

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ



Bakalářská práce

PROMĚNY SEXUÁLNÍCH PROŽITKŮ V OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ A PO
PORODU

Kateřina Dymáková

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Krejčová

Praha 2017

Čestné prohlášení

„Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a s použitím pramenů a literatury řádně citovaných a uvedených v seznamu literatury. Práci jsem nevyužila k získání jiného nebo stejného titulu.“

„Souhlasím s tím, že tato bakalářská práce může být zveřejněna v elektronické knihovně FHS UK a může být využita i jako studijní text.“

V Praze dne 29. 6. 2017

.....

Kateřina Dymáková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Lucii Krejčové za cenné rady, které mi poskytovala v rámci této práce, ale i v průběhu studia na škole. Děkuji za trpělivost a čas, který mé práci věnovala.

Dále děkuji svým nejbližším za podporu a důvěru, se kterou mě doprovázeli po celou dobu studia.

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	CYKLUS SEXUÁLNÍ ODEZVY	2
2.1	Masters a Johnsonová. Lineární model cyklu sexuální aktivity	3
2.2	Model Helen Kaplanové	5
2.3	Stanislav Kratochvíl.....	6
2.4	Cirkulární model sexuální aktivity.....	7
2.5	Nelineární model sexuální aktivity	8
3	TĚHOTENSTVÍ	9
3.1	Tělesné změny u žen	10
3.2	Psychické změny u žen	12
3.3	Hormonální změny v těhotenství	13
3.4	Psychické a tělesné změny u muže	15
4	SEXUALITA V DOBĚ TĚHOTENSTVÍ	15
4.1	Sexuální cyklus ženy v těhotenství	16
4.2	Vnímání sexuálních prožitků v průběhu těhotenství u žen	18
4.3	Vnímání sexuálních prožitků mužů v průběhu těhotenství partnerky	19
4.4	Nejčastější obavy v oblasti sexuality v průběhu těhotenství	20
4.4.1	Obavy z předčasného porodu či potratu.....	20
4.4.2	Obavy o zdraví ženy a dítěte.....	21
4.4.3	Otázka body image	21
4.5	Otázka informovanosti.....	22
5	POROD	23
5.1	Vliv formy porodu na sexualitu	24
5.2	Přítomnost otce při porodu.....	25
6	OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ	26
6.1	Psychika ženy v období šestinedělí.....	26
6.1.1	Poporodní blues	27
6.1.2	Poporodní deprese.....	27
6.1.3	Poporodní (laktační) psychóza.....	27
7	FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SEXUÁLNÍ ŽIVOT PARTNERŮ V RANÉM RODIČOVSTVÍ	28
7.1	Poporodní zranění	29
7.2	Kojení.....	29
7.3	Další faktory.....	31
8	ZMĚNY V SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ PARTNERŮ V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ A PARTNERSKÝ VZTAH	32
9	DISKUZE	33
9.1	Odpověď na výzkumnou otázku	33
9.2	Nedostatky sledovaných studií a další možný směr výzkumu.....	34
10	ZÁVĚR	36
BIBLIOGRAFIE		

1 ÚVOD

Lidská sexualita je Mezinárodní zdravotnickou organizací definována následovně:

„Lidská sexualita je přirozenou součástí vývoje člověka v každé fázi života a zahrnuje fyzickou, psychologickou a sociální složku.“ (WHO Regional Office for Europe and BZgA, 2010, str. 17).

Cílem této práce je přiblížit čtenáři základní poznatky týkající se proměn sexuálních prožitků mužů a žen v období těhotenství a po porodu a shromáždit závěry dosavadního výzkumu v této oblasti.

Studie, jež se zaměřují na téma sexuality v průběhu těhotenství a po porodu, zkoumají především tělesné změny, které během těhotenství a po porodu u žen nastávají. Zároveň se věnují téměř výhradně ženám, nikoli už jejím partnerům. Zahrnují proměnné jako formu porodu, poporodní zranění či způsob krmení dítěte a jejich vliv na změny v sexuální aktivitě (Cappell, 2016). Pojem sexuální aktivity pak téměř výlučně redukuje na pohlavní styk, sledují hlavně jeho četnost, za jakou dobu po porodu se k němu partneri vrací a zda je spojen s bolestí. Jen omezené množství studií posuzuje kvalitu sexuálního života mužů a žen z hlediska subjektivně vnímané sexuální touhy či sexuální spokojenosti (von Sydow, 1999), a jen výjimečně je zasazuje do širšího kontextu partnerského vztahu (Hobbs a kol., 1999; Cappell, 2016).

Vzhledem k tomuto faktu si kladu za cíl zdůraznit témata, kterým se výzkumné studie nejčastěji věnují, poukázat na jejich případné mezery a nedostatky a naznačit další možný směr výzkumu v této oblasti.

V této teoretické práci se konkrétně zaměřuji na nejčastější obavy, které partnerky v průběhu těhotenství a po porodu sužují. Mezi ně patří obavy z ublížení partnerce či dítěti (Radoš a kol., 2015), strach z předčasného porodu či potratu (Weiss a kol., 2010; Pauleta, 2010). Tyto obavy mohou být způsobeny nedostatečnou informovaností partnerů. Otázka informovanosti je také jedním z témat, kterému se tato práce věnuje. Sexuální projev těhotné ženy je tabuizován, objevuje se kolem něj mnoho mýtů a dezinformací (Readová, 2004). Informovanost těhotných žen a jejich partnerů ze strany ošetřujících v rámci prenatální a postnatální péče není dostatečná (Bitzer a Adlerová, 2000; Brtnička a kol., 2009).

Dalším významným faktorem je body image, tedy to, jak ženy vnímají změny svého těla a jak jejich přitažlivost vnímají jejich partneri. Mnohé ženy se obávají, že se vlivem

měníciho se těla nebudou partnerovi v těhotenství a po porodu líbit (von Sydow, 1999; Read, 2004. Radošová a kol. (2015) se ve svém výzkumu zabývá výhradně muži, dle výsledků její studie se muži pohlavnímu styku vyhýbají (mimo jiné důvody) kvůli změně vzhledu partnerky až ve 30 % případů.

Zabývám se vlivem formy porodu na změny v sexuální aktivitě, dle Byrda (1998) se ženy, které rodily císařským řezem, vracejí k pohlavnímu styku dříve než ženy, které rodily vaginálně. Tato forma sexuálního kontaktu však nemusí být nejlepším měřítkem sexuální aktivity jako takové, jen některé studie zohledňují i jiné sexuální praktiky než koitus (von Sydow, 1999).

V neposlední řadě se zaměřuji na vliv formy krmení dítěte na sexuální aktivitu po porodu. Z výsledků výzkumu vyplývá, že kojící ženy mají první pohlavní styk po porodu později, než je tomu u žen, které své dítě nekojí. Adlerová a Bancroft (1988) hovoří o přímé spojitosti mezi kojením a dyspareunií, což potvrzuje i Barrettová, (2000). Dle některých autorů kojení souvisí s nižší touhou i sexuální spokojeností obou partnerů, což vysvětlují mj. hormonálními změnami (Brtnička a kol., 2009). Jiní pak poukazují na možné psychologické vysvětlení, že ženy, které výhradně kojí, bývají unavenější, neboť veškeré krmení dítěte spočívá na nich (Byrd, 1998; Avery a kol, 2000).

V této práci si kladu za cíl zodpovědět na následující otázky: Jak se mění sexuální prožitek u mužů a žen v průběhu těhotenství a po porodu? Jaké faktory sexuálního prožitku v období těhotenství a po porodu ovlivňují? Jaký vliv mají změny v sexuálním životě partnerů v průběhu těhotenství na jejich vztah?

Významnou inspirací ke zvolení této tematiky pro mě byly obohacující přednášky a seminář lidské sexuality na FHS.

Tento teoretický základ bych ráda využila k vlastnímu budoucímu výzkumu v této oblasti.

2 CYKLUS SEXUÁLNÍ ODEZVY

Lidská sexualita je oblast lidského chování, ve které se prolínají složité biologické a psychosociální aspekty. Sexuální reakce jsou u obou pohlaví podobné, co se projevů a vnímání týče. Tyto projevy zahrnují touhu, vzrušení, orgasmus a uvolnění (Pastor, 2016). Termín cyklus sexuální odezvy pak označuje grafické znázornění průběhu sexuální reakce (Zvěřina 2012). Nejznámějším modelem lidského sexuálního chování je cyklus sexuální aktivity Masterse a Johnsonové z roku 1970, ti jako první zkoumali fyziologické

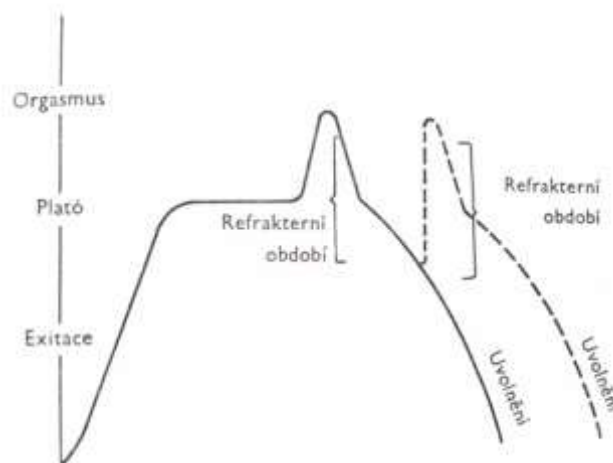
reakce při sexuálním dráždění. Masters a Johnsonová zkoumali sexuální odezvu v jednotlivých fázích sexuální aktivity i u těhotných žen a popsali, jak se odezva v jednotlivých fázích vlivem těhotenství mění.

Další schémata, které v této kapitole popisují, z tohoto modelu do jisté míry vycházejí a obměňují jeho jednotlivé komponenty.

2.1 Masters a Johnsonová. Lineární model cyklu sexuální aktivity

William Masters a Virginie Johnsonová v padesátých letech devatenáctého století provedli přelomový výzkum. Jako první v laboratorních podmínkách zkoumali fyziologické reakce při sexuálním dráždění, a to v průběhu 11 let u 382 žen a 312 mužů. Přestože jejich vzorek nebyl reprezentativní, výsledek jejich zkoumání zachytil jisté pravidelnosti v sexuálním prožitku mužů a žen. Průběh tohoto prožitku popsali pomocí schématu, které zachycuje mužskou a ženskou tělesnou reaktivitu. U obou pohlaví lze tuto sexuální reakci rozdělit na čtyři části. Jedná se o fázi excitace, fázi plató, fázi orgasmu a následného uvolnění.

Křivka vzrušení v sexuálním cyklu pro muže (Obrázek 1) je strmá a relativně přímočará s ostřejším vrcholem a prudkým pádem při uvolnění.



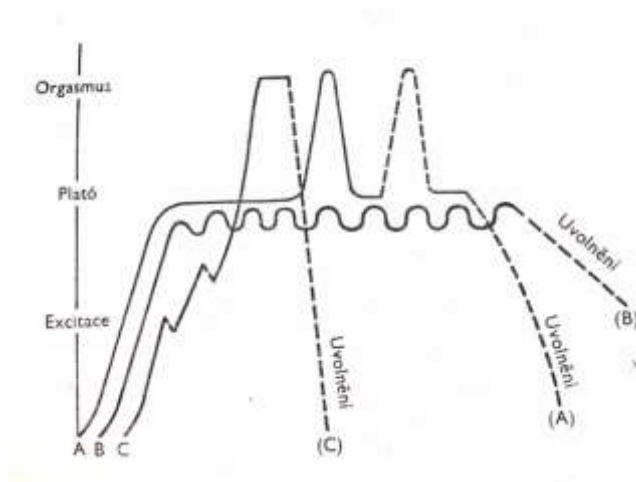
Obrázek číslo 1. Křivka vzrušení v sexuálním cyklu muže

Zdroj: Masters a Johnsonová, 1970

Dle Pastora (2016) jsou pak ženské sexuální reakce na rozdíl od mužské uniformní varianty značně variabilní.

V sexuálním cyklu ženy Masters a Johnsonová (1970) zaznamenávají tři různé křivky vzrušení. Ženská křivka (Obrázek 2) má pozvolnější vzestup, různě dlouhé setrvání ve

fázi plató před případným prudším stoupáním k orgasmu a fáze doznívání je pozvolnější. Jedná se o zjednodušený model vycházející z nejčastěji pozorovaných reakcí u žen.



Obrázek číslo 2. Křivka vzrušení v sexuálním cyklu ženy

Zdroj: Masters a Johnsonová, 1970

Fáze excitace

Dle Masterse a Johnsonové (1970) je fáze excitace charakteristická nárůstem sexuálního vzrušení psychogenním či fyzickým drážděním. Trvání této fáze se různí a záleží na efektivitě stimulace, pokud je udržována na chtěné úrovni, sexuální vzrušení rychle vzrůstá, je-li dráždění pro muže či ženu nepříjemné nebo případně ustane, fáze excitace se může značně prodloužit nebo může být ukončena.

Fáze plató

Vlivem účinného dráždění se muž nebo žena dostávají do fáze plató, kdy intenzita sexuálního podráždění zintenzivňuje a může stoupat až k vyvrcholení. Trvání této fáze závisí na účinnosti stimulace a na nutkání k vyvrcholení. Není-li orgasmu dosaženo, dochází k velmi pomalému postupnému odeznívání vzrušení do fáze uvolnění (Obrázek 2, křivka B), která v tomto případě trvá mimořádně dlouho.

