

Karlova Univerzita Praha

**MOČOVÁ INKONTINENCE A SEXUALITA
V TĚHOTENSTVÍ A PO PORODU.**

Disertační práce

MUDr. Josef ZÁHUMENSKÝ

Doktorský studijní program
Preventivní medicína

Školitel: doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

Praha
2006

PODĚKOVÁNÍ

Mimořádné poděkování náleží především mému školiteli p. doc. MUDr. Jaroslavu Zvěřinovi, CSc., bez jehož pomoci, odborného a metodického vedení by moje práce na poli lékařské sexuologie nebyla možná.

Dále děkuji statističce p. Ing. Aleně Dohnálové z Fyziologického ústavu 1. lékařské fakulty UK za promptní a mimořádně kvalitní statistické zpracování získaných údajů.

Děkuji všem kolegům z Gynekologicko porodnické kliniky 1. lékařské fakulty UK a FN Na Bulovce za trpělivé vyplňování protokolů a za spolupráci při vydávání a sběru dotazníků.

Práce je součástí grantového úkolu MZ ČR IGA 7848-3.

Obsah

1. Úvod	4
1.1. Fyziologie ženské sexuality	5
1.1.1. Hormony regulující ženskou sexualitu	5
1.1.2. Ženské sexuální funkce	6
1.2. Sexuální dysfunkce	6
1.2.1. Poruchy sexuální touhy	7
1.2.2. Poruchy sexuálního vzrušení	7
1.2.3. Orgastické poruchy	8
1.2.4. Sexuální poruchy spojené s bolestí	8
1.2.5. Poruchy sexuální satisfakce	8
1.3. Sexualita v těhotenství a po porodu	8
1.3.1. Fyziologické změny genitálu v těhotenství	8
1.3.2. Výskyt sexuálních dysfunkcí v těhotenství	8
1.4. Sexualita po porodu	10
1.4.1. Mechanismus poranění pánevního dna během porodu	10
1.4.2. Vliv porodu na frekvenci sexuálních aktivit	11
1.4.3. Vliv porodu na sexuální touhu a na zájem o sexuální aktivity	11
1.4.4. Vliv porodu na sexuální uspokojení a frekvenci orgasmů	11
1.4.5. Vliv porodu na výskyt sexuálních dysfunkcí	11
2. Materiál a metodika	13
2.1. Protokoly	13
2.2. Dotazníky	16
3. Výsledky	18
3.1. Charakteristika souboru	18
3.2. Výskyt močové inkontinence a změny sexuality v graviditě	23
3.3. Vliv těhotenství na sexualitu ženy	30
3.4. Sexualita po porodu	39
3.5. Porovnání sexuality po spontánním porodu a po císařském řezu	42
3.6. Porovnání průběhu porodu u žen bez signifikantní dyspareunie 6 měsíců po porodu se ženami s výskytem dyspareunie minimálně v 50 % styků	61
3.7. Vaginální porody – závislost některých parametrů sexuálního života na rozsahu poranění při porodu	77
4. Diskuse	97
4.1. Demografické a porodnické údaje	97
4.2. Výskyt močové inkontinence v graviditě	98
4.3. Vliv těhotenství na sexualitu ženy	99
4.4. Vliv prvního porodu na sexualitu ženy	100
5. Závěr	108
6. Literatura	109
7. Přílohy	116

1. Úvod

Od počátku minulého století bylo cílem porodníků postupné snižování perinatální a mateřské morbidity a mortality. Plošným zavedením prenatalních poraden, přesunem porodů z domácího prostředí do zdravotnických zařízení, postupným rozšiřováním monitorování porodu a hlavně rutinním zavedením zásad porodnické asepse a antiseptiky se rapidně snížila úmrtnost a nemocnost matek a plodů na nejčastější komplikace – tj. infekce, krvácení a preeklampsie. Výsledkem úsilí o zavedení ojedinělého perinatologického programu v České republice bylo, že se Česká republika v roce 2000 dostala do popředí světového žebříčku hodnocení perinatální úmrtnosti. Ta se v současné době pohybuje kolem 4,0 promile (zdroj ÚZIS). V současné době se vzhledem k již omezeným možnostem snižovat dále perinatální mortalitu a morbiditu¹ dostává do centra pozornosti našich gynekologů a pediatriů především kvalita života matek a dětí po porodu.

Velmi důležitým parametrem kvality života žen je spokojenost v sexuálním soužití. Těhotenství a porod jsou přirozeným naplněním základního biologického smyslu sexuálního života. Je proto logické, že ho ovlivňují nejen po stránce fyzické, ale i po stránce duševní a partnerské. Na druhé straně pak může mít i sexuální život na průběh těhotenství určitý vliv.

Postoj k sexualitě v těhotenství se dlouhodobě vyvíjí a neustále pozměňuje. U primitivních kultur nacházíme široké spektrum názorů na sexuální chování v těhotenství. Např. koitus bývá zakazován v posledních dvou měsících těhotenství nebo okamžitě po objevení se pohybu plodu. Některé kultury naopak neznají žádná omezení sexuálních aktivit v těhotenství. Ve starověké Indii například panoval názor, že semeno muže napomáhá výživě plodu, a proto byly těhotné nabádány k častému sexuálnímu styku v těhotenství. V Persii pak zase naopak byly těhotné ženy sexuálním tabu a sex po čtvrtém měsíci těhotenství nebo před čtyřicátým dnem po porodu se dokonce trestal smrtí obou partnerů. Během Viktoriánské doby se lidé domnívali, že koitus v době těhotenství predisponuje dítě k epilepsii a mentální retardaci. Předpokládali, že sexuální abstinence v těhotenství má za následek porod inteligentnějšího dítěte.

V minulém století se pak objevilo široké spektrum názorů na sexualitu v těhotenství. Práce autorů padesátých a šedesátých let se věnovaly především zkoumání vlivu sexuálního života partnerů na vývoj plodu a na incidenci předčasných porodů. Později začaly přibývat studie, které zaujímaly i opačný pohled, tj. naopak vliv těhotenství a porodu na sexuální prožitky. V prvním vydání známé učebnice porodnictví Williams Obstetrics z roku 1901 se píše, že sexuální styk těhotenství neškodí a je možné ho praktikovat do období „dokud není břicho ženy příliš velké“. Autor nedoporučoval mít pohlavní styk v posledních měsících těhotenství, neboť se setkal s případy, kdy pohlavní styk v tomto období vedl k těžkým infekcím. O sexualitě v poporodním období se v knize naopak nepíše vůbec.

V posledním 22. vydání téže učebnice z roku 2005 se praví, že v případech, kdy nehrozí potrat nebo předčasný porod, nepůsobí sexuální kontakt nikterak škodlivě. Je zde citována práce Grudzinskase a spol., ve které nebyla nalezena souvislost mezi gestačním věkem plodu při porodu a frekvencí koitálních aktivit v posledním měsíci těhotenství.² Tematicke sexuality po porodu je v knize naopak věnována celá kapitola. Podrobně rozebírá možnosti antikoncepce po porodu a během laktace, ale i nejvhodnější čas na začátek pohlavního života po porodu. Závěrem je souhlasně konstatováno, že nejvhodnější doba je ta dle přání a pocitů rodičky. Minimální doba abstinence je však dva týdny po porodu.³ Výskytem sexuálních dysfunkcí v závislosti na průběhu porodu se nezabývá žádná z dostupných světových učebnic porodnictví. Přitom se jedná o velice závažnou problematiku, výrazně ovlivňující kvalitu života ženy a vůbec jejího partnerského soužití. Tato naše práce si tedy klade za cíl nejen důkladně popsat změny v sexuálním životě

těhotných žen, ale především identifikovat rizikové faktory, které zvyšují výskyt sexuálních dysfunkcí v období půl roku po porodu.

1.1. Fyziologie ženské sexuality

1.1.1. Hormony regulující ženskou sexualitu

Pro správnou funkci pohlavních orgánů jsou nezbytné tři základní faktory, a to správné zásobení cévní, nervové a humorální. Zatímco u mužů je v posledním období kladen důraz na sexuální dysfunkci jako projev celkového cévního nebo nervového onemocnění, u žen jsou v popředí vlivy humorální, zejména pak ve vztahu k menstruačnímu cyklu, menopauze, těhotenství a laktaci. Sexuální hormony jsou produkovány především gonádami a jsou zpětnovazebně regulovány v ose hypothalamus-hypofýza-gonády. Elementární sexuální reakce však nejsou přísně hormonálně provázané v jednoduchém systému „vše nebo nic“. I ženy po kastraci jsou totiž schopné sexuálního vzrušení a pocitového vyvrcholení. Jsou schopné i erotické fascinace objektem. Rozdíl je však v síle a časování emocí.

Podle místa produkce jednotlivých hormonů můžeme aktivní látky dělit na mozkové působky, hormony produkované v ose hypothalamus-hypofýza a na ovariální steroidy.

Mozkové působky: z mozkových neurotransmiterů má pro sexuální chování lidí zvláštní význam dopamin (dyhydroxyfenylethylalanin). Dopaminergní látky sexuální aktivitu zvyšují (ergolinové deriváty, apomorfín, yohimbin), antagonisté dopaminu ji naopak snižují (neuroleptika). Serotonergní vlivy sexuální aktivitu lidí většinou snižují, podobně jako GABA-ergní mechanismy. Kromě neurotransmiterů se v mozku uplatňují též některé polypeptidy, největší význam má zřejmě prolaktin a endorfiny. V mozku je však možné najít i receptory přímo pro sexuální hormony estrogy, progesteron a testosteron.

Hypothalamus-hypofýza: hypothalamus produkuje látky, které nepůsobí celkově, ale činnost hypofýzy ovlivňují neurosekrecí. Gonadotropin releasing hormon (GnRH) řídí menstruační cyklus prostřednictvím své pulzující sekrece, jeho externí kontinuální podání vede k hormonální kastraci. PIF (dopaminergní substance) – samotný dopamin zřejmě inhibuje sekreci prolaktinu v hypofýze, jeho nedostatek vede k hyperprolaktinémii spojené s útlumem sexuality. Endogenní opioidy mají analgetický a sedativní účinek a vyplavují se ve zvýšené míře při orgasmu. Endorfiny se podílejí na subjektivním prožitku sexuální rozkoše a satisfakce. Mají vztah k refrakterní fázi, která následuje po orgasmu. Na druhé straně chronicky zvýšené hladiny endorfinů, které lze pozorovat u vrcholových sportovců, mohou vést k poruchám sekrece GnRH a následné poruše menstruačního cyklu a neplodnosti. Prolaktin je peptidický hormon hypofýzy, hyperprolaktinémie snižuje sexuální aktivitu a blokuje ovulaci.

Ovaria: hlavním místem produkce sexuálních hormonů – estrogenů, progesteronu a androgenů – jsou ovaria. Zatímco ve fertilním období modifikují sexuální odpověď ženské pohlavní hormony – estrogy a progesteron, po menopauze je kladen důraz na účinky androgenů.

Estrogy: za vývoj a trofiku ženských pohlavních orgánů odpovídají estrogy. Estradiol zvyšuje tonus a zlepšuje trofiku poševní sliznice. Vyvolává zde změny podporující nižší pH a příznivější podmínky pro růst poševního laktobacilu. Vlivem estrogenů se zlepšuje lubrikace, zvyšuje se tonus pochvy a její odolnost vůči zánětům. Nesporný je také centrální účinek estrogenů, zlepšují celkové emoční ladění ženy – mají antidepressivní potenciál a zvyšují sexuální apetenci. Vysoké hladiny estrogenů mají účinky antidopaminergní a zvyšují produkci prolaktinu.

Progesteron: hlavním posláním gestagenů je příprava pohlavních orgánů na přijetí oplodněného vajíčka. Na mozek působí sedativně až anesteticky, snižují sexuální aktivitu.

Vylučují se ve druhé fázi menstruačního cyklu, po ovulaci, kdy již není biologicky žádoucí sexuální aktivita, protože žena již není plodná.

Androgeny: hlavním sexuálním hormonem mužů jsou androgeny. U žen je popsán jejich pozitivní vliv na sexualitu, zejména pro jejich centrální působení – zvyšují sexuální touhu, libido a potencují odpověď pohlavních orgánů na sexuální stimuly. V poslední době je pozornost věnována kromě testosteronu i dyhydroepiandrosteronu, který, jak se zdá, má výraznější stimulační účinek u žen než u mužů.⁴

1.1.2. Ženské sexuální funkce

Ženské sexuální funkce lze didakticky rozdělit na sexuální touhu, vzrušení, orgasmus a satisfakci. Toto rozdělení je zvláště praktické pro definování poruch ženské sexuality.

Touha je mentální stav způsobený zevními a vnitřními stimuly, které indukují potřebu neboli chtíč zúčastnit se sexuální aktivity. Je složena z biologických základů, jejichž podkladem je působení hormonů, zvláště androgenů a estrogenů; z motivačních základů, jež jsou založeny na důvěrnosti, prožitku a vztazích; a z kognitivních záležitostí, jako jsou riziko a chtíč.

Vzrušení je stav specifických fyziologických a pocitových změn zpravidla spojených se sexuální aktivitou. Vzrušení může být složeno z centrálních mechanismů zahrnujících představu, sny a fantazie; negenitálních periferních mechanismů, jako je slinění, pocení, kožní vazodilatace a erekce bradavek; a genitálních mechanismů, jako je městnání v klitoridě, labiích a vagíně.

Orgasmus je alterace vědomí spojená s primárně genitálními vjemy. Orgasmus způsobují četné sensorické aferentní informace z klitoridy, labií, pochvy a periuretrálních žlázek, které pronikají centrálně do supraspinálních struktur, včetně thalamického septa. Po dostatečné sensorické stimulaci dochází k centrálnímu uvolnění neurotransmiterů, jež vede k opakovaným sekundovým motorickým kontrakcím pánevního dna (3–8 kontrakcí na jeden orgasmus), následovaných opakovanými kontrakcemi děložní a vaginální hladké svaloviny v intervalu 2–4 sekundy. Příjemné sensorické informace jsou přeneseny do kortikálních center pro rozkoš.

Satisfakce je subjektivní pocit uspokojení a harmonie. Pravděpodobně je způsoben vyplavením endorfinů z thalamických jader středního mozku.

1.2. Sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce žen je progresivní, vysoce prevalentní a na věku závislý stav komplikující život 30–60 % žen.⁵⁻⁹ Přestože mnohé studie zkoumají prevalenci ženské sexuální dysfunkce (ŽSD), nejsou zatím známé práce, které by sledovaly i některé rizikové faktory podobně jako u mužů (věk, hypertenze, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, kouření apod.). Jelikož je sexualita ženy více spojená s reprodukčními funkcemi než u muže (vliv menstruačního cyklu, těhotenství a porodu), jsou v centru pozornosti spíše tyto důležité faktory.

10. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí definuje sexuální dysfunkci jako „různé poruchy, které způsobují, že jedinec není schopen se účastnit sexuálního vztahu dle svých přání“.

Specifické kategorie v nomenklatuře zahrnují:

- nedostatek nebo ztrátu sexuální touhy (F 52.0),
- sexuální averzi (F 52.1),
- selhání genitální odpovědi (F 52.2),
- poruchy orgasmu (F 52.3.),

- neorganický vaginismus (F 52.5),
- neorganickou dyspareunii (F 52.6).

Tento klasifikační systém je založen na poznání fyziologické sexuální odpovědi a jeho hlavním kritériem je subjektivní nepohoda jedince. V klasifikaci ženské sexuální dysfunkce je potřebné rozlišovat organický a neorganický původ obtíží. V roce 1999 byl přijat obecný konsenzus při definici poruch sexuálních funkcí u ženy. Na jeho vzniku se podílelo 19 pracovních týmů z celkem pěti zemí složených z endokrinologů, rodinných lékařů, gynekologů, urologů, psychologů, psychiatrů, porodních asistentek, farmakologů, fyziologů a rehabilitačních lékařů. Pro zachování kontinuity s předešlými studiemi a klinickou praxí ponechává klasifikace **čtyři velké skupiny poruch**:

- poruchy sexuální touhy:
 - hypoaktivní poruchy sexuální touhy,
 - sexuální averze,
- poruchy sexuálního vzrušení,
- poruchy orgasmu,
- poruchy spojené s bolestí:
 - dyspareunie,
 - vaginismus,
 - ostatní sexuální bolesti.

1.2.1. Poruchy sexuální touhy

Hypoaktivní porucha sexuální touhy: definujeme ji jako perzistentní nebo rekurentní nedostatek nebo absenci sexuálních představ a myšlenek a absenci ochoty podílet se na sexuálních aktivitách, což způsobuje osobní nepohodu a nespokojenost.

Hypoaktivní sexuální porucha může být i sekundární při jiných dysfunkcích, např. při anorgasmii. Může být také následkem jiných fyzických a psychických poruch, jakož i partnerského konfliktu a ztráty zájmu o partnera. Tato porucha je nejčastějším sexuálním problémem mužů i žen. Vyskytuje se asi u 33 % žen ve věku od 18 do 59 let. Prudce stoupá s přibývajícím věkem, zvláště pak po 60. roce života. Je velice častá u chronických onemocnění a depresí. Ztráta libida je často popisována pacienty užívajícími antihypertenziva a antidepressiva. Ženy bývají postiženy častěji než muži, přibližně 3 : 1. Jako nejčastější příčina vzniku poruchy bývá udáván vztahový konflikt.¹⁰

Sexuální averze: představuje perzistující nebo rekurentní fobický odpor k sexuálním kontaktům s partnerem. Poměrně často je spojena s anamnézou sexuálního traumatu nebo s pohlavním zneužíváním.

1.2.2. Poruchy sexuálního vzrušení

Porucha sexuálního vzrušení je perzistující nebo rekurentní neschopnost dosáhnout nebo udržet dostatečné sexuální zaujetí, což působí osobní nepohodu. Toto se projeví buď nedostatkem subjektivního zájmu, nebo slabou somatickou odpovědí (lubrikace, tumescence). Tato skupina zahrnuje nejen organické, ale i duševní projevy nedostatku vzrušení. Poruchy vzrušení zahrnují i snížení citlivosti a prokrvení klitoridy a labií a nedostatečnou relaxaci hladké svaloviny pochvy. Příčinou mohou být nejen faktory psychologické, ale i tělesné onemocnění, jež vede ke snížení prokrvení pochvy a klitoridy. Etiologicky významným faktorem mohou být stavy po operacích malé pánve, po úrazech nebo užívání léků. Ženy s nedostatečnou lubrikací mohou pociťovat při styku i bolest. Tato porucha se vyskytuje u obou pohlaví, ale u mužů je lépe definována – jde o erektilní dysfunkci.

U žen ve skupině 18–59 let se porucha vyskytuje přibližně v 17–28 %.^{5-8;11-13} Přibližně polovina postižených žen udává vaginální suchost jako celoživotní problém. Po menopauze udává tento problém až 44 % žen^{9;14}.

1.2.3. Orgastické poruchy

Orgastická porucha je perzistující nebo rekurentní jev nebo neschopnost prožít orgasmus při dostatečné sexuální stimulaci. Tato neschopnost vede k osobní nepohodě a nespokojenosti. Orgastické poruchy mohou být primární nebo sekundární.

Primární anorgasmie je stav, při němž jedinec nikdy nedosáhl orgasmu při jakékoliv stimulaci. Osoby, které dosáhnou orgasmu při masturbaci, ale při styku s partnerem nikoli, jsou označovány jako osoby se **sekundární anorgasmii** neboli se situační poruchou orgasmu.

Porucha orgasmu u žen má velkou prevalenci, popisuje se asi u 24–37 % žen.^{5;7;11-13;15;16} Orgastická dysfunkce bývá spojena s problémy ve vztahu nebo s psychickými nemocemi a s užíváním některých medikamentů, zvláště antidepresiv.

1.2.4. Sexuální poruchy spojené s bolestí

Dyspareunie je rekurentní nebo perzistující genitální bolest spojená s pohlavním stykem. Diferenciálně-diagnosticky je nutno odlišit vaginismus, nedostatečnou lubrikaci, atrofii nebo vulvodynii. Méně častým etiologickým faktorem je endometrióza, pelvická kongesce, adheze, zjizvení hymenu, infekce a adnexální patologie. I urologické problémy, jako je cystitida a uretritida, mohou působit bolestivý styk.

Dyspareunie je poměrně častý stav. Jako aktuální problém ho udává 14–18 % žen, z nichž 45 % tím trpí celoživotně.^{5-9;11;12} **Vaginismus** je perzistující nebo rekurentní nechtěné stažení svalů dolní třetiny pochvy, jež brání penetraci penisu a způsobuje osobní nepohodu. Někdy je problematické odlišení mezi dyspareunií a vaginismem, protože samotná bolest může způsobovat kontrakce svalů pánevního dna a bránit penetraci. Nutno rozlišovat generalizovaný a situační vaginismus. První z nich se vyskytuje ve všech situacích, zatímco při situačním je někdy penetrace možná. Příčina není známa. Někdy doprovází některé nemoci a psychické interpersonální stavy, rovněž může být i projevem strukturálních a vývojových poruch.^{13;17;18}

1.2.5. Poruchy sexuální satisfakce

Ani dosažení orgasmu a uspokojivý průběh sexuálního vzrušení nemusí ještě znamenat úplnou spokojenost s průběhem sexuálního života. Samotný orgasmus může být zdrojem velice negativních pocitů. Takové stavy jsou však vzácné. Patří sem koitální a orgastické bolesti hlavy i jiné vegetativní potíže. U žen se stresovou inkontinencí moče může docházet i k pomočení.¹³

1.3. Sexualita v těhotenství a po porodu

1.3.1. Fyziologické změny genitálu v těhotenství

Vlivem vysokých hladin sexuálních hormonů v těhotenství, ale i vlivem relaxinu dochází k některým změnám genitálu, jež mohou interferovat se sexuální aktivitou. Mírně hypertrofují svaly pánevního dna, zejména musculus levator ani, který se stává hmatným jako pevný pruh asi 2 cm za hymenálním okrajem. Pochva vlivem estrogenů a relaxinu prosakuje, je více roztažitelná a zvyšuje se její transsudace. Vyšší obsah glykogenu v buňkách poševní sliznice

pomáhá k přemnožení *Candida albicans* a vede k častějším mykotickým zánětům. Cervix prosakuje, stává se křehkým, po pohlavním styku může krváčet. Ve třetím trimestru již hlavička tlačí na močový měchýř matky, takže během pohlavního styku může unikat moč. Po orgasmu může děloha slabě a nepravidelně kontrahovat, tyto kontrakce sice nevedou k předčasnému porodu, ale jsou vnímány velmi rušivě a nepříjemně. Prsy jsou citlivějšími, doteky mohou působit spíše rušivě až bolestivě.

1.3.2. Výskyt sexuálních dysfunkcí v těhotenství

Těhotenství přináší novou proměnnou do partnerského vztahu. K úloze sexuální aktivity (včetně orgasmu) v životě budoucí matky a jejího partnera se často přistupuje nezodpovědně nebo kontroverzně. Historicky byla těhotná žena v naší kultuře vnímána jako asexuální, v sexuálním životě během těhotenství a několik týdnů po porodu byla doporučována abstinence. V tomto smyslu se vedlo i těhotenské poradenství.

První studie na téma sexualita v těhotenství se věnovaly hlavně vlivu sexuálního života na průběh těhotenství, zvláště na riziko předčasných porodů.¹⁹⁻²⁴ Studie nepotvrdily zvýšené riziko nepříznivého výsledku těhotenství u sexuálně aktivních párů.

Později byl i intenzivně zkoumán komplexní vliv těhotenství na sexualitu ženy. Byly provedeny četné dotazníkové či formou rozhovoru vedené studie, zahrnující buď ženy samotné, nebo celé páry.

Vliv těhotenství na frekvenci sexuálních aktivit: frekvence styků mírně klesá v prvním trimestru a prudce pak ve třetím. Některé studie však poukazují na plynulý pokles aktivit v průběhu celého těhotenství, jiné ukazují na vzestup ve druhém trimestru. Do sedmého měsíce téměř všechny páry provozují sexuální styk, v osmém měsíci je to již pouze 50–75 % párů a v devátém jen jedna třetina. Kolem 10 % žen se vyhýbá sexuální aktivitě během celého těhotenství.²⁰ Barclay a spol. ve své formou rozhovoru vedené prospektivní studii zjistili průměrný pokles sexuálních kontaktů během 14 dnů z 9,84 před těhotenstvím na 4,84 v prvním trimestru, 3,46 ve druhém trimestru a 3,08 ve třetím trimestru těhotenství.²⁵ Aslan a spol. ve své dotazníkové prospektivní studii dokázali pokles sexuálních aktivit z průměrných 8,6 styků měsíčně před otěhotněním na 6,9, 5,4 a 2,5 v prvním, druhém a třetím trimestru.²⁶ Perkins ve své retrospektivní studii potvrdil plynulý pokles sexuálních aktivit v průběhu těhotenství. Tento pokles nebyl ovlivněn demografickými faktory, kromě faktu, že ženy s nižším vzděláním a ženy-katoličky měly signifikantně vyšší frekvenci sexuálních styků v průběhu těhotenství.²⁷ Bartellas a spol. ve své dotazníkové studii též potvrdili pokles sexuálních aktivit v průběhu těhotenství, tento však nezávisel na paritě, věku ženy, stupni vzdělání a náboženském přesvědčení.²⁸ Naproti tomu Bogren uvádí výraznější pokles frekvence pohlavních aktivit u vdaných žen oproti svobodným, které však mají stálého partnera.²⁹ Nijs a Dorpe zjistili výraznější pokles sexuální aktivity ve třetím trimestru u multipar oproti primiparám.²³ My jsme v naší práci zaznamenali vyšší sexuální aktivitu u žen s neplánovaným otěhotněním v prvním trimestru těhotenství, ve druhém a třetím trimestru jsme pak zaznamenali všeobecný pokles pohlavních aktivit bez rozdílu mezi plánovaným a neplánovaným těhotenstvím.³⁰

Vliv těhotenství na sexuální touhu a na zájem o sexuální aktivity: zájem o sex je u žen v prvním trimestru lehce snížen nebo nezměněn, ve třetím trimestru pak obvykle prudce klesá. Ve druhém trimestru studie docházejí k různým závěrům, od poklesu zájmu přes nezměněný stav až po mírný vzestup. Jako důvody poklesu zájmu v prvním trimestru uvádějí respondentky strach o plod, únavu a nevolnost. Ve třetím trimestru je to ztráta vlastní atraktivita, pocit nemotornosti, ale i reakce na bolesti pochvy a břicha během a po sexuálním styku.^{20;23;25;26;28;29;31-39} Bogren ve své práci uvádí větší pokles zájmu o pohlavní aktivity u žen

s vyšším vzděláním. Ostatní faktory, jako je délka vztahu, finanční situace a spokojenost v práci, neměly na zájem o sexuální aktivity vliv.²⁹

Vliv těhotenství na sexuální uspokojení a frekvenci orgasmů: mnohé práce poukazují na pokles frekvence orgasmů v závislosti s progresí těhotenství.^{30;40-42} Podle Bogrena až 35 % žen udává snížený výskyt orgasmů v prvním trimestru, 30 % ve druhém a 55 % ve třetím. Nezjistil žádnou demografickou ani sociální proměnnou, která by ovlivňovala pokles sexuálního uspokojení v těhotenství.²⁹ I v naší studii jsme potvrdili plynulý pokles schopnosti dosáhnout orgasmus v průběhu jednotlivých trimestrů. Zatímco před otěhotněním mělo více než 80 % žen orgasmus minimálně v polovině pohlavních styků, v prvním trimestru to bylo kolem 73 %, v druhém asi 62 % a ve třetím pouze 47 % žen. Nezaznamenali jsme však rozdíl v počtu orgasmů ve skupině s plánovaným a neplánovaným otěhotněním.³⁰

Vliv těhotenství na výskyt sexuálních dysfunkcí: většina studií uvádí vzestup výskytu dyspareunie v těhotenství. U populace netěhotných žen se popisuje 12% výskyt.^{6;7;11} V těhotenství pak výskyt dyspareunie stoupá dle jednotlivých studií na 22–50 %.^{6;7;11;20;28;31} Nutno ale poznamenat, že většina studií věnuje pozornost výskytu dyspareunie v poporodním období. Během těhotenství není tento fakt tak často zkoumán. V naší studii jsme zjistili statisticky významný vzestup bolestí pochvy a hráze, suchosti pochvy a bolestí v podbřišku během pohlavního styku v jednotlivých trimestrech.³⁰

1.4. Sexualita po porodu

Sexuální aktivita je jedním z nejzávažnějších zdrojů ovlivňujících kvalitu života jednotlivce a páru. Mnohé studie ukázaly, že po porodu prvního dítěte významně klesá manželské uspokojení. Sexualita je nejvulnerabilnější oblastí vztahu. Promítá se do ní nejen psychická a sociální pohoda vztahu, ale v nemalé míře i tělesné zdraví a kondice.²⁰ Únava matky způsobená starostí a péčí o dítě, nízké hladiny sexuálních hormonů v období kojení, ale i poporodní bolesti v oblasti hráze a pochvy způsobují, že určité procento žen se po porodu sexuální aktivitě vědomě vyhýbá, a proto bývá první rok po porodu laicky označován za „rok nevěř“. Vzhledem k tomu, že některé aspekty poporodní sexuality jsou přímo závislé na způsobu vedení porodu, je jim věnována poměrně značná pozornost.

1.4.1. Mechanismus poranění pánevního dna během porodu

V minulosti často prezentovaná myšlenka, že hlavním mechanismem porodního poranění je natahování poševní stěny, se ukázala jako nesprávná. Děložní krček se natáhne z 1 cm (a 3,1 cm po obvodu) na 10 cm (a 31 cm po obvodu), čímž se desetinásobně roztáhne jeho pojivová tkáň. Za 6 týdnů po porodu se krček vrací k původní velikosti a konzistenci. Pochva dilataje z původních 5 cm (a 15,5 cm po obvodu) na 10 cm (a 31 cm po obvodu), čímž se délka pojivové tkáně zdvojnásobí.

Předpokládalo se, že při porodu dochází k ruptuře kardinálních a uterosakrálních ligament v důsledku jejich trakce dolů během porodu. Při bližším prozkoumání ale byla tato domněnka opuštěna. Na začátku je totiž cervix na úrovni ischiálních spin a v této pozici zůstává během celého porodu. Dilatací se cervix blíží k pánevní stěně, čímž se napětí kardinálních a uterosakrální ligament spíše zmenšuje než naopak.

Je málo pravděpodobné, že se struktury poškozují ještě před tím, než hlavička nalehne na pánevní dno. Komprese bočních pánevních stěn někdy působí i poranění nervů v této oblasti známé jako porodnická paralýza, nicméně je to jev poměrně řídký. Působí ho extrémně dlouhé porody, se kterými se však v době moderního porodnictví prakticky nesetkáváme. Struktury pánevního dna jsou vystaveny tlaku teprve po sestupu hlavičky 1 cm pod interspinální linii. Od tohoto okamžiku tlačí hlavička plodu pánevní dno směrem dolů,

čímž dilataje relativně úzký poševní otvor. Během tohoto procesu jsou struktury kolem vagíny tlačeny směrem dolů. Natahují se tím nervová vlákna zásobující musculus levator ani i nervová vlákna pudendálního nervu. Čím je poševní východ užší a rigidnější, tím větší síla je nutná k dosažení dilatace, a tím stoupá i riziko neurálního poškození. Mimoto mohou tlaky vznikající uvnitř pánve mezi bočními stěnami a hlavičkou plodu kompresivně poranit pudendální nerv. Není zcela jasné, zda hlavním mechanismem poranění nervu je jeho disrupce nebo jeho komprese.⁴³

1.4.2. Vliv porodu na frekvenci sexuálních aktivit

Falicov referuje, že dvě třetiny primipar v jeho souboru obnovily sexuální aktivitu do dvou měsíců po porodu. Avšak koitální frekvence byla snížena na polovinu oproti aktivitě před těhotenstvím. Jako důvod uvádí u žen tenzi, únavu, bolesti prsů a hráze.⁴⁴ Tolor a DiGrazia udávají, že 80 % žen začne kohabitoval do šesti týdnů po porodu. Více než třetina udává styk častěji než čtyřikrát týdně. Je zajímavé, že třetina žen v uvedeném souboru udává, že by preferovaly i častější pohlavní aktivity.⁴⁵ Baxter na souboru primipar zjistil, že koitální frekvence po porodu je závislá na délce trvání druhé doby porodní.⁴⁶ Robson a spol. studovali skupinu primipar v období 12 týdnů, 6 měsíců a jeden rok po porodu. Téměř všechny ženy obnovily sexuální aktivitu do 12 týdnů a jedna třetina do 6 týdnů po porodu. Rok po porodu udávala většina žen sníženou frekvenci styků oproti stavu před otěhotněním, pouze 11 % udávalo frekvenci naopak zvýšenou.⁴⁷ Adinma ve své studii zahrnující zdravé nigerijské rodičky zjistil časnější návrat a vyšší sexuální aktivitu u afrických žen oproti ženám kavkazského typu. Zdůvodňuje to životním stylem v rodinném kruhu, kdy rozvětvená africká rodina aktivně pomáhá matce při péči o dítě a tato je pak méně vyčerpaná, a tudíž sexuálně aktivnější.⁴⁸ Rydingová udává, že 54 % žen začne pravidelně sexuálně žít do 8 týdnů po porodu, nicméně frekvence sexuálních aktivit je ještě 3 měsíce po porodu nižší než před otěhotněním.⁴⁹

1.4.3. Vliv porodu na sexuální touhu a na zájem o sexuální aktivity

Hyde a spol. udává u většiny žen po porodu pokles sexuální touhy trvající průměrně 4 měsíce po porodu. Rok po porodu pak již většina žen udává stejný nebo vyšší zájem o sexuální aktivitu než před otěhotněním. Statisticky významný rozdíl mezi skupinou kojících a nekojících žen nebyl zjištěn.⁵⁰ De Judicibusová a McCabeová zjistily vyšší výskyt nedostatečné sexuální touhy ještě půl roku po porodu, v těhotenství byl tento výskyt ještě vyšší oproti stavu po porodu.⁵¹

1.4.4. Vliv porodu na sexuální uspokojení a frekvenci orgasmů

Rydingová ve své studii udává pokles počtu žen, které měly vždy nebo téměř vždy při styku orgasmus z 62 % před porodem na 48 % po porodu, počet žen, které měly orgasmus alespoň v polovině styků poklesl z 20 na 16 %. Procento anorgasmických žen zůstává po porodu nezměněno – 26 %.⁴⁹ Fröhlich a spol. zjistili výrazný pokles frekvence orgasmů u žen během prvních styků po porodu. Orgastická schopnost byla snížena i oproti stavu ve třetím trimestru. Závislost na věku, paritě ani vzdělání nebyla zjištěna.⁵²

1.4.5. Vliv porodu na výskyt sexuálních dysfunkcí

Barettová ve své dotazníkové studii zjistila, že až 83 % žen má určitý problém v sexuálním životě 3 měsíce po porodu, půl roku po porodu pak počet klesá na 64 % a u 38 % žen stav

nedosáhne nikdy stejné kvality jako před otěhotněním. Dyspareunie po porodu je asociovaná s výskytem dyspareunie před otěhotněním, 6 měsíců po porodu již není její výskyt závislý na způsobu porodu.⁵³ Naproti tomu al Bustan a spol. neuvádějí vyšší výskyt dyspareunie po porodu u kuvajtských muslimek.³⁷

2. Materiál a metodika

Do studie byly zařazeny všechny prvoroďičky, které porodily na Gynekologicko-porodnické klinice FN Na Bulovce v době mezi 13. červnem 2004 a 31. červencem 2005. Prvoroďičky byly vybrány z důvodu zamezení vlivu předchozího porodu a šestinedělí. První porod bývá též často uváděn jako nejrizikovější faktor vzniku rozsáhlých porodních poranění, následných sexuálních dysfunkcí a inkontinence.^{20;43;54}

V uvedeném období rodilo na tomto pracovišti celkem 1673 žen, z toho 827 (49,43 %) primipar.

Ze studie byly z etických důvodů vyloučeny rodičky s mrtvým plodem (n = 1), s dítětem přepravovaným na novorozeneckou JIP (n = 10) a ženy HIV-pozitivní (n = 3), u nichž je sexualita výrazně ovlivněna primárním onemocněním, a dále i ženy, které po porodu opustily kliniku do 24 hodin (n = 5).

Všem rodičkám zahrnutým do studie byl vydán druhý den po porodu dotazník č. 1 a v případě jejich spolupráce a souhlasu jim byl půl roku po porodu zaslán poštou dotazník č. 2. Dotazníky byly přeloženy do většiny potřebných jazyků. K dispozici tedy bylo několik jazykových variant dotazníků (český, anglický, ruský, ukrajinský, vietnamský a čínský). Rodičky, jejichž mateřský jazyk nebyl mezi výše uvedenými, byly z uvedené studie vyloučeny. Jednalo se o rodičky z Moldávie (n = 2), Arménie (n = 2), Mongolska (n = 1), Nizozemska (n = 1), Francie (n = 1) a Japonska (n = 1). Primárně tedy bylo do studie zahrnuto 799 prvoroďiček.

