

UNIVERZITA KARLOVA

1. lékařská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Monika Doubková

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Monika Doubková

Sexualita žen v těhotenství a po porodu

Women's sexuality during pregnancy and after childbirth

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Karolína Čiháková

Praha, 2025

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30.04.2025

Monika Doubková

Podpis

Identifikační záznam:

DOUBKOVÁ, Monika. *Sexualita žen v těhotenství a po porodu. [Women's sexuality during pregnancy and after childbirth]*. Praha, 2025. 64 s. 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN Praha. Vedoucí práce Čiháková, Karolína.

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce MUDr. Karolíně Čihákové, za její čas, odborné a cenné rady, ale také za její vstřícnost a ochotu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentkám za ochotu vyplnit dotazník.

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na sexualitu žen v období těhotenství a po porodu. Cílem této práce je zjistit, jaké psychické a fyzické změny ovlivňují sexuální život žen v těhotenství a po porodu. Zajímá nás také, jak se k těmto změnám staví partneři žen. Práce se rovněž zabývá dopady porodních poranění a šestinedělí na intimní život žen. Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

Teoretická část popisuje změny v ženské sexualitě během těhotenství a po porodu. Zahrnuje také psychické a fyzické faktory. Dále se věnuje problematice sexuálních dysfunkcí a edukaci žen v této oblasti. Pozornost je věnována i vlivu komunikace s partnerem.

Praktická část obsahuje výsledky vlastně konstruovaného dotazníkového šetření. Zaměřuje se na zkušenosti a postoje žen k vlastnímu sexuálnímu životu v období těhotenství a po porodu.

Klíčová slova: sexualita, těhotenství, porod, pohlavní styk, libido, erotogenní zóny, porodní poranění, žena

Abstract

The bachelor's thesis focuses on women's sexuality during pregnancy and after childbirth. The aim of this thesis is to identify the psychological and physical changes that influence women's sexual lives during pregnancy and the postpartum period. It also explores how women's partners respond to these changes. Furthermore, the thesis addresses the impact of birth injuries and the postpartum period on women's intimate lives. The thesis is divided into two parts: theoretical and practical.

The theoretical part describes the changes in female sexuality during pregnancy and after childbirth. It includes both psychological and physical factors. It also deals with the issue of sexual dysfunctions and the education of women in this area. Attention is also given to the role of communication with partners.

The practical part presents the results of a custom-designed questionnaire survey. It focuses on women's experiences and attitudes regarding their sexual lives during pregnancy and after childbirth.

Keywords: sexuality, pregnancy, childbirth, sexual intercourse, libido, erogenous zones, birth injuries, woman

Obsah

Úvod	10
1. Sexualita	11
1.2. <i>Sexualita jako základní lidská potřeba</i>	12
1.3. <i>Ženský sexuální cyklus</i>	12
1.3.1. <i>Excitace neboli sexuální vzrušení</i>	13
1.3.2. <i>Plató</i>	13
1.3.3. <i>Vyvrcholení</i>	14
1.3.4. <i>Rezoluce</i>	14
1.4. <i>Sexuální reaktivita</i>	14
1.5. <i>Dysfunkce v oblasti sexuality</i>	15
1.5.1. <i>Problémy s nedostatkem sexuálního apetitu</i>	15
1.5.2. <i>Frigidita</i>	16
1.5.3. <i>Poruchy orgasmu</i>	16
1.5.4. <i>Dyspareunie, algopareunie, vaginismus</i>	17
1.5.5. <i>Poruchy sexuální satisfakce</i>	17
2. Těhotenství	18
2.1. <i>Tělesné změny působící na sexualitu během těhotenství</i>	18
2.2. <i>Duševní proměny působící na sexualitu v těhotenství</i>	18
2.3. <i>Sexuální interakce během těhotenství</i>	19
2.4. <i>Kontraindikace pohlavního styku v těhotenství</i>	19
2.5. <i>Pohled partnera na pohlavní styk během těhotenství</i>	20
3. Porod	21
3.1. <i>Dopady porodních poranění na pozdější sexualitu ženy</i>	21
3.2. <i>Přítomnost partnera u porodu</i>	22
4. Šestinedělí	24
3.3. <i>Sexuální prožívání v období po porodu</i>	24
4.2. <i>Pohled partnera na sexualitu v období po porodu</i>	25
5. Vzdělávání žen v těhotenství a po porodu	27
5.1. <i>Sexuální edukace během těhotenství</i>	27
5.2. <i>Sexuální edukace po porodu</i>	28

6. Praktická část	29
6.1. <i>Cíle</i>	29
6.2. <i>Hypotézy</i>	29
7. Metodika výzkumné části	30
7.1. <i>Charakteristika výzkumného vzorku</i>	30
7.2. <i>Metodika sběru dat</i>	30
8. Výsledky a vyhodnocení výzkumného šetření	31
8.1. <i>Výsledky výzkumného šetření</i>	31
8.2. <i>Posouzení výzkumných cílů</i>	48
9. Diskuse.....	52
Závěr	53
Seznam použité literatury	54
Seznam grafů.....	59
Přílohy.....	60

Úvod

Sexualita je nedílnou součástí našich životů. Hraje klíčovou roli v partnerských vztazích a má vliv také na psychické i fyzické zdraví jedince. Lidská sexualita se v průběhu našich životů mění. Závisí, v jakém období se zrovna nacházíme. Jedním z nejvýznamnějších období, které ovlivňuje naši sexualitu, je těhotenství a období po porodu. Toto období je velmi náročné pro ženské tělo a je spojeno s fyziologickými, hormonálními a psychickými změnami. Tyto změny mohou výrazně ovlivnit sexuální touhu, uspokojení i celkovou intimní dynamiku mezi partnery.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na sexualitu a změny, které ji ovlivňují během těhotenství a po porodu, a zároveň se věnuje sexuální edukaci v tomto období.

Praktická část je zaměřena na zjištění změn v sexuálním životě v období těhotenství a po porodu. Budeme zjišťovat, jaké faktory ovlivňují sexuální touhu, sexuální aktivitu a spokojenost se sexuálním životem v tomto období. Budeme sledovat, jak se mění libido žen, jestli mají ženy a jejich partneři obavy z pohlavního styku v těhotenství a po něm. Budeme se také zaměřovat na zdroje informací, jestli jsou dostačující nebo ženy nějaké informace postrádají. Výsledky nám poskytnou přehled o faktorech, které mohou ovlivňovat intimní život žen v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

Získaná data budou sbírána prostřednictvím anonymního dotazníku. Výběr respondentek bude zaměřen na ženy, které již rodily. Očekávaným počtem účastnic bude 100.

1. Sexualita

Sexualita je přirozenou součástí lidské povahy a dle Petera Koliby: „*Může být zdrojem životního optimismu, kladných pocitů radosti a štěstí, zázemím pro tvořivou práci.*“ (Koliba et al., 2019, s. 11)

Pojem sexualita je úzce spojen s termínem „sexuální zdraví“, který ve své podstatě zahrnuje rozumovou, citovou, společenskou a tělesnou stránku člověka jako bytosti se sexuální identitou. Díky těmto aspektům je možné prohlubovat schopnost lásky, milování a posilovat vztahy s ostatními lidmi. (Urbanová, 2010)

Existuje také několik různých pohledů na to, jak lidé vnímají sex. Existují obecně tři hlavní přístupy k sexualitě: prokreační, vztahový a rekreační. Lidé, kteří vnímají sex především z prokreačního hlediska, vidí jeho hlavní smysl v tom, mít děti – pohlavní styk je podle nich hlavně o rozmnožování. Dalším typem je vztahový přístup, kdy prostřednictvím sexu vyjadřují lásku, náklonnost a posilují citovou vazbu ve vztahu. Skupina, která zaujímá rekreační přístup, vnímá sex především jako způsob, jak se pobavit, užít si a mít z toho radost. (Sprecher, McKinney, 1993)

Změna chování a postoje žen v intimní a společenské sféře nastala v Evropě v průběhu 20. století. Ženská sexualita byla dlouhá léta zapovídána a veřejně se o ní nemluvilo. Sexualita žen sloužila pouze jako nástroj pro uspokojování mužů, a hlavně k reprodukci. Sigmund Freud se chybně domníval, že ženy jsou předurčeny k submisivní roli v sexu, a díky této úloze zažívají nekomfortní pocity při pohlavním styku a bolest v době porodu. (Rob, Martan, Ventruba, 2019), (Pastor, 2012)

Sigmund Freud popisuje jako základní hnací energii lidského života libido, které se mimo jiné projevuje i sexualitou. Libido je chápáno jako životní pud, který stojí v protikladu k touze po sebedestrukci či pudu smrti. Sexualita ale není pouze jen o tomto životním pudu. Je to komplexní jev, který zahrnuje milostnou a erotickou přitažlivost, schopnost vzájemného ztotožnění i sexuální chování. U každého jednotlivce se tyto prvky mohou projevovat v různé míře, což dělá sexualitu jedinečnou pro každého z nás. (Winston, 2008), (Dallaire, 2009)

Ženy obecně potřebují k podnícení sexuální touhy více času, musí se cítit v daný okamžik komfortně. Velmi důležitá je příjemná atmosféra. Vývoj sexuální touhy je ovlivněn doteky, slovy a emocionálním naladěním spolu s partnerem. Ženy prahnou po mazlení, dotecích, po pozornosti partnera a po intimitě. Muži jsou oproti ženám schopni dosáhnout orgasmu jednodušeji a dříve, jelikož velmi dobře reagují na erotické vizuální podněty. Ženy tyto podněty vzrušují méně. Partnerova chuť na sex je většinou v jakoukoliv denní i večerní hodinu, pokud zrovna netrpí úzkostmi, depresí, či není delší dobu ve stresu. Sexuální touha ženy často klesá, když začne jejich vztah zrást. Díky tomuto mohou nastat neshody mezi partnery a pocity zklamání. (Ratislavová, 2008)

1.2. Sexualita jako základní lidská potřeba

Allan R. Holmberg pojednává: „*Sex, stejně jako hlad, je pudem, který musí být uspokojen.*“ (Vrhel, 2002, s. 193)

Dle Maslowovy hierarchie potřeb patří sex mezi primární potřeby člověka. Do této kategorie patří strava, spánek a vylučování. Tyto potřeby jsou nezbytné pro přežití jedince. Pro existenci lidské bytosti je potřeba voda, potrava, vzduch a spánek, ale nedílnou součástí je také přežití lidské rasy, s čímž souvisí právě pohlavní rozmnožování. Sex se řadí mezi komplexní aspekt lidského života, který ovlivňuje biologické, emocionální a psychologické potřeby. (Maslow, 1985)

Sexualita se řadí mezi jednu ze základních potřeb člověka. Někomu přináší pocit rozkoše, potěšení a radosti, ale také deprese či úzkost. Lidská sexualita uskutečňuje několik funkcí a tou hlavní je reprodukční funkce, která zajišťuje pokračování lidského rodu. Nejběžnější úmysl pohlavního styku je rozkoš, nabytí slasti s dovršením sexuálního prožitku. Mezi další funkce se řadí funkce komunikační. Jedná se o intimní komunikaci mezi partnery, kdy se jeden snaží ve prospěch druhého o příjemný prožitek. Obecně lze říct, že normální sexuální chování je takové, kdy se zapojují oba partneři zcela dobrovolně a nemají z toho duševní ani tělesnou újmu a veřejně to nikoho nepohoršuje. (Koliba et al., 2019)

Vztah mezi láskou a sexualitou může být naplňující, ale také škodlivý. Můžeme rozlišovat sexualitu harmonie a sexualitu vášně. Sexualita harmonie dychtí po důvěrnosti a harmonii, zatímco sexualita vášně se skrze překvapování, svádění a dobývání snaží o maximální eskalaci touhy. (Willi, 2011)

1.3. Ženský sexuální cyklus

Ženský sexuální cyklus zahrnuje fyziologické, psychologické a hormonální změny. Ty se odehrávají během sexuální aktivity a jsou řízeny komplexní souhrou neurologických, cévních a hormonálních mechanismů. (Masters, Johnson, 1966)

Ženy lze rozdělit do 4 skupin s odlišnými charaktery, které jsou zvoleny podle sexuálního vzrušení. Prvním typem je typ poznávací. Tyto ženy jsou velmi cílevědomé a chytré. Přesně vědí, co chtějí, a nepotřebují k tomu milostné vyznávání od mužů. Stačí jim jejich bujná fantazie a pornografické filmy, díky nimž dosáhnou vyvrcholení. Druhý typ je vyzývavý. Ženy jsou rády středem pozornosti u ostatních mužů a snaží se jim za každou cenu zalíbit. Třetím typem žen je typ smyslový. Tato skupina žen si potrpí na společné intimní chvíle s partnerem, na doteky nebo na detaily, jako je například partnerův parfém. Posledním typem je typ intimní. Tyto ženy potřebují ujištění od partnera, že jsou jím milovány. Vyžadují pozorná gesta a dlouhou romantickou předeheru. (Koliba a kol., 2019)

Prožitek ze sexuálních aktivit je vnímán každou z nás jinak v průběhu celého našeho života. Důležitým obdobím je fáze pubertální. V tomto období se u žen začínají projevovat sekundární pohlavní rysy a formují se jejich postoje k vlastní sexualitě. Nastávají první lásky a s tím spojená zamilovanost. První pohlavní styk bývá u chlapců i dívek okolo 16–19 let.

Délka aktivního sexuálního života se u žen stále více prodlužuje díky zdravějšímu životnímu stylu, farmakologickým metodám a pozitivnímu postoji společnosti. (Roztočil, 2024)

Většina žen bojuje s pocitem, že je nedostatečně naplněna jejich sexuální touha, představa a přání o společných intimních chvílích se svým partnerem. Proto by muži měli více dávat najevo ženám, jak jsou pro ně důležité, že je stále přitahují a mají je rádi. Tímto ženu spíše sexuálně naladí, než kdyby se naladil pouze na své vzrušení. (Koliba a kol., 2019)

Sexuální vzrušení žen je založeno na určitých stimulačních podnětech jako například příjemné prostředí a atmosféra, vůně, doteky a slova partnera. Velký vliv na vzrušení má i fáze cyklu, ve kterém se zrovna nachází. Ve druhé proliferační fázi před ovulací je většina žen více sexuálně chtivá. Neplatí to samozřejmě u všech žen. Jiné naopak více přitahuje touha po pohlavní styku v menstruačním období. (Roztočil, 2024)

Sexuální cyklus u žen, které jsou těhotné se vcelku moc neodlišuje od žen, které těhotné nejsou. Průběh milostného spojení můžeme rozdělit na 4 fáze: excitace, plató, orgasmus, relaxace. (Pastor, 2012), (Weiss, 2010)

1.3.1. Excitace neboli sexuální vzrušení

Jedná se o první fázi průběhu milostného spojení. K sexuálnímu vzrušení napomáhá mnoho somatických změn, mezi které zahrnujeme intenzivnější lubrikaci poševního vchodu, erekci bradavek spojenou s napnutím prsou, prosáknutí genitálu, tachykardií, zvýšení krevního tlaku a frekvence dechu. Sexuální stimulace aktivuje hypotalamus a další oblasti, které ovlivňují sexuální odpovědi. Na začátku těhotenství se zduřují prsa, která mohou být až bolestivá. Zduřují se i pysky, malé oproti velkým až 3x. V pozdějším období, už nejsou rozpoznatelné změny mezi klidovým stavem a sexuálním vzrušením díky zduřelé vulvě. (Pastor, 2012), (Roztočil, 2024), (Weiss, 2010)

1.3.2. Plató

Plató je druhou fází sexuálního reakčního cyklu. Při správné technice partnerova dráždění se žena může ocitnout ve fázi plató, která je následována orgasmem, tedy fází vyvrcholení, pokud se dráždění zintenzivňuje. V této fázi dochází ke vzniku orgasmické manžety díky vasokonstrikci. Zduření klitoris a malých stydkých pysků pokračuje i v této fázi. (Pařízek, 2015), (Roztočil, 2024)

Ve fázi plató je důležité myslet na dostatečnou lubrikaci. Ta přispívá k dráždění velmi citlivého místa na ženském těle a tím je klitoris. Bez dostatečné lubrikace může dráždění být pro ženu spíše nepříjemné až bolestivé. Sexuálně citlivých oblastí se vyskytuje u žen více, například prsa, bradavky, stydké pysky, hlavně ty malé a pochva. V pochvě se nachází takzvaný bod G, který je umístěn na přední stěně pochvy, mezi cervixem a symfýzou. Drážděním tohoto bodu je možno dosáhnout orgasmu a vyloučit tekutinu, která se složením podobá mužské prostatické tekutině. Některé ženy mohou spolu s vyloučenou tekutinou vyloučit i množství moči. (Roztočil, 2024)

1.3.3. Vyvrcholení

Ženský orgasmus je popsán jako intenzivní a proměnlivý pocit rozkoše, který navozuje změněný stav vědomí a netrvá dlouho. Obvykle ho provází mimovolné rytmické stahy svalů v oblasti pánve a kolem vagíny, případně i děložní a anální kontrakce. Po vrcholu obvykle nastává pocit uvolnění, zmírnění prokrvení a celkové uspokojení. (Pařízek, 2015), (Pastor, 2024)

1.3.4. Rezoluce

Po orgasmu nastává pocit uvolnění. Genitál se postupně vrací do svého původního stavu, přičemž změny probíhají pozvolna. Na rozdíl od mužů mohou ženy při pokračujícím dráždění dosáhnout dalších orgasmů. Díky této schopnosti se některým ženám přezdívá multiorgasmické. Muži potřebují po ejakulaci klidovou fázi. (Roztočil, 2024), (Šrámková, 2015)

1.4. Sexuální reaktivita

Sexuální reaktivita obsahuje rozdělení do 6 skupin dle senzitivity na sexuální podněty, touhy po sexuálním zážitku a podle skutečnosti, zdali jsou ženy schopny dosáhnout vyvrcholení. Během života ženy se sexuální apetit poněkud mění a je možné projít několika fázemi. Velkou roli hraje genetický faktor, věk, partnerský vztah, zdravotní stav, vzdělání a v neposlední řadě také výchova jedince. Reaktivita vzrůstá cca do 30 let ženy a poté se začíná postupně snižovat až do období klimakteria. S tím se váže pokles pohlavní aktivity, který nastává okolo 50 let života. (Pařízek, 2015)

Prvním typem jsou ženy s kladným vztahem k orgasmu. Tato skupina je zastoupena přibližně 60-80 % žen. Tyto ženy jsou schopny vášnivě prožít pohlavní styk. Ten je neodmyslitelnou součástí jejich života a nedokážou si život bez pohlavního styku představit. Ve většině případů jsou schopny dosáhnou orgasmu, ať už se jedná o klitorální či vaginální orgasmus. Obvykle se spíše jedná o klitorální typ, ke kterému je snadnější dospět. (Pařízek, 2015)

Druhým typem jsou ženy s kladným vztahem k sexuální aktivitě, ale nejsou schopny dojít k orgasmu. Do této skupiny se řadí mladší ženy, které s pohlavním životem teprve začínají a nemají dostatečné zkušenosti, při změně partnera, nebo pokud během styku hraje roli stres. (Pařízek, 2015)

Třetím typem jsou ženy frigidní, které jsou schopny orgasmu. Tato skupina žen se vyznačuje nezájmem o sexuální aktivitu a absencí jakýchkoli pocitů s ní spojených. I když je pohlavní styk nebolestivý, nepřináší jim žádné uspokojení a vyvrcholení dosáhnou pouze zřídkakdy. (Pařízek, 2015)

Čtvrtým typem jsou ženy frigidní, které orgasmu schopny nejsou. Mají podobné rysy jako třetí typ žen, ale jsou hlouběji zakořeněné. Jejich touha po sexuální aktivitě je nulová. Pokud pohlavní styk přeci jen proběhne, nezažívají pocit uspokojení, nejsou schopny orgasmu dosáhnout a po styku prožívají pocit podrážděnosti. (Pařízek, 2015).