Orgasmus

Orgasmus trvá řádově několik sekund. Během orgasmu dochází k uvolnění cévního

městnání a svalového napětí, které sexuální drážděním vzniklo. Tento pokles je mimovolný a nastává po dosažení nejvyššího možného podráždění. Orgasmus je pocitově lokalizován do oblasti pánve, ženy jej nejvíce cítí v oblasti klitorisu, vagíny a dělohy, muži pak v oblasti penisu, prostaty a varlat. Mužský orgasmus je dle Masterse a Johnsonové vždy obdobný, u žen pozorovali mnoho obměn, co se intenzity orgasmu a jeho trvání týče (Masters a Johnsonová, 1970).

Dle Pastora (2007) je ženský orgasmus slabší a delší, mužský kratší a intenzivnější. Jisté procento žen je anorgastických, tedy orgasmu nedosahuje. Anorgasmie u mužů se prakticky nevyskytuje. Dle Pastora se anorgasmie týká 10 až 15 % žen. Jiné zdroje uvádí až 26 % žen (von Sydow, 1999). Kratochvíl však konstatuje, že „*spokojenost se sexuálním stykem není totožná s dosažením orgasmu*“ (Kratochvíl, 2003, str. 102).

Fáze uvolnění

Po orgasmu nastává fáze uvolnění, kdy se žena dostává do klidového stádia (Obrázek 2, křivka C). Ženy se mohou v této fázi při účinném dráždění kdykoli navrátit k dalšímu orgasmu (Obrázek 2, křivka A).

U muže dochází po orgasmu k tzv. refrakterní fázi, která je vůlí neovlivnitelná, jedná se o stadium, kdy muž není schopen dostatečné erekce (Masters a Johnsonová, 1970).

Schéma cyklu sexuální reakce, které definovali Masters a Johnsonová, se využívá v různých modifikacích dodnes. Tento model odpovídá pouze sexuální odezvě mužů a žen s normálním průběhem. U žen trpících sexuálními dysfunkcemi¹ se spíše hodí cirkulární model (Giles a McCabe, 2009).

2.2 Model Helen Kaplanové

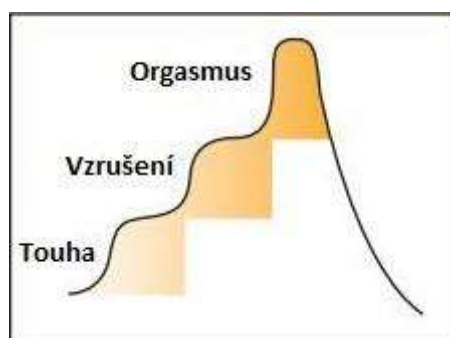
Na lineární model cyklu sexuální reakce Masterse a Johnsonové navázala Helen Singer Kaplanová (1980). Zabývala se psychoterapií a léčbou sexuálních dysfunkcí. Problémy v sexuální oblasti jsou dle Kaplanové způsobovány vnějšími vlivy a mají psychologický původ. Pastor (2016) uvádí, že je ženská sexualita více zasazena do emotivní oblasti.

¹ Definice pojmu sexuální dysfunkce: stavy, při kterých se jedinec nemůže na svém sexuálním životě podílet podle svých představ, zdroj: WHO, 1992

Kaplanová pro ženskou sexuální reakci doplnila schéma právě o psychologicko-emocionální složku, a to o sexuální touhu. Její lineární model cyklu sexuální aktivity se skládá ze tří fází: touhy, vzrušení a orgasmu.

Sexuální touha je vázána na aktuální rozpoložení, vnímání, paměť a úsudek ženy.

Sexuální touha je předpokladem a podmínkou pro sexuální vzrušení. Fázi plató popisuje podobně jako Masters a Johnsonová (1970) a orgasmus je pak dle autorky nejdůležitější částí, kdy dochází k fyzické a psychické jednotě (Kaplanová, 1980).



Obrázek číslo 3. Model cyklu sexuální reakce podle Helen Kaplanové

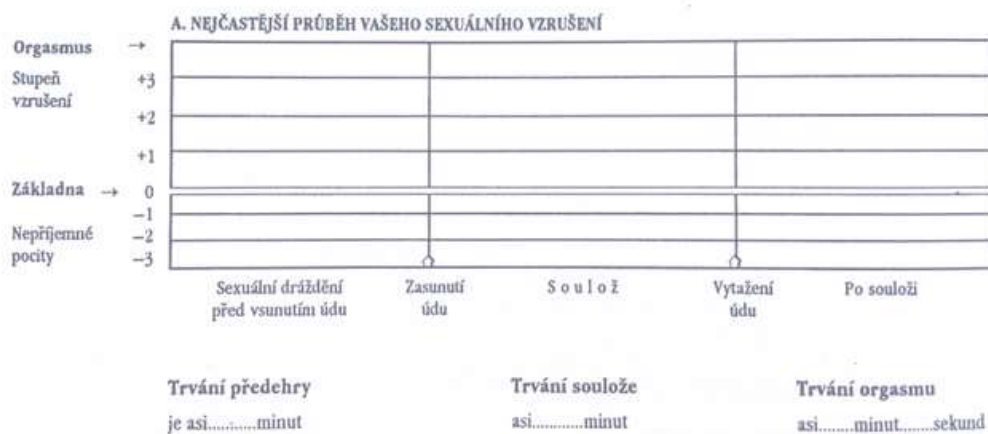
Zdroj: Krejčová, 2014

2.3 Stanislav Kratochvíl

Stanislav Kratochvíl pro zachycení průběhu sexuálního vzrušení využil v rámci svého dotazníku ohledně ženské sexuální reaktivity – SGŽ (sexuální graf ženy) – graf Hubálka a Raboča (1984), do kterého respondentky zakreslovaly křivku průběhu subjektivního sexuálního vzrušení při sexuální aktivitě s partnerem. Do grafu (Obrázek 4) ženy zaznamenávaly běžný průběh sexuálního vzrušení, do druhého (identického) grafu dále alternativní průběh sexuálního vzrušení. Kratochvílův graf je rozdělen na tři části: první třetina reprezentuje fázi před souloží, druhá fáze během ní a třetí fáze postkoitální.

Vodorovné linie vyznačují hodnoty od 0 do +3, do kterých lze zakreslit příjemné pocity, kdy vrchní linka představuje orgasmus. Směrem dolů horizontální linky představují hodnoty od 0 do -3, kam lze zaznamenat nepříjemné pocity, které žena během sexuálního cyklu prožívá. Kratochvíl doporučuje využít tuto síť pro zaznamenávání pocitů jednotlivých žen a jejich následné využití při terapeutické práci (Kratochvíl, 2003).

Získané křivky lze rozdělit do šesti typů na jednovrcholové křivky s plynulým nárůstem a ústupem vzrušení, jednovrcholové křivky s vyznačenou fází plató, křivky s výkyvy v intenzitě vzrušení, křivky s orgasmem mimo soulož, křivky s více orgasmy a křivky bez orgasmu. U zkoumaných žen se nejčastěji vyskytovala plynulá jednovrcholová křivka s pomalým nárůstem i ústupem vzrušení (Kratochvíl, 2003).

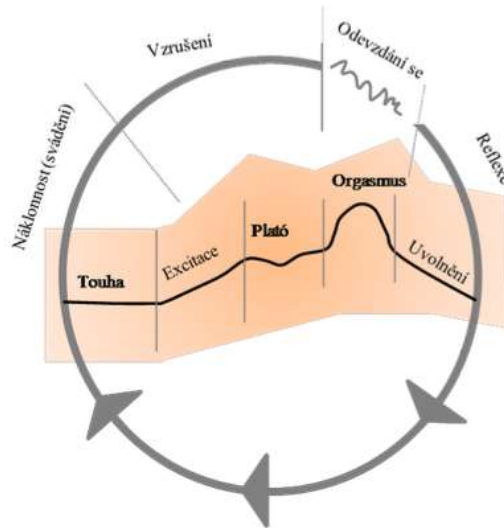


Obrázek číslo 4. Kratochvílova síť pro zaznamenání subjektivních pocitů v sexuálním cyklu ženy

Zdroj: Kratochvíl, 2003

2.4 Cirkulární model sexuální aktivity

Ne všechny ženy reagují dle lineárního modelu sexuální aktivity, který navrhli Masters a Johnsonová. S alternativním cirkulárním modelem přišli Whippleová a Brash-McGreer (1997). Tento model tvoří čtyři fáze, a to svádění, které zahrnuje touhu, pocity (vzrušení a plató), odevzdání se (orgasmus) a reflexi (uvolnění). Příjemné sexuální zážitky pak mají kladný vliv na vyhledávání dalšího sexuálního kontaktu.

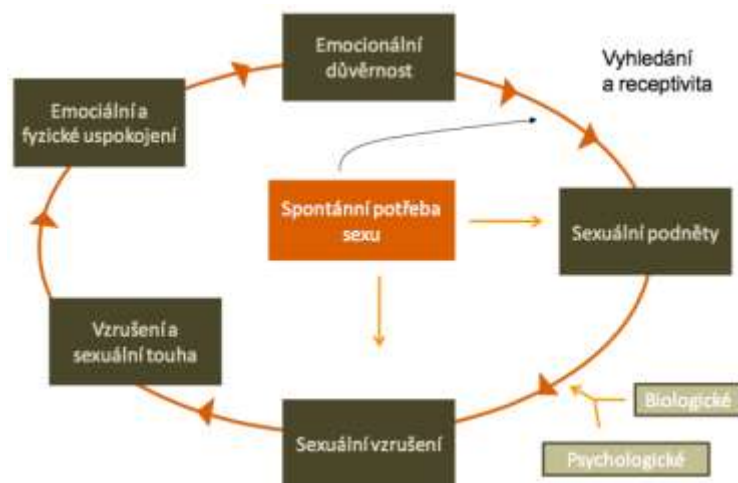


Obrázek číslo 5. Cirkulární model sexuální aktivity

Zdroj: Whipple, B, Brash-McGreer, K. 1997

2.5 Nelineární model sexuální aktivity

Dle Rosemary Bassonové (2001) vzniká ženská sexuální touha jako bezprostřední reakce na partnera, nikoli jako spontánní aktivita vlastní touhy. Její model se zakládá na poznatku, že u ženy dochází k sexuálnímu vzrušení až při kontaktu s partnerem. Bassonová ženu považuje za „sexuálně neutrální“, žena k sexu přistupuje s vědomím, že sex přijme nebo se pro něj rozhodne po sexuální předešle. Její rozhodnutí bývá ovlivněno emotivním naladěním v momentě sexuálního kontaktu. Právě emotivní komponenta má být pro ženské sexuální chování rozhodující.



Obrázek číslo 6. Nelineární model ženské sexuální reakce dle Bassonové

Zdroj: Krejčová, 2014

Rob et al., (2008) vysvětluje, že tento model cyklu sexuální reakce ženy je výsledkem proměnlivého vzájemného působení čtyř komponent, a to biologie, psychologie, sociálně kulturních vlivů a interpersonálních vztahů.

3 TĚHOTENSTVÍ

Biologicko-fyziologický cyklus „těhotenství – porod – mateřství“ zahrnuje složitý proces psychických a sociálních změn. Kromě změn hormonálních hladin dochází k výrazné změně tvaru těla, posunu hmotnosti a větší zátěži funkcí všech důležitých orgánů. Ženy prožívají celou řadu často negativních emocí. U těhotných jsou běžné stavy úzkosti, deprese, utrápenosti, náladovosti a poruchy kognitivních funkcí (Čepický a Čepická, 2004). Barrettová (2000) určuje, že depresivní symptomy v těhotenství vykazuje až 13 % žen. Faisal-Cury (2014) se ve své studii 831 žen konstatuje, že depresivní stavy v těhotenství a po porodu mají vliv na pokles sexuální touhy v tomto období. Čepický a Čepická (2004) popisují stav nazývaný benigní těhotenská encefalopatie. Jedná se o přechodný stav, který zahrnuje příznaky jako zapomětivost, dezorientaci či zmatenost a postihuje až polovinu gravidních žen. Příznaky jsou mírné, dají se kompenzovat vůlí a po porodu spontánně ustupují. Některé ženy trpí nauzeou, nechutenstvím, ospalostí, zácpou, únavou, přílišně reagují na pachy atd. Mezi sociální změny patří zpravidla ztráta statutu ekonomické soběstačnosti při nástupu na mateřskou

dovolenou. Žena bývá často závislá na muži, což může přinášet pocity nejistoty či oběti pro rodinu.

3.1 Tělesné změny u žen

Následkem hormonálních změn v těhotenství je děloha překrvená, mění svoji konzistenci, barvu a tvar (Obrázek 7). Z pánevní oblasti přechází do dutiny břišní. Její celková hmotnost se ze zhruba 60 g zvýší na 1000 g. Děložní stěna se s postupujícím těhotenstvím ztenčuje z 2 – 2,5 cm na 0,5 – 1 cm. Ve 12. týdnu těhotenství je děloha hmatatelná nad stydkou sponou, ve 20. týdnu pak dosahuje úrovně pupku. U multipar² je zvětšení břicha patrnější vlivem snížení tonu břišního svalstva následkem předchozích těhotenství.

Tlak dělohy na močový měchýř způsobuje častější močení v 1. trimestru, ve 3. trimestru pak na močový měchýř tlačí naléhající část plodu. Děložní hrdlo se v těhotenství zkracuje a změkčuje. Barva poševní sliznice se mění vlivem měštnání krve, jde o tzv.