Slovenským rodičkám byl vydán český dotazník. Dotazníky byly označeny značkou (C – český, A – anglický, R – ruský, U – ukrajinský, V – vietnamský a Ci – čínský) a pořadovým číslem. Součástí prvního dotazníku byl i motivační dopis a návod na vyplnění dotazníku s možností doplnit poštovní adresu pro zaslání druhého dotazníku v odstupu půl roku. Vyplnění prvního dotazníku s poskytnutím adresy bylo považováno za souhlas se zařazením ženy do studie a se zasláním druhého dotazníku. Vyplněný dotazník rodička vložila do přiložené obálky označené stejnou značkou a číslem a zalepila ji. Po obdržení druhého dotazníku byla adresa znehodnocena, obálka s prvním dotazníkem byla otevřena a oba dotazníky zpracovány anonymně, pouze pod pořadovým číslem a značkou. Tímto způsobem byla zachována absolutní anonymita respondentek.

Průběh jejich porodu byl podrobně zaznamenán do dvou protokolů. První byl vyplněn přímo porodníkem na porodním sálu a druhý byl dodatečně doplněn údaji z lékařské dokumentace. Dotazníky i protokoly byly označeny touž značkou a pořadovým číslem.

Po propuštění rodičky byly oba protokoly a vyplněný dotazník archivovány společně s dokumenty dalších rodiček vždy po 14denních intervalech.

Půl roku po porodu byl poštou na uvedenou adresu zaslán dotazník č. 2. Opět každé skupině ze 14denního intervalu najednou. V případě, že respondentka do 21 dnů neodpověděla, byl jí dotazník poslán znovu. Pokud neodpověděla ani na druhou výzvu, byla z celkového souboru vyřazena. Použili jsme pak pouze první dotazník na zjištění změn v průběhu těhotenství (oba uvedené dotazníky jsou uvedeny v příloze i s motivačními dopisy).

Získané údaje byly následně uloženy v databázi aplikace Microsoft Access a statisticky dále zpracovány.

2.1. Protokoly

Pro podrobnější záznam průběhu porodu byly vypracovány dva protokoly obsahující všechny podstatné údaje. První protokol byl jednoduchý a rychlý a obsahoval údaje, které nejsou standardně zaznamenávány v porodnické dokumentaci (obr. č.1).

Záznam o porodu (vyplňuje se na sále).
Pořadové číslo: C100/04
Datum porodu:

CAP zájem Ano Ne
CAP dokončený porod Ano Ne
Důvod nepozzení v CAPu

Příprava k porodu: žádná klyzma Yall

Kristellerova exprese:
 Žádná
 mírná při posledních 2-4 kontrakcích
 silná při posledních 2-4 kontrakcích
 mírná déle
 silná déle
Kdo ji dělal:

Poloha při aktivní fázi 2. doby porodní:
 záda porodnická stolička vara všechny 4 na boku jiná(jaká)

Poranění
Cervix
Přední kompartment: pravý pysk levý pysk clitoris uretra
Episiotomie 1.sin 1.dx med.
Poranění kráče lacerace 1.st. 2.st. 3.st.inkompl. 3.st.kompl 4.st.
Poranění pochvy vpravo
Rozsah dolní třetina střední třetina do klenby
 vlevo
Rozsah dolní třetina střední třetina do klenby
 ve středu
Rozsah dolní třetina střední třetina do klenby

Ošetření sutura – jednotlivé stehy pokračující steh
Analgezie: Mesocain – počet ampulí Xylocain, Epidur. Celková, Žádná.
Šicí materiál: Počet návlků:

Kdo ošetřoval:

Hodnocení chování rodičky
 ukázněná, klidná, spolupracující
 ukázněná, vystrašená, spolupracující
 nespolupracující
 arogantní

Bližší osoba u porodu	1. doba	2. doba
Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Přítelkyně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tchýně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sourozenec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obr. č. 1: Protokol č. 1 = Záznam o porodu vyplňovaný přímo na porodním sále

Protože na naší klinice existovalo Centrum aktivního porodu (CAP), jež fungovalo jako alternativní porodnické zařízení, zjišťovali jsme i zájem rodiček o alternativní porody a počet porodů proběhlých v tomto zařízení. V červnu roku 2005 toto zařízení z technických důvodů ukončilo svou činnost, proto nebyl v závěru tento údaj již vyhodnocen.

Na celostátní schůzi Gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP, která se konala v roce 2004 v Českém Krumlově, uznalo předsednictvo Perinatologické sekce ČGPS Kristellerovu expresi jako postup lege artis, a tak vzhledem k tomu, že tato metoda je sice široce používána, ale nebývá zaznamenána v porodnické dokumentaci, rozhodli jsme se zavést vlastní klasifikaci intenzity Kristellerovy exprese.

Dále byla v protokolu zaznamenána poloha rodičky ve vypuzovací fázi porodu a podrobný popis rozsahu poranění. Následoval popis způsobu ošetření poporodního poranění, včetně použitého šicího materiálu a počtu návlků, jako nepřímého ukazatele

rozsahu porodního poranění. Lékaři ošetřující porodní poranění byli do databáze zadáváni podle odborné erudice – bez atestace, s první a druhou atestací v oboru.

Záznam o porodu (šestineděli).
 Pořadové číslo: C 100/04
 Rok narození:
 Ukončené vzdělání klientky: Stav:
 Zaměstnání:
 Národnost:
 Kolikrát byla v poradně:
 Datum porodu:
 Ab: UPT: MC:
 Menarche: Týden těhotenství:
 Hmotnost před otěhotněním: před porodem: Výška:
 Pelvimetrie dbc: dbs: dbt: ce:
 Preindukce porodu:
 Indukce porodu: Prostaglandíny Amniotomie + oxytocin
 Indikace k indukci:
 Analgezie: Doba podání: Nález:
 Oxytocin: Doba podání: Nález:
 Trvání:
 1. doba porodní: začátek
 2. doba porodní: začátek
 Čas odtoku plodové vody: spontánní dirupce
 Čas porodu:
Patologie porodu:
 Abnormální rotace hlavičky
 Deflexní poloha temeno
 Deflexní poloha čelo
 Deflexní poloha obličej
 Dystokie ramínek: řešení:
 Kleště typ rovina rotace indikace
 KP spontánní
 KP parciální extrakce
 KP totální extrakce
 Manuální, instrumentální revize dělohy
 Sekce: Indikace:
 Poslední nález: hrdlo: branka:
 Anestezie:
 Komplikace:
 Krevní ztráta:
Dítě:
 Pohlaví:
 Hmotnost dítěte délka
 obvod hlavičky
 šířka ramínek
 Apgar skóre
 pH

Obr. č. 2: Protokol č. 2 = Záznam o těhotenství a porodu vyplňovaný z dokumentace

Do druhého protokolu se podrobně zaznamenávaly údaje z těhotenské průkazky a porodnické dokumentace (obr. č. 2). První odstavec zahrnoval základní demografické údaje = rok narození, ukončené vzdělání, rodinný stav, zaměstnání a národnost. Další část protokolu

obsahovala data z těhotenské průkazky a z přijímací zprávy – počet návštěv v poradně, počet spontánních a umělých potratů, menarche, typ menstruačního cyklu, hmotnost před otěhotněním a před porodem, tělesnou výšku, gestační stáří při porodu a pelvimetrické údaje. Dále byly zaznamenány údaje o průběhu porodu, včetně eventuální indukce, druh použité analgezie a oxytocinová augmentace. Za analgezií jsme považovali podání paracervikálního bloku, epidurální analgezií, venózní podání Nubainu® a lytické směsi (Dolsin® s Buscopanem®). Podání Algifenu® vzhledem k jeho minimálnímu analgetickému efektu nebylo sledováno. Sledováno bylo i trvání jednotlivých porodních dob a porodnické patologie. Jako poslední byly uvedeny údaje o narozeném dítěti – pohlaví, hmotnost, délka, obvod hlavičky, šířka ramínek a skóre dle Apgarové.

2.2. Dotazníky

Na psychometrický dotazník je kladeno několik požadavků. V první řadě musí být otázky jednoznačné, reprodukovatelné a srozumitelné. Klasické sexuologické dotazníky nebyly pro studii vhodné z toho důvodu, že vyžadují přítomnost osoby, která vede rozhovor, což může působit v poporodním období rušivě, a dále jsou hlavně zaměřeny zejména na psychickou stránku sexuálního prožívání, takže organické sexuální dysfunkce, které byly pro tuto studii dominantní, nejsou důkladně podchyceny.

Po podrobném prostudování publikovaných prací týkajících se sexuality v těhotenství a po porodu se jako nejvhodnější jevil dotazník vypracovaný týmem profesorky Barretové z School of Health Sciences and Social Care, Brunel University, London. Výsledky jejich pilotní i celkové studie byly publikovány a poměrně často citovány v následných pracích.^{53;55-58} Po písemném souhlasu autorky jsme převzali podstatnou část jejich dotazníku.

Výhodou dotazníku profesorky Barretové je fakt, že většina otázek je jednoduchá s možností volby, odpovídá se pomocí zaškrtování předložených možností do čtverečku. Otázky jsou formulovány jednoznačně a srozumitelně.

Vynechali jsme část věnující se podrobnému zkoumání jednotlivých sexuálních praktik po porodu. Pro naši práci nemají výpovědní hodnotu a naopak by mohly vést k častějšímu odmítnutí spolupráce respondentek. Přidali jsme několik podrobnějších otázek ohledně organických sexuálních dysfunkcí. Profesorka Barretová svůj dotazník používala pouze jednou, rozesílala ho 6 měsíců po porodu. My jsme vytvořili dva podobné dotazníky, jeden byl vydán respondentce 2.–3. den po porodu, další byl zaslán na uvedenou adresu půl roku po porodu.

Dotazník č. 1 obsahoval 19 otázek. Všechny otázky byly na principu výběru možností a jejich následného zaškrtnutí do připraveného čtverečku. V otázce č. 4 bylo možno dopsat jednoduchou odpověď, v otázce č. 5 bylo možno dopsat počet měsíců, ve kterých se pár snažil o početí dítěte, a v otázce č. 13 byla možnost doplnit používanou antikoncepční metodu, která nebyla uvedena v námi připraveném a přiloženém seznamu. Na závěr mohla respondentka slovně popsat své dojmy z průzkumu nebo fakta, které nemohla uvést v předešlých otázkách. Otázky č. 1 až 4 se týkaly problémů s močovou a anální kontinencí před otěhotněním a během jednotlivých trimestrů. Otázka č. 5 byla o tom, zda bylo dítě plánované nebo neplánované. Otázky 6 až 10 se týkaly prenatalní péče. Otázky č. 11 až 19 se týkaly sexuálního života před otěhotněním a během jednotlivých trimestrů, včetně výskytu sexuálních dysfunkcí, a vyjádření spokojenosti se sexuálním životem.

Dotazník č. 2 obsahoval 39 otázek. 35 otázek bylo opět na principu výběru možností a zaškrtnutím do čtverečku. Otázka č. 1 požadovala vepsání aktuální hmotnosti, otázka č. 16 pak zdůvodnění výběru možnosti v otázce, a poslední dvě otázky vybízely respondentky k napsání vlastních názorů na porod a těhotenskou péči. Otázky č. 1 až 4 se týkaly aktuálního životního stylu po porodu, cvičení a subjektivního hodnocení vlastní postavy. Otázky č. 5 a 6

se týkaly subjektivního hodnocení celkového zdravotního stavu po porodu. Otázky č. 7 až 10 se týkaly problémů s močovou a anální kontinencí. Otázky č. 11 až 33 se týkaly sexuálního života po porodu, výskytu sexuálních dysfunkcí a subjektivního hodnocení kvality sexuálního života. Otázky č. 34 až 37 byly zaměřeny na kojení a eventuální problémy při kojení. Poslední dvě otázky byly pobídkou k subjektivnímu hodnocení průzkumu a celkové péče o těhotné.

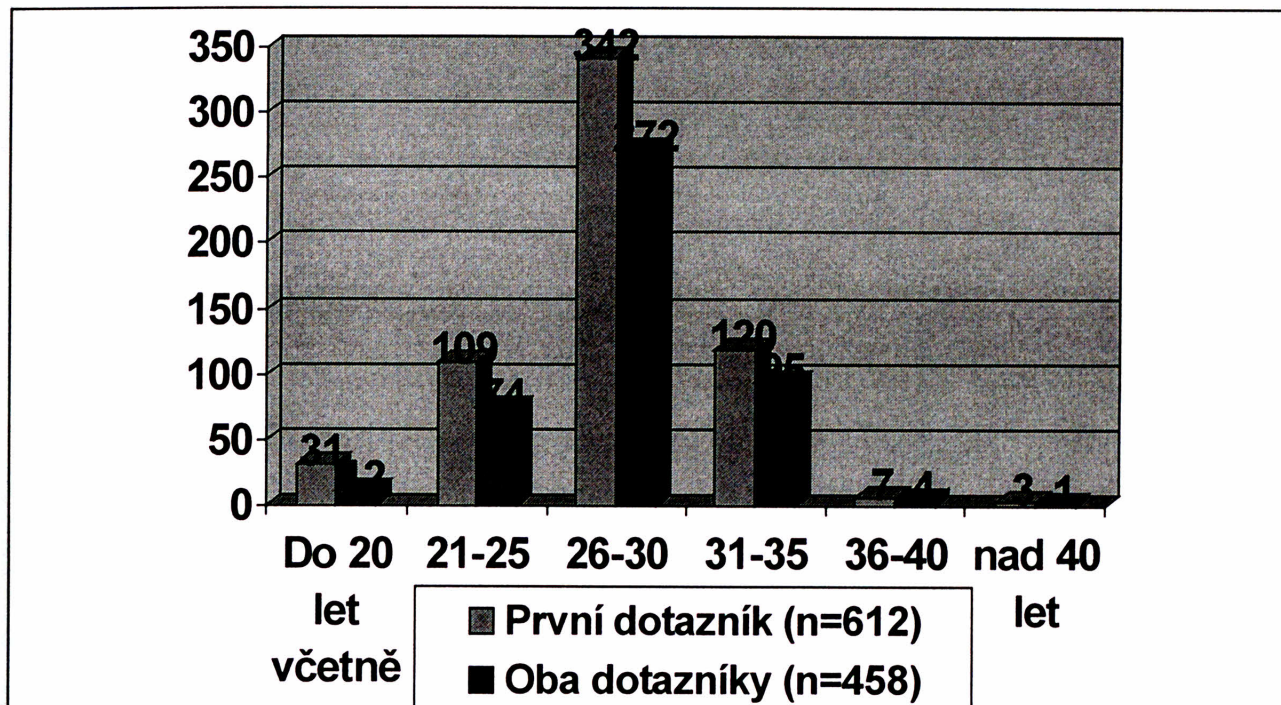
3. Výsledky

3.1. Charakteristika souboru

- *Demografické údaje*

První dotazník vyplnilo 612 oslovených primipar a druhý 458 primipar. Průměrný věk všech respondentek byl 27,87 let (16–41 let), průměrný věk žen, které vyplnily oba dotazníky, byl 28,19 let (16– 41 let).

Na obrázku č. 3 je graficky znázorněné věkové rozvrstvení obou souborů rodiček.



Obr. č. 3: Věkové rozvrstvení obou souborů rodiček

Rozdělení obou souborů podle dosaženého vzdělání je zahrnuto v tabulce č. 1.

Tabulka č. 2 zobrazuje rozdělení obou souborů dle rodinného stavu.

Tab.č. 1 Rozdělení obou souborů rodiček dle dosaženého vzdělání

	základní i neukončené	střední bez maturity	střední s maturitou	vysokoškolské	nezjištěno
první dotazník (n = 612)	35 (5,72 %)	106 (17,32 %)	319 (52,12 %)	146 (23,86 %)	6 (9,80 %)
oba dotazníky (n = 458)	21 (4,59 %)	72 (15,72 %)	249 (54,37 %)	114 (24,89 %)	2 (4,37 %)

Tab. č. 2: Rozdělení obou souborů podle rodinného stavu

	vdaná	svobodná	rozvedená	nezjištěno
první dotazník (n = 612)	405 (66,18 %)	196 (32,03 %)	8 (1,31 %)	3 (0,49 %)
oba dotazníky (n = 458)	323 (70,52 %)	130 (28,38 %)	4 (0,87 %)	1 (0,21 %)

V tabulce č. 3 jsou zobrazeny počty vrácených dotazníků dle jednotlivých jazykových variant. Ve všeobecnosti je návratnost cizojazyčných dotazníků relativně nízká. Druhý dotazník poštou byl poslán zpět pouze v české, ukrajinské, ruské a anglické verzi. Rodičky vietnamské a čínské národnosti dále na studii nespolečně pracovaly. Rodičky slovenské národnosti žijící dlouhodobě v České republice obdržely českou variantu dotazníků (9 z nich vrátilo první dotazník a 6 vrátilo dotazníky oba).

Tab. č. 3: Rozdělení souboru dle jazykové varianty dotazníků

	český	ukrajin.	anglický	ruský	čínský	vietnam.
první dotazník (n = 612)	578	19	4	5	3	3
oba dotazníky (n = 458)	446	9	2	1	0	0

• **Porodnické údaje**

V následujících tabulkách jsou shrnuty porodnické údaje získané z protokolů. V prvním sloupci (A) jsou zastoupeny respondentky, které odevzdaly první dotazník, a ve druhém sloupci (B) jsou pak rodičky, které nám vyplnily dotazníky oba.

V tabulce č. 4 jsou seřazeny údaje z těhotenské průkazky: menarche, počet samovolných potratů, počet umělých ukončení těhotenství, celkový počet těhotenství, rozdělení dle BMI před otěhotněním a dle nárůstu hmotnosti během těhotenství, a počet návštěv v poradně.

V tabulce č. 5 jsou seřazeny souhrnné údaje o průběhu porodu. Obsahuje rozdělení dle gestačního týdne, počet indukcí a rozdělení dle indikace k indukci, použití porodnické analgezie, podání oxytocinu, operační porody a porody koncem pánevním.

Do tabulky č. 6 jsou zahrnuty údaje o rozsahu porodních poranění. Samostatně je hodnocen počet a způsob provedených epiziotomií, spontánních poranění hráze, pochvy, předního kompartmentu (labia minora, klitorda a uretra) a poranění děložního krčku.

V tabulce č. 7 jsou porozené děti rozděleny dle pohlaví a hmotnostních kategorií

Tab. č. 4: Souhrn některých údajů z těhotenské průkazky

	A (n = 612)	B (n = 458)
menarche		
průměrně	13,24	13,22
rozmezí	10–8	10–18
modus	13 (211 krát)	13 (166 krát)
spontánní potraty		
žádný spontánní ab	548 (89,54 %)	412 (89,96 %)
1 spontánní abort	58 (9,48 %)	43 (9,39 %)
2 spontánní aborty	6 (0,98 %)	3 (0,66 %)
umělé ukončení těhotenství		
žádné UUT	513 (83,82 %)	387 (84,50 %)
1 UUT	85 (13,89 %)	61 (13,32 %)
2 UUT	12 (1,96 %)	9 (1,97 %)
3 UUT	2 (0,33 %)	1 (0,22 %)
celkový počet těhotenství		
primigravida	458 (74,84 %)	348 (75,98 %)
secundigravida	126 (20,59 %)	91 (19,87 %)
tercigravida	26 (4,25 %)	18 (3,93 %)
quartigravida	1 (0,16 %)	0
quintigravida	1 (0,16 %)	1 (0,22 %)
BMI před otěhotněním		
< 18,5	46 (7,51 %)	28 (6,11 %)
18,5–24,9	459 (75,0 %)	344 (75,11 %)
25–29,9	72 (11,76 %)	54 (11,79 %)
30–34,9	18 (2,94 %)	17 (3,71 %)
> 35	5 (0,82 %)	4 (0,87 %)
nárůst hmotnosti během těhotenství		
průměrně	14,73	14,71
rozmezí	2–33	3–33
modus	13 (54krát)	14 (39krát)
počet návštěv poradny		
bez návštěvy poradny	12	6
průměrně	12,62	12,95
rozmezí návštěv poradny	0–24	0–24
modus	13 (105krát)	13 (85krát)

Tab. č. 5: Souhrnné údaje o průběhu porodu

	A (n = 612)	B (n = 458)
gestační týden		
36.	13 (2,12 %]	8 (1,75 %)
37.	13 (2,12 %)	10 (2,18 %)
38.	43 (7,03 %)	32 (6,97 %)
39.	96 (15,69 %)	75 (16,38 %)
40.	166 (27,12 %)	122 (26,64 %)
41.	162 (26,47 %)	121 (26,42 %)
42.	114 (18,63 %)	87 (19,00 %)
43.	5 (0,82 %)	3 (0,66 %)
průměrně	40,22	40,22
indukce porodu		
počet indukcí	55 (8,99 %)	45 (9,83 %)
prostaglandiny	51 (8,33 %)	41 (8,95 %)
disrupce vaku + oxytocin	4 (0,65 %)	4 (0,87 %)
indikace indukce		
potermínové těhotenství	38 (6,21 %)	32 (6,99 %)
gestační hypertenze	5 (0,82 %)	5 (1,09 %)
diabetes mellitus gestationis	4 (0,65 %)	4 (0,87 %)
preeklampsie	5 (0,82 %)	3 (0,66 %)
programovaný porod	2 (0,32 %)	1 (0,22 %)
analgezie za porodu		
epidurální analgezie	78 (12,75 %)	58 (12,66 %)
paracervikální blok	68 (11,11 %)	49 (10,70 %)
neuroplegická směs	14 (2,29 %)	13 (2,84 %)
puhendální blok	3 (0,49 %)	2 (0,44 %)
Nubain® i.v.	7 (1,14 %)	6 (1,31 %)
augmentace oxytocinem		
celkově	166 (27,12 %)	128 (27,95 %)
1. doba porodní	144 (23,53)	109 (23,80 %)
2. doba porodní	22 (3,59 %)	19 (4,15 %)
operační porody		
císařské řezy	73 (11,93 %)	49 (10,70 %)
primární císařský řez	17 (2,78 %)	14 (3,06 %)
sekundární císařský řez	56 (9,15 %)	35 (7,64 %)
forceps	12 (1,96 %)	8 (1,75 %)
porod koncem pánevním (KP)		
celkově	25 (4,08 %)	20 (4,37 %)
KP císařský řez	12 (1,96 %)	10 (2,18 %)
KP vaginálně	13 (2,12 %)	10 (2,18 %)
KP spontánně	10 (1,63 %)	8 (1,75 %)
KP parciální extrakce	2 (0,32 %)	1 (0,22 %)
KP totální extrakce	1 (0,16 %)	1 (0,22 %)

Tab. č. 6: Souhrn porodních poranění

	A (n = 612)	B (n = 458)
bez poranění		
bez poranění pochvy a hráze	72 (11,76 %)	54 (11,79 %)
plně bez poranění	38 (6,21 %)	28 (6,11 %)
porodní poranění – epiziotomie		
epiziotomie celkově	249 (40,69 %)	188 (41,05 %)
epiziotomie l. sin.	148 (24,18 %)	112 (24,45 %)
epiziotomie l. dx.	77 (12,58 %)	59 (12,88 %)
epiziotomie med.	24 (3,92 %)	17 (3,71 %)
poranění hráze		
lacerace komisury	46 (7,52 %)	34 (7,42 %)
1. stupně	65 (10,62 %)	44 (9,41 %)
2. stupně	49 (8,0 %)	42 (9,17 %)
3. stupně inkompletní	8 (1,31 %)	6 (1,31 %)
3. stupně kompletní	3 (0,49 %)	3 (0,66 %)
poranění pochvy		
vpravo dolní třetina	60 (9,80 %)	41 (8,95 %)
vpravo do druhé třetiny	19 (3,10 %)	16 (3,49 %)
vpravo do klenby	5 (0,82 %)	3 (0,69 %)
vpravo celkově	84 (13,73 %)	60 (13,10 %)
vlevo dolní třetina	46 (7,52 %)	37 (8,08 %)
vlevo do druhé třetiny	16 (2,61 %)	13 (2,84 %)
vlevo do klenby	4 (0,65 %)	3 (0,65 %)
vlevo celkově	66 (10,78 %)	53 (11,57 %)
ve středu dolní třetina	25 (4,08 %)	21 (4,59 %)
ve středu do druhé třetiny	2 (0,33 %)	1 (0,22 %)
ve středu do klenby	0	0
ve středu celkově	27 (4,41 %)	22 (4,80 %)
poranění cervixu a předního kompartmentu		
poranění cervixu	52 (8,50 %)	38 (8,30 %)
poranění pravého malého labia	79 (12,91 %)	58 (12,66 %)
poranění levého malého labia	62 (10,13 %)	42 (9,17 %)
poranění klitoridy	2 (0,33 %)	2 (0,44 %)
poranění uretry	1 (0,16 %)	1 (0,22 %)
celkově počet poranění předního kompartmentu	102 (16,67 %)	73 (15,94 %)

Tab. č. 7: Charakteristika porozených dětí

	A (n = 612)	B (n = 458)
pohlaví dítěte		
chlapec	321 (52,45 %)	238 (51,97 %)
děvče	289 (47,22 %)	220 (48,03 %)
dvojčata	2	0
hmotnost plodu		
< 2500	13 (2,12 %)	8 (1,75 %)
2500–2999	98 (16,01 %)	76 (16,60 %)
3000–3499	263 (42,97 %)	203 (44,32 %)
3500–3999	185 (30,23 %)	135 (29,48 %)
4000–4499	43 (7,03 %)	31 (6,77 %)
> 4500	8 (1,31 %)	5 (1,09 %)

3.2. Výskyt močové inkontinence a změny sexuality v graviditě

- *Výskyt močové inkontinence v graviditě*

Na základě odpovědí v dotazníku byl soubor inkontinentních žen rozdělen na ženy se stresovou inkontinencí (únik při smíchu, zátěži, cvičení), s urgentní (únik při náhlém nutkání na močení) a se smíšenou inkontinencí (únik v obou situacích) – tabulka č. 8. Určitá nepřesnost v charakteristice inkontinence pouze na základě odebrané anamnézy byla brána v potaz, výskyt inkontinence byl hodnocen i celkově, nezávisle na formě.

Tab. č. 8: Výskyt jednotlivých typů inkontinence v jednotlivých trimestrech

druh inkontin.	před těhoten.	1. trimestr	2. trimestr	3. trimestr
urgentní	26	26	47	83
smíšená	4	7	21	83
stresová	84	80	128	167
celkem	114	113	196	333
ne	498	499	416	279

Testem závislosti χ^2 (tab. č. 9) byla otestována celková inkontinence i každý typ zvlášť a výsledkem je tvrzení, že během těhotenství počet inkontinentních žen (jak celkem, tak jednotlivé typy) statisticky významně roste počínaje 2. trimestrem.

Tab. č. 9: Výsledky všech testů závislosti χ^2

testováno	hladina významnosti			
	celkem	urgentní	smíšená	stresová
před x 1. trim.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
před x 2. trim	0,0001	0,05	0,001	0,001
před x 3. trim	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
1. trim. x 2. trim	0,0001	0,05	0,01	0,001
1. trim. x 3. trim	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
2. trim. x 3. trim	0,0001	0,001	0,0001	0,01

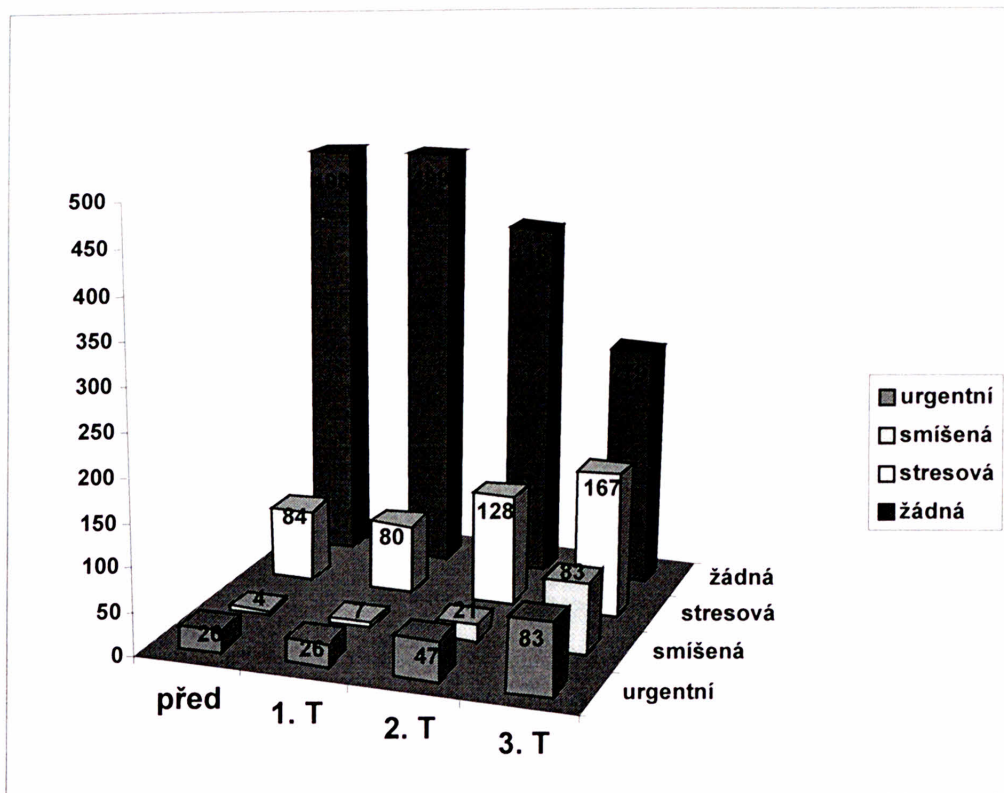
Otestovali jsme některé faktory – BMI před otěhotněním, nárůst hmotnosti během těhotenství a věk, zda nezvyšují riziko výskytu jednotlivých typů inkontinence v těhotenství. V tabulce č. 10 testujeme závislost jednotlivých typů inkontinence na BMI před otěhotněním. Zkoumali jsme inkontinenci před otěhotněním a ve 3. trimestru. Chtěli jsme prokázat vliv nadváhy (BMI 26–30) a obezity (BMI nad 30) na únik moče před otěhotněním, popř. vliv nadváhy před otěhotněním na vznik inkontinence ve 3. trimestru.

Tab. č. 10: Závislost inkontinence před těhotenstvím a ve 3. trimestru na BMI před otěhotněním

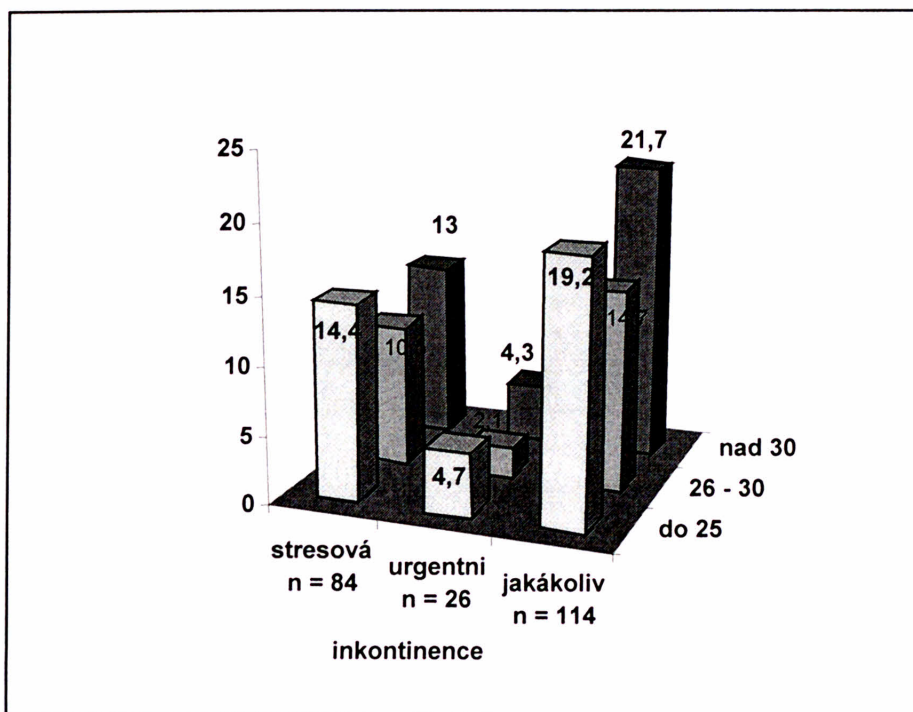
závislost inkontinence před těhotenstvím na BMI před těhotenstvím										
BMI	celkem	stresová inkontinence n = 84			urgentní inkontinence n = 26			inkontinence n = 114		
		ano	ne	% ano	ano	ne	% ano	ano	ne	% ano
do 25	494	71	423	14,4	23	471	4,7	95	399	19,2
26–30	95	10	85	10,5	2	93	2,1	14	81	14,7
ad 30	23	3	20	13,0	1	22	4,3	5	18	21,7
výsledek χ^2 -testu		p = 0,6051 N.S.			p = 0,5287 N.S.			p = 0,5449 N.S.		
závislost inkontinence ve 3. trimestru na BMI před těhotenstvím										
BMI	celkem	stresová inkontinence n = 167			urgentní inkontinence n = 83			inkontinence n = 333		
		ano	ne	% ano	ano	ne	% ano	ano	ne	% ano
do 25	494	137	357	27,7	62	432	12,6	262	232	53,0
26–30	95	25	70	26,3	15	80	15,8	57	38	60,0
nad 30	23	5	18	21,7	6	17	26,1	14	9	60,1
výsledek χ^2 -testu		p = 0,7979 N.S.			p = 0,1415 N.S.			p = 0,3754 N.S.		

Obrázek č. 4 graficky znázorňuje nárůst jednotlivých typů inkontinence v průběhu těhotenství.

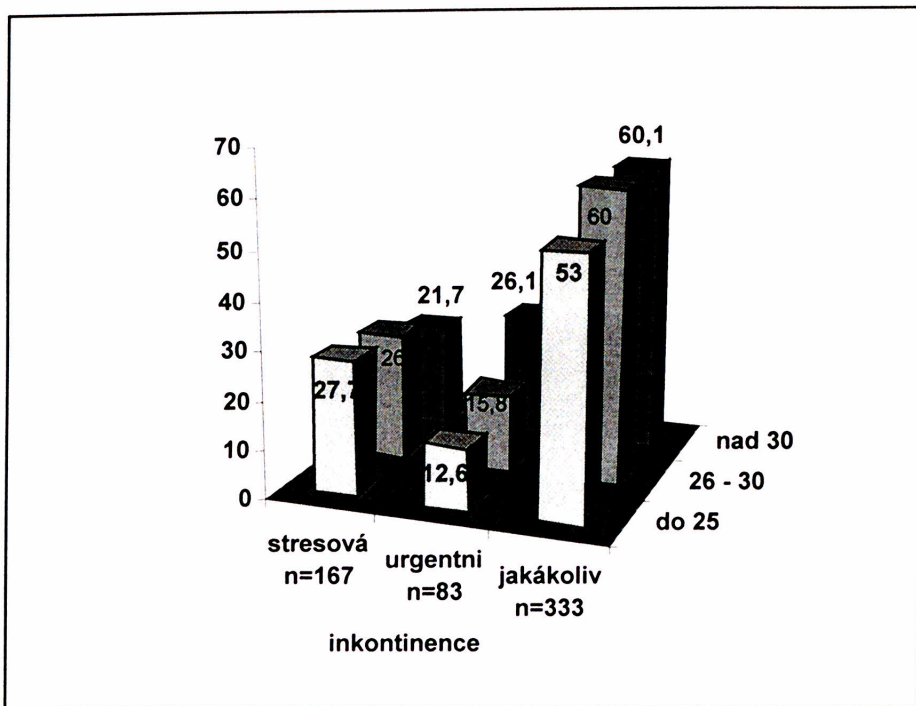
Nepodařilo se nám prokázat, že by inkontinence před těhotenstvím a ve 3. trimestru statisticky významně závisela na BMI před těhotenstvím. Procenta inkontinentních žen v každé ze tří kategorií podle BMI jsou jen nevýznamně odlišná (nejmarkantnější rozdíl, i když statisticky nevýznamný, je u urgentní inkontinence ve 3. trimestru, kde pro BMI do 25 je 12,6 % inkontinentních a pro BMI nad 30 je 26,1 % inkontinentních). K hodnocení jsme použili test závislosti chí-kvadrát (χ^2).