Pátým typem jsou ženy, které zažívají nepříjemné, někdy až bolestivé pocity při pohlavním styku. Tyto nepříjemné pocity mohou vzniknout v průběhu pohlavního života nebo se objevit už na jeho počátku. Příčin těchto stavů je několik, například dříve prožitá traumata (např. znásilnění), vrozené vady spojené s genitálem, různé záněty aj. Pro tyto ženy představuje dosažení orgasmu značnou obtíž. (Pařízek, 2015)

Posledním, šestým typem jsou ženy, které pociťují nechuť až odpor k pohlavnímu styku. Příčinou tohoto stavu mohou být například konflikty ve vztahu až jeho úplný rozvrat. Může také souviset se zdravotními problémy či komplikacemi. Mezi tyto problémy můžeme zařadit například různé nádory, endometriózu a další. (Pařízek, 2015)

1.5. Dysfunkce v oblasti sexuality

„Sexuální dysfunkce jsou poruchy sexuální výkonnosti, charakterizované nedostatečností jedné nebo několika fyziologických složek sexuálního chování.“ (Weiss, 2010, s. 354)

Sexuální dysfunkce lze rozdělit na primární a sekundární, úplné a částečné, generalizované a selektivní, funkční a organicky podmíněné. Primární dysfunkce se vyskytuje na začátku pohlavního života ženy. Sekundární dysfunkce se vyskytne po dlouhodobém období bez jakéhokoliv problému. Úplná dysfunkce znamená, pokud ženě zcela chybí jedna z fyziologických kvalit sexuálního života, jako například chybění lubrikace či orgasmu. Částečná dysfunkce je narušena pouze v omezené míře. Řadí se sem situace, kdy se částečná dysfunkce objeví pouze v mimořádné situaci. Jedná se například o problémy s vyvrcholením nebo s chabou lubrikací. Generalizovaná dysfunkce není vázána na konkrétního partnera či prostředí, ale objevuje se obecně. Může se jednat o nedostatek sexuální touhy. Naopak selektivní dysfunkce se váže ke konkrétnímu partnerovi či prostředí. Funkční dysfunkce jsou spojeny s psychologickými a emocionálními příčinami. Tato porucha je často spojena s psychickým stresem, úzkostí nebo s problémy ve vztahu. Žena může mít snížený zájem o pohlavní styk kvůli únavě či stresu. Naopak organicky podmíněné sexuální dysfunkce jsou způsobeny fyziologickými nebo biologickými faktory. Tyto obtíže jsou způsobeny zdravotními problémy, hormonálními změnami či fyzickými stavy, které narušují sexuální funkce. (Weiss, 2010)

Sexuální dysfunkce u žen je běžný a často nepříjemný problém, který má negativní dopad na kvalitu života a dodržování medikace. Problém je často multifaktoriální, což vyžaduje multidisciplinární hodnocení a léčebný přístup, který se zabývá biologickými, psychologickými, sociokulturními a vztahovými faktory. Kritéria pro sexuální poruchy sexuálního zájmu/vzrušení vyžaduje přítomnost nejméně tří specifických příznaků trvajících nejméně šest měsíců. Výskyt FSD (female sexual dysfunction) se pohybuje okolo 30-50 %. (Faubion, Rullo, 2015), (Šrámková, 2015)

1.5.1. Problémy s nedostatkem sexuálního apetitu

Jedná se o ztrátu či nedostatek sexuální touhy. Pokud jsou problémy zdrojem výraznějších partnerských neshod a psychické nepohody, hodnotíme tyto stavy za patologické. Velmi vzácně se tato porucha objevuje separovaně. Často se objevuje

v souvislosti s tělesnými, duševními a partnerskými potížemi. Mezi tělesné problémy řadíme dlouhotrvající onemocnění, která mohou mít za následek pokles zájmu o sex. Hovoříme o nádorech prsu a rodidel, diabetu mellitu či o algickém syndromu chronické povahy. (Weiss, 2010)

Vystupňovaný nízký zájem o sex se nazývá sexuální averze neboli odpor k sexu. Velmi často se objevuje u párových neshod. Jedná se o obavy ze sexu, které se často opakují nebo jsou trvalé. Ženy odmítají intimnější dotyky od partnera, jsou odtaživé. V přítomnosti partnera se necítí zcela komfortně. Tento stav se většinou týká jednoho partnera, se kterým už je žena déle. Hlavní příčinou bývají traumata z minulosti, ať už mluvíme o znásilnění nebo třeba traumatické zkušenosti z dětství. Po porodu ženy často čelí sexuálními obtížím ve vztahu s partnerem, avšak tento stav bývá jen přechodný. (Pastor, 2012), (Weiss, 2010)

1.5.2. Frigidita

Často se také označuje jako nedostatečné prožívání sexuálního aktu. Objevuje se snížená schopnost touhy po sexu nebo se tato schopnost neobjevuje vůbec. Ženy, které trpí frigiditou si nacházejí tolerující partnery, kteří o této dysfunkci ví, ale jsou schopni s ní nadále žít. Ženy se přizpůsobí svému partnerovi, i když to pro ně znamená, že pohlavní styk prožijí bez sexuálního vzrušení a touhy po partnerovi. Frigidní jedinci se potýkají s nedostatečnou lubrikací sliznice pochvy, se kterou souvisí suchost při pohlavním styku. Vaginální suchost je u většiny žen provázána dyspareunií, někdy až algopareunií. Problém s lubrikací bývá spojen s obdobím menopauzy nebo dlouhodobým kojením. (Pastor, 2012), (Weiss, 2010).

Opakem frigidity je porucha, při které ženy prožívají intenzivní a dlouhodobé sexuální vzrušení, které není provázáno odpovídajícím sexuálním zájmem. Nejedná se o poruchu, která by se vyskytovala často a bývá spojena s neurologickými a psychopatologickými onemocněními. Tento jev je popisován u žen, které užívají antidepressiva s dopaminergním účinkem. (Weiss, 2010)

1.5.3. Poruchy orgasmu

Poruchy orgasmu jsou charakterizovány jako dočasná nebo dlouhodobá neschopnost dosáhnout orgasmu i při adekvátní sexuální stimulaci. 10 % žen nikdy není schopno dosáhnout orgasmu. Tři čtvrtiny žen dosahují orgasmu v polovině jejich sexuálních styků. Jedna čtvrtina žen je během jednoho pohlavního styku schopna prožít více orgasmů. (Pastor, 2012), (Weiss, 2010)

U žen, které si stěžují na potíže spojené s opožděnými nebo chybějícími orgasmy, je nezbytné odebrat podrobnou lékařskou a psychosociální anamnézu a zjistit možné léky, které je způsobují. Důležité je pochopit, zda se jedná o celoživotní nebo získaný problém. Rozlišení mezi zcela chybějícími orgasmy a opožděnými nebo méně intenzivními orgasmy jsou důležitými body sexuální anamnézy, které budou vodítkem pro lékařskou a psychosociální léčbu. Všechna tato rozlišení, objasněná na základě důkladné sexuální

anamnézy, napomáhají psychosociální i lékařské léčbě orgasmické dysfunkce. Orgasmická dysfunkce je často spojena s dalšími formami sexuální dysfunkce. (Krakowsy, Grober, 2018)

1.5.4. Dyspareunie, algopareunie, vaginismus

Jedná se o nepříjemný pocit (dyspareunie) při pohlavním styku, který je způsobený pohyby penisu uvnitř pochvy. Ty může žena vnímat až bolestivě (algopareunie). Tyto nepříjemné vjemy mohou být zapříčiněny nízkou sexuální vzrušivostí či vaginismem. Další možnou příčinou mohou být gynekologická onemocnění. Diskomfort způsobují hlavně poševní a pánevní záněty nebo endometrióza. Bolestivý sexuální styk může být příznakem nesouladu v partnerském sexuálním životě. (Šrámková, 2015), (Weiss, 2010)

Vaginismus je charakterizován stahy poševního vchodu, které jsou mimovolní a zamezují jakémukoli pokusu o vniknutí do pochvy. Tyto symptomy, přičemž trvají minimálně 6 měsíců. Vaginismus je klasifikován jako primární, pokud je problém celoživotní. Jako sekundární či získaný, pokud v minulosti pohlavní styk možný byl, ale nyní tomu tak není. Vaginismus se převážně vyskytuje v kontextu partnerského vztahu a různé kombinace těchto faktorů mohou mít jedinečný vliv na každý pár, který jím trpí. (Šrámková, 2015), (Weiss, 2010), (McEvoy et.al, 2024)

1.5.5. Poruchy sexuální satisfakce

Dosažení orgasmu a pocit uspokojení během sexuální aktivity nemusí zaručovat celkovou spokojenost s intimním životem. Někdy může orgasmus dokonce vyvolat i nežádoucí pocit a objevuje se velmi vzácně. Mezi takové stavy patří například silné bolesti hlavy typu migrény během či po orgasmu. Sexuální vzrušení a orgasmus mohou také vyvolat různé vegetativní projevy, jako je škytavka, nevolnost nebo průjem. Ženy, které trpí stresovou inkontinencí se mohou při orgasmu pomočovat. Dalším důvodem spojeným s poruchami sexuální satisfakce může být partner, provozování pohlavního styku na ne úplně vhodném místě či v nevhodnou situaci. (Šrámková, 2015), (Weiss, 2010)

2. Těhotenství

Těhotenství začíná oplodněním vajíčka spermií a končí porodem. Průměrná délka tohoto období činí přibližně 270 dní. Tento stav bývá právem označován jako „jiný stav“, protože představuje pro ženský organismus výraznou zátěž. V průběhu těhotenství dochází k postupnému zvětšování dělohy, která se rozšiřuje až do dutiny břišní, kde utlačuje střevní kličky. Její kapacita se může zvýšit na 4 500–5 000 ml. Na konci těhotenství sahá děloha až k mečovitému výběžku (processus xiphoideus). Spolu s růstem dělohy dochází také k nárůstu tělesné hmotnosti, který by měl být přibližně 10 kg. Těhotenství představuje náročné období i pro další orgánové systémy, zejména močový a oběhový. Kromě toho tělo ženy během těhotenství vytváří nový orgán, kterým je placenta. (Dylevský, 2019)

Stran subjektivního vnímání je těhotenství nová a nepopsaná kapitola života ženy, která je plná pocitů štěstí a radosti, ale zároveň pocitů nejistoty. Toto období přináší velké změny, jak po psychické, tak po tělesné stránce. Žena se musí sžít s rolí budoucí maminky a je důležité, aby ji byl partner nablízku a podporoval ji. Důležité je si uvědomit, že některé činnosti, které žena dělala sama za sebe, již nebudou na prvním místě. Tyto aktivity bude třeba upozadit, aby se mohla miminku dostatečně věnovat. (Slezáková, 2017)

2.1. Tělesné změny působící na sexualitu během těhotenství

Těhotenství způsobuje změny v proporcích ženského těla. Na začátku těhotenství ženy často vnímají tělesné změny s hrdoostí jako důkaz svého mateřství. Postupem času se však jejich pohled může změnit. Mohou mít pocit, že ztrácejí kontrolu nad svou hmotností. To v nich může vyvolávat obavy z toho, že pro své partnery už nejsou tolik přitažlivé. (Weiss, 2010)

Nejvýraznější změny během těhotenství se odehrávají na děloze. Její hmotnost narůstá z přibližně 50 g před otěhotněním až na 1000 g v době porodu. Tento růst je ovlivněn působením hormonů, zejména progesteronu a estrogenů, které způsobují hypertrofii. V pozdějších fázích těhotenství k tomu přispívá také růst plodového vejce. K významným změnám dochází i v oblasti vaginy a vulvy. Pochva se prodlužuje, její sliznice zesiluje. Stává se měkkou a překrvenou s fialově modravým zbarvením, zvláště na části děložního čípku (portio vaginalis). Vulva je rovněž překrvená a prosáklá, přičemž se na ní mohou objevit varikózní žíly. Změny pigmentace způsobují tmavší zbarvení stydkých pysků v porovnání se stavem před těhotenstvím. (Hájek, 2014)

Změny se projevují i v oblasti prsou. Ženy pociťují napětí, citlivost bradavek a jejich zvětšování krátce po vynechání menstruace. Začínají se objevovat tmavé pigmentace na prsních dvorcích ke konci 2 měsíce. Kolostrum se začíná tvořit po 10. týdnu těhotenství a je možné ho jemnou masáží vytlačit ven z bradavky. Jeho hustota se začíná zvětšovat, čím více se blíží termín porodu. (Roztočil, 2020)

2.2. Duševní proměny působící na sexualitu v těhotenství

Smyslem těchto změn během těhotenství je dostatečně připravit ženu na novou roli matky. Změnami žena prochází od úplného začátku těhotenství. Vyplyvají z hormonálních

změn, z prostředí, ve kterém žena žije, její povahy a také z kvality vztahu s partnerem. (Gregora a Velemínský, 2017)

Těhotenství je obdobím velkých změn v životě ženy. Po psychické stránce je to přijetí nové životní role. Ženy zjišťují, kým doteď byly, a že je nevyhnutelné se připravit na novou přicházející etapu – stát se rodičem. Tato fáze přináší spoustu pocitů nejistoty, zmatku, strachu, ale také pocitu štěstí. Velmi důležité je, aby ji rodina v tomto období byla oporou. (Roztočil, 2020)

První trimestr je ve znamení přijetí těhotenství. Žena se stává více uzavřená do sebe a pozoruje změny, které se udávají. Do druhého trimestru se žena dostává s prvními pohyby plodu, kdy si začíná uvědomovat a přijímat jeho existenci jako samostatného a nezávislého jedince. Ve třetím trimestru už by chtěly mít ženy porod za sebou, ale na druhou stranu se bojí, aby neporodily předčasně. Začínají se strachovat z porodu a hlavním úkolem je příprava na samotný porod. (Roztočil, 2020)

2.3. Sexuální interakce během těhotenství

Těhotenství přináší řadu změn nejen ve fyzické a hormonální oblasti, ale také v psychice, kvalitě života a intimních vztazích. Pro mnoho žen je toto období spojené s posilováním citových vazeb, intimity a fyzické blízkosti, které zahrnují i sexuální potřeby a tělesné potěšení. Přesto se ukazuje, že ženy často nemají dostatek informací o pohlavním styku během těhotenství, což může vést k obavám. Mýty typu, že sex během těhotenství může poškodit plod, způsobit potrat, hrají významnou roli ve vyvolávání strachu. Tyto obavy pak často vedou k omezování sexuálních aktivit během těhotenství. (Staruch, et. al., 2016)

Pokles sexuální aktivity bývá obzvláště výrazný ve třetím trimestru, kdy mnoho žen zaznamenává sníženou frekvenci pohlavního styku i schopnost dosáhnout orgasmu. Tyto změny často souvisejí s blížícím se porodem, obavami o zdraví dítěte i matky, strachem z porodních bolestí a možných komplikací. Třetí trimestr je však také obdobím intenzivního budování citové vazby mezi matkou a dítětem, plánování budoucnosti a přizpůsobování se nové životní roli – roli rodiče. (Staruch, et. al., 2016)

2.4. Kontraindikace pohlavního styku v těhotenství

Sexualita je klíčovým aspektem lidského života, který je přítomen ve všech fázích životního cyklu a tvoří důležitou součást zdraví a celkové pohody. Těhotenství je obdobím výrazných biologických, psychologických a sociálních změn, které mají přímý i nepřímý, vědomý i nevědomý vliv na sexualitu jedince. Mezi kontraindikace sexuálního styku v těhotenství patří neobjasněné vaginální krvácení, vcestné lůžko (placenta praevia), odteklá plodová voda, předčasné otevírání, zkracování děložního hrdla a předčasné děložní kontrakce. (Ricci, 2024)

Během celého průběhu fyziologického těhotenství je možné provozovat bezpečný pohlavní styk, pokud jsou dodržována určitá pravidla. Důležité je zajištění správné hygieny

a výběr vhodných sexuálních poloh, které neohrožují zdraví matky ani plodu. V prvním trimestru je plod dobře chráněn vrstvami plodových obalů, které účinně brání průniku infekcí. Přesto je důležité mít na paměti, že v některých případech může existovat zvýšené riziko komplikací, například předčasný porod. Proto by měla být sexuální aktivita přizpůsobena aktuálnímu zdravotnímu stavu a konzultována s lékařem. Tento přístup pomáhá minimalizovat rizika a zároveň zajistit pohodlí a bezpečí pro oba partnery. (Čermáková, 2017), (Weiss, 2010)

2.5. Pohled partnera na pohlavní styk během těhotenství

Během prvního trimestru se zájem o ženu z pohledu sexuality nemění. Zlom přichází až se třetím trimestrem, kdy zájem o pohlavní styk klesá. Za tuto změnu stran sexuality může několik důvodů. Partner má strach, aby neublížil miminku nebo ženě samotné. Dalším důvodem je také pokles ženské atraktivity z pohledu muže. Tyto okolnosti mohou vyústit až v úplné přerušování sexuální aktivity. (Weiss, 2010)

Couvade syndrom, známý také jako sympatické těhotenství, je stav, který se objevuje u mužů očekávajících narození dítěte. Tento jev se projevuje různorodými fyzickými a psychickými příznaky, které často připomínají nebo zrcadlí projevy těhotenství jejich partnerky. Přesné příčiny vzniku Couvade syndromu zatím nejsou zcela objasněny. Nejčastěji se však uvádí silné emocionální napojení na těhotnou partnerku a nenarozené dítě. Toto pouto se může prohlubovat prostřednictvím zážitků, jako je například sledování ultrazvukových snímků nebo cítění pohybů dítěte přes partnerčino těhotenské břicho. (Jaržabek, Bucholc, 2023)