Chadwickovo znamení a dochází k prodloužení pochvy (Roztočil a kol., 2008).

Ke změnám dochází i na mléčné žláze (Obrázek 8). Mezi nejvýraznější změny patří zvětšení prsů a zduření prsního dvorce. Výrazná bývá i žilní kresba na prsou (Masters a Johnsonová, 1970). Pigmentace dvorce tmavne, bradavka se zvětšuje. Již po 10. týdnu těhotenství se může objevovat kolostrum. Jedná se o hutnou nažloutlou tekutinu, která vytéká z bradavky po její stimulaci (Roztočil a kol. 2008).

Pigmentace kůže se vlivem aktivace melanin stimulujícího hormonu (MSH) mění.

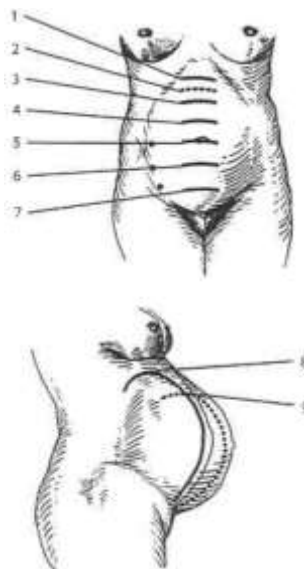
V obličeji se může tvořit tzv. těhotenská maska (*chloasma gravidarum*), kdy dochází ke ztmavnutí kůže čela a tváří. Tmavne i spojnice mezi pupíkem a stydkou sponou a tvoří tzv. *linea nigra*. Jedná se o svislou tmavou linii, která se objevuje ve 2. polovině těhotenství (Esteve, 1993).

Změny v rovnováze a pohybu jsou způsobeny zvýšenou hmotností a posunutím těžiště těla, to přechází níže. Ženy pociťují bolesti zad kvůli vyklenutí páteře. Dochází také k rozvolnění pojivové a kolagenní tkáně, čímž jsou mimo jiné uvolněny pánevní spoje. Těhotenství u ženy vyvolává hypermetabolický stav, žena musí být schopna zajistit dostatečné nutriční potřeby pro sebe i vyvíjející se plod. Přiměřený váhový přírůstek by měl činit 12 až 15 kilogramů. Některé ženy trpí nauzeou, která může a nemusí být provázena zvracením. Objevuje se zpravidla 6 týdnů po vynechání menstruace a trvá 6 až

² Vysvětlení pojmu multipara: žena, která porodila 2 a více dětí. Zdroj: Pařízek, 2015

12 týdnů, u některých žen pak přetrvává v průběhu celého těhotenství. Vzhledem k tomu, že se tento stav projevuje zejména ráno, nazývá se ranní nevolností. Může se ale vyskytnout v kteroukoli denní dobu.

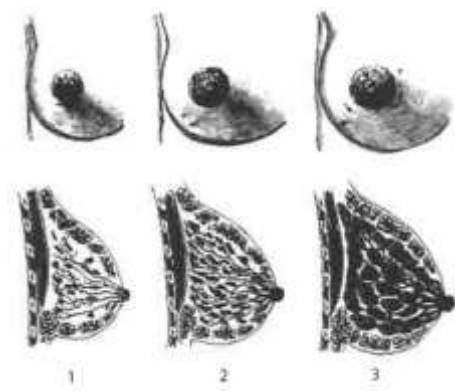
V těhotenství dochází také ke změnám kardiovaskulárního systému. Srdeční pulz se zvyšuje o 10 až 15 úderů za minutu. Krevní tlak se ve 2. trimestru snižuje a vrací k normálu s blížícím se termínem porodu. Krevní objem se v těhotenství zvyšuje o 40 až 50 %, na nejvyšší úrovni je mezi 30. a 32. týdnem těhotenství. Respirační systém je také ovlivněn. Objem hrudního koše se zvětšuje, ke konci těhotenství je bránice vytlačena směrem vzhůru o zhruba 4 cm. Kvůli tlaku na bránici některé ženy pociťují dýchací obtíže (Roztočil a kol., 2008).



1 - 36 týdnů, 2- 40 týdnů, 3- 28 týdnů, 4- 24 až 26 týdnů, 5 - 20 až 22 týdnů,
6- 16 týdnů, 7 - 12 týdnů, 8 - 36 týdnů, 9 - 40 týdnů

Obrázek číslo 7. Změny tvaru dělohy v průběhu těhotenství

Zdroj: Roztočil a kol., 2008



1 - netěhotný stav, 2 – těhotenství, 3 - laktace

Obrázek číslo 8. Změny na mléčné žláze (Roztočil a kol., 2008)

3.2 Psychické změny u žen

Těhotenství nenávratně změní život ženy. Během těhotenství je žena konfrontována řadou pocitů a myšlenek. Pocity štěstí a hrdosti, že je žena těhotná a bude mít dítě, střídají obavy z nutnosti plnit v první řadě potřeby dítěte a obavy ze ztráty nezávislosti (Bitzer a Adlerová, 2000).

Weiss a kol. (2010) uvádí, že v těhotenství stoupá potřeba podpory a pozornosti partnera. Žena snadno nabývá pocitu strachu či pocitu zanedbávání z partnerovy strany. U většiny žen se projevuje těhotenská úzkost, tento stav je způsoben psychosociálními faktory. Úzkost bývá zaměřená například na porod či zvládnutí péče o dítě. Ženy se také obávají, že se zhorší jejich ekonomická situace po narození dítěte.

Některé ženy trpí těhotenskou depresí, která má původ v hormonálních, ale i v psychosociálních změnách. Těhotenská deprese je transkulturní záležitostí.

První trimestr

V prvním trimestru je dle Čepického a Čepické (2004) úkolem těhotné ženy přijmout těhotenství. Tento proces bývá provázen různými emocemi od pocitu štěstí až po pocit zhroucení světa. Ženy také různě prožívají počáteční těhotenské obtíže, ať již se jedná o psychické, či fyzické změny. Některé ženy je považují za přirozené a snadno je přijímají, pro jiné ženy jsou jen těžko snesitelné. V době prvního trimestru některé ženy pociťují obavy, aby například nepotratily či neonemocněly a neublížily tak dítěti.

Roztočil a kol. (2008) dodává, že v 1. trimestru je žena více orientována na sebe, stává se introvertní a pozoruje své tělo. Rozladěnost, nejistota a náladovost jsou typickými afekty. V prvním trimestru ženy často trpí zvýšenou únavou.

Druhý trimestr

Čepický a Čepická (2004) popisují 2. trimestru jako psychologicky nejstabilnější část těhotenství. Žena již cítí pohyby dítěte, což jí napomáhá přijetí pocitu, že dítě má od ní oddělenou individualitu. Dle Roztočila a kol. (2008) ženy začínají vnímat pohyby plodu zhruba v 18. týdnu těhotenství, prvorodičky později, až zhruba ve 20. týdnu těhotenství. Žena začíná s dítětem komunikovat a těší se na něj. I toto období provází mnoho obav, mezi které například patří obavy o zdraví dítěte. Fyzický vzhled se v tomto období výrazně mění, některé ženy tyto změny přijímají kladně, jiné si připadají neatraktivní a obávají se, že se partnerovi nebudou líbit (Čepický a Čepická, 2004).

Třetí trimestr

Dle Roztočila a kol. (2008) je úkolem ženy ve 3. trimestru příprava na porod a existenci jejího dítěte mimo její tělo. Ženy v tomto období tzv. staví hnízdo.

Mezi nejčastější obavy 3. trimestru Čepický a Čepická (2004) řadí obavy o zvládnutí porodu a péče o dítě, nebo zda žena zvládne kojení. Časté jsou i obavy a úzkosti z úmrtí matky či dítěte při porodu. V tomto období roste fyzické nepohodlí ženy a zároveň chuť mít své dítě již u sebe. Myšlenka diferenciaci a individualizaci dítěte od ní samé bývá v této fázi těhotenství již přijata.

3.3 Hormonální změny v těhotenství

Hormon hCG (lidský choriový gonadotropin) je detekovatelný v moči těhotných ve třetím týdnu těhotenství. Jeho produkce rapidně narůstá, maxima dosahuje do 90. dne po početí, poté se jeho produkce snižuje. Do sedmi dnů po porodu plodu a placenty přestává být vylučován močí. Choriový gonadotropin stimuluje žluté tělísko, aby nezaniklo. Žluté tělísko se zvětšuje a stupňuje se i jeho tvorba progesteronu a estrogenů. Poté, co je dokončena výstavba placenty, tvorba hCG klesá, žluté tělísko zaniká a estrogeny a gestageny začne produkovat placenta.

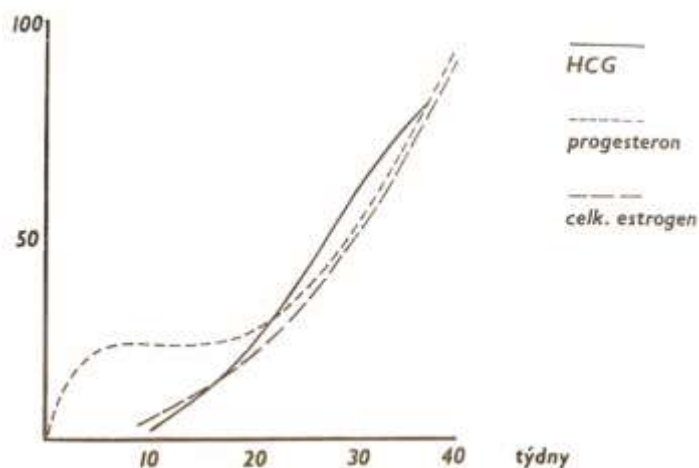
Produkce lidského placentárního laktogenu (hPL) stoupá až do porodu. Je to hormon blízký hypofyzárnímu růstovému hormonu (HGH). Má vliv na růst plodu, ovlivňuje růst

mléčných žláz a stimuluje tvorbu mléka. Působí na zejména bílkovinný metabolismus plodu. Sledováním hladiny hPL lze posoudit funkci placenty. Lidský placentární laktogen brzy po porodu z krve ženy mizí.

Brzy po početí lze detekovat estrogeny, a to estron, estradiol a estriol. Estriol se vyskytuje jen u člověka, u jiných savců není zjištěn. Vysoká hladina estrogenů zajišťuje udržení těhotenství tak, že jsou utlumeny vaječníky stimulující hypofyzární gonadotropiny, další vajíčko nedozrává a nedochází k menstruačnímu cyklu. Tvorba estrogenů se zvyšuje až do porodu. Na počátku těhotenství jsou estrogeny tvořeny převážně žlutým tělískem, zhruba od 3. měsíce od početí jsou produkovány placentou. Náhlý pokles množství estrogenů v moči signalizuje nebezpečí hrozící plodu. Estron a estriol mají vliv na růst dělohy a (spolu s progesteronem) na růst mléčných žláz (Pařízek, 2015). Estrogeny (konkrétně 17-beta estradiol) působí také na změnu distribuce tuku v těle, na trávicí, vodní a minerální metabolismus, má vliv na cévní a hematologické změny a stimuluje produkci melanin stimulujícího hormonu (MSH), který vyvolává změny pigmentace na kůži těhotné (Roztočil a kol., 2008).

Progesteron je tvořen ve žlutém tělísku, od 8. týdne po početí se s tvorbou přidává i placenta. Od konce 3. měsíce těhotenství je progesteron tvořen výhradně placentou a jeho produkce roste až do porodu. Progesteron snižuje tonus (základní napětí) a reaktivitu děložního svalu. Ovlivňuje i mléčnou žlázu, kde podněcuje růst žlázových lalůčků (Pařízek, 2015). Progesteron také mimo jiné stimuluje syntézu testosteronu ve varlatech u plodu mužského pohlaví. Tento hormon je také nezbytný při procesu uhníždění oplozeného vajíčka nebo například zvyšuje ukládání tuků (Roztočil a kol., 2008).

V těhotenství se také zvyšuje tvorba oxytocinu, tento hormon řídí průběh porodu, ejekci mléka, ale také orgasmus (Weiss a kol., 2010). Oxytocin byl původně považován za čistě ženský hormon, je ale přítomen v těle, ženy, muže i dítěte. Oxytocin podněcuje libé pocity a má zásadní vliv na vývoj emočního pouta mezi rodičem a dítětem (Feldmanová, 2007). Redukuje stress, navozuje psychický klid a pocit bezpečí. Je vylučován při porodu, zesiluje stahy dělohy a působí na dilataci děložního hrdla. Dále k jeho vylučování dochází při stimulaci prsních bradavek matky novorozencem, čímž je usnadněna ejekce mléka. Kojení je doprovázeno příjemnými pocity. U muže je vylučování oxytocinu aktivováno taktilní stimulací kůže, tedy například doteky a mazlením s dítětem (Uvnäs-Mobergová, 2005).



Obrázek číslo 9. Hormonální hladiny v těhotenství

Zdroj: Zvěřina, 2003

3.4 Psychické a tělesné změny u muže

Pokud muž není začleněn do dění okolo těhotenství, porodu a následné péče o dítě, může trpět negativními pocity. Čepický a Čepická (2004) uvádějí, že si muž může připadat zbytečný, závidět mateřské schopnosti ženě nebo žárlit na dítě.

Až u zhruba pětiny mužů se v období těhotenství jejich partnerky projevují i fyzické příznaky těhotenství, jedná se o takzvaný syndrom *couvade*³. Mezi tyto příznaky patří například váhový přírůstek muže, různé zažívací obtíže nebo bolesti zubů.