Obr. č. 4: Inkontinence v průběhu těhotenství: počet inkontinentních žen statisticky významně stoupá až do 2. trimestru



Obr. č. 5: Procento inkontinentních žen před otěhotněním v jednotlivých kategoriích dle BMI (rozdíly výskytu v kategoriích nejsou signifikantní)



Obr. č. 6: Procento inkontinentních žen ve 3. trimestru v kategoriích dle BMI před otěhotněním (rozdíly v kategoriích BMI nejsou signifikantní)

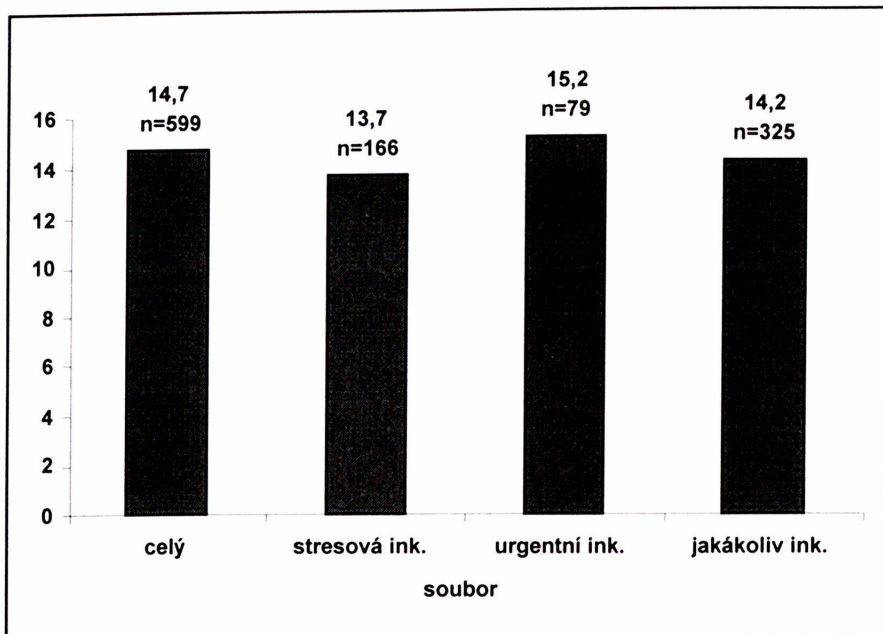
Testovali jsme i závislost nárůstu hmotnosti v těhotenství na výskyt močové inkontinence ve třetím trimestru.

Tab. č. 11: Charakteristika nárůstu hmotnosti v jednotlivých skupinách inkontinentních žen a v celém souboru

	přírůstek hmotnosti	n	min.	max.	prům.	sm. odch.
1	celý soubor	59 9	2	33	14,74	4,929
2	stresová inkontinence	16 6	3	31	13,69	4,861
3	urgentní inkontinence	79	3	33	15,19	5,962
4	jakákoliv inkontinence	32 5	3	33	14,17	5,063

Tab. č. 12: Výsledek t-testů z testování každého souboru s každým

testováno	1 x 2	1 x 3	1 x 4	2 x 3	2 x 4	3 x 4
p	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.



Obr. č. 7: Průměrné přírůstky za dobu těhotenství ve čtyřech souborech žen

Tab. č. 13: Závislost inkontinence před otěhotněním a ve 3. trimestru na věku ženy

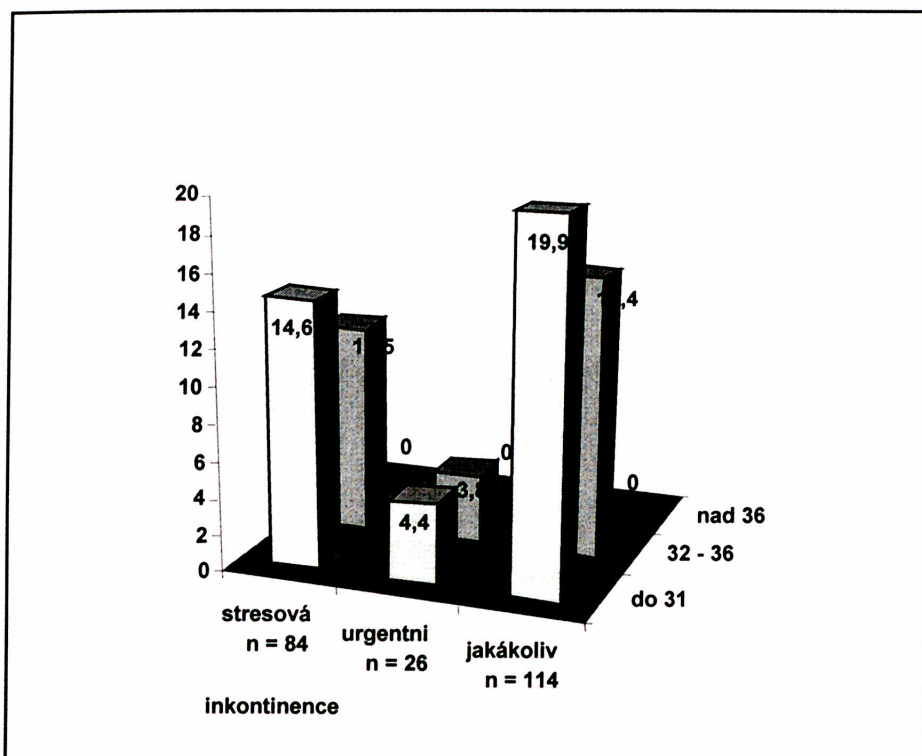
závislost inkontinence před těhotenstvím na věku před těhotenstvím										
věk	celkem	stresová inkontinence n = 84			urgentní inkontinence n = 26			celkově inkontinence n = 114		
		ano	ne	% ano	ano	ne	% ano	ano	ne	% ano
do 31	472	69	403	14,6	21	451	4,4	94	378	19,9
32–36	130	15	115	11,5	5	125	3,8	20	110	15,4
nad 36	10	0	10	0,0	0	10	0,0	0	10	0,0
výsledek χ^2 -testu		p = 0,2961 N.S.			p = 0,7626 N.S.			p = 0,1566 N.S.		
závislost inkontinence ve 3. trimestru na věku před těhotenstvím										
věk	celkem	stresová inkontinence n = 167			urgentní inkontinence n = 83			celkově inkontinence n = 333		
		ano	ne	% ano	ano	ne	% ano	ano	ne	% ano
do 31	472	130	342	27,5	71	401	15,0	259	213	54,9
32–36	130	33	97	25,4	12	118	9,2	64	66	49,2
nad 36	10	4	6	40,0	0	10	0,0	10	0	100,0
výsledek χ^2 -testu		p = 0,5865 N.S.			p = 0,1037 N.S.			p = 0,0074 xx		

Neprokázali jsme signifikantní podíl vyššího nárůstu hmotnosti v těhotenství na výskyt inkontinence ve třetím trimestru.

Z rizikových faktorů vzniku inkontinence jsme ještě otestovali věk rodiček. Hodnotili jsme samostatně stresovou a urgentní inkontinenci a celkovou inkontinenci. Smíšenou jsme samostatně nehodnotili pro malý soubor, byla zahrnuta v celkovém počtu inkontinentních žen.

Nepodařilo se nám prokázat, že by inkontinence před těhotenstvím a inkontinence ve 3. trimestru statisticky významně závisela na věku žen před těhotenstvím, kromě jediné výjimky.

Ženy ve věkové kategorii nad 36 let trpí inkontinencí ve třetím trimestru ve 100 %, protože se jedná o málo početný soubor (pouze 10 žen), je nutné brát výsledek s jistou rezervou.



Obr. č. 8: Procento inkontinentních žen ve třech věkových kategoriích před těhotenstvím, p = N.S.

Pokusili jsme se otestovat, zda inkontinence před otěhotněním a ve 3. trimestru jako projev dysfunkce pánevního dna není rizikovým faktorem rozsáhlého porodního poranění. Výsledky testování jsou shrnuty v tabulce č. 14 a 15.

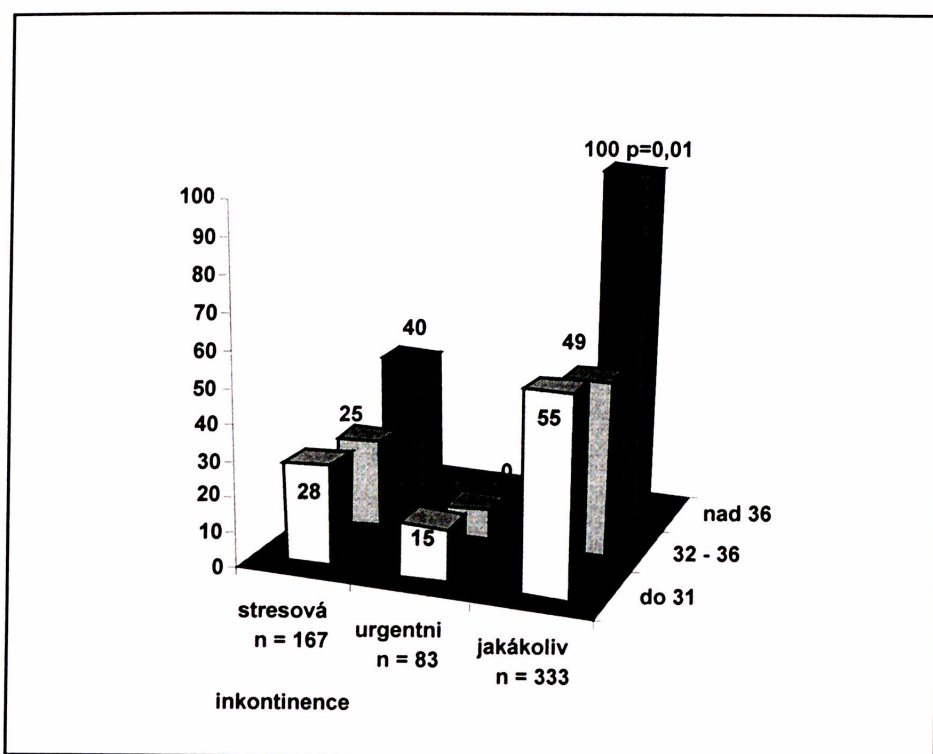
Tab. č. 14: Tabulka závislosti poranění při vaginálním porodu; n = 527 (35 porodů nezařazeno); oproti přítomnosti inkontinence před těhotenstvím, testem závislosti χ^2 , p = 0,4941 N.S.

poranění	celkem	inkontinence před těhotenstvím	
		ano	ne
žádné	72	8	64
malé poranění hráze 1.st.	111	17	94
epiziotomie + 2. st.	298	39	259
3. st.	11	0	11
celkem porodů	492	64	428

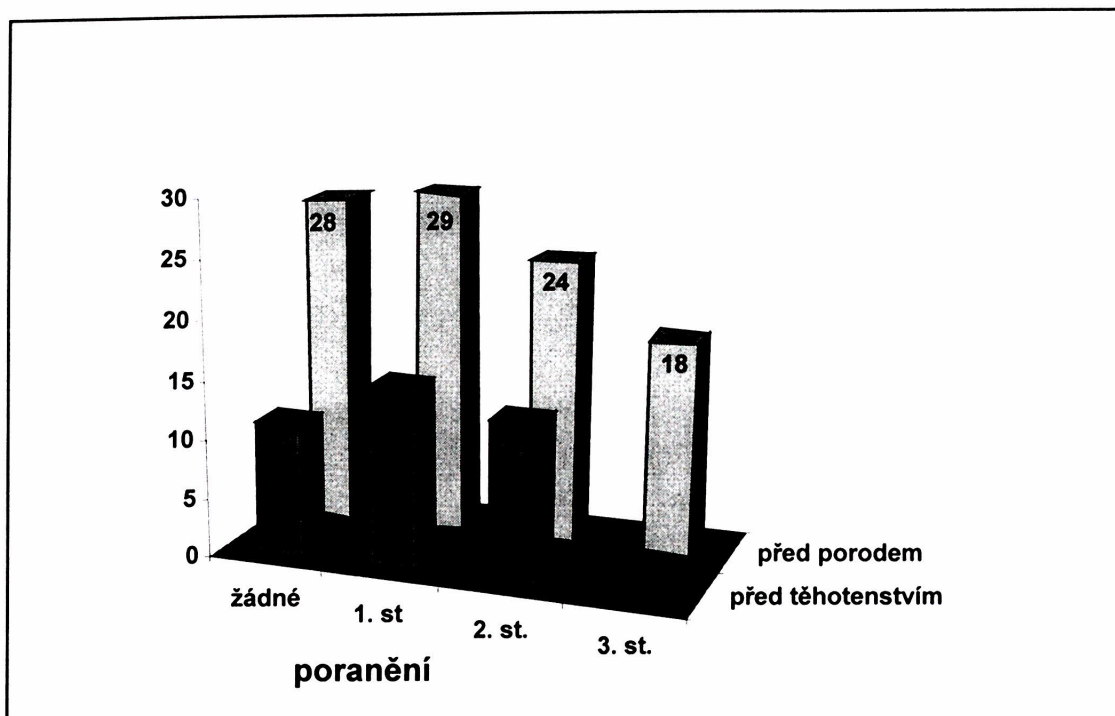
Tab. č. 15: Tabulka závislosti poranění při vaginálním porodu; $n = 527$ (35 porodů nezařazeno); oproti přítomnosti inkontinence před porodem, testem závislosti χ^2 , $p = 0,6989$ N.S.

poranění	celkem	inkontinence před porodem	
		ano	ne
žádné	72	20	52
malé poranění hráze 1.st.	111	32	79
epiziotomie + 2. st.	298	72	226
3. st.	11	2	9
celkem porodů	492	126	366

Nepodařilo se prokázat, že by inkontinence moče před otěhotněním a ve 3. trimestru kauzálně souvisela s rozsahem porodního poranění.



Obr. č. 9: Procento inkontinentních žen ve třech věkových kategoriích ve 3. trimestru



Obr. č. 10: Procenta inkontinentních žen pro čtyři typy porodních poranění při vaginálních porodech n = 527

3.3. Vliv těhotenství na sexualitu ženy

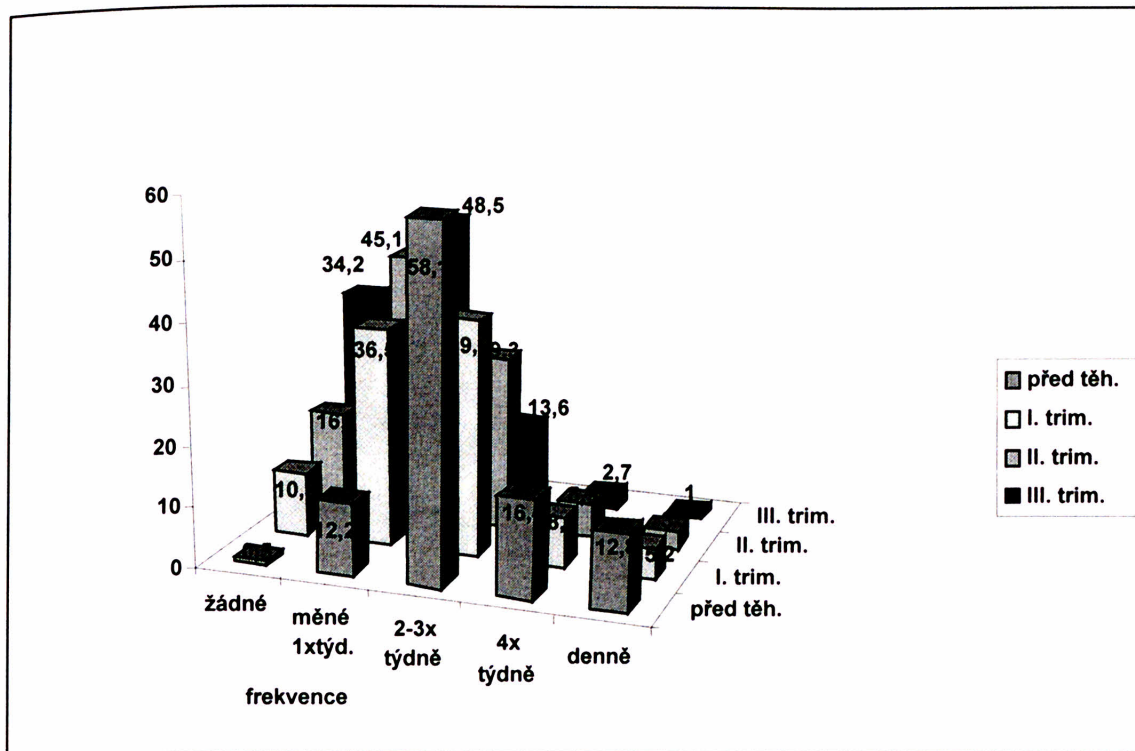
- *Frekvence pohlavních styků*

V tabulce č. 16 je souhrn frekvencí pohlavních styků před a v průběhu těhotenství. Tři probandky udaly, že před otěhotněním neměly žádný pohlavní styk, jedná se pravděpodobně o omyl z jejich strany.

Tab. č. 16: Frekvence pohlavních styků před a během těhotenství a výsledky t-testů mezi jednotlivými dobami těhotenství, $\chi^2 = 701,05$, st. vol. = 12, $p = 0,0001$

doba		frekvence styků					celkem
		žádné	méně než 1	2–3 t.	4 t.	denně	
1	před těhotenstvím	3	72	344	97	76	592
2	1. trimestr	63	218	234	51	31	597
3	2. trimestr	99	268	174	35	18	594
4	3. trimestr	204	289	81	16	6	596
1 x 2	1 x 3	1 x 4	2 x 3	2 x 4	3 x 4		
0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001		

Frekvence pohlavních styků statisticky významně klesá v jednotlivých trimestrech těhotenství.



Obr. č. 11: Procenta žen v jednotlivých kategoriích: závislost frekvence styku na době těhotenství, $p = 0,0001$

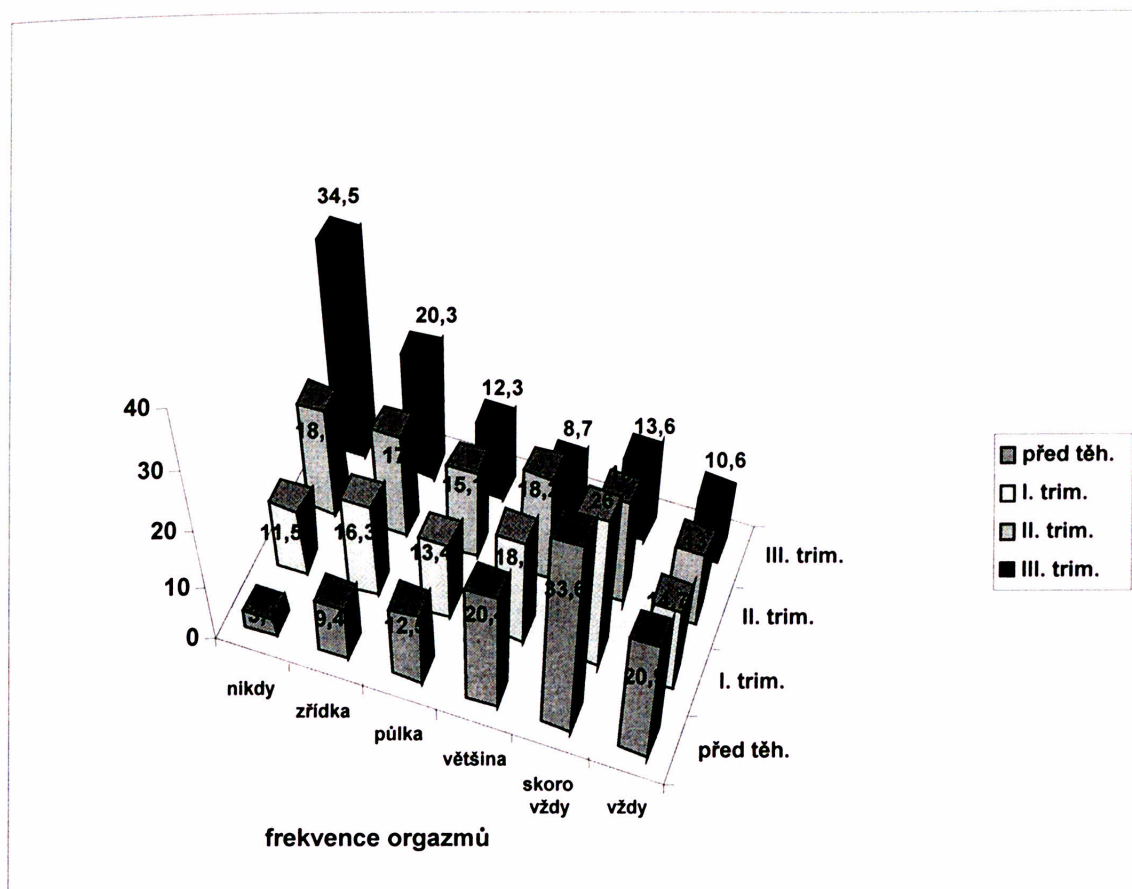
- *Schopnost dosáhnout orgasmus*

V tabulce č. 17 je rozdělení souboru žen dle údajů o dosahování sexuálního uspokojení (orgasmu) před otěhotněním a v průběhu jednotlivých trimestrů.

Tab. č. 17: Frekvence orgasmů u žen před otěhotněním a v průběhu jednotlivých trimestrů. Výsledky t -testů mezi jednotlivými obdobími, $\chi^2 = 291,52$, st. vol. = 15, $p = 0,0001$

doba		frekvence orgasmu						celkem
		nikdy	zřídka do 30 %	napůl 40–60 %	většina 70–80 %	skoro vždy 90 %	vždy 100 %	
1	před těhotenstvím	18	54	72	117	193	120	574
2	1. trimestr	62	88	72	98	140	79	539
3	2. trimestr	95	92	79	95	94	68	523
4	3. trimestr	163	96	58	41	64	50	472
1 x 2	1 x 3	1 x 4	2 x 3	2 x 4	3 x 4			
0,0001	0,0001	0,0001	0,01	0,0001	0,0001			

Frekvence orgasmů u žen, které mají pohlavní styk v průběhu těhotenství, postupně klesá statisticky významně na hladině významnosti 0,0001.



Obr. č. 12: Procenta žen v jednotlivých kategoriích: závislost frekvence orgasmů na době těhotenství, $p = 0,0001$

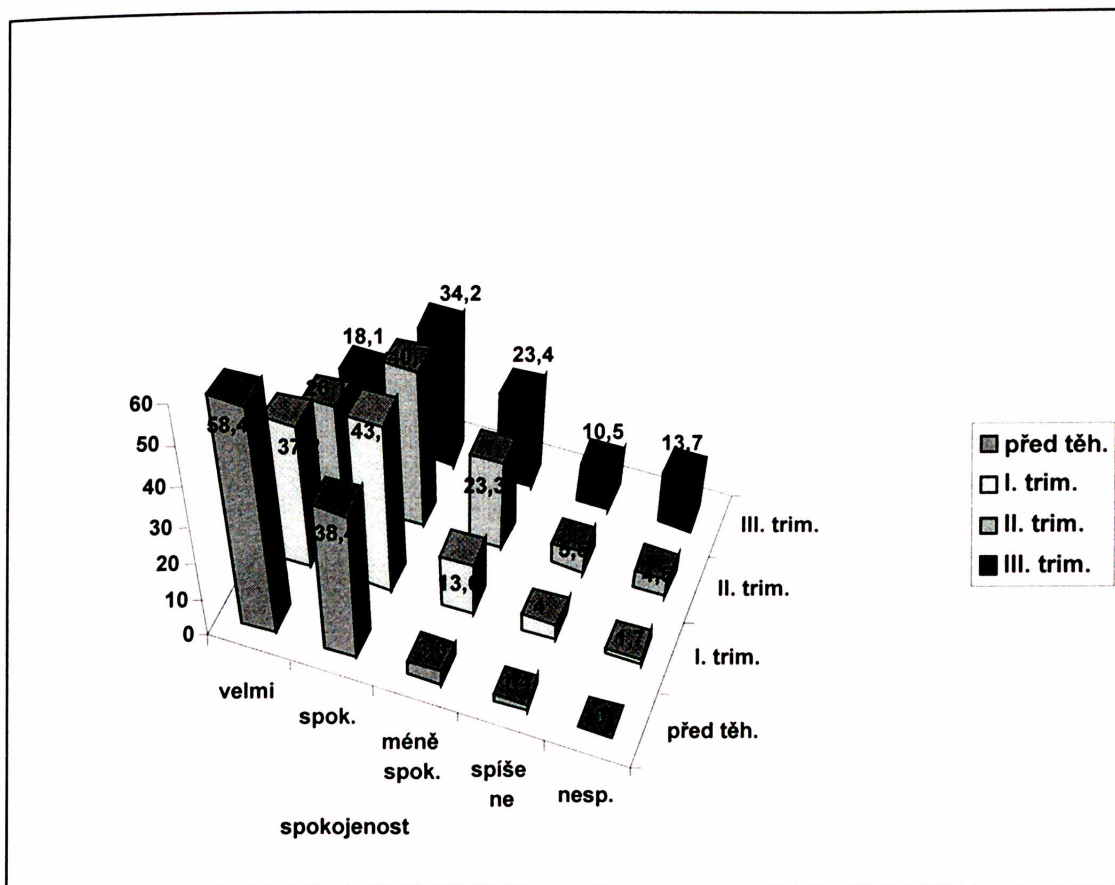
- *Spokojenost s pohlavním životem*

Tabulka č.18 obsahuje rozdělení souboru těhotných dle jejich spokojenosti se sexuálním životem před otěhotněním a v jednotlivých trimestrech těhotenství.

Tab. č. 18: Rozdělení souboru těhotných dle udávané spokojenosti se sexuálním životem před otěhotněním a během jednotlivých trimestrů a výsledky t-testů mezi jednotlivými dobami těhotenství, $\chi^2 = 405,68$, st. vol. = 12, $p = 0,0001$

	doba	spokojenost se sexuálním životem					celkem
		velmi	spok.	méně	spíše ne	nespok.	
1	před těhotenstvím	344	226	21	8	0	589
2	1. trimestr	203	237	74	22	9	545
3	2. trimestr	138	214	123	29	24	528
4	3. trimestr	86	162	111	50	65	474
1 x 2	1 x 3	1 x 4	2 x 3	2 x 4	3 x 4		
0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001		

Spokojenost se sexuálním životem klesá s postupující graviditou statisticky významně na hladině významnosti 0,0001.



Obr. č. 13: Procenta žen v jednotlivých kategoriích: závislost spokojenosti v sexuálním životě na postupující graviditě

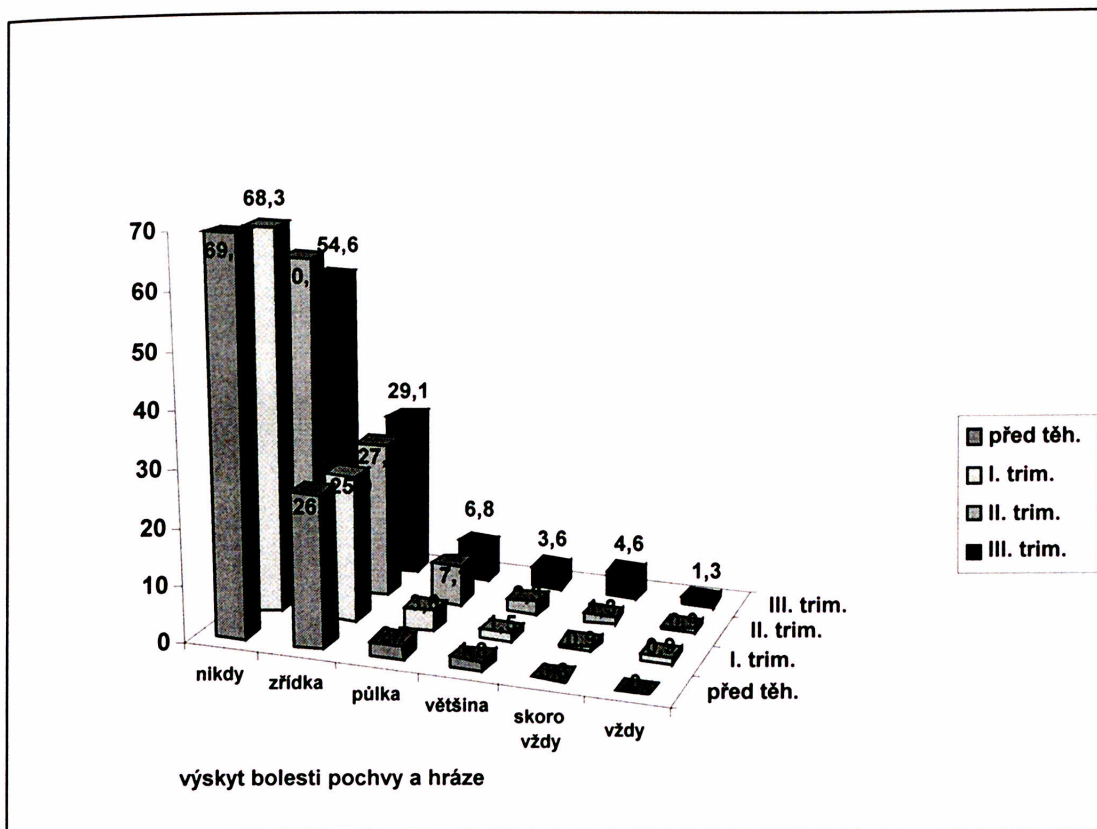
- *Výskyt bolestí pochvy a hráze při styku*

V tabulce č. 19 je rozdělen soubor dle udávaného výskytu bolestí pochvy a hráze při styku před otěhotněním a v jednotlivých trimestrech těhotenství.

Tab. č. 19: Výskyt bolestí pochvy a hráze při styku před otěhotněním a v jednotlivých trimestrech. Výsledky t-testů mezi jednotlivými dobami těhotenství, $\chi^2 = 89,30$, st. vol. = 15, $p = 0,0001$

doba		výskyt bolestivosti pochvy a hráze						celkem
		nikdy	zřídka	polovina	většinou	skoro vždy	vždy	
1	před těhotenstvím	412	159	16	5	2	0	594
2	1. trimestr	375	142	20	8	2	2	549
3	2. trimestr	322	148	38	12	7	5	532
4	3. trimestr	259	138	32	17	22	6	474
1 x 2	1 x 3	1 x 4	2 x 3	2 x 4	3 x 4			
N.S.	0,0001	0,0001	0,01	0,0001	0,05			

Výskyt pocitů bolestivosti pochvy a hráze se s postupující graviditou statisticky významně zvyšuje na hladině významnosti 0,0001. Tento rozdíl je způsoben především nárůstem bolestivosti mezi stavem před těhotenstvím a 2. a 3. trimestrem a 1. a 3. trimestrem. Nárůst bolestivosti mezi stavem před těhotenstvím a 1. trimestrem není statisticky významný.



Obr. č. 14: Procenta žen v jednotlivých kategoriích: závislost výskytu bolesti pochvy a hráze na postupující graviditě, $p = 0,0001$

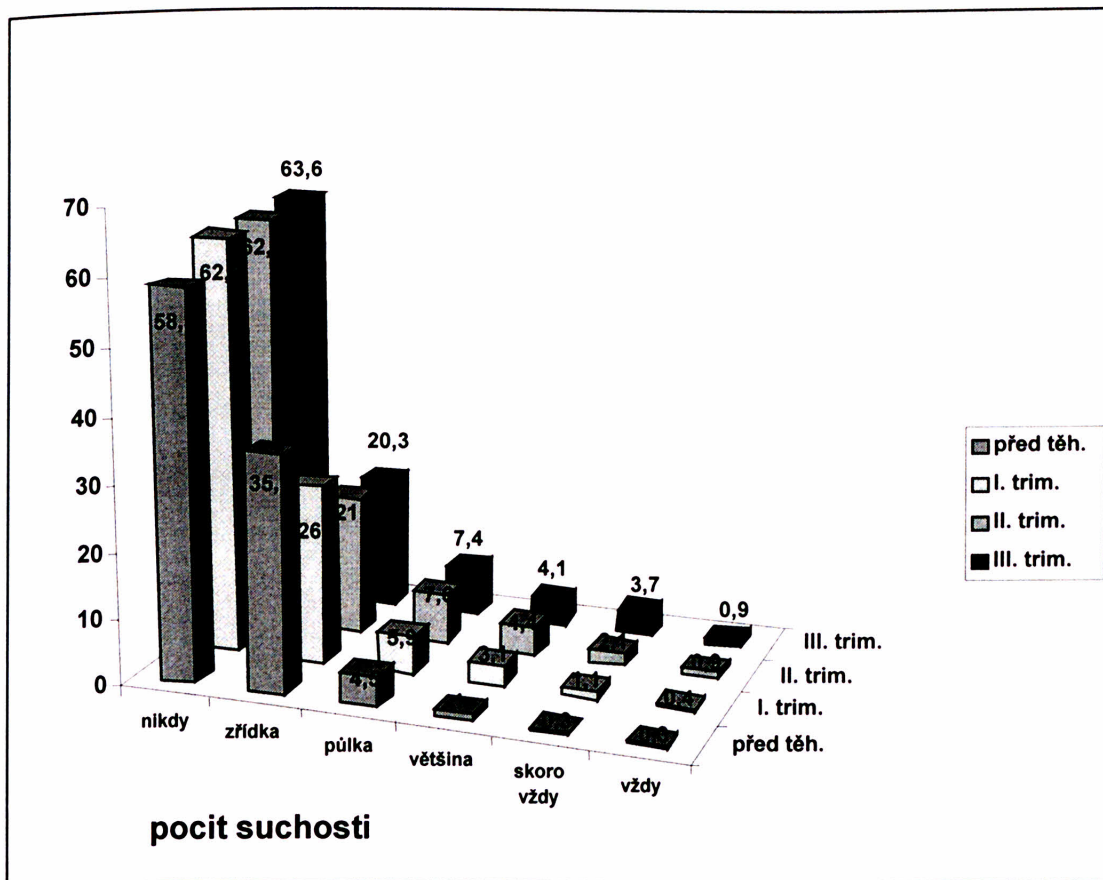
- *Výskyt pocitů nedostatečné lubrikace při pohlavním styku*

V tabulce č. 20 jsou shrnuty počty výskytu pocitů suchosti pochvy při styku před otěhotněním a v jednotlivých trimestrech těhotenství.

Tab. č. 20: Výskyt pocitu suchosti pochvy při styku před otěhotněním a v jednotlivých trimestrech. Výsledky t-testů mezi jednotlivými dobami těhotenství, $\chi^2 = 70,30$, st. vol. = 15, $p = 0,0001$

	doba	výskyt suchosti pochvy						celkem
		nikdy	zřídka	polovina	většinou	skoro vždy	vždy	
1	před těhotenstvím	348	212	27	6	2	2	597
2	1. trimestr	340	146	32	17	6	2	543
3	2. trimestr	332	117	40	23	11	5	528
4	3. trimestr	292	93	34	19	17	4	459
1 x 2	1 x 3	1 x 4	2 x 3	2 x 4	3 x 4			
0,001	0,0001	0,0001	N.S.	0,01	N.S.			

Výskyt pocitu suchosti pochvy se s postupující graviditou statisticky významně zvyšuje na hladině významnosti 0,0001. Tento rozdíl je způsoben především nárůstem pocitu suchosti mezi stavem před těhotenstvím a 1., 2. a 3. trimestrem a 1. a 3. trimestrem. Nárůst pocitu suchosti mezi stavem v 1. a 2. trimestru a stavem ve 2. a 3. trimestrem není statisticky významný.



Obr. č. 15: Procenta žen v jednotlivých kategoriích: závislost pocitu suchosti pochvy na postupující graviditě, $p = 0,0001$

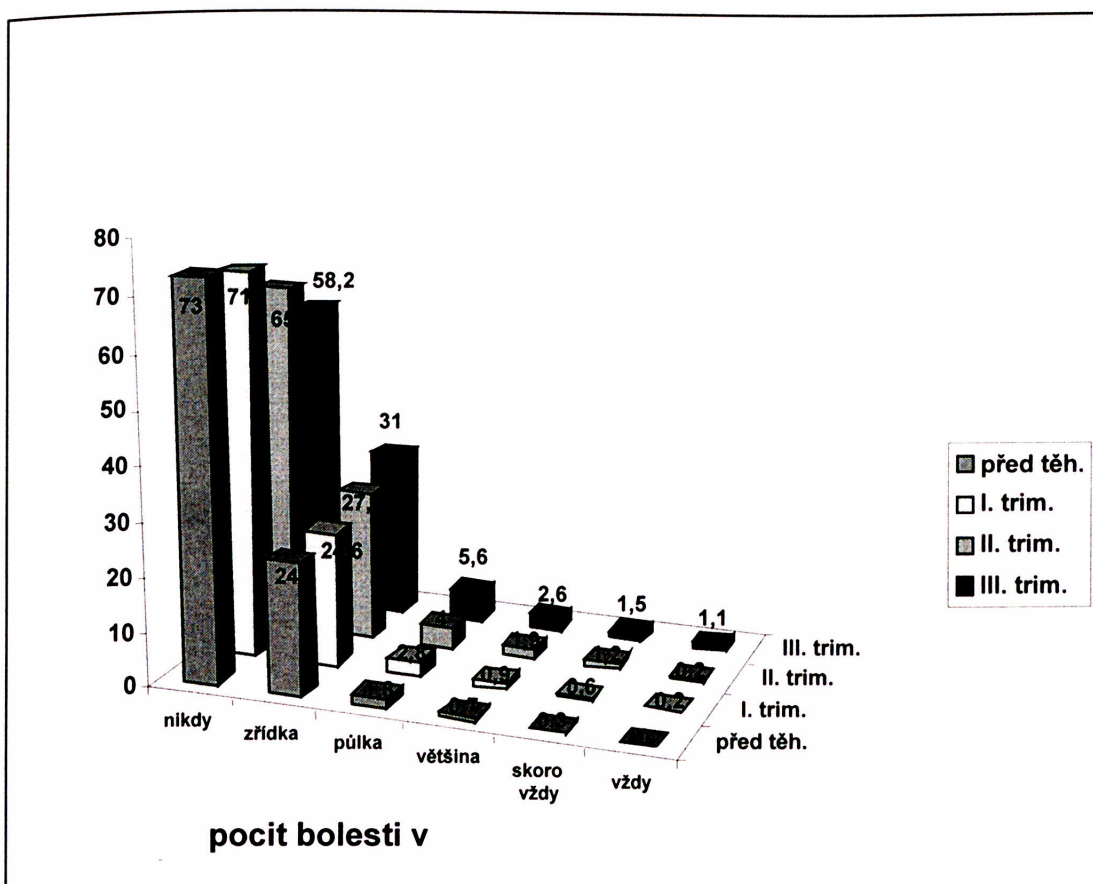
- *Výskyt bolestí v podbřišku v průběhu pohlavního styku*

V tabulce č. 21 jsou shrnuty počty výskytu bolestí v podbřišku při styku před otěhotněním a v jednotlivých trimestrech těhotenství.