3. Porod

Porod je proces, při kterém se z těla matky vypudí plod spolu s placentou, plodovou vodou, pupečníkem a obaly. Za narozený plod považujeme novorozence, který vykazuje známky života, jako je srdeční akce, pohyby svalů, dýchání nebo pulzace pupečníku. Tyto známky se obvykle objevují od 24. týdne těhotenství nebo při porodní hmotnosti nad 1000 gramů. Pokud plod tyto známky života nevykazuje, jedná se o potrat. U porodu se rozlišují tři doby porodní. (Roztočil, 2017)

Otevírací doba porodní, tedy **první doba porodní**. Začíná pravidelnými děložními kontrakcemi, jejichž účelem je postupné otevírání porodních cest. Tato fáze končí ve chvíli, kdy jsou porodní cesty zcela otevřené (tzv. porodnická branka). V průběhu této doby dochází k dilataci měkkých porodních tkání, což je ovlivněno porodními silami, gravitací působící na naléhající část plodu a hormonálními změnami. Naléhající část plodu postupně prochází porodními cestami. Často v této fázi dochází k odtoku plodové vody. Na konci první doby porodní, kdy dochází k úplnému rozvinutí porodnické branky, se může projevat nevolnost, zvracení nebo pocit nutkání na tlačení. To je způsobeno drážděním nervových zakončení v oblasti pánevního dna. Délka této fáze je individuální, přičemž u vícerodiček bývá zpravidla kratší. (Wilhelmová, Doubek, Greiffeneggová, Kašová, Sedlická, 2020)

Vypuzovací fáze, **druhá doba porodní**. Začíná plným zánikem porodnické branky a končí samotným vypuzením plodu z porodnických cest. Ve druhé fázi porodu se výrazně mění pocity a aktivita rodící ženy. Dlouhé hodiny čekání během první doby porodní vystřídá intenzivní fyzická snaha. Ta je provázena soustředěním během relativně krátké, přesto ale velmi náročné fáze. Žena, případně oba rodiče, musí zachovat trpělivost, vytrvalost a důvěru. Jak ve schopnosti svého těla, tak v odborné vedení porodní asistentky. Tento moment často provází směs vzrušení a očekávání blížícího se samotného završení porodu. Úspěšný porod závisí na vzájemné spolupráci zkušených profesionálů a nastávajících rodičů. Porodní asistentka, která ženu během porodu podporovala a pomohla jí přivést dítě na svět, si mnohdy získává zvláštní místo v její paměti. (Wilhelmová, Doubek, Greiffeneggová, Kašová, Sedlická, 2020)

Doba k lůžku neboli **třetí doba porodní**, začíná ihned po narození dítěte. V průběhu této doby se díky děložním kontrakcím, které jsou stimulovány hormonálními změnami, odděluje a vypuzuje placenta s pupečníkem a plodovými obaly. Tato fáze obvykle trvá 15 až 30 minut. Neměla by přesáhnout jednu hodinu od narození dítěte. Poté následují 2 až 3 hodiny strávené na porodním lůžku. Někdy se této době říká čtvrtá doba porodní. (Wilhelmová, Doubek, Greiffeneggová, Kašová, Sedlická, 2020)

3.1. Dopady porodních poranění na pozdější sexualitu ženy

Porod, i když probíhá zcela přirozeně a fyziologicky, bývá často spojen s různými typy poranění nebo pohmoždění porodních cest. Při porodu prochází porodními cestami

hlavička dítěte, která má přibližně 10 cm v průměru a obvod kolem 31 cm. Tato velikost vyvíjí značný tlak na pánevní svaly, vazivové struktury a nervová vlákna. Mezi porodní poranění, která vznikají jako důsledek porodu, patří spontánní ruptury (podle závažnosti se rozlišují čtyři stupně), epiziotomie (nástřih hráze) a poranění tkání pánevního dna. Poranění při porodu často nejsou na první pohled viditelná, protože kůže a sliznice zůstávají neporušené. I tak ale může dojít k poškození tkání, nervů nebo svalů, včetně natržení análního svěrače. Tato poranění mohou vést k řadě následků, mezi které patří například únik moči (inkontinence), potíže s udržením stolice nebo plynů, snížená citlivost zevního genitálu nebo může dojít až k sestoupení orgánů uložených v pánvi. Kromě fyzických následků mohou ženy také čelit sexuální dysfunkci, která negativně ovlivňuje jejich kvalitu života po porodu. (Weiss, 2010)

Ukazuje se, že dyspareunie je častější po mediolaterální epiziotomii ve srovnání s porodem bez epiziotomie nebo s mediální epiziotomií. Ženy s rupturou hráze 2. stupně uvádějí bolestivý styk až třikrát častěji než ženy bez poranění nebo s méně závažnými rupturami. U žen s rupturou hráze 3. stupně je tento problém dokonce až osmkrát častější. Někteří odborníci také zdůrazňují, že větší negativní dopady na hojení a celkový stav má spontánní vaginální ruptura ve srovnání s plánovanou epiziotomií, zejména pokud se hojení komplikuje a probíhá sekundárně. Porodní poranění mohou způsobit inkontinenci moči i stolice. Stresová inkontinence moči se objevuje u 40 % žen během šestinedělí, po třech měsících klesá na 15 % a dlouhodobě postihuje 3–8 % žen. U prvorodiček je riziko nižší, asi 4 %. Anální inkontinence je méně častá, ale 1 % žen zažívá občasnou ztrátu kontroly nad stolicí. (Weiss, 2010)

3.2. Přítomnost partnera u porodu

Doprovod při porodu má mnoho důležitých funkcí. Může například pomoci překlenout komunikační bariéry mezi rodičkou a zdravotnickým personálem. Například tím, že jasně a respektujícím způsobem tlumočí přání ženy. Zároveň zastává roli obhájce rodičky, což přispívá k tomu, aby s ní bylo zacházeno s respektem a s ohledem na její potřeby. Doprovod také poskytuje praktickou pomoc, například podporu při nefarmakologické úlevě od bolesti, povzbuzuje ženu k pohybu, masíruje nebo ji uklidňuje pouhým držením za ruku. Dalším významným aspektem této role je emocionální podpora – doprovod pomáhá ženě cítit se v klidu, chválí ji a ujišťuje, že vše zvládne. Nepřetržitá přítomnost někoho blízkého během porodu přináší ženám pocit kontroly nad situací. Přítomnost důvěryhodné osoby tak výrazně přispívá k lepšímu porodnímu zážitku pro ženu i jejího partnera. (World Health Organization, 2020)

Účast partnera při porodu může být pro ženu obrovskou oporou, pokud s tím oba partneři souhlasí. Blízkost může pomáhat zmírnit stres z nemocničního prostředí a podporuje přirozený průběh porodu. Partner může ženu podpořit emocionálně i prakticky, například pomocí při zvládání bolesti. Pro muže, kteří si nejsou jistí, jak se zapojit, mohou být užitečné předporodní kurzy, kde lépe pochopí svou roli. (Pastor, 2012)

Je však důležité, aby bylo rozhodnutí o partnerově přítomnosti výsledkem vzájemné dohody. Někteří muži cítí tlak společnosti nebo očekávání ženy. Proto je ideální, pokud si jeho účast přeje oba. Pokud však muž přítomnost u porodu odmítne, je třeba toto rozhodnutí respektovat. Klíčem je otevřená komunikace, respekt k emocím a hranicím obou partnerů. (Pastor, 2012)

Výzkumy opakovaně ukazují, že ženy velmi oceňují přítomnost blízké a důvěryhodné osoby během porodu. Ta pro ně může být velkou psychickou i praktickou podporou. Ženy, které mají u porodu doprovod, se často cítí bezpečněji, sebejistěji a lépe zvládají stres. Zároveň muži, kteří své partnerky doprovázejí, často vnímají svou přítomnost jako přínosnou pro průběh porodu. Kromě toho ji považují za důležitou pro posílení svého vztahu s partnerkou a novorozenejším dítětem. Přesto se někteří mohou potýkat s pocitem úzkosti nebo obav, zvláště když vidí partnerku v bolestech. (World Health Organization, 2020)

4. Šestinedělí

Šestinedělí, známé také jako puerperium, je období trvající šest týdnů neboli 42 dní po porodu. Během puerperia se pánevní orgány vrací do stavu před otěhotněním a dochází ke zvratu metabolických změn těhotenství a k navození laktace. V tomto období je nutné dbát na zvýšenou hygienu. Tělo je náchylnější k infekcím, a sexuální styk není vhodný z důvodu zvýšeného rizika infekce. U nekojících žen je průměrná doba do ovulace přibližně 70–75 dní. Uvádí se, že menstruace se obnoví do 12 týdnů po porodu přibližně u 70 % nekojících žen. Průměrná doba, kdy se objeví první menstruace, činí 7–9 týdnů. Plodnost se obnovuje, a pokud žena nepoužívá účinnou antikoncepci, existuje možnost, že znovu otěhotní. U žen, které kojí své dítě, je průměrná doba do ovulace asi 190 dní. U kojících žen délka anovulace přímo souvisí s frekvencí kojení, délkou jednotlivých krmení a počtem příkrmů, které dítě dostává. Riziko ovulace během prvních 6 měsíců po porodu u výhradně kojících žen je asi 1–5 %. Zdá se, že přetrvávající zvýšená hladina prolaktinu v poporodním období hraje zásadní roli při potlačení ovulace u kojících žen. V období po porodu stále dochází k úmrtím matek v důsledku komplikací, jako jsou infekce, krvácení a eklampsie. Proto je důležité, aby zdravotníci věnovali pozornost poskytování kritické péče ženám v tomto období. (Okonofua, Balogun, Odunsi, Chilaca, 2005)

3.3. Sexuální prožívání v období po porodu

Poporodní období je adaptačním obdobím, během něhož dochází k různým proměnám v životě žen a mužů na cestě k mateřství a otcovství. Tyto změny mohou mít dopad i na jejich sexuální vztahy. To, jak se pár s touto proměnou vypořádá, má zásadní význam pro pohodu páru a ovlivňuje vztah rodičů k dítěti. (Seranno Drozdowskyj, 2020)

Hlavní problémy, kterým páry po porodu čelí, jsou například psychologické změny. Ztráta pocitu vlastního já, přechod k rodičovství, převzetí nových rolí matky a otce, pocity opuštěnosti u mužů. Dále také tělesné změny u žen, které ovlivňují jejich sebeobraz a perineální trauma. Hormonální změny u žen i mužů, které mohou vést ke snížení sexuální touhy. Vaginální suchost nebo dyspareunie u žen. Změny v manželském vztahu, včetně změn ve vzájemných rolích, věnování času intimitě a zahájení pohlavního styku. Sociokulturní vlivy, jako je sociální podpora, kulturně očekávané role a přesvědčení o tom, kdy obnovit pohlavní styk. V neposlední řadě také změny životního stylu, zejména s ohledem na péči o dítě. (Seranno Drozdowskyj, 2020)

V poporodním období může dojít k výraznému poklesu ženské sexuální touhy, někdy dokonce k jejímu úplnému vymizení. Tento jev má několik příčin. Jednou z nich je vysoká hladina prolaktinu, která se po porodu zvyšuje a přirozeně tlumí chuť na sex. Kromě hormonálních změn hraje roli i náhlá změna životního stylu a rodinné dynamiky. Psychické proměny, které žena po porodu zažívá, mohou rovněž přispět k poklesu zájmu o intimitu. (Pařízek, 2015)

Hormonální změny mohou tlumit sexuální touhu. Dále je důležité zahojení a regenerace rodidel. Lubrikační gely pomohou s vlhnutím a posílení svalů může zlepšit pružnost pochvy. Psychika hraje po porodu zásadní roli. Ženy často trápí únava, starosti o dítě a nespokojenost s vlastním tělem. Aby mohla žena vnímat sexuální podněty jako vzrušující, musí se umět odpoutat od každodenních problémů a soustředit se na intimitu s partnerem. Klíčové je i správné rozdělení času a povinností. Péče o dítě by neměla zastínit partnerský vztah. (Hollá, 2022)

Každá žena po porodu prožívá sexualitu jinak. Zatímco některé se cítí připravené na návrat k sexuálnímu životu brzy po porodu, jiné potřebují mnohem více času. Klíčovou roli hraje regenerace těla. Pánevní svalstvo oslabené během porodu je třeba posílit, například pomocí Kegelových cviků. Ty nejen pomáhají s návratem do formy, ale také předcházejí komplikacím, jako je inkontinence nebo hemoroidy. (Hollá, 2022)

Někdy se také stává, že muž po porodu ztrácí zájem o sex, což může být způsobeno tzv. Madoniným komplexem. Žena je vnímána spíše jako matka než milenka. Tento problém je řešitelný vzájemnou komunikací a porozuměním. Sexualita je důležitou součástí partnerského života. Intimita posiluje vztah a napomáhá k hlubšímu propojení obou partnerů. Je třeba ji chránit, rozvíjet a věnovat jí péči, stejně jako ostatním aspektům společného soužití. (Hollá, 2022)

4.2. Pohled partnera na sexualitu v období po porodu

Sexuální život partnerů se po porodu mění, což je často spojeno s fyzickými i psychickými faktory. Většina párů nemá pohlavní styk přibližně dva měsíce po porodu, a i poté se frekvence intimity obvykle zvyšuje pomalu. Ženy často zažívají snížení sexuální touhy, což může být způsobeno únavou, nedostatkem času či hormonálními změnami. Naopak muži mohou pociťovat obavy, aby partnerce při sexu neublížili, nebo mají strach z vlivu porodu na jejich intimní život. Tyto změny mohou vést k nespokojenosti obou partnerů. Bývá však dočasná, pokud se k problému přistupuje s porozuměním a trpělivostí. (Vermeulen, Luts, Fobbelets, 2023)

Psychické zdraví obou partnerů po porodu hraje klíčovou roli. Novopečení otcové mohou zažívat poporodní depresi, která se objevuje u 4–25 % mužů. Obvykle se začne projevovat mezi třetím a šestým měsícem po porodu. Tato deprese, často spojená s poklesem testosteronu, může negativně ovlivňovat sexuální touhu. Podobně i emocionální a fyzická únava z péče o dítě může snížit intimitu mezi partnery. Přesto se v tomto období mnohdy posiluje jejich vzájemná blízkost. Muži se zaměřují na jiné formy projevu lásky, jako jsou doteky nebo větší náklonnost. Uvědomují si, že změny v sexuálním životě jsou přechodné. (Vermeulen, Luts, Fobbelets, 2023)

Vzdělávání a podpora ze strany odborníků jsou klíčové pro překonání těchto výzev. Pomáhají zvyšovat povědomí o fyzických a psychických aspektech po porodu. Přispívají k pochopení faktu, že rozdíly v sexuální touze či frekvenci intimity nemusí znamenat trvalé

problémy. To ale nastane pouze v případě, pokud spolu partneři udržují otevřenou komunikaci a vzájemně se podporují. (Vermeulen, Luts, Fobbelets, 2023)

5. Vzdělávání žen v těhotenství a po porodu

Edukace patří mezi nedílnou součást práce porodní asistentky. Díky ní je možné ženám pomáhat se orientovat v období těhotenství, při porodu a po něm. Porodní asistentka by měla být schopná poskytovat srozumitelné, přesné a aktuální informace. Ty by měly ženě usnadnit pochopení její situace a umožnit jí činit informovaná rozhodnutí. Tento proces tvoří základ podpory a péče, kterou porodní asistentka poskytuje. Výrazně přispívá k pohodě a spokojenosti nejen samotné ženy, ale i její rodiny. (Dušková et al., 2019)

Slovo edukace, odvozené z latinského „educare“, znamená vést, vychovávat a rozvíjet. V oblasti porodní asistence je právě porodní asistentka tou, kdo zastává roli edukátora a předává potřebné znalosti. Aby svou roli mohla efektivně plnit, je důležité, aby byla empatická a trpělivá. Důležité je také, aby disponovala schopnostmi, jako je efektivní komunikace, motivace a umění zaujmout své publikum. Edukovaným, tedy edukantem, může být nejen samotná těhotná žena, ale i její partner, děti nebo širší rodina a komunita. Smyslem edukace je poskytovat užitečné informace, které mají preventivní povahu a podporují kontinuitu péče. (Dušková et al., 2019)

Porodní asistentka se na vzdělávání zaměřuje v různých etapách života ženy. Tedy od období před otěhotněním, přes samotné těhotenství, až po období po porodu. Tím zajišťuje, že žena a její rodina dostane potřebné znalosti a dovednosti, které jim pomáhají lépe zvládat nové životní situace a výzvy. Správně vedená edukace posiluje nejen jejich spokojenost, ale i důvěru ve schopnosti porodní asistentky. (Dušková et al., 2019)

5.1. Sexuální edukace během těhotenství

Sexuální vztah mezi partnery hraje klíčovou roli v manželství a jeho kvalitě. Ovlivňuje štěstí, potěšení, lásku a uspokojení sexuálních potřeb. Těhotenství může tento vztah negativně ovlivnit. Hormonální a emocionální změny během tohoto období mohou snížit sexuální touhu a měnit sexuální chování. V posledním trimestru těhotenství dochází k výraznému poklesu sexuální aktivity a frekvence pohlavního styku. Přičemž prevalence sexuální dysfunkce v těhotenství dosahuje 46,6 % v prvním trimestru, 34,4 % ve druhém a 73,3 % ve třetím trimestru. (Elsayed et al., 2019)

Mezi hlavní příčiny sexuálních problémů patří nedostatek informací o fyzických a emocionálních změnách během těhotenství. Párům často chybí edukace o tom, jak zvládat svůj sexuální život během těhotenství. Absence této edukace je častou příčinou sexuální dysfunkce. Tato situace může ovlivnit nejen sexuální uspokojení ženy, ale i jejího partnera, což může vést k narušení vztahu a zvýšení sexuálních problémů mezi páry. Mezi nejčastější příčiny sexuální dysfunkce patří fyzické problémy (bolesti zad, bolesti při pohlavním styku, dušnost, přibývání na váze) a mylné přesvědčení o rizicích sexu během těhotenství (poškození plodu nebo zvýšení rizika potratu). (Elsayed et al., 2019)

Proto je důležité poskytovat sexuální výchovu a poradenství během těhotenství. Edukace o fyziologickém těhotenství a sexuálních aktivitách může snížit úzkost a zlepšit

kvalitu sexuálního vztahu. To by mělo za následek snížení výskytu sexuálních problémů. Ženy by měly být informovány, že v případě normálního těhotenství neexistují žádná omezení sexuální aktivity, pokud není těhotenství považováno za vysoce rizikové. (Elsayed et al., 2019)

5.2. Sexuální edukace po porodu

Těhotenství a porod mají významný vliv na sexuální vztahy mezi páry, což může vést k sexuálním problémům u žen, zejména kvůli fyzickým a psychickým změnám během období po porodu. Vysoká prevalence sexuálních problémů v tomto období je často přehlížena kvůli kulturnímu tabu a nedostatku edukace o sexuálním zdraví. Podle studií se pouze 29 % žen po vaginálním porodu vrátilo k sexuálnímu životu čtyři týdny po porodu. Poradenství v oblasti sexuálního zdraví je nedostatečné, přestože by mělo být součástí běžné poporodní péče. (Pahlavani Sheikhi, 2020)

Sexuální zdraví je klíčové pro fyzickou i emocionální pohodu žen v poporodním období. Světová zdravotnická organizace doporučuje, aby sexuální poradenství bylo součástí mateřské a primární péče. Mezi to by se mělo zahrnout vzdělávání zdravotnického personálu. (Pahlavani Sheikhi, 2020)

6. Praktická část

Popis výzkumného šetření

Výzkumná část bakalářské práce je prováděna pomocí kvantitativního dotazníkového šetření ve formulářích Google. Dotazník je určen pro ženy, které již rodily. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak je ovlivňován sexuální život žen a jejich partnerů v důsledku těhotenství a porodu.