Tyto příznaky dle Roztočila a kol. (2008) obvykle začínají ve 3. až 4. měsíci těhotenství partnerky, postupně klesají až do doby zhruba 2 měsíců před porodem, kdy zase mnohdy zesílí. Pravděpodobně jde o „*somatické vyjádření úzkosti*“ (Roztočil a kol., 2008, str. 104).

4 SEXUALITA V DOBĚ TĚHOTENSTVÍ

Masters a Johnsonová (1970) uvádějí, že sexuální aktivita u všech jimi pozorovaných žen mírně klesá v 1. trimestru, ve 2. se značně zvyšuje a v této tendenci pokračuje do 3. trimestru. Podobné výsledky vykazuje výzkum Falicovové (1973), která u 19 zkoumaných žen zjistila pokles sexuální touhy v 1. trimestru těhotenství, poté postupný

³ Z francouzštiny – *couver* = hnízdit

nárůst sexuální touhy ve 2. a 3. trimestru. Vzorek žen, který Masters a Johnsonová a následně Falicovová zkoumali, byl však velmi malý. Takto jednoznačně pozitivní výsledky další studie nepotvrzují. Naopak, většina zdrojů uvádí, že sexuální aktivita mírně klesá v prvním trimestru, je značně variabilní v trimestru druhém a ve třetím trimestru její četnost rapidně klesá (Bogren, 1991; Byrd, 1996; Von Sydow, 1999; Pastor, 2007; Pauls a kol, 2008; Brtnička a kol., 2009, Weiss a kol. 2010 aj.). Výjimečné není ale ani to, že u některých žen je sexuální touha značně zvýšená podobně jako vyzkoumali Masters a Johnsonová. Brtnička a kol. (2009) uvádí, že tento jev platí pro až 37 % žen. Leiteová (2009) nabízí zajímavé srovnání mezi dospělými ženami a ženami mladšími 18 let. Mladší ženy trpěly poklesem sexuální touhy a spokojenosti v menší míře.

4.1 Sexuální cyklus ženy v těhotenství

Masters a Johnsonová zkoumaly sexualitu v těhotenství u 101 žen, a to formou dotazníků v období 3 měsíců po narození dítěte. Spolupracovalo s nimi i 79 partnerů těchto žen. Šest žen se podílelo i na fyziologickém výzkumu v průběhu všech tří trimestrů. Se dvěma z těchto žen spolupracovali již před těhotenstvím a získaná data srovnali s výsledky z období před otěhotněním. Změny pak posuzovali v rámci čtyř zmíněných fází. Ženy, se kterými Masters a Johnsonová spolupracovali, pozorovaly extrémní úroveň vzrušivosti, která pokračovala až do 3. trimestru.

Fáze excitace v těhotenství

V těhotenství jsou pánevní orgány ženy značně prokrveny. Při sexuálním dráždění se cévní městnání v pánevní oblasti ještě výrazně zvyšuje. U žen, které doposud nerodily, Masters a Johnsonová (1970) nepozorovali v 1. trimestru těhotenství výrazné změny oproti době před otěhotněním, avšak u multipar shledali výrazné zvětšení vnějšího genitálu. Ve třetím trimestru jsou změny v této oblasti při sexuálním dráždění jen těžko pozorovatelné kvůli ještě výraznějšímu prokrvení genitálu. Od konce 1. trimestru bylo pozorováno rychlejší vaginální zvlhčení a docházelo k němu ve větší míře. Vzhledem k tomu, že Masters a Johnsonová se dvěma z 6 zkoumaných těhotných žen spolupracovali již před otěhotněním, bylo možné výsledky porovnat.

Fáze plató v těhotenství

Ve fázi plató se u těhotných i netěhotných žen objevuje změna zabarvení malých pysků. Při účinném sexuálním drážděním dochází k mnohem výraznějšímu krevnímu měštnání ve vagíně, než je tomu u netěhotných žen.

Orgasmus v těhotenství

Masters a Johnsonová uvádějí, že orgastické stahy jsou u těhotných žen pozorovatelné v 1. a ve 2. trimestru. Ve 3. trimestru těhotenství je krevní měštnání v oblasti genitálu tak výrazné, že orgastické změny jsou pozorovatelné jen minimálně, byť ženy orgasmus subjektivně prožívají. Zvláště v posledních týdnech těhotenství pozorovali Masters a Johnsonová při orgasmu žen déle trvající křeč dělohy místo jejich pravidelných stahů. Orgasmus v těhotenství je někdy vnímán až bolestivě. Dle Weisse a kol. (2010) může tato bolest vyvolat obavy o těhotenství. V třetím trimestru bývají po orgasmu pozorovány stahy dělohy po dobu jedné minuty. Někdy děložní aktivita trvá i třicet minut. Na orgastické stahy může plod reagovat dočasnou bradykardií (zpomalením tepové frekvence). Dle Masterse a Johnsonové (1970) je tato reakce přechodného charakteru a jiný vliv na plod nebyl zaznamenán. Dle Brtničky a kol. jsou tyto orgastické stahy způsobeny reaktivitou dělohy na oxytocin, který je produkován během sexuálního dráždění a zejména pak během orgasmu. Tyto post-orgastické stahy mohou být pro ženu nepříjemné (Brtnička a kol., 2009).

Fáze uvolnění v těhotenství

Fyziologická reakce ve fázi uvolnění je výrazně odlišná od fáze uvolnění u netěhotných žen. Cévní měštnání v pánevní oblasti totiž po prožitém orgasmu neustupuje úplně. Prokrvení pánevní oblasti po orgasmu je uvolňováno tím méně, čím je těhotenství pokročilejší. U žen, které ještě nerodily, Masters a Johnsonová (1970) pozorovali, že cévní měštnání, které se vyvinulo vlivem sexuálního dráždění, přetrvává 10 až 15 minut. U multipar toto prokrvení ustupuje po 30 až 45 minutách. Intenzita prožitého orgasmu nemá na ustoupení prokrvenosti oblasti pánve vliv. Přetrvávající prokrvení této oblasti může být ženou vnímáno jako pokračující sexuální dráždění. Všechny pozorované ženy vnímaly, že prožitý orgasmus, ať byl jakkoli intenzivní nebo subjektivně uspokojující, neuvolnil jejich sexuální podráždění na delší dobu. Právě přetrvávajícímu prokrvení pánevní oblasti i po prožitém orgasmu Masters a Johnsonová připisovali zvýšenou úroveň sexuálního podráždění žen ve 2. a 3. trimestru těhotenství.

4.2 Vnímání sexuálních prožitků v průběhu těhotenství u žen

Masters a Johnsonová (1970) u pozorovaných žen zaznamenali „výrazné zesílení sexuálního pudu“ (str. 140), které se projevovalo zvýšenou touhou a výbušnými orgastickými reakcemi, a to zejména v 2. trimestru. Čtyři ženy z 6 pozorovaných, dosahovaly mnohačetných orgasmů, z čehož dvě měly tuto zkušenost i před otěhotněním (Masters a Johnson, 1970). Některé zdroje uvádí, že zvýšení sexuální touhy v období těhotenství vnímá až 37 % (Pastor, 2007; Brtnička a kol., 2009).

Von Sydowová (1999) shrnuje závěry 59 anglicky a německy psaných studií, které se týkají sexuality v těhotenství a období po porodu.

Mezi její závěry patří zjištění, že zájem žen o sex se v prvním trimestru nemění, nebo jen mírně klesá, je velmi variabilní v 2. trimestru a ve třetím trimestru prudce klesá. V období 3 až 4 měsíců po porodu jeví ženy zájem o sex v porovnání méně, než tomu bylo před otěhotněním. V těhotenství a po porodu jsou ženy často motivovány k pohlavnímu styku obavami o sexuální spokojenost partnera (von Sydow, 1999).

Dle Brtničky a kol (2009) se sexuální preference v období těhotenství nemění, i když ve třetím trimestru klesá frekvence pohlavního styku a ženy mají oproti stavu před otěhotněním menší zájem o sex ještě 3 měsíce po porodu. I Brtnička a kol. shledává, že pohlavní styk bývá často u žen v době těhotenství a po porodu motivován snahou sexuálně uspokojit partnera a zajistit si tak jeho věrnost.

Dle von Sydowové (1999) 80 % žen vnímá pohlavní styk v období před otěhotněním jako příjemný. V 1. trimestru je tomu tak ve zhruba 60 %, v 2. trimestru až v 85 % případů a ve třetím trimestru ve 40 % případů. Obdobná data, která by se týkala mužů, nejsou v době publikace přehledové studie von Sydowové známa. V prvním roce po porodu jsou dle hodnocených studií se svým sexuálním životem ženy spokojeny ve zhruba 50 % případů, 30 % dotázaných žen je spokojeno částečně a 20 % je zcela nespokojených.

Von Sydowová a kol. (2001) v rámci své dlouhodobé studie vyvinula dotazník SPQ – „Sexual preferences questionnaire“, který hodnotí sexuální aktivitu v době těhotenství a spokojenost se sexuálním životem. Na vyplňování SPQ dotazníku se podílelo 30 německých párů. Kromě pohlavního styku tento dotazník zkoumá celou řadu sexuálních aktivit, například líbání, masturbaci, manuální stimulaci partnera, orální sex aj.

Z tohoto výzkumu mimo jiné vyplývá, že ve 2. trimestru se u žen mírně zvyšuje četnost masturbace. V období tří měsíců po porodu pak klesá na téměř nulovou úroveň a po tomto období se zase postupně zvyšuje (von Sydow a kol., 2001).

Sexuální život je těhotenstvím omezen, ženy ale potřebují citový a fyzický kontakt se svým partnerem. Malarewiczová (2006) na změny v sexuálním prožitku v období těhotenství spatřuje výzvu k tomu, aby partneři našli místo koitu nové způsoby uspokojení své sexuální touhy. Sexuální spokojenost zlepšuje sebeúctu ženy a pouto mezi partnery.

4.3 Vnímání sexuálních prožitků mužů v průběhu těhotenství partnerky

Sexuální zájem o těhotnou partnerku se v první polovině gravidity nemění, v třetím trimestru však výrazně klesá. Weiss a kol. (2010) jako důvod uvádí menší sexuální přitažlivost ženy a obavy o poškození plodu. Tyto obavy vedou až k sexuální abstinenci a v tomto období také stoupá výskyt mimomanželských vztahů.

Dle von Sydowové (1999) se zájem mužů o sex nemění zhruba do konce 2. trimestru, kdy ale prudce klesá. Muži, spíše než ženy, mají menší zájem o sex poté, co se dítě narodí. Z výsledků studie von Sydowové a kol. (2001), kterou jsem zmínila dříve, také vyplývá, že frekvence masturbace u mužů je v průběhu těhotenství jejich partnerky relativně konstantní. Z jiné studie von Sydowové (2002) vyplývá, že muži pohlavní styk považují za nejvíce uspokojivou formu sexuální aktivity.

Dle Bogrena (1991) pokles sexuální touhy v těhotenství přímo souvisí se snížením sexuální aktivity, jejíž frekvence má pak přímý vliv na míru sexuální spokojenosti. U žen se pokles sexuální touhy projevoval v určité míře po celou dobu těhotenství, nejvíce však ve třetím trimestru. U mužů tomu tak bylo téměř výlučně ve 3. trimestru těhotenství partnerky. Radošová a kol. (2015) zkoumala sexuální touhu, frekvenci sexuálního kontaktu a spokojenost v partnerském vztahu pouze u mužů, jejichž partnerky byly ve 3. trimestru těhotenství. Ze 140 oslovených mužů dotazníkový výzkum dokončilo 105 z nich v průměrném věku 30 let. Dle jejího výzkumu muži nepocítují tak zásadní pokles libida, jako je tomu u žen. Přestože z výzkumu Radošové a kol. vyplývá, že 30 % dotazovaných uvedlo, že četnost pohlavních styků v pokročilejším stádiu těhotenství partnerky klesla, tito muži subjektivně vnímali svůj sexuální život jako spokojený až v polovině případů. Radošová a kol. oproti tvrzení Bogrena (1991) uvádí, že sexuální spokojenost je ovlivněna spíše nesexuálními aspekty partnerského vztahu, zejména pak pocitem blízkosti k druhému. Radošová a kol. ale uvádí, že toto zjištění může být dáno i volbou výzkumného vzorku. Nábor vzorku pro tento výzkum se totiž uskutečnil na prenatální klinice, kam muži doprovázeli své těhotné partnerky na vyšetření. Z toho se dá

usuzovat, že tito muži se svou partnerkou její těhotenství sdíleli intenzivněji a ve vztahu byli více oddanými partnery v porovnání s ostatními muži, kteří své partnerky na kliniku na vyšetření nedoprovázeli.

4.4 Nejčastější obavy v oblasti sexuality v průběhu těhotenství

„Ve fyziologicky probíhající graviditě neexistuje žádný racionální důvod v době od početí do dne porodu k zákazu provozování sexu, jestliže je s ním žena svolná a nepůsobí jí žádné problémy“ (Weiss a kol. 2010, str. 205). Sexuální praktiky není nutné u

„normálně“ probíhajícího těhotenství omezovat, pokud je pro ženu sex uspokojivý a nezpůsobuje jí nepříjemné pocity či komplikace. Může se jednat o kontrakce, krvácení, strach z potratu či předčasného porodu. Zvláště ženy, které prodělaly předčasný porod nebo potrat (zejména opakovaně), mají zvýšené obavy o své těhotenství a sexu se vyhýbají. Spontánní potrat či jiné předčasné ukončení těhotenství zpravidla představuje pro pár závažnou životní situaci, která má vliv na jejich partnerský a sexuální život.

