlouhodobé dopady na jejich psychickou pohodu, vztahy a celkové životní nastavení. (Pichová, 2024)

Jak žena porod zvládne, záleží na mnoha faktorech, včetně její osobní odolnosti a sociální podpory. Překonání této náročné situace může ženě přinést pocit hrdosti, sebedůvěry a posílení vlastní identity. Naopak, pokud má pocit, že situaci nezvládla, může to negativně ovlivnit její sebevímání a emocionální pohodu. (Pichová, 2024)

Zkušenost z porodu tedy formuje nejen ženu samotnou, ale také její pohled na mateřství a partnerský vztah. Zároveň se jedná o okamžik, který může mít dlouhodobé fyzické, psychické i sociální důsledky, ovlivňující zdraví a pohodu matky i dítěte ještě dlouho po samotném porodu. (Pichová, 2024)

Ve studii Olza a kol. (2018) popsalo 94 žen své pocity u porodu v momentu, kdy zesílily kontrakce a bolest. Ženy cítily potřebu plně se soustředit na průběh porodu a

vyhledávaly podporu od blízkých osob. Bylo pro ně zásadní být na místě, kde se mohly plně oddat svým emocím a vnímání toho, co právě prožívají. Bolest braly jako přirozenou součást porodu a snažily se s ní pracovat.

Ve fázi tlačení se ženy stávají aktivnějšími a jejich vnímání celého procesu se výrazně mění. Tato část porodu bývá popisována jako okamžik intenzivního soustředění a zapojení. Tlačení je pro mnohé ženy vrcholem fyzické i psychické náročnosti porodu, ale zároveň představuje fázi, která přináší pocit blížícího se završení a uvolnění. Tato zkušenost je hluboce osobní a odráží individuální vnímání každé ženy během porodu. (Olza a kol., 2018)

4.2 Přítomnost partnera u porodu

Porod byl od nepaměti doménou žen a odehrával se v jejich kruhu. Přítomnost otce u porodu byla v minulosti výjimečná a přicházela v úvahu pouze v případech, kdy nebyla po ruce žádná žena, která by mohla rodičce pomoci. Koncept „partnerství u porodu“ se zrodil v 60. letech 20. století ve Spojených státech. Jeho přínosy zahrnovaly pozitivní vliv na průběh porodu, posílení rodinných vztahů a vytvoření časného pouta mezi otcem a dítětem. Díky úspěšnému přijetí tohoto modelu v USA se postupně rozšířil i do dalších zemí. V Československu se partner poprvé zúčastnil porodu ve znojenské nemocnici v roce 1984. Od té doby se situace výrazně změnila a dnes je přítomnost otce u porodu běžnou součástí porodní péče. (Rohrerová, 2014)

Role partnera během porodu zahrnuje poskytování útěchy a ochrany – například tím, že působí jako zprostředkovatelé komunikace mezi ženou a zdravotnickým personálem, čímž poskytují i informační podporu. (Schmitt a kol., 2022)

Pro většinu nastávajících otců je porodní sál neznámým a často nepříliš komfortním prostředím. Ocítají se v situaci, kde slyší křik rodících žen, vnímají nepříjemné pachy a někdy narazí na nevlídné chování zdravotnického personálu. Zároveň je může velmi stresovat pohled na partnerku, která prochází bolestivým a náročným zážitkem. (Rohrerová, 2014)

Dle Schmitta a kol. (2022) většina mužů vnímá svou přítomnost u porodu jako důležitou a užitečnou, přičemž cítí, že poskytují podporu rodící ženě. Často přispívají fyzickou podporou, pomáhají ženě měnit polohy, usnadňují pohyb nebo poskytují masáže. Naopak jiní muži v těchto studiích se cítí bezmocní a mají pocit, že nedokážou naplnit potřeby partnerky nebo jí dostatečně pomoci. Vnímají svou roli jako nejistou

– chtějí být aktivní součástí procesu a vnímat se jako rovnocenní členové „porodního týmu“, ale často se cítí spíše na okraji dění. Někteří muži svou úlohu vnímají pouze jako „být přítomen“, zatímco jiní by se rádi více zapojili, ale mají pocit, že nemají prostor nebo že spíše překáží.

Naprostá většina otců ve studii Vischera a kol. (2020) uvedla, že by se znovu rozhodli být přítomni u porodu, což ukazuje na hluboký význam této zkušenosti. Pouze 3,77 % by se raději porodu znovu neúčastnilo. Otcové často doporučují nastávajícím otcům být u porodu, protože podle jejich názoru se jen těžko najde jiná životní událost, která by pro otce měla podobně silný formativní vliv.

Najít svou roli během porodu může být pro otce náročné, bez ohledu na prostředí či přístup personálu.

5 PORODNÍ PORANĚNÍ A POPORODNÍ KOMPLIKACE

Porod je přirozený proces, avšak je důležité mít na paměti, že může dojít k různým poraněním. Tato poranění mohou být způsobena jak faktory spojenými s matkou, tak s dítětem. Mezi rizikové faktory u matek patří například vyšší věk, přítomnost zánětu v porodních cestách nebo zvýšená elasticita hráze. Na straně dítěte se jako rizikové faktory obvykle uvádějí instrumentální porody (např. použití kleští) a rychlý porod. K poranění může dojít nejen na vnějších, ale i vnitřních rodidlech, a také na močovém měchýři, močové trubici či konečníku. Je zásadní, aby lékaři a porodní asistentky věnovali pozornost ošetření těchto poranění. Pokud je ošetření provedeno správně a důkladně, lze předejít vážným následkům, jako jsou problémy s funkcí pohlavních orgánů, inkontinence nebo sexuální dysfunkce. (Procházka, 2020, s. 439)

5.1 Nejčastější poranění měkkých porodních cest

Trhliny v měkkých porodních cestách jsou častou komplikací při vaginálním porodu. Nejvíce se vyskytují v oblasti hráze, ale mohou se objevit také v pochvě, děložním čípku a na labiích. Tyto poranění postihují více než 80 % žen, které rodí vaginálně, přičemž prvorodičky jsou ohroženější, s výskytem až 90 %. Naopak u žen, které rodily již dříve, je pravděpodobnost poranění hráze nižší, pohybuje se mezi 60 a 70 %. (Doubek, 2021)

5.1.1 Poranění hráze (perinea)

Trhliny v oblasti hráze představují nejběžnější typ poranění, které se vyskytuje během porodu. Tyto trhliny se liší jak svým rozsahem, tak umístěním. Mohou zasahovat do okolních oblastí, jako je pochva, svaly pánevního dna a také konečník. (Roztočil, 2020, s. 440)

Ruptury neboli poranění hráze se liší jak ve svém rozsahu, tak v místě výskytu. (Moravcová a kol., 2020) Dle Royal College of Obstetricians and Gynaecologists se dělí do čtyř stupňů na základě toho, které vrstvy hráze byly zasaženy. (Fernando et al., 2015, s. 2–19)

Ruptura hráze I. stupně – zahrnuje poškození vaginální sliznice a kůže perinea.

Ruptura hráze II. stupně – vyznačuje se větším poškozením, které zahrnuje kůži, svaly perinea, sliznici a podslizniční vazivo pochvy, avšak bez zasažení análního svěrače.

Ruptura III. stupně – podobá se druhému, ale navíc zahrnuje i poranění análního svěrače. (Moravcová a kol., 2020) Pokud dojde pouze k poranění análního svěrače a sliznice rekta zůstává neporušená, mluvíme o inkompletní ruptuře. Naopak, pokud je poranění análního svěrače doprovázeno také poškozením sliznice rekta, jedná se o kompletní rupturu. (Hrušková, 2021)

Podle RCOG se třetí stupeň poranění análního svěrače dále dělí na následující kategorie (Hrušková, 2021):

- **IIIa** – poškození méně než 50 % tloušťky zevního (externího) svěrače.
- **IIIb** – poškození více než 50 % tloušťky zevního (externího) svěrače.
- **IIIc** – ruptura jak zevního, tak vnitřního svěrače.

Ruptura IV. stupně – je definována jako poranění jak zevního, tak vnitřního análního svěrače spolu s poškozením anální sliznice. (Moravcová a kol., 2020)

5.1.2 Poranění vulvy a pochvy

Během většiny porodů se na vnitřní straně malých stydkých pysků objevují drobné trhliny, které obvykle nekrvácí a nevyžadují zvláštní ošetření. Nicméně trhliny, které zasahují do oblasti crura clitoridis (poštěváček), mohou silně krváčet a potřebují lékařskou péči. (Krotká, 2024)

Trhliny v pochvě se většinou objevují současně s poraněními vulvy nebo hráze. Izolované ruptury pochvy se obvykle vyskytují ve střední části, ale jsou poměrně vzácné. V horní části pochvy a v poševních klenbách mají ruptury často příčnou orientaci. Někdy se však pochva neroztrhne úplně a sliznice zůstane nepoškozená. V takových případech se krev může hromadit mezi stěnou pochvy a pánevní fascií, což vede k vytvoření hematomu, který může vyplnit celou pochvu. Úplné odtržení pochvy od čípku je vzácné, ale může být spojeno s krvácením a šokem. (Roztočil a kol., 2020, s. 441)

Příčinou poševních trhlin jsou mechanické faktory: kontrakce dělohy napínají pochvu směrem nahoru, zatímco hlavička plodu ji rozšiřuje a táhne dolů. Mezi příznaky ruptur pochvy patří krvácení a poranění stěny pochvy při vyšetření. (Krotká, 2024)

5.1.3 Poranění hrdla děložního

K poranění děložního hrdla obvykle dochází, když porod probíhá příliš rychle, což může vést k předčasnému zániku porodnické branky, která se nestihne dostatečně přizpůsobit. Dalšími častými příčinami jsou tlak ze strany rodiček, když porodnická branka ještě není plně otevřená, jizvy z předchozích porodů, narození velkého dítěte nebo operativní porod. Poranění děložního hrdla se nejčastěji vyskytuje na místě, kde se setkávají přední a zadní labia. Tato poranění obvykle vyžadují šití za použití porodnických zrcadel. Pokud však trhlina sahá až k poševní klenbě nebo dolní části dělohy, je potřeba věnovat jim zvláštní pozornost. Takové případy mohou být spojeny s výraznou ztrátou krve a obtížným ošetřením, což může v extrémních situacích vyžadovat hysterektomii (odstranění dělohy). Pokud není ošetření provedeno správně nebo dostatečně, může to vést k deformaci děložního hrdla a problémům při dalším těhotenství. (Filipová, 2020)

5.1.4 Epiziotomie

Epiziotomie, zvaná také jako nástřih hráze, je chirurgický zákrok, jehož cílem je uměle rozšířit měkké porodní cesty a usnadnit průchod plodu. Většinou se hojí lépe než spontánní trhliny stejného rozsahu. (Kořínková, 2024)

Nicméně její provádění by se mělo omezit na nezbytně nutné indikace. Tyto indikace zahrnují například porod u žen s hrozící rupturou hráze, která se projevuje napjatou, lesklou a bledou kůží, což je časté u starších prvorodiček, obtížný a zdlouhavý porod hlavičky přes hráz, snížení rizika traumatizace hlavičky novorozence, narození velkého dítěte, a také před použitím kleští nebo vakuumextraktoru. To platí zejména v situacích, kdy hrozí intrapartální (během porodu) hypoxie plodu, která se projevuje bradykardií (abnormálně pomalá srdeční frekvence) během druhé doby porodní. Dále přispívá k lepšímu kosmetickému a funkčnímu stavu vulvy po šestinedělí a pomáhá předcházet skrytým rupturám pánevního dna, sestupu rodidel a močové inkontinenci (Roztočil a kol., 2020, s. 474)

K provedení epiziotomie se používají speciální nůžky nebo skalpel. Tento zákrok se provádí na plně rozvinuté hrázi v okamžiku vrcholící kontrakce, (Kořínková, 2024) je

to obvykle bolestivý zákrok, a stejně jako u všech chirurgických výkonů je důležité zajistit adekvátní úlevu od bolesti. Dle doporučeného postupu Evropské asociace perinatální medicíny by mělo být pečlivě zváženo použití vhodného způsobu analgezie a otestování vnímání bolesti na kůži hráze, a to i v případě zavedené epidurální analgezie, která nemusí být dostačující. (Laine a kol., 2022)

5.2 Poranění pánve

Poranění pánve vzniká v důsledku hormonálních změn během těhotenství, které ovlivňují vazivo a chrupavky. Hormony jako estrogen, progesteron a relaxin hrají klíčovou roli tím, že podporují růst a prokrvení vazivové tkáně. Tato poranění se obvykle projevují v oblasti symfýzy a kloubů, jako jsou lumbosakrální kloub, sakroiliakální kloub a kostrč. (Roubíčková, 2024)

5.3 Močová inkontinence

Močová inkontinence označuje mimovolný únik moči, na který si pacientky obvykle samy stěžují. Nejčastějším typem je stresová inkontinence, která vzniká v důsledku zvýšeného nitrobršního tlaku. Tento problém je způsoben oslabením svěrače močové trubice, jenž nedokáže správně zadržovat moč, a nadměrnou pohyblivostí v oblasti hrdla močového měchýře. Tento problém se často týká žen během těhotenství a po porodu. Hormonální změny vedou ke snížení napětí hladkých svalů, což způsobuje, že močový měchýř se během těhotenství nachází v nevhodné poloze. Po porodu hraje významnou roli při vzniku inkontinence narušení inervace a poškození svalů pánevního dna. (Roubíčková, 2024)

Ženy, u nichž se po porodu objeví močová inkontinence, uvádějí ve studii Höderové a kol. (2023) negativní kvalitu života ještě dva roky po porodu. V běžné populaci mohou mít tyto ženy vyšší míru deprese a úzkosti než ženy bez močové inkontinence.

5.4 Anální inkontinence

Anální inkontinence označuje nechtěný únik plynů, řídké nebo tuhé stolice. Pokud dochází pouze k úniku řídké nebo tuhé stolice, jedná se o fekální inkontinenci. Ženy mají až osmkrát vyšší pravděpodobnost vzniku anální inkontinence, přičemž hlavním důvodem tohoto rozdílu je považován porod. (Kašparová, 2015)

K rizikovým faktorům poranění svěrače patří první porod (nulliparita), mediální epiziotomie, porod dítěte s hmotností přesahující čtyři kilogramy, zadní nebo tzv.

okcipitoposteriorní postavení hlavičky, nepřírozené polohy hlavičky, abnormální rotace a vaginální operační porod. Riziko poranění svěrače je u použití porodních kleští (forcepsu) až čtyřikrát vyšší ve srovnání s vakuumextrakcí, u které je riziko přibližně dvojnásobné. (Lincová a kol., 2019)

Poranění análního svěrače bývá často spojováno s následným bolestivým pohlavním stykem (dyspareunií) a celkovým zhoršením kvality života žen, které tímto poraněním trpí. Podle údajů ve studii Dvořáka a kol. (2021) až 29,2 % žen, které prodělaly OASI (poranění análního svěrače při porodu), hlásí zhoršení kvality života. Mnoho žen se však obává o svých potížích mluvit, často kvůli strachu ze sociálního odsouzení.

Jedna z dvaceti žen rok po porodu trpí anální inkontinencí, která zahrnuje nechtěný únik plynů, tekuté nebo tuhé stolice. Ve třetině případů jde o poranění svěrače, které zůstalo nediodagnostikované. U žen s rozpoznáním a ošetřeným poraněním svěrače se výskyt inkontinence pohybuje mezi 15 % a 61 %. (Lincová a kol., 2019)

5.5 Prevence porodních poranění

Prevence porodních poranění se stává běžnou součástí přípravy na porod. Ženy se o této problematice dozvídají samy, prostřednictvím předporodních kurzů nebo z diskusních fór určených pro nastávající maminky. Často také získávají doporučení od kamarádek či jiných blízkých žen, které mají s některými metodami, cvičeními nebo technikami pozitivní zkušenosti. (Wilhelmová, 2021)

Existuje celá řada metod, které mohou pomoci snížit riziko porodního poranění:

Aniball – je česká zdravotnická pomůcka, která ženám pomáhá připravit se na porod a předejít poranění. Funguje na principu balonku, který simuluje tlak podobný tomu při porodu. Díky tomu se žena naučí vědomě pracovat se svaly pánevního dna, uvolnit je při nádechu a zvyknout si na pocit tlaku.

Pomůcka je užitečná i po šestinedělí, kdy pomáhá obnovit pružnost tkání a posílit pánevní dno. Toto cvičení zároveň působí jako prevence úniku moči. I když je Aniball na trhu od roku 2014, stále ho mnoho žen teprve objevuje. (Nývltová, 2023)

Masáž hráze – tato metoda slouží ke zvýšení pružnosti svalů perinea, čímž pomáhá snížit jejich odpor při porodu a umožňuje roztažení hráze bez jejího poranění. Tuto masáž může těhotná žena provádět sama nebo s pomocí partnera od 35. týdne těhotenství. K masáži se používají oleje, například olivový nebo mandlový. V

současnosti mají ženy také k dispozici speciálně vyrobené oleje určené přímo pro masáž hráze.

Postup zahrnuje vložení dvou prstů do poševního introitu a provádění pohybů ve tvaru písmene U, a to od bodu připomínajícího číslo 3 k bodu odpovídajícímu číslu 9 na pomyslném ciferníku. (Bohatá a kol., 2016)

Posilování svalů pánevního dna – cvičení svalů pánevního dna hraje klíčovou roli v prevenci porodního poranění. Nejde jen o krátkodobou přípravu na porod, tyto svaly potřebujeme silné a zároveň pružné po celý život. V těhotenství pomáhají správně nastavené cviky připravit svaly na kontrolované uvolnění během druhé doby porodní, kdy miminko prochází porodními cestami. Tím se snižuje riziko natržení nebo nutnosti nástřihu.