6.1. Cíle

Cíl 1: Zjistit, jak těhotenství a porod ovlivňují sexuální aktivitu a spokojenost se sexuálním životem.

Cíl 2: Zjistit, jaké fyzické a psychické faktory ovlivňující sexuální život po porodu.

Cíl 3: Zjistit, jaký má dopad těhotenství a porod na sexuální vztah s partnerem.

Cíl 4: Zjistit, jaké způsoby ženy využívají k řešení změn v sexuálním životě po porodu, a jejich účinnost.

6.2. Hypotézy

H1: Těhotenství a porod vedou ke snížení sexuální aktivity a spokojenosti se sexuálním životem partnerů.

H2: Ženy, které při porodu utrpěly nějaké porodní poranění mají častěji fyzické obtíže, které mohou ovlivnit sexuální život po porodu.

H3: Partneři se v průběhu těhotenství obávají pohlavního styku, což může vést ke snížení sexuální aktivity páru.

7. Metodika výzkumné části

7.1. Charakteristika výzkumného vzorku

Dle kritéria byly vybrány vhodné respondentky: žena, která již rodila a je seznámena s faktem, že vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné a anonymní.

7.2. Metodika sběru dat

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována prostřednictvím kvantitativního dotazníkového šetření. Data byla sbírána pomocí elektronického dotazníku v období od 1. října 2024 do 28. února 2025. Dotazník začínal krátkým úvodem, který měl za úkol respondentky informovat o jeho anonymitě a účelu. Poté následovalo 30 otázek zaměřených na zkoumanou problematiku. Dotazník vyplnilo 117 respondentek.

Sestavení dotazníku proběhlo na základě stanovených cílů. Dotazník zahrnuje uzavřené (15), polootevřené (2), otevřené (1), výčtové (7), filtrační (1), škálové (4) otázky.

Výsledky jsem následně vyhodnotila a zpracovala za pomoci programů Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word a zaokrouhlila na jedno desetinné místo.

8. Výsledky a vyhodnocení výzkumného šetření

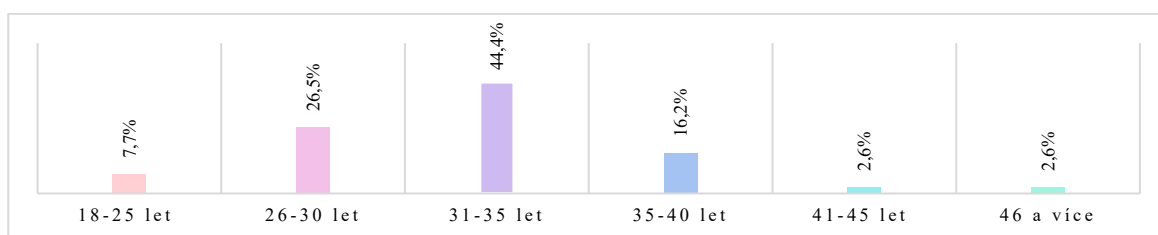
Získané výsledky jsem vyhodnotila a zpracovala pomocí grafů a tabulek. K jejich vytvoření mi posloužily programy Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel. Výsledky jsem zaokrouhlila na jedno desetinné místo a slovně zhodnotila.

8.1. Výsledky výzkumného šetření

Otázka č. 1.: Jaký je Váš věk?

- a) 18–25 let
- b) 26–30 let
- c) 31–35 let
- d) 36–40 let
- e) 41–45 let
- f) 46 a více

Graf 1- Věk respondentky

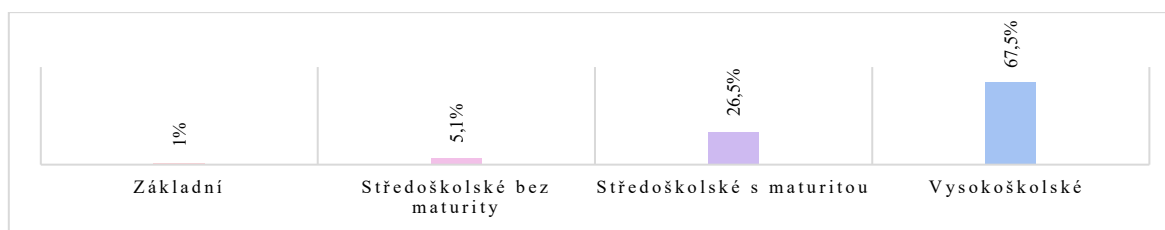


Grafem č. 1 jsme zjišťovali věkové rozložení respondentek. Největší skupinu tvořily ženy ve věku 31–35 let, které představují 44,4 % (52 respondentek). Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 26–30 let v zastoupení s 26,5 % (31 respondentek). Následují respondentky ve věku 35–40 let, které tvořily 16,2 % (19 respondentek). Mladší ženy ve věku 18–25 let se podílely na průzkumu 7,7 % (9 respondentek). Nejmenší zastoupení měly respondentky ve věku 41–45 let a 46 a více let, přičemž obě tyto skupiny tvořily shodně 2,6 % (3 respondentky).

Otázka č. 2.: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vysokoškolské

Graf 2 - Dosažené vzdělání

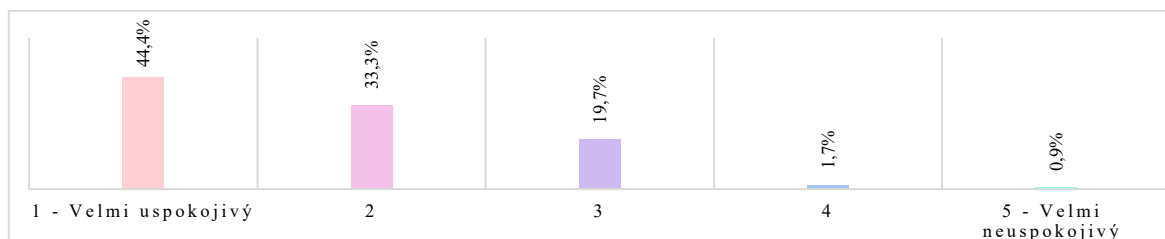


Graf č. 2 nám ukazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Největší podíl tvořily ženy s vysokoškolským vzděláním, které představovaly 67,5 % (79 respondentek). Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy se středoškolským vzděláním s maturitou, které tvořily 26,5 % (31 respondentek). Následují respondentky se středoškolským vzděláním bez maturity, jejichž podíl činil 5,1 % (6 respondentek). Nejméně zastoupené byly ženy se základním vzděláním, které představovaly pouze 1 % z celkového počtu respondentek (1 respondentka).

Otázka č. 3.: Jaký byl Váš sexuální život před těhotenstvím?

- a) 1 – velmi uspokojivý
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 – velmi neuspokojivý

Graf 3 - Sexuální život před těhotenstvím



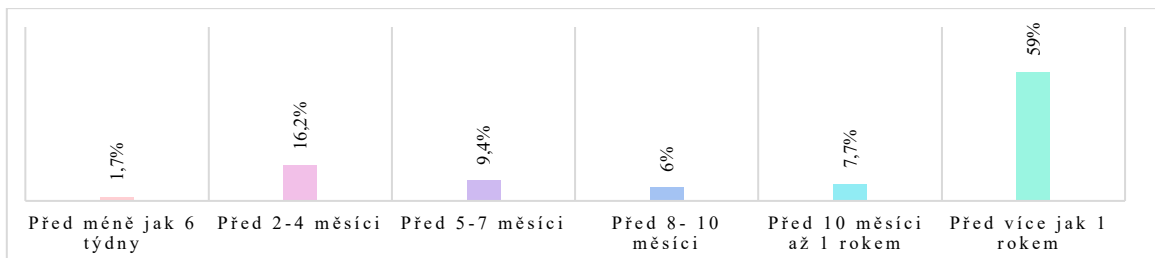
Graf č. 3 znázorňuje hodnocení sexuálního života respondentek před těhotenstvím. Největší podíl tvořily ženy, které svůj sexuální život hodnotily jako velmi uspokojivý, a to 44,4 % (52 respondentek). Dalších 33,3 % (39 respondentek) uvedlo hodnocení na stupni 2, což naznačuje spokojenost. Stupeň 3, tedy neutrální hodnocení, zvolilo 19,7 % žen (23 respondentek). Pouze 1,7 % (2 respondentky) označilo svůj sexuální život před těhotenstvím za neuspokojivý (stupeň 4) a jen 0,9 % (1 respondentka) ho hodnotila jako velmi neuspokojivý (stupeň 5). Celkově tedy převažuje pozitivní hodnocení.

Otázka č. 4.: Před jakou dobou proběhl Váš porod?

- a) Před méně jak 6 týdny
- b) Před 2–4 měsíci
- c) Před 5–7 měsíci
- d) Před 8–10 měsíci

- e) Před 10 měsíci až 1 rokem
- f) Před více jak 1 rokem

Graf 4 - Doba po porodu

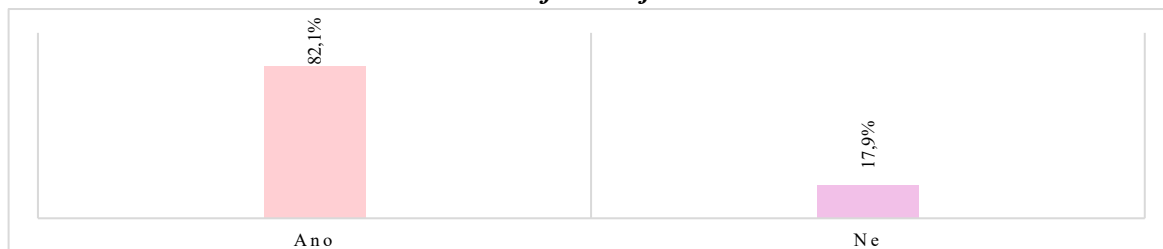


Grafem č. 4 jsme zjišťovali dobu, která uplynula od porodu respondentek. Největší podíl, celkem 59 % (69 respondentek), tvořily ženy, které porodily před více než jedním rokem. Dalších 16,2 % (16 respondentek) uvedlo, že jejich porod proběhl před 2–4 měsíci. Porod před 5–7 měsíci uvedlo 9,4 % (11 respondentek), zatímco 6 % (7 respondentek) porodilo před 8–10 měsíci. Skupinu žen, které porodily před 10 měsíci až jedním rokem, tvořilo 7,7 % (9 respondentek). Nejmenší podíl, pouze 1,7 % (2 respondentky), představují ženy, které porodily před méně než 6 týdny.

Otázka č. 5.: Kojila jste?

- a) Ano
- b) Ne

Graf 5 - Kojení

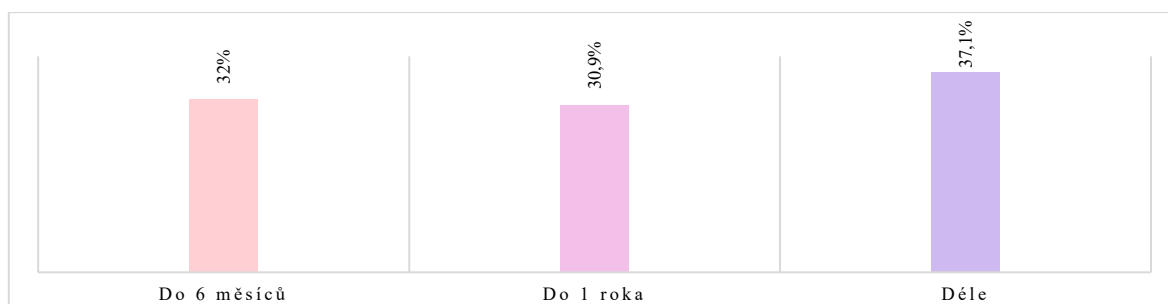


Graf č. 5 znázorňuje podíl respondentek, které kojí nebo kojily své dítě. Většina žen, konkrétně 82,1 % (96 respondentek), odpověděla že kojí nebo kojila. Naopak 17,9 % (21 respondentek) uvedlo, že nekojí či nekojilo.

Otázka č. 6.: Pokud jste kojila, jak dlouho?

- a) Do 6 měsíců
- b) Do 1 roka
- c) Déle

Graf 6 - Délka kojení

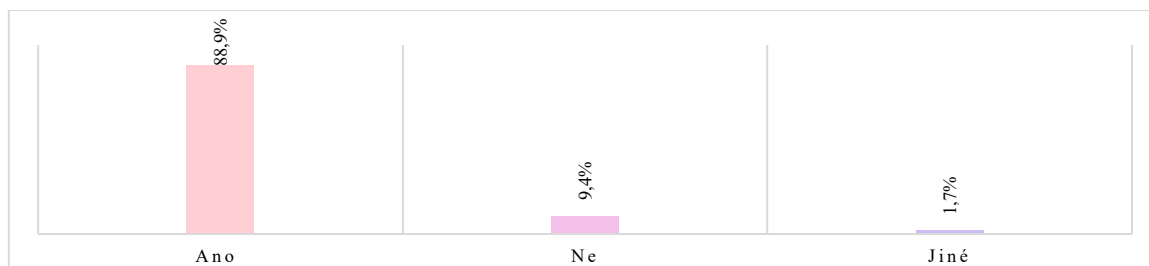


Grafem č. 6 jsme zjišťovali délku kojení u žen, které u předchozí otázky uvedly, že kojily. Celkový počet odpovědí byl 97. Největší podíl, 37,1 % (36 respondentek), kojilo déle než jeden rok. Dalších 32 % (31 respondentek) kojilo do 6 měsíců, zatímco 30,9 % (30 respondentek) kojilo do jednoho roku. Výsledky ukazují, že většina žen kojila své dítě minimálně několik měsíců, přičemž značná část pokračovala i po dosažení jednoho roku věku dítěte.

Otázka č. 7.: Byla jste spokojena s průběhem porodu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiné

Graf 7 - Spokojenost s průběhem porodem



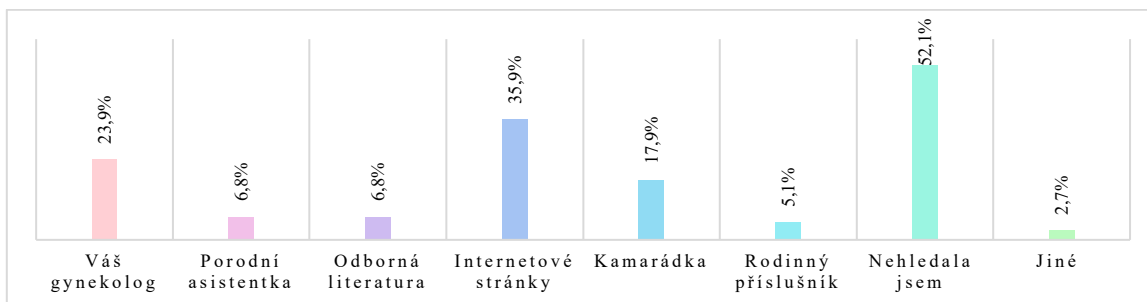
Graf č. 7 znázorňuje, zda byly ženy spokojené s průběhem svého porodu. Většina žen, konkrétně 88,9 % (104 respondentek), odpověděla „ANO“, což nám ukazuje, že většina žen byla se svým porodem spokojena. Naopak 9,4 % (11 respondentek) uvedlo odpověď „NE“, což znamená, že téměř každá desátá respondentka nebyla s průběhem porodu spokojena. Ve skupině „Jiné“, která tvořila 1,7 % (2 respondentky) odpovědí, se objevily specifické zkušenosti. Jedna z respondentek uvedla, že byla během porodu v celkové narkóze naopak druhá žena sdílela, že porodila předčasně ve 28. týdnu těhotenství.

Otázka č. 8.: Kde jste hledala/dostala informace ohledně sexuality žen v těhotenství a po porodu? Můžete zvolit více odpovědí.

- a) Váš gynekolog
- b) Porodní asistentka
- c) Odborná literatura
- d) Internetové stránky

- e) Kamarádka
- f) Rodinný příslušník
- g) Nehledala jsem
- h) Jiné

Graf 8 - Způsob získávání informací ohledně sexuality žen v těhotenství a po porodu



Grafem č. 8 jsme zjišťovali, kde ženy získávaly informace ohledně sexuality v těhotenství a po porodu. Ze 117 respondentek jich 40 odpovědělo pomocí více nabídnutých odpovědí. Z grafu vyplývá, že 52,1 % (61 respondentek) žádné informace nehledaly. Druhou nejčastější odpovědí byly internetové stránky s procentuálním zastoupením 35,9 % (42 respondentek). Třetí nejčastější odpovědí byl gynekolog s 23,9 % (28 respondentek). Mezi méně častými odpověďmi byla kamarádka se 17,9 % (21 respondentek), se stejnými 6,8 % (8 respondentek) se objevila porodní asistentka a odborná literatura. Nejméně častou odpovědí byl rodinný příslušník s 5,1 % (6 respondentek) a „Jiné“ s 2,7 % (3 respondentky). Do této kategorie ženy zařadily dětskou sestru, předporodní kurzy či jejich zdravotnické vzdělání.

Otázka č. 9.: Jakou informaci stran sexuálního života v těhotenství a porodu byste ocenila?

Otázka č. 9 byla otázkou otevřenou. Zde se mohly respondentky samy rozepsat, co přesně by ocenily za informaci týkající se sexuálního života v těhotenství a po porodu. Nejčastěji se objevovaly odpovědi „nevím“, „žádné jsem nepotřebovala“ či „nic.“ Druhá nejčastější odpověď se týkala ztráty či snížení libida. Níže jsem uvedla citace některých z respondentek.