Situace bývá často komplikována sebeobviňováním ženy a pocity vlastní nedokonalosti či neschopnosti donosit a porodit zdravé dítě. Mezi stavy v těhotenství, při kterých jsou doporučena zvláštní omezení, nebo se sexuální aktivita nedoporučuje, patří vaginální krvácení různého původu (např. krvácení z dělohy při těhotenské patologii, kontaktně krvácející deciduální polyp děložního hrdla), dále předčasná děložní aktivita, včestné lůžko typu placenta praevia centralis (jde o stav, kdy jsou porodní cesty zcela uzavřeny placentou), symptomy zánětlivého vaginálního onemocnění či pohlavně přenosná choroba jednoho z partnerů. Dále Weiss zahrnuje situace a stavy, kdy sex působí ženě nepříjemné pocity či vážné psychické problémy (Weiss a kol., 2010).

Pauleta (2010) dokonce hovoří o strachu z pohlavního styku, který dle jejího výzkumu pocívalo ve 3. trimestru těhotenství 23 % žen z 88 dotazovaných.

Pastor (2007) dodává, že nechuť k sexu v období těhotenství bývá častější u úzkostlivých žen. Pokud však těhotná žena sex odmítá, aniž by pro to existoval racionální důvod, její přání je nutné respektovat.

4.4.1 Obavy z předčasného porodu či potratu

Téměř polovina žen, které se účastnily výzkumu Bartelase a kol. (2000), se obávala předčasného porodu vlivem sexuální aktivity v těhotenství.

Weiss a kol. (2010) uvádí, že nejčastější příčinou spontánního potratu v 1. trimestru jsou vady zárodku zejména genetického původu, které žena nemůže nijak ovlivnit. Tyto nezmary mají negativní vliv na sexuální život partnerů a způsobují například odmítání sexu, odmítání partnera, negativní vztah ke svému tělu či ženské sexuální dysfunkce. Readová (2004) upozorňuje, že ženy, které prodělaly potrat, nebo se jejich dítě narodilo mrtvé, bývají velmi úzkostlivé a potřebují významně větší podporu a ujištění. Dle Weisse sterilita či infertilita bývají často příčinou partnerského a sexuálního nesouladu či rozchodu. Tato problematika však přesahuje mé téma.

4.4.2 Obavy o zdraví ženy a dítěte

Strach o zdraví dítěte je jedním z nejčastějších důvodů, proč se páry sexu v těhotenství vyhýbají, nebo jej omezují. Obavy, že sexuální aktivitou bude plod ohrožen, pociťuje až polovina žen a zhruba čtvrtina mužů. Muži se také obávají, že kromě plodu mohou ublížit i své těhotné partnerce (von Sydow, 1999). Dle Radošové a kol. (2015) strach z ublížení matce či dítěti pociťuje dokonce až 80 % mužů. Tento strach ale nemá zásadní vliv na spokojenost se sexuálním životem mužů v době těhotenství partnerky.

4.4.3 Otázka body image⁴

Některé ženy se v průběhu těhotenství necítí být přitažlivé a žádané, jiné ženy si díky svému vlnadnému tělu připadají více sexy (Readová, 2004).

Čtvrtina až polovina žen, které se účastnily studií, které do své přehledové studie z roku 1999 zahrnuje Von Sydowová, se cítí být v těhotenství méně atraktivní. Jen 12 % žen uvádí, že se naopak cítí být atraktivnější, než tomu bylo před otěhotněním. Váhový přírůstek do několika měsíců po porodu mizí u většiny žen, ovšem zhruba 7 % matek i rok po porodu váží o minimálně 5 kilogramů více, než vážili před otěhotněním.

Paulsová a kol. (2008) se ve svém prospektivním výzkumu zaměřila na to, jak těhotenství ovlivňuje ženskou sexualitu a body image ženy. Ze 113 žen, které se na výzkumu podílelo, dokončilo všechny fáze výzkumu 63 z nich. Data byla sbírána v 1. a 3. trimestru těhotenství a půl roku po porodu. Dle výzkumu Paulsové a kol. se body image žen v průběhu těhotenství příliš nemění, ovšem po porodu se výrazně zhoršuje. Tyto ženy se

⁴ Význam termínu body image: Subjektivní představa o vzhledu vlastního těla. Zdroj: Oxford dictionaries, dostupné online: https://en.oxforddictionaries.com/definition/us/body_image. (Volně přeloženo z angličtiny)

subjektivně cítily být pro svého partnera neatraktivní. Zhoršení body image však nekorelovalo se změnou váhy, která se v této době u většiny žen vrátila do stavu z období 1. trimestru. Paulsová a kol. upozorňuje na to, že fakt, že některé ženy svůj vzhled více vnímají a dělají si se vzhledem starosti, může mít dopad na jejich sexuální život.

Cash a Smolaková (2002) ve své knize „*Body image: a handbook of science, practice, and prevention*“ uvádí, že ženy i muži, kteří více vnímají vzhled svého těla během sexuální aktivity s partnerem, častěji trpí problémy v sexuální oblasti a sex si méně užívají.

Ve výzkumu Radošové a kol. (2015) muži mimo již výše zmíněné obavy uvádějí, že se pohlavnímu styku vyhýbali také z důvodu změny vzhledu partnerky, a to až ve 30 % případů.

4.5 Otázka informovanosti

Po staletí bylo těhotné ženské tělo spojováno s plodností, naplněním, hojností a bohatstvím. V naší kultuře je sexuální projev během těhotenství tabuizován a objevuje se okolo něj mnoho mýtů a dezinformací (Readová, 2004).

Dle Allenové (2007) pozitivní nekritizující přístup a odborný způsob komunikace napomáhá partnerům přijmout změny ve fungování ženského těla v těhotenství. Tím je následně podpořena blízkost a vzájemná podpora partnerů v rámci vztahu. Mezi běžné obavy Allenová zahrnuje ty již výše diskutované a konstatuje, že když jsou správně konzultovány, obavy se nemusí vyvinout v reálný problém.

Von Sydowová (1999) určuje, že gynekolog se ženou nehovoří o problematice sexu v těhotenství v téměř 70 % případů. Ve 27 % je ženám doporučeno vyhnout se pohlavnímu styku nebo jej omezit (obdobným doporučením se ale řídí jen 10 % párů). Více než třetina párů se řídí doporučením vyhnout se pohlavnímu styku v období šestinedělí.

I z výzkumu Bartellase a kol. (2000) vyplývá, že jen 30 % žen hovoří o sexuálním životě v těhotenství se svým lékařem. Polovina z těchto žen hovor na toto téma zahájila, z čehož třetině to bylo nepříjemné. Ženy, které s lékařem na toto téma nehovořily, zastávaly v téměř 80 % názor, že je to potřeba.

Paulsová a kol. (2008) konstatuje, že změny v sexuální oblasti v období těhotenství a po porodu by měl lékař konzultovat s pacientkou i jejím partnerem. Otevřená konverzace na

toto téma má kladný vliv na intimní život partnerů a prokazatelně pomáhá snižovat citové vypětí.

Vzhledem k tomu, že těhotenství a poporodní období jsou pro vznik nebo zhoršení sexuálních problémů kritické, Bitzer a Adlerová (2000) navrhuje spojit prenatální a postnatální péči s péčí o sexuální zdraví, aby byly případné problémy včas odhaleny a efektivně řešeny.

Barrettová (1994) konstatuje, že postnatální péče se orientuje spíše na zdraví dítěte a lékaři případné problémy žen běžně nekonzultují. Navíc ohledně sexuálního zdraví ženy nemusí být dostatečně informovány.

I Brtnička a kol. (2009) konstatuje, že ženy jsou během prenatální a postnatální péče málo informovány o sexuální problematice, přestože většina gynekologů má pocit, že s ženou probrali případné sexuální potíže dostatečně. Brtnička a kol. navrhuje, aby byla sexuální problematika se ženami řešena 3 měsíce po porodu, protože při rutinní prohlídce po skončení šestinedělí mnoho žen ještě nemělo se svým partnerem pohlavní styk. Ovšem v době tří měsíců po porodu měly ženy pohlavní styk s partnerem až v 90 % případů.

5 POROD⁵

V této kapitole zmiňuji fyziologický porod, fyziologický porod s nástřihem hráze či tržnými poraněními a porod císařským řezem.

Fyziologickým porodem se rozumí dle Pařízka (2015) přirozený porod, tedy proces, kdy dítě opouští dělohu a přichází na svět přirozenou cestou. Epiziotomie je operativní úkon, kdy dochází k nastřížení hráze, tedy kožní a svalové tkáně mezi pochvou a konečníkem. Císařský řez, sectio caesarea je porod dítěte po operačním otevření stěny břišní a dělohy. Averyová a kol. (2000) konstatuje, že narození dítěte přináší mnohé změny. Rodiče dítěte mají méně času, energie a spánku. V neposlední řadě se mění i jejich rodinné role. Tyto faktory společně s hormonálními změnami a fyzickými poporodními problémy žen ovlivňují sexuální a partnerský vztah ženy a muže.

⁵ Pozn. Mnou sledované studie se zabývají jen případy, kdy se dítě narodilo živé nebo jejich autoři neuvádějí jinak.

5.1 Vliv formy porodu na sexualitu

Yeniell a Petri (2012) se ve své přehledové studii zaměřili na dostupnou literaturu, která pojednává o vlivu těhotenství a způsobu porodu na sexuální život v poporodním období. Dostupná spolehlivá data ohledně vztahu mezi formou porodu a poporodními sexuálními dysfunkcemi autoři přehledové studie považují za velmi heterogenní a nejasná.

Konstatují, že v posledních dvou dekadách roste zájem o porod císařským řezem, a to ve světovém měřítku. Tento trend může být částečně způsoben i tím, že se ženy obávají, že vaginální porod a případné následné poškození pánevního dna negativně ovlivní jejich sexuální život. Dle autorů žádná z dostupných studií neprokazuje, že by ženám, které rodily císařským řezem, sexuální dysfunkce po porodu nehrozily.

Mezi sexuální dysfunkce po porodu patří zejména dyspareunie⁶ a bolest v oblasti hráze. Bolest hráze pociťuje až 92 % žen po porodu, po dvou měsících však tato bolest zpravidla ustupuje. Dyspareunie bývá spojována s nástřihem hráze a tržnými poraněními na hrázi. Mezi sexuální dysfunkce patří také poruchy touhy, poruchy vzrušení a poruchy orgasmu (Rosen, 2000). Pastor (2016) dodává, že se absence orgasmu u žen jako porucha nehodnotí, neboť není v rámci psychosexuální odezvy u žen tak pevně fixována. Za poruchu je považován pouze dysfunkční orgasmus. Jedná se o stav, kdy i přes vysoký stupeň sexuálního vzrušení nedojde k orgasmu, jeho intenzita je výrazně slabší, nebo je orgasmus podstatně opožděn při jakémkoliv druhu stimulace.

Gungor a kol. (2007) se věnuje vlivu vaginálního porodu versus porodu císařským řezem na sexuální spokojenost. Dle jeho výzkumu byly ženy po porodu císařským řezem se svým sexuálním životem spokojenější než ženy, které rodily vaginálně. Rozdíl však nebyl významný. Gungor a kol. konstatuje, že vliv formy porodu nelze posuzovat ve vztahu k sexuální spokojenosti odděleně od jiných ukazatelů, do kterých zahrnuje sociodemografické údaje či charakteristiky partnerského vztahu.

Yildiz (2013) sledoval vztah mezi přítomností sexuálních dysfunkcí u žen před otěhotněním, během těhotenství a po porodu. Z jeho výzkumu vyplývá, že ženy, které trpěly sexuálními dysfunkcemi před otěhotněním, jimi trpí nadále i v těhotenství a že se po porodu u většiny z nich ještě výrazně zhoršily.

Byrd et al. (1998) vedl výzkum sexuality během těhotenství a v průběhu jednoho roku po porodu. Pracoval se vzorkem 570 žen a 550 mužů z Wisconsinu v době 5. měsíce

⁶ Význam termínu dyspareunie: Opakující se nebo trvalá bolest spojená se sexuálním stykem (Weiss a kol., 2010).

těhotenství, následně pak 1 a 4 měsíce a jeden rok po porodu. Nábor vzorku neprobíhal primárně za tímto účelem a Byrd se pokusil o nábor co nejvíce heterogenního vzorku. Byrd et al. dochází k závěru, že ženy, které rodily vaginálně stejně tak jako ty, které rodily císařským řezem, se k jistým formám sexuální aktivity vrací zhruba ve stejnou dobu. Konkrétně k pohlavnímu styku však u žen, které rodily vaginálně, dochází po porodu později. Ke stejnému závěru došla i von Sydowová (1999).

Yeniell a Petri (2012) uvádí, že ženy, které rodily císařským řezem, mají pevnější vaginální tonus, neshledávají však, že by tento fakt měl vliv na sexuální spokojenost ženy. Sexuální spokojenost je dle autorů nejvíce ovlivněna intenzitou prožívané rozkoše při sexuální aktivitě a s formou porodu nesouvisí.