Posílené pánevní dno také chrání před problémy, jako je pokles dělohy či močová inkontinence. Příjemným bonusem je i lepší prožívání intimity, a to jak před porodem, tak po něm. (Binder, 2015)

Chránění hráze – k minimalizaci porodního poranění slouží správná ochrana hráze v závěrečné fázi porodu. Když je hlavička miminka těsně před porodem a hráz je maximálně napnutá, použijeme sterilní roušku k jejímu podpírání. Načasování je zde zásadní – chránit začínáme ve chvíli, kdy se hlavička už nezatahuje zpět, ale postupuje směrem ven. Tato technika účinně předchází trhlinám v oblasti hráze i pochvy. (Roztočil, 2017)

Vaginální napářka – přirozená příprava porodních cest pomocí páry je starodávná metoda, která přináší řadu výhod. Jemné prohřátí porodních cest pomáhá změkčit a připravit tkáň na porod. Pára z vaginální napářky podporuje prokrvení, uvolňuje napětí ve svalech a může urychlit dozrávání děložního čípku. Pro mnoho žen je to příjemný způsob, jak se v závěru těhotenství naladit na přicházející porod.

Lze využít buď samotnou čistou vodu, která sama o sobě dokáže účinně prohřát tkáň, nebo ji obohatit vybranými bylinkami pro další blahodárné účinky včetně aromaterapeutického působení. V těhotenství je vhodné začít s napařováním od 38. týdne. Většina žen praktikuje napařování 2 - 3x týdně podle vlastního pocitu a potřeby. (Nývltová, 2023)

Maliník – Maliníkový čaj je cenným pomocníkem při přípravě na porod a prevenci poranění. Od 36. týdne těhotenství stačí pít 1-2 šálky denně. Bylinka jemně stimuluje děložní svalstvo, což může vést k plynulejšímu otevírání porodních cest a menšímu riziku natržení. (Bohatá a kol., 2016)

Lněné semínko – působí jako přirozený relaxant pro svalstvo pánevního dna a děložního hrdla. Díky tomu pomáhá tkáním být pružnější a lépe se připravit na průchod miminka. Od druhé poloviny těhotenství ho ženy užívají buď jako odvar, nebo přidávají celá semínka do jídla (např. jogurtu). Doporučená dávka je maximálně 3 lžičky denně. (Bohatá a kol., 2016)

6 PSYCHICKÉ ZMĚNY ŽENY A MUŽE PO PORODU

Porodem a vypuzením placenty prochází ženský organismus velkými změnami, včetně hormonálních výkyvů, které mohou ovlivnit její celkové fyzické a psychické zdraví. Toto období je pro ženu velmi náročné, protože se musí vyrovnávat s novými tělesnými a emocionálními stavy. V partnerském vztahu mohou nastat situace, které byly doposud neznámé. Tyto změny mohou v partnerském vztahu vést k výzvám, kdy je opakovaně testována trpělivost, výdrž a vzájemná podpora obou rodičů. (Procházka, 2020)

6.1 Poporodní blues

Nejčastější psychickou změnou, kterou ženy po porodu zažívají, je tzv. poporodní blues. Tento stav postihuje přibližně 50–80 % žen během prvních dní po porodu, nejčastěji mezi 3. a 6. dnem, vrcholí 5. až 7. den. (Hájek a kol., 2014)

Poporodní blues se projevuje silnou citovou nestabilitou. Ženy mohou být náladové, podrážděné, úzkostné, plačtivé nebo zmatené. Často zažívají neklid, pocity nízké sebedůvěry a ztráty vlastní hodnoty. K tomu se mohou přidat fyzické projevy, jako jsou bolesti hlavy, nechutenství, únava, bušení srdce nebo problémy se spánkem. Tento stav však obvykle sám odezní do deseti dnů. Pokud příznaky přetrvávají déle než dva týdny a psychické změny po porodu neustupují, nebo se dokonce zhoršují, může jít o závažnější psychické problémy, jako jsou poporodní deprese nebo psychóza. (Wilhelmová, 2021)

6.2 Poporodní deprese

Deprese je jednou z nejčastějších duševních poruch, které se objevují během poporodního období, a zároveň patří mezi nejběžnější komplikace po porodu. Vyskytuje se u 10–19 % žen v období šestinedělí a často má významný dopad na zdraví matky i dítěte, přičemž v některých případech může mít i závažné až fatální následky. (Sobotková, 2015)

Příznaky poporodní deprese obvykle odpovídají diagnostickým kritériím depresivní poruchy podle Mezinárodní klasifikace nemocí, přičemž se symptomy objevují v období od 4 týdnů do 6 měsíců po porodu (WHO, 2018).

Poporodní deprese se projevuje pocity úzkosti, strachu ze samoty, bezmoci a beznaděje, často doprovázenými obavami z budoucnosti. Smutek a úzkost mohou být

natolik intenzivní, že narušují schopnost zvládat každodenní povinnosti a starat se o dítě i o sebe. Charakteristickým znakem bývá pocit neschopnosti navázat citový vztah k dítěti, potíže s fyzickým kontaktem a péčí o něj. Mezi další příznaky patří výrazné změny chuti k jídlu a problémy se spánkem. (Wilhelmová, 2021)

Příčinou poporodní deprese mohou být hormonální změny, partnerské problémy, nezpracované těhotenství nebo porod, věk pod 20 let, psychosexuální obtíže či předchozí zkušenosti s depresí. Tento stav bývá častější u prvorodiček a nezávisí na sociálním či ekonomickém postavení ženy. (Procházka, 2020)

6.3 Poporodní psychóza

Nejtěžší formou psychických poruch v šestinedělí je poporodní psychóza. Jedná se o závažný stav, který ve většině případů vyžaduje hospitalizaci. Obvykle se projevuje již v prvním týdnu po porodu a postihuje přibližně jednu ženu z tisíce. Symptomy se nejčastěji začínají objevovat mezi třetím a čtvrtým dnem po porodu, ale mohou se vyskytnout i později, až měsíc po porodu. (Wilhelmová, 2021)

Zastaralý a nepřesný termín „laktální psychóza“ vychází z předpokladu, že prolaktin hraje klíčovou roli v etiologii poporodní psychózy. Tento názor však nikdy nebyl potvrzen a vliv prolaktinu, estrogenů a progesteronu na vznik poporodní psychózy zůstává nejasný. Ačkoliv se stále více zaměřujeme na genetické a neuroendokrinní výzkumy, příčina poporodní psychózy není dosud plně pochopena. Dosavadní studie naznačují, že by poporodní psychóza mohla být genetickým podtypem bipolární afektivní poruchy. (Šebela a kol., 2019)

Podle mnoha odborníků je poporodní psychóza často prvním projevem bipolární afektivní poruchy, která se dříve neprojevila. Největším rizikem pro vznik poporodní psychózy je rodinná anamnéza bipolární afektivní poruchy. Ženy, které již prodělaly poporodní psychózu, mají také vysoké riziko jejího opakování po dalším porodu. (Šebela a kol., 2019)

Mezi typické příznaky patří halucinace, bludy, nadměrná plačtivost, úzkost, problémy se spánkem, paranoia, sklon k sebepoškozování i ohrožení dítěte, a sebevražedné myšlenky. (Wilhelmová, 2021)

Mezi rizika neléčené nebo pozdě diagnostikované poporodní psychózy patří možnost sebevraždy matky. Prognóza u léčené poporodní psychózy je většinou velmi příznivá,

i když úplná rekonvalescence může trvat až 12 měsíců. Poporodní psychóza matky má značný negativní vliv na raný vývoj dítěte a stav jejího partnera. (Šebela a kol., 2019)

6.4 Psychická transformace muže: Přejchod z partnera na otce

Někteří muži začínají cítit propojení s budoucím dítětem už v momentě jeho početí, jiní zažívají nadšení při potvrzení těhotenství nebo při pohledu na ultrazvukový snímek. První pohyby dítěte často přispívají k vytváření citového pouta mezi otcem a plodem. (Brenner, 2021)

Budoucí otec však nikdy neprožije své dítě jako součást svého vlastního těla. Pro něj je tato skutečnost méně hmatatelná než pro matku, a proto potřebuje čas, aby se s ní postupně sžil. I když si muž přeje stát se rodičem stejně jako jeho partnerka, proces přijetí otcovské role může být náročnější a zdoluhavější. Důvodem je mimo jiné i absence přímého fyzického kontaktu s plodem během těhotenství. (Slezáková, 2024)

Přejchod z partnerské do otcovské role (který zahrnuje fyzické, psychické a sociální změny, jež začínají již od začátku těhotenství a pokračují až po narození dítěte) může být náročným obdobím, které vyžaduje významné změny v životním stylu a může mít negativní vliv na duševní zdraví a celkovou pohodu otců. (Watkins a kol., 2024)

Změny životního stylu a zvýšené nároky, které na ně v průběhu těhotenství jejich partnerky a po porodu potomka působí, mohou zvyšovat jejich náchylnost k rozvoji duševních problémů. Podle studií Watkinse a kol. (2024), kteří se zaměřili na psychologický přechod partnerů do role otce, je těhotenství a porod psychicky náročné období, protože dochází k reorganizaci osobnosti a otcové procházejí silnými emocemi. Další výzkumy ve stejné studii ukazují, že poporodní období (prvních 12 měsíců po porodu) je pro otce možná nejnáročnějším obdobím, protože musí skloubit pracovní a rodinný život a čelí různým společenským a ekonomickým tlakům.

7 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY PŘI PODPOŘE SEXUÁLNÍHO ZDRAVÍ BĚHEM TĚHOTENSTVÍ A POPORODNÍ PÉČI

Porodní asistentka hraje klíčovou roli ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i jejich rodin a širších komunit. Její práce zahrnuje přípravu na porod, přechod do rodičovské role a poskytování informací, které podporují celkové zdraví žen. Tato péče by měla zahrnovat i osvětu v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví, které jsou klíčové jak během těhotenství, tak po porodu. (Piskačová, 2023)

V rámci podpory sexuálního zdraví by PA měla otevřeně komunikovat se ženami i jejich partnery o možných fyzických a psychických změnách spojených s těhotenstvím a porodem. To zahrnuje diskuzi o obavách z obnovení sexuálního života, vhodných antikoncepčních metodách po porodu a prevenci možných komplikací. PA může také nabídnout rady, jak řešit obtíže jako bolest při pohlavním styku, snížená sexuální touha nebo obavy z intimity, a podpořit partnerskou komunikaci a vzájemné porozumění. (Ezrová a kol., 2021)

Klíčovou součástí profesionálního vzdělávání poskytovaného PA je její odborná znalost, schopnost vcítit se, naslouchat a efektivně komunikovat. Zároveň by měla sledovat aktuální trendy a přizpůsobovat edukaci přáním a potřebám žen a jejich partnerů. (Procházka, 2020)

Pokud je žena se svým obnoveným sexuálním životem spokojená a nevyskytují se žádné potíže, je vhodné otevřít diskuzi o možnostech antikoncepce. U kojících žen je obzvláště důležité informovat je o vhodných metodách, jako je nehormonální nitroděložní tělísko, gestagenní antikoncepce nebo bariérové metody. (Čtvrtečková, 2024)

PA by měla vytvořit bezpečné a důvěrné prostředí, kde může otevřeně hovořit o otázkách sexuality nejen se ženou, ale případně i s jejím partnerem. Po narození dítěte se oba rodiče často potýkají s fyzickým i psychickým vyčerpáním, což může ovlivnit jejich vztah. Pokud nejsou potřeby jednoho z partnerů naplněny, mohou se objevit pocity frustrace, napětí nebo konflikty ve vztahu. (Geuens a kol., 2024)

PA by měla aktivně vyhledávat příležitosti ke zjištění, zda je žena ve svém sexuálním životě spokojená. Pokud narazí na problémy, měla by ženu vyslechnout, podpořit ji a

případně doporučit odbornou pomoc. Zároveň může být tím, kdo poskytne páru více informací o sexuálních otázkách, doporučí vhodné zdroje informací nebo nabídne alternativní techniky intimního soužití, které se nezaměřují pouze na koitální aktivity. (Dušová a kol., 2019)

VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část bakalářské práce se zaměřuje na zkoumání faktorů, které ovlivňují sexuální život párů během těhotenství a po porodu, a na porovnání pohledů žen a mužů na tuto oblast.

8 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Bakalářská práce má teoretický a výzkumný charakter. Výzkumná část je zaměřena na kvalitativní přístup. Hendl (2016) přirovnává kvalitativní výzkum k práci detektiva, protože výzkumník shromažďuje a analyzuje informace, které mu pomáhají odpovědět na výzkumné otázky, přičemž používá deduktivní a induktivní metody. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na dlouhodobější a hlubší kontakt s prostředím nebo situací jednotlivců či skupin. Tyto situace bývají běžné a každodenní, odrážející život jednotlivců, skupin, komunit nebo organizací. Výzkumník se pokouší získat komplexní pohled na zkoumaný objekt, včetně jeho kontextu, logiky a explicitních či implicitních pravidel, která v dané oblasti platí. (Hendl, 2016, s. 46-47).

Metodika výzkumné části v této bakalářské práci vychází z kvalitativního výzkumu, který byl realizován pomocí polostrukturovaného rozhovoru (příloha A, příloha B). Polostrukturovaný rozhovor nabízí určitou volnost v otázkách, což umožnilo informantům mluvit otevřeně a podrobně. Tento přístup jsem zároveň zvolila pro získání hlubšího porozumění pohledu párů na sexuální život během těhotenství a po porodu.

Polostrukturovaný rozhovor jsem připravila tak, aby pokrýval 5 hlavních okruhů, jež odpovídají výzkumným otázkám a dílčím cílům. Každý okruh byl vytvořen s cílem zaměřit se na konkrétní aspekty sexuálního života v jednotlivých obdobích a nabídnout tak ucelený pohled na zkušenosti a názory párů.

Rozhovory jsem se rozhodla provést odděleně s každým partnerem, tedy s mužem a ženou zvlášť. Tento přístup jsem zvolila, aby nedošlo k vzájemnému ovlivňování

odpovědí a umožnil mi tak porovnat rozdíly v pohledech a zkušenostech obou partnerů.

Pro informantky jsem sestavila 13 hlavních otázek, které pokrývaly všechny klíčové aspekty tématu, včetně specifických otázek týkajících se prožitku porodu a pocitů po porodu, což je zkušenost specifická pro ženy. U informantů jsem použila 11 otázek, protože nebylo nutné se ptát na samotný porod, který je relevantní pouze pro ženy. Místo toho jsem se zaměřila na to, jak muž vnímal svou partnerku během porodu, jeho pocity, které prožíval jako její blízký podporovatel. Tento rozdíl v počtu otázek byl záměrný a reflektoval rozdílné perspektivy a zkušenosti obou pohlaví v rámci zkoumaného tématu. Otázky jsem doplňovala či upravovala tak, aby se přizpůsobily jednotlivým informantům.

Preferovala jsem osobní setkání s informanty a informantkami, kteří měli vždy možnost si zvolit místo, kde bude rozhovor probíhat. Na začátku každého rozhovoru byli informanti seznámeni s tím, že rozhovor je zcela anonymní a dobrovolný. Dále byli informováni, že rozhovor bude nahráván na diktafon a následně zakódován pro účely zpracování dat. Bylo jim také vysvětleno, že mají právo rozhovor kdykoli přerušit nebo ukončit, přičemž se na tuto možnost kladl důraz již na začátku rozhovoru, aby se překonala případná psychická bariéra (Hendl, 2016).

8.1 Dílčí cíle

Hlavním cílem výzkumné části bakalářské práce je zjistit u párů, které měly problém se sexualitou v těhotenství a po porodu, jaké faktory sexualitu ovlivňují, a to v porovnání z pohledu žen a mužů.

Dílčí cíle byly stanoveny:

1. Zjistit, jak ženy a muži subjektivně vnímají změny v sexuálním životě v období těhotenství a po porodu.
2. Zjistit, zda má průběh porodu vliv na sexuální život páru.
3. Zjistit, co párům pomáhá při řešení problémů v sexuálním životě.

8.2 Charakteristika vzorku

Pro zařazení do zkoumaného vzorku museli informanti splnit několik kritérií, která byla zvolena s ohledem na hlavní cíl výzkumu, kterým je zjistit u párů, které měly problém se sexualitou v těhotenství a po porodu, jaké faktory sexualitu ovlivňují, a to

v porovnání z pohledu žen a mužů. Kritéria pro zařazení do vzorku zahrnovala, že informantky musely být v době výzkumu maximálně 5 let po porodu. Tento časový rámec byl zvolen, aby měly páry ještě čerstvé vzpomínky na těhotenství a porod, a aby bylo možné zhodnotit vliv těchto zkušeností na jejich sexuální život. Dále bylo důležité, aby se jednalo o heterosexuální páry, které prožily těhotenství a porod společně. Jedním z klíčových kritérií bylo, že páry musely mít nějakou překážku nebo problém v sexuálním životě během těhotenství a po porodu. Toto kritérium bylo zvoleno, aby bylo možné se zaměřit na to, jak těhotenství a porod ovlivnily sexuální vztahy a jak se s těmito změnami páry vyrovnaly. Tato kritéria byla stanovena s cílem zajistit aktuálnost poskytovaných informací a umožnit podrobné srovnání pohledů obou partnerů na tuto oblast.

První informanty jsem oslovila, protože patří do mého blízkého okolí. Ti mi následně doporučili další osoby, které splňovaly stanovená kritéria, a tím se postupně rozrůstal vzorek. Tento způsob získávání informantů je známý jako „metoda sněhové koule.“ Velmi zjednodušeně je tato metoda založena na získávání kontaktů na další informanty. V první fázi je nutné najít alespoň jednoho účastníka, který splňuje požadavky naší cílové skupiny. Jakmile máme první kontakty, mohou nám doporučit další osoby, které patří do naší cílové skupiny, a tím se vzorek postupně rozrůstá. (Janiš a kol., 2016)

Oslovila jsem celkem 8 párů, z nichž rozhovor nakonec podstoupilo pouze 5. Jeden pár odmítl rozhovor podstoupit, protože jeden z partnerů měl problém se svěřovat s tímto intimním tématem cizí osobě. Další dva páry odmítly, protože během svého sexuálního života v těhotenství a po porodu nenarazili na žádnou překážku, která by ovlivnila jejich sexuální život.

Všichni informanti byli předem seznámeni s detailními informacemi o průběhu a zpracování rozhovoru.

Vzhledem k saturaci dat došlo k rozhovoru s 5 páry (10 informanty).

Informanti byli ve zpracování dat označeni jako I s příslušným číslem (například I2). Tímto způsobem byla zajištěna anonymita a zároveň zjednodušeno jejich označování v textu. Informanti, kteří patří k sobě mají shodné číslo.