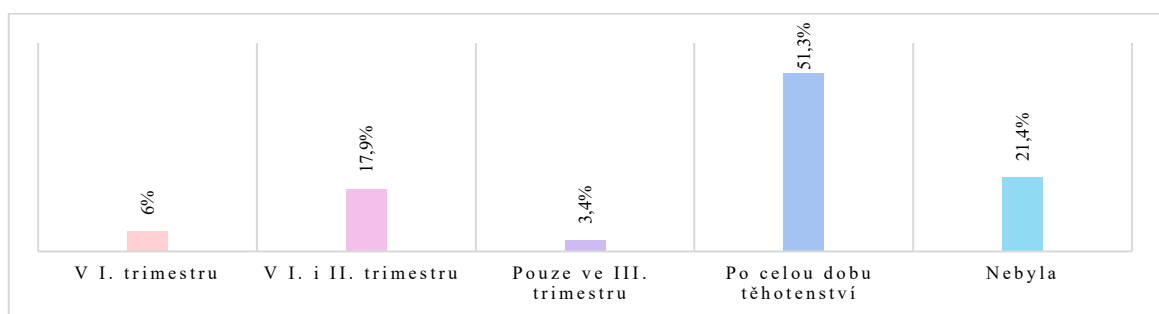
- *Podle mého názoru je stále u žen stud. Já se zeptala svého gynekologa, jak a kdy mužů a vše kolem mi bylo vysvětleno.*
- *Asi bych ocenila třeba pozice, které jsou bezpečné. Pak třeba zda může sperma něco uvnitř dělohy způsobit, jak kladně, tak záporně. Zda je dobré nebo ne používat nějaké pomůcky...*
- *Informaci ohledně orgasmu v těhotenství. Jednou jsem po orgasmu začala krvácet a od té doby jsem měla strach a raději jsem se orgasmu v těhotenství vzdala.*
- *Rizika pohlavního styku.*

- *Obecně větší důraz na edukaci mužů, že je naprosto normální, že sex neproběhne i několik měsíců, ať už během těhotenství nebo i po porodu a že je i normální, když ženě vadí jakýkoliv dotyk, kontakt. Je to normální!!!*
- *Že děti seberou čas pro intimnosti.*
- *Zda je lepší nástřih nebo přirozené poranění pro další sexuální život. Jak se starat o poranění.*
- *V těhotenství bych ocenila vědět, jaké polohy jsou bezpečné pro miminko.*
- *Asi jestli vyvolává předčasný porod. Celkově o sexu. Dítě mám z IVF. Měla jsem velký strach.*
- *Ze zdravotních důvodů jsem během těhotenství nemohla být sexuálně aktivní. Měla jsem záněty a občas jsem musela mít i antibiotika. Nikdo mi dostatečně nevysvětlil, proč se mi ty záněty furt vrací. Uvítala bych, aby se o tom více mluvilo.*
- *Mě nic nepřekvapilo. Je to o komunikaci mezi partnery. Muž se bál u prvního dítěte, u druhého již ne. Zkušenosti.*
- *Asi žádnou, ale mohla bych dát radu – libido během těhotenství poklesne, po porodu je také nízké, obojí mi přišlo normální a přirozené a pak, když se mi vrátil cyklus a ovulace, tak se chuť na sex zas vrátila ve stejné výši jako před těhotenstvím.*

Otázka č. 10.: Byla jste po celou dobu těhotenství sexuálně aktivní?

- V I. trimestru
- V I. i II. trimestru
- Pouze ve III. trimestru
- Po celou dobu těhotenství
- Nebyla

Graf 9 - Sexuální aktivita během těhotenství

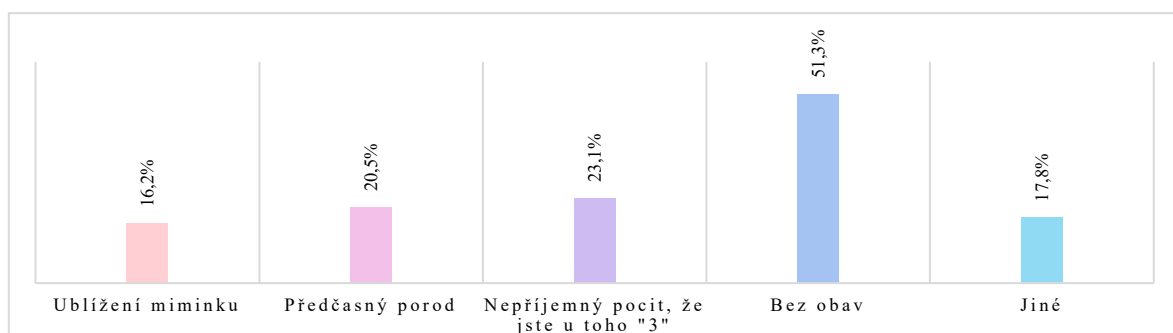


Graf č. 9 znázorňuje sexuální aktivitu žen během těhotenství. Největší skupina s 51,3 % (60 respondentek) uvedla, že byla sexuálně aktivní po celou dobu těhotenství. Dalších 21,4 % (25 respondentek) uvedlo, že během těhotenství nebyly sexuálně aktivní vůbec. Menší podíl žen byl sexuálně aktivní pouze v určitých obdobích těhotenství – 17,9 % (21 respondentek) v prvním a druhém trimestru, 6 % (7 respondentek) pouze v prvním trimestru a jen 3,4 % (4 respondentky) ve třetím trimestru.

Otázka č. 11.: Byly u Vás obavy při pohlavním styku v těhotenství? Můžete zvolit více odpovědí.

- a) Ublížení miminku
- b) Předčasný porod
- c) Nepříjemný pocit, že jste u toho "3"
- d) Bez obav
- e) Jiné

Graf 10 - Obavy při pohlavním styku v těhotenství

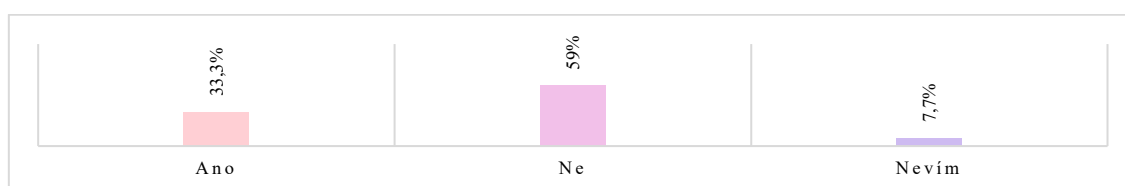


Grafem č. 10 jsme zjišťovali, zdali měly ženy nějaké obavy při pohlavním styku v těhotenství. Ze 117 respondentek jich 28 odpovědělo vícero odpověďmi. Největší podíl mělo 60 respondentek (51,3 %), které uvedly, že při sexu v těhotenství neměly žádné obavy. Naopak 23,1 % (27 respondentek) se cítilo nepříjemně z toho, že jsou u toho při pohlavním styku „tři“. Dalších 20,5 % (24 respondentek) se obávalo předčasného porodu a 16,2 % (19 respondentek) mělo strach, že by mohly miminku ublížit. Zbýlých 17,8 % (20 respondentek) bylo zahrnuto v kategorii „jiné.“ Ženy uvedly v tomto případě jako příklad zdravotní komplikace, partnerovu nechuť k sexu, bolest, mykózu či omezení a nepříjemný pocit z důvodu rostoucího břicha.

Otázka č. 12.: Obával se Váš partner pohlavního styku během těhotenství?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Graf 11 - Obava partnera z pohlavního styku v těhotenství



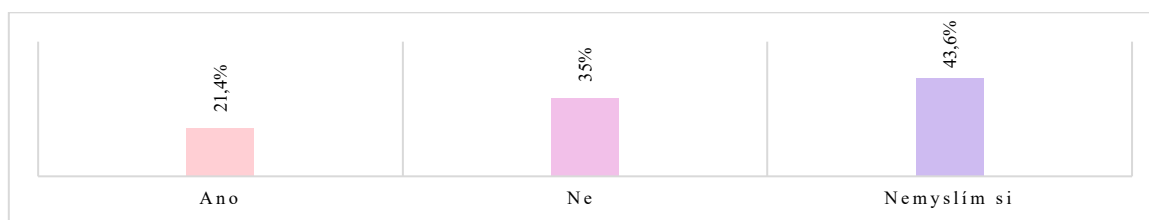
Graf č. 11 nám znázorňuje odpovědi na otázku, zda měl partner obavy z pohlavního styku během těhotenství. Více než polovina respondentek s procentuálním zastoupením

59 % (69 respondentek) uvedla, že jejich partner žádné obavy neměl. Přibližně třetina žen se 33,3 % (39 respondentek) naopak uvedla, že jejich partner obavy měl. Menší část se 7,7 % (9 respondentek) si tímto faktem nebyla jistá.

Otázka č. 13.: Změnilo se libido Vašeho partnera během Vašeho těhotenství?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nemyslím si

Graf 12 - Změna partnerova libida během těhotenství



Grafem č. 12 jsme zjišťovali, zdali se změnilo partnerovo libido během těhotenství. Největší podíl, 51 respondentek (43,6 %) uvedlo, že si nemyslí, že by se partnerovo libido během jejich těhotenství změnilo. Přibližně třetina žen, 35 % (41 respondentek) odpověděla, že k žádné změně nedošlo. Naopak 21,4 % (25 respondentek) zaznamenalo změnu libida u svého partnera.

Otázka č. 14.: Byl Váš partner přítomný u porodu?

- a) Ano
- b) Ne

Graf 13 - Přítomnost partnera u porodu

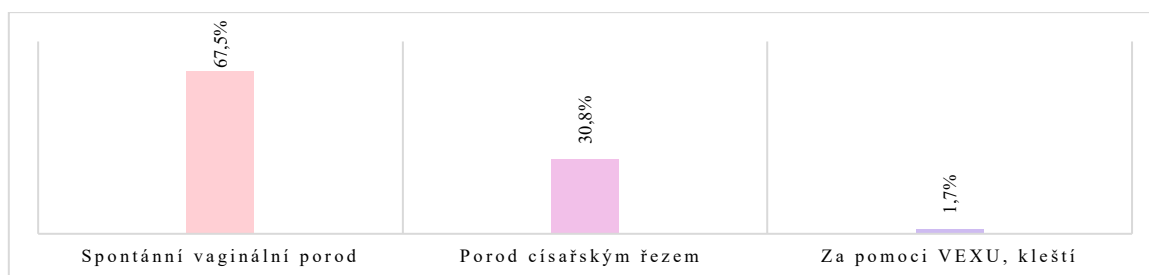


Graf č. 13 znázorňuje, zda byl partner přítomen u porodu či nikoli. U 109 žen (93,2 %) byl partner přítomen u porodu. Naopak 8 žen (6,8 %) uvedlo, že jejich partner přítomen u porodu nebyl.

Otázka č. 15.: Jakým způsobem probíhal Váš porod?

- a) Spontánní vaginální porod
- b) Porod císařským řezem
- c) Za pomoci VEXU, kleští

Graf 14 - Způsob porodu

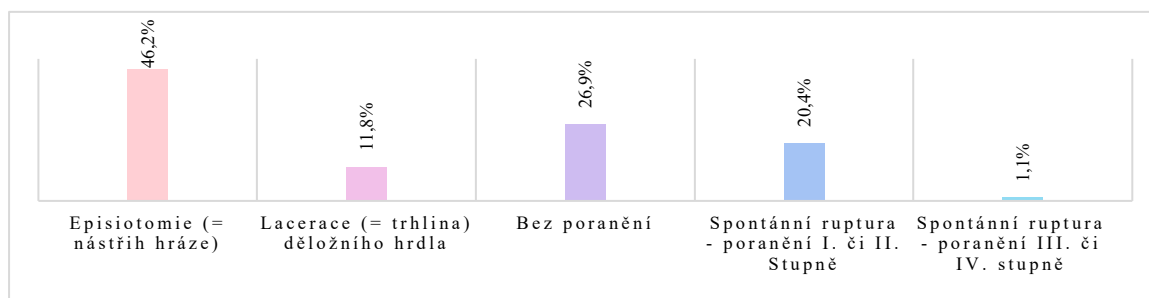


Grafem č. 14 jsme zjišťovali, jakým způsobem probíhal porod respondentek. Nejčastější formou byl spontánní porod, který prožilo 79 žen (67,5 %). Přibližně 30,8 % (36 respondentek) rodilo císařským řezem. Pouze u 2 respondentek (1,7 %) proběhl porod za pomoci porodnických nástrojů, jako je VEX nebo porodnické kleště.

Otázka č. 16.: Pokud byl Váš porod vaginální cestou, vzniklo v průběhu porodu nějaké poranění? Můžete zvolit více odpovědí

- a) Episiotomie (= nástřih hráze)
- b) Lacerace (= trhlina) děložního hrdla
- c) Bez poranění
- d) Spontánní ruptura – poranění I. či II. stupně
- e) Spontánní ruptura – poranění III. či IV. stupně

Graf 15 - Poranění v průběhu porodu

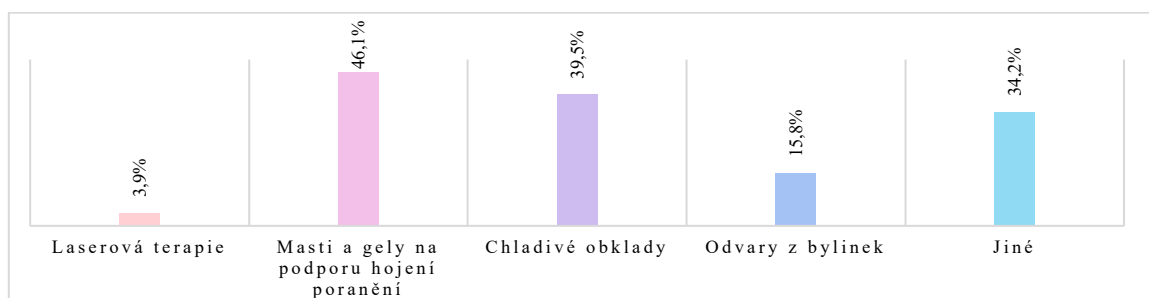


Pomocí grafu č. 15 jsme zjišťovali u žen, které rodily vaginální cestou, zdali u nich v průběhu porodu vznikla nějaká poranění. Ze 117 respondentek rodilo 93 žen vaginálním porodem. Nejvíce žen, konkrétně 46,2 % (43 respondentek), mělo provedenou epiziotomii. Dalších 11,8 % (11 respondentek) utrpělo laceraci děložního hrdla. Bez jakéhokoliv poranění porodilo 25 žen (26,9 %). Spontánní ruptura s poraněním I. či II. stupně se vyskytla u 19 žen (20,4 %), zatímco závažnější spontánní ruptura III. či IV. stupně postihla pouze 1 ženu (1,1 %).

Otázka č. 17.: Pokud jste měla nějaké poranění po porodu, absolvovala jste nějakou speciální léčbu na zahojení poranění? Můžete zvolit více odpovědí

- a) Laserové terapie
- b) Masti a gely na podporu hojení poranění
- c) Chladivé obklady
- d) Odvary z bylinek
- e) Jiné

Graf 16 - Speciální léčba na zahojení poranění

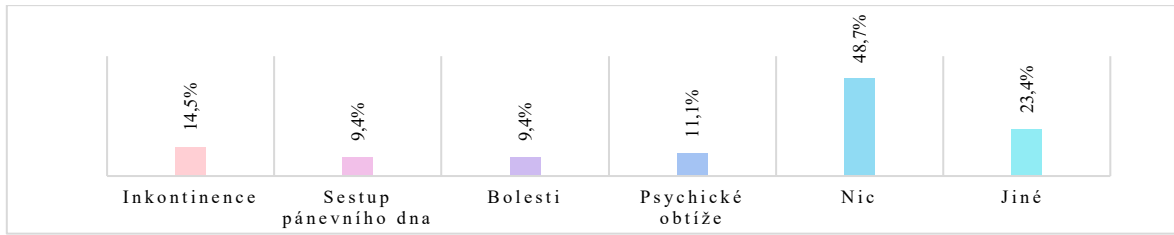


Graf č. 16 nám pomohl zjistit, zdali ženy absolvovaly na svá poranění nějakou speciální léčbu na zahojení poranění. Ze 117 respondentek odpovědělo 76 žen. Ze 76 respondentek odpovědělo 21 žen pomocí vícero odpovědí. Nejvíce používanou léčbou se ukázaly masti a gely na podporu hojení s procentuálním zastoupením 46,1 % (35 respondentek). Druhou nejvíce zvolenou odpovědí byly chladivé obklady, které zvolilo 30 žen (39,5 %). Třetí nejvíce zvolenou odpovědí byl skupina „Jiné“ s 34,2 % (26 respondentek), kde byla nejčastěji uvedena odpověď, že ženy žádnou léčbu nevyužívaly. Dále se ale objevily odpovědi jako například operace hráze, sádlo či cvičení. Nejméně používanými technikami byly odvary z bylinek, které zvolilo 12 žen (15,8 %) a laserová terapie se 3,9 % (3 respondentky).

Otázka č. 18.: Je něco, co Vás po porodu trápí?

- a) Inkontinence
- b) Sestup pánevního dna
- c) Bolesti
- d) Psychické obtíže
- e) Nic
- f) Jiné

Graf 17 - Poporodní starosti

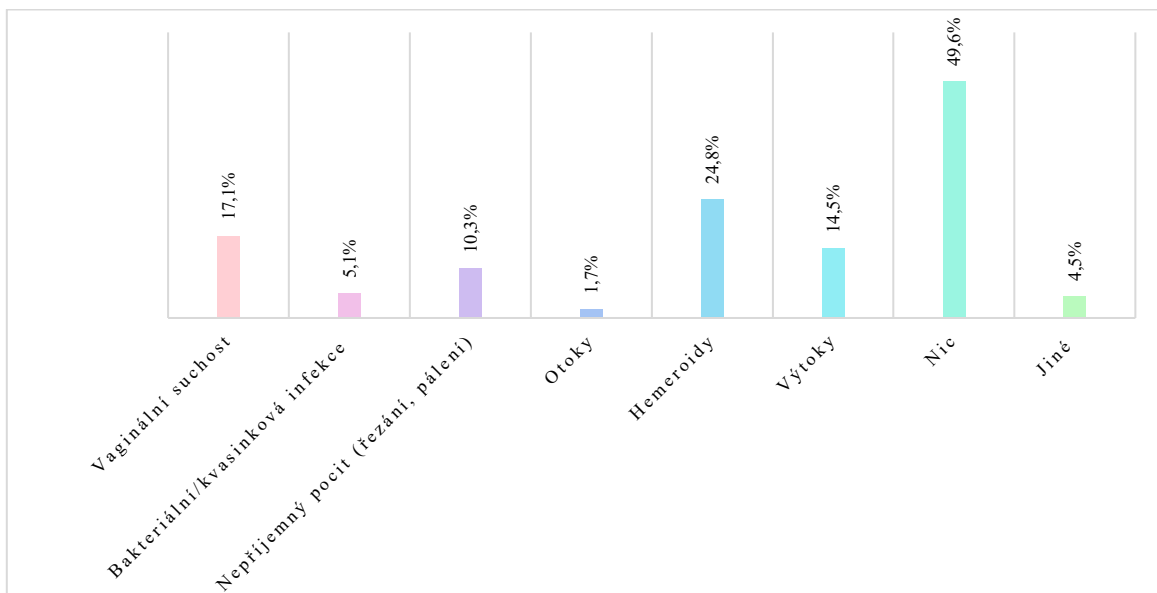


Grafem č. 17 jsme zjišťovali, co ženy po porodu trápilo. Z celkového počtu 117 respondentek zvolilo více odpovědí 18 žen. Nejčastěji se objevila odpověď, že ženy po porodu nic netrápí. Takto odpovědělo 57 žen (48,7 %). Se 23,4 % (26 žen), se stala druhou nejčastější odpovědí skupina žen, která zvolila odpověď jinou. Jako příklady ženy uvedly nedostatek času na sex, bolestivý styk, fisura konečníku, silnější menstruaci či děti. Mezi méně častými odpověďmi se objevila inkontinence se 14,5 % (17 žen). Psychické obtíže se objevovaly u 13 žen (11,1 %). Sestup pánevního dna a bolesti patřily mezi nejméně volené starosti s 9,4 % (11 žen).