5.2 Přítomnost otce při porodu

V období před porodem, během něj a v době šestinedělí žena vyhledává psychickou podporu otce dítěte a jiných blízkých osob. Dříve ženy rodily většinou v rámci komunity se zkušenými ženami. Postupně se porody přesunuly do porodnic, kde je přítomnost otce při porodu podporována zhruba od 70. let. V oblasti západní Evropy je v současné době otec přítomen u porodu ve zhruba 90 % případů. U nás byl tento trend zaveden v 90. letech 20. století a muži se porodů účastní ve zhruba 50 % (Roztočil a kol., 2008).

Mezi klady Roztočil a kol. zahrnuje to, že otec přispívá svou přítomností ke zvládnutí stresových situací, přispívá k urychlení patologických porodů a napomáhá ženě k lepšímu zvládnutí bolesti. Otcové, kteří si přáli být přítomni porodu, a nebylo jim to umožněno, udávají pocity úzkosti či bezmoci. Dle Roztočila a kol. má přítomnost otce u porodu i kladný vliv na pozdější vztah mezi otcem a dítětem. Naopak domnělá rizika přítomnosti otce u porodu nebyla potvrzena. Negativní vliv přítomnosti otce u porodu na pozdější sexualitu neshledala ani von Sydowová (1999).

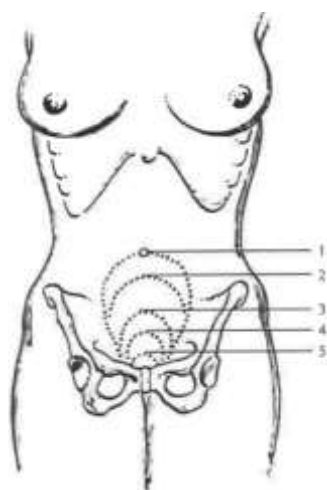
Pastor (2007) zastává názor, že přítomnost otce u porodu je žádoucí, souhlasí-li s tím oba partneři. Uvádí, že někteří muži tuto zkušenost absolvují spíše na přání partnerky, což považuje za nežádoucí. Doporučuje, aby muž, který je porodu přítomen, nesledoval detailně genitál partnerky, neboť právě tato zkušenost se může do sexuálního života partnerů promítnout negativně.

6 OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ

Období šestinedělí začíná bezprostředně po porodu (někdy je jako začátek uváděna 4. doba porodní, tedy porození placenty) a končí po zhruba šesti týdnech od porodu. K šestinedělí se vážou specifické tělesné i psychické změny. Většina fyziologických funkcí ženy se v tomto období vrací do normálního stavu. Přetrvávají pouze kardiovaskulární a případné psychické změny (Roztočil a kol., 2008).

6.1 Psychika ženy v období šestinedělí

Puerperium je provázeno četnými psychosomatickými změnami. Mnohé ženy období šestinedělí zvládají bez problémů a nevybočují od psychologie netěhotných žen. Tyto ženy dobře zvládají roli matky a zažívají pocity štěstí a spokojenosti. Jiné trpí tzv. poporodním blues, případně poporodní depresí či psychózou (Roztočil a kol., 2008). K somatickým obtížím spojeným s obdobím šestinedělí patří například bolesti hlavy či bolesti zad. Po porodu císařským řezem se objevuje takovýchto příznaků více, ženy se častěji cítí neschopny postarat se o dítě, jsou více soustředěny samy na sebe, u některých žen se objevují i pocity viny z toho, že neporodily normálně a nesplnily tak sociální očekávání (Čepický a Čepická, 2004).



- 1 porod
- 2 třetí poporodní den
- 3 pátý poporodní den
- 4 sedmý poporodní den
- 5 devátý poporodní den

Obrázek číslo 10. Průběh zavinování dělohy po porodu

Zdroj: Roztočil a kol., 2008

6.1.1 Poporodní blues

Termínem poporodní blues je označován běžný stav ženy v šestinedělí, který prožívá zhruba 70 % všech rodiček. Projevuje se přechodnými stavy plačtivosti, přecitlivělosti, úzkosti, psychické lability nebo poruchami spánku, komunikace či sebedůvěry. I vztah ženy k dítěti se někdy mění v negativním smyslu. Tyto příznaky většinou samovolně ustupují kolem 10. dne po porodu (Roztočil a kol., 2008).

6.1.2 Poporodní deprese

Poporodní deprese je stav, který se objevuje až u 10 % nedělek, a to v kterémkoli období po ukončení těhotenství, ať už se jedná o spontánní nebo umělý potrat, mimoděložní těhotenství, předčasný či termínovaný porod. Příznaky mohou být mírné, ale i suicidálního rázu. Nejčastěji se příznaky objeví mezi 4. a 6. týdnem po porodu. Mezi rizikové faktory tohoto onemocnění patří nižší věk než 20 let, žena je svobodná, pochází z nekompletní rodiny, má zdravotní handicap, pochází z rodiny s více než 6 dětmi, má špatný vztah s rodiči a/nebo špatný vztah s otcem dítěte, trpí existenčními problémy, neukončila základní vzdělání, má nízké sebevědomí či trpěla emočními problémy v minulosti. Důležité je včasné rozpoznání příznaků poporodní deprese. Stav se u těchto žen z 50 až 100 % objevuje i v následujícím těhotenství (Roztočil a kol., 2008). De Judicibusová a McGabeová (2002) zkoumaly mimo jiné vztah mezi spokojeností ženy v partnerském vztahu a depresivními symptomy. Z výsledků vyplývá, že u žen, které jsou ve vztahu spokojenější, se méně často objevují symptomy poporodní deprese.

6.1.3 Poporodní (laktační) psychóza

Poporodní psychóza je onemocnění, které se objevuje u 0,1 % nedělek. Pravděpodobně se jedná o jistý druh schizofrenie, který vzniká v šestinedělí jako následek poruchy sekrece neurotransmiterů. Často se projevuje u pacientek, které mají psychiatricky zatíženou rodinnou anamnézu. U takto postižených žen se projevuje úzkost s maniodepresivními záchvaty a halucinacemi. Léčba spadá pod kompetenci psychiatrického zařízení a tyto ženy nesmí být ošetřovány na běžném oddělení šestinedělí (Roztočil a kol., 2008).

7 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SEXUÁLNÍ ŽIVOT PARTNERŮ V RANÉM RODIČOVSTVÍ

Sexualita je v partnerském vztahu jedna z oblastí, která bývá po narození dítěte zásadně ovlivněna. Většina partnerů trpí po narození dítěte problémy v sexuálním životě a alespoň u třetiny těchto párů se vyvinou dlouhodobé psychosexuální poruchy (von Sydow 1999).

Změny, které žena prožívá po porodu, neprobíhají jen na fyzické úrovni, a ne vždy se jedná o změny k horšímu. Některé ženy vnímají sex po porodu jako lepší, snadněji se vzruší a jejich sexuální prožitek je intenzivnější. Sexuální život bývá zpravidla komplikován poporodními zraněními, sestupy pochvy a dělohy, potížemi s močením, bolestmi při sexu a v neposlední řadě vztahovými problémy (Pastor, 2007).

U některých žen se setkáváme s poporodní anorgasmií. Ta může být způsobena psychickými změnami, například vyčerpáním nebo depresivními stavy, nebo může mít příčiny fyzického rázu. Při porodu dochází k anatomickým změnám v oblasti pánevního dna. Tonus svalů vagíny může být snížen a subjektivní vnímání koitálního dráždění může být méně intenzivní (Zveřina, 2003).

Po porodu je možné začít souložit po zhojení poporodních poranění a po skončení krvácení. Konec šestinedělí již není nutnou hranicí možného pohlavního styku.

Předpokladem k němu je dostatečné libido ženy. Až polovina žen trpí bolestmi při pohlavním styku a velký počet žen prožívá nepříjemné pocity při souloži dokonce i rok po porodu. Častěji se tyto změny projevují u žen, které rodily vaginální cestou, nejsou však výjimečné ani u žen, které rodily císařským řezem (Roztočil a kol., 2008).

Dle von Sydowové (1999) ze studií vyplývá, že se páry vracejí k sexuálnímu životu v průměru 6 až 8 týdnů po porodu (v tomto případě se jedná konkrétně o pohlavní styk). Před uplynutím této doby jej přiznává pouze zhruba 15 % párů. Zhruba po 2,5 týdnech po porodu se páry vracejí k nekoitálním sexuálním praktikám. Jen 12 % žen a 15 % mužů označuje partnerský sexuální život po narození potomka za bezproblémový. Až polovina žen vnímá první pohlavní styk po porodu jako bolestivý, půl roku po porodu tento problém přetrvává u zhruba 15 % nekojících žen. Kojící ženy trpí dyspareunií v tomto období až ve třetině případů. V období jednoho roku po porodu se dyspareunie a další problémy spojené se sexualitou vyskytují u 22 % případů zkoumaných žen. Je nutno dodat, že 12 % žen vnímalo pohlavní styk bolestivě i před otěhotněním. V porovnání s obdobím před otěhotněním je průměrná četnost pohlavního styku v období jednoho roku po porodu nižší (von Sydow 1999).

7.1 Poporodní zranění

Porod je spojen s pohmožděním či poraněním, i když probíhá jakkoli fyziologicky. Děložním hrdlem o obvodu 31 centimetrů prochází hlavička s průměrem o zhruba 10 centimetrech. Mezi poporodní poranění patří ruptury 1. až 4. stupně, ruptury hráze a pochvy, epiziotomie (nástřih hráze) či poranění struktur pánevního dna. V případě vedení porodu císařským řezem se jedná o laparotomii (chirurgické otevření dutiny břišní). Velká část těchto zranění je krytá neporušenou sliznicí či kůží. Mezi negativní důsledky poporodních zranění kromě inkontinence moči či stolice, poruch citlivosti genitálu a sestupu pánevních orgánů patří i sexuální dysfunkce. Dyspareunie (bolestivý pohlavní styk) je obvyklá (Weiss a kol., 2010). Dle Brtničky a kol. (2009) dyspareunie bývá často následkem epiziotomie, která je rutinním zákrokem, proto by měla být vykonávána jen v nutných případech.

Mnoho žen se stydí za vzhled svého pohlavního ústrojí po porodu, což také může mít negativní vliv na sexuální život. Weiss však uvádí i kazuistiku, kdy žena díky tomuto studiu opustila dosavadní promiskuitní život a její manželství tak bylo zachráněno (Weiss a kol., 2010).

7.2 Kojení

„V době kojení není třeba omezovat sexuální život, kojení nekáží postavu, naopak podporuje snížení nadbytečných kilogramů a nemá vliv na ochabnutí prsů“ (Roztočil a kol., 2008, str. 140).

Masters a Johnsonová (1970) shledali, že kojící ženy se k pohlavnímu styku navracejí po porodu dříve než ty ženy, které své dítě nekojí. Ke stejným výsledkům došla ve své studii i Anbaranová (2015), která mezi 366 ženami zkoumala vliv formy krmení kojence na sexuální život ženy. Dle jejího výzkumu má kojení významný pozitivní vliv na sexuální život ženy po porodu.

Opačnou tendenci popisuje Byrd et al. (1998), který zkoumal 570 žen a 550 partnerů těchto žen. Byrd et al. určuje konkrétně, že se kojící ženy navracejí k pohlavnímu styku v průměru o jeden týden později než ženy, které nekojí. Jeho výzkum potvrdil stejný časový údaj, který uvedli Alderová a Bancroft (1988). Adlerová a Bancroft hovořili i o přímé spojitosti mezi kojením a dyspareunií, což potvrzuje i Barrettová, (2000).

Stejný názor sdílí i von Sydowová (1999). Tvrdí, že kojící ženy mají menší zájem o sex, pohlavní styk je pro ně méně příjemný a častěji při něm trpí bolestmi.

Brtnička a kol. (2009) konstatuje, že během kojení je hladina estrogenu snížena, což mimo jiné způsobuje nižší sexuální vzrušení a nižší frekvenci a intenzitu orgasmu. Kojení souvisí s nižší touhou i sexuální spokojeností obou partnerů. Některým ženám při sexuálním vzrušení a orgasmu svévolně vytéká či vystřikuje mléko z prsou.

Byrd et al. (1998) dodává, že na snížení sexuální touhy u kojících žen má vliv i vysoká hladina prolaktinu. Zároveň bylo zjištěno, že u kojících žen, které měly nižší hladinu testosteronu, se projevilo snížení sexuální touhy oproti kojícím ženám, u kterých byla hladina testosteronu vyšší. Tato teze se ve výzkumu Erola (2007) nepotvrdila, měřená hladina testosteronu u téměř 600 žen nesouvisela se sexuální touhou a frekvencí sexuální aktivity.

Byrd et al. dodává, že možným psychologickým vysvětlením poklesu sexuální touhy může být i to, že žena intimitu sdílí s dítětem, proto ji nemá potřebu vyhledávat u partnera. Její snížený zájem má pak negativní vliv na sexuální spokojenost muže. Jako další možné vysvětlení Byrd et al. uvádí větší únavu kojících žen. V porovnání se ženami, které své děti krmí z lahve, jsou unavenější, protože krmení dítěte je pouze na nich.