Informanti č. 1 (I1)

S informanty číslo 1 jsem se sešla u nich doma. Nálada byla přátelská, protože se dobře známe již několik let. Oba byli v rozhovoru velmi otevření a ochotně odpověděli na všechny mé otázky. Informantce je 26 let, stejně jako informantovi. Mají jedno dítě, kterému jsou 2 roky. Informantka rodila v roce 2023. Oba vzpomínali na tuto etapu s respektem a byli ochotní popsat, jaký vliv mělo těhotenství a porod na jejich sexuální život.

Informanti č. 2 (I2)

S informanty číslo 2 jsem se sešla u nich doma na základě doporučení informantů číslo 1. Informantce je 28 let a informantovi je 30 let. Mají jedno dítě, kterému jsou 3 roky. Informantka rodila spontánně v roce 2022. Ze začátku byli oba trochu nervózní, protože téma rozhovoru bylo citlivé, ale postupně se uvolnili a rozhovor se stal velice příjemným. Oba byli otevření a ochotní sdílet své zkušenosti.

Informanti č. 3 (I3)

S informanty číslo 3 jsem se sešla na základě doporučení informantů číslo 1. Informantce je 27 let a informantovi je 29 let. Mají jedno dítě, kterému je 2,5 roku. Informantka rodila spontánně v roce 2022. U tohoto páru byla informantka ze začátku více nervózní, měla strach z některých otázek, ale postupně se uvolnila, a nakonec byla s rozhovorem spokojená a otevřela se. Stejně tak i partner byl na začátku trochu nejistý, ale po chvíli se do rozhovoru zapojil a sdílel své zkušenosti. I když to byl pro oba citlivý rozhovor, nakonec se oba uvolnili a rádi se podělili o své zážitky týkající se těhotenství, porodu a sexuálního života během tohoto období.

Informanti č. 4 (I4)

S informanty číslo 4 jsem se sešla na základě doporučení informantů číslo 2. Informantce je 27 let a informantovi je 34 let. Mají spolu dvě děti, kterým je 3,5 roku a 1 rok. Informantka rodila v roce 2022 a 2024, přičemž první porod byl císařským řezem a druhý spontánní. V rozhovoru se ale zaměřili především na své zkušenosti během druhého těhotenství, porodu a poporodního období, jelikož toto období měli čerstvě v paměti. Atmosféra byla uvolněná, pár byl velmi otevřený a pohodový, protože jsme se sešli u nich doma. Odpověděli na všechny otázky bez problémů a naprosto upřímně. Oba se ve svých odpovědích podělili o své pocity, jak prožívali

jednotlivé fáze těhotenství a porodu, a jaké změny nastaly v jejich sexuálním životě po narození druhého dítěte.

Informanti č. 5 (I5)

S informanty číslo 5 jsem se sešla na základě doporučení informantů číslo 3. Informantce je 35 let, stejně jako informantovi. Mají dvě děti, kterým jsou 3 a 4 roky. Porody probíhaly v roce 2021 a 2022. Setkali jsme se u nich doma, protože pro ně byl jejich domov nejkomfortnějším místem pro rozhovor. Vzhledem k tomu, že oba podstoupili konkurz na adopci a umělé oplodnění, byli na rozhovory o citlivých tématech zvyklí, což usnadnilo jejich otevřenost. Informanti popisovali své zkušenosti především u druhého dítěte, protože to měli čerstvě v paměti. Informant byl ze začátku trochu nervózní, ale po několika doplňujících otázkách se více uvolnil a odpověděl otevřeně a upřímně na všechny mé otázky týkající se jejich zkušeností během těhotenství, porodu a poporodního období.

8.3 Zpracování dat

Rozhovory byly vedeny tak, aby poskytly ucelený pohled na téma a pomohly lépe porozumět problematice sexuálního života párů během těhotenství a po porodu. Nahrávky rozhovorů byly pořízeny diktafonem a následně přepsány do spisovné podoby. Získaná data byla analyzována pomocí otevřeného kódování a klasické metody „tužka a papír“.

9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

9.1.1 Specifické aspekty vnímání u žen

Tato část se zaměřuje na to, jak ženy vnímají svůj sexuální život v různých fázích – před otěhotněním, během těhotenství a po porodu.

Odpovědi na výzkumnou otázku č. 1 - Jak ženy subjektivně vnímají svůj sexuální život před otěhotněním?

První výzkumná otázka měla za úkol zjistit subjektivní hodnocení žen, které se týká sexuálního života v období před těhotenstvím.

Sexuální život před těhotenstvím

I2, I3, I4 a I5 uvedly, že jejich sexuální život byl přirozenou a stabilní součástí partnerského vztahu. Pro I2 byl navíc velmi intenzivní a popsala ho slovy: „*Jedním*

slovem bomba“. I3 zmínila, že její sexuální život byl pravidelný a vzrušující, zatímco I4 ho charakterizovala jako běžný a bez problémů, což odpovídalo jejím očekáváním.

Dalším opakujícím se tématem byl dostatek volného času na intimitu. I5 uvedla, že sex byl v jejím případě častý, protože se pár snažil o otěhotnění: *„Bylo to často, protože mi nešlo otěhotnět. Bylo na všechno dost času, takže když přišla chuť, tak to bylo.“*

Jedinou výjimkou byla I1, která zmínila určité rozdíly v potřebách partnera, ale nevnímala to jako zásadní problém: *„Možná problém byl v tom, že partner to chtěl častěji než já, skoro každý den, ale nevnímám to jako zásadní problém.“*

Shrnutí: Většina informantek vnímala svůj sexuální život před těhotenstvím jako přirozenou, stabilní a uspokojivou součást partnerského vztahu. Některé ho popsaly jako intenzivní a naplňující, přičemž kladně hodnotily jak jeho kvalitu, tak i frekvenci. Výjimkou byla pouze jedna informantka, která uvedla drobné rozdíly v sexuálních potřebách partnera, ovšem ani ty nevnímala jako zásadní problém.

Odpovědi na výzkumnou otázku č. 2 - Jaké změny v sexuálním životě zaznamenaly ženy během těhotenství a jaké faktory tyto změny ovlivňují?

Druhá výzkumná otázka měla za úkol zjistit změny v sexuálním životě žen během těhotenství a prozkoumat, jaké faktory tyto změny ovlivňují.

Sexuální život během těhotenství

U dvou informantek nebyl v období prvního trimestru těhotenství žádný výrazný rozdíl oproti předchozímu období. I1 uvedla: *„V prvním trimestru nebyly vůbec žádné změny.“* Podobně I2 nepozorovala zásadní rozdíl a naopak uvedla: *„Spali jsme spolu normálně, jako vždycky, všechno probíhalo v pohodě.“*

Naopak I3, I4 a I5 popsaly, že měly silnou nechuť k sexu kvůli nevolnostem: *„Mně bylo strašně špatně a jak mně bylo špatně, tak bych řekla, že jsem měla, já nevím, splašený hormony nebo něco takového, protože představa, že by na mě v tu chvíli třeba partner sáhnul, tak se mně z toho úplně dělalo špatně.“* Stejně tak I4 zmínila: *„Bylo mi půl roku špatně, takže tam to moc nešlo.“* I5 popsala: *„Jakmile mi začaly stoupat hormony, tak jsem prostě přestala mít chuť na sex.“*

V období druhého trimestru těhotenství se situace u většiny informantek změnila. I3 zmínila, že se její libido vrátilo: *„Jak kdyby se ta chuť na to vrátila. Jak kdyby se*

zase ty hormony otočily na druhou stranu. “ Také I4 uvedla zvýšený zájem o intimitu: „*Pak po tom půl roce jsem měla hroznou chuť na sex.*“

O závěru těhotenství se I1 zmínila slovy: „*Ve třetím trimestru, když jsem měla břicho, tak to už to nebylo tak příjemné. Asi ani pro jednoho z nás.*“ I2 také zaznamenala úbytek intimity: „*Předtím třikrát, čtyřikrát do týdne, tak teď jsme spali tak dvakrát do týdne, takže se to trošičku snížilo na tu polovinu.*“ I3 uvedla, že před porodem byl její sexuální život omezenější kvůli rostoucímu břichu: „*Potom už v tom třetím trimestru a potom těsně před porodem už to zase bylo omezené, jak rostlo to břicho, tak jsme spíš byli opatrnější*“. I4 popsala také snížení libida na konci těhotenství: „*Na konci těhotenství už jsem moc chuť neměla teda. Prostě to velký břicho, tak už to kolikrát nešlo. Věděla jsem, že u těch poloh, u kterých jsme na sobě, musíme dávat pozor*“.

Faktory ovlivňující zájem o intimitu

Fyzické faktory zmínily všechny informantky, ale nejvýrazněji je popsaly I1, I2 a I4. I1 uvedla: „*Když roste to břicho, tak už to není nějaký příjemný ani pro jednoho z nás.*“ Stejně to vnímala i I2, která řekla: „*Až ke konci jsem si řekla, že přece s takovým bubnem se tomu chlapovi nemůžu už tak líbit.*“ Fyzická únava byla zásadním faktorem pro I4: „*Únava byla velkým problémem. Měla jsem pocit, že na to prostě nemám kapacitu.*“

Vnímání vlastního těla ovlivňovalo I1, I2, I3 a I4 stejně, zatímco I5 rozdílným způsobem. I2 uvedla: „*Nemohla jsem se oholit, nemohla jsem nic, protože jsem si tam prostě nedosáhla. Všechno rozteklé, všude samý strie. Říkala jsem si, že to už nemůže být ani přitažlivý*“. Stejný názor reprezentovala I1: „*Čím větší jsem měla břicho a přibírala jsem, tím víc se mi nechtělo a připadala jsem si hrozně odpudivě*“. I5 naopak vnímala své těhotenské tělo pozitivně, kvůli několikaletému snažení o otěhotnění, svého těla si poté vážila: „*Já jsem 5 let čekala na to břicho, takže jsem si to dost užívala. Mně se to líbilo.*“

Hormonální změny jako faktor změn v intimním životě zmínily I3 a I5. I3 popisuje výkyvy v libidu: „*Pak v tom druhém trimestru, jak kdyby se ta chuť na to vrátila. Jak kdyby se zase ty hormony otočily na druhou stranu.*“ Podobně to vnímala i I5: „*Podle mě to budou všechno hormony.*“

Nevolnost a celkovou fyzickou nepohodu potvrdily I3 a I4. I3 popsala: „*Největší překážka byla asi fakt ta nechut'. Nevolnost, nechut', fakt úplně, jak kdyby se mně to o 100 % otočilo.*“ I4 uvedla stejný názor: „*Nevolnost ten půl rok, ale jinak únava hodně.*“

Shrnutí: Informantky zaznamenaly během těhotenství změny v sexuálním životě, které se lišily v jednotlivých trimestrech. V prvním trimestru některé nepozorovaly žádné změny, jiné uváděly pokles libida kvůli nevolnostem a hormonálním výkyvům. Ve druhém trimestru došlo u některých žen ke zlepšení a návratu sexuální touhy. Naopak ve třetím trimestru většina žen uváděla úbytek intimity kvůli fyzickému nepohodlí, rostoucímu břichu a únavě.

Odpovědi na výzkumnou otázku č. 3 - Jakým způsobem průběh porodu ovlivňuje vnímání sexuálního života po porodu?

Třetí výzkumná otázka měla za cíl zjistit průběh samotného porodu, vnímání partnera u porodu a jeho vliv na budoucí sexuální život.

Průběh porodu

I1 a I5 popsaly, že očekávaly horší průběh. I1 zmínila: „*Za mě porod byl, myslím si, že dobrý, a i relativně krátký. Ani to nebylo tak bolestivé, jak bych čekala.*“ Podobně popsala svůj porod i I5: „*Dcera byla za dvě hodiny venku. Nic mě nebolelo, bylo to dost rychlý.*“

Naopak I2, I3 a I4 zdůraznily vysokou intenzitu bolesti. I4 vzpomínala na svůj porod slovy: „*Strašně moc to bolelo. Ale bylo to krásný, fakt jako, ale tu bolest jsem cítila hodně teda*“. Bolest u porodu vnímala i I3, která popsala náhlou, extrémně silnou bolest: „*Jak kdybych nestihla ty kontrakce pořádně prožívat nebo procítit. Ta velká bolest přišla úplně najednou. Strašně taková intenzivní. Bylo to hrozný.*“

I1, I3, I4 a I5 podstoupily nástřih hráze. I5 vnímala šití jako horší než samotný porod: „*To šití bylo teda strašný. To bylo tisíckrát horší než samotný porod.*“

I1, I4 a I5 uvedly, že jejich porod vnímaly jako relativně krátký, jak sama I5 vzpomínala: „*Dcera byla za dvě hodiny venku. Bylo to dost rychlý*“. Naopak I2 rodila dlouho a vyčerpávajícím způsobem: „*Už jsem dva dny nespala skoro. Takže i ta únava na mně byla vidět, takže už jsem byla vyčerpaná.*“ U ní porod skončil císařským řezem. Podobně náročný porod popsala I3, která měla silné bolesti a

potíže s tlačáním: „*Myslela jsem si, že jakmile dojdou na tu kozu, že už bude po všem, že prostě párkrát zatlačím. A tam to bylo teda nejhorší.*“

Přítomnost partnera u porodu

I1 měla problém s tím, že partner odpovídal na zprávy rodiny: „*Jelikož mu všichni vypisovali, třeba moje máma s tátou, jak to vypadá, a on odepisoval, tak to mě štvalo. Štvalo mě to hrozně.*“

I2 zpočátku partnera u porodu nechtěla a popsala, že se obávala ztráty přitažlivosti v očích svého muže: „*Říkala jsem si, že jeden právě z těch důvodů, aby pak u mě třeba stál, nebo protože jsem to slyšela od hodně chlapů, že viděli vlastně tu ženskou rodit a že je to potom odradilo.*“

Partnerovu přítomnost u porodu uvítaly všechny informantky, kdy I3 zdůraznila, že bez partnera by porod pravděpodobně nezvládla: „*Kdyby tam nebyl, tak asi nerodím. Já jsem se hrozně bála. Prostě jak mně praskla voda, tak jsem se začala strašně celá klepat. Nedokázala jsem to vůbec ovládat*“. I4 se cítila lépe poté, co se k ní partner připojil: „*Úplně se mi ulevilo, že když ho tam konečně pustili, tak tam prostě je někdo, kdo mě má rád, kdo mně rozumí, a kdo prostě tam chce být se mnou.*“ I2 řekla: „*Mně přišlo, že to ze mě tak trošku spadlo, že jsem vlastně už na to nebyla sama. Nakonec jsem byla velmi ráda, že tam byl, protože ta opora tam byla fakt velká.*“

I1 vyhovovalo, že byl partner tichou oporou: „*Seděl a mlčel, tak to bylo pro mě dobré. Stačilo mi, že jsem mu mohla mačkat tu ruku a on byl ticho.*“

I5 popsala závislost na partnerovi. Kvůli rychlosti porodu vnímala pouze jeho a vzpomínala: „*Mně úplně prostě vypnula hlava. Takže já jsem nebyla schopná vnímat vůbec nikoho, jenom jeho.*“

Vliv přítomnosti partnera u porodu na sexuální život

I1 si uvědomovala, že partner viděl i něco, co nechtěl, což jí nějaké období po porodu bylo nepříjemné: „*Mně bylo nepříjemné, když jsem viděla, že se na mě otočil a viděl, co nechtěl*“.

Pro I2, I3 a I4 byla partnerova účast důležitá především v tom, že na ni po porodu netlačil do obnovení sexuálního života. I2 byla ráda, že její partner viděl, co si musela

u porodu vytrpět a díky tomu nechal návrat do sexuálního života v její režii: „*Bylo fajn, že to nebyl takový nátlak. Takže já jsem ráda, že právě partner na mě v tu chvílku netlačil. Že to nechával fakt víceméně v mojí režii. Takže jsem byla za toto hodně ráda*“. I3 se bála návratu k sexualitě vzhledem k velkému poranění a oceňovala, že partner to respektoval: „*Tím, jak u toho byl a všechno fakt viděl, tak prostě mě po porodu pak dal na všechno čas. Že netlačil na nic.*“ I4 to potvrdila slovy: „*Možná, že si toho začal víc vážit, když teď ví, co to tělo dokáže a netlačí na mě tolik*“.

I5 prošla se svým partnerem umělým oplodněním i přípravou na adopci, což pro ni znamenalo maximální otevřenost před svým partnerem: „*Jsmo s partnerem obrnění nějaký studem před sebou, jsme k sobě otevření, vzhledem k tomu, čím jsme si prošli během umělého oplodnění*“ Partner byl u porodu pouze u hlavy, protože ani jeden nechtěl, aby viděl víc: „*Ani já jsem nechtěla, aby viděl to dítě dole nebo něco takového, aby se tam vůbec díval. Nějaká taková věc si myslím, že u nás jako nehrála vůbec roli.*“

Shrnutí: Průběh porodu ovlivnil vnímání sexuálního života po porodu především skrze fyzické i psychické prožitky spojené s porodem a následné chování partnera. Intenzita bolesti, komplikace při porodu a poranění měly vliv na obavy žen z obnovení intimity. Klíčovým faktorem se ukázala být přítomnost partnera u porodu, která většinou vedla k prohloubení vzájemné důvěry a porozumění. Většina informantek ocenila, že partner po porodu netlačil na obnovu sexuálního života a respektoval jejich tempo. Přestože některé informantky krátkodobě vnímaly určité rozpaky z toho, že partner viděl samotný porod, dlouhodobý negativní dopad na sexualitu popsán nebyl.

Odpovědi na výzkumnou otázku č. 4 - Jaké faktory nejvíce ovlivňují obnovu sexuálního života po porodu?

Čtvrtá výzkumná otázka se zaměřila na faktory, které nejvíce ovlivňují obnovu sexuálního života po porodu. Během rozhovorů informantky sdílely své zkušenosti s návratem k intimnímu životu, přičemž popisovaly překážky a změny v sexuálním životě po porodu ve srovnání s obdobím před těhotenstvím.