Otázka č. 19.: Trápí Vás po porodu nějaký diskomfort? Můžete zvolit více odpovědí

- a) Vaginální suchost
- b) Bakteriální či kvasinková infekce
- c) Nepříjemný pocit – řezání, pálení
- d) Otoky
- e) Hemeroidy
- f) Výtoky
- g) Nic
- h) Jiné

Graf 18 - Diskomfort po porodu

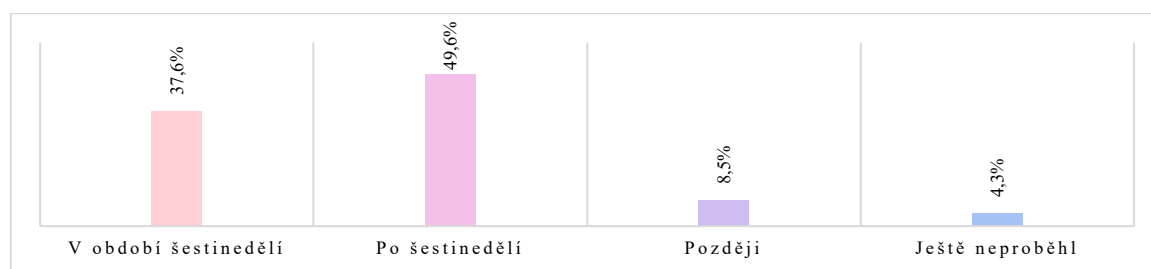


Graf č. 18 nám znázorňuje, jaký diskomfort trápil ženy po porodu. Ze 117 respondentek jich 21 odpovědělo pomocí vícero odpovědí. Nejčastěji ženy odpověděly, že je po porodu nic netrápí. Tato odpověď dosáhla 49,6 % (58 žen). Hemeroidy trápilo 29 žen (24,8 %). Další nejčastější odpovědí byla vaginální suchost s procentuálním zastoupením 17,1 % (20 žen). Výtoky trápilo 17 žen (14,5 %), nepříjemný pocit – řezání, pálení trápilo 12 žen (10,3 %), bakteriální či kvasinkou infekci po porodu mělo 6 žen (5,1 %). V kategorii „jiné“ ženy uváděly jako největší diskomfort například diastázu či bolestivý pohlavní styk. S těmito problémy se setkala 5 žen (4,5 %). Nejméně častou odpovědí byly otoky, se kterými se potýkaly 2 ženy (1,7 %).

Otázka č. 20.: Kdy Váš partner poprvé projevil zájem o pohlavní styk po porodu?

- a) V období šestinedělí
- b) Po šestinedělí
- c) Později
- d) Ještě neproběhl

Graf 19 - První zájem partnera o pohlavní styk po porodu

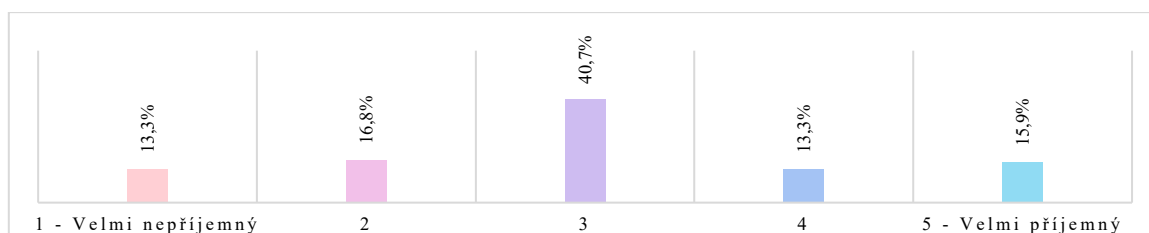


Graf č. 19 znázorňuje, kdy nastal první zájem partnera o pohlavní styk po porodu. Nejčastěji se tak stalo po skončení šestinedělí, což uvedlo 58 žen (49,6 %). V období šestinedělí zaznamenalo zájem partnera 44 žen (37,6 %). Pouze 10 žen (8,5 %) uvedlo, že zájem partnera přišel až později. V dotazníku 5 žen (4,3 %) uvedlo, že ze strany partnera ještě k zájmu o pohlavní styk nedošlo.

Otázka č. 21.: Jak hodnotíte Váš první pohlavní styk po porodu, pokud již proběhl?

- a) 1 – velmi nepříjemný
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 – velmi příjemný

Graf 20 - Hodnocení prvního pohlavního styku po porodu

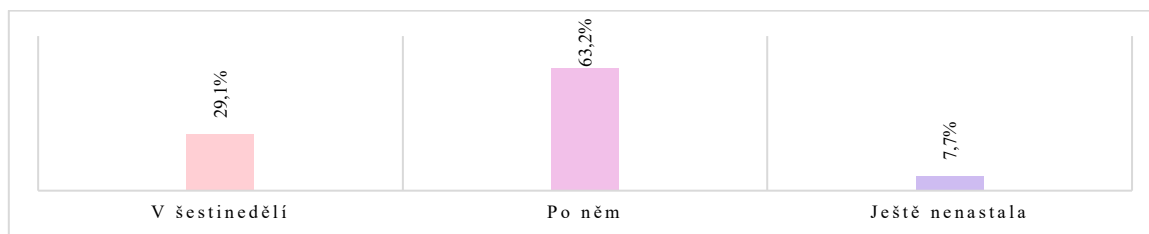


Grafem č. 20 jsme zjišťovali, jak ženy hodnotily svůj první pohlavní styk po porodu. Na tuto otázku odpovědělo 113 ze 117 respondentek. Nejvíce respondentek, konkrétně 46 žen (40,7 %), ohodnotilo svůj první pohlavní styk po porodu střední hodnotou (3). Ani výrazně negativní, ale spíše neutrální zážitek. Za velmi nepříjemný (1) zážitek ho uvedlo 15 žen (13,3 %) a dalších 16,8 % (19 respondentek) označilo hodnotou 2, tedy za spíše nepříjemný prožitek. Na druhé straně 15 žen (13,3 %) hodnotilo svůj první pohlavní styk po porodu známkou 4, tedy spíše příjemný. Za velmi příjemný prožitek to považovalo 18 žen, tedy 15,9 %.

Otázka č. 22.: Kdy nastala Vaše první potřeba pohlavního styku?

- a) V šestinedělí
- b) Po něm
- c) Ještě nenastala

Graf 21 - První potřeba pohlavního styku u ženy

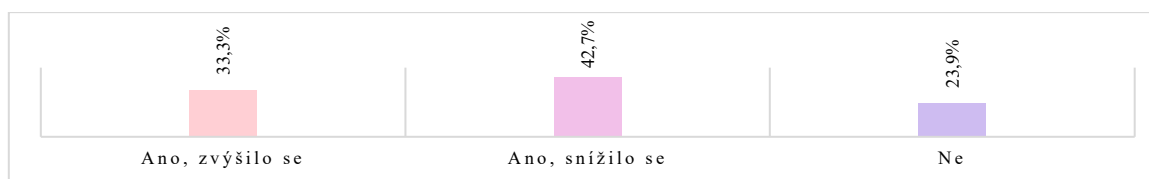


Graf č. 21 znázorňuje, kdy u žen nastala první potřeba pohlavního styku po porodu. Většina žen, 63,2 %, 74 respondentek, uvedla, že tuto potřebu pocítila až po skončení šestinedělí. Žen, které potřebu pocítily už v šestinedělí bylo 34 (29,1 % respondentek). Pouze 9 žen (7,7 %) uvedlo, že potřeba pohlavního styku u nich dosud nenastala.

Otázka č. 23.: Pociťovala jste změnu Vašeho libida v období těhotenství?

- a) Ano, zvýšilo se
- b) Ano, snížilo se
- c) Ne

Graf 22 - Změna libida v těhotenství



Grafem č. 22 jsme zjišťovali, zdali se ženám změnilo libido v těhotenství. Největší podíl respondentek, konkrétně 50 žen (42,7 %) uvedlo, že se jejich libido snížilo. Naopak u 39 žen (33,3 %) se jejich libido zvýšilo. Zbývajících 23,9 % respondentek, (28 žen) nezaznamenalo žádnou změnu libida.

Otázka č. 24.: Pociťovala jste změnu Vašeho libida v období po porodu?

- a) Ano, zvýšilo se
- b) Ano, snížilo se
- c) Ne

Graf 23 - Změna libida po porodu

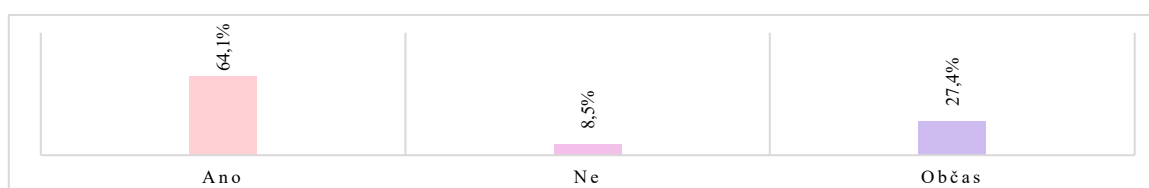


Graf č.23 zjišťuje, jestli se ženám po porodu změnilo libido. Do skupiny žen, kterým se po porodu libido snížilo, se zařadilo 74 žen (63,2 %). Naopak 14 žen (12 %) uvedlo, že se jejich libido zvýšilo. Zbývajících 29 žen (24,8 %) nezaznamenalo žádnou změnu libida.

Otázka č. 25.: Probíhá komunikace mezi Vámi a vaším partnerem ohledně sexuálního života?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Občas

Graf 24 - Komunikace mezi partnery ohledně sexuálního života

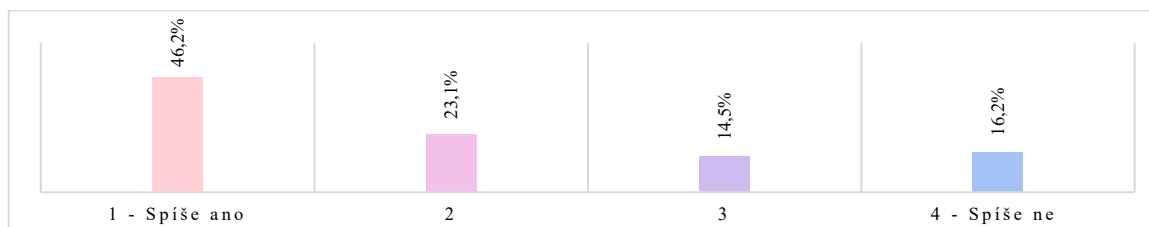


Grafem č. 24 jsme zjišťovali, zdali mezi sebou partneri hovoří o jejich sexuálním životě. Většina žen, konkrétně 75 (64,1 %) uvedla, že se svým partnerem o sexuálním životě mluví. Přibližně 27,4 % (32 respondentek) odpovědělo, že o tomto tématu mluví pouze občas. Pouze 10 žen (8,5 %) uvedlo, že o sexuálním životě s partnerem nemluví vůbec.

Otázka č. 26.: Myslíte si, že nastaly určité změny v sexuálním životě s partnerem během těhotenství a po něm?

- a) 1 - Spíše ano
- b) 2
- c) 3
- d) 4 – Spíše ne

Graf 25 - Změny v sexuálním životě s partnerem z pohledu ženy

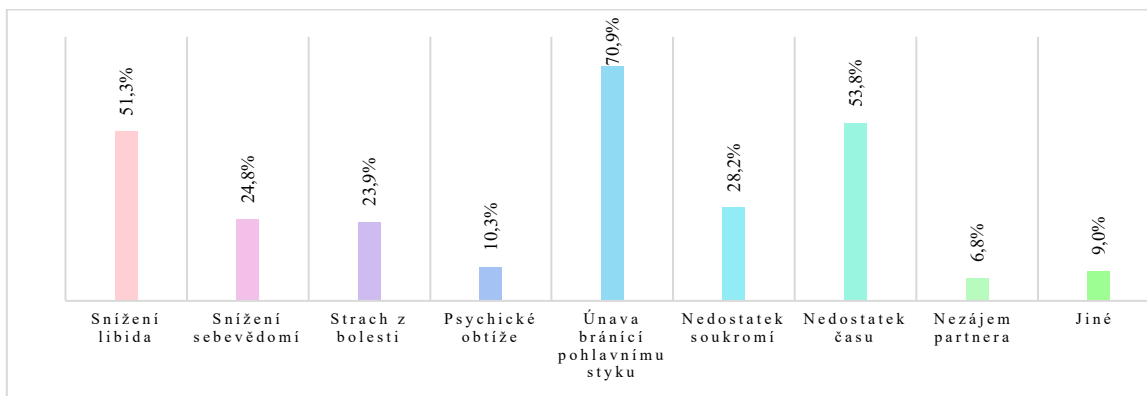


Graf č. 25 zjišťuje, zdali si ženy myslí, že nastaly změny v sexuálním životě s partnerem. Největší podíl respondentek uvedl, že spíše vnímá změny v sexuálním životě s partnerem s procentuálním zastoupením 46,2 % (54 žen). Dalších 23,1 % žen (27 žen) označilo možnost 2, což ukazuje na mírné vnímání změn. Naopak 16,2 % (19 respondentek) odpovědělo, že změny spíše nepozorují. Zbývajících 17 žen (14,5 %) zvolilo střední možnost 3, což může znamenat neutrální postoj.

Otázka č. 27.: Pokud nastaly negativní změny ve Vašem sexuálním životě v těhotenství a po něm, jaké to byly? Můžete zvolit více odpovědí.

- a) Snížení libida
- b) Snížení sebevědomí
- c) Strach z bolesti
- d) Psychické obtíže
- e) Únava bránící pohlavnímu styku
- f) Nedostatek soukromí
- g) Nedostatek času
- h) Nezájem partnera
- i) Jiné

Graf 26 - Negativní změny v sexuálním životě během těhotenství a po něm

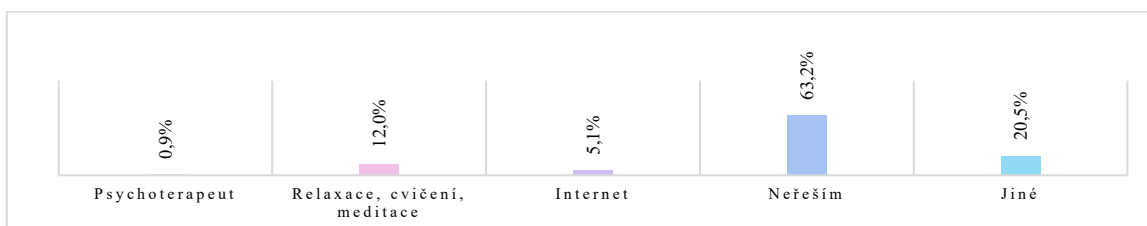


Grafem č. 26 jsme zjišťovali, jaké negativní změny nastaly v těhotenství a po porodu v sexuálním životě. Ze 117 respondentek jich 93 odpovědělo za pomoci více odpovědí. Únava bránící pohlavnímu styku byla nejčastěji uváděným problémem, který zmínilo 83 žen (70,9 %). Na druhém místě se nachází nedostatek času, jenž ovlivnil sexuální život u 63 žen (53,8 %). Snížení libida jako problém uvedlo 60 žen (51,3 %). Další významné faktory zahrnují nedostatek soukromí, který uvedlo 33 žen (28,2 %) a snížení sebevědomí, které ovlivnilo 29 žen (24,8 %). Strach z bolesti uvedlo 28 žen (23,9 %). Psychické obtíže ovlivnily sexuální život u 11 žen (9,3 %). Mezi méně časté příčiny patřil nezájem partnera, který uvedlo 8 žen (6,8 %), a jiné důvody zmínilo 10 žen (9 %). Mezi jinými příčinami se objevilo například, že žádné změny nenastaly nebo noční zájem partnerky, kdy je žena unavená.

Otázka č. 28.: Pokud nastaly změny ve Všem sexuálním životě v těhotenství a po něm, řešíte je?

- Psychoterapeut
- Relaxace, cvičení, meditace
- Internet
- Neřeším
- Jiné

Graf 27 - Řešení změn v sexuálním životě v těhotenství a po něm



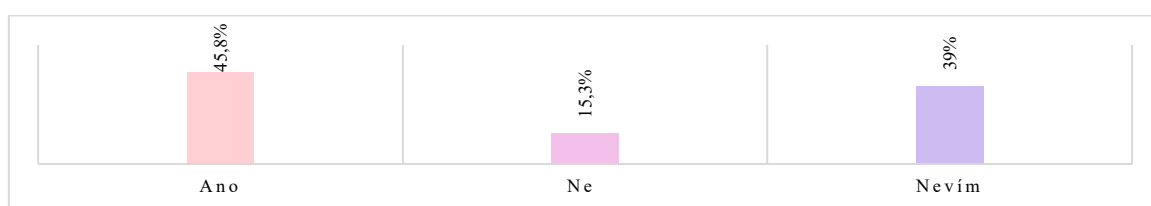
Grafem č. 27 jsme zjišťovali, jestli v případě změn v sexuálním životě ženy tuto situaci nějak řeší. Nejvíce respondentek, konkrétně 74 žen (63,2 %) uvedlo, že danou situaci „neřeší“.