K vysvětlení, že snížení sexuální aktivity je způsobeno spíše únavou než kojením jako takovým, se přiklání i Averyová a kol. (2000). Averyová a kol. se ve svém výzkumu zaměřila na subjektivní vnímání vlastní sexuality u kojících prvorodiček. Výzkum započal formou dotazníkového šetření v době poporodní hospitalizace a pokračoval v období 1 měsíce, 3 měsíců, půlroku a roku po porodu formou telefonních rozhovorů. Ženy, které ani rok po porodu neodstavily své dítě, byly nadále sledovány v intervalech tří měsíců do úplného odstavení. Celkem všemi fázemi výzkumu prošlo 576 žen. Dle závěrů této studie jen 12 % žen mělo pocit, že jsou pro svého muže díky kojení méně přitažlivé. Téměř 30 % žen, které se výzkumu účastnily, vnímalo, že únik mateřského mléka z prsou jejich partner považuje za překážku, pro zhruba 20 % mužů byl tento jev vzrušující a 50 % mužů tento jev dle zkoumaných žen vnímá ambivalentně. Averyová a kol. také zkoumala rozpor mezi subjektivním vnímáním své osoby jakožto kojící matky a sexuální bytosti, a případný vliv této problematiky na vztah s partnerem. V tomto ohledu neshledala žádný zásadní vliv.

Některé ženy během kojení pociťují sexuální vzrušení. Třetina až polovina žen vnímá kojení jako erotickou zkušenost, čtvrtina žen se kvůli takovým pocitům cítí provinile a

některé ženy z těchto důvodů přestávají kojit (von Sydow, 1999). Avery a kol. (2000) shledala podobné výsledky jako von Sydowová.

7.3 Další faktory

Výzkum Rowlandové (2005) se zaměřuje na kojení a sexuální chování bezprostředně po porodu. Tato prospektivní studie sleduje vztah mezi kojením a navrácením se k pohlavnímu styku. Výzkumu se účastnilo 316 kanadských žen, z čehož 57 % z nich kojilo. Rowlandová ve své studii uvádí, že zhruba polovina žen, které po ukončení šestinedělí navštívily gynekologa, neměla od porodu dítěte pohlavní styk se svým partnerem. Mezi důvody patřilo mimo jiné to, že o sex neměly zájem, měly strach, že pohlavní styk bude bolestivý nebo jim to lékař nedoporučil.

Studie Woolhousové a kol. (2012) staví na rozhovorech se ženami 2,5 až 3,5 roku po porodu prvního dítěte. Z rozhovorů vyplynulo, že sexualitu žen po porodu nepříznivě ovlivňuje zejména únava, změna životního stylu a negativní body image. Woolhousová a kol. přichází se zjištěním, že se některé ženy kvůli sníženému libidu po narození dítěte cítily provinile, očekávaly totiž, že frekvence sexuální aktivity bude stejná jako před otěhotněním a měly pocit selhání, když tomu tak nebylo. Ve většině případů se jednalo o subjektivní pocit, v některých případech však byl na ženy vyvíjen nátlak ze strany partnera. Dle názorů zkoumaných žen má na intimitu partnerů pozitivní vliv týmová práce partnerů, sdílení povinností v péči o dítěte, společný čas strávený bez dítěte a komunikace partnerů. Paulsová a kol. (2008) mezi faktory ovlivňující sexuální život v období po porodu zahrnuje i obavy z dalšího otěhotnění.

Trutnovská et al. (2006) zkoumala, jak ženy vnímají svou sexualitu během těhotenství a po porodu. Výzkum probíhal formou rozsáhlých rozhovorů s 26 ženami v době raného a pozdního těhotenství a půl roku po narození dítěte. Pro ženy byl sex na počátku těhotenství méně důležitý, než tomu bylo před otěhotněním. Snížení frekvence sexuálního kontaktu nijak neovlivnilo jejich spokojenost se sexuálním životem. V pozdním těhotenství však tato spokojenost klesla. Půl roku po porodu ženy přikládaly sexuálnímu kontaktu větší důležitost, ovšem ne ve stejné míře, jako tomu bylo před otěhotněním. I celková sexuální spokojenost těchto žen byla 6 měsíců po porodu nižší.

Averyová a kol. (2000) naopak uvádí, že pro 71 % prvorodiček, je velmi až extrémně důležité, aby se jejich sexuální život navrátil ke stavu před otěhotněním co nejdříve po porodu.

Zde je třeba zmínit i vliv kvality partnerského vztahu jako takového na sexuální život partnerů. Právě tato souvislost je, jak zmiňuje Hobbs a kol. (1999), málo probádána. Hobbs a kol. ve svém článku mimo jiné upozorňuje, že dosavadní studie ohledně sexuálního chování v těhotenství staví na obecně zažitých předpokladech této problematiky a výzkumný design je těmito předpoklady dopředu ovlivněn. Kritizuje i způsoby měření sexuálního chování, metodologické postupy a nejednotné, nebo chybějící definice pojmů, se kterými studie pracují.

Kumar a kol. (1981) ve svém výzkumu 119 prvorodiček zjistil, že vzorec sexuálního chování žen z doby před otěhotněním je podobný jejich vzorci sexuálního chování po porodu. Ženy zkoumal v době 3 měsíců a 1 roce po narození dítěte. Kromě již zmíněných faktorů zmiňuje i vliv mateřského vzoru, ženiny vztahy z dětství, vliv složitosti početí či případných potratů v minulosti. Na rozdíl od výše zmíněných studií se v jeho výzkumu vliv formy porodu či kojení na sexuální život ženy po porodu nepotvrdil.

8 ZMĚNY V SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ PARTNERŮ V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ A PARTNERSKÝ VZTAH

Kvalita sexuálního života má vliv na vztah partnerů. Jsou-li partneři v období těhotenství sexuálně aktivní a sexuální život si užívají, hodnotí kvalitu svého vztahu v oblasti vzájemné komunikace a intimity čtyři měsíce po porodu pozitivněji. Z dlouhodobějšího hlediska (tři roky po porodu) tito partneři hodnotí svůj vztah jako stabilnější.

Někteří muži vyhledávají mimomanželský poměr v době očekávání či po narození dítěte, čísla jsou však nejednoznačná. Pro případnou nevěru žen neexistují relevantní data (von Sydow, 1999).

Australská retrospektivní studie se zaměřila na vlivy únavy, deprese a spokojenosti v partnerském vztahu během těhotenství a po porodu na sexuální život ženy. Této studii se účastnilo 138 těhotných žen (poprvé těhotných), které odpovídaly v období maximálně půl roku po porodu formou dotazníků. Bylo zjištěno, že ženy, které jsou v partnerském vztahu spokojenější, jsou spokojenější i se svým sexuálním životem. Spokojenost s partnerským vztahem má vliv na míru sexuální touhy a četnost sexuální aktivity žen. Zároveň ty ženy, které byly ve vztahu spokojenější, byly také pozitivněji naladěny na změnu své role v matku, byly méně unavené a méně často se u nich objevovaly symptomy deprese (De Giudibus a McGabe 2002). Reganová (2003) připisuje pokles

sexuální touhy spíše než vlivům partnerského vztahu nebo například problémům v sexuálním životě hormonálními změnám.

Ahlborg (2010) zkoumal spojitost mezi spokojeností v partnerském vztahu a spokojeností se sexuálním životem, a to u rodičů s jedním dítětem v době půl roku po porodu.

I když většina z matek a otců nebyla spokojená se svým sexuálním životem, s partnerským vztahem spokojeni byli.

9 DISKUZE

9.1 Odpověď na výzkumnou otázku

Jak se mění sexuální prožitek u mužů a žen v průběhu těhotenství a po porodu?

Obecně lze říci, že četnost sexuální aktivity s postupujícím těhotenstvím klesá (Bartelas, 2000; Trutnovsky, 2006; Zvěřina 2009; Pauleta, 2010).

Zájem žen o sex se v 1. trimestru příliš nemění, nebo jen mírně klesá, je velmi variabilní v 2. trimestru a ve třetím trimestru klesá prudce. V období 3 až 4 měsíců po porodu jeví ženy zájem o sex v porovnání méně, než tomu bylo před otěhotněním. V těhotenství a po porodu jsou ženy často motivovány k pohlavnímu styku obavami o sexuální spokojenost partnera (von Sydow, 1999; Brtnička a kol., 2009)

Sexuální zájem muže o těhotnou partnerku se v první polovině gravidity nemění, v třetím trimestru však výrazně klesá. Weiss a kol. (2010) jako důvod uvádí menší sexuální přitažlivost ženy a obavy o poškození plodu. Tyto obavy vedou až k sexuální abstinenci a v tomto období také stoupá výskyt mimomanželských vztahů.

V souvislosti s rapidním poklesem četnosti sexuální aktivity mužů i žen a s ním ve 3. trimestru bývá zaznamenán pokles sexuální spokojenosti u obou pohlaví.

Jaké faktory sexuální prožitek v období těhotenství ovlivňují?

Negativní vlivy na sexuální prožitek v těhotenství zahrnují obavy o zdraví těhotné ženy či dítěte (Radoš a kol., 2015), obavy z předčasného porodu či potratu (Weiss a kol., 2010; Pauleta, 2010). Tyto obavy mohou být způsobeny nedostatečnou informovaností partnerů. Prožitek (zejména opakovaných) potratů či předčasných porodů negativně ovlivňuje sexuální život partnerů v těhotenství (Weiss a kol., 2010). Dále sem patří obavy o vzhled svého měnícího se těla a s ním spojená obava, že se žena nebude partnerovi líbit (von Sydow, 1999; Read, 2004).

Poporodní poranění mají souvislost se sexuálními dysfunkcemi, zejména pak dyspareunií (Brtnička, 2009; Weiss a kol. 2010).

Forma porodu má na sexuální prožitek sporný vliv. Zdá se, že ženy, které rodily císařským řezem, se k pohlavnímu styku vracejí dříve (Byrd, 1998; von Sydow, 1999). Ovšem pohlavní styk nemusí být nejlepším měřítkem. Jen několik studií zohledňuje jiné než koitální praktiky (von Sydow, 1999). Ženy, které své děti kojí, se k pohlavnímu styku také vracejí později. Není však úplně jednoznačné, zda je to způsobeno samotným kojením, nebo větší mírou únavy, neboť výhradně kojící ženy musí zprostředkovat veškeré krmení svým dětem samy (Byrd, 1998; Avery a kol, 2000).

Dále sem patří například obavy z dalšího otěhotnění (Pauls a kol., 2008).

Některé studie se dotýkají vztahu mezi sexuálním životem a partnerským vztahem (Hobbs a kol, 1999). Zdá se, že komunikace mezi partnery a jejich vzájemná blízkost pozitivně ovlivňují jejich sexuální spokojenost (Radoš a kol., 2015).

Jaký vliv mají změny v sexuálním životě partnerů v průběhu těhotenství na jejich vztah? Zejména tato otázka je ve výzkumech na téma sexuality v těhotenství a po porodu velice málo zohledňována. Přitom právě partnerský vztah, vliv těhotenství na něj, a naopak vliv partnerského vztahu na těhotenství jsou vysoce relevantními aspekty ve vztahu k sexuálnímu chování v těhotenství a po porodu (Hobbs a kol., 1999). Změny v sexuálním životě partnerů jsou zpravidla zkoumány izolovaně a nikoli v kontextu partnerského vztahu. Dle von Sydow (1999) je však zřejmé, že kvalita sexuálního života má na vztah partnerů vliv. Jsou-li partneři v období těhotenství sexuálně aktivní a sexuální život si užívají, hodnotí kvalitu svého vztahu v oblasti vzájemné komunikace a intimity čtyři měsíce po porodu pozitivněji. Z dlouhodobějšího hlediska (tři roky po porodu) pak jako stabilnější.

Na tomto místě je nutno dodat, že sexuální spokojenost nemusí mít na vztah tak zásadní vliv. Ahlborg (2010) zkoumal spojitost mezi spokojeností v partnerském vztahu a spokojeností se sexuálním životem. Došel k závěru, že i když většina z matek a otců nebyla spokojená se svým sexuálním životem, s partnerským vztahem spokojeni byli.

9.2 Nedostatky sledovaných studií a další možný směr výzkumu

Studie se zpravidla zaměřují jen na změny v sexuálním životě ženy, velmi málo se pak

zabývají náhledem obou partnerů, výjimečně pak muže samotného, jako například ve studii Radošové a kol. (2015). Změny sexuality v těhotenství jsou u žen a mužů zkoumány jako dva zcela oddělené fenomény, přitom se jedná o propojený dvoustranný náhled na jedno (Hobbs a kol., 1999). Srovnáním odděleně shromážděných dat od obou z partnerů by byla zajištěna validita údajů (von Sydow, 2001).

Proměny sexuálních prožitků žen a mužů v době těhotenství a po porodu jsou zkoumány odděleně od partnerského vztahu jakožto širšího rámce, přitom jak Hobbs a kol. (1999) zmiňuje, vliv těhotenství na partnerský vztah a opačně – vliv vztahu partnerů na vnímání těhotenství a případných problémů, úzce souvisí se sexuálním chováním dvojice.

Sexuální chování a jeho změny v době těhotenství a období po porodu je třeba zasadit do širšího rámce partnerského vztahu a zaměřit se na jednotlivé charakteristiky, které jeho kvalitu mohou ovlivňovat.

Vzorek zkoumaných žen a/nebo mužů nebývá reprezentativní. Většinou se jedná o malé vzorky, které nebyly náhodně vybrány. Zkoumat problematiku u reprezentativního vzorku je komplikované zejména kvůli citlivosti tématu (Byrd et al., 1998). Zkoumaní respondenti se nepříjemným otázkám často vyhýbají (von Sydow, 1999).