Tab. č. 21: Výskyt bolestí v podbřišku při pohlavním styku před otěhotněním a v průběhu těhotenství. Výsledky t -testů mezi jednotlivými dobami těhotenství, $\chi^2 = 52,30$, $st. vol. = 15$, $p = 0,0001$

	doba	výskyt bolestí v podbřišku						celkem
		nikdy	zřídka	polovina	většinou	skoro vždy	vždy	
1	před těhotenstvím	436	144	11	4	2	0	597
2	1. trimestr	386	134	15	5	3	1	544
3	2. trimestr	339	144	21	10	6	1	521
4	3. trimestr	269	143	26	12	7	5	462
1 x 2	1 x 3	1 x 4	2 x 3	2 x 4	3 x 4			
N.S.	0,01	0,0001	N.S.	0,0001	N.S.			

Výskyt pocitu bolesti v podbřišku se s postupující graviditou statisticky významně zvyšuje na hladině významnosti 0,0001. Tento rozdíl je způsoben především nárůstem pocitu bolesti v podbřišku mezi stavem před těhotenstvím a 2. a 3. trimestrem a 1. a 3. trimestrem. Nárůst pocitu bolesti v podbřišku mezi stavem před těhotenstvím a 1. trimestrem, stavem v 1. a 2. trimestru a stavem ve 2. a 3. trimestrem není statisticky významný.



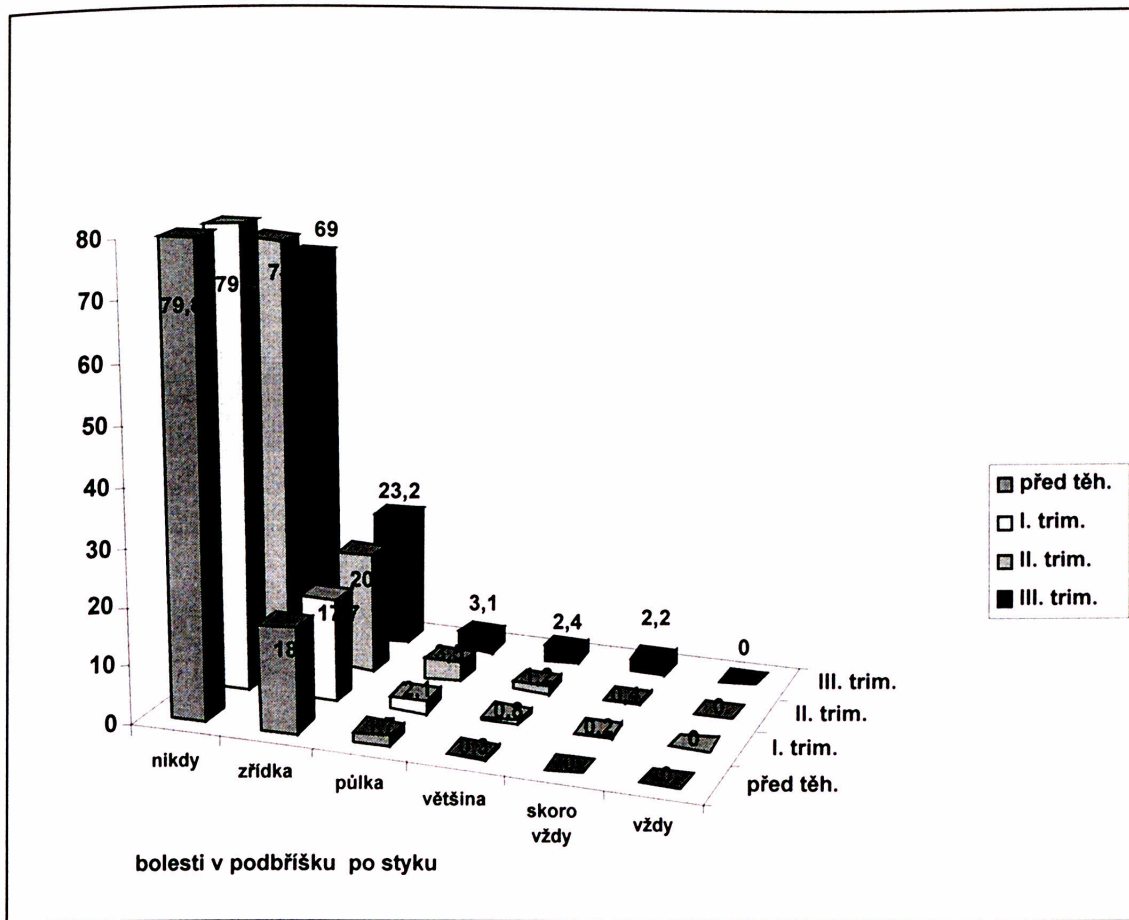
Obr. č 16: Procenta žen v jednotlivých kategoriích: závislost bolesti v podbřišku při styku na postupující graviditě, $p = 0,0001$

- *Výskyt bolesti v podbřišku po styku*

V tabulce č. 22 jsou shrnuty počty žen udávajících bolesti v podbřišku po pohlavním styku před otěhotněním a v jednotlivých trimestrech těhotenství.

Tab. č. 22: Výskyt bolesti v podbřišku po pohlavním styku před otěhotněním a v průběhu těhotenství. Výsledky t-testů mezi jednotlivými dobami těhotenství, $\chi^2 = 48,93$, st. vol. = 12, $p = 0,0001$

doba		výskyt pocitu bolesti v podbřišku po styku						celkem
		nikdy	zřídka	polovina	většinou	skoro vždy	vždy	
1	před těhotenstvím	463	105	10	2	0	0	580
2	1. trimestr	420	94	11	4	1	0	530
3	2. trimestr	380	106	18	6	2	0	512
4	3. trimestr	312	105	14	11	10	0	452
1 x 2	1 x 3	1 x 4	2 x 3	2 x 4	3 x 4			
N.S.	0,05	0,0001	N.S.	0,001	0,05			



Obr. č 17: Procenta žen v jednotlivých kategoriích: závislost výskytu bolesti v podbřišku po styku na postupující graviditě, $p = 0,0001$.

Výskyt pocitu bolesti v podbřišku po styku se s postupující graviditou statisticky významně zvyšuje na hladině významnosti 0,0001. Tento rozdíl je způsoben především nárůstem pocitu bolesti v podbřišku po styku mezi stavem před těhotenstvím a 2. a 3. trimestrem a 1. a 3. trimestrem. Nárůst pocitu bolesti v podbřišku po styku mezi stavem před těhotenstvím a 1. trimestrem, stavem v 1. a 2. trimestru není statisticky významný.

- **Dyspareunie před otěhotněním a před porodem jako predilekční faktor rozsahu porodního poranění a délky trvání 2. doby porodní**

V tabulce č. 23 je shrnut vzájemný vztah mezi výskytem bolestí pochvy a hráze před otěhotněním a ve 3. trimestru a rozsahem porodního poranění. V tabulce č. 24. je vypočítán χ^2 -test vzájemné závislosti dyspareunie a porodního poranění.

Tab. č. 23: Vzájemný vztah výskytu dyspareunie před otěhotněním a ve 3. trimestru a rozsahu porodního poranění

poranění	celkem	dyspareunie před těhot.			dyspareunie ve 3. trim.		
		ne	ano	% ano	ne	ano	% ano
žádné	72	70	2	3	61	11	15
poranění pochvy do klenby	9	5	4	44	7	2	22
epiziotomie	249	237	12	5	223	26	10
poranění hráze 2. stupně	49	44	5	10	45	4	8
poranění hráze 3. stupně	11	11	0	0	11	0	0
poranění pochvy do stř. třetiny	137	137	0	0	113	24	18
n – počet žen celkem	527	504	23	4	460	67	13
výsledek χ^2 -testu		p = 0,0001			p = 0,1745 N.S.		

Tab. č. 24: Výsledky χ^2 -testu vzájemné závislosti výskytu dyspareunie před otěhotněním a ve 3. trimestru a rozsahu porodního poranění

testováno testem	před těhotenstvím		ve 3. trimestru	
	χ^2	p	χ^2	P
žádné x ostatní	0,50	0,4782	0,49	0,4821
poranění pochvy do klenby x ostatní	35,24	0,0001	0,75	0,3877
epiziotomie x ostatní	0,23	0,6285	2,20	0,1384
poranění hráze 2. st. x ostatní	4,41	0,05	1,01	0,3154
poranění hráze 3. st. x ostatní	0,51	0,4740	1,64	0,2209
poranění pochvy do stř. třetina x ost.	8,45	0,01	3,85	0,05

Typ poranění statisticky významně závisí na dyspareunii před těhotenstvím. To je způsobeno statisticky vyšším výskytem poranění pochvy do klenby (17 % žen s dyspareunií oproti 1 %), poranění pochvy do klenby u žen bez dyspareunie, poranění do hráze 2. stupně (u 22 % žen s dyspareunií oproti 9 %), poranění hráze 2. stupně u žen bez dyspareunie a nižším výskytem poranění pochvy do střední třetiny (0 % žen s dyspareunií oproti 27 %), poranění pochvy do střední třetiny u žen bez dyspareunie.

Ženy s dyspareunií ve 3. trimestru mají statisticky mírně zvýšený výskyt poranění pochvy do střední třetiny (36 % oproti 25 % bez dyspareunie).

Tabulka č. 25 obsahuje základní statistickou charakteristiku délky 2. doby porodní a výsledek t-testu mezi délkou u žen s dyspareunií a bez, a to jak pro dyspareunii před těhotenstvím, tak pro dyspareunii ve 3. trimimestru.

Tab. č. 25: Závislost délky 2. doby porodní na výskytě dyspareunie před otěhotněním a ve 3. trimestru

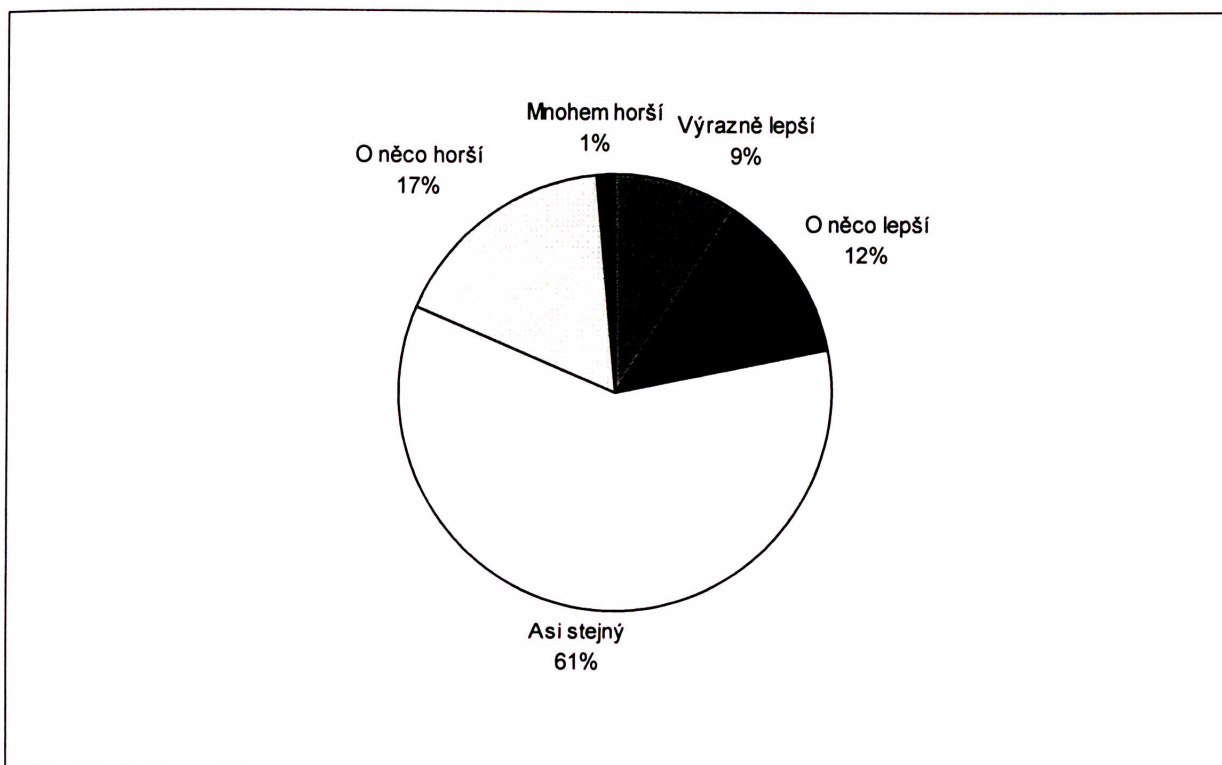
ženy s dyspareunií před těhotenstvím	n	průměr	sm. odchylka	výsledek t-testu	
				TS	P
ne	503	32,98	32,08	-0,285	0,776
ano	23	34,91	26,10		
ženy s dyspareunií ve 3. trimestru					
ne	459	32,61	32,04	-0,861	0,389
ano	67	36,19	30,36		

Nepodařilo se prokázat, že by délka 2. doby porodní statisticky významně závisela na přítomnosti dyspareunie před těhotenstvím ani ve 3. trimestru těhotenství.

3.4. Sexualita a inkontinence po porodu

- *Srovnání zdravotního stavu půl roku po porodu se stavem před otěhotněním*

Na otázku srovnání současného zdravotního stavu (6 měsíců po porodu) se stavem před otěhotněním odpovědělo 454 žen, z toho 43 žen udává výrazné zlepšení zdravotního stavu (9,47 %), 56 žen udává mírné zlepšení (12,33 %), 271 nepozoruje žádnou změnu (60,69 %), 78 žen udává mírné zhoršení (17,18 %) a 6 žen udává výrazné zhoršení celkového zdravotního stavu (1,32 %).



Obr. č. 18: Subjektivní srovnání zdravotního stavu před otěhotněním a půl roku po porodu

Lze shrnout, že téměř 82 % žen půl roku po porodu udává stejný, nebo dokonce lepší zdravotní stav než před porodem. 18 % udává jistý stupeň zhoršení zdraví způsobené těhotenstvím a porodem.

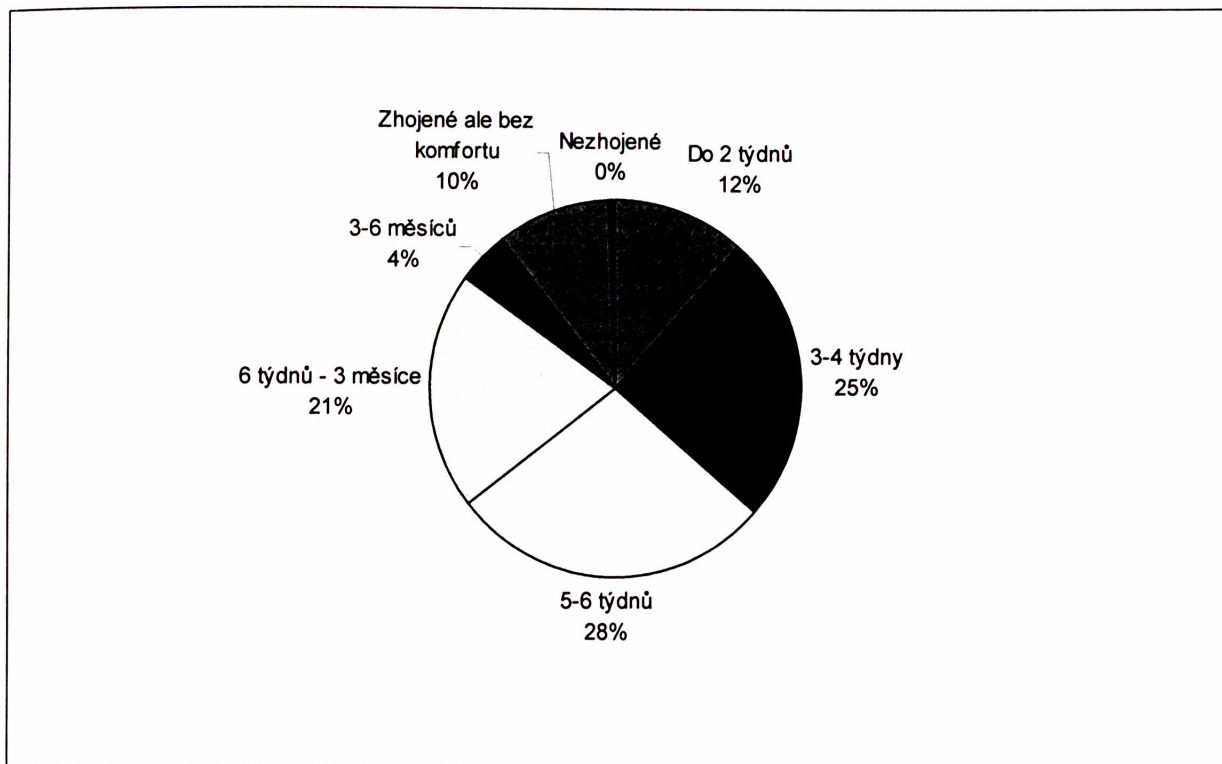
- **Hodnocení hojení poranění**

Na otázku o délce hojení porodního poranění, než se žena začala cítit zcela komfortně, odpovědělo 416 respondentek. Jejich odpovědi jsou shrnuty v tabulce č. 26.

Tab. č. 26: Subjektivní hodnocení délky hojení porodního poranění

délka hojení	počet	%
do 2 týdnů	49	11,78
3-4 týdny	102	24,52
5-6 týdnů	116	27,88
7 týdnů až 3 měsíce	87	20,91
3-6 měsíců	18	4,33
zhojené, bez komfortu	42	10,10
nezhojené	2	0,48

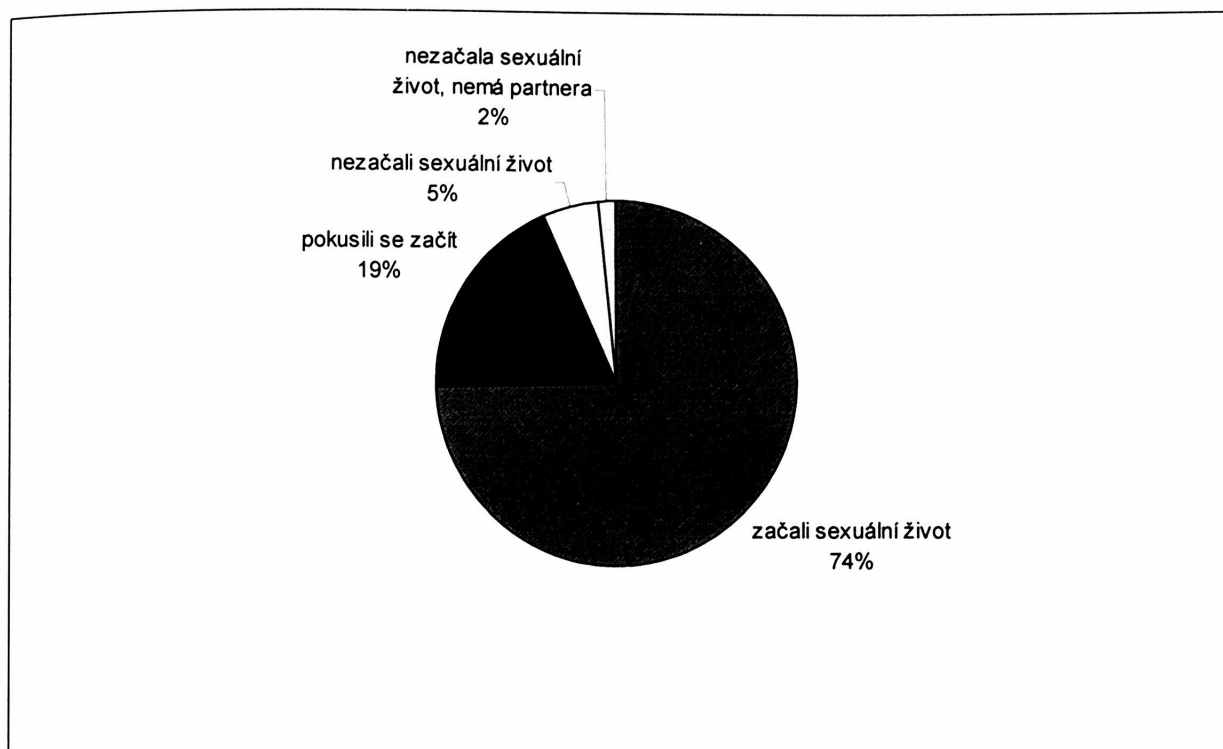
Po skončení šestinedělí se zcela komfortně necítí téměř 21 % žen a 10 % má problémy s poraněním ještě půl roku po porodu.



Obr. č. 19: Subjektivní hodnocení délky hojení porodního poranění, včetně rány po císařském řezu

- **Pokračování pohlavního života**

V době odevzdání dotazníku již začalo nebo zkusilo začít pohlavně znovu žít 426 respondentek (93,01 %), 31 nemělo pohlavní styk (z toho 8 protože nemá partnera), 1 žena neodpověděla.



Obr. č. 20: Procento žen sexuálně aktivních půl roku po porodu. Doba návratu k sexuálnímu životu

V tabulce č. 27 je shrnuta doba začátku sexuálního života.

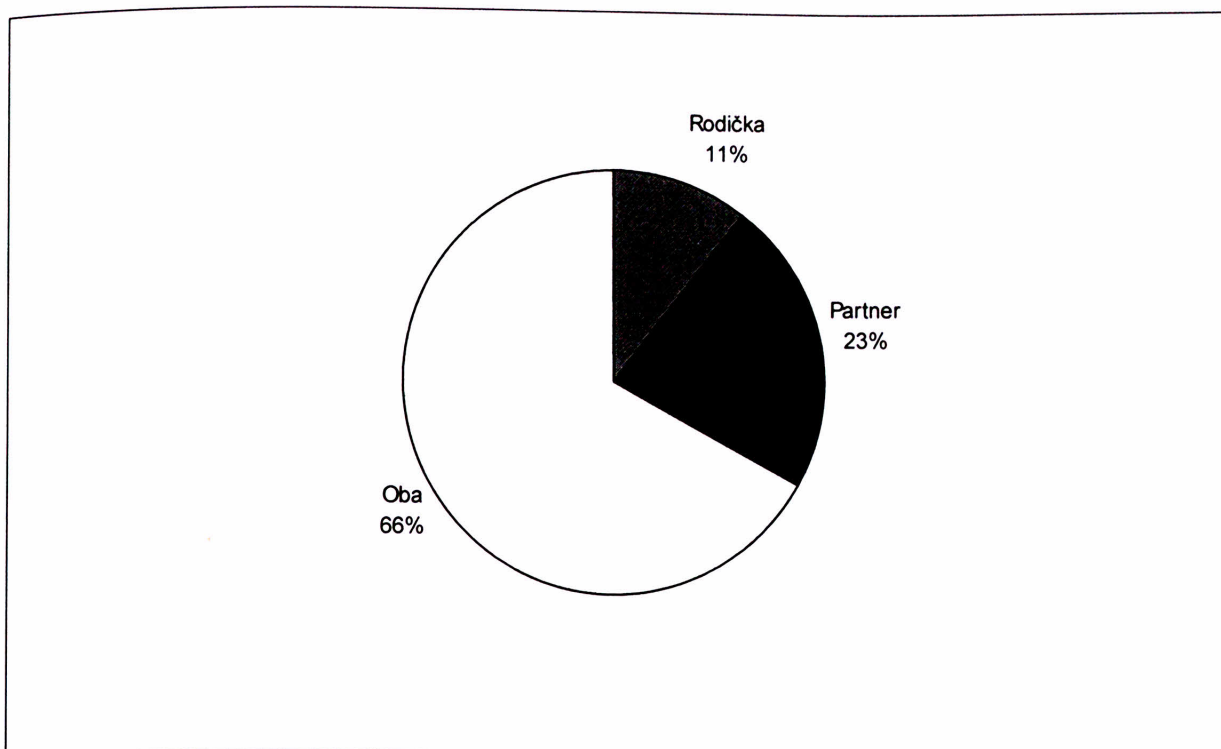
Tab. č. 27: Doba začátku sexuálního života po porodu

kdy po porodu začali sexuálně žít	počet	%	kumul.
za 1–3 týdny po porodu	14	3,06	3,06
za 4–6 týdnů po porodu	98	21,40	24,46
za 7–8 týdnů po porodu	206	44,98	69,44
za 3 měsíce	74	16,16	85,59
za 4 měsíce	17	3,71	89,30
za 5 měsíců	14	3,06	92,36
za 6 měsíců	3	0,66	93,02
neměla pohlavní styk/neodpověděla	32	6,99	100,00

Před skončením šestinedělí začne pohlavní život 24,5 % žen.

- **Iniciátor návratu k sexuálním aktivitám**

Na otázku, kdo inicioval návrat k sexuálnímu životu, odpovědělo 431 žen, z toho 288 (66,82 %) udává, že iniciativa vycházela od obou, v 97 (22,51 %) případech byl iniciátorem partner a ve 46 případech (10,67 %) aktivitu začala žena.



Obr. č. 21: Od koho vycházela iniciativa při začátku sexuální aktivity po porodu

- **Dosažení původní kvality sexuálního života**

Na otázku, kdy od začátku sexuálního života dosáhla sexuální aktivita kvalitu před otěhotněním, odpovědělo 421 žen. Jejich odpovědi jsou shrnuty v tabulce č. 28. U 38 % žen sexuální život nedosáhl původní kvalitu.

Tab. č. 28: Doba potřebná na dosažení původní kvality sexuálního života

dosažení pův. kvality sex. života	počet	%	kumul.
hned od začátku sex. aktivit	50	11,88	11,88
za 2–3 týdny	53	12,59	24,47
za měsíc	59	14,01	38,48
za 2–3 měsíce	61	14,49	52,97
za 4–6 měsíců	43	10,21	63,18
nedosáhl původní kvality	161	38,24	100,00

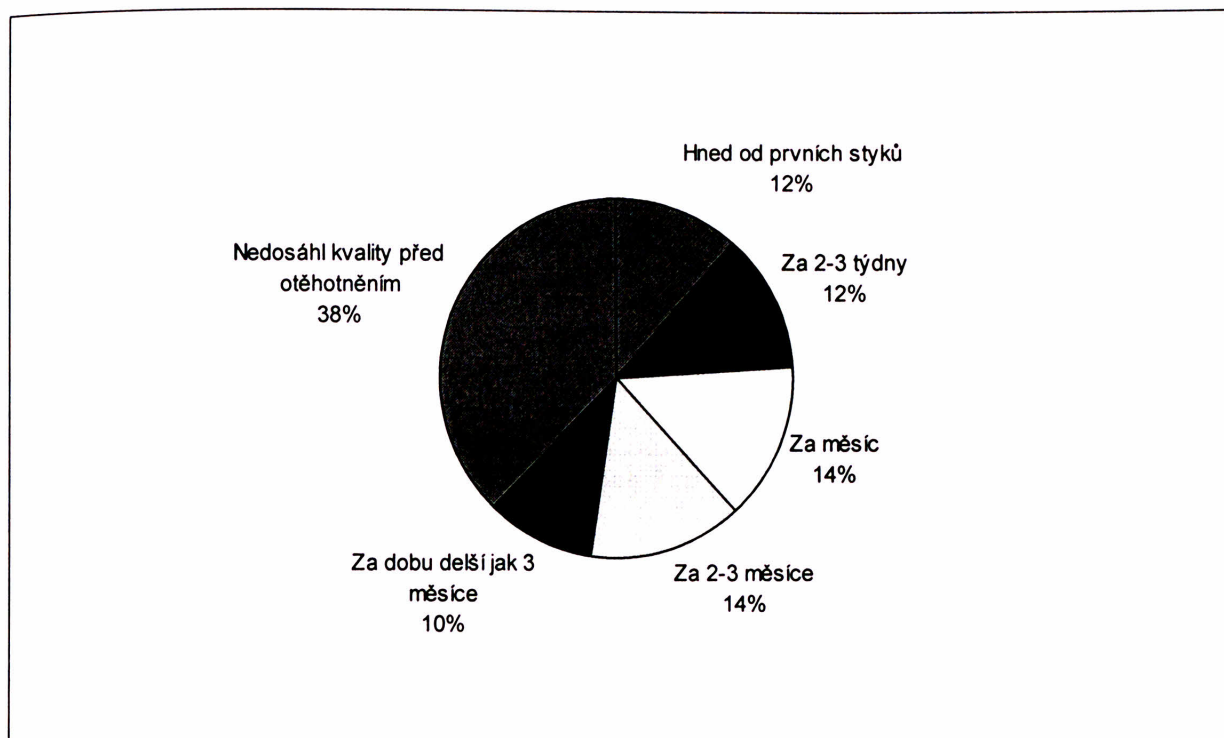
3.5 Porovnání sexuality po spontánním porodu a po císařském řezu

V tabulce č. 29 jsou porovnána subjektivní hodnocení doby hojení porodních poranění a rány po císařském řezu až do doby pocitu úplného komfortu. Odpovědělo celkově 416 respondentek.

Nepodařilo se prokázat statisticky významnou závislost mezi délkou hojení po porodu a typem porodu.

Tab. č. 29: Porovnání subjektivního hodnocení hojení porodního poranění a operační rány po císařském řezu (SC), $\chi^2 = 7,87$, $p = 0,2477$ N.S.

doba hojení								celkem
SC	2 t.	3–4 t.	5–6 t.	do 3 m.	do 6 m.	ne	není komfort	
ne	44 12 %	90 24 %	97 26 %	83 22 %	15 4 %	2 1 %	38 10 %	369
ano	5 11 %	12 26 %	19 40 %	4 9 %	3 6 %	0 0 %	4 9 %	47
celkem	49	102	116	87	18	2	42	416



Obr. č. 22: Doba, za kterou dosáhla kvalita sexuálního života původní úroveň

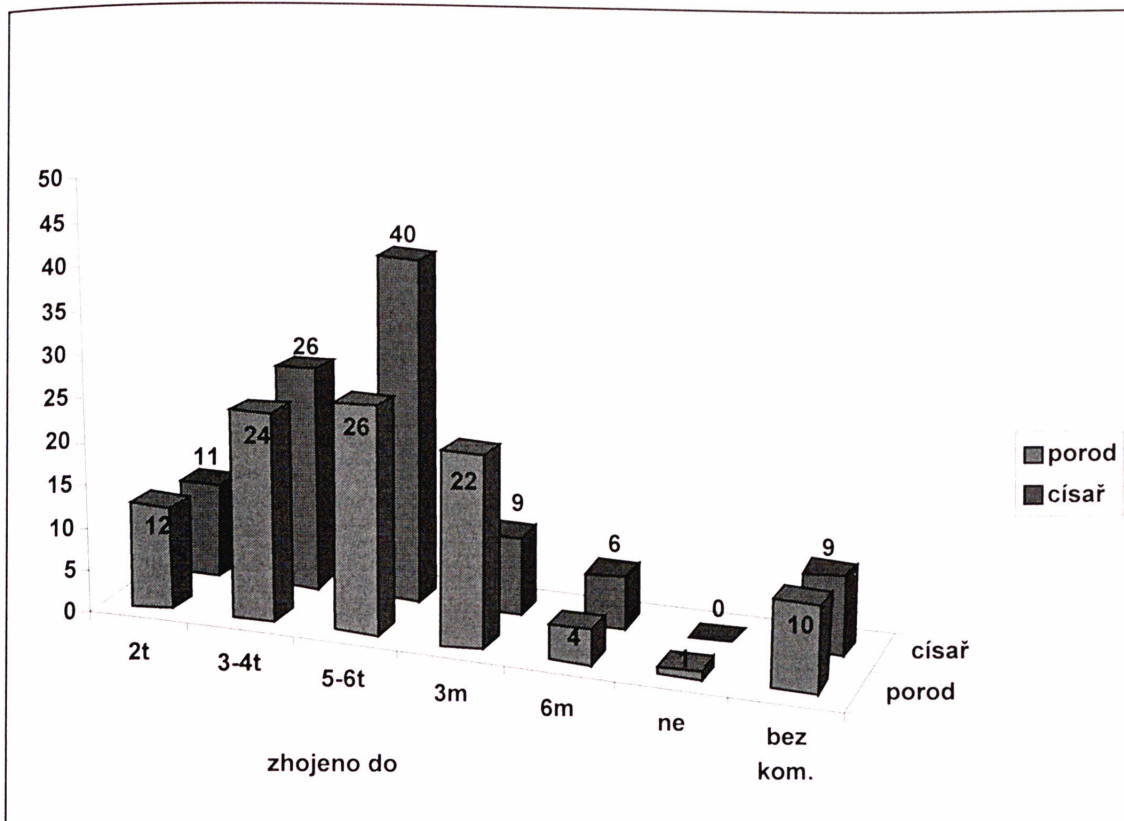
- Začátek sexuálního života po vaginálním porodu a po císařském řezu**

V tabulce č. 30 je shrnuta závislost doby začátku pohlavního života po vaginálním porodu a po císařském řezu (SC).

Tab. č. 30: Porovnání začátku pohlavního života po porodu u skupiny žen po vaginálním porodu a císařském řezu, $\chi^2 = 13,36$, $p = 0,0096$ xx

doba začátku pohlavního života								celkem
SC	1–3 t.	4–6 t.	7–8 t.	3 m.	4 m.	5 m.	6 m.	
ne	9 2 %	87 22 %	184 48 %	70 18 %	17 4 %	15 4 %	5 1 %	387
ano	5 11 %	12 26 %	23 50 %	5 11 %	1 2 %	0 0 %	0 0 %	46
celkem	14	99	207	75	18	15	5	433

Začátek sexuálního života po porodu závisí na typu porodu statisticky významně na hladině významnosti 0,01. Ženy po císařském řezu začínají svůj pohlavní život dříve, do 8 týdnů zahajuje pohlavní život jen 72 % žen s přirozeným porodem, ale 87 % žen s císařským řezem.

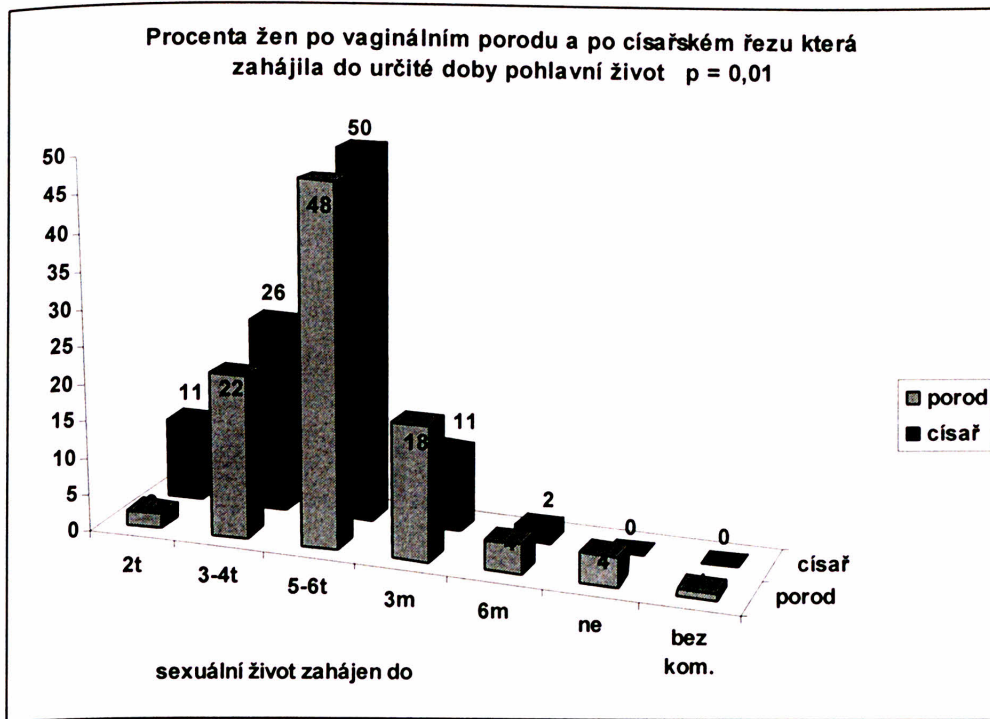


Obr. č. 23: Procenta do určité doby zhojených žen po vaginálním porodu a po císařském řezu, p = N.S.