Dalších 20,5 % respondentek, 36 žen, zvolilo kategorii „Jiné“, ve které ženy nejčastěji uvedly Bachovy esence, dialog s partnerem či společná masáž, nebo že dají děti dříve spát. Relaxaci, cvičení nebo meditaci využívalo 14 žen (12 %). Internet jako zdroj informací využívalo pouze 6 žen (5,1 %). Nejmenší podíl respondentek, konkrétně 1 žena (0,9 %) uvedla, že vyhledal pomoc psychoterapeuta.

Otázka č. 29.: Pokud své změny řešíte, má řešení nějaký efekt?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Graf 28 - Efekt řešení změn

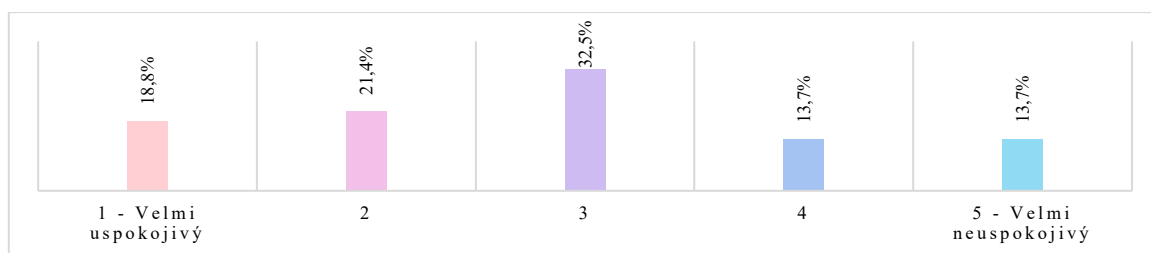


Graf č. 27 znázorňuje odpovědi na otázku, zda mají řešení na změny v sexuální životě nějaký efekt. Ze 117 respondentek na tuto otázku odpovědělo pouze 59 z nich. Největší podíl respondentek s procentuálním zastoupením 45,8 % (27 respondentek) uvedl, že jejich řešení přináší efekt. Druhou nejpočetnější skupinou bylo 23 žen (39 %), které si nejsou úplně jisté. Nejméně početná skupina s 9 ženami (15,3 %) uvedla, že jejich řešení nemá žádný efekt.

Otázka č. 30.: Jaký je Váš sexuální život po porodu?

- a) 1 – Velmi uspokojivý
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 – Velmi neuspokojivý

Graf 29 - Sexuální život po porodu



Grafem č. 28 jsme zjišťovali, jaký je sexuální život žen po porodu. Nejvíce respondentek s procentuálním zastoupením 32,5 % (38 respondentek), které hodnotily svůj

sexuální život jako průměrný (střední hodnota 3). Přibližně 25 žen (21,4 %) udávalo spokojenost na úrovni 2, zatímco 22 žen (18,8 %) hodnotilo svůj sexuální život jako velmi uspokojivý (hodnota 1). Naopak méně spokojených respondentek bylo v kategoriích 4 a 5, kde 16 žen (13,7 %) uvedlo, že byl jejich sexuální život spíše neuspokojivý, a stejný podíl žen vnímalo svou situaci za velmi neuspokojivou.

8.2. Posouzení výzkumných cílů

Tato kapitola se zaměřuje na to, zdali se podařilo splnit cíle, které jsem si stanovila. Zároveň se věnuje třem zvoleným hypotézám, které se pokusím potvrdit, nebo vyvrátit. Celkově tak shrnu, jak výsledky dotazníkového šetření odpovídají původnímu záměru výzkumu.

Prvním cílem jsme chtěli zjistit, jak těhotenství a porod ovlivňují sexuální aktivitu a spokojenost se sexuálním životem. Odpovědi na první cíl vycházejí z otázek č. 3, 10, 21, 22, 23, 24 a 30.

Otázka č. 3 – graf č. 3 (Jaký byl Váš sexuální život před těhotenstvím?) ukázala, že většina žen vnímala svůj sexuální život pozitivně. Celkem 52 respondentek označilo svůj předchozí sexuální život za velmi uspokojivý, dalších 39 žen ho hodnotilo jako uspokojivý. Neutrální postoj zaujalo 23 žen, zatímco 2 ženy uvedly, že byl neuspokojivý. 1 žena ho hodnotila jako velmi neuspokojivý.

V otázce č. 10 – graf č. 9 (Byla jste po celou dobu těhotenství sexuálně aktivní?) se ukázalo, že 60 žen bylo sexuálně aktivních po celou dobu těhotenství. Naopak 25 žen nebylo aktivních vůbec. Některé respondentky měly pohlavní styk pouze v určitých fázích těhotenství – 21 žen v prvním a druhém trimestru, 7 žen pouze v prvním trimestru a 4 ženy pouze ve třetím trimestru.

Na otázku č. 21 – graf č. 20 (Jak hodnotíte Váš první pohlavní styk po porodu, pokud již proběhl?) odpovědělo 113 žen. Nejčastější odpovědí byla neutrální zkušenost, kdy ženy hodnotily první pohlavní styk po porodu jako „ani příjemný, ani nepříjemný“. 19 žen ho označilo jako nepříjemný, zatímco 18 žen ho vnímalo jako velmi příjemný. Zbýlých 30 žen se rozdělilo mezi odpovědi „velmi nepříjemný“ a „příjemný“.

V otázce č. 22 – graf č. 21 (Kdy nastala Vaše první potřeba pohlavního styku?) uvedlo 74 žen, že potřeba pohlavního styku nastala až po šestinedělí. U 34 žen se potřeba objevila již v průběhu šestinedělí, zatímco 9 žen uvedlo, že ji dosud nepocítily.

Otázka č. 23 - graf č. 22 (Pocívala jste změnu Vašeho libida v období těhotenství?) ukázala, že u 50 žen se libido v těhotenství snížilo. Naopak 39 žen uvedlo jeho zvýšení a 28 žen žádnou změnu nepocítovalo.

Otázka č. 24 – graf č. 23 (Pocívala jste změnu Vašeho libida v období po porodu?) ukázala, že 74 žen zažilo pokles libida, 29 žen nezaznamenalo žádnou změnu a pouze 14 žen uvedlo zvýšení libida.

V otázce č. 30 – graf č. 29 (Jaký je Váš sexuální život po porodu?) odpovědělo 38 žen, že hodnotí sexuální život po porodu neutrálně. Dalších 25 žen uvedlo, že je uspokojivý, 22 žen, že je velmi uspokojivý. Jako neuspokojivý ho hodnotilo 16 žen a stejný počet žen ho označilo za velmi neuspokojivý.

Výsledky výzkumu ukázaly, že těhotenství a porod mají významný vliv na sexuální život žen. Přestože většina žen vnímala svůj sexuální život před těhotenstvím jako uspokojivý, během těhotenství a zejména po porodu u mnoha z nich došlo ke změnám. Významnou roli v těchto změnách hrají individuální faktory, jako jsou například fyzické a psychické změny po porodu či únava.

Druhý cíl měl za úkol zjistit, jaké fyzické a psychické faktory ovlivňují sexuální život po porodu. Pro jeho vyhodnocení byly využity odpovědi na otázky č. 11, 16, 17, 18 a 19, které se týkaly obav z pohlavního styku v těhotenství, porodních poranění, následné léčby, fyzických obtíží po porodu a celkového diskomfortu žen v poporodním období.

V otázce č. 11 – graf č. 10 (Byly u Vás obavy při pohlavním styku v těhotenství?) odpovědělo 28 žen ze 117 pomocí vícero odpovědí. Výsledky ukázaly, že většina žen neměla během těhotenství obavy z pohlavního styku (60 respondentek). Nicméně 27 žen uvedlo nepříjemný pocit z toho, že jsou při pohlavním styku „tří“. 24 žen se obávalo předčasného porodu a 19 žen mělo strach z ublížení miminku. Dalších 20 žen označilo možnost „jiné“ a mezi nejčastější důvody patřily zdravotní komplikace, bolest, mykóza nebo nechut' partnera k sexu.

Na otázku č. 16 – graf č. 15 (Pokud byl Váš porod vaginální cestou, vzniklo v průběhu porodu nějaké poranění?) mohly ženy odpovědět pomocí více odpovědí. Mezi ženami, které rodily vaginální cestou (93 respondentek), byla nejčastějším poraněním episiotomie, kterou podstoupilo 43 žen. Bez poranění porodilo 25 žen. Spontánní ruptura I. či II. stupně se vyskytla u 19 žen. Laceraci děložního hrdla zaznamenalo 11 respondentek a vážnější ruptura III. či IV. stupně se vyskytla u jedné ženy. Zbývajících 24 žen rodilo císařským řezem.

V otázce č. 17 – graf č. 16 (Pokud jste měla nějaké poranění po porodu, absolvovala jste nějakou speciální léčbu na zahojení poranění?) odpovědělo 76 žen, z nichž 21 odpovědělo za pomocí více odpovědí. Ze 76 žen, které měly po porodu poranění, nejvíce využívalo masti a gely na podporu hojení (35 žen). 30 žen využilo chladivé obklady. Možnost „jiné“ zvolilo 26 žen, přičemž nejčastěji zmiňovaly žádnou léčbu, operaci hráze, využití sádla nebo cvičení. Méně častými metodami byla léčba odvarem z bylinek (12 žen) a laserová terapie (3 ženy).

Na otázku č. 18 – graf č. 17 (Je něco, co Vás po porodu trápí?) mohly ženy zvolit více odpovědí. Nejčastěji zvolenou odpovědí bylo „nic“. Druhou nejčastější odpovědí byla skupina „jiné“, kterou zvolilo 26 žen a uvedly vlastní odpovědi, jako například nedostatek času, bolestivý sex, fisura konečníku, silnější menstruace či děti. Inkontinenci trpělo 17 žen. Psychické potíže trápilo 13 žen a se sestupem pánevního dna a s bolestmi se potýkalo 11 žen.

V otázce č. 19 – graf č. 18 (Trápí Vás po porodu nějaký diskomfort?) se mohlo volit za pomoci vícero odpovědí. 58 žen uvedlo, že žádný diskomfort nepocítují. Naopak 29 žen se potýkalo s hemeroidy, 20 žen s vaginální suchostí a 17 žen s výtoky. Nepříjemný pocit, jako pálení nebo řezání, uvedlo 12 žen. Bakteriální či kvasinkovou infekci zaznamenalo 6 žen. Mezi „jiné“ obtíže, které uvedlo 5 žen, patřila diastáza a bolestivý pohlavní styk. Otoky po porodu uvedly 2 ženy.

Výsledky výzkumu tedy ukazují, že fyzické i psychické faktory po porodu mohou významně ovlivnit sexuální aktivitu a celkovou spokojenost žen se sexuálním životem. Porodní poranění, bolest, vaginální suchost, inkontinence nebo psychické potíže často vedou ke snížení sexuální touhy a mohou prodloužit dobu, než se žena vrátí k intimnímu životu. Individuální zkušenosti se však liší. Zatímco některé ženy neuvádějí žádné obtíže, jiné čelí významným problémům, které jejich sexuální život po porodu negativně ovlivňují.

Třetím cílem jsme chtěli zjistit, jaký má dopad těhotenství a porod na sexuální vztah s partnerem. Odpovědi na třetí cíl vycházejí z otázek 12, 13, 14, 20 a 25.

V otázce č. 12 – graf č. 11 (Obával se Váš partner pohlavního styku během těhotenství?) odpovědělo 69 žen, že se jejich partner neobával pohlavního styku v těhotenství. Naopak 39 žen uvedlo, že jejich partner obavu měl. Zbýlých 9 žen uvedlo, že si nejsou jisté.

Na otázku č. 13 – graf č. 12 (Změnilo se libido Vašeho partnera během Vašeho těhotenství?) odpovědělo 51 žen, které si nemyslí, že se partnerovo libido změnilo v období těhotenství. Ženy, které si myslí, že se partnerovo libido nezměnilo bylo 4. Naopak žen, které si myslí, že ke změně došlo bylo 25.

Na otázku č. 14 – graf č. 13 (Změnilo se libido Vašeho partnera během Vašeho těhotenství?) odpovědělo 109 žen, že jejich partner byl přítomen u porodu. Pouze u 8 žen partner přítomen nebyl.

V otázce č. 20 – graf č. 19 (Kdy Váš partner poprvé projevil zájem o pohlavní styk po porodu?) uvedlo 58 žen, že jejich partner poprvé projevil zájem o pohlavní styk po období šestinedělí. V případě 44 žen se zájem ze strany muže objevil už v období šestinedělí. U 10 žen se zájem projevil až později a 5 žen zájem ještě nezaznamenalo.

Na otázku č. 25 – graf č. 24 (Probíhá komunikace mezi Vámi a vaším partnerem ohledně sexuálního života?) uvedlo 75 žen, že spolu s partnerem komunikují o jejich sexuálním životě. Naopak 10 žen o sexuálním životě s partnerem nemluví a 32 žen komunikuje pouze občas.

Výsledky ukazují, že těhotenství a porod mohou ovlivnit sexuální dynamiku mezi partnery. Někteří muži vnímají pohlavní styk v těhotenství s obavami, což může vést ke snížení frekvence sexuální aktivity. Po porodu se partneri nejčastěji vracejí k intimnímu životu po šestinedělí, ale u některých žen návrat k sexualitě trvá déle. Klíčovým faktorem pro zachování zdravého sexuálního vztahu po porodu se jeví komunikace mezi

partnery. Ta hraje významnou roli v překonávání změn spojených s těhotenstvím a mateřstvím.

Čtvrtý cíl měl za úkol zjistit, jaké způsoby ženy využívají k řešení změn v sexuálním životě po porodu a jaká je jejich účinnost. Pro jeho vyhodnocení byly využity odpovědi na otázky č. 28 a 29.

Na otázku č. 28 – graf č. 27 (Pokud nastaly změny ve Všem sexuálním životě v těhotenství a po něm, řešíte je?) mohly ženy odpovědět pomocí vícero odpovědí. Změny neřeší 74 žen. Druhou nejčastější odpovědí byla skupina „Jiné“, kde ženy rozepsaly Bachovy kapky, komunikaci s partnerem či společná masáž nebo dají děti dříve spát. Další nejvíce využívanou metodou byla relaxace, cvičení a meditace, kterou využívalo 14 žen. Internet používalo 6 žen a psychoterapeuta pouze 1 žena.

Na otázku č. 29 – graf č. 28 (Pokud své změny řešíte, má řešení nějaký efekt?) odpovědělo pouze 59 respondentek. Ženy, které se si myslely, že řešení změn v sexuálním životě v těhotenství a po porodu mají nějaký efekt bylo 27. Jistých si nebylo 23 žen a zbylých 9 žen žádný efekt nevnímalo.

Výsledky nám ukazují, že ženy volí k řešení změn v sexuálním životě po porodu různé způsoby. Většina žen problémy neřeší. Ty ženy, které je řeší volí spíše relaxaci, cvičení nebo komunikaci s partnerem. Jen ve výjimečných případech vyhledávají odbornou pomoc. Účinnost zvolených způsobů se poněkud liší. Některé ženy pocítují zlepšení, jiné si nejsou jisté nebo žádný efekt nevnímají. Výsledky tak naznačují, že řešení změn v sexuálním životě po porodu má velmi individuální charakter a důležitou roli může sehrát podpora a porozumění v partnerském vztahu.

Hypotéza č. 1: Těhotenství a porod vedou ke snížení sexuální aktivity a spokojenosti se sexuálním životem partnerů. Tato hypotéza se dle výsledků šetření potvrdila. Výsledky dotazníku ukázaly, že většina žen zaznamenala pokles sexuální aktivity v průběhu celého období těhotenství, tak i po porodu. Důležitými faktory byly nejen fyzické změny a vyčerpání, ale také psychologické aspekty, které jsou přirozeně spjaté s mateřstvím. Od těchto faktorů se následně odvíjí dynamika vztahu mezi partnery.

Hypotéza č. 3: Ženy, které při porodu utrpěly nějaké porodní poranění, mají častěji fyzické obtíže, které mohou ovlivnit sexuální život po porodu. Tato hypotéza byla také potvrzena. Více než polovina respondentek, která utrpěla porodní poranění uvedla, že se po porodu začala potýkat s fyzickými obtížemi. Tyto obtíže následně negativně ovlivnily jejich sexuální život. Mezi nejčastější problémy patřila bolest při styku nebo například inkontinence.

Hypotéza č. 3: Partneři se v průběhu těhotenství obávají pohlavního styku, což může vést ke snížení sexuální aktivity páru. Tato hypotéza potvrzena nebyla. Výsledky ukázaly, že většina partnerů neměla z pohlavního styku v těhotenství obavy. Tato skutečnost nám naznačuje, že těhotenství samo o sobě nebylo pro většinu mužů překážkou v sexuální aktivitě. Přesto se objevila skupina mužů, která pocítovala jisté obavy.

9. Diskuse

V této bakalářské práci jsme se zabývali sexuálním životem žen v těhotenství a po porodu. Pro srovnání výsledků dotazníkového šetření jsme vyhledali bakalářské práce, které se zabývají podobným tématem. Vybrali jsme dvě bakalářské práce, kde bylo možné porovnání výsledků výzkumného šetření a nebyly starší 10 let.

Bakalářská práce, se kterou jsme porovnávali výsledky byla práce Barbory Sazkové s názvem *Informovanost žen o sexualitě v těhotenství a po porodu* z roku 2023. Položka, kterou jsme zvolili k porovnání se týkala zdroje, kde se ženy informovaly nebo kde byly informovány o sexualitě v těhotenství a po porodu. Výsledky našeho výzkumného šetření se trochu lišily. Nejčastější odpovědí v našem výzkumu byla odpověď, že ženy žádné informace nehledaly. Tuto odpověď zvolilo 52,1 % respondentek. Na druhém místě se umístily internetové stránky s 35,9 %, následoval gynekolog s 23,9 %. Odpovědi jako kamarádka, odborná literatura nebo porodní asistentka se objevovaly méně často. Naopak v práci Barbory Sazkové získaly nejvyšší zastoupení odpovědi gynekolog/porodní asistentka s procentuálním zastoupením 32 %. Těsně následoval internet se 30 %. Třetí nejčastější odpovědí byla možnost „nezkoumala jsem to“, kterou uvedlo 14 % žen. Zajímavé je, že právě tato možnost byla v našem výzkumu odpovědí s nejvyšším procentuálním zastoupením. Hlavní rozdíl mezi oběma výzkumy spočívá v tom, jak aktivně ženy informace o sexualitě po porodu vyhledávaly. V naší práci více než polovina žen uvedla, že informace vůbec nehledaly, zatímco v práci Barbory Sazkové byla tato odpověď až na třetím místě. Naopak podobnost lze najít v internetu a gynekologovi jako klíčovém zdrojům informací. V obou případech byly tyto dvě odpovědi nejčastějšími volbami mezi respondentkami. To nám naznačuje, že ženy vnímají internet a zdravotníky jako primární zdroj informací.