Z některých studií také ne vždy jasně vyplývá, jestli ženy, které se studií účastnily, byly zdravé, zda otěhotněly snadno, nebo měly s otěhotněním potíže, zda v minulosti prodělaly předčasný porod či potrat nebo jestli případnými potížemi v sexuálním životě trpěly i před otěhotněním. Jak Weiss a kol. (2010) uvádí, všechny tyto zkušenosti totiž mohou mít neblahý vliv nejen na sexuální život partnerů, ale i na vztah obecně, proto se domnívám, že tyto aspekty je nutné v budoucím výzkumu zohlednit.

Některé studie se omezují pouze na prvorodičky, jiné jasně neuvádějí, zda jsou ženy těhotné poprvé, nebo již mají zkušenosti s předešlými těhotenstvími (von Sydow, 1999). V tomto ohledu předpokládám, že mezi ženami, které mají zkušenosti s případnými změnami v sexualitě vlivem těhotenství a mateřství a těmi, které tuto zkušenost nemají, budou rozdíly ve vnímání těchto změn. Domnívám se, že ženy, které podobnou zkušenost již mají, přijmou případné změny snadněji. Samozřejmě je možné i to, že se jejich případné problémy v sexuálním životě prohloubí. Těmto okolnostem je třeba v dalším výzkumu také věnovat pozornost.

Většina výzkumů se také zaměřuje jen na relativně krátkou dobu po porodu. Existuje jen velmi omezené množství dat, které by vypovídalo o sexuálním chování před otěhotněním, proto nelze data nasbíraná v průběhu těhotenství srovnávat (von Sydow, 1999). Případné problémy v sexuální oblasti tak mohou být mylně připisovány těhotenství samému.

Také je nutno dodat, že mnohé studie jsou retrospektivního charakteru, respondenti si s delším odstupem času nepamatují detaily o svém sexuálním životě (von Sydow, 2001). Pro zjištění změn v sexuálním chování mužů a žen proto navrhuji zkoumat páry dlouhodobě a průběžně již od období před početím, v průběhu těhotenství a delší dobu po porodu.

Samotný pojem sexuální aktivita je problematická. Často je významově redukován na pohlavní styk nebo není jasně specifikován. Pohlavní styk není vhodným měřítkem kvality sexuálního života žen, neboť ženy často přistupují na pohlavní styk kvůli uspokojení svého partnera (von Sydow, 2001). Výzkum by se měl zaměřit na různé typy sexuálních aktivit a zkoumat, spíše než frekvenci sexuálního kontaktu partnerů, zejména kvalitu sexuálního života muže a ženy, a to konkrétně na základě míry sexuální touhy a sexuální spokojenosti. Z tohoto důvodu je v dalším výzkumu třeba zohlednit zejména subjektivní prožívání sexuálních aktivit partnerů.

V obecné rovině je zajímavé zkoumat, zda domněnka, že mít sex v těhotenství a co nejdříve po porodu a že případný pokles sexuální aktivity, snížené libido či přímo odmítání sexu, má být vnímáno jako něco negativního. Jak Hobbs a kol. (1999) zmiňuje, design a metodologické postupy studií jsou již stavěny na premise, že jistý vzorec sexuálního chování je normou. Výzkumné otázky mohou předesílat, že změna v sexuálním chování je problém. Lze argumentovat tím, že někteří tyto změny mohou vnímat jako přirozené a nemusí jim přisuzovat takovou váhu. Proto navrhuji, aby kromě změn v sexuálním životě v období těhotenství a po porodu byla zkoumána zejména ne/spokojenost s těmito změnami.

10 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo shrnout základní poznatky týkající se proměn sexuálních prožitků mužů a žen v období těhotenství a po porodu a shromáždit závěry dosavadního výzkumu této problematiky. Dalším cílem bylo upozornit na mezery ve výzkumu sexuality v tomto období a určit další možný směr výzkumu.

Dosavadní výzkum oblasti sexuality v době těhotenství je zaměřený zejména na fyzické změny a jejich vliv na sexuální život. Proto jsem se rozhodla zaměřit se na subjektivní vnímání prožitku sexuální aktivity u mužů a žen, které bývá jen málo zohledňováno.

Data ze sledovaných studií jsou poměrně jednoznačná, co se sexuálního vzorce chování týče. Ze studií až na výjimky vyplývá, že frekvence sexuální aktivity s postupujícím těhotenstvím klesá a v období do půlroku po porodu stále nedosahuje úrovně před otěhotněním. Data ohledně změn sexuální touhy a sexuální spokojenosti jsou však nemnohá.

Četnost sexuální frekvence bývá ovlivněna mnohými obavami (například o ublížení dítěti nebo matce, z předčasného porodu nebo potratu), které často nemají reálnou podstatu.

V tomto ohledu hraje velkou roli informovanost partnerů, která se zdá být nedostatečná.

Významné je i téma body image. Některé ženy si připadají v těhotenství a (zejména) po porodu neatraktivní. V některých případech jde o subjektivní pocit ženy, významné procento mužů však svou partnerku vnímá zejména po porodu jako méně přitažlivou.

Poporodní zranění jsou spojovány se sexuálními dysfunkcemi a některé psychické změny mají negativní vliv na sexuální aktivitu po porodu. Vliv formy porodu či způsob krmení dítěte již tak jednoznačný vliv nemají. Otázkou sama pro sebe zůstává vzájemné působení partnerského vztahu na sexualitu v tomto období. Zejména zde je prostor pro směřování dalšího výzkumu.

BIBLIOGRAFIE

AHLBORG, Tone; DAHLÖF, Lars-Gösta; HALLBERG, Lillemor R.-M. Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *Journal of Sex research*, 2005, 42.2: 167-174.

ALLEN, Laura; FOUNTAIN, Lily. Addressing sexuality and pregnancy in childbirth education classes. *The Journal of perinatal education*, 2007, 16.1: 32.

ALDER, Elizabeth; BANCROFT, John. The relationship between breast feeding persistence, sexuality and mood in postpartum women. *Psychological Medicine*, 1988, 18.2: 389-396.

ANBARAN, Zahra Khosravi, et al. Postpartum sexual function in women and infant feeding methods. *Higher education*, 2015, 62: 16.9.

AVERY, Melissa D.; DUCKETT, Laura; FRANTZICH, Carrie Roth. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2000, 45.3: 227-237.

BARRETT, Geraldine; VICTOR, Christina. Postnatal sexual health. *BMJ*, 1994, 309.6968: 1584-1585.

BARRETT, Geraldine, et al. Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2000, 107.2: 186-195.

BARTELLAS, Elias, et al. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2000, 107.8: 964-968.

BASSON, Rosemary. Human sex-response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2001, 27.1: 33-43.

BITZER, Johannes; ALDER, Judith. Sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Journal of sex education and therapy*, 2000, 25.1: 49-58.

BOGREN, Lennart Y. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 1991, 20.1: 35-45.

BYRD, Janis E., et al. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Family Practice*, 1998, 47.4: 305-309.

BRTNICKA, H.; WEISS, P.; ZVERINA, J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy*, 2009, 110.7: 427-31.

CAPPELL, Jaelyn; MACDONALD, Tara K.; PUKALL, Caroline F. For new mothers, the relationship matters: Relationship characteristics and postpartum sexuality. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 2016, 25.2: 126-137.

CASH, Thomas F., ed. a SMOLAK, Linda, ed. *Body image: a handbook of science, practice, and prevention*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2011. xxi, 490 s. ISBN 978-1-60918-182-6.

ČEPICKÝ, Pavel, ed. a ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, Zuzana, ed. *Postupy lege artis I: sborník celostátní konference ČGPS ČLS JEP a SSG ČR: Český Krumlov, 21.5.2004-23.5.2004*. Praha: Levret, 2004. s. 791-992. Moderní gynekologie a porodnictví. Supplementum, vol. 13, č. 4, suppl. C, 2004. ISBN 80-87070-00-3.

DE JUDICIBUS, Margaret A.; MCCABE, Marita P. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of sex research*, 2002, 39.2: 94-103.

EROL, Bulent, et al. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *The journal of sexual medicine*, 2007, 4.5: 1381-1387.

ESTEVE, E., et al. Physiological cutaneous signs in normal pregnancy: a study of 60 pregnant women. In: *Annales de dermatologie et de venerologie*. 1993. p. 227-231.

FAISAL-CURY, Alexandre, et al. The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. *The journal of sexual medicine*, 2013, 10.5: 1343-1349.

FALICOV, Celia J. Sexual adjustment during first pregnancy and post partum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1973, 117.7: 991-1000.

FELDMAN, Ruth, et al. Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychological Science*, 2007, 18.11: 965-970.

GILES, Katie R.; MCCABE, Marita P. WOMEN'S SEXUAL HEALTH: Conceptualizing Women's Sexual Function: Linear vs. Circular Models of Sexual Response. *The journal of sexual medicine*, 2009, 6.10: 2761-2771.

GUNGOR, S., et al. Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women. *International journal of impotence research*, 2007, 19.4: 358-365.

HOBBS, Kevin; BRAMWELL, Ros; MAY, Kathryn. Sexuality, sexual behaviour and pregnancy. *Sexual and Marital Therapy*, 1999, 14.4: 371-383.

KAPLAN, Helen Singer. *The new sex therapy*. Springer US, 1980.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Sexuální dysfunkce: příčiny a léčba*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2003. 290 s. Psyché. ISBN 80-247-0203-7.

KREJČOVÁ, L.,(2014), Standardizace stimulů pro měření ženského sexuálního vzrušení (Diplomová práce), Praha: FHS

KUMAR, R.; BRANT, H. A.; ROBSON, Kay Mordecai. Childbearing and maternal sexuality: a prospective survey of 119 primiparae. *Journal of psychosomatic Research*, 1981, 25.5: 373-383.

LEITE, Alessandra Plácido Lima, et al. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2009, 55.5: 563-568.

MALAREWICZ, A.; SZYMKIEWICZ, J.; ROGALA, J. Sexuality of pregnant women. *Ginekologia polska*, 2006, 77.9: 733-739.

MASTERS, William H. a JOHNSON, Virginia E. *Lidská sexuální aktivita*. Překlad Milan Lašťovka. Praha: Horizont, 1970. 310 s. Malá moderní encyklopedie; sv. 75. str. 136 - 161

NAKIĆ RADOŠ, Sandra; SOLJAČIĆ VRANEŠ, Hrvojka; ŠUNJIĆ, Marijana. Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers?. *Journal of sex & marital therapy*, 2015, 41.3: 282-293.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 1. díl, Těhotenství*. 5. vydání. Praha: Galén, [2015], ©2015. 481 stran. ISBN 978-80-7492-213-8.

PASTOR, Zlatko. *Sexualita ženy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 204 s. ISBN 978-80-247-1989-4. str. 129 - 133

PASTOR, Zlatko. *Ženské sexuální funkce dysfunkce*. *Gynekolog* 2016;4:148-156.

PAULETA, Joana Rocha; PEREIRA, Nuno Monteiro; GRAÇA, Luís Mendes. Sexuality during pregnancy. *The journal of sexual medicine*, 2010, 7.1pt1: 136-142.

PAULS, Rachel N.; OCCHINO, John A.; DRYFHOUT, Vicki L. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *The journal of sexual medicine*, 2008, 5.8: 1915-1922.

RABOCH, J., HUBÁLEK, S.: *Příspěvek ke studiu koitálního orgasmu u ženy*. Čs. gynekol. 1984, 49, 257 – 261.

READ, J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ: British Medical Journal*, 2004, 329(7465): 559–561.

REGAN, Pamela C., et al. Pregnancy and changes in female sexual desire: A review. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 2003, 31.6: 603-611.

ROB, Lukáš et al. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, ©2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

ROSEN, C. BROWN, J. HEIMAN, S. LEIBLUM, C. MESTON, R. SHABSIGH, D. FERGUSON, R. D'AGOSTINO, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2000, 26.2: 191-208.

ROWLAND, Mary, et al. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physician*, 2005, 51.10: 1366-1367.

ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

TRUTNOVSKY, Gerda et al. "Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth." *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 46.4 (2006): 282-287.

UVNÄS-MOBERG, Kerstin; ARN, Ingemar; MAGNUSSON, David. The psychobiology of emotion: the role of the oxytocinergic system. *International journal of behavioral medicine*, 2005, 12.2: 59-65.

VON SYDOW, Kirsten. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic research*, 1999, 47.1: 27-49.

VON SYDOW, K.; ULLMEYER, M.; HAPP, N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the Sexual Preferences Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2001, 22.1: 29-40.

VON SYDOW, K. Sexual enjoyment and orgasm postpartum: Sex differences and perceptual accuracy concerning partners' sexual experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2002, 23.3: 147-155.

WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8. str. 295 - 304

WHIPPLE, B.; BRASH-MCGREER, K. Management of female sexual dysfunction. In: SIPSKI, Marca L.; ALEXANDER, Craig J. (ed.). *Sexual function in people with disability and chronic illness: a health professional's guide*. Aspen Pub, 1997.

World Health Organization. The ICD/10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, 1992.

WHO Regional Office for Europe and BZgA, 2010, s. 17. On-line:

http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere_Publikationen/WHO_BZgA_Standards.pdf

WOOLHOUSE, Hannah; MCDONALD, Ellie; BROWN, Stephanie. Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 2012, 33.4: 185-190.

YENIEL, A. O.; PETRI, E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International urogynecology journal*, 2014, 25.1: 5-14.

YILDIZ, Hatice. The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *Journal of sex & marital therapy*, 2015, 41.1: 49-59.

ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM, 2003. 287 s. ISBN 80-7204-264-5. str. 222 - 225

ZVĚŘINA, Jaroslav. *Lékařská sexuologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 83 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-2049-7.