- *Porovnání frekvence styků v období po porodu vaginální cestou a císařským řezem*

Tab. č. 31: Porovnání frekvence styků v jednotlivých obdobích po vaginálním porodu a císařském řezu

porod	frekvence styků 1 měsíc po porodu					celkem
	žádné	méně než 1x t.	2-3x t.	4x t.	denně	
vaginální	19 5 %	254 69 %	80 22 %	9 2 %	8 2 %	370
SC	2 4 %	33 73 %	8 18 %	2 4 %	0 0 %	45
celkem	21	287	88	11	8	415
$\chi^2 = 2,03, p = 0,7302$ N.S.						
frekvence styků 3 měsíce po porodu						
vaginální	33 9 %	200 54 %	115 31 %	12 3 %	12 3 %	372
SC	2 4 %	25 56 %	14 31 %	3 7 %	1 2 %	45
celkem	35	225	129	15	13	417
$\chi^2 = 2,41, p = 0,6604$ N.S.						
frekvence styků po 6 měsících						
vaginální	17 4 %	181 48 %	150 39 %	19 5 %	14 4 %	381
SC	3 7 %	20 44 %	18 40 %	2 4 %	2 4 %	45
celkem	20	201	168	21	16	426
$\chi^2 = 0,59, p = 0,9644$ N.S.						



Obr. č. 24: Procenta žen po vaginálním porodu a po císařském řezu, která zahájila do určité doby pohlavní život, $p = 0,01$

V tabulce č. 31 (viz výše) je shrnuta frekvence pohlavních styků žen po vaginálním porodu a po císařském řezu (SC) v jednotlivých obdobích po porodu.

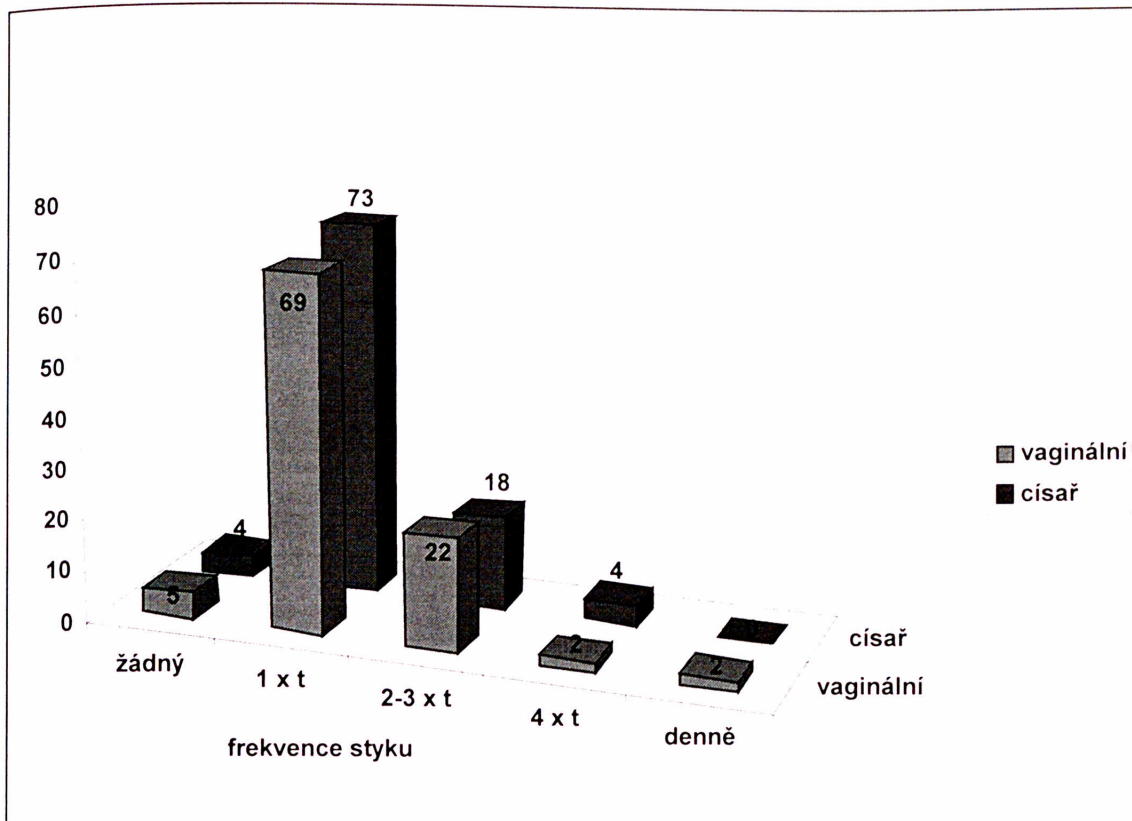
Nepodařilo se prokázat, že by frekvence styků po porodu statisticky významně závisela na druhu porodu (vaginální porod vs. císařský řez). Po 6 měsících se statisticky významně zvýšila sexuální aktivita u vaginálních porodů na hladině významnosti 0,001 a u císařského řezu 0,05. U žen s vaginálním porodem vzrostla sexuální aktivita z úrovně vyšší a rovna 2–3krát týdně u 26 % žen 1 měsíc po porodu na 48 % žen 6 měsíců po porodu. U žen s císařským řezem byl tento nárůst z 22 na 48 % žen.

- *Subjektivní hodnocení dostatečnosti frekvence styků ženami po vaginálních porodech a císařských řezech půl roku po porodu*

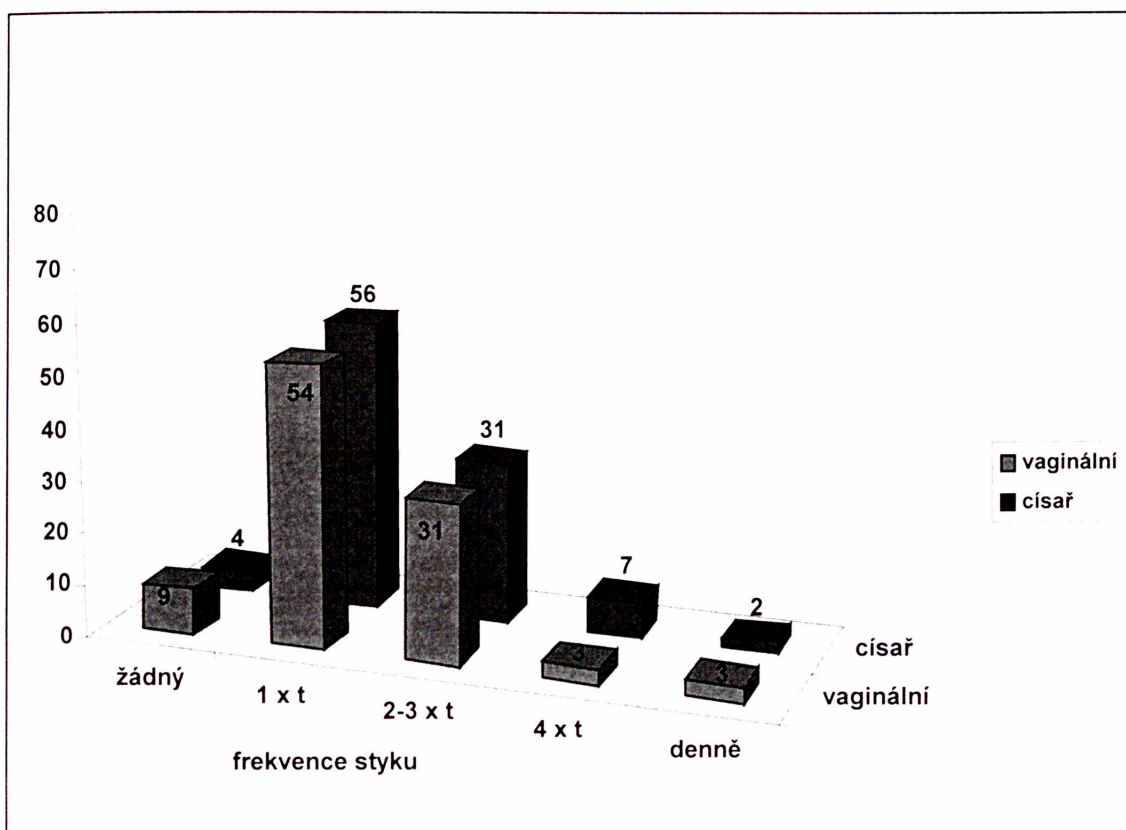
V tabulce č. 32 je uveden souhrn subjektivního hodnocení frekvence pohlavních styků půl roku po porodu ženami po vaginálních porodech a po císařských řezech.

Tab. č. 32: Subjektivní hodnocení frekvence pohlavních styků půl roku po porodu ženami po vaginálních porodech a po císařských řezech, $\chi^2 = 2,03$, $p = 0,7302$ N.S.

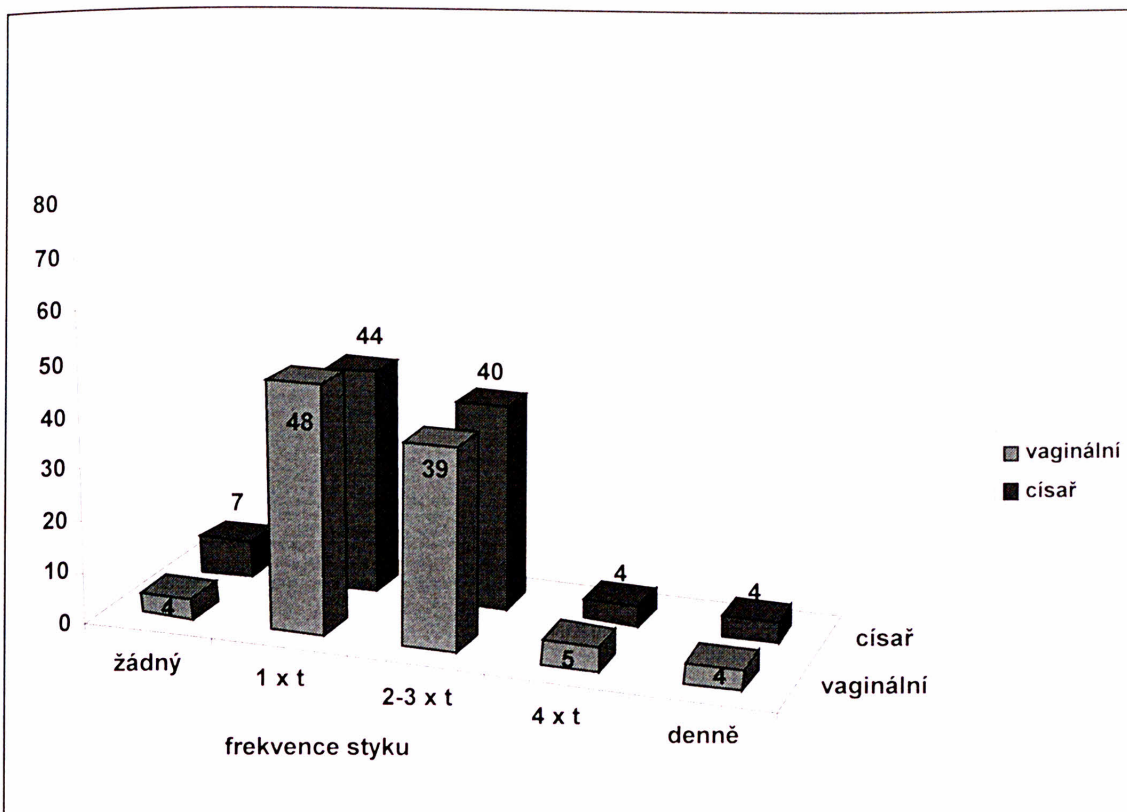
porod	hodnocení				celkem
	žádná	málo	dostatečná	příliš	
vaginální	1 0 %	162 12 %	212 55 %	7 2 %	382
SC	0 0 %	18 40 %	27 60 %	0 0 %	45
celkem	1	180	239	7	427



Obr. č. 25: Procenta žen s vaginálním porodem a císařským řezem v jednotlivých kategoriích frekvence styku, první styky po porodu, $p = N.S.$



Obr. č. 26: Procenta žen s vaginálním porodem a císařským řezem v jednotlivých kategoriích frekvence styku 3 měsíce po porodu, $p = N.S.$



Obr. č. 27: Procenta žen s vaginálním porodem a císařským řezem v jednotlivých kategoriích frekvence styku 6 měsíců po porodu, $p = \text{N.S.}$

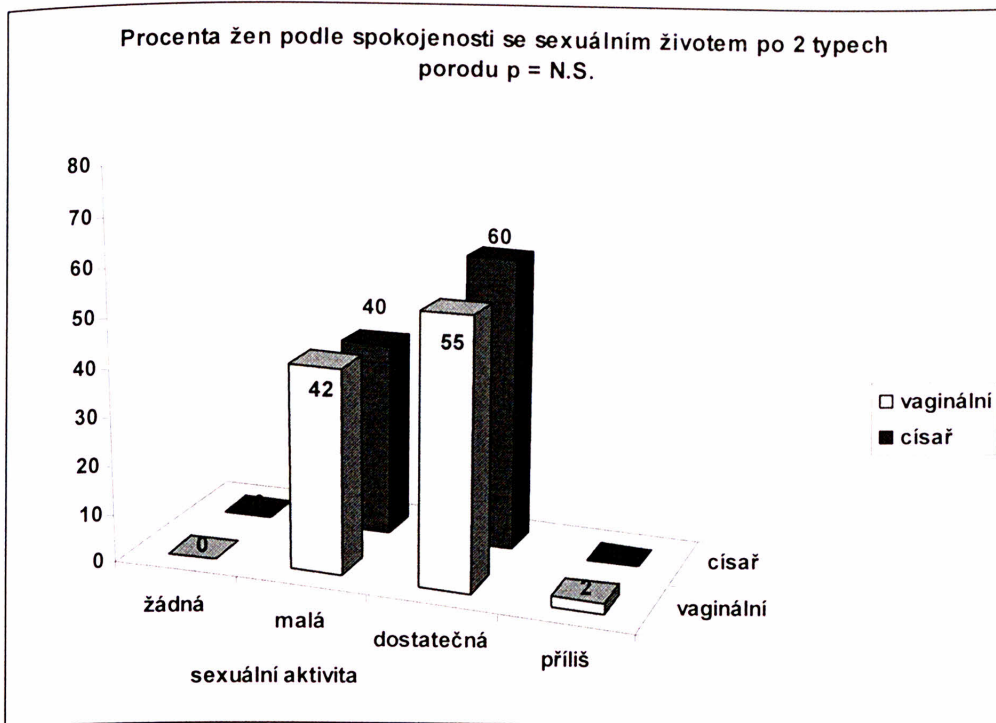
Nepodařilo se prokázat, že by subjektivní hodnocení dostatečnosti frekvence styků statisticky významně závisela na druhu porodu.

- *Frekvence poruch dosahování orgasmu ve třech obdobích po porodu pro dva typy porodu*

V tabulce č. 33 je zhodnoceno procento žen po vaginálním porodu a po císařském řezu, které dosahovaly orgasmus méně než v 50 % pohlavních styků v jednotlivých obdobích po porodu.

Tab. č. 33: Frekvence poruch dosažení orgasmu při styku u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu v jednotlivých obdobích po porodu

porod	první styk po porodu			3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	cel.	pod 50 %		cel.	pod 50 %		cel.	pod 50 %	
		n	%		n	%		n	%
vaginální	361	173	48	353	127	36	373	98	26
SC	45	22	49	45	13	29	44	4	9
celkem	406	195	48	398	140	35	417	102	24
	$p = 0,9026 \text{ N.S.}$			$p = 0,3483 \text{ N.S.}$			$p = 0,0122 \text{ x}$		



Obr. č. 28: Procenta žen podle spokojenosti se sexuálním životem po dvou typech porodu, p = N.S.

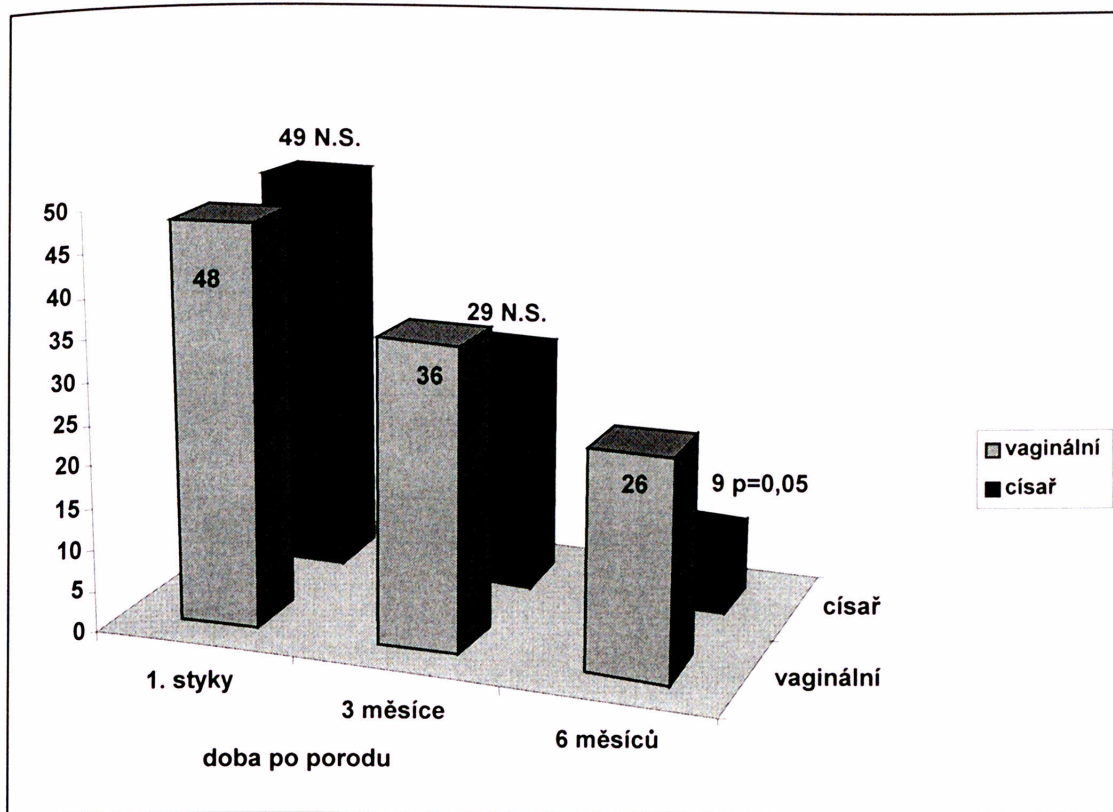
Prokázalo se, že druh porodu a procento styků žen bez orgasmu 6 měsíců po porodu statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,05 (26 % žen s vaginálním porodem dosahuje orgasmu v méně než polovině styků, ale žen po císařském řezu jen 9 %). Jeden měsíc a 3 měsíce po porodu se závislost frekvence orgasmu a typu porodu (vaginální, SC) nepodařilo prokázat. Frekvence orgasmů se s narůstající dobou od porodu statisticky významně zvyšuje u obou typů porodu, p = 0,01.

- **Subjektivní hodnocení dostatečnosti orgasmu ženami po porodu s dvěma typy porodů 6 měsíců po porodu**

V tabulce č. 34 je shrnuto subjektivní hodnocení dostatečnosti frekvence prožívání orgasmů v období 6 měsíců po porodu ženami po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Tab. č. 34: Shrnutí subjektivního hodnocení dostatečnosti prožívání orgasmů půl roku po porodu ženami po vaginálním porodu a po císařském řezu, $\chi^2 = 1,90$, p = 0,5930 N.S.

porod	frekvence orgasmů				celkem
	velmi nedostatečná	nedostatečná	dostatečná	plně uspokojivá	
vaginální	46 12 %	71 19 %	136 36 %	126 33 %	379
SC	4 9 %	9 20 %	13 29 %	19 42 %	45
celkem	50	80	149	145	424



Obr. č. 29: Procenta žen s orgasmem v méně než 50 % styků u žen s dvěma druhy porodu ve třech dobách po porodu

Nepodařilo se prokázat, že by subjektivní hodnocení dostatečnosti frekvence orgasmů statisticky významně záviselo na druhu porodu, a to i přes skutečnost, že ženy po vaginálních porodech mají vyšší výskyt orgastických dysfunkcí půl roku po porodu.

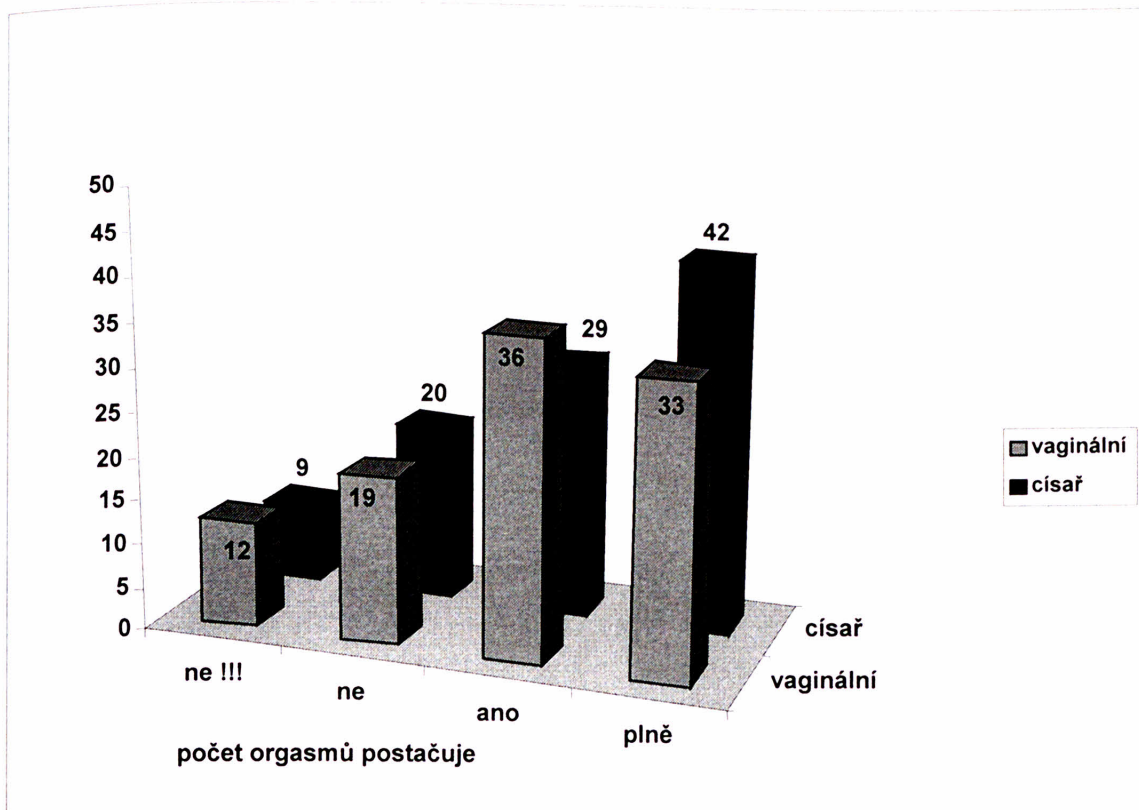
- **Hodnocení doby potřebné pro dosažení stavu sexuálního života podobného stavu před otěhotněním pro oba typy porodů**

V tabulce č. 35 je souhrn subjektivních hodnocení žen, které odpověděly na otázku, jak dlouho od porodu trvalo, než se stav sexuálního života vrátil ke stavu podobnému před těhotenstvím.

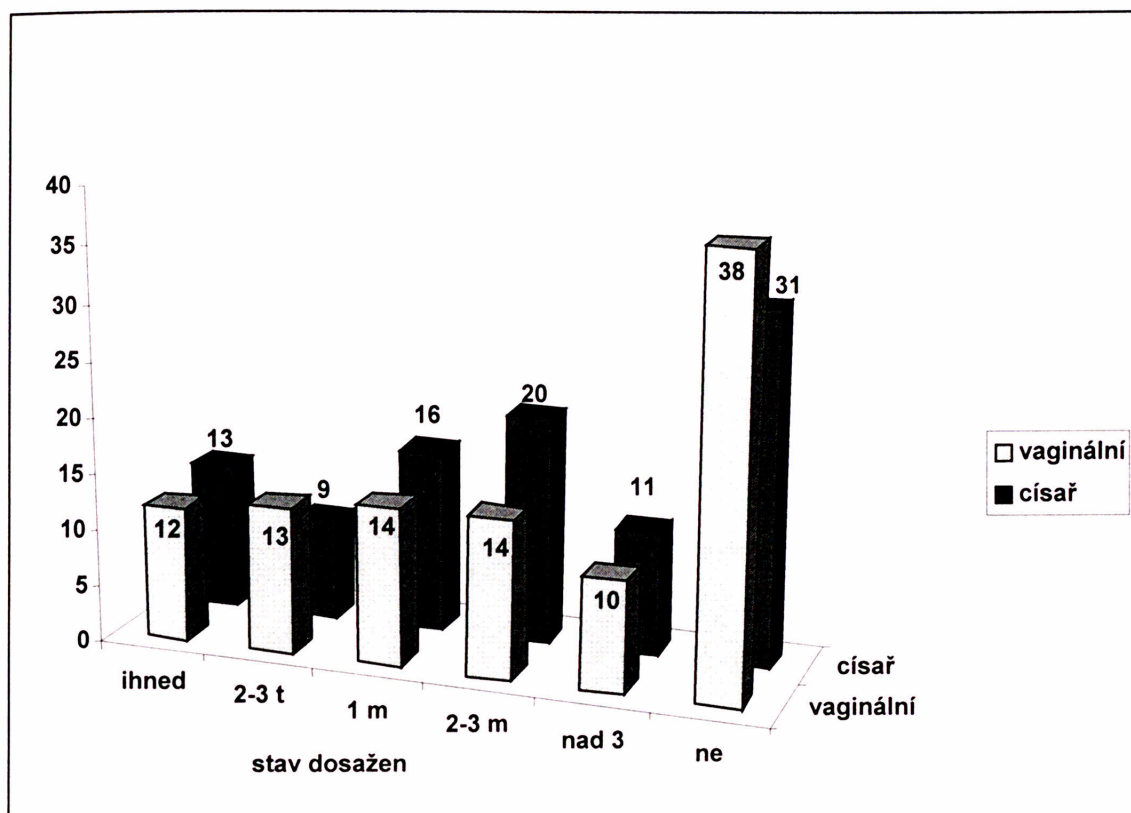
Tab. č. 35: Doba potřebná k návratu podobné kvality pohlavního života jako před otěhotněním u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu, $\chi^2 = 2,51$, $p = 0,7750$ N.S.

porod	podobný stav dosažen						celkem
	ihned	2–3 t.	1 měsíc	2–3 m.	nad 3 m	nedosáhl	
vaginální	44 12 %	49 13 %	52 14 %	52 14 %	38 10 %	147 38 %	382
SC	6 13 %	4 9 %	7 16 %	9 20 %	5 11 %	14 31 %	45
celkem	50	53	59	61	43	161	427

Nepodařilo se prokázat, že by subjektivní hodnocení stavu dosažení odpovídající kvality sexuálního života jako před těhotenstvím záviselo na druhu porodu (vaginální porod, SC).



Obr. č. 30: Procenta žen podle spokojenosti s počtem orgasmů pro dva typy porodu 6 měsíců po porodu, $p = N.S.$



Obr. č. 31: Procenta žen po dvou typech porodu rozdělené dle doby potřebné k návratu kvality sexuálního života podobného stavu před otěhotněním, $p = N.S.$

- **Výskyt bolestí pochvy a hráze při minimálně 50 % styků ve třech obdobích po porodu u žen po vaginálních porodech a po císařských řezech**

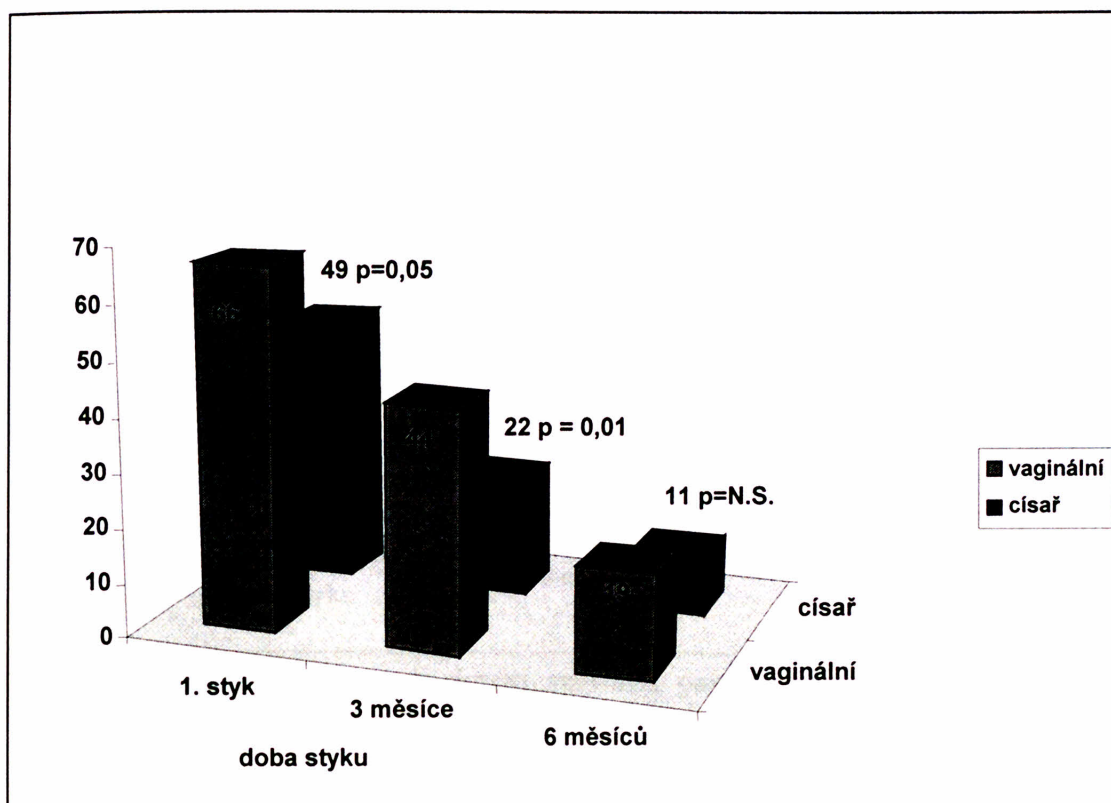
V tabulce č. 36 jsou zhrnuty procenta žen, udávajících bolesti pochvy a hráze při pohlavním styku v jednotlivých obdobích, rozdělené na 2 skupiny dle typu porodu. Za významnou dysfunkci byl brán stav, kdy se bolesti vyskytly minimálně v polovině pohlavních styků.

Tab. č. 36: Výskyt dyspareunie minimálně v 50 % styků v jednotlivých obdobích po porodu u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu

porod	první styk po porodu			3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	cel.	ano		cel.	ano		cel.	ano	
		N	%		n	%		n	%
vaginální	371	246	66	361	160	44	376	72	19
SC	46	22	49	46	10	22	44	5	11
celkem	417	268	64	407	170	42	420	77	18
	p = 0,0136 x			p = 0,0034 xx			p = 0,2067 N.S.		

Bylo prokázáno, že pocit bolesti pochvy při prvním styku a po 3 měsících po porodu statisticky významně závisí na druhu porodu, a to na hladině významnosti 0,05, resp. 0,01. U žen s vaginálním porodem je výskyt bolestí v 66 % oproti 49 %, resp. 44 % oproti 22 %. Šest měsíců po porodu se závislost pocitu bolesti pochvy při styku na typu porodu (vaginální, SC) nepodařilo prokázat.

Frekvence pocitu bolesti s narůstající dobou od porodu se statisticky významně snižuje u obou typů porodu, $p = 0,001$.



Obr. č. 32: Procenta žen s pocitem bolesti pochvy a hráze při styku ve třech časových obdobích po porodu pro dva typy porodu



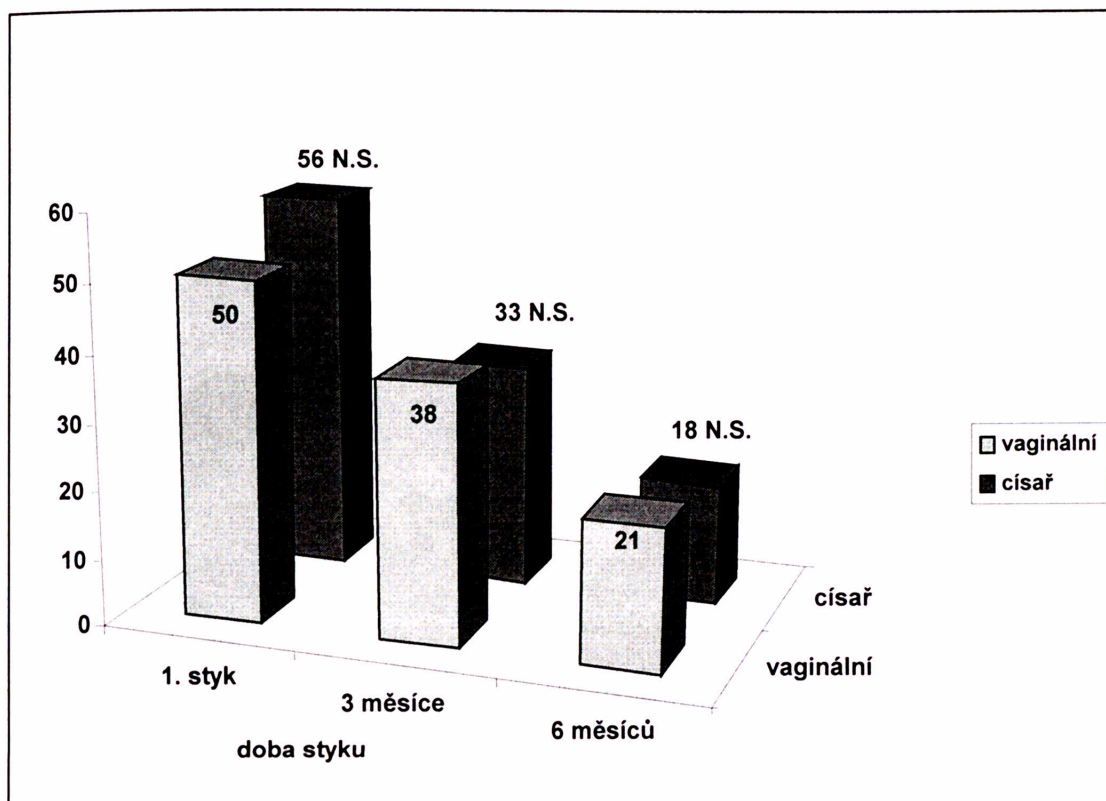
- **Výskyt pocitu nedostatečné lubrikace pochvy při styku ve třech obdobích po porodu oproti ženám po vaginálním porodu a po císařském řezu**

V tabulce č. 37 je zhodnocena závislost výskytu nedostatečné lubrikace při styku u žen v období prvních styků po porodu, 3 měsíce po porodu a 6 měsíců po porodu ve dvou skupinách dle způsobu porodu.

Tab. č. 37: Výskyt pocitu suchosti pochvy při styku minimálně v 50 % styků u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu v jednotlivých obdobích

porod	první styk po porodu			3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	cel.	ano		cel.	ano		cel.	ano	
		N	%		n	%		n	%
vaginální	365	171	50	360	135	38	378	80	21
SC	45	25	56	46	15	33	44	8	18
celkem	410	206	50	406	150	37	422	88	21
	p = 0,4501 N.S.			p = 0,5175 N.S.			p = 0,6449 N.S.		

Pocit suchosti pochvy při styku po porodu a druh porodu jsou na sobě statisticky nezávislé. Frekvence pocitu suchosti pochvy se s narůstající dobou od porodu statisticky významně snižuje u obou typů porodu, $p = 0,001$.