Pocity po porodu

I1, I2 a I5 vnímaly šestinedělí jako psychicky náročné období, zejména kvůli neustálé péči o dítě a následné únavě, kdy I1 uvedla: „*Byla jsem náladová, bylo to náročné, prostě první dítě, dítě, které mě potřebuje, takže jako prostě být furt s ním. Celý den*

jsem pobíhala kolem něj a pak jsem z toho byla dost unavená“. I2 popsala extrémní únavu, která ji zasáhla hned po porodu: *„Já jsem se po porodu cítila jako hlavně strašně unaveně. Přijedete domů a to miminko pláče, vy mu musíte dát tu pozornost, to jinak nejde“.* I5 cítila únavu kvůli vstávání ke svému dítěti několikrát za noc: *„Byla jsem hrozně unavená. Musela jsem se budít v noci... několikrát za noc vlastně. Prostě to změnilo všechno“.*

I1, I3, I4 a I5 se po porodu potýkaly především s bolestí, protože měly porodní poranění. Například I3 zmínila: *„Asi fakt půl roku jsem to furt cítila, jako to poranění.“* I4 popsala, že měla navíc omezenou mobilitu: *„Potřebovala jsem hodně pomoci s tím dítětem, protože už jsem nemohla ani sedět kvůli tomu šití.“* I5 provázela bolest i dlouho po šestinedělí, což jí komplikovalo návrat k běžnému sexuálnímu životu: *„Protože já jsem vlastně byla šitá od vchodu až k čípku a strašně to bolelo. Prostě ta jizva, bylo to hrozně citlivý. Prostě to nešlo. Takže i po tom půl roce jsem to prostě fakt cítila. Strašně dlouho to trvalo, no“.*

Srovnání sexuálního života před a po porodu

I1, I2 a I5 vnímaly hlavní změnu v četnosti, snížení chuti a únavě po celodenní péči o dítě:

„Před těhotenstvím tak na to byla větší chuť. Bylo na to víc času. Ale nebylo dítě.

Bylo to častější, než je to teď.“ I2 k únavě ještě dodala změnu role: *„Já to mám hodně po psychické stránce a hodně po té únavě. Já jsem teď nastavená jako máma. Spíš. Jako ten rodič, a ne jako partnerka.“*

U I3 došlo ke zdatnému poklesu frekvence intimního života: *„Dost to kleslo. Předtím to bylo docela pravidelný, když jsme měli chuť, tak jsme mohli. Teď to prostě nejde.“*

I4 se zaměřila na kvalitu sexuálního prožitku, která se po porodu změnila: *„Je to méně citlivý, méně intenzivní. Že bych to chtěla trošku víc intenzivní.“* Zmínila i to, že si zatím znovu nenašla vhodné polohy, ve kterých by jí sex byl příjemný: *„Ještě si myslím, že jsem si jako úplně nepřišla na to, jak se dostat do nějaké polohy, tak aby mi to bylo úplně nejvíc příjemné.“*

Překážky v sexuálním životě po porodu

I1, I2 a I5 považovaly za překážku péči o dítě, únavu a vyčerpání. I2 uvedla, že celodenní péče o dítě zabrala veškerý čas a energii: *„Dítě. Nespavý dítě. Rozhodně*

nespavý dítě. Jak se celý den o něho starám, jsem unavená, vyčerpaná a pak na to ani není chuť“.

Strach z bolesti vzpomínaly I3, I4 a I5. I3 popsala nervozitu a psychickou blokádu spojenou s poraněním: *„Nedokázala jsem si představit, že když jsem tam dole prostě šitá, že to zase bude normálně fungovat.“* Stejný názor reprezentovala i I4 slovy: *„Asi ta bolest, no. Ta bolest je největší takový faktor, který tomu bránil.“* Podobně I5 uvedla, že největší obavou byl strach z bolesti spojený s poraněním: *„Byla to nejvíc ta bolest toho poranění. Byli jsme unavení. Ale vyloženě jako nejdřív ten strach z toho, že to bude bolet po tom porodu prostě, kdy opravdu to šití bylo strašný.“*

Všechny informantky považovaly kojení za další překážku a znamenalo to jasné oddělení tělesných funkcí mateřství a sexuality. I2 zdůraznila, že jí bylo nepříjemné, pokud se partner zaměřoval na její prsa: *„Jak kojím, tak mně vadí doteky a vadí mně takové zaměření na ty prsa. Já to mám vyloženě nastavený tak, že tady ta horní část je teď momentálně dítěte. I5 podobně řekla: „Je mi to vlastně nepříjemný, když vím, že jsem před hodinou nakojila dítě a teď prostě bychom to měli zapojit do nějakých svých hrátek. To asi jako úplně ne.“*

Podobně to vnímala i I4, která se snažila v hlavě oddělit funkci prsou pro dítě a pro partnera, ale nedařilo se jí to: *„Vnímám třeba i prsa. Při tom kojení je to takový... v hlavě se to snažím oddělit, že takhle to není, že na kojení je to syna, a jinak je to toho partnera, ale je mi to nepříjemný, nemám ráda, když se mi dotýká prsou.“*

I5 zmínila, že během kojení se její přístup k prsům změnil a partnerovy doteky by jí při sexu odpuzovaly: *„Taky při tom kojení jako, prsa nebyly ve hře. Dokud jsem kojila, tak nebyly při sexu ve hře. To by mě asi odpuzovalo.“* I3 popsala kojení jako vazbu na dítě: *„I jak jsem dceru kojila, tak jsem měla pocit, že patřím jí. Že jsem její. Prostě, jak ty prsa byly citlivý, nebylo to tak příjemné jako potom kojení už, jako předtím, než jsem byla těhotná.“*

4 z 5 informantek (1, 3, 4, 5) uvedly, že první pokusy o sex proběhly až několik měsíců po porodu, ale nebyly příjemné. I1 vzpomínala na začátky sexuálního života po porodu slovy: *„Pak jsme se po šestinedělí vrátili k sexu. Ale nešlo to. Sešili mě, když jsem byla dole roztrhaná. Ten sex ze začátku nešel. Bolelo to a bylo to nepříjemné. Chtělo to čas, dva měsíce, možná tři měsíce.“*

Podobně I4 popsala, že s partnerem začali s pokusy dva měsíce po šestinedělí, ale kvůli bolesti a strachu byl návrat pomalý: „*No, asi nějak dva měsíce po tom šestinedělí jsme to zkoušeli se vrátit k sexu. Pamatuji si, že jsem měla strašný strach, že mě to bude bolet, že mi to šití ještě praskne. Měla jsem strach, že mě to bude bolet při tom sexu.*“

I3 cítila bolest a strach z poranění, což vedlo k odkladu sexuálního života až na půl roku: „*Asi fakt půl roku jsem se bála a asi ani do toho půl roku asi ani k ničemu nedošlo, to poranění mě pořád bolelo. Byla jsem nervózní, jak kdyby to mělo být úplně moje poprvé. Fakt jsem byla nervózní, vždycky jsem myslela na to poranění.*“ Po půl roce se kvůli bolesti k sexuálnímu životu vrátila i I5: „*Začali jsme to zkoušet různými způsoby, ale i přesto, že jsme měli dlouhou předehtu a fakt jako žádný rychlovky a nic takového, tak stejně prostě, dokud se to tam asi nějak nezahojilo, tak mě to bolelo a cítila jsem to.*“

I2 popsala, že se s partnerem dohodli vyčkat na lékařskou kontrolu a ze začátku docházelo spíše k objetí a nastavování správných poloh: „*Já jsem to ze začátku nechtěla uspěchat, chtěla jsem počkat na tu první návštěvu gynekologa, kdy mně řekne, že je vše v pořádku, uvnitř to mám taky v pořádku a už je to v pohodě a můžeme sexuálně žít. Takže krátce po tom šestinedělí jsme se tak nějak vrátili k sexuálnímu životu, kdy jsme se k sobě spíš přitulili a potom jsme si dávali pozor na polohy, aby mi to vyhovovalo.*“

Shrnutí: Obnovu sexuálního života po porodu nejvíce ovlivnily fyzické potíže (bolest spojená s poraněním), psychická nepohoda, únava a nedostatek prostoru pro intimitu. Klíčovou překážkou byla také péče o dítě, která ženám brala energii i čas, a změněné vnímání těla během kojení – zejména negativní vnímání doteků na prsou. Návrat k intimnímu životu po porodu byl pro informantky mnohdy dlouhodobým procesem, který vyžadoval čas, porozumění a citlivý přístup ze strany partnera.

Odpovědi na výzkumnou otázku č. 5 - Jaké metody nebo strategie ženy využívaly k podpoře a zlepšení sexuálního života během těhotenství a po porodu?

Poslední výzkumná otázka se zaměřila na strategie a metody, které ženy využívaly k podpoře a zlepšení sexuálního života během těhotenství a po porodu.

Strategie pro zlepšení sexuálního života

I1, I4 a I5 popsaly, že klíčovou roli ve zlepšení sexuálního života po porodu sehrála vzájemná komunikace a respekt k potřebám druhého. I1 zdůraznila, že změna režimu spánku dítěte, kdy dítě začalo spát samostatně, umožnila větší intimitu mezi partnery. Zároveň podtrhla důležitost komunikace o tom, co jim v sexuálním životě vyhovovalo a co naopak ne. Podobně I4 a I5 poukázaly na to, že otevřená domluva a vzájemný respekt pomohly zvládnout období, kdy jeden z partnerů měl na sex menší chuť, kdy I5 dodala: *„Tak jsme to tak brali. Takže jako taková ta domluva s partnerem a vzájemný respekt nám pomohl.“*

I2 a I3 zdůraznily, že pro návrat k sexuálnímu životu bylo zásadní, aby partneři nevyvíjeli tlak a akceptovali jejich fyzické i psychické rozpoložení. I2 popsala, že zpočátku čelili s partnerem neshodám kvůli rozdílným potřebám, ale postupem času si vyjasnili hranice a došli ke kompromisu, kdy se intimita odvíjela spíše od jejich potřeb: *„Takže to nechával v mojí režii a přijde mi, že nám to takhle vyhovuje.“* I3 pak ocenila přístup partnera, který respektoval její pocity a nenutil ji do ničeho, na co se necítila připravená: *„Prostě jsem mu narovinu řekla, že se na to necítím, že to tam prostě furt není v pořádku a on to jako chápal.“*

Všechny informantky vnímaly možnost otevřeně hovořit o svých pocitech a obavách bez strachu z negativní reakce partnera jako přínosnou, což potvrdila svými slovy I3: *„Měla jsem velkou oporu v partnerovi, protože fakt netlačil na mě, mohla jsem s ním o tom hlavně normálně mluvit.“*

Druhy podpory

I1, I2, I3 a I5 se shodly, že při hledání podpory při řešení problémů v sexuálním životě, čerpaly informace zejména z internetu a mateřských fór, kde hledaly odpovědi na otázky týkající se bolesti a návratu k intimnímu životu. I1 například uvedla: *„Hledala jsem na internetu informace, v těch fórech pro maminky, jak dlouho to může ještě bolet, a tak.“* Podobně I5 zmínila, že si sama dohledávala způsoby, jak zvládnout únavu a sníženou sexuální touhu: *„Já jsem si to hodně spíš načetla. Na internetu prostě.“*

Zároveň 4 z 5 informantek (1, 2, 3, 4) zdůraznily, že by ocenily větší informovanost a osvětu v rámci předporodních kurzů nebo zdravotnického personálu v porodnicích. I3 v této souvislosti řekla: *„Možná jsem mohla být nějak informovaná i od doktora nebo na předporodních kurzech a myslím si, že se o tom nějak moc nemluví.“*

Všechny informantky upřednostňovaly řešení problémů prostřednictvím komunikace s partnerem a přáteli. I2 popsala, že klíčem k harmonizaci sexuálního života byl kompromis mezi jejími a partnerovými potřebami: „*Snažili jsme se najít kompromis mezi tím, co potřebuji já, a co potřebuje partner. A u nás ten kompromis byl, že to partner nechal v mojí režii.*“ Stejně tak I4 ocenila otevřenou komunikaci s partnerem a blízkými přáteli: „*Probrala jsem to s kamarádkou, s tím partnerem, aby se to zlepšilo.*“

Doporučení ostatním párům

Všechny informantky se shodly na tom, že klíčovým doporučením pro ostatní páry čelící výzvám v sexuálním životě po porodu je otevřená a upřímná komunikace. Zdůraznily, že právě vzájemná komunikace mezi partnery pomáhá překonávat rozdílná očekávání a potřeby. I1 uvedla: „*Je potřeba komunikovat víc, no. Takže na ty komunikaci je to založený.*“ Podobně I2 doporučila nejen komunikovat, ale také se na změny připravit a uvědomit si, že proměna po porodu je výraznější u žen: „*Musí si ženská říct, že ten chlap má nějaké potřeby prostě. A ten chlap se musí vcítit do té ženské, protože ta partnerka se mění v mámu a v našem těle a životě je ta změna o dost větší než u těch chlapů.*“

Dalším doporučením bylo získávání informací a podpora od okolí. I2 navrhla obrátit se na blízké přítelkyně, které mají podobnou zkušenost, což může ženám pomoci pochopit, že v tom nejsou samy: „*Nebo bych si promluvila s někým blízkým, kamarádkou, která si tím taky prošla a třeba zjistí, že v tom nejsou samy.*“ I3 pak uvedla jako užitečný zdroj informací sociální síť, zejména Instagram, kde odbornice jako porodní asistentky sdílejí témata související s mateřstvím a intimitou: „*Myslím si, že teď třeba není jako vůbec špatný, že třeba teď sleduji na Instagramu spoustu i těch porodních asistentek a ty to tam prostě sdílejí všechny tyhle témata.*“

I3, I4 a I5 doporučily navíc i praktická opatření pro udržení intimity ve vztahu. I3 například navrhla využít možnosti hlídání dítěte: „*No, nebo občas dát dítě na hlídání, no. Když na to přijde.*“ I4 a I5 pak zdůraznily důležitost nastavení realistických očekávání. I5 doporučila nevyvíjet na sebe tlak a neplánovat si dopředu, jak by měl návrat k sexu vypadat: „*Nemít žádné očekávání. Nic si neplánovat, brát věci tak, jak přijdou.*“

Shrnutí: Hlavními strategiemi, které informantky využívaly k podpoře a zlepšení sexuálního života po porodu, byla především otevřená komunikace, vzájemný respekt a trpělivost. Intimitu pomáhalo obnovit také přizpůsobení se novému režimu, kdy děti začaly spát odděleně, či kompromisy, které zohledňovaly aktuální potřeby obou partnerů. Informantky dále čerpały informace z internetu, diskusních fór a rozhovorů s kamarádkami, přičemž zdůraznily, že by ocenily větší informovanost ze strany zdravotníků. Jako doporučení ostatním párům uváděly zejména vzájemnou otevřenost, připravenost na změny, nepodléhání tlaku a využívání času pro sebe, kdykoliv je to možné.

9.1.2 Specifické aspekty vnímání u mužů

Tato část se zaměřuje na vnímání sexuálního života mužů v různých obdobích – před otěhotněním, během těhotenství a po porodu.

Odpovědi na výzkumnou otázku č. 1 - Jak muži vnímají svůj sexuální život před otěhotněním jejich partnerky?

První výzkumná otázka měla za úkol zjistit subjektivní hodnocení mužů, které se týká sexuálního života v období před těhotenstvím jejich partnerky.

Sexuální život před těhotenstvím partnerky

I2, I3, I4 a I5 popsali svůj sexuální život před těhotenstvím jako stabilní a uspokojivou součást partnerského vztahu. Pro některé z nich byl navíc velmi naplňující – například I2 ho charakterizoval jako „pecka“ a dodal: „*Spokojenost na všech frontách za mě.*“ I4 uvedl: „*Všechno probíhalo prostě dobře. Za mě to bylo dobrý.*“

Důležitým faktorem byla také frekvence intimního života. I5 uvedl, že sex byl častý, protože se pár snažil o početí: „*Měli jsme sex často, protože partnerka nemohla otěhotnět.*“

I3, pro něhož byla partnerka první sexuální zkušeností, zmínil, že byl spokojený: „*Než partnerka otěhotněla, tak jsme spolu byli 7 let, a to jsem byl spokojený.*“

Jedinou odlišnou zkušenost popsal I1, který vnímal svůj sexuální život jako spíše „obyčejný“, ačkoliv připomněl, že v počátcích vztahu byl velmi spontánní: „*Když se naskytlá chvílka, tak jsme sex měli kdekoliv.*“ Zároveň dodal, že by si přál větší frekvenci: „*Já bych chtěl asi, aby byl víc jako v tu dobu.*“

Shrnutí: Celkově informanti vnímali sexuální život před těhotenstvím pozitivně, jako stabilní součást vztahu, bez zásadních překážek a často i s výraznou spokojeností.

Odpovědi na výzkumnou otázku č. 2 - Jaké změny v sexuálním životě zaznamenali muži během těhotenství jejich partnerky, a jaké faktory tyto změny ovlivňují?

Druhá výzkumná otázka měla za úkol zjistit změny v sexuálním životě mužů během těhotenství jejich partnerky a prozkoumat, jaké faktory tyto změny ovlivňují.