Druhou prací, se kterou jsme porovnávali výsledky byla práce Nikoly Turkové s názvem *Sexuální život žen po porodu* z roku 2018. Položka, kterou jsme zvolili se týkala sexuálního života po porodu. Ve výzkumném šetření Nikoly Turkové převládala odpověď „uspokojivý“, kterou uvedlo 52 % žen. Druhou nejčastější odpovědí bylo „neuspokojivý“ se zastoupením 22 %, následovala odpověď „zcela uspokojivý“ s 21 % a jako poslední se objevila varianta „zcela neuspokojivý“ s 5 %. Výsledky našeho výzkumného šetření se od těchto dat liší především v tom, že ženy měly možnost hodnotit svůj sexuální život na pětibodové škále (1 = velmi spokojená, 5 = velmi nespokojená). Nejčastější odpovědí byla střední hodnota 3, kterou uvedlo 32,5 % respondentek. Druhou nejčastější odpovědí byla hodnota 2 (21,4 %), následovaná hodnotou 1 (18,8 %), tedy velmi spokojené ženy. Spíše nespokojených a velmi nespokojených (hodnoty 4 a 5) bylo shodně po 13,7 %. Na základě těchto údajů lze říct, že v obou výzkumech převažují pozitivní hodnocení sexuálního života po porodu. Rozdíl lze zaznamenat zejména v míře celkové spokojenosti. V práci Nikoly Turkové byly odpovědi více směřovány k „uspokojivým“, zatímco v našem výzkumu se ženy častěji držely neutrálního středu škály.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou sexuality žen v těhotenství a po porodu.

Teoretická část práce se zaměřila na obecné seznámení s pojmem sexualita. Následně byly rozebrány klíčové aspekty, jako je ženský sexuální cyklus, sexuální reaktivita a možné dysfunkce spojené s těhotenstvím. Další důležitou oblastí bylo samotné těhotenství a jeho vliv na sexualitu žen, včetně tělesných a duševních změn, které ho provázely. Nedílnou součástí této kapitoly byly také sexuální interakce v těhotenství, kontraindikace pohlavního styku a pohled partnera na intimní život během tohoto období. Dále byla věnována pozornost tématům porodu a šestinedělí. Zejména dopadům porodních poranění na pozdější sexualitu a roli partnera při porodu. Práce se zabývala také na sexuální prožívání žen po porodu a na to, jak tuto problematiku vnímají jejich partneři. Práci uzavírá kapitola o edukaci žen v těhotenství a po porodu. Věnuje se informovanosti a podpoře žen v oblasti sexuality v tomto klíčovém životním období.

Praktická část bakalářské práce se zaměřila na sexualitu žen v těhotenství a po porodu. V rámci této části byl vytvořen dotazník, kterého se zúčastnilo celkem 117 respondentek, které již rodily. Výzkumná část měla čtyři stanovené cíle, které byly následně zodpovězeny. Zároveň byly formulovány tři hypotézy. Dvě z nich se podařilo potvrdit, zatímco poslední hypotéza nebyla na základě dotazníkového šetření prokázána.

Všechny stanovené cíle a hypotézy byly zodpovězeny. Výsledná data výzkumu mohou být v budoucnu použita ke srovnávání podobného výzkumného šetření

Seznam použité literatury

1. ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. Online. 2. rozšířené vyd. Cpress, 2023. ISBN 978-80-264-5006-1. Dostupné z: <https://1url.cz/M1CNR>. [cit. 2024-11-26].
2. DALLAIRE, Yvon. *Láska a sexualita v trvalém vztahu*. Praha: PORTÁL, 2009. ISBN 978-80-7367-523-3.
(Novější relevantní zdroje nebyly dostupné, proto byly použity starší publikace.)
3. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přeprac. a dop. vyd. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2111-3.
4. ELSAYED, Doaa Mohamed Sobhy; SAID, Amira Refaat a ARABY, Ola Abdel-Wahab Afifi. *Educational Package on Knowledge and Female Sexual Function for Pregnant Women*. Online. American Journal of Nursing Science. 2019, **8**(5), s. 210-222. ISSN 2328-5753. Dostupné z: <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20190805.12>. [cit. 2024-12-07].
5. FAUBION, Stephanie S a RULLO, Jordan E. *Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach*. Online. Am Fam Physician. 2015, **92**(4), s. 281-288. Dostupné z: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2015/0815/p281.pdf>. [cit. 2024-11-08].
6. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5579-3.
7. HÁJEK, Zdeněk; ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
(Novější relevantní zdroje nebyly dostupné, proto byly použity starší publikace.)
8. HOLLÁ, Kateřina. *Sex po porodu*. Online. Sexuálně.cz. 2022. Dostupné z: <https://www.sexualne.cz/sex-po-porodu>. [cit. 2024-12-05].
9. JARZĄBEK, Aleksandra a BUCHOLC, Marzena. *Couvade Syndrome among partners of women with physiological and complicated pregnancy*. Online. Nursing in the 21st Century. 2023, **22**(2), s. 93-99. Dostupné z: <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2023-0011>. [cit. 2024-11-26].

10. KOLIBA, Petr; WEISS, Petr; NĚMEC, Martin a DIBONOVÁ, Markéta. *Sexuální výchova*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2039-0.
11. KRAKOWSKY, Yohan a GROBER, Ethan D. *A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence-based review for physicians in Canada*. Online. Canadian Urological Association or its licensors. 2018, **12**(6), s. 211-216. Dostupné z: <https://doi.org/10.5489/cuaj.4907>. [cit. 2024-11-11].
12. MASLOW, Abraham H. *A theory of human motivation*. United States: BN Publishing, 1943. ISBN 9781684113187.
(Novější relevantní zdroje nebyly dostupné, proto byly použity starší publikace.)
13. MASTERS, William H. a JOHNSON, Virginia E. *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Company, 1966. ISBN 9780923891213.
(Novější relevantní zdroje nebyly dostupné, proto byly použity starší publikace.)
14. MCEVOY, Maria; MCELVANEY, Rosaleen a GLOVER, Rita. *Understanding vaginismus: a biopsychosocial perspective*. Online. Sexual and Relationship therapy. 2024, **39**(3), s. 680–701. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.2007233>. [cit. 2024-11-12].
15. OKONOFUA, Friday; BALOGUN, Joseph A.; ODUNSI, Kunle a CHILACA, Victor N. *Contemporary Obstetrics and Gynecology for Developing Countries*. Online. 2nd ed. Springer, 2005. ISBN 978-3-030-75383-9. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-75385-6>. [cit. 2024-12-01].
(Novější relevantní zdroje nebyly dostupné, proto byly použity starší publikace.)
16. PAHLAVANI SHEIKHI, Zahra; NAVIDIAN, Ali a RIGI, Mahnaz. *Effect of sexual health education on sexual function and resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women*. Online. Journal of Education and Health Promotion. 2020, **9**(1), s. 87-94. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_591_19. [cit. 2024-12-07].
17. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti 1. díl – Těhotenství*. 5. vyd. Praha: MCC, 2015. ISBN 978-80-7492-214-5.

18. PASTOR, Zlatko. *Tajemství ženské sexuality*. Prostějov: Computer Media, 2012. ISBN 978-80-7402-070-4.
(Novější relevantní zdroje nebyly dostupné, proto byly použity starší publikace.)
19. PASTOR, Zlatko. *Ženský orgasmus, reprodukce a párové vztahy*. Online. Česká gynekologie. 2024, **89**(1), s. 52-55. Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/cccg202452>. [cit. 2024-11-05].
20. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
(Novější relevantní zdroje nebyly dostupné, proto byly použity starší publikace.)
21. RICCI, Susan. *Essentials Of Maternity Newborn & Womens*. Online. 6th edition. Wolters Kluwer Health, 2024. ISBN 9781975236311. Dostupné z: <https://1url.cz/f1DRL>. [cit. 2024-11-17].
22. ROB, Lukáš; MARTAN, Alois a VENTRUBA, Pavel, et. al., *Gynekologie*. 3. dop. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-426-2.
23. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
24. ROZTOČIL, Aleš et. al., *Moderní gynekologie*. 2., dop. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-2005-5.
25. ROZTOČIL, Aleš et. al., *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2098-7.
26. SAZKOVÁ, Barbora. *Informovanost žen o sexualitě v těhotenství a po porodu*. Online, Bakalářská práce. Praha: Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Praha 5, 2023. Dostupné z: <https://1url.cz/cJMfm>. [cit. 2025-04-15].
27. SERRANO DROZDOWSKYJ, Elena et al. *Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review*. Online. Sexual Medicine Reviews. 2020, **8**(1), s. 38-47. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.002>. [cit. 2024-12-05].

28. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přeprac. a dop. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.
29. SPRECHER, Susan a MCKINNEY, Kathleen. *Sexuality*. Online. SAGE Publications, 1993. ISBN 0-8039-4290-7. Dostupné z: <https://1url.cz/M1dKe>. [cit. 2024-11-05].
(Novější relevantní zdroje nebyly dostupné, proto byly použity starší publikace.)
30. STARUCH, Monika, et. al., *Sexual activity during pregnancy*. Online. 2016, **37**(1). 2016. ISSN 0172-780X. Dostupné z: <https://1url.cz/E1DGg> [cit. 2024-11-17].
31. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-162-9.
32. TURKOVÁ, Nikola. *SEXUÁLNÍ ŽIVOT ŽEN PO PORODU*. Online, Bakalářská práce. Praha: Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Praha 5, 2018. Dostupné z: <https://1url.cz/OJMfy>. [cit. 2025-04-15].
33. URBANOVÁ, Eva et. al. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy*. Martin: OSVETA, 2010. ISBN 978-80-8063-343-1.
(Novější relevantní zdroje nebyly dostupné, proto byly použity starší publikace.)
34. VERMEULEN, Joeri; LUTS, Evelien a FOBELETS, Maaïke. *Male Experience(s)*. Online. Springer, 2023. ISBN 978-3-031-18432-1. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-031-18432-1>. [cit. 2024-12-05].
35. VRHEL, František a MALINA, Jaroslav. *Antropologie sexuality: Sociokulturní hledisko Panoráma biologické a sociokulturní antropologie 4*. Online. Brno: Nadace Universitas Masarykiana, 2002. ISBN 80-210-2821-1. Dostupné z: <https://1url.cz/G1dKG>. [cit. 2024-11-05].
(Novější relevantní zdroje nebyly dostupné, proto byly použity starší publikace.)
36. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
(Novější relevantní zdroje nebyly dostupné, proto byly použity starší publikace.)

37. WHO (World Health Organization). *Sexual and reproductive health and rights: A global development, health, and human rights priority*. 2020 Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334151/WHO-SRH-20.13-eng.pdf>. [cit. 2024-11-30].
38. WILHELMOVÁ, Radka; DOUBEK, Radan; GREIFFENEGGOVÁ, Liana; KAŠOVÁ, Lucie a SEDLICKÁ, Natalie. *Fyziologický porod*. Online. Muni.cz. 2020. Dostupné z: <https://1url.cz/v1ZoI>. [cit. 2024-11-30].
39. WILLI, Jürg. *Psychologie lásky*. Praha: PORTÁL, 2011. ISBN 978-80-7367-895-1. (Novější relevantní zdroje nebyly dostupné, proto byly použity starší publikace.)
40. WINSTON, Robert. *Člověk: [obrazová encyklopedie lidstva]*. Praha: Knižní klub, 2008. ISBN 978-80-242-2204-2. (Novější relevantní zdroje nebyly dostupné, proto byly použity starší publikace.)

Seznam grafů

Graf 1- Věk respondentky	31
Graf 2 - Dosažené vzdělání	32
Graf 3 - Sexuální život před těhotenstvím	32
Graf 4 - Doba po porodu	33
Graf 5 - Kojení	33
Graf 6 - Délka kojení	34
Graf 7 - Spokojenost s průběhem porodem	34
Graf 8 - Způsob získávání informací ohledně sexuality žen v těhotenství a po porodu	35
Graf 9 - Sexuální aktivita během těhotenství	36
Graf 10 - Obavy při pohlavním styku v těhotenství	37
Graf 11 - Obava partnera z pohlavního styku v těhotenství	37
Graf 12 - Změna partnerova libida během těhotenství	38
Graf 13 - Přítomnost partnera u porodu	38
Graf 14 - Způsob porodu	39
Graf 15 - Poranění v průběhu porodu	39
Graf 16 - Speciální léčba na zahojení poranění	40
Graf 17 - Poporodní starosti	41
Graf 18 - Diskomfort po porodu	41
Graf 19 - První zájem partnera o pohlavní styk po porodu	42
Graf 20 - Hodnocení prvního pohlavního styku po porodu	43
Graf 21 - První potřeba pohlavního styku u ženy	43
Graf 22 - Změna libida v těhotenství	44
Graf 23 - Změna libida po porodu	44
Graf 24 - Komunikace mezi partnery ohledně sexuálního života	44
Graf 25 - Změny v sexuálním životě s partnerem z pohledu ženy	45
Graf 26 - Negativní změny v sexuálním životě během těhotenství a po něm	45
Graf 27 - Řešení změn v sexuálním životě v těhotenství a po něm	46
Graf 28 - Efekt řešení změn	47
Graf 29 - Sexuální život po porodu	47

Přílohy

Použitý dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Monika Doubková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia porodní asistence na 1. lékařské fakultě University Karlovy v Praze. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma Sexualita žen v těhotenství a po porodu. Tento dotazník je určen pro ženy, které již rodily. Dotazník Vám zabere maximálně 5 minut. Budu moc ráda za vyplnění.

Děkuji

Monika Doubková

1. Jaký je Váš věk?

- 18–25 let
- 26–30 let
- 31–36 let
- 36–40 let
- 41–45 let
- 46 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vysokoškolské

3. Jaký byl Váš sexuální život před těhotenstvím?

- 1 – Velmi uspokojivý
- 2
- 3
- 4
- 5 – Velmi neuspokojivý

4. Před jakou dobou proběhl Váš porod?

- Před méně jak 6 týdny
- Před 2–4 měsíci
- Před 5-7 měsíci
- Před 8-10 měsíci
- Před 10 měsíci až 1 rokem
- Před více jak 1 rokem

5. Kojila jste?

- Ano
- Ne

6. Pokud jste kolika, jak dlouho?

- Do 6 měsíců
- Do 1 roka
- Déle

7. Byla jste spokojena s průběhem porodu?

- Ano
- Ne
- Jiná

8. Kde jste hledala/dostala informace ohledně sexuality žen v těhotenství a po porodu? (Můžete zvolit více odpovědí)

- Váš gynekolog
- Porodní asistentka
- Odborná literatura
- Internetové stránky
- Kamarádka
- Rodinný příslušník
- Nehledala jsem
- Jiná

9. Jakou informaci stran sexuálního života v těhotenství a porodu byste ocenila?

10. Byla jste po celou dobu těhotenství aktivní?

- V I. trimestru
- V I. i II. trimestru
- Pouze ve III. trimestru
- Po celou dobu těhotenství
- Nebyla

11. Byly u Vás obavy při pohlavním styku v těhotenství? (Můžete zvolit více odpovědí)

- Ublížení miminku
- Předčasný porod
- Nepříjemný pocit, že jste u toho „3“
- Bez obav
- Jiná

12. Obával se Váš partner pohlavního styku během těhotenství?

- Ano
- Ne
- Nevím

13. Změnilo se libido Vašeho partnera během Vašeho těhotenství?

- Ano
- Ne
- Nemyslím si

14. Byl Váš partner přítomný u porodu?

- Ano
- Ne

15. Jakým způsobem probíhal Váš porod?

- Spontánní vaginální porod
- Porod císařským řezem
- Za pomoci VEXU, kleští

16. Pokud byl Váš porod vaginální cestou, vzniklo v průběhu porodu nějaké poranění? (Můžete zvolit více odpovědí)

- Episiotomie (=nástřih hráze)
- Lacerace (=trhlina) děložního hrdla
- Bez poranění
- Spontánní ruptura – poranění I. či II. stupně
- Spontánní ruptura – poranění III. či IV. stupně

17. Pokud jste měla nějaké poranění po porodu, absolvovala jste nějakou speciální léčbu na zahojení poranění? (Můžete zvolit více odpovědí)

- Laserová terapie
- Masti či gely na podporu hojení poranění
- Chladivé obklady
- Odvary z bylinek
- Jiná

18. Je něco, co Vás po porodu trápí? (Můžete zvolit více odpovědí)

- Inkontinence
- Sestup pánevního dna
- Bolesti
- Psychické obtíže
- Nic
- Jiná

19. Trápí Vás po porodu nějaký diskomfort? (Můžete zvolit více odpovědí)

- Vaginální suchost
- Bakteriální či kvasinková infekce
- Nepříjemný pocit – řezání, pálení
- Otoky
- Hemeroidy
- Výtoky
- Nic
- Jiná

20. Kdy Váš partner poprvé projevil zájem o pohlavní styk po porodu?

- V období šestinedělí
- Po šestinedělí
- Později
- Ještě neproběhl

21. Jak hodnotíte Váš pohlavní styk po porodu, pokud již proběhl?

- 1 – Velmi nepříjemný
- 2
- 3
- 4
- 5 – Velmi příjemný

22. Kdy nastala Vaše první potřeba pohlavního styku?

- V šestinedělí
- Po něm
- Ještě nenastala

23. Pociťovala jste změnu Vašeho libida v období těhotenství?

- Ano, zvýšila se
- Ano, snížila se
- Ne

24. Pociťovala jste změnu Vašeho libida v období po porodu?

- Ano, zvýšila se
- Ano, snížila se
- Ne

25. Probíhá komunikace mezi Vámi a vaším partnerem ohledně sexuálního života?

- Ano
- Ne
- Občas

26. Myslíte si, že nastaly určité změny v sexuálním životě s partnerem během těhotenství a po něm?

- 1 – Spíše ano
- 2
- 3
- 4 – Spíše ne

27. Pokud nastaly negativní změny ve Vašem sexuálním životě v těhotenství a po něm, jaké to byly? (Můžete zvolit více odpovědí)

- Snížení libida
- Snížení sebevědomí
- Strach z bolesti
- Psychické obtíže
- Únava bránící pohlavnímu styku
- Nedostatek soukromí
- Nedostatek času
- Nezájem partnera
- Jiná

28. Pokud nastaly změny ve Vašem sexuálním životě v těhotenství a po něm, řešíte je?

- Psycholog/terapeut
- Relaxace, cvičení, meditace
- Internet
- Neřeším
- Jiná

29. Pokud své změny řešíte, má řešení nějaký efekt?

- Ano
- Ne
- Nevím

30. Jaký je Váš sexuální život po porodu?

- 1 – Velmi uspokojivý
- 2
- 3
- 4
- 5 – Velmi neuspokojivý