Obr. č. 33: Procenta žen s pocitem suchosti pochvy při styku ve třech časových obdobích a pro dva typy porodu

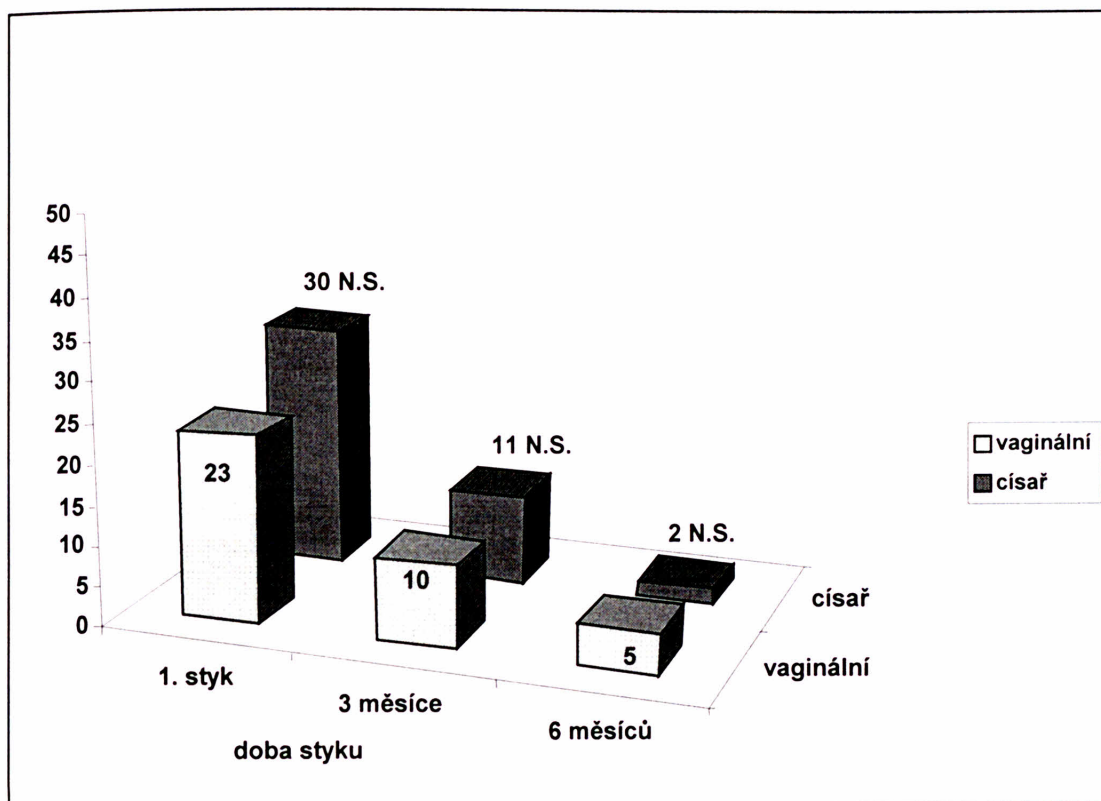
- *Výskyt bolestí v podbřišku při pohlavním styku ve třech obdobích po porodu u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu*

Tabulka č. 38 udává počty žen udávajících bolesti v podbřišku minimálně v 50 % styků v jednotlivých obdobích po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Tab. č. 38: Počty žen udávajících bolesti v podbřišku minimálně v 50 % pohlavních styků po vaginálním porodu a po císařském řezu v jednotlivých časových obdobích

porod	první styk po porodu			3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	cel.	ano		cel.	ano		cel.	ano	
		N	%		N	%		n	%
vaginální	368	83	23	364	36	10	377	18	5
SC	46	14	30	46	5	11	44	1	2
celkem	414	97	23	410	41	10	421	19	5
	p = 0,2342 N.S.			p = 0,8347 N.S.			p = 0,4494 N.S.		

Pocit bolesti břicha při styku po porodu a druh porodu jsou na sobě statisticky nezávislé. Pocity bolesti břicha při styku s narůstající dobou od porodu statisticky významně klesají na hladině významnosti 0,001 u obou typů porodu.



Obr.č. 34: Procenta žen s pocitem bolestí v podbřišku při pohlavním styku ve třech obdobích po porodu pro dva typy porodů

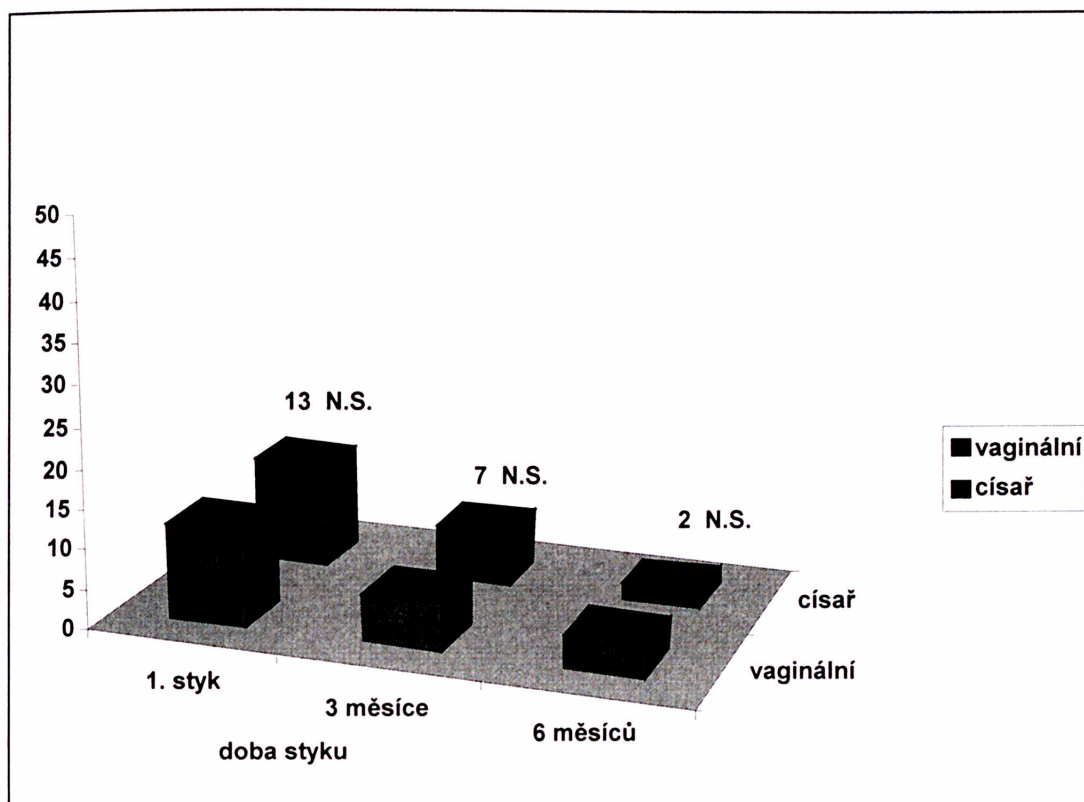
- **Výskyt bolestí v podbřišku po pohlavním styku ve třech obdobích po porodu u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu**

Tabulka č. 39 udává počty žen udávajících bolesti v podbřišku po styku minimálně v 50 % styků v jednotlivých obdobích po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Tab. č. 39: Počty žen udávajících bolesti v podbřišku po pohlavním styku minimálně v 50 % pohlavních styků po vaginálním porodu a po císařském řezu v jednotlivých časových obdobích

porod	první styky po porodu			3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	cel.	ano		cel.	ano		cel.	ano	
		n	%		n	%		n	%
vaginální	356	43	12	354	22	6	366	14	4
SC	46	6	13	46	3	7	45	1	2
celkem	402	49	12	400	25	6	411	15	4
	p = 0,8507 N.S.			p = 0,9355 N.S.			p = 0,5884 N.S.		

Pocit bolesti břicha po styku po porodu a druh porodu jsou na sobě statisticky nezávislé. Pocity bolesti břicha po styku s narůstající dobou od porodu statisticky významně klesají pouze u žen s vaginálním porodem; $p = 0,001$.



Obr. č. 35: Procenta žen spocitem bolestí v podbřišku po styku ve třech dobách po porodu a pro dva typy porodu

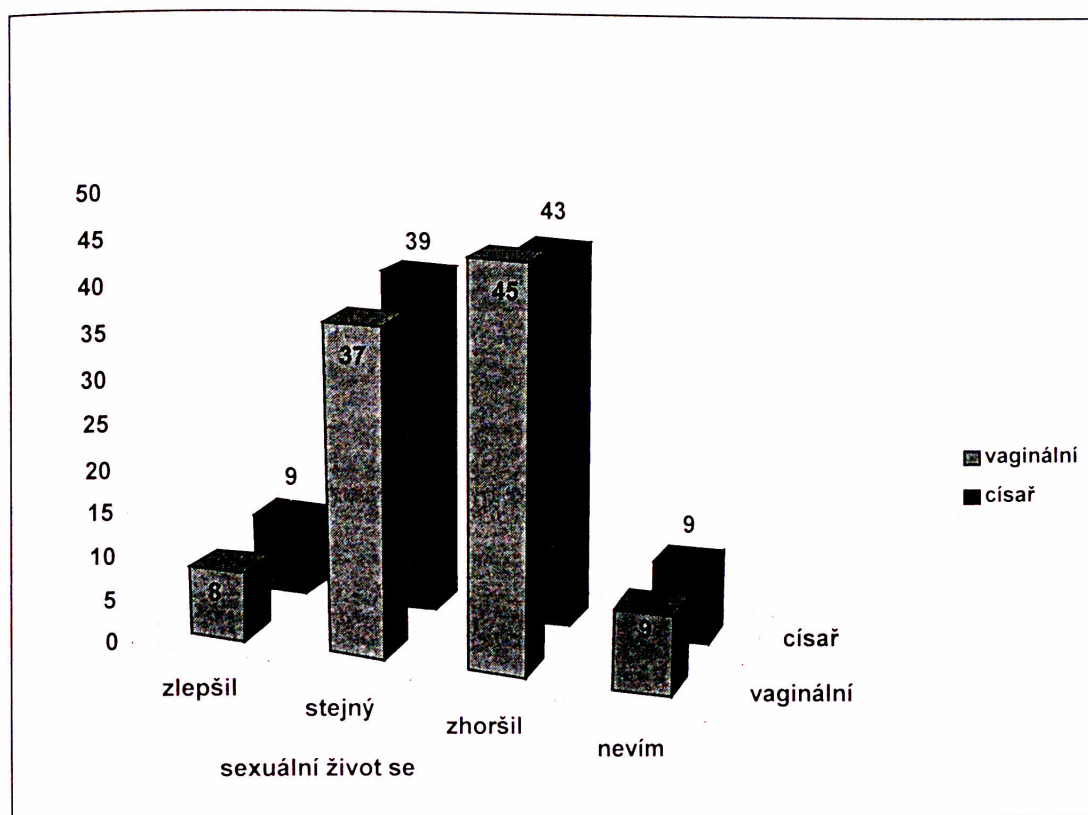
- **Porovnání kvality sexuálního života po porodu se stavem před otěhotněním**

V tabulce č. 40 je uvedeno porovnání hodnocení kvality sexuálního života 6 měsíců po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Tab. č. 40: Souhrn hodnocení kvality sexuálního života po vaginálním porodu a po císařském řezu 6 měsíců po porodu, $\chi^2 = 0,09$, $p = 0,9926$ N.S.

porod	sexuální život po porodu				celkem
	lepší	stejný	horší	nevím	
vaginální	32 8 %	143 37 %	175 45 %	35 9 %	385
SC	4 9 %	18 39 %	20 43 %	4 9 %	46
celkem	36	161	195	39	431

Nepodařilo se prokázat, že by subjektivní hodnocení sexuálního života po porodu statisticky významně záviselo na druhu porodu (vaginální porod, SC).



Obr. č. 36: Procenta žen hodnotících svůj sexuální život 6 měsíců po porodu ve čtyřech kategoriích a pro dva typy porodu, $p = \text{N.S.}$

- **Spokojenost se sexuálním životem ve třech obdobích po porodu pro dva typy porodů**

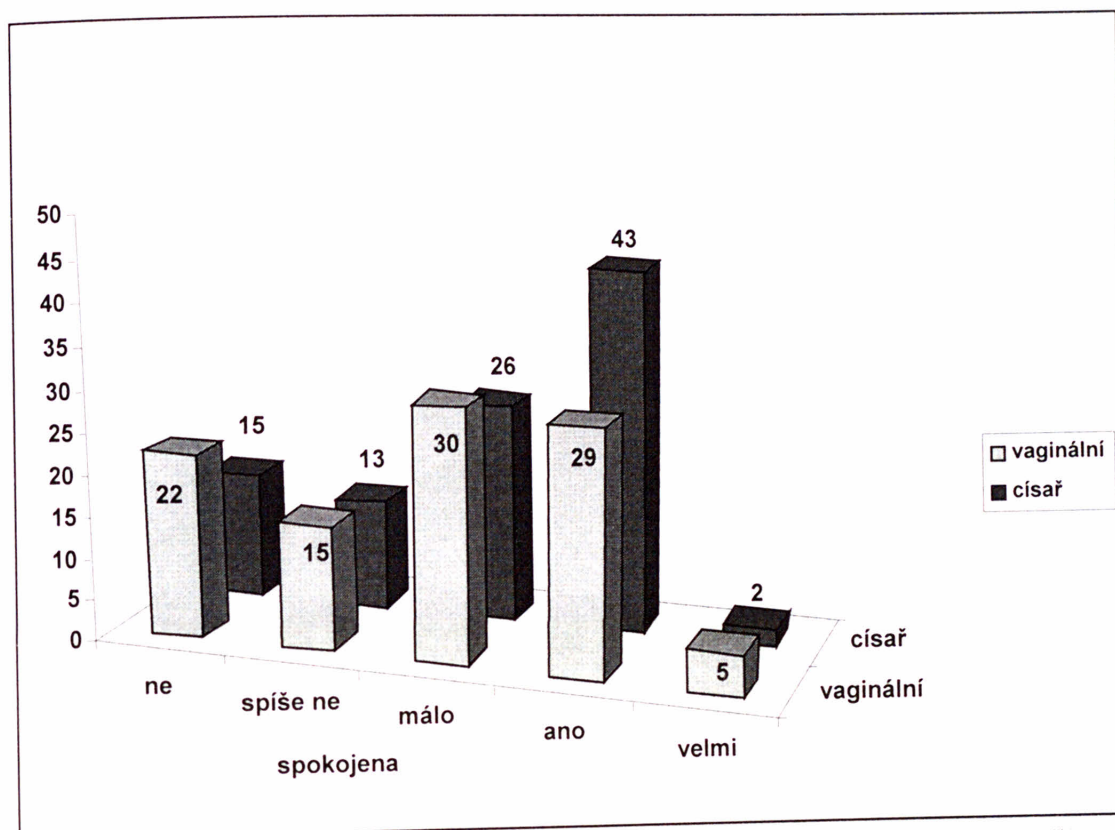
V tabulce č. 41 je shrnuto retrospektivní hodnocení spokojenosti se sexuálním životem žen během prvních styků po porodu, 3 měsíce a půl roku po porodu. Soubor je rozdělen na skupinu žen po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Tři měsíce po porodu se podařilo prokázat statisticky významnou závislost $p = 0,05$ hodnocení spokojenosti se sexuálním životem a typem porodu. Ženy, které rodily císařským řezem byly ve 28 % velmi spokojeny, ale ženy s vaginálním porodem jen v 11 %. V ostatních dobách se závislost nepodařilo prokázat. S prodlužující se dobou od porodu se spokojenost

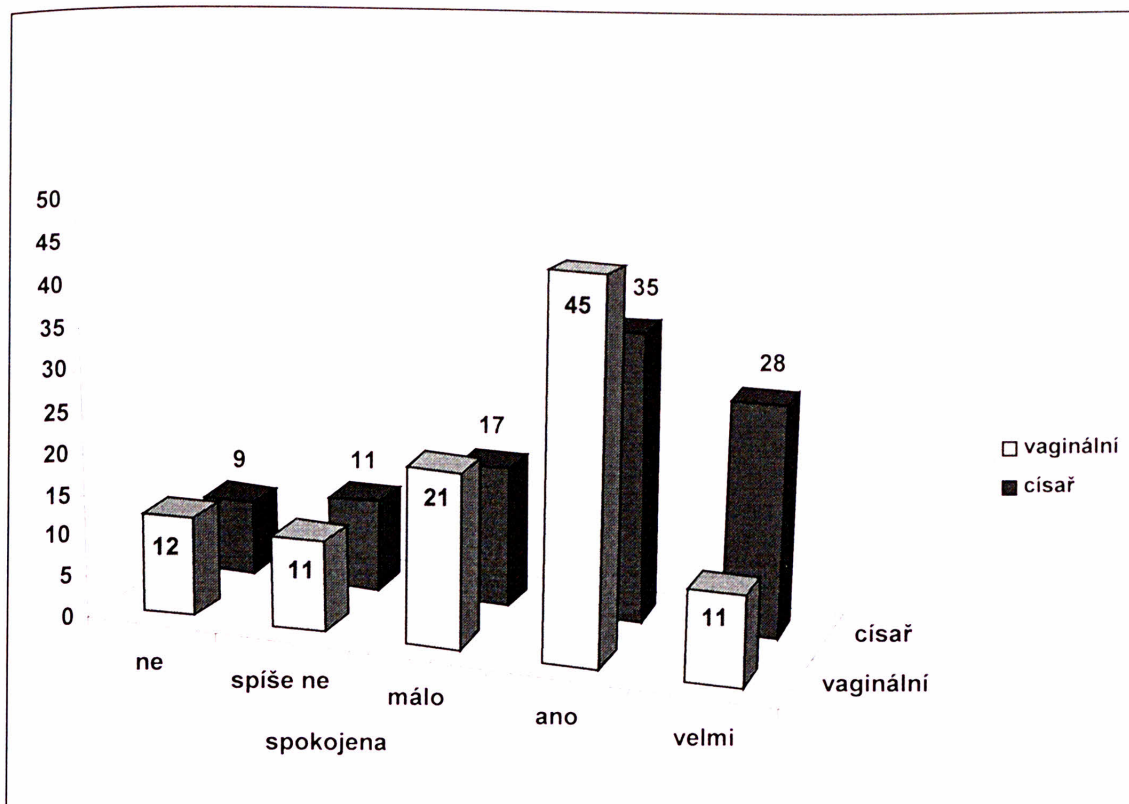
pro oba typy porodu statisticky významně ($p = 0,001$) zvýšila (z 34 %, resp. 45 %, na 66 %, resp. 67 %).

Tab. č. 41: Porovnání spokojenosti se sexuálním životem v jednotlivých obdobích po porodu u žen s vaginálním porodem a po císařském řezu

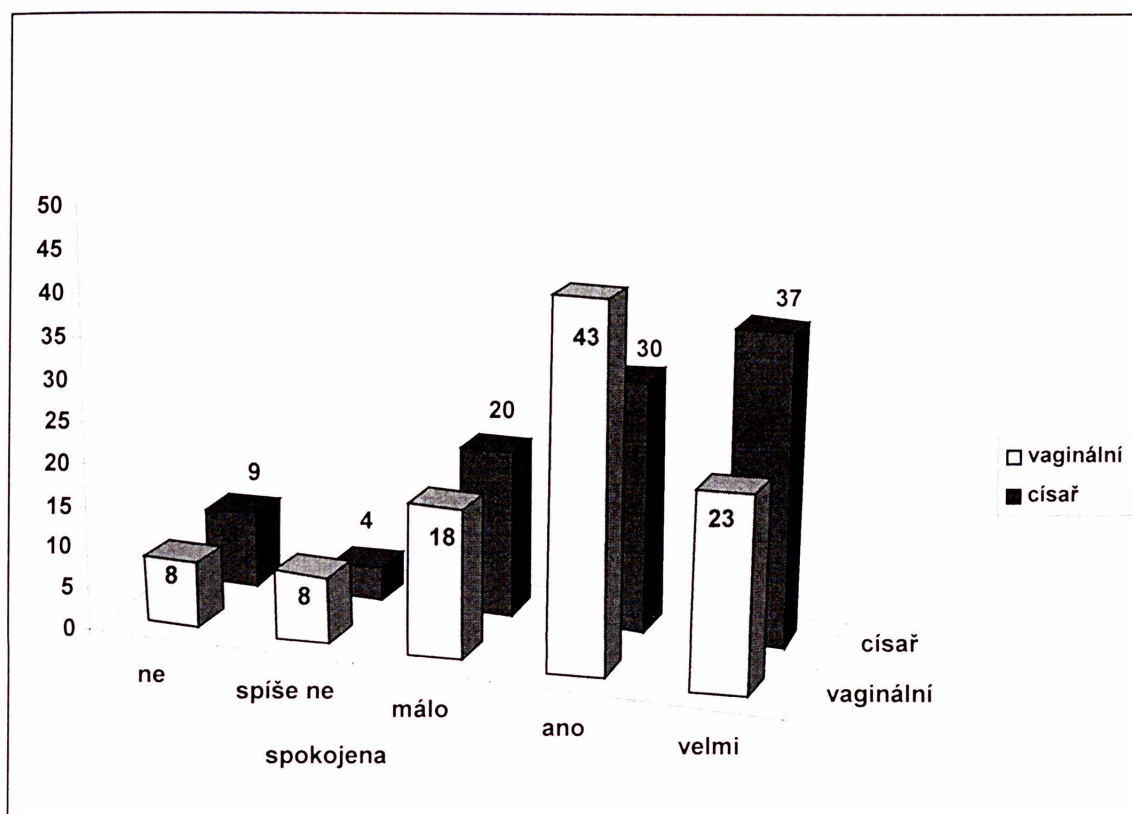
porod	spokojenost se sexem při prvním styku po porodu					
	ne	spíše ne	málo	ano	velmi	celkem
vaginální	79 22 %	56 15 %	108 30 %	105 29 %	17 5 %	365
SC	7 15 %	6 13 %	12 26 %	20 43 %	1 2 %	46
celkem	86	62	120	125	18	411
$\chi^2 = 4,60, p = 0,3305$ N.S.						
porod	spokojenost se sexem 3 měsíce po porodu					
	ne	spíše ne	málo	ano	velmi	celkem
vaginální	43 12 %	39 11 %	77 21 %	163 45 %	39 11 %	361
SC	4 9 %	5 11 %	8 17 %	16 35 %	13 28 %	46
celkem	47	44	85	179	52	407
$\chi^2 = 11,40, p = 0,0224$ x						
porod	spokojenost se sexem 6 měsíců po porodu					
	ne	spíše ne	málo	ano	velmi	celkem
vaginální	31 8 %	31 8 %	66 18 %	163 43 %	86 23 %	377
SC	4 9 %	2 4 %	9 20 %	14 30 %	17 37 %	46
celkem	35	33	75	177	103	423
$\chi^2 = 5,87, p = 0,2089$ N.S.						



Obr. č. 37: Procenta žen v pěti kategoriích spokojenosti se sexuálním životem při prvním styku po porodu pro dva typy porodu, $p =$ N.S.



Obr. č. 38: Procenta žen v pěti kategoriích spokojenosti se sexuálním životem v době 3 měsíce po porodu pro dva typy porodů, $p = 0,05$



Obr. č. 39: Procenta žen v pěti kategoriích spokojenosti se sexuálním životem v době 6 měsíců po porodu pro dva typy porodů, $p = N.S.$

- ***Výskyt bolestí při orgasmu 3 měsíce a půl roku po porodu po vaginálním porodu a po císařském řezu***

V tabulce č. 42 jsou shrnuty údaje o výskytu bolestí při orgasmu ve dvou obdobích u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Tab. č. 42: Výskyt bolestí během orgasmu v období 3 a 6 měsíců po porodu u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu

porod	3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	cel.	ano		cel.	ano	
		n	%		n	%
vaginální	409	21	5	409	6	1
SC	49	0	0	49	0	0
celkem	458	21	5	458	6	1
	p = 0,1044 N.S.			p = 0,3934 N.S.		

Pocit bolesti při orgasmu po porodu a druh porodu jsou na sobě statisticky nezávislé. Pocity bolesti při orgasmu s narůstající dobou od porodu statisticky významně klesají pouze u žen s vaginálním porodem ($p = 0,01$).

- ***Výskyt pocitu zúžení pochvy při styku 3 měsíce a půl roku po porodu po vaginálním porodu a po císařském řezu***

V tabulce č. 43 jsou shrnuty údaje o výskytu pocitu zúžení pochvy ve dvou obdobích u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Tab. č. 43: Výskyt pocitu zúžení pochvy v období 3 a 6 měsíců po porodu u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu

porod	3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	cel.	ano		cel.	ano	
		n	%		n	%
vaginální	409	74	18	409	43	11
SC	49	7	14	49	2	4
celkem	458	81	18	458	45	10
	p = 0,5092 N.S.			p = 0,1529 N.S.		

Pocit zúžení pochvy při styku po porodu a druh porodu jsou na sobě statisticky nezávislé. Pocity zúžení pochvy při styku s narůstající dobou od porodu statisticky významně klesají pouze u žen s vaginálním porodem ($p = 0,01$).

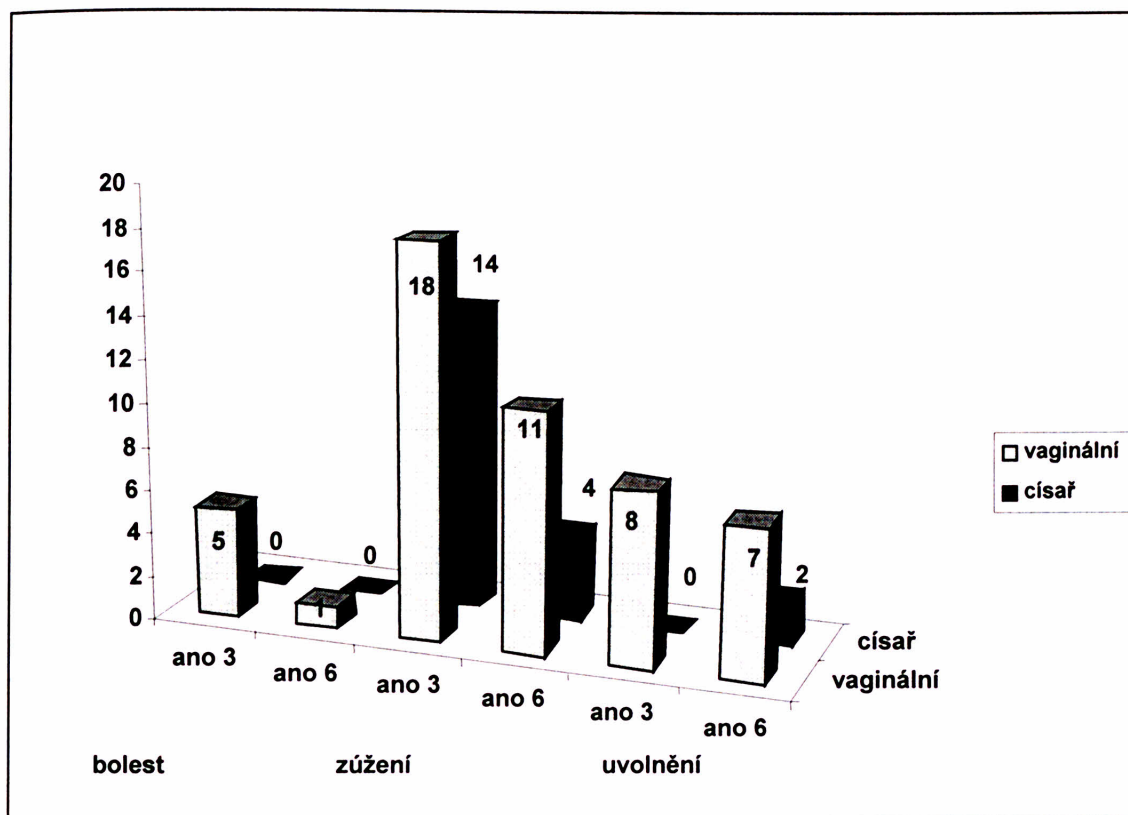
- ***Výskyt pocitu přílišného roztažení pochvy při styku 3 měsíce a půl roku po porodu po vaginálním porodu a po císařském řezu***

V tabulce č. 44 jsou shrnuty údaje o výskytu pocitu přílišného roztažení pochvy ve dvou obdobích u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Tab. č. 44: Výskyt pocitu přílišného roztažení pochvy v období 3 a 6 měsíců po porodu u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu

porod	3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	cel.	ano		cel.	ano	
		n	%		n	%
vaginální	409	32	8	409	27	7
SC	49	0	0	49	1	2
celkem	458	32	7	458	28	6
	p = 0,0423 x			p = 0,2079 N.S.		

Pocit uvolnění pochvy při styku po porodu a druh porodu jsou na sobě statisticky významně závislé na hladině významnosti 0,05 pouze ve 3 měsících po porodu. Ženy s vaginálním porodem tento pocit mají v 8 % případů. U žen po císařském řezu se tento pocit nevyskytuje. Pocity uvolnění pochvy při styku s narůstající dobou od porodu se statisticky významně nemění pro žádný typ porodu.



Obr. č. 40: Procenta výskytu bolesti, zúžení a uvolnění pochvy ve dvou obdobích po porodu pro dva typy porodu

- *Výskyt infekce pochvy 3 měsíce a půl roku po porodu po vaginálním porodu a po císařském řezu*

V tabulce č. 45 jsou shrnuty údaje o výskytu infekce pochvy ve dvou obdobích u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Tab. č. 45: Výskyt infekce pochvy v období 3 a 6 měsíců po porodu u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu

porod	3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	cel.	ano		cel.	ano	
		n	%		n	%
vaginální	409	27	7	409	17	4
SC	49	3	6	49	3	6
celkem	458	30	7	458	20	4
	p = 0,8981 N.S.			p = 0,5245 N.S.		

Výskyt infekce a typ porodu jsou na sobě statisticky nezávislé v obou obdobích po porodu. Výskyt infekce u žádného typu porodu nezávisí na čase.

- **Výskyt krvácení z pochvy po styku 3 měsíce a půl roku po porodu po vaginálním porodu a po císařském řezu.**

V tabulce č. 46 jsou shrnuty údaje o výskytu krvácení z pochvy po styku ve dvou obdobích u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Tab. č. 46: Výskyt krvácení z pochvy po styku v období 3 a 6 měsíců po porodu u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu

porod	3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	cel.	ano		cel.	ano	
		n	%		n	%
vaginální	409	22	5	409	9	2
SC	49	3	6	49	0	0
celkem	458	25	5	458	9	2
	p = 0,8286 N.S.			p = 0,3577 N.S.		

Výskyt krvácení z pochvy po styku a typ porodu jsou na sobě statisticky nezávislé v obou obdobích po porodu. Výskyt krvácení se statisticky významně snížil v závislosti na čase ($p = 0,05$) jen u vaginálních porodů.

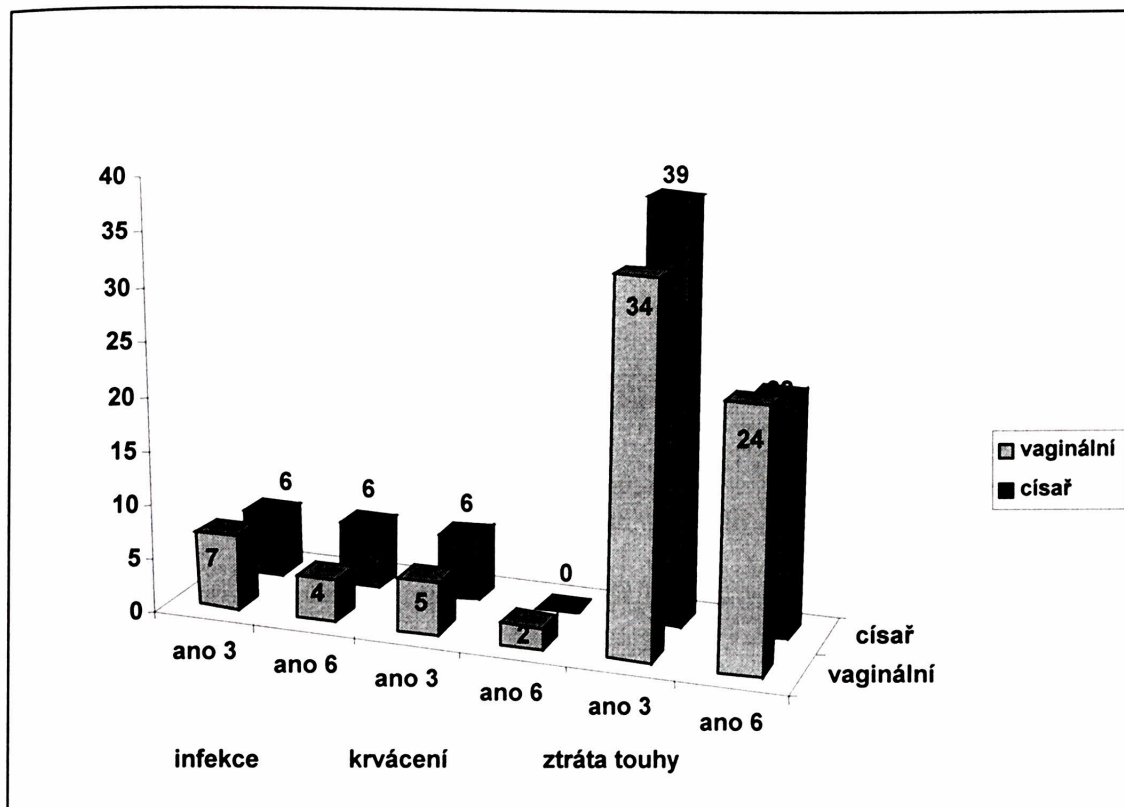
- **Výskyt ztráty sexuální touhy 3 měsíce a půl roku po vaginálním porodu a po císařském řezu**

V tabulce č. 47 jsou shrnuty údaje o výskytu pocitu ztráty sexuální touhy ve dvou obdobích u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Ztráta sexuální touhy a typ porodu jsou na sobě statisticky nezávislé v obou obdobích po porodu. Ztráta sexuální touhy se s časem statisticky významně snížila na hladině významnosti 0,01 jen u žen s vaginálním porodem. U žen s císařským řezem se statisticky významné zlepšení nepodařilo prokázat (početně menší skupina).

Tab. č. 47: Výskyt pocitu ztráty sexuální touhy v období 3 a 6 měsíců po porodu u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu

porod	3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	cel.	ano		cel.	ano	
		n	%		n	%
vaginální	409	141	34	409	100	24
SC	49	19	39	49	11	22
Celkem	458	160	35	458	111	24
	p = 0,5507 N.S.			p = 0,7574 N.S.		



Obr. č. 41: Procenta výskytu infekce pochvy, krvácení z pochvy po styku a ztráty sexuální touhy ve dvou obdobích po porodu pro dva typy porodů

3.6. Porovnání průběhu porodu u žen bez signifikantní dyspareunie 6 měsíců po porodu se ženami s výskytem dyspareunie minimálně v 50 % styků

- *Vliv použití Kristellerovy exprese a porodní poloha ve druhé době porodní*

V tabulce č. 48 je zhodnocen vliv Kristellerovy exprese a polohy rodičky ve 2. době porodní na výskyt dyspareunie půl roku po porodu.

Nepodařilo se prokázat, že by poporodní bolesti pochvy a hráze s použitím Kristellerovy exprese na sobě statisticky významně závisely. Poporodní bolesti pochvy a hráze a porodní poloha na sobě statisticky významně závisí, ovšem jen na hladině významnosti 0,1. Ženy, které mají bolesti, rodily více na zádech – v 99 %, a ženy bez bolesti jen v 93 %.

Tab. č. 48: Vliv Kristellerovy exprese a polohy ve 2. době porodní na výskyt dyspareunie půl roku po porodu

bolesti pochvy a hráze	Kristellerova exprese					porodní poloha				
	žádná + slabá		silná		celkem	stolička		záda		celkem
	n	%	n	%		n	%	n	%	
ne	257	85	44	15	301	21	7	277	93	298
ano	58	84	11	16	69	1	1	66	99	67
p	0,7804					0,0629 +				

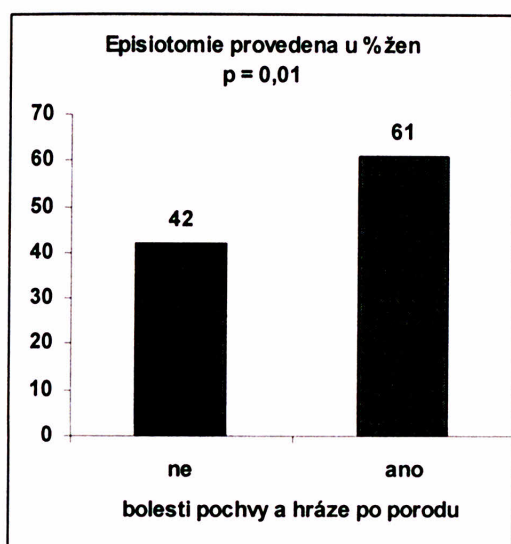
- Vliv epiziotomie a rozsahu poranění hráze na výskyt dyspareunie půl roku po porodu

V tabulce č. 49 je zvýrazněná závislost na epiziotomii nebo stupni poranění hráze a výskytu dyspareunie půl roku po porodu.

Tab. č. 49: Vliv epiziotomie a rozsahu poranění hráze na výskyt dyspareunie půl roku po porodu

bolesti pochvy a hráze	epiziotomie				celkem	poranění hráze				
	ano		ne			3. stupeň		jiné		celkem
	n	%	n	%		n	%	n	%	
ne	129	42	175	58	304	5	1,5	338	98,5	343
ano	44	61	28	39	72	3	3,8	74	96,2	77
p	0,0042 xx					0,1658 N.S.				

Poporodní bolesti pochvy a hráze a epiziotomie na sobě statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,01. Ženy, které mají po porodu bolesti pochvy a hráze měly epiziotomii v 61 %, ženy bez bolesti jen ve 42 %. Epiziotomie je rizikový faktor pro poporodní bolesti pochvy a hráze při RR = 1,44 s 95% intervalem spolehlivosti (1,15, 1,81). Nepodařilo se prokázat, že by poporodní bolesti pochvy a hráze s poraněním hráze 3. stupně na sobě statisticky významně závisely.