Změny v sexuálním životě během těhotenství partnerky

Všech 5 informantů uvedlo, že během těhotenství svých partnerek vnímali v intimním životě určité změny. Fyzické změny partnerky nejvýrazněji popisovali I1, I2 a I5. Pro I1 byla zlomová chvíle, kdy začalo být těhotenství viditelné: „*Pak spíš, až když to začalo být vidět, tak ti to přijde takový, že tam ta osoba třetí prostě je.*“ I2 popisoval rozdíl v polohách i celkovém vnímání sexu: „*Pak na konci už těhotenství je to břicho... Ty polohy.*“ Také I5 uvedl: „*To břicho bylo větší, tak jsem byl opatrnější.*“

Strach o dítě a vědomí jeho přítomnosti vnímali jako významný prvek intimity I1, I2, I4 a I5. I1 řekl: „*Je to takový nepříjemný, že ten třetí, to miminko, tam v tom břiše je.*“ Obdobně popisoval svou zkušenost i I2: „*Snažil jsem se být opatrný, jako hodně. Nevíš, co můžeš, nevíš, co nemůžeš.*“ I4 připustil: „*Měl jsem strach jako v podvědomí o to mimčo.*“

Psychické vlivy a změny nálad byly u mužů také patrné, především u I2, který popisoval období nejistoty po zdravotním vyšetření dítěte jako klíčové pro snížení zájmu o sex: „*Po té psychické stránce to spíš jako o to člověk ani neměl jako zájem.*“

Někteří muži zároveň vnímali změny pozitivně – například fyzickou proměnu partnerky. I2 řekl: „*Ten partnerky vzhled byl pro mě zase jako příjemná změna.*“ Stejně tak I3: „*Ta fyzická změna partnerky pro mě byla spíš plusová, líbilo se mi to.*“

Četnost pohlavních styků se podle výpovědí I2, I3, I4 většinou snížila, ale vnímání intenzity prožitku bylo často silnější. I3 uvedl: „*Co se týče četnosti, tak mi to vzalo, ale prožitek byl intenzivnější.*“ I2 hodnotil pozdější fázi těhotenství jako překvapivě příjemnou: „*Možná i ten sex byl daleko intenzivnější než předtím.*“

U I4 došlo ke ztrátě zájmu o sex ve vyšším stádiu těhotenství: „*Nechci to říct nějak hnusně, ale mě to nějak nevzrušovalo.*“ Podobně i I3 řekl: „*Před porodem, v tom třetím trimestru už jako vůbec jsme sex neměli.*“

Faktory ovlivňující zájem o intimitu

Vzhled partnerky během těhotenství hrál důležitou roli u všech informantů. I1 uvedl: „*Tím, jak byla prostě kulatá, měla to břicho, tak prostě nebyla tak přitažlivá.*“ I4 popisoval fyzické změny partnerky negativně a považoval je za hlavní překážku intimity: „*To břicho. To pro mě byla fakt překážka, že mě to nikdy nevzrušovalo.*“ I5 pak zmínil, že ho ovlivnila i změněná postava partnerky: „*Tak byla silnější. Tak to břicho mi vadilo.*“

Zcela opačný pohled nabídl I2, který těhotenské změny vnímal jako posílení přitažlivosti: „*Když se jí to tělo měnilo, mně se to líbilo. Pro mě to furt bylo přitažlivé.*“ Také I3 popsal, že mu partnerka připadala více atraktivní: „*Jak se ty partie zvětšovaly, tak to bylo super. Ta partnerka mě víc přitahovala.*“

Přítomnost dítěte a s tím spojené obavy se promítaly zejména do vnímání intimity u I1, I3 a I5. I1 popsal, že těhotenské břicho vnímal jako „*něco, co tam prostě je – třetí osoba.*“ I3 popsal: „*Ke konci těhotenství to byl stres a strach, aby se při sexu něco nestalo.*“ Podobně to cítil i I5: „*Vnímal jsem to miminko no...*“

Psychická stránka a rozpoložení partnerky ovlivnily zejména I3, který uvedl: „*Ona je taková, že hodně ty věci prožívá, takže už takhle byla ve stresu.*“ To přispělo ke snížení intimního kontaktu, především ke konci těhotenství. I5 pak zmínil jako překážku i častý nezájem partnerky: „*Asi jako, že jsem to nemohl zkoušet furt. Protože nebyla chuť ze strany partnerky.*“

Shrnutí: Informanti k této výzkumné otázce zaznamenali během těhotenství svých partnerek různé změny v sexuálním životě, přičemž tyto změny se týkaly především fyzického vzhledu partnerky, přítomnosti plodu a emoční atmosféry ve vztahu. Někteří muži vnímali těhotenské změny jako atraktivní a prožívání intimity jako intenzivnější, jiní popisovali úbytek zájmu o sex kvůli břichu, obavám o dítě nebo nižší iniciativě ze strany partnerky.

Odpovědi na výzkumnou otázku č. 3 - Jakým způsobem průběh porodu ovlivňuje vnímání sexuálního života po porodu?

Třetí výzkumná otázka měla za cíl zjistit vnímání partnerky u porodu a jeho vliv na budoucí sexuální život.

Pohled na porod

Vnímání porodu partnerky bylo pro všechny informanty intenzivním a emočně náročným zážitkem, a to především po psychické stránce. Například o této zkušenosti hovořili I2 a I3. I2 uvedl: *„Byl jsem vyklepaný, jak ratlík... psychicky jsem z toho byl špatný ještě docela dlouho.“* Podobně reagoval i I3: *„Když jsem dojel do porodnice, tak to na mě padlo, že jsem zvracel.“* Psychické napětí bylo spojené především s obavami o partnerku a nejistotou ohledně celého průběhu porodu.

Empatie a vnímání bolesti partnerky se objevovaly u všech informantů. I1 vyjádřil soucit: *„Nedokážu si představit, jaký to musí být, když tam prostě ležíš celý den a tlačíš.“* Obdiv k partnerce zazněl i u I3, I4 a I5. I4 popsal: *„Obdivoval jsem ji... byla totálně zoufalá, na pokraji vyčerpání.“* I5 shrnul svůj pohled slovy: *„Obdivoval jsem, co dokázala.“*

Všech pět informantů kladlo důraz na svou přítomnost a podporu během porodu. I1 popsal, že byl s partnerkou celou dobu a nedokázal si představit, že by tam byla sama. I5 uvedl: *„Musel jsem jí všechno říkat a opakovat já. Nikoho jiného nevnímala.“* Podobně I3 zdůraznil svou roli opory: *„Snažil jsem se být hlavně pro ni, taková ta podpora největší.“*

Souvislost mezi přítomností u porodu a sexuálním životem

Přítomnost u porodu měla u všech pěti informantů vliv na vnímání partnerky a jejich intimního života po porodu, a to především v rovině respektu, obdivu a hlubšího partnerského pouta.

Tyto změny se projevíly u I2, I3 a I5, kdy I2 popsal, že si po porodu více vážil každého intimního okamžiku: *„Vím, co si prožila... vždycky jsem si to u toho sexu uvědomil.“* Zároveň zdůraznil, že pro něj byla tato zkušenost povzbudivá i v oblasti intimity. Podobně vnímal partnerku I3: *„Začal jsem si ji vážit hodně partnersky.“* I5 uvedl, že po porodu partnerku vnímal ještě pozitivněji než dřív: *„Vnímám ji líp než před porodem. Prošla si velkým peklem.“*

I1 připustil, že samotný vizuální zážitek z porodu pro něj byl dočasně negativní: *„Viděl jsem, co jsem nechtěl vidět, ale to oko tam prostě zavítalo.“* Zároveň ale zdůraznil, že

to nemělo trvalý dopad na jeho chuť k sexu: „*To bylo jen takový to chvilkový, když jsem si na to občas vzpomněl. Ale pak už to bylo dobré*“

Jisté obavy z dopadu na sexuální život přiznal informant č. 4: „*Bál jsem se hrozně, aby nám to třeba fungovalo. Protože jsem to nikdy nezažil.*“

Shrnutí: Průběh porodu a přítomnost informantů u něj významně ovlivnily vnímání partnerky a intimního života po porodu. Emočně náročný zážitek posílil jejich respekt a obdiv k partnerce, což se v některých případech promítlo do hlubšího partnerského propojení i v oblasti sexuality. Přestože se u některých objevily dočasné obavy, žádný z informantů neuváděl trvalé narušení sexuálního života. Naopak – pro většinu z nich byla zkušenost s porodem spíše posilující, jak v emocionální, tak v intimní rovině.

Odpovědi na výzkumnou otázku č. 4 - Jaké faktory nejvíce ovlivňují obnovu sexuálního života po porodu?

Čtvrtá výzkumná otázka se zaměřila na faktory, které nejvíce ovlivňují obnovu sexuálního života po porodu. Během rozhovorů informanti sdíleli své zkušenosti s návratem k intimnímu životu, přičemž popisovali překážky a změny v sexuálním životě po porodu ve srovnání s obdobím před těhotenstvím.

Změna sexuálního života po porodu

I1 a I3 popsali, že pro jejich partnerky byla intimita po porodu méně přirozená a spojená s únavou a fyzickým nepohodlím. I1 uvedl: „*Už tam není prostě taková ta vášeň... Je to takový spíš z povinnosti.*“

Také I2 vnímal změny podobně, zejména nutnost přizpůsobit se partnerce, být opatrný a vnímat, že některé polohy jí už nejsou příjemné: „*Spíš jsem se musel snažit se přizpůsobovat tomu, co chtěla partnerka.*“ Sám měl touhu vrátit se k dřívějšímu prožívání sexuality, ale přijal nutnost být ohleduplnější a trpělivější. I I4 přiznal, že některé pozice byly pro partnerku po porodu nepříjemné.

Omezený kontakt s prsy zmiňovali I1, I2, I3 a I5. Všichni zmínili, že během období kojení bylo dotýkání prsou partnerkou omezeno nebo úplně odmítáno kvůli jejich citlivosti. I1 poznamenal: „*Nemohl jsem jí sahat na prsa, protože ji bolela.*“ Podobně reagovali I2 a I3, kteří to zpočátku těžce nesli, ale respektovali partnerčiny potřeby. I3 uvedl: „*Nechtěla moc, abych se dotýkal prsou... Což mám rád, takže mě to štvalo.*“

I5 vnímal změnu v sexuálním životě jako důsledek únavy, nevyspání a hormonálních změn: „*Po porodu to bylo jiné. Bylo tam najednou to dítě, nevyspání a únava.*“

Naopak I4 přinesl odlišný pohled, když sexuální život po porodu hodnotil pozitivně: „*Mně to přijde možná lepší než před porodem. Takový intenzivnější, lepší.*“

Překážky v obnovení sexuálního života po porodu

Informanti odpovídali, jaké měli překážky při obnovování sexuálního života po porodu. I1, I2 popsali, že po porodu partnerka směřovala veškerou pozornost k dítěti, což negativně ovlivnilo její chuť k sexu. I1 uvedl: „*Ta žena má najednou tu lásku k dítěti... vášně z její strany není a už nemá takový chtiče.*“ I2 popsal dítě jako hlavní překážku intimního života: „*To dítě ti to prakticky diktuje... Třeba se budilo uprostřed sexu.*“ Zmínil také, že partnerka byla unavená a neměla zájem o sex, protože všechnen čas věnovala péči o dítě.

Podobnou zkušenost měl i I5, který uvedl kombinaci únavy a nedostatku času a soukromí: „*Hlavně to dělala ta únava. A taky čas sami pro sebe a soukromí, protože prostě to dítě no.*“

I3 zmiňoval jako překážky nejen únavu a nedostatek příležitostí, ale také bolest a psychický stav partnerky: „*Asi partnerky hlava a bolest po tom poranění, taky únava.*“ Dítě vnímá jako důvod, proč „nebyla příležitost“, protože nespalo a vyžadovalo neustálou péči.

I4 popsal snahu o pomalý a ohleduplný návrat k sexualitě, přičemž hlavní překážkou byla bolest partnerky: „*My jsme oba chtěli hrozně moc mít sex, ale nejvíc tomu bránilo to, že ji to bolelo.*“

Návrat k sexuálnímu životu po porodu byl pro I2, I3 a I4 spojen s delší časovou prodlevou, opatrností a nejistotou. I2 popisoval návrat k intimnímu životu jako velmi náročný a emočně vypjatý proces. Ačkoliv po šestinedělí očekával obnovení sexu, partnerka neměla chuť, což pro něj bylo frustrující: „*Nechápal jsem to. Já jsem to do té doby prostě nezažil.*“ Situace vedla k napětí ve vztahu a opakovaným hádkám: „*Kvůli tomu jsme se fakt hádali.*“ Až otevřený rozhovor jim pomohl znovu najít cestu k sobě.

Podobnou zkušenost měl i I3, který uvedl, že návrat k sexu proběhl až po delší době, zhruba tři měsíce po konci šestinedělí: „*Bylo to dlouhý, no... Mysleli jsme, že jsme to*

i zapomněli.“ Začátky vnímal jako intenzivní — jako by šlo o první sexuální zkušenost.

I1 a I4 popsali, že k prvním pokusům o sex došlo po sedmi až osmi týdnech, ale zpočátku nebylo možné akt dokončit kvůli bolesti partnerky: *„Když jsme šli poprvé i podruhé to zkoušet, možná i potřetí, tak jsme to nikdy nedokončili.“* U I4 byly začátky ovlivněny fyzickým diskomfortem partnerky, který respektoval: *„Musel jsem se snažit být něžnější.“*

Opatrnost zmínil také I5, který popsal, že první intimní kontakt proběhl až po třech až čtyřech měsících od porodu: *„Byli jsme opatrní. Bylo znát to šití... Taky ji to bolelo.“*

Shrnutí: Obnovu sexuálního života po porodu u tázaných informantů nejvíce ovlivnila únava partnerky, nedostatek času a soukromí, péče o dítě a fyzické potíže spojené s porodem. Intimita byla často odkládána kvůli bolesti, psychickému nastavení partnerky a změnám spojených s kojením.

Odpovědi na výzkumnou otázku č. 5 - Jaké metody nebo strategie muži využívali k podpoře a zlepšení sexuálního života po porodu?

Poslední výzkumná otázka se zaměřila na strategie a metody, které muži využívali k podpoře a zlepšení sexuálního života během těhotenství a po porodu.

Strategie ke zlepšení sexuálního života

Informanti uváděli, co jim pomohlo zlepšit sexuální život během těhotenství partnerky a po porodu. I1, I2, I3 a I4 řekli, že možnost mluvit o svých potřebách, pocitech a očekáváních s partnerkou vedla k lepšímu porozumění a větší pohodě v intimním životě. I2 reflektoval, že mu komunikace výrazně pomohla otevřít oči: *„Komunikace je základ. Ta nám pomohla ze všeho nejvíc.“* I3 uvedl, že ačkoli byl obvykle iniciátorem sexuální aktivity, byli schopni o rozdílné potřebě mluvit a hledat společnou cestu: *„Když chci já a partnerka nechce, tak se jako o tom bavíme.“*

I4 popisoval, že si s partnerkou dokázali vždy říct, když neměli chuť, a otevřeně sdíleli, co jim vyhovuje, což vedlo k vzájemnému respektu a porozumění: *„Vždycky jsme si řekli, co nám vyhovuje a co ne.“*

I5 zdůrazňoval význam trpělivosti a respektu k tempu partnerky. Uvedl, že netlačil na obnovení sexuálního života a nechal věci plynout přirozeně: „*Prostě nechat plynout čas. Netlačil jsem na to.*“

Druhy podpory

I1, I2 a I3 aktivně vyhledávali informace na internetu, zejména v období těhotenství, kdy si nebyli jistí, co je běžné a bezpečné. I2 přiznával, že „*googlil furt*“, protože se cítil neinformovaný a potřeboval ujištění, že jejich situace není ojedinělá: „*Hledal jsem, jestli to tak někdo má taky, nebo jestli se o tom něco dozvím, protože jsem nevěděl nic.*“ Zároveň zdůraznil význam společně stráveného času bez dítěte, který podle něj pomáhal obnovit intimitu: „*Když máš chvíli pro sebe jenom čistě vy dva... to ti navrátí chuť.*“ Podobně I3 uváděl, že mu chyběla informovanost a otevřená diskuse o tématu sexuality během a po těhotenství: „*Ta sexualita je strašně velký tabu. Informovanost nebyla. Kdyby mně to někdo řekl, tak bych byl rád.*“

I5 uvedl, že o tématu diskutoval s kamarády a dodal, že by mu pomohlo, kdyby byla komunikace v této oblasti otevřenější: „*To bych uvítal, no... Víc o tom mluvit.*“ Také I4 zdůraznil důležitost upřímnosti mezi partnery jako formu podpory, kterou ve vztahu vnímal: „*Tak mezi sebou jsme vždycky hledali upřímnost. A tu tam máme.*“

4 z 5 informantů (I1, I2, I3, I4) uvedli, že ve vztahu fungovala vzájemná dohoda a že o sexuální aktivitě rozhodovali společně podle aktuální nálady a potřeby, kdy I1 řekl: „*Domluvíme se, jestli to chceme oba a je to.*“

Doporučení ostatním párům

Téma otevřeného sdílení potřeb, pocitů a očekávání zaznělo u všech informantů. I5 uvedl stručně: „*Ať se o tom baví. Protože komunikace je základ. Musí se shodnout.*“ Podobně I4 zdůrazňoval potřebu mluvit o tom, co kdo chce, a v rámci intimity doporučoval dbát na předehru, kterou považoval za klíčový prvek úspěšného sexuálního zážitku: „*Předehra je 90 % úspěchu.*“

I2 připojil k doporučení komunikace i apel na trpělivost, zejména ze strany mužů. Zdůraznil, že je důležité vydržet i složitá období, pokud chtějí zachovat vztah a rodinné soužití: „*Zatnout zuby, vydržet. Pokud si nechceš zkazit rodinu a vztah, tak vydržet a komunikovat to mezi sebou.*“

I3 doporučoval vyhýbat se přehnanému plánování, které podle něj zabíjí přirozenost a spontánnost v intimním životě: „*Nejhorší je plánování. Když už se to naplánuje, tak už to pak není takový.*“ Zároveň kladl důraz na respekt k partnerce a komunikaci jako cestu ke vzájemnému porozumění.

I1 radil párům, aby se drželi toho, co jim v minulosti vyhovovalo, a aby na sebe netlačili: „*Držet se toho, na co jsou zvyklí, co jim vyhovuje a mají rádi, nespěchat.*“

Shrnutí: Strategiemi pro zlepšení sexuálního života po porodu byla otevřená komunikace, trpělivost a vzájemný respekt. Páry se snažily přizpůsobit novým podmínkám, nechat věci přirozeně plynout a nespoléhat na plánování. Důležitou roli hrála také emoční opora, sdílení zkušeností s přáteli a vyhledávání informací, ať už na internetu, sociálních sítích nebo u odborníků.

10 DISKUZE

Tato kapitola shrnuje odpovědi na stanovené otázky výzkumu. Kvalitativního šetření se zúčastnilo 5 párů, které prožily těhotenství a porod, přičemž se zaměřujeme na to, jak se jejich sexuální život změnil během těhotenství a po porodu. Informanti byli v době výzkumu maximálně 5 let po porodu, takže měli čerstvé vzpomínky na tuto dobu.

Vzhledem k tomu, že výzkum obsahuje pouze 5 párů, nelze výsledky zobecnit na celou populaci, která prožívá obdobné zkušenosti. Výsledky kvalitativního výzkumu jsou porovnány s odbornou literaturou, studiemi, bakalářskými a diplomovými pracemi, které se těmito tématy zabývají.

10.1 Shrnutí odpovědí na stanovené otázky výzkumu u žen

Výzkumná otázka č. 1 - Jak ženy subjektivně vnímají svůj sexuální život před otěhotněním?

Výzkumná otázka č. 1 měla za cíl zjistit, jak ženy subjektivně hodnotí svůj sexuální život před otěhotněním.

Na základě odpovědí informantek bylo zjištěno, že 4 z 5 informantek vnímaly svůj sexuální život před těhotenstvím jako přirozený a uspokojivý, přičemž vyjadřovaly pozitivní hodnocení jak jeho kvality, tak i frekvence. Tento výsledek se shoduje s tureckými výzkumy Cavuse (2019), který zjistil, že pro 80 % žen je stabilní sexuální život v partnerském vztahu klíčovým faktorem pro jejich celkovou pohodu a spokojenost a vnímá pozitivní sexuální zkušenosti v předchozích obdobích jako klíčové k lepší kvalitě sexuálního života i během těhotenství.

Dále se ukazuje, že všechny informantky měly častější sexuální aktivitu, protože se snažily o otěhotnění. I toto odpovídá zjištěním ve studii Cavuse (2019), kde se ukázalo, že ženy, které se aktivně pokoušely o těhotenství, měly větší frekvenci sexuální aktivity během tohoto období, a to v průměru 3,2krát týdně.

Výjimkou byla jedna informantka, která zmínila nesoulad v sexuálních potřebách s partnerem, což podle jejího názoru nebyl zásadní problém. Tento jev je v literatuře známý, přičemž některé studie, jako například studie McDonalda (2017) z Austrálie, naznačují, že rozdíly v sexuálních potřebách mezi partnery mohou vést k pocitu nespokojenosti, pokud není komunikace o těchto potřebách dostatečně otevřená.

Výzkumná otázka č. 2 - Jaké změny v sexuálním životě zaznamenaly ženy během těhotenství a jaké faktory tyto změny ovlivňují?

Výzkumná otázka č. 2 měla za cíl zjistit změny v sexuálním životě, které zaznamenaly ženy během těhotenství a faktory, které tyto změny ovlivňují.

Ve výzkumném šetření byly zaznamenány různé změny v sexuálním životě žen během těhotenství. V prvním trimestru dvě informantky nepozorovaly žádné výrazné změny, což odpovídá závěrům, které uvádí Vrzáčková (2014), že v této fázi těhotenství mohou některé ženy zažívat sexuální aktivitu bez větších změn, pokud nejsou přítomny závažné zdravotní problémy nebo nevolnosti. Toto tvrzení potvrzuje i polský výzkum Studzinské (2015), zahrnující 200 žen, kde 170 žen (85 %) uvádí, že v prvním trimestru jsou změny v sexuálním životě často minimální, pokud nejsou přítomny komplikace, jako je nevolnost, které se v tomto období objevily u 3 z 5 informantek.

V druhém trimestru však došlo u třech informantek k obnovení sexuální touhy, což souhlasí s výsledky Vrzáčkové (2014), která ve své studii zjistila, že ve druhém trimestru u 54 % žen dochází k nárůstu sexuální touhy, což souvisí s lepším fyzickým i psychickým stavem a zmírněním nevolností. Toto bylo patrné i v odpovědích informantek, které zaznamenaly zlepšení sexuálního života, jakmile se cítily lépe.

Vrzáčková (2014) uvádí, že ve třetím trimestru dochází k výraznému poklesu sexuální aktivity, což je způsobeno zejména rostoucím břichem a dalšími tělesnými změnami, které 80 % žen vnímá jako omezující. Tento pokles sexuální aktivity byl potvrzen i výpověďmi čtyř informantek z rozhovoru, které uvedly, že třetí trimestr je období, kdy sexuální aktivita klesá kvůli tělesným změnám, únavě a diskomfortu.

Faktory, jako je růst břicha, únava a vnímání vlastního těla, byly klíčovými faktory ovlivňujícími sexuální život všech informantek. V rozhovoru uvedly, že se necítily atraktivní kvůli těhotenským změnám, což je v souladu s italským výzkumem Grussu (2021), který zdůrazňuje, že negativní vnímání tělesných změn může snížit sexuální touhu. Tento faktor je potvrzen i ve studii Vrzáčkové (2014), která ukazuje, že vnímání vlastního těla je jedním z klíčových aspektů, které mohou ovlivnit sexuální život během těhotenství.

Výzkumná otázka č. 3 - Jakým způsobem průběh porodu ovlivňuje vnímání sexuálního života po porodu?

Výzkumná otázka č. 3 se zaměřila na zjištění, zda a jakým způsobem průběh porodu ovlivňuje vnímání sexuálního života po porodu, postoj k přítomnosti partnera během porodu a jeho vliv na budoucí sexuální vztah.

Porod u 2 z 5 informantek probíhal rychle a bez větších komplikací, což pro ně bylo příjemným překvapením. Bolest, kterou prožívaly, nebyla tak silná a dlouhá, jak očekávaly. Tyto informantky považovaly rychlý průběh za pozitivní aspekt svého porodu.

Naopak více než polovina informantek měla velmi odlišné zkušenosti, kdy se jejich porodní zkušenosti ukázaly jako náročné a vyčerpávající. Pro jednu z informantek byl porod dlouhý a vyčerpávající, trval několik dní a byl psychicky i fyzicky náročný, což nevedlo k dobré zkušenosti. Tento popis se shoduje s tvrzením Ratislavové a kol. (2021), které ukazuje, že dlouhý a vyčerpávající porod, zejména pokud je žena fyzicky a psychicky vyčerpána, může vést k výraznému poporodnímu stresu. Další dvě informantky měly porod velmi intenzivní, což pro ně znamenalo velký šok a stres. Právě prožívání stresu, bolesti a ztráty kontroly během porodu mohou mít silný vliv na následný psychický stav ženy. (Ratislavová a kol, 2021)

Také přítomnost partnera během porodu sehrála klíčovou roli u všech informantek v celkovém prožitku. Přítomnost partnera jim poskytla psychickou oporu, pomohla jim zvládnout stres a bolest a přispěla k jejich celkové spokojenosti s porodem. Jedna z informantek, dle jejích slov, by bez partnera vůbec neporodila. Tento přístup se shoduje s výzkumem Demir-Cendek a kol. (2025), který potvrzuje, že ženy s podporou partnera během porodu vykazují vyšší spokojenost a lépe zvládají stres a bolest.

3 z 5 informantek oceňovaly, že partner po porodu respektoval jejich tempo a nevyvíjel tlak na obnovení sexuálního života, což vnímaly jako velmi pozitivní faktor. Ve studii Stavdala a kol. (2019) bylo zjištěno, že přítomnost partnera u porodu může mít pozitivní vliv na intimitu a sexuální život po porodu. Tento vliv se projevuje především ve zvýšení vzájemné důvěry a většího respektu k potřebám ženy, což vedlo k jednodušší obnově sexuálního života.

Nicméně, jedna informantka cítila nepohodlí z toho, že její partner viděl aspekty porodu, které nechtěla, aby byly viděny. V některých případech to vedlo k dočasnému narušení intimity. Tento pocit je v souladu se studií Stavdala (2019), který uvádí, že některé ženy mohou mít krátkodobé obavy, když jejich partner vidí během porodu intimní části těla, což může dočasně ovlivnit jejich sexuální vztah.

Přestože tyto krátkodobé obavy existovaly, dlouhodobé negativní dopady na sexuální život po porodu, dle rozhovoru s informantkami, nebyly výrazné.

Výzkumná otázka č. 4 - Jaké faktory nejvíce ovlivňují obnovu sexuálního života po porodu?

Výzkumná otázka č. 4 měla za cíl zjistit, jaké faktory nejvíce ovlivňují obnovu sexuálního života po porodu, zkušenosti žen s návratem k intimnímu životu, překážky a změny v sexuálním životě po porodu ve srovnání s obdobím před těhotenstvím.

Ve dvou případech informantky uváděly, že poporodní období bylo velmi náročné, zejména z fyzického a psychického hlediska. Šestinedělí pro ně bylo obdobím intenzivní únavy. Toto období bylo vyčerpávající kvůli neustálému koloběhu péče o dítě a nespavosti, což vedlo k celkové vyčerpanosti. Popis informantek odpovídá zjištěním výzkumu španělské studie Delgado-Pérez a kol. z roku 2022, která ukazuje, že únava spojená s nočním vstáváním a náročnou péčí o novorozence může významně ovlivnit návrat k intimnímu životu.

Porodní poranění, které utrpěly 4 informantky, mělo významný vliv na jejich schopnost vrátit se k sexuálnímu životu. U těchto informantek, které podstoupily také šití, přetrvávala bolest dlouho po porodu, což bylo hlavním faktorem bránícím obnovení sexuálních aktivit. Holanda a kol. (2014) potvrzují, že dyspareunie (bolest při sexu) je častým problémem po porodu, zejména u žen, které prožily vaginální porod s poraněním perinea (hráze). V této studii se komplikace při obnově sexuálního života objevily u 43,5 % žen.

Důležitým faktorem byl i psychický stav žen. Čtyři informantky zmínily, že po porodu procházely obdobími psychických blokády a obav, zejména z bolesti při sexu. Strach z bolesti a znovu prožívání nepříjemných pocitů z porodu měl vliv na jejich schopnost navázat intimní vztah ihned po ukončení šestinedělí. V poporodním období mohou nastat různé patologické jevy, které lze rozdělit do čtyř hlavních kategorií: snížený

zájem o sex, bolestivé pocity během sexu, problémy s dosažením orgasmu a nízká sexuální vzrušivost. Podle výzkumu ve Spojených státech amerických McBride a kol. (2017) přibližně 40 % žen uvádí, že mají nějaké sexuální problémy. Po třech měsících po porodu až 86,7 % žen hlásí alespoň jeden příznak sexuální dysfunkce. Po šesti měsících po porodu se sexuální problémy objevují u 64 % žen.

U všech informantek se během kojení změnil vztah k prsům, přičemž vnímaly prsa jako primární mateřskou funkci, tedy zdroj výživy pro dítě. Tento přechod byl pro některé informantky složitý, protože prsa byla najednou vnímána jako tělesná část, která již nepatří k sexuální sféře. Jedním z častých problémů, které informantky uvedly, byl diskomfort při dotecích na prsa během kojení. Tento jev se liší s prací Turkové (2018), podle které 85 % žen z celkového vzorku 110 dotazovaných uvedlo, že kojí, přičemž pouze 8 % žen označilo kojení jako příčinu problémů s vnímáním prsou během poporodního období.

V poporodním období se první pokusy o sexuální aktivitu u 4 z 5 informantek objevily až několik měsíců po porodu. Bolestivé pocity a strach z poranění zpomalily návrat k sexuálnímu životu. Pouze jedna informantka, jejíž porod proběhl císařským řezem, se vrátila k sexuálnímu životu hned po ukončení šestinedělí, což se shoduje s prací Zemánkové (2014), která uvádí, že se ženy po císařském řezu vrací k sexuálnímu životu také po šesti týdnech po porodu. S těmito zkušenostmi zahraniční studie McBride a kol. (2017) ukazují, že obnova sexuální aktivity po šesti týdnech po porodu činila přibližně 50 %, přičemž po třech měsících to bylo kolem 90 %.

Výzkumná otázka č. 5 - Jaké metody nebo strategie ženy využívaly k podpoře a zlepšení sexuálního života po porodu?

Výzkumná otázka č. 5 měla za cíl zaměřit se na strategie a metody, které ženy využívaly k podpoře a zlepšení sexuálního života po porodu.

U třech informantek sehrála klíčovou roli ve zlepšení sexuálního života po porodu vzájemná komunikace a respekt k potřebám druhého. K tomu se přidává i významná změna v intimním životě, kdy například změna režimu spánku dítěte, která umožnila více soukromí mezi partnery, přispěla k obnově sexuální intimity. To je v souladu se studií Crenshaw a kol. (2019), která zdůrazňuje, že otevřená komunikace o sexuálních potřebách a vzájemné porozumění jsou klíčové pro pozitivní změnu v partnerském sexuálním životě.

Práce Zemánkové (2014) tvrdí, že přístup k obnovení sexuálního života po porodu může být úzce spojen s psychickým zotavením ženy a s tím, jakým způsobem její partner přistupuje k jejím intimním potřebám. Informantkám pomohlo, když jejich partner projevoval trpělivost a pochopení a netlačil je do sexuální aktivity.

Informantky čerpaly informace z dostupných online zdrojů, 4 z 5 informantek vyjádřily potřebu lepší informovanosti, především v rámci předporodních kurzů a od zdravotnického personálu v porodnicích. Tyto poznatky se shodují s tvrzením práce Takács (2016), která ukazuje, že podporující a trpělivý přístup zdravotníků má pozitivní vliv na prožívání porodu a psychické zotavení ženy, což je zásadní pro její následnou sexuální pohodu.

10.2 Shrnutí odpovědí na stanovené otázky výzkumu u mužů

Výzkumná otázka č. 1 - Jak muži vnímají svůj sexuální život před otěhotněním jejich partnerky?

Výzkumná otázka č. 1 měla za úkol zjistit subjektivní hodnocení mužů, které se týká sexuálního života v období před těhotenstvím jejich partnerky.

V rámci výzkumu Jurigové (2017), který se zaměřuje na změny sexuálního života mužů před těhotenstvím jejich partnerky, bylo zaznamenáno pozitivní hodnocení sexuálního života většiny mužů. V období před otěhotněním partnerky 73 % (ze 164) mužů uvedlo, že jejich sexuální aktivita probíhala „za běžných podmínek vždy“ a 21 % mužů ji charakterizovalo jako „absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující“. Tyto výsledky korespondují s tvrzením všech informantů, kteří hodnotili svůj sexuální život před těhotenstvím jako stabilní, uspokojivý a vysoce naplňující. Vyjádřili se o svém sexuálním životě jako o velmi spokojeném a bez problémů, což se shoduje s většinou odpovědí v dotazníku Jurigové, kde byl sex častý a pravidelný.

Výzkumná otázka č. 2 - Jaké změny v sexuálním životě zaznamenali muži během těhotenství jejich partnerky, a jaké faktory tyto změny ovlivňují?

Výzkumná otázka č. 2 měla za úkol zjistit změny v sexuálním životě mužů během těhotenství jejich partnerky a prozkoumat, jaké faktory tyto změny ovlivňují.

Všech pět informantů během těhotenství svých partnerek vnímalo změny v intimním životě, přičemž obava o bezpečnost dítěte, fyzické změny partnerky, jako je rostoucí

břicho, byly nejvíce zdůrazněny. To je v souladu s výsledky Holátkové (2023), která uvádí, že obavy o dítě, včetně strachu z ublížení během sexu, vedly k dočasnému omezení sexuálních aktivit u rovněž všech pěti mužů.

Další aspekt, který se objevil u informantů, je psychická a emocionální dynamika v intimním vztahu, kde muži popisovali snížený zájem o sex v důsledku zvýšeného stresu nebo emocí spojených s těhotenstvím partnerky. Tento jev odpovídá výzkumným závěrům Holátkové (2023), která zdůrazňuje, že psychický stav ženy a jejího partnera hraje významnou roli v sexuálních potřebách a dynamice během těhotenství.

Nakić-Radoš a kol. (2015) zjistila, že 30 % mužů uvedlo pokles četnosti sexuálních aktivit ve třetím trimestru těhotenství, přičemž i přesto vnímali svůj sexuální život jako pozitivní až v polovině případů. Podobně i tři informanti z rozhovorů uvedli, že četnost sexuálních aktivit ve třetím trimestru těhotenství své partnerky klesla, přičemž u některých z nich byl prožitek z intimity silnější.

Výzkumná otázka č. 3 - Jakým způsobem průběh porodu ovlivňuje vnímání sexuálního života po porodu?

Výzkumná otázka č. 3 měla za cíl zjistit vnímání partnerky u porodu a jeho vliv na budoucí sexuální život.

Průběh porodu a přítomnost informantů během něj měly významný vliv na vnímání intimity a sexuálního života po porodu. U více než poloviny informantů zkušenost s porodem posílila jejich respekt a obdiv k partnerce, což se projevilo i v jejich sexuálním životě. Po porodu si více vážili každého intimního okamžiku a jejich vztah se prohloubil, což vedlo k pozitivnímu vlivu na jejich sexuální intimitu. Toto tvrzení se shoduje s Hajimirzaie a kol. (2021), kteří zdůrazňují, že pro sexuální život mužů po porodu je klíčová změna jejich rolí v rodině a vyšší odpovědnost, což má pozitivní dopad na jejich vnímání partnerky. Muži si po porodu často více váží svých partnerek a jejich vztah se prohloubí.

Holátková (2023) popisuje ve své práci obavy u 3 z 5 mužů z toho, co uvidí během porodu, ale zpětně tvrdí, že tento vizuální zážitek neměl dlouhodobý negativní dopad na jeho sexuální přitažlivost vůči partnerce. U dvou informantů v této práci jejich přítomnost u porodu neměla dlouhodobý negativní dopad na jejich sexuální život.

Naopak, pro tři z nich byla zkušenost s porodem posilující, jak v emocionální, tak v intimní rovině. Tento závěr odpovídá nálezům studie Hajimirzaie et al. (2021), která ukazuje, že přítomnost partnera u porodu má pozitivní dopad na intimitu a sexuální spokojenost, pokud je přítomna podpora, empatie a vzájemný respekt mezi partnery.

Výzkumná otázka č. 4 - Jaké faktory nejvíce ovlivňují obnovu sexuálního života po porodu?

Výzkumná otázka č. 4 měla za cíl zjistit faktory z pohledu mužů, které nejvíce ovlivňují obnovu sexuálního života po porodu, zkušenosti s návratem k intimnímu životu, překážky a změny v sexuálním životě po porodu ve srovnání s obdobím před těhotenstvím jejich partnerky.

Všichni informanti uvedli, že bolest partnerky a její tělesné změny, např. citlivost prsou a bolest porodního poranění, byly faktory, které zpomalily návrat k sexuálním aktivitám. Tento faktor se shoduje s výsledky výzkumu Serrano-Drozdowskyj a kol. (2020), který ukazuje, že vnímání tělesných změn u partnerky může ovlivnit mužovu sexuální touhu. Pokud partnerka vnímá své tělo negativně, může to vést k nižší sebedůvěře, což ovlivňuje i vztah muže k intimitě.