Obr. č. 42: Procenta žen s provedenou epiziotomií s dyspareunií a bez ní půl roku po porodu

- *Vliv praxe ošetřujícího lékaře (praxe vyjádřená stupněm atestace) na výskyt dyspareunie půl roku po porodu*

V tabulce č. 50 je spočítána závislost mezi délkou praxe lékaře ošetřujícího poranění a výskytem dyspareunie půl roku po porodu.

Tab. č. 50: *Vliv stupně atestace ošetřujícího lékaře na výskyt dyspareunie půl roku po porodu*

bolesti pochvy a hráze	atestace						celkem
	bez		2.		1.		
	n	%	n	%	n	%	
ne	113	40	80	28	91	32	284
ano	29	41	19	27	23	33	71
p	0,9712						

Nepodařilo se prokázat, že by poporodní výskyt bolestí pochvy a hráze při styku s atestací lékaře na sobě statisticky významně závisely.

- *Zhodnocení vlivu kvantitativních parametrů jako je věk, BMI před těhotenstvím, přírůstek hmotnosti, trvání první a druhé doby porodní, hmotnost dítěte, BMI po porodu na výskyt dyspareunie půl roku po porodu*

V tabulce č. 51 je shrnutí některých kvantitativních parametrů a zhodnocen jejich podíl v souboru žen s dyspareunií půl roku po porodu a bez ní.

Tab. č. 51: *Zhodnocení vlivu věku rodiček, BMI před otěhotněním, přírůstku hmotnosti v těhotenství, trvání 1. a 2. doby porodní, hmotnosti dítěte a BMI půl roku po porodu na výskyt dyspareunie půl roku po porodu*

parametr		n	průměr	sm. odchylka	TS t-testu	p
věk	ne	343	28,03	3,68	-1,65	0,100
	ano	77	28,75	2,49		
BMI před těhoten.	ne	334	22,44	3,69	0,67	0,502
	ano	77	22,14	3,07		
přírůstek hmotnosti	ne	343	14,20	6,90	0,46	0,647
	ano	77	13,82	4,44		
trvání 1. d. p. (min)	ne	343	287,20	196,05	0,03	0,973
	ano	77	286,36	177,14		
trvání 2. d. p.	ne	343	29,76	32,66	-0,76	0,449
	ano	77	32,82	29,23		
hmotnost dítěte	ne	343	3387,83	444,11	0,24	0,812
	ano	77	3374,52	446,57		
BMI půl roku po porodu	ne	334	23,13	11,60	0,75	0,455
	ano	77	22,13	4,16		

Pro žádný z výše uvedených kvantitativních parametrů se nepodařilo prokázat, že by se průměrné hodnoty pro ženy bez bolesti a s bolestí pochvy a hráze při styku statisticky významně lišily.

- ***Vliv gestačního stáří a použití oxytocinu při porodu na výskyt dyspareunie půl roku po porodu***

V tabulce č. 52 je zhodnocen vliv počtu porodů po vypočteném termínu, po ukončení 41. týdnu a vliv použití oxytocinu při porodu na výskyt dyspareunie půl roku po porodu.

Tab. č. 52: Vliv počtu porodů po termínu a augmentace porodu oxytocinem na výskyt dyspareunie půl roku po porodu

bolesti pochvy a hráze	týden těhotenství					použití oxytocinu				
	36–41		42 a více		celkem	ne		ano		celkem
	n	%	n	%		n	%	n	%	
ne	276	80	67	20	343	251	73	92	27	343
ano	62	81	15	19	77	56	73	21	27	77
p	0,9915 N.S.					0,9358 N.S.				

Nepodařilo se prokázat, že by poporodní bolesti pochvy a hráze s délkou těhotenství na sobě statisticky významně závisely. Dále se nepodařilo prokázat, že by poporodní bolesti pochvy a hráze s použitím oxytocinu na sobě statisticky významně závisely.

- ***Vliv použití epidurální a paracervikální analgezie při porodu na výskyt sexuálních dysfunkcí půl roku po porodu***

V tabulce č. 53 je shrnuto procentuální zastoupení použití epidurální a paracervikální analgezie po porodu u žen se signifikantní dyspareunií po porodu a bez ní.

Tab. č. 53: Vliv použití porodnické analgezie (epidurální, paracervikální) na výskyt dyspareunie půl roku po porodu

bolesti pochvy a hráze	analgezie						celkem
	žádná		epidurální		paracervikální		
	n	%	n	%	n	%	
ne	230	76	42	14	32	11	304
ano	49	68	11	15	12	17	72
p	0,2986						

Nepodařilo se prokázat, že by poporodní bolesti pochvy a hráze s analgezií při porodu na sobě statisticky významně závisely.

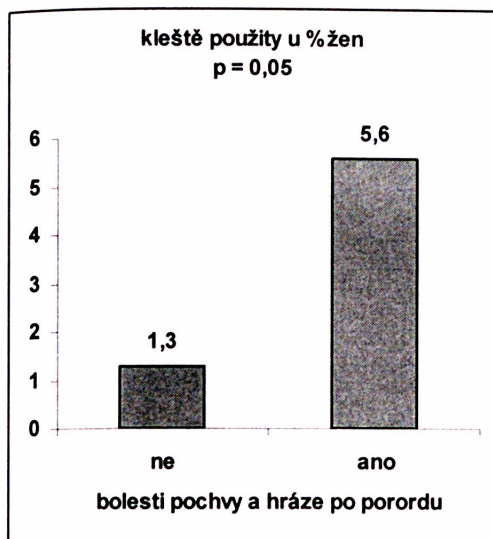
- ***Vliv operačních porodů (forceps a císařský řez) na výskyt dyspareunie půl roku po porodu***

V tabulce č. 54 je zhodnocen vliv porodu per forcipem a per sectionem caesaream na výskyt dyspareunie půl roku po porodu.

Poporodní bolesti pochvy a hráze a použití kleští na sobě statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,05. U žen s bolestmi pochvy a hráze po porodu bylo použito kleští v 5,6 % a u žen bez bolesti jen v 1,3 %. Použití kleští by mohlo být rizikovým faktorem pro poporodní bolesti pochvy a hráze, RR = 4,22 ovšem s velmi širokým 95% intervalem spolehlivosti (1,08, až 16,48), protože kleští bylo použito jen v ojedinělých případech. Nepodařilo se prokázat, že by poporodní bolesti pochvy a hráze a porod císařským řezem na sobě statisticky významně závisely.

Tab. č. 54: Vliv operačních porodů (forceps, císařský řez) na výskyt dyspareunie půl roku po porodu

bolesti pochvy a hráze	použití kleští					císařský řez				
	ano		ne		celkem	ano		ne		celkem
	n	%	n	%		n	%	n	%	
ne	4	1,3	300	98,7	304	39	11	304	89	343
ano	4	5,6	68	94,4	72	5	6	72	94	77
p	0,0469 x					0,2067 N.S.				



Obr. č. 43: Procentuální zastoupení klešťových porodů u žen s dyspareunií a bez ní půl roku po porodu

- *Vliv šířky ramínek a obvodu hlavičky dítěte na výskyt dyspareunie půl roku po porodu*

V tabulce č. 55 jsou vyhodnoceny rozměry plodu, které procházejí porodním kanálem (šířka ramínek a obvod hlavičky) v souboru s výskytem signifikantní dyspareunie a bez ní.

Tab. č. 55: Vliv pohlaví dítěte a obvodu hlavičky na výskyt dyspareunie půl roku po porodu

bolesti pochvy a hráze	šířka ramínek					obvod hlavičky				
	méně 16 cm		16 cm a více		celkem	méně než 35 cm		35 cm a více		celkem
	n	%	n	%		n	%	n	%	
ne	280	86	46	14	326	225	69	101	31	326
ano	61	88	8	12	69	51	68	24	32	75
P	0,5805 N.S.					0,8639 N.S.				

Nepodařilo se prokázat, že by poporodní bolesti pochvy a hráze s pohlavím dítěte na sobě statisticky významně závisely. Nepodařilo se ani prokázat, že by poporodní bolesti pochvy a hráze s obvodem hlavičky novorozence na sobě statisticky významně závisely.

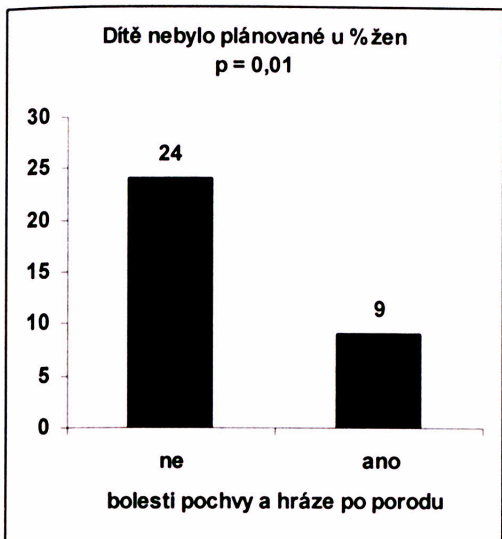
- *Vliv pohlaví dítěte a plánování dítěte na výskyt dyspareunie půl roku po porodu*

Tabulka č. 56 hodnotí vliv pohlaví dítěte na výskyt dyspareunie po porodu. Zhodnocen je i údaj o plánování otěhotnění.

Tab. č. 56: Vliv šířky ramínek dítěte a šířky ramínek a plánování dítěte na výskyt dyspareunie půl roku po porodu

bolesti pochvy a hráze	pohlaví					dítě je plánované				
	děvče		chlapec		celkem	ne		ano		celkem
	n	%	n	%		n	%	n	%	
ne	165	48	178	52	343	82	24	261	76	343
ano	37	48	40	52	77	7	9	70	91	77
P	0,9933 N.S.					0,0040 xx				

Nepodařilo se prokázat, že by poporodní bolesti pochvy a hráze se šířkou ramínek novorozence na sobě statisticky významně závisely.



Obr. č. 44: Procentuální zastoupení neplánovaných dětí u žen se signifikantní dyspareunií a bez ní

Poporodní bolesti pochvy a hráze a fakt, zda jde o plánované dítě, na sobě statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,01. U žen s bolestmi pochvy a hráze bylo dítě plánované v 91 % a u žen bez bolestí jen v 76 %. Plánování se jeví jako rizikový faktor pro poporodní bolesti pochvy a hráze, RR = 1,19 s 95% intervalem spolehlivosti 1,09 až 1,31.

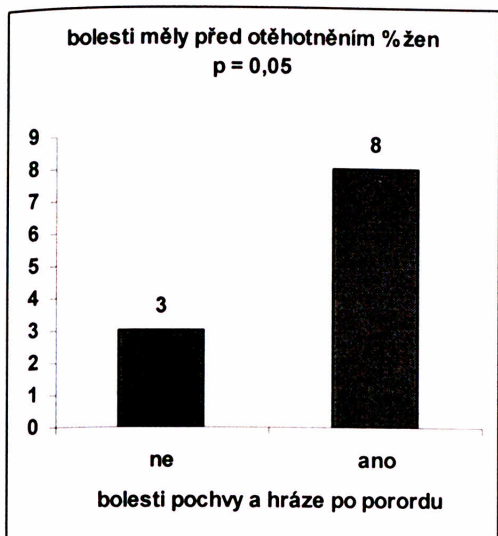
- Vliv masáže hráze v těhotenství a bolesti pochvy při styku před otěhotněním**

V tabulce č. 57 je zhodnocen vliv masáže hráze v průběhu těhotenství a vliv výskytu dyspareunie před otěhotněním.

Tab. č. 57: Vliv masáže hráze v těhotenství a bolesti pochvy při styku před otěhotněním

bolesti pochvy a hráze	masáž hráze					bolesti před otěhotněním				
	ne		ano		celkem	ne		ano		celkem
	n	%	n	%		n	%	n	%	
ne	235	69	108	31	343	329	97	9	3	338
ano	51	66	26	34	77	69	92	6	8	75
p	0,6982 N.S.					0,0373 x				

Nepodařilo se prokázat, že by poporodní bolesti pochvy a hráze s masáží hráze v těhotenství na sobě statisticky významně závisely.



Obr. č. 45: Procentuální zastoupení bolestí při styku před otěhotněním u žen s a bez signifikantní dyspareunie půl roku po porodu

Poporodní bolesti pochvy a hráze a bolesti před otěhotněním na sobě statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,05. U žen s bolestmi pochvy a hráze po porodu byly bolesti před těhotenstvím v 8 % a u žen bez bolesti jen ve 3 %. Bolesti před těhotenstvím tedy ovlivňují bolesti po porodu. RR = 3 se širokým 95% intervalem spolehlivosti 1,1 až 8,19.

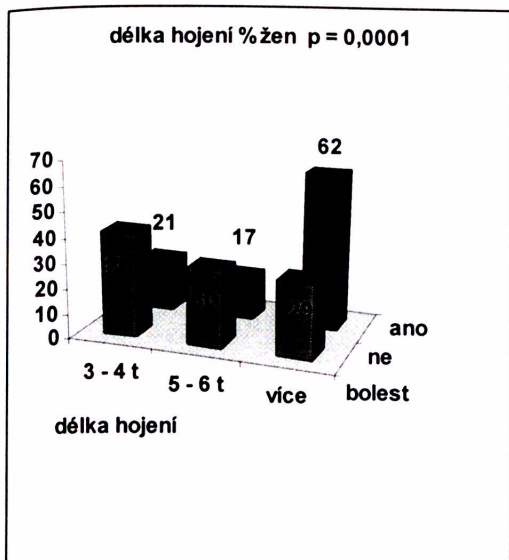
- *Délka hojení porodního poranění u žen se signifikantní dyspareunií půl roku po porodu a bez ní*

V tabulce č. 58 je rozdělena skupina žen dle délky hojení poranění na méně než 4 týdny, 5–6 týdnů a více než 6 týdnů. Zhodnocena je závislost výskytu dyspareunie na tomto rozdělení.

Tab. č. 58: Zhodnocení délky hojení porodního poranění u žen s výskytem dyspareunie půl roku po porodu a bez ní

bolesti pochvy a hráze	délka hojení						celkem
	do 4 týdnů		5–6 týdnů		více		
	n	%	n	%	n	%	
ne	124	41	93	30	89	29	306
ano	16	21	13	17	47	62	76
p	0,0001 xxxx						

Poporodní bolesti pochvy a hráze s délkou hojení na sobě statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,0001. Ženy s poporodními bolestmi se hojily déle, 62 % žen více než 6 týdnů, ženy bez bolesti se hojily více než 6 týdnů pouze v 29 % případů.



Obr. č. 46: Procentuální zastoupení udávaného trvání hojení porodního poranění ve skupině žen se signifikantní dyspareunií a bez ní

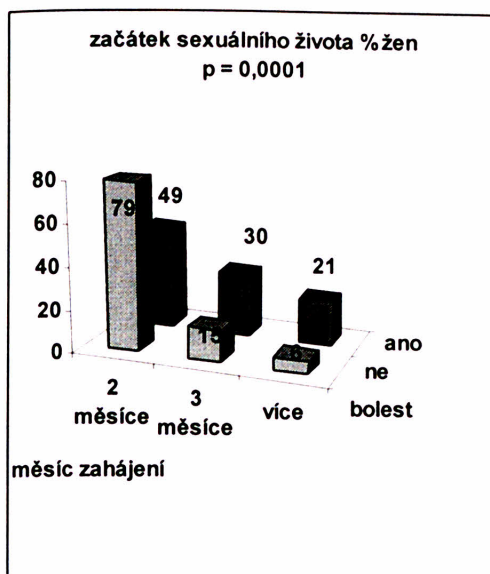
- *Doba začátku sexuálního života po porodu u žen se signifikantní dyspareunií a bez ní půl roku po porodu*

V tabulce č. 59 je rozdělen soubor žen dle začátku sexuálního života po porodu na ty, které začaly sexuálně opět žít do 8 týdnů po porodu, do 3 měsíců a později. Zhodnocena je závislost začátku sexuálního života a výskytu dyspareunie půl roku po porodu.

Tab. č. 59: Doba začátku sexuálního života po porodu u žen se signifikantní dyspareunií a bez ní půl roku po porodu

bolesti pochvy a hráze	začátek sexuálního života						celkem
	do 2 měsíců		do 3 měsíců		později		
	n	%	n	%	n	%	
ne	271	79	50	15	22	6	313
ano	38	49	23	30	16	21	77
p	0,0001 xxxx						

Poporodní bolesti pochvy a hráze s dobou zahájení sexuálního života po porodu na sobě statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,0001. Ženy se signifikantní dyspareunií půl roku po porodu začínají svůj sexuální život později. 51 % žen s bolestmi začíná se sexuální aktivitou později než do 2 měsíců po porodu, zatímco ženy bez bolestí jen v 21 %.



Obr. č. 47: Doba začátku sexuálního života po porodu v závislosti na výskytu dyspareunie půl roku po porodu

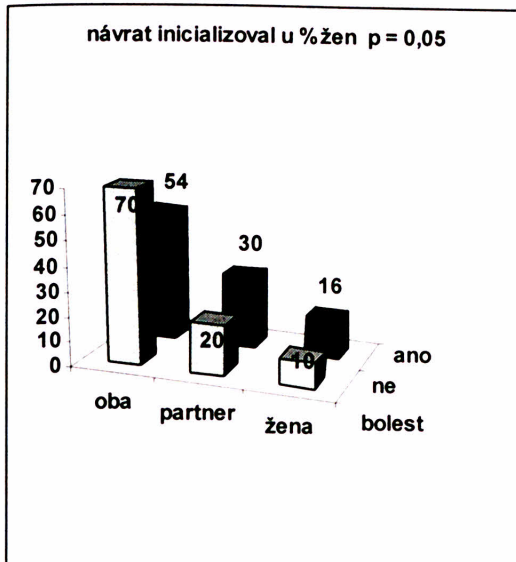
- *Osoba iniciující začátek sexuálního života ve skupině žen s výskytem dyspareunie půl roku po porodu a bez ní*

V tabulce č. 60 je rozdělen soubor dle osoby iniciující začátek sexuálního života na skupinu, ve které aktivitu vyvinula probandka, partner, nebo aktivita vycházela z obou partnerů. Je zhodnoceno zastoupení ve skupině žen se signifikantní dyspareunií a bez ní.

Tab. č. 60: Osoba iniciující začátek sexuálního života ve skupině žen s výskytem dyspareunie půl roku po porodu a bez ní

bolesti pochvy a hráze	začátek sexuálního života inicioval						celkem
	oba		partner		žena		
	n	%	n	%	n	%	
ne	239	70	69	20	34	10	342
ano	41	54	23	30	12	16	76
P	0,0278 x						

Poporodní bolesti pochvy a hráze na sobě statisticky významně závisí s osobou, která iniciuje sexuální život, na hladině významnosti 0,05. U žen s bolestmi iniciovali začátek sexuálního života oba partneři v 54 %, u žen bez bolesti v 70 %.



Obr. č. 48: Procentuální zastoupení osob iniciujících pohlavní život po porodu v skupině žen se signifikantní dyspareunií půl roku po porodu a bez ní

- *Frekvence styků půl roku po porodu v závislosti na výskytu signifikantní dyspareunie*

V tabulce č. 60 je rozdělen soubor žen s dyspareunií a bez ní dle frekvence pohlavních styků půl roku po porodu.

Tab. č. 60: *Frekvence pohlavních styků půl roku po porodu v závislosti na výskytu signifikantní dyspareunie*

bolesti pochvy a hráze	frekvence styků po porodu								celkem
	žádné		méně než 1x týdně		2–3x týdně		4 a vícekrát týdně		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ne	10	3	145	43	148	44	35	10	338
ano	2	3	52	68	20	26	2	3	76
p	0,0006 xxx								

Poporodní bolesti pochvy a hráze s frekvencí styků po porodu na sobě statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,001. Ženy s poporodními bolestmi mají styk v 71 % méně než 1krát týdně, narozdíl od žen bez bolesti – 46 % s frekvencí méně než 1krát týdně.

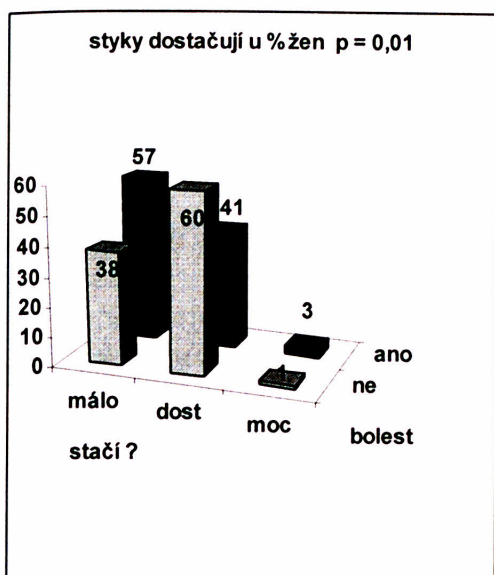
- *Subjektivní hodnocení dostatečnosti frekvence styků půl roku po porodu u žen se signifikantní dyspareunií a bez ní*

V tabulce č. 61 je soubor rozdělen dle subjektivní spokojenosti s frekvencí pohlavních styků půl roku po porodu. Popsána je závislost tohoto hodnocení na výskytu dyspareunie.

Tab. č. 61: Subjektivní hodnocení dostatečnosti frekvence styků půl roku po porodu u žen se signifikantní dyspareunií a bez ní

bolesti pochvy a hráze	styků po porodu je						celkem
	málo		dost		moc		
	n	%	n	%	n	%	
ne	129	38	205	60	5	1	339
ano	43	57	31	41	2	3	76
p	0,0072 xx						

Poporodní bolesti pochvy a hráze se subjektivním hodnocením dostatečnosti styků po porodu na sobě statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,01. Ženy s poporodními bolestmi soudí, že mají styků méně, dostatek má jen 41 % žen s bolestmi, ale u žen bez bolesti má dostatek styku 60 % žen.



Obr. č. 49: Procenta žen dle subjektivního hodnocení frekvence pohlavních styků půl roku po porodu

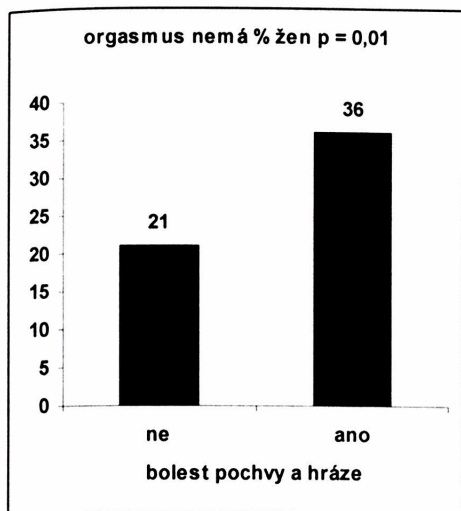
- *Frekvence dosahování orgasmů půl roku po porodu u žen se signifikantní dyspareunií a bez ní*

V tabulce č. 62 je rozdělen soubor na ženy, které udávají, že dosahovaly orgasmus v polovině pohlavních styků a více půl roku po porodu a na ženy, které nedosahovaly orgasmu nikdy nebo zřídka. Vypočítána je závislost na výskytu dyspareunie půl roku po porodu.

Tab. č. 62: Rozdělení souboru dle dosahování orgasmů půl roku po porodu v závislosti na výskytu dyspareunie

bolesti pochvy a hráze	frekvence orgasmů po porodu				celkem
	méně než v 50 % styků		v 50 % styků a více		
	n	%	N	%	
ne	69	21	265	79	334
ano	27	36	47	64	74
P	0,0036 xx				

Poporodní bolesti pochvy a hráze s frekvencí orgasmů při styku po porodu na sobě statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,01. Ženy s poporodními bolestmi soudí, že mají méně orgasmů. Pouze 64 % žen má orgasmus v 50 % a více oproti ženám bez bolesti, kterých je 79 %.



Obr. č. 50: Procenta žen dosahujících orgasmu zřídka nebo nikdy ve skupině s dyspareunií a bez ní půl roku po porodu

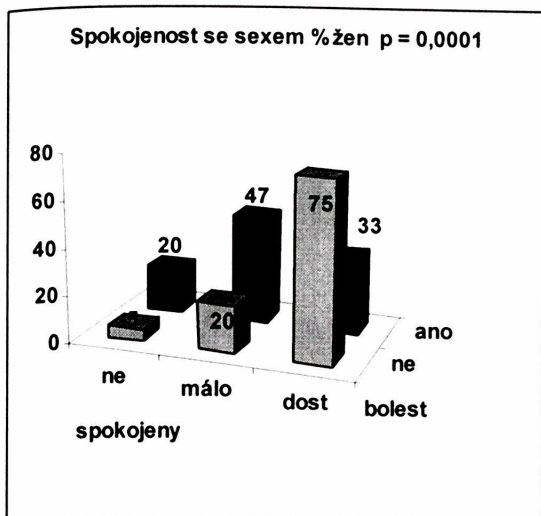
- *Subjektivní hodnocení spokojenosti se sexuálním životem půl roku po porodu v závislosti na výskytu signifikantní dyspareunie*

V tabulce č. 63 je shrnuto rozdělení souboru dle vyjádření spokojenosti se sexuálním životem půl roku po porodu. Vypočítána je závislost na výskytu signifikantní dyspareunie.

Tab. č.63: Rozdělení souboru dle subjektivního hodnocení spokojenosti se sexuálním životem půl roku po porodu v závislosti na výskytu signifikantní dyspareunie

bolesti pochvy a hráze	spokojenost se sexem						celkem
	ne		málo		dostatečně		
	n	%	n	%	n	%	
ne	17	5	69	20	253	75	339
ano	15	20	35	47	25	33	75
p	0,0001 xxxx						

Poporodní bolesti pochvy a hráze se spokojeností se sexem po porodu na sobě statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,0001. Žen s poporodními bolestmi je nespokojených se sexem 67 %, kdežto nespokojených žen bez bolesti je jen 25 %.



Obr. č. 51: Procenta žen dle vyjádřené spokojenosti se sexuálním životem půl roku po porodu v závislosti na výskytu signifikantní dyspareunie

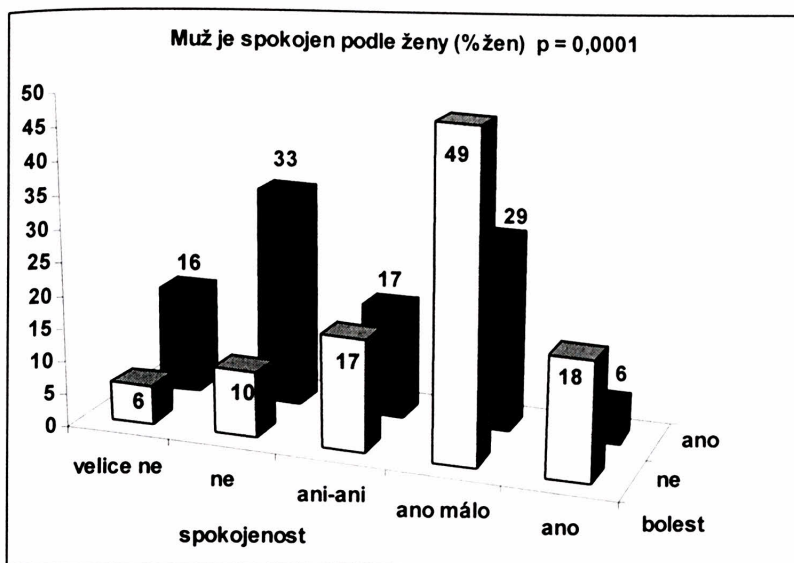
- *Subjektivní hodnocení spokojenosti partnera se sexuálním životem v závislosti na výskytu dyspareunie půl roku po porodu*

V tabulce č. 64 je zhrnuto hodnocení spokojenosti partnera se sexuálním životem tak, jak to uvedly respondentky v dotazníku. Zhodnocená je závislost na výskytu dyspareunie půl roku po porodu.

Tab. č. 64: *Subjektivní hodnocení spokojenosti partnera se sexuálním životem v závislosti na výskytu dyspareunie půl roku po porodu (hodnocení bylo provedeno partnerkou)*

bolesti pochvy a hráze	vlastní hodnocení spokojenosti partnera se sexem										celkem
	velice ne		ne		ani-ani		celkem ano		velice ano		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
ne	18	6	30	10	52	17	149	49	53	18	302
ano	11	16	23	33	12	17	20	29	4	6	70
p	0,0001 xxxx										

Poporodní bolesti pochvy a vlastní hodnocení spokojenosti partnera se sexem po porodu na sobě statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,0001. Ženy se signifikantní dyspareunií hodnotí spokojenost partnerů se sexuálním životem více negativně, spokojených mužů s jejich vzájemným stykem má pouze 35 % žen a ženy bez bolesti mají muže spokojené se sexem v 67 %.



Obr. č. 52: Spokojenost partnerů v % dle hodnocení ženy půl roku po porodu ve skupině se signifikantní dyspareunií a bez ní

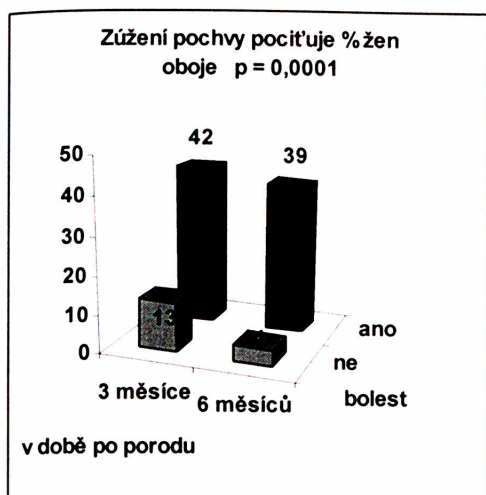
- *Výskyt pocitu zúžení pochvy ve dvou dobách po porodu v souboru žen se signifikantní dyspareunií a bez ní*

V tabulce č. 65 je soubor rozdělen dle údajů pocitu zúžení pochvy 3 měsíce a půl roku po porodu v závislosti na výskytu signifikantní dyspareunie půl roku po porodu.

Tab. č. 65: Výskyt pocitu zúžení pochvy ve dvou dobách po porodu v souboru žen se signifikantní dyspareunií a bez ní

bolesti pochvy a hráze	výskyt pocitu zúžení pochvy 3 měsíce po porodu					výskyt pocitu zúžení pochvy 6 měsíců po porodu				
	ano		ne		celkem	ano		ne		celkem
	n	%	n	%		n	%	n	%	
ne	45	13	298	87	343	14	4	329	96	343
ano	32	42	45	58	77	30	39	47	61	77
p	0,0001 xxxx					0,0001 xxxx				

Poporodní bolesti pochvy a hráze a pocit zúžení pochvy v obou dobách po porodu na sobě statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,0001. Ženy s bolestmi pochvy a hráze po porodu mají pocit zúžení ve 3 měsících ve 42 % případů oproti 13 % žen bez bolesti; v 6 měsících po porodu má tento pocit 39 % žen s bolestmi a jen 4 % žen bez bolesti.



Obr. č. 53: Procentuální zastoupení pocitu zúžení pochvy v skupině žen se signifikantní dyspareunií půl roku po porodu a bez ní ve dvou časových úsecích

- *Výskyt pocitu nadměrného roztažení pochvy ve dvou dobách po porodu v závislosti na výskytu signifikantní dyspareunie půl roku po porodu*

V tabulce č. 66 je rozdělen soubor dle udávaného pocitu nadměrného roztažení pochvy 3 měsíce a půl roku po porodu a zobrazena je závislost na výskytu signifikantní dyspareunie.

Tab. č. 66: Výskyt pocitu nadměrného roztažení pochvy po porodu ve dvou dobách v závislosti na výskytu signifikantní dyspareunie půl roku po porodu

bolesti pochvy a hráze	výskyt pocitu roztažení pochvy 3 měsíce po porodu					výskyt pocitu roztažení pochvy 6 měsíců po porodu				
	ano		ne		celkem	ano		ne		celkem
	n	%	n	%		n	%	n	%	
ne	26	8	317	92	343	24	7	319	93	343
ano	5	6	72	94	77	3	4	74	96	77
p	0,7417 N.S.					0,2351 N.S.				

Nepodařilo se prokázat, že by poporodní bolesti pochvy a hráze s pocitem roztažení pochvy v obou dobách po porodu na sobě statisticky významně závisely.

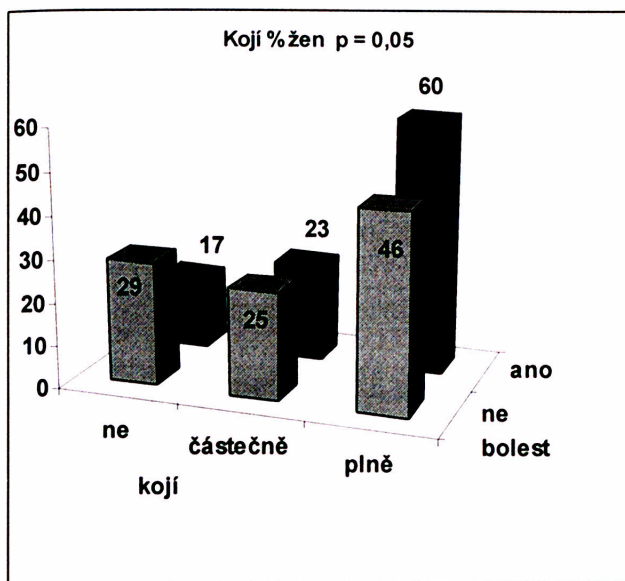
- *Závislost výskytu dyspareunie půl roku po porodu na kojení*

V tabulce č. 67 je rozdělen soubor dle kojení na nekojící, částečně kojící a plně kojící půl roku po porodu a zobrazen výskyt závislosti dyspareunie na kojení.

Tab. č. 67: Procento kojících žen v souboru se signifikantní dyspareunií po porodu a bez ní půl roku po porodu

bolesti pochvy a hráze	kojení						celkem
	ne		částečně		plně		
	n	%	n	%	n	%	
ne	99	29	86	25	155	46	340
ano	13	17	18	23	46	60	77
P	0,0450 x						

Poporodní bolesti pochvy a hráze na sobě statisticky významně závisí s kojením na hladině významnosti 0,05. Ženy s poporodními bolestmi více kojí – 83 %, žen bez bolestí kojí jen v 71 % případů.



Obr. č. 54: Procenta nekojících, částečně a plně kojících žen půl roku po porodu v souboru žen se signifikantní dyspareunií a bez ní

3.7. Vaginální porody – závislost některých parametrů sexuálního života na rozsahu poranění při porodu

V tabulce č. 68 jsou shrnuty typy poranění při vaginálním porodu, zahrnující zadní kompartment a pochvu. Poranění předního kompartmentu nejsou brána v úvahu.

Tab. č. 68: Souhrn porodních poranění po vaginálních porodech

kategorie	poranění	lokace	počet žen	procento žen	procenta kumulativně
0	žádné		54	13,2	13,2
1	1. stupeň + lacerace	hráz	66	16,1	29,3
2	2. stupeň + epiziotomie	hráz	172	42,1	71,4
3	3. stupeň	hráz	5	1,2	72,6
4	dolní třetina	pochva	38	9,3	81,9
5	střední třetina	pochva	7	1,7	83,6
6	do klenby	pochva	1	,2	83,9
7	lacerace nebo 1.st. + dolní třetina	hráz + pochva	10	2,4	86,3
8a	2. stupeň + dolní třetina	hráz + pochva	31		
8b	2. stupeň + střední třetina	hráz + pochva	18	12,0	98,3
9a	3. stupeň + dolní třetina	hráz + pochva	1		
9b	3. stupeň + střední třetina	hráz + pochva	2		
9c	3. stupeň + do klenby	hráz + pochva	1		
9d	2. stupeň + do klenby	hráz + pochva	3	1,7	100,0
celkem			409	100,0	

Vzhledem k malé početnosti některých skupin byly skupiny vzájemně sloučeny do kategorií uvedených v tabulce č. 69.

Tab. č. 69: Sloučené porodní poranění do 5 kategorií

nová kategorie	staré kategorie z tabulky č. 1	celkem počet žen v dané nové kategorii
S1	0 + 1 + 7	130
S2	2 + 3	177
S3	4 + 8a + 9a	70
S4	5 + 8b + 9b	27
S5	6 + 9c + 9d	5

Kategorii S1 tvoří rodičky bez poranění nebo s poraněním hráze do 1. stupně a s poraněním pochvy do dolní třetiny. S2 tvoří rodičky s čistým poraněním hráze 2. stupně, s epiziotomií a s poraněním hráze 3. stupně bez výraznějšího poranění pochvy. S3 tvoří rodičky s poraněním pochvy do dolní třetiny s/bez poranění hráze. S4 tvoří rodičky s poraněním pochvy do střední třetiny s/bez poranění hráze. S5 tvoří rodičky s poraněním pochvy do

klenby s/bez poranění hráze. Daným rozdělením je možno odlišit poranění hráze od poranění pochvy.