Tři informanti cítili frustraci a úzkost z toho, že partnerka neměla chuť na sex, což vedlo k napětí ve vztahu. Serrano-Drozdowskyj a kol. (2020) naznačuje, že pocity viny a úzkosti mohou negativně ovlivnit mužovu sexuální touhu, zejména pokud vnímá porod jako traumatický zážitek pro partnerku.

Únavu a nedostatek času na intimitu způsobené péčí o dítě považovalo 4 z 5 informantů za hlavní překážky sexuálního života po porodu. Tento problém je v souladu s prací Holátkové z roku 2023, která naznačuje, že únavu a výzvy spojené s novou rodičovskou rolí výrazně ovlivňují sexuální touhu a intimitu u všech pěti mužů z jejího průzkumu.

U všech pět informantů byla sexuální aktivita po porodu výrazně opožděná, přičemž první pokusy o sex probíhaly až několik měsíců po porodu. Podobně jako ve švýcarském výzkumu Geuens a kol. (2024), kde se uvádí, že z 59 studií 20 % mužů odložilo sexuální aktivitu až 2 měsíce po porodu kvůli strachu, že ublíží své partnerce při prvním pohlavním styku a vyjadřovali obavy z hojení porodního poranění.

Výzkumná otázka č. 5 - Jaké metody nebo strategie muži využívali k podpoře a zlepšení sexuálního života po porodu?

Výzkumná otázka č. 5 měla za cíl zjistit strategie a metody, které muži využívali k podpoře a zlepšení sexuálního života během těhotenství a po porodu.

Všichni informanti ve své výpovědi kladli důraz na komunikaci a vzájemný respekt, vyhýbat se tlaku na sexuální aktivitu a soustředit se spíše na emocionální podporu a blízkost. Zároveň u všech informantů došlo k respektu tempa své partnerky, který pomohl k jejímu komfortu a pohodlí v procesu zotavení. Tato zjištění rovněž odpovídají závěrům z literatury Geuens a kol. (2024), která naznačuje, že muži, kteří nechali čas plynout a nesnažili se uspěchat návrat k sexuálnímu životu, přispěli k větší spokojenosti a emočnímu zotavení jejich partnerek. Tímto způsobem přispěli k pozitivnímu vývoji intimity po porodu.

3 z 5 informantů aktivně vyhledávalo informace, zejména v období těhotenství, protože si nebyli jistí, co je běžné a bezpečné, protože měli nedostatek informací a potřebovali ujištění, že jejich situace není ojedinělá, což souvisí s tím, co bylo uvedeno v práci Holátkové (2023), kde se muži zmínili o strachu z ublížení dítěti během sexuálních aktivit.

Dalším významným faktorem, který vychází z práce Holátkové (2023), je potřeba komunikace mezi partnery o sexuálních potřebách a změnách v intimním životě během těhotenství a po porodu. Tento přístup je v souladu s tím, co uvádí 4 z 5 informantů ve své výpovědi, kde se shodli, že o sexuální aktivitě rozhodovali společně na základě aktuální nálady a potřeby, což potvrzuje důležitost kompromisů a vzájemného respektu ve vztahu.

10.3 Limitace práce

Výzkumná část této bakalářské práce čelí několika limitům, která jsou spojena s konkrétními okolnostmi daného výzkumu a s citlivostí tématu.

Jedním z hlavních limitů bylo samotné téma výzkumu, které je v současné době stále tabuizováno. Mnoho lidí, zejména mužů, se zdráhá mluvit o intimitě ve svém životě. Informanti, kteří byli součástí výzkumu, se často ukázali být uzavřenější a méně otevření při sdílení svých pocitů a zkušeností než informantky. Rozdíl v otevřenosti ovlivnil výsledky výzkumu, neboť se informanti mnohdy vyhýbali hlubším diskuzím

o svém prožívání změn v sexuálním životě během těhotenství své partnerky a po porodu.

Téma sexuality v těhotenství a po porodu, zejména z pohledu mužů, je tedy stále málo prozkoumané, což je i důvod, proč se v této práci objevily určité limity v hloubce získaných dat. To, že se informanti k této problematice otevírali méně než informantky, je bohužel jedním z faktorů, který zúžil možnosti analýzy a interpretace.

Tento nedostatek odborných studií na toto téma také ukazuje na širší problém tabuizace této oblasti a omezeného odborného zázemí pro zkoumání mužských pohledů. Důsledkem toho je, že výsledky této práce mohou být spíše ukázkou zkušeností žen, které byly ochotnější o svých prožitcích diskutovat.

Dalším faktorem, který ovlivnil odpovědi informantů, je skutečnost, že někteří z nich již děti měli, zatímco jiní byli v tomto ohledu nováčky. Tato okolnost ovlivnila jejich vzpomínky, jelikož pro některé se sexuální život během těhotenství a po porodu prolínal s předchozími zkušenostmi.

Všichni informanti tedy tuto zkušenost prožívali jinak, a tím se i jeho vnímání tématu lišilo. Z toho důvodu nelze jejich zkušenosti jednoduše zobecnit na všechny muže či ženy.

11 ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma „Pohled páru na sexuální život během těhotenství ženy a po porodu“ se v teoretické části zaměřuje na popis lidské sexuality, přičemž jsou detailně probrány změny v sexuálním životě žen a mužů během těhotenství ženy a po porodu. Soustředí se na fyzické, psychické a hormonální faktory, které ovlivňují sexuální život, a jak tyto faktory vedou k možným problémům v intimitě. Rovněž je zde zdůrazněn význam péče zdravotnického personálu při podporování sexuálního zdraví v tomto období.

Výzkumná část se zaměřila na kvalitativní výzkum, který byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pěti páry, jež prožily těhotenství a porod. Hlavním cílem práce bylo zjistit u párů, které měly problém se sexualitou v těhotenství a po porodu, jaké faktory sexualitu ovlivňují, a to v porovnání z pohledu žen a mužů. Tyto faktory byly více rozvedeny pomocí dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak ženy a muži subjektivně vnímají změny v sexuálním životě v období těhotenství ženy a po porodu. Ženy během těhotenství i po porodu vnímají změny v sexuálním životě především z hlediska fyzických a emocionálních změn. V těhotenství často klesá sexuální touha kvůli únavě, hormonálním změnám a obavám o bezpečnost plodu. Některé ženy však zažívají zvýšený zájem o intimitu. Po porodu se objevují problémy jako bolestivost porodního poranění, únava a hormonální změny. Muži vnímají změny především ve změnách vzhledu partnerky a obavách o její bezpečnost. Po porodu muži často uvedli, že se museli přizpůsobit novému životnímu rytmu, kde byly na prvním místě potřeby dítěte, a intimita mezi nimi a partnerkou se posunula na vedlejší kolej. Zároveň se muži obávali, že by mohli partnerce ublížit, pokud by se po porodu pokusili obnovit sexuální aktivitu příliš brzy.

Celkově lze říct, že ženy a muži vnímají změny v sexuálním životě během těhotenství a po porodu odlišně, přičemž ženy se více soustředí na fyzické a emocionální změny, zatímco muži více vnímají změny u partnerky a obavy o ni.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda má průběh porodu vliv na sexuální život páru. Průběh porodu má na sexuální život žen významný vliv. U jedné z žen, která podstoupila císařský řez, se sexuální život vrátil do normálu rychleji. U žen, které zažily komplikace, jako jsou porodní poranění nebo poporodní problémy, však

sexuální touha a intimita klesly, a to kvůli bolesti, únavě nebo obavám z opětovného pohlavního styku. Některé ženy měly strach, že by po porodu mohly zažít bolest porodního poranění, což vedlo k odkladu sexuálních aktivit. U mužů měl průběh porodu také vliv na jejich přístup k sexuálním aktivitám po porodu. Mnozí muži se báli, že by obnovou sexuálních aktivit mohli partnerkám způsobit bolest, zejména pokud došlo k porodnímu poranění. Chtěli se vyhnout spěchání s návratem k intimním chvilčkám a chtěli dát partnerkám prostor a čas, než se opět budou cítit být na intimitu připravené. V obou případech je patrné, že průběh porodu má vliv na sexuální život páru.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, co párům pomáhá při řešení problémů v sexuálním životě. Ženám při řešení problémů v sexuálním životě pomáhá především otevřená komunikace s partnerem. Cítí zlepšení, pokud mají možnost mluvit o svých obavách, pocitech a potřebách. Dále ženy vyhledávaly informace, jak se vypořádat s těmito problémy, a rozhovory s kamarádkami jim poskytly cenné rady a podporu. Mnohé také uvedly, že by uvítaly větší informovanost ze strany zdravotníků, především v oblasti sexuálního zdraví po porodu, což by jim pomohlo lépe se vyrovnat s problémy v této oblasti. Muži se při řešení problémů v sexuálním životě zaměřují na to, aby neuspěchali návrat k intimním aktivitám a dali partnerce čas.

Celkově se muži a ženy shodli na tom, že klíčovými faktory pro řešení problémů v sexuálním životě je otevřená komunikace, trpělivost, vzájemný respekt a podpora.

Stanovené cíle této bakalářské práce byly úspěšně splněny.

Získané informace mohou přispět k lepšímu porozumění této problematice a mohou pomoci zmírnit tabuizaci tématu. Tyto poznatky mohou být užitečné nejen pro páry, ale i pro zdravotnický personál, protože zdůrazňují potřebu větší informovanosti. Zlepšení informovanosti a podpory ze strany zdravotníků může vést ke zlepšení péče v této oblasti a podpořit zdravý návrat k intimitě mezi partnery.

11.1 Doporučení pro praxi

Výpovědi informantů výzkumu přinesly několik klíčových doporučení pro páry čelící problémům v sexuálním životě během těhotenství a po porodu. Hlavními doporučeními jsou otevřená komunikace, trpělivost, respekt a praktická opatření pro udržení intimity. Otevřená a upřímná komunikace mezi partnery je klíčová pro překonání rozdílných očekávání a posílení vzájemného porozumění. Trpělivost,

zejména ze strany mužů, je nezbytná, protože návrat k intimním aktivitám může být pomalý a je důležité nevyvíjet na sebe tlak. Respekt k partnerce a jejím potřebám, včetně vnímání fyzických a emocionálních změn, je zásadní pro obnovu intimity. Dále bylo doporučeno vyhledávání podpory u přátel, odborníků a sociálních sítí, které mohou poskytnout cenné informace. Praktická opatření, jako občasné hlídání dítěte, mohou pomoci párům udržet intimitu. Výzkum také ukázal, že páry postrádají dostatečné informace o sexuálním životě během těhotenství a po porodu. Zdravotníci by měli klást větší důraz na edukaci, která by pomohla párům lépe porozumět změnám v tomto období a připravila je na výzvy spojené s těmito změnami.

12 POUŽITÁ LITERATURA

ANDREOLI, G., et al. 2024. *Positive sexuality, relationship satisfaction, and health: a network analysis*. *Frontiers in Psychology* [online]. 15 (1420148) [cit. 2025-04-19]. ISSN: 1664-1078. DOI: [10.3389/fpsyg.2024.1420148](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1420148)

ARIAS-CASTILLO, L., et al. 2023. *The complexity of female orgasm and ejaculation*. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [online]. 308 (2), s. 427–434. [cit. 2025-04-19]. ISSN: 1432-0711. DOI: [10.1007/s00404-022-06810-y](https://doi.org/10.1007/s00404-022-06810-y)

BALDWIN, Sharin, et al. 2018. *Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: a systematic review of first time fathers' experiences*. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* [online]. Adelaide, South Australia: Joanna Briggs Institute., 16 (11), s. 2118–2191. [cit. 2025-04-19]. ISSN 2202-4433. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-003773

BAŠKOVÁ, Martina. 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 463 s. ISBN 978-80-247-5361-4.

BINDER, Tomáš et al. 2015. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1.

BOHATÁ, Petra a DOSTÁLEK, Lukáš. 2016. *Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu*. In: *Prolekare.cz* [online]. Copyright MeDitorial, 2008-2025. [cit. 2025-04-20]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2016-3-13/antepartalni-moznosti-prevence-epiziotomie-a-ruptury-hraze-pri-porodu-59620>

BRENNER, G., H. 2021. *How a Man Becomes a Father*. In: Psychologytoday.com [online]. Copyright Psychology Today, 2024 [cit. 2025-04-21]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/experimentations/202112/how-a-man-becomes-a-father>

ÇAVUŞ, Evren a BEYAZIT, Fatma. 2019. *Evaluation of Factors Affecting Sexual Activity and Sexuality-Related Quality of Life in Different Stages of Pregnancy*. Istanbul Med J [online]. Galenos Publishing House, 20 (3):234-240 [cit. 2025-04-19]. DOI:[10.4274/imj.galenos.2018.37267](https://doi.org/10.4274/imj.galenos.2018.37267)

CRENSHAW, A. O., et al. 2019. *The effect of stress on empathic accuracy in romantic couples*. Journal of Family Psychology [online]. American Psychological Association, 33 (3), 327–337. [cit. 2025-04-21]. ISSN: 1939-1293. DOI: 10.1037/fam0000508.supp.

ČTVRTEČKOVÁ, Katka. 2024. *Vliv porodu na sexuální život ženy*. Pardubice, Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Michal Kopecký. Dostupné z: <https://theses.cz/id/zvv7gx/>

DELGADO-PÉREZ, E. et al. 2022. *Recovering Sexuality after Childbirth. What Strategies Do Women Adopt? A Qualitative Study*. International Journal of Environmental Research and Public Health [online]. Basel: MDPI, 19 (2), s. 950. [cit. 2025-04-19]. ISSN: 1660-4601. DOI: [10.3390/ijerph19020950](https://doi.org/10.3390/ijerph19020950)

DEMIR-CENDEK, B, et al. 2025. *Impact of companion support during labor on postnatal depression and birth satisfaction: a prospective cohort study*. Postgrad Med. [online]. New York: Vendome Group, 137 (1), s. 37-44 [cit. 2025-04-20]. ISSN: 0032-5481. DOI: [10.1080/00325481.2024.2435248](https://doi.org/10.1080/00325481.2024.2435248)

DOSCH, A, et al. 2016. *Psychological factors involved in sexual desire, sexual activity, and sexual satisfaction: A multi-factorial perspective*. Archives of Sexual Behavior [online]. New York, Plenum Pub. Corp., 45 (8), s. 2029–2045 [cit. 2025-04-19]. ISSN 0004-0002. DOI: 10.1007/s10508-016-0716-0

DOUBEK, Radan. 2021. *Porodní poranění hráze*. In: *Vybrané kapitoly Porodní asistence I a II* [online]. Copyright Masarykova univerzita, 2021 [cit. 2025-04-19]. Dostupné z:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/11_01_poraneni_hraze.html

DUŠOVÁ, Bohdana, et al. 2019. *Edukace v porodní asistenci. 1. vydání*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7

DVOŘÁK, Jan, et al. 2021. *Poranění análního sfinkteru při porodu a anální inkontinence*. In: *Prolekare.cz* [online]. Copyright MeDitorial, 2008-2025. [cit. 2025-04-20]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2021-2-10/poraneni-analniho-sfinkteru-pri-porodu-a-analni-inkontinence-127087>

EZROVÁ, Magdaléna, et al. 2021. *Základní principy péče v porodní asistenci: revize 2021* [online]. Praha: Unie porodních asistentek, [cit. 2025-04-21]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2021/07/Zakladni-principy-pece-v-porodni-asistenci-revize-2021.pdf>

FERNÁNDEZ-CARRASCO, F. J. et al. 2020. *Changes in Sexual Desire in Women and Their Partners during Pregnancy*. *Journal of Clinical Medicine* [online]. Basel, Switzerland: MDPI AG, 9 (2), s. 526 [cit. 2025-04-19]. ISSN 2077-0383. DOI: 10.3390/jcm9020526

FERNANDO, Ruwan, et al. 2015. *The management of third and fourth-degree perineal tears: Green-top Guideline No. 29*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [online]. [cit. 2021-1-21]. Dostupné z: <https://www.rcog.org.uk/media/5jeb5hzu/gtg-29.pdf>

FILIPOVÁ, Pavla. 2020. *Dopady porodního poranění na ženu*. Bakalářská práce. Pardubice, Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Sabina Dušková.

FUCHS, A. et al. 2019. *Sexual Functioning in Pregnant Women*. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 16 (21), s. 4216. [cit. 2025-04-19]. ISSN: 1660-4601. DOI: [10.3390/ijerph16214216](https://doi.org/10.3390/ijerph16214216)

GEUENS, S. et al. *Midwifery and sexuality*. 2024. Švýcarsko: Springer. 368 s. ISBN 978-3-031-18431-4.

GRUSSU, P. et al. 2021. *Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice*. *Sexual & Reproductive Healthcare*

[online]. Elsevier Inc., 30 [cit. 2025-04-19]. ISSN 1877-5756. DOI: [10.1016/j.srhc.2021.100668](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100668)

GUTZEIT, O. et al. 2020. *Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction*. Sexual Medicine [online]. Elsevier Inc., 8 (1), s. 8–13. [cit. 2025-04-19]. ISSN 2050-1161. DOI: 10.1016/j.esxm.2019.10.005

HÁJEK, Zdeněk, et al. 2014. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9427-3. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/porodnictvi-968/>

HAJIMIRZAI, Saiedeh, et al. 2021. *Evaluation of Couple's Sexual Function after Childbirth with the Biopsychosocial Model: A Systematic Review of Systematic Reviews and Meta-Analysis*. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research [online]. Mumbai: Medknow Publications, 26(6), s. 469–478 [cit. 2025-04-21] ISSN: 2228-5504. DOI: [10.4103/ijnmr.IJNMR_426_20](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_426_20)

HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HÖDER, Amanda, et al. 2023. *Pelvic floor muscle training with biofeedback or feedback from a physiotherapist for urinary and anal incontinence after childbirth – a systematic review*. BMC Women's Health [online]. BioMed Central, 23 (1), s. 618 [cit. 2025-04-20]. ISSN 1472-6874. DOI: 10.1186/s12905-023-02765-7

HOLANDA, J. et al. 2014. *Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period*. Acta Paulista de Enfermagem [online]. Escola Paulista de Enfermagem, 27 (6), s. 573–578 [cit. 2025-04-19]. ISSN 1982-0194. DOI: 10.1590/1982-0194201400093

HOLÁTKOVÁ, Markéta. 2023. *Sexualita mužů v období těhotenství partnerky a po porodu*. Diplomová práce. Praha, Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce PhDr. Magdalena Kořová, Ph.D. Dostupné z: https://www.pvsps.cz/data/2023/06/29/13/holatkova_marketa_2023.pdf

HRUŠKOVÁ, Michaela. 2021. *Porodní poranění při vaginálním porodu a metody jejich prevence*. Bakalářská práce. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Radmila Dorazilová. Dostupné z:

https://theses.cz/id/2nm0g2/Bakalarska_prace_Hruskova_Michaela.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Ddom%C3%A1c%C3%AD%20porod%26start%3D19

CHASE, Tess, et al. 2021. *Couvade syndrome: more than a toothache*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology [online]. Utrecht, the Netherlands: Bohn, Scheltema & Holkema, 42 (2), s.168-172 [cit. 2025-04-19]. ISSN 1743-8942. DOI: 10.1080/0167482X.2019.1693539

JANIŠ, Kamil ml. a KOLAŘÍKOVÁ, Marta. 2016. *Úvod do problematiky výzkumu II – základy kvalitativního výzkumu*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik.

JAWED-WESSEL, Sofia a SEVICK, Emily. 2017. *The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review*. The Journal of Sex Research [online]. Abingdon-on-Thames: Taylor & Francis Group pro The Society for the Scientific Study of Sexuality, 54 (4-5), s. 411-423 [cit. 2025-04-19]. ISSN 1559-8519. DOI: [10.1080/00224499.2016.1274715](https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1274715)

JURIGOVÁ, Gabriela. 2017. *Mužská sexualita a gravidita*. Diplomová práce. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce MUDr. Petra Vrzáčková, Ph.D., FECSM. Dostupné z: https://theses.cz/id/c0uuaf/Diplomov_prce.pdf

KAŠPAROVÁ, Petra. 2015. *Poranění ženy při vaginálním porodu a jejich komplikace*. Bakalářská práce. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Renata Hrubá. Dostupné z: https://theses.cz/id/6slvnw/Kaparov_Petra-Porann_eny_pi_vaginlnm_porodu_a_jejich_kom.pdf?lang=en

KOLIBA, P., et al. 2019. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 756 s. ISBN: 978-80-271-2039-0.

KOŘÍNKOVÁ, Kateřina. 2024. *Fyzioterapie v prevenci a léčbě porodních poranění*. Bakalářská práce. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Hana Měrková. Dostupné z: https://theses.cz/id/3ceff9/Korinkova_Katerina_Fyzioterapie_v_prevenci_a_lecbe_po_rodni.pdf?lang=sk

KROTKÁ, Eliška. 2024. *Porodní poranění a jejich dopad na ženy*. Bakalářská práce. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce MUDr. Erika Francová. Dostupné z: https://theses.cz/id/gzkve2/BP_Krotka.pdf?lang=cs

LAINE, Katariina, et al. 2022. *European guidelines on perinatal care – Peripartum care Episiotomy*. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine [online]. Parthenon Pub. Group, 35 (25), s. 8797-8802. ISSN 1476-4954. DOI: [10.1080/14767058.2021.2005022](https://doi.org/10.1080/14767058.2021.2005022)

LINCOVÁ, M., et al. 2019. *Porodní poranění análního sfinkteru – analýza vlastního souboru rodiček mezi lety 2015–2017*. In: Prolekare.cz [online]. Copyright MeDitorial, 2008-2025. [cit. 2025-04-20]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-1-24/porodni-poraneni-analniho-sfinkteru-analyza-vlastniho-souboru-rodicek-mezi-lety-2015-2017-112728>

MACHUROVÁ, Pavlína. 2024. *Psychosomatické změny v těhotenství*. Bakalářská práce. Opava, Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik. Vedoucí práce doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D. Dostupné z: https://is.slu.cz/th/mzbtv/FVP_BP_23_Psychosomaticke_zmeny_Machurova_Pavlina.pdf

MAKARA-STUDZIŇSKA, M. et al. 2015. *Sexual activity of women in different trimesters of pregnancy*. In: Medical-technologies.eu [online]. Copyright ISASDMT, 2015 [cit. 2025-04-19]. Dostupné z: http://www.medical-technologies.eu/upload/sexual_activity_of_women_in_different_trimesters_of_pregnancy_-_makara.pdf

MATTHIES, L. M. et al. 2019. *The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function*. Archives of Gynecology and Obstetrics [online]. München: Springer International, 299 (1), s. 69–77 [cit. 2025-04-19]. ISSN 0932-0067. DOI: 10.1007/s00404-018-4925-z

MCBRIDE, H. L. a KWEE, J. L. 2017. *Sex after baby: women's sexual function in the postpartum period*. Current Sexual Health Reports [online]. Springer Science, Business Media, LLC, 9, s. 142-149 [cit. 2025-04-21]. ISSN 1548-3585. DOI: 10.1007/s11930-017-0116-3.

MCDONALD, Ellie, et al. 2017. *Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth*. Midwifery [online]. Elsevier Inc., 55, s. 60–66 [cit. 2025-04-21]. ISSN 0266-6138. DOI: 10.1016/j.midw.2017.09.002.

MORAVCOVÁ, Markéta, POLÁČKOVÁ, Helena a WELGE, Eva. 2022. *Základy péče v porodní asistenci I*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-424-8.

MULCAHY, J. a O'SULLIVAN, S. 2017. *Sexual activity during pregnancy: A review of the literature*. Sexual & Reproductive Healthcare [online]. 13, s. 8–13. [cit. 2025-04-19]. ISSN: 1877-5756. DOI: [10.1016/j.srhc.2017.05.002](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.05.002)

NAKIČ-RADOŠ, Sandra, et al. 2015. *Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers?*. Journal of sex & marital therapy [online]. New York, Behavioral Publications, 41(3), s. 282-293. [cit. 2025-04-21]. ISSN: 1521-0715. DOI: [10.1080/0092623X.2014.889054](https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.889054)

NOVO, R. et al. 2020. *Prevalence and associated risk factors of urinary incontinence and dyspareunia during pregnancy and after delivery*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology [online]. Amsterdam, Excerpta Medica, 245, s. 45-50 [cit. 2025-04-19]. ISSN: 1872-7654. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2019.10.020

NÝVLTOVÁ, Eliška. 2023. *Aniball jako prevence porodního poranění*. Bakalářská práce. Praha, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5. Vedoucí práce Bc. Táňa Kalinová.

Dostupné

z:

https://is.vszdrav.cz/th/e42x5/BP_Aniball.pdf?kod=PATVS3355

O'MALLEY, D. et al. 2022. *Sexual health issues postpartum – A mixed methods study of women's experiences after the birth of their first baby*. Midwifery [online]. Elsevier Inc., 113 (103424). [cit. 2025-04-19]. ISSN: 1532-3099. DOI: 10.1016/j.midw.2022.103424

OLZA, Ibone, et al. 2018. *Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis*. BMJ Open [online]. London: BMJ Publishing Group, 8 (10): e020347 [cit. 2025-04-19]. ISSN 2044-6055. DOI: 10.1136/bmjopen-2017.

PACIK, Peter T. a GELETTA, Simon. 2017. *Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients*. Sexual Medicine [online]. Elsevier Inc., 5 (2), s. 114–123 [cit. 2025-04-19]. ISSN 2050-1161. DOI: 10.1016/j.esxm.2017.02.002

- PICHOVÁ, Veronika. 2024. *Porod a sebehodnocení ženy*. Bakalářská práce. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Soňa Ondrušová. Dostupné z: https://theses.cz/id/lhm456/Porod_a_sebehodnoceni_zeny_Veronika_Pichova.pdf?zet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DSmith,%20A1%26start%3D93
- PISKAČOVÁ, Kristýna. 2023. *Role porodní asistentky v komunitním ošetrovatelství*. Bakalářská práce. Praha, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Vedoucí práce PhDr. Jana Kocurová. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/th/mct21/bk_piskacova.pdf?kod=VSPNL685
- PROCHÁZKA, M. et al., 2020. *Porodní asistence: učebnice pro vzdělávání i každodenní praxi*. Praha: Maxdorf. s. 792. ISBN 978-80-7345-618-4.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí*. Praha: Reklamní atelier Area. 106 s. ISBN: 9788025421864
- ROHREROVÁ, Kateřina. 2014. *Role partnera během těhotenství a porodu*. Bakalářská práce. Pardubice, Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie Vosmanská. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/server/api/core/bitstreams/f7c3e30a-43d2-49fc-82eb-bc8b66b2b2a7/content>
- ROUBÍČKOVÁ, Eliška. 2024. *Možnosti fyzioterapie žen po porodu s poraněním hráze a souvisejícími komplikacemi*. Bakalářská práce. Brno, Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií. Vedoucí práce Mgr. et Bc. Klára Vomáčková. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/gl62l/Bakalarska_prace_Roubickova_Eliska.pdf
- ROWLAND, D. a GUTIERREZ, B. R. 2017. *Human Sexual Response*. The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology [online]. SAGE Publications, Inc. 62, 1705-1706 s. [cit. 2025-04-19]. ISSN 9781483365817. DOI: 10.4135/9781483365817.n684.
- ROZTOČIL, Aleš. 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- ROZTOČIL, Aleš. 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing, 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/porodnictvi-7243/>

SERRANO DROZDOWSKYJ, Elena, et al. 2020. *Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review*. *Sexual Medicine Reviews* [online]. Elsevier Inc. 8 (1), s. 38–47 [cit. 2025-04-19]. ISSN 2050-0521. DOI: 10.1016/j.sxmr.2019.07.002

SCHMITT, Nadine, et al. 2022. *The partner's experiences of childbirth in countries with a highly developed clinical setting: a scoping review*. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. London: BioMed Central, 22 (1), s.742. [cit. 2025-04-19]. ISSN 1471-2393. DOI: 10.1186/s12884-022-05014-1

SLEZÁKOVÁ, L., et al. 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Sestra. Praha: Grada Publishing, Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelstvi-v-gynekologii-a-porodnictvi-3783/>.

SLEZÁKOVÁ, Tereza. 2024. *Sexualita a intimita páru v průběhu těhotenství vnímaná muži*. Bakalářská práce. Pardubice, Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Eva Welge, MSc, BSc.

SOBOTKOVÁ, D. et al. 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-9715-1. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychologie-v-perinatalni-peci-1123/>

STARUCH, M. et al. 2016. *Sexual activity during pregnancy*. *Neuro Endocrinology Letters* [online]. Stockholm, Sweden : Society of Integrated Sciences, 37 (1), s. 53–58 [cit. 2025-04-19]. ISSN: 2354-4716. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26994386/>

STAVDAL, M. N., et al. 2019. *First-time parents' experiences of proximity and intimacy after childbirth – A qualitative study*. *Sexual & Reproductive Healthcare* [online]. Elsevier Inc., 20, s. 66–71 [cit. 2025-04-21]. ISSN 1877-5756. DOI: 10.1016/j.srhc.2019.03.003.

ŠEBELA, A. et al. 2019. *Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie. Část II: psychotické poruchy a bipolární afektivní porucha*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen, s. r. o. 20 (2), s. 82–85. [cit. 2025-04-21]. ISSN 1213-0508.

ŠÍDOVÁ, Lucie. 2018. *Sexualita*. In: Freya.live.cz [online]. Copyright Freya z. s. [cit. 2025-04-19]. Dostupné z: https://www.freya.live/files_public/elfinder/sexualital.pdf

ŠKODIČ ZAKŠEK, Teja. 2015. *Sexology in Midwifery*. Lublaň: InTechOpen, 115 s. ISBN: 978-953-51-4227-0. DOI: 10.5772/59496

ŠRÁMKOVÁ, Taťána. 2015. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén. 237 s. ISBN 978-80-7492-175-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/sexuologie-pro-zdravotniky-3586/>.

ŠTĚRBOVÁ, D. 2021. *The Specifics of communication in relation to sexuality I: Helping Professions in Relation to Sexuality, Including Persons with Intellectual Disabilities*. Univerzita Palackého v Olomouci, Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/the-specifics-of-communication-in-relation-to-sexuality-i-10478/>.

TAKÁCS, Lea. 2016. *Psychosociální aspekty porodní a poporodní péče*. Disertační práce. Praha, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. Školitelka: PhDr. Simona Hoskovcová, Ph.D. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/82474>

TAYLOR, R. B. 2023. *Sex During And After Pregnancy*. In: Webmd.com [online]. Copyright WebMD LLC, 2005-2025 [cit. 2025-04-19]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/baby/sex-and-pregnancy>.

TRÁVNÍK, Pavel. 2022. *Klinická fyziologie lidské reprodukce*. Praha: Grada, ISBN 978-80-271-4936-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/klinicka-fyziologie-lidske-reprodukce-10956/>.

TURKOVÁ, Nikola. 2018. *Sexuální život žen po porodu*. Bakalářská práce. Praha, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5. Vedoucí práce Mgr. Eva Marková, Ph.D. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2017-2018/Porodni_asistentka_2018/Turkova_Nikola/TURKOVA_NIKOLA_3APA.pdf?kod=PAOPR46675;predmet=14197;lang=en

VENTRIGLIO, A. 2019. *Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity*. East Asian Archives of Psychiatry [online]. 29 (1), s. 30–34 [cit. 2025-04-19]. ISSN: 2224-7041. DOI: 10.12809/eaap1736

VISCHER, L. C., et al. 2020. *Birth experience from the perspective of the fathers*. Archives of Gynecology and Obstetrics [online]. München: Springer International, 302 (5), s. 1297-1303 [cit. 2025-04-19]. ISSN 0932-0067. DOI: [10.1007/s00404-020-05714-z](https://doi.org/10.1007/s00404-020-05714-z)

VODIČKOVÁ, Renata. 2024. *Subjektivní prožívání období těhotenství, porodu a poporodního období z pohledu otců*. Diplomová práce. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marek Kolařík, Ph.D. Dostupné z: https://theses.cz/id/6enzlu/Vodickova_2024.pdf?lang=cs

VRZÁČKOVÁ, Petra. 2014. *Sexualita v graviditě*. In: Prolekare.cz [online]. Copyright MeDitorial, 2008-2025. [cit. 2025-04-20]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/practical-gynecology/2014-2/sexualita-v-gravidite-48925>

WATKINS, A. E., et al. 2024. *Exploration of fathers' mental health and well-being concerns during the transition to fatherhood, and paternal perinatal support: scoping review*. BMJ Open [online]. BMJ Publishing Group Ltd., 14 (078386) [cit. 2025-04-20]. ISSN 2044-6055. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-078386

WILHELMOVÁ, R. 2021. *Vybrané kapitoly Porodní asistence*. Brno: MedMuni. 554 s. ISBN 978-80-210-8204-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/vybrane-kapitoly-porodni-asistence-11835/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2015. *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach*. Geneva: World Health Organization, 64 s. ISBN 978-92-4-154900-4.

YEUNG, J. et al. 2016. *Anatomy of the Vulva and the Female Sexual Response*. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America [online]. Elsevier Inc. 43 (1), s. 27–44. [cit. 2025-04-19]. ISSN: 1558-0474. DOI: [10.1016/j.ogc.2015.10.011](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.10.011)

ZEMÁNKOVÁ, Kristina. 2014. *Vliv prožitku porodu na sexualitu ženy*. Diplomová práce. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Prof. PhDr. Alena Plháková, CSc. Dostupné z: https://theses.cz/id/rpp3md/Neubertov_Zemnkov.pdf

13 PŘÍLOHY

Příloha A – *Okruhy a otázky k polostrukturovanému rozhovoru s informantkami....* 89

Příloha B – *Okruhy a otázky k polostrukturovanému rozhovoru s informanty.....* 90

I. Vnímání sexuálního života před těhotenstvím:

1. Jak byste popsala váš sexuální život před těhotenstvím?

II. Vnímání sexuálního života během těhotenství:

1. Jaké jste vnímala změny v sexuálním životě během těhotenství?
2. Co nejvíce ovlivnilo váš zájem o intimitu?

III. Průběh porodu a jeho dopad:

1. Jak probíhal Váš porod?
2. Jak jste vnímala svého partnera u porodu?
3. Vnímáte, že přítomnost Vašeho partnera u porodu měla vliv na Váš další sexuální život?

IV. Vnímání sexuálního života po porodu:

1. Jak jste se cítila po porodu?
2. Jak se Váš sexuální život změnil po porodu ve srovnání s obdobím před těhotenstvím a po něm?
3. Co Vám nejvíce bránilo obnovit sexuální život po porodu?

V. Metody ke zlepšení sexuálního života

1. Co Vám podle Vás pomohlo zlepšit sexuální život během těhotenství a po porodu?
2. Jakou podporu jste hledala (nebo byste uvítala) při řešení problémů v sexuálním životě?
3. Jaké konkrétní doporučení byste navrhla ostatním párům čelícím podobným výzvám?

I. Vnímání sexuálního života před těhotenstvím:

1. Jak byste popsal váš sexuální život před těhotenstvím?

II. Vnímání sexuálního života během těhotenství:

1. Jaké jste vnímal změny v sexuálním životě během těhotenství Vaší partnerky?
2. Co nejvíce ovlivnilo Váš zájem o intimitu?

III. Průběh porodu a jeho dopad:

1. Jak jste vnímal porod Vaší partnerky?
2. Vnímáte, že Vaše přítomnost u porodu měla vliv na Váš další sexuální život?

IV. Vnímání sexuálního života po porodu:

1. Jak se Váš sexuální život změnil po porodu ve srovnání s obdobím před těhotenstvím a po něm?
2. Co Vám nejvíce bránilo obnovit sexuální život po porodu?

V. Metody ke zlepšení sexuálního života

1. Co Vám podle Vás pomohlo zlepšit sexuální život během těhotenství a po porodu?
2. Jakou podporu jste hledal (nebo byste uvítal) při řešení problémů v sexuálním životě?
3. Jaké konkrétní doporučení byste navrhla ostatním párům čelícím podobným výzvám?