- **Doba hojení porodního poranění v pěti kategoriích poranění**

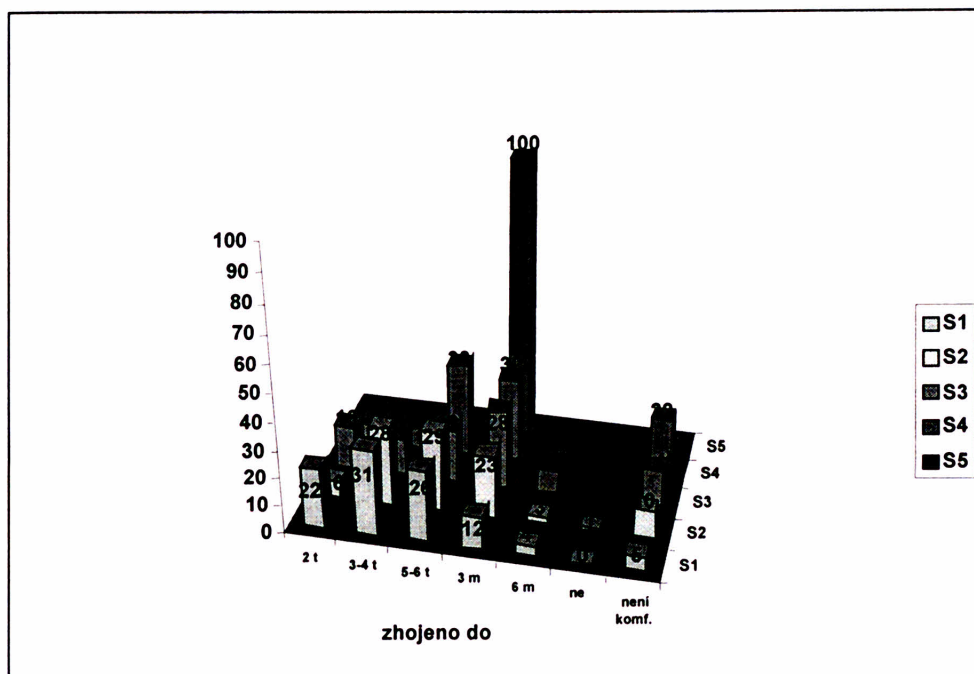
V tabulce č. 70 je zhodnocena doba trvání poranění v jednotlivých kategoriích porodních poranění.

Tab. č. 70: Doba hojení porodního poranění v pěti kategoriích poranění

poranění	doba trvání hojení							celkem
	2 t.	3–4 t.	5–6 t.	do 3 m.	do 6 m.	ne	není komfort	
S1	20 22 %	29 31 %	24 26 %	11 14 %	4 4 %	0 0 %	5 5 %	93
S2	11 6 %	49 28 %	51 29 %	40 23 %	5 3 %	2 1 %	17 10 %	175
S3	11 16 %	10 14 %	13 19 %	19 28 %	6 9 %	0 0 %	10 14 %	69
S4	2 7 %	2 7 %	9 33 %	8 30 %	0 0 %	0 0 %	6 22 %	27
S5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	5 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	5
celkem	44 12 %	90 24 %	97 26 %	83 22 %	15 4 %	2 1 %	38 10 %	369

(sloupec „ne“ znamená, že poranění není zhojeno půl roku po porodu a sloupec „není komfort“ znamená, že poranění je zhojeno, ale rodička se necítí komfortně)

Délka hojení porodního poranění statisticky významně závisí na typu poranění ($p = 0,001$). Kategorie S4 a S5 se hojí za delší dobu a v kategorii S4 je 22 % žen zhojeno bez komfortu.



Obr. č. 55: Procenta žen v sedmi kategoriích dob hojení porodního poranění a v pěti kategoriích poranění, $p = 0,001$

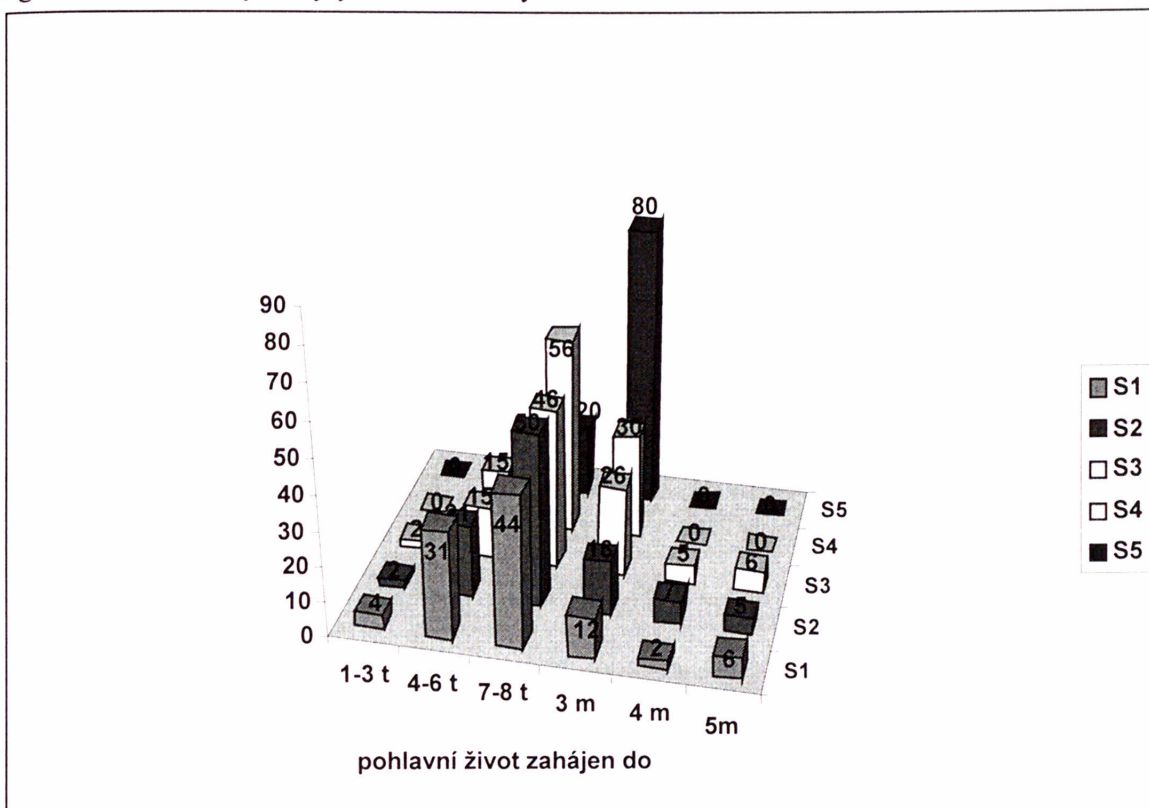
- *Začátek pohlavního života po porodu v pěti kategoriích poranění*

V tabulce č. 71 je soubor rozdělen dle začátku pohlavního života po porodu v závislosti na typu porodního poranění.

Tab. č. 71: *Začátek pohlavního života po porodu v pěti kategoriích poranění*

poranění	1–3 t.	4–6 t.	7–8 t.	do 3 m.	do 4 m.	do 5 m.	celkem
S1	54 %	3831 %	5544 %	1512 %	32 %	86 %	124
S2	32 %	3521 %	8350 %	2616 %	117 %	85 %	166
S3	12 %	1015 %	3046 %	1726 %	35 %	46 %	65
S4	00 %	415 %	1556 %	830 %	00 %	00 %	27
S5	00 %	00 %	120 %	480 %	00 %	00 %	5
celkem	92 %	8722 %	18448 %	7018 %	174 %	205 %	387

Zahájení pohlavního života je v kategorii S5 pozdější než u ostatních kategorií ($p = 0,05$). Jiné signifikantní rozdíly nebyly zaznamenány.



Obr. č. 56: *Procenta žen v šesti kategoriích dob zahájení pohlavního života po porodu a v pěti kategoriích poranění, $p = 0,005$*

- *Frekvence styků v období prvních styků po porodu 3 a 6 měsíců po porodu v pěti kategoriích poranění*

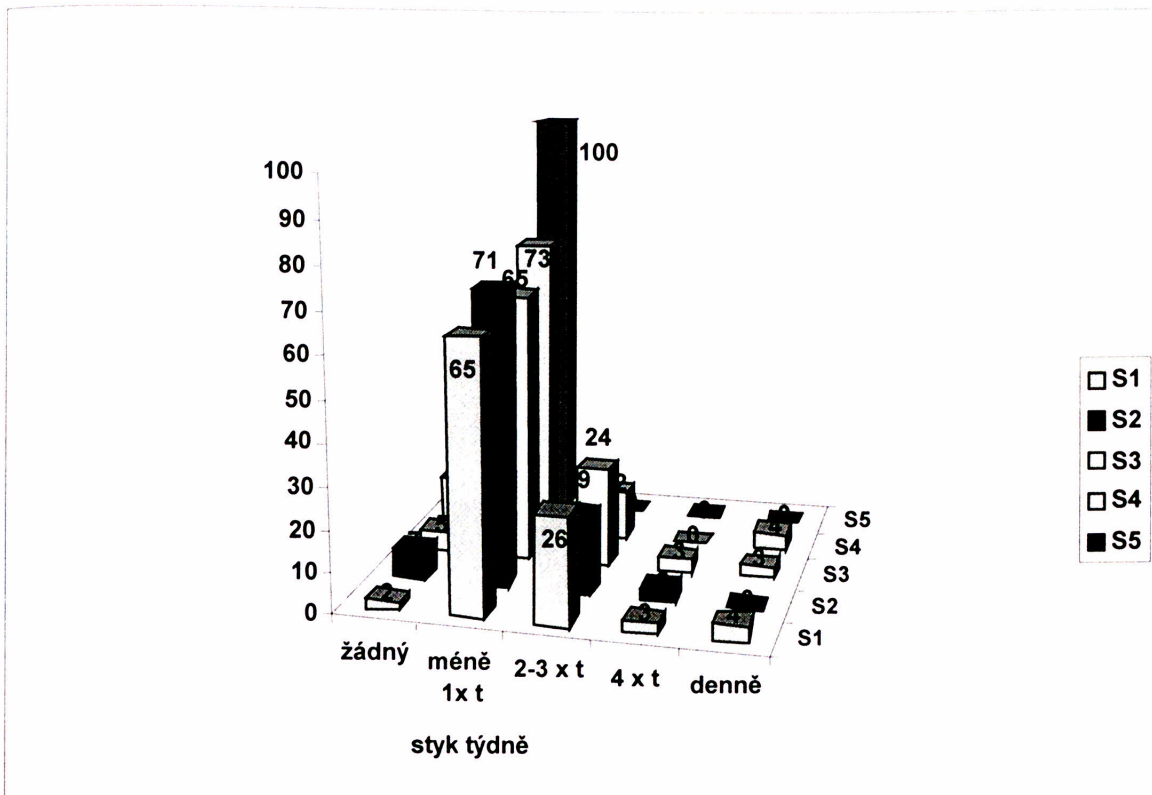
V tabulce č. 72 je rozdělen soubor dle frekvence styků v období začátku pohlavního života, 3 a 6 měsíců po porodu.

Nepodařilo se prokázat, že by frekvence styků v každé době po porodu závisela statisticky významně na hladině významnosti 0,05 na typu porodního poranění. Vzhledem k

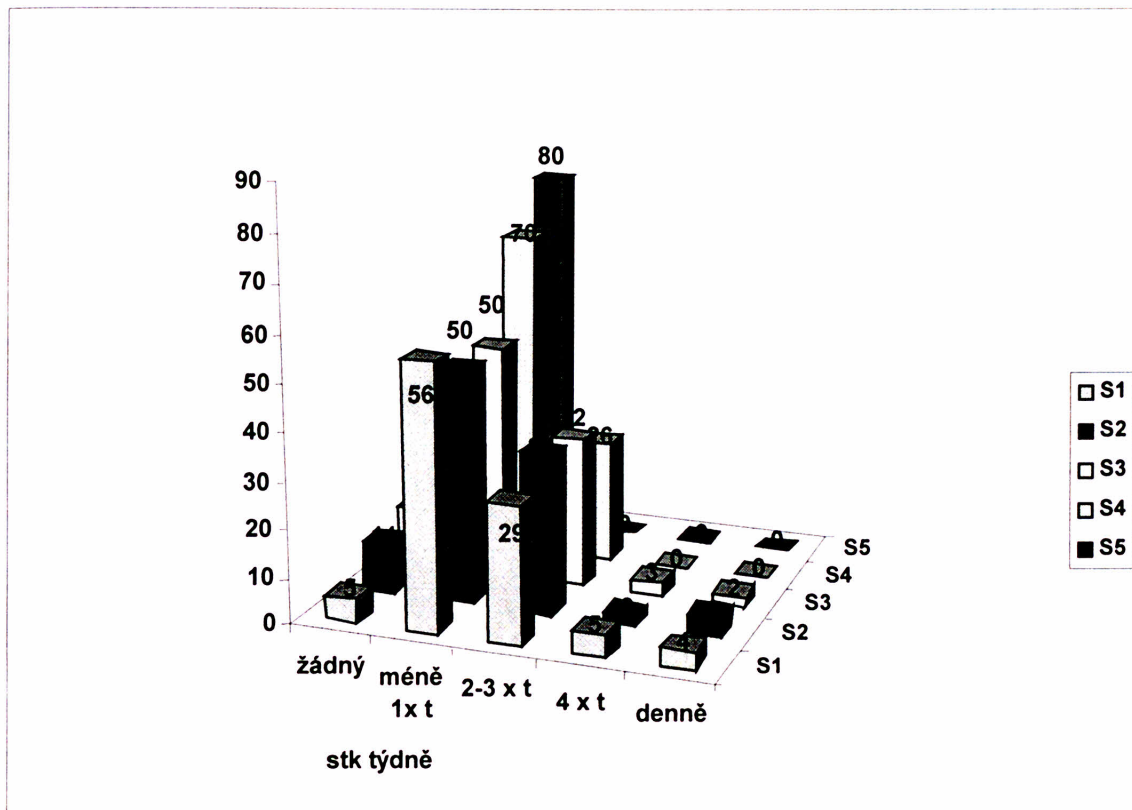
malým četnostem byla testovaná tabulka redukována na dvě kategorie četnosti styku (žádný + méně než 1krát týdně a ostatní). V kategorii poranění S2 a S4 se s postupující dobou od porodu frekvence styku statisticky významně zvyšovala na hladině významnosti 0,01.

Tab. č. 72: Frekvence pohlavních styků v jednotlivých obdobích po porodu v pěti typech porodního poranění

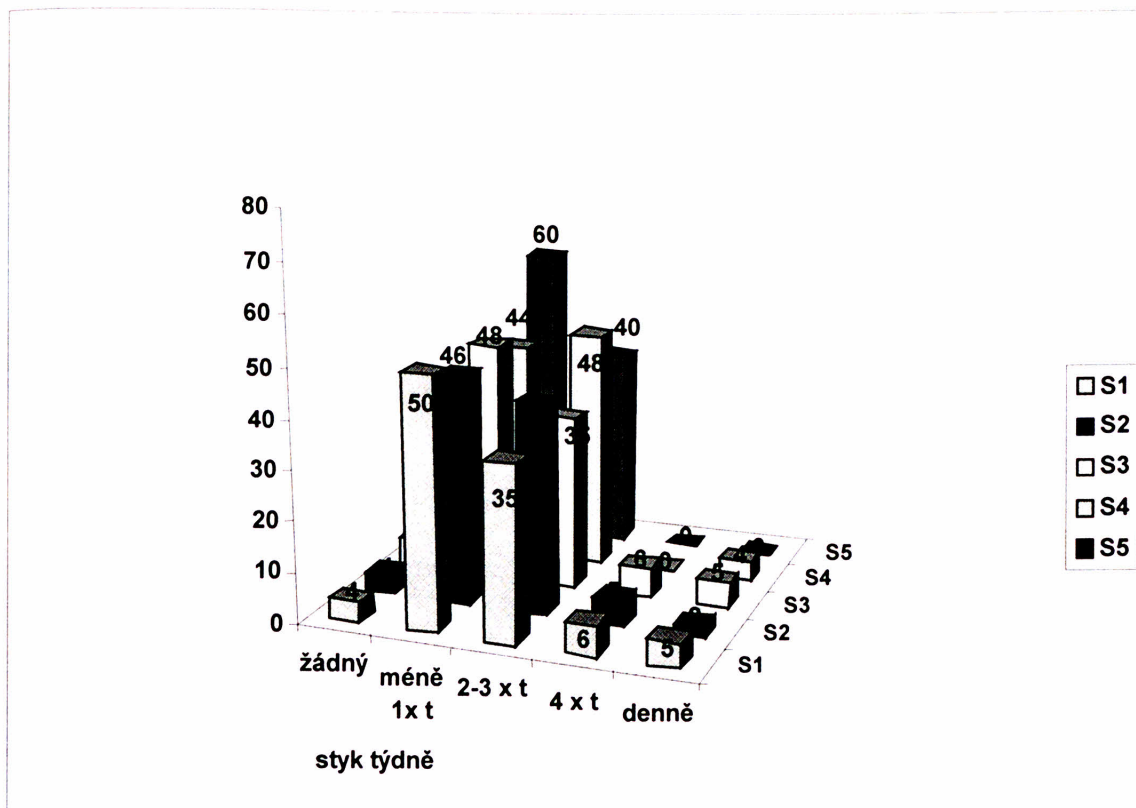
poranění	frekvence styků v období prvních styků po porodu					
	žádné	méně než 1x t.	2–3x t.	4x t.	denně	celkem
S1	22 %	77 65 %	31 26 %	3 3 %	5 4 %	118
S2	11 7 %	113 71 %	31 19 %	4 3 %	0 0 %	159
S3	3 5 %	41 65 %	15 24 %	2 3 %	2 3 %	63
S4	3 12 %	19 73 %	3 12 %	0 0 %	1 4 %	26
S5	0 0 %	4 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	4
celkem	19 5 %	254 69 %	80 22 %	9 2 %	8 2 %	370
	$\chi^2 = 8,88$ $p = 0,0642$ +					
	frekvence styků v období 3 měsíce po porodu					
S1	6 5 %	66 56 %	34 29 %	6 5 %	5 4 %	117
S2	17 11 %	80 50 %	54 34 %	4 2 %	6 4 %	161
S3	8 13 %	31 50 %	20 32 %	2 3 %	1 2 %	62
S4	1 4 %	19 70 %	7 26 %	0 0 %	0 0 %	27
S5	1 20 %	4 80 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	5
celkem	33 9 %	200 54 %	115 32 %	12 3 %	12 3 %	372
	$\chi^2 = 4,95$ $p = 0,2929$ N.S.					
	frekvence styků po 6 měsících					
S1	5 4 %	59 50 %	42 35 %	7 6 %	6 5 %	119
S2	7 4 %	76 46 %	70 42 %	8 5 %	4 2 %	165
S3	4 6 %	31 48 %	23 35 %	4 6 %	3 5 %	65
S4	1 4 %	12 44 %	13 48 %	0 0 %	1 4 %	27
S5	0 0 %	3 60 %	2 40 %	0 0 %	0 0 %	5
celkem	17 4 %	181 48 %	150 39 %	19 5 %	14 4 %	381
	$\chi^2 = 0,72$ $p = 0,9489$ N.S.					



Obr. č. 57: První styky po porodu: procenta žen v pěti kategoriích četnosti styků v pěti kategoriích poranění při porodu



Obr. č. 58: Tři měsíce po porodu: procenta žen v pěti kategoriích četnosti styku a v pěti kategoriích poranění při porodu



Obr. č. 59: Šest měsíců po porodu: procenta žen v pěti kategoriích četnosti styku a v pěti kategoriích poranění při porodu

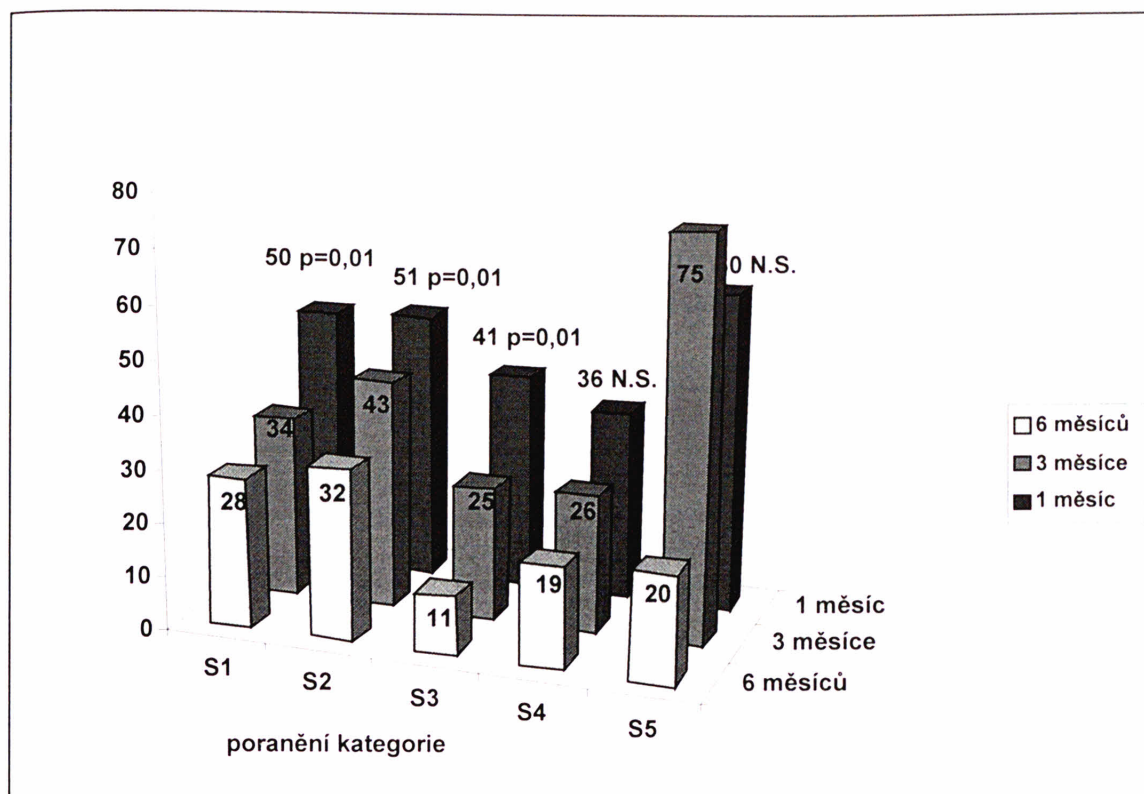
- *Frekvence dosahování orgasmu v období prvních styků po porodu 3 a 6 měsíců po porodu v pěti kategoriích poranění*

V tabulce č. 73 je rozdělen soubor dle frekvence dosahování orgasmu v období začátku pohlavního života, 3 a 6 měsíců po porodu.

Tab. č. 73: *Frekvence dosahování orgasmu v jednotlivých obdobích po porodu v pěti typech porodního poranění*

poranění	první styky po porodu			3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	cel.	pod 50 %		cel.	pod 50 %		cel.	pod 50 %	
		n	%		N	%		n	%
S1	117	58	50	115	39	34	122	34	28
S2	152	77	51	147	63	43	158	51	32
S3	61	25	41	60	15	25	61	7	11
S4	25	9	36	27	7	26	27	5	19
S5	5	3	60	4	3	75	5	1	20
celkem	361	172	48	353	127	36	373	98	26
	p = 0,4818 N.S.			p = 0,0372 x			p = 0,0273 x		

Prokázalo se, že typ porodního poranění a procento styků žen bez orgasmu 3 a 6 měsíců po porodu na sobě statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,05 (v kategorii S2 a S5 je větší procento žen se stykem bez orgasmu 3 měsíce po porodu, 6 měsíců po porodu je největší rozdíl mezi kategorií S2 a S3). Frekvence orgasmů s narůstající dobou od porodu se statisticky významně ($p = 0,01$) zvyšuje u prvních 3 kategorií S1, S2 a S3, ve zbývajících 2 kategoriích S4 a S5 se statisticky významný nárůst nepodařilo prokázat.



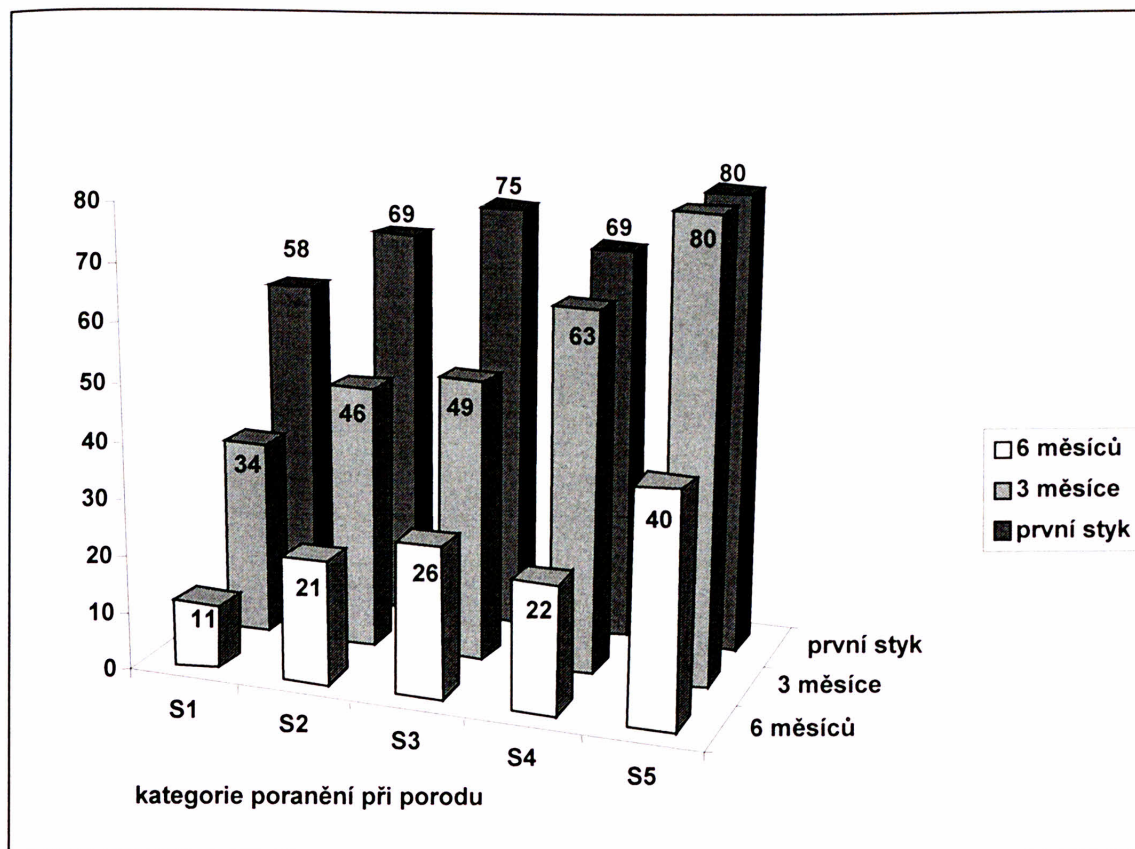
Obr. č. 60: Procenta žen s orgasmem v méně než 50 % styků ve třech dobách po porodu a v pěti kategoriích porodního poranění

- *Bolesti pochvy a hráze při styku ve třech obdobích po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění*

V tabulce č. 74 je rozdělen soubor dle udávaných pocitů bolestí pochvy a hráze při styku v jednotlivých obdobích po porodu v závislosti na jednotlivých kategoriích porodního poranění.

Tab. č. 74: Rozdělení souboru dle udávaných bolestí pochvy a hráze minimálně v 50 % styků ve třech obdobích po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění

poranění	první styk po porodu			3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	celkem	ano		celkem	ano		celkem	ano	
		n	%		n	%		n	%
S1	123	71	58	119	40	34	122	14	11
S2	158	109	69	153	71	46	161	34	21
S3	59	44	75	57	28	49	61	16	26
S4	26	18	69	27	17	63	27	6	22
S5	5	4	80	5	4	80	5	2	40
celkem	371	246	66	361	160	44	376	72	19
	p = 0,0819 +			p = 0,0128 x			p = 0,0723 +		



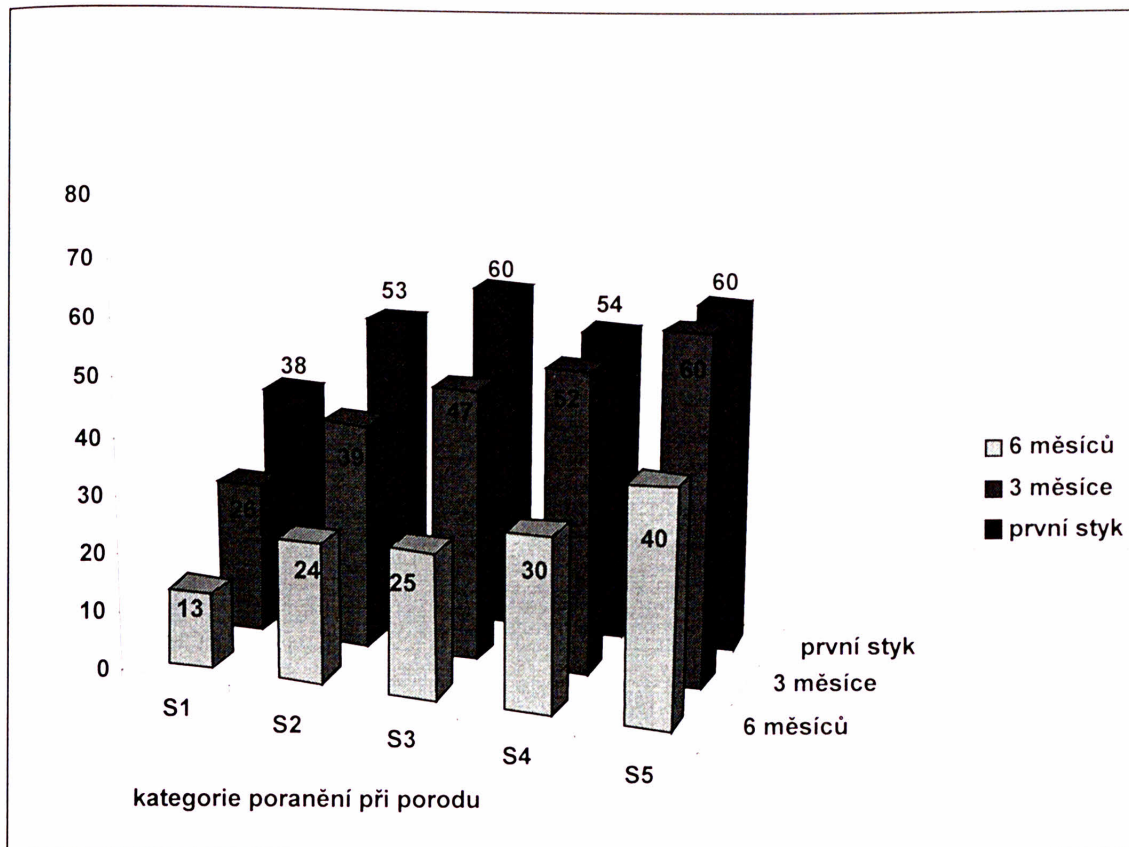
Obr. č. 61: Procenta žen s bolestí pochvy při styku ve více než 50 % styků pro tři doby po porodu a pět kategorií poranění

Prokázalo se, že pocit bolesti pochvy 3 měsíce po porodu statisticky významně závisí na hladině významnosti 0,05 na druhu porodního poranění. Při prvním styku a 6 měsíců po porodu vyšla závislost pouze na hladině významnosti 0,1. Skupina S4 a S5 statisticky významně častěji udává dyspareunii ve všech obdobích po porodu. Frekvence pocitu bolesti pochvy s narůstající dobou od porodu se statisticky významně snižuje pro všechny typy poranění mimo kategorii S5 (N.S.) na hladině významnosti 0,001. Pro kategorii S5 zůstává výskyt dyspareunie půl roku bez významného poklesu.

- **Pocity suchosti pochvy při styku ve třech obdobích po porodu versus jednotlivé typy porodního poranění**

Tab. č. 75: Rozdělení souboru dle udávaných pocitů suchosti pochvy při styku minimálně v 50 % styků ve třech obdobích po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění

poranění	první styk po porodu			3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	celkem	ano		celkem	ano		celkem	ano	
		n	%		n	%		n	%
S1	120	46	38	117	31	26	121	16	13
S2	156	83	53	154	60	39	164	39	24
S3	58	35	60	57	27	47	61	15	25
S4	26	14	54	27	14	52	27	8	30
S5	5	3	60	5	3	60	5	2	40
celkem	365	181	50	360	135	38	378	80	21
	p = 0,0406 x			p = 0,0173 x			p = 0,0954 +		



Obr. č. 62: Procenta žen s pocitem suchosti pochvy při styku ve více než 50 % styků pro tři doby po porodu a pět kategorií poranění

V tabulce č. 75 (viz výše) je rozdělen soubor dle udávaných pocitů suchosti pochvy při styku v jednotlivých obdobích po porodu v závislosti na jednotlivých kategoriích poranění.

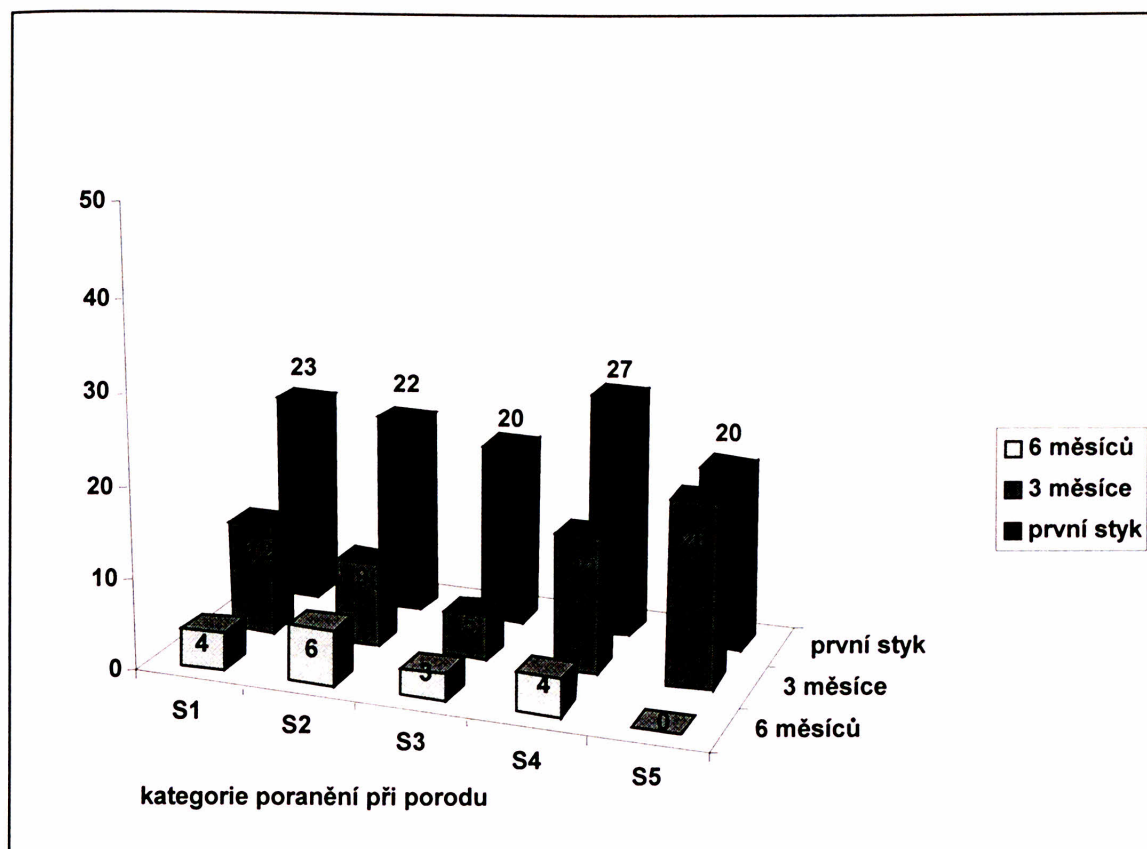
Prokázalo se, že pocit suchosti pochvy při prvním styku a 3 měsíce po porodu statisticky významně závisí na druhu porodního poranění na hladině významnosti 0,05. Šest měsíců po porodu vyšla závislost pouze na hladině významnosti 0,1. Frekvence pocitu suchosti pochvy s narůstající dobou od porodu se statisticky významně snižuje pro první 3 kategorie S1–S3 na hladině významnosti 0,001. U S4 a S5 se statisticky významný pokles nepodařilo prokázat.

- **Pocity bolesti břicha při styku ve třech obdobích po porodu versus poranění**

Tab. č. 76: Rozdělení souboru dle udávaných pocitů bolesti břicha při styku minimálně v 50 % styků ve třech obdobích po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění

poranění	první styk po porodu			3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	celkem	ano		celkem	ano		celkem	ano	
		n	%		n	%		n	%
S1	122	28	23	118	14	12	122	5	4
S2	156	35	22	155	14	9	163	10	6
S3	59	12	20	59	3	5	60	2	3
S4	26	7	27	27	4	15	27	1	4
S5	5	1	20	5	1	20	5	0	0
celkem	368	83	23	328	36	11	377	18	5
	p = 0,9753 N.S.			p = 0,4808 N.S.			p = 0,8478 N.S.		

V tabulce č. 76 je rozdělen soubor dle udávaných pocitů bolesti v podbřišku při styku v jednotlivých obdobích po porodu v závislosti od jednotlivých kategoriích porodního poranění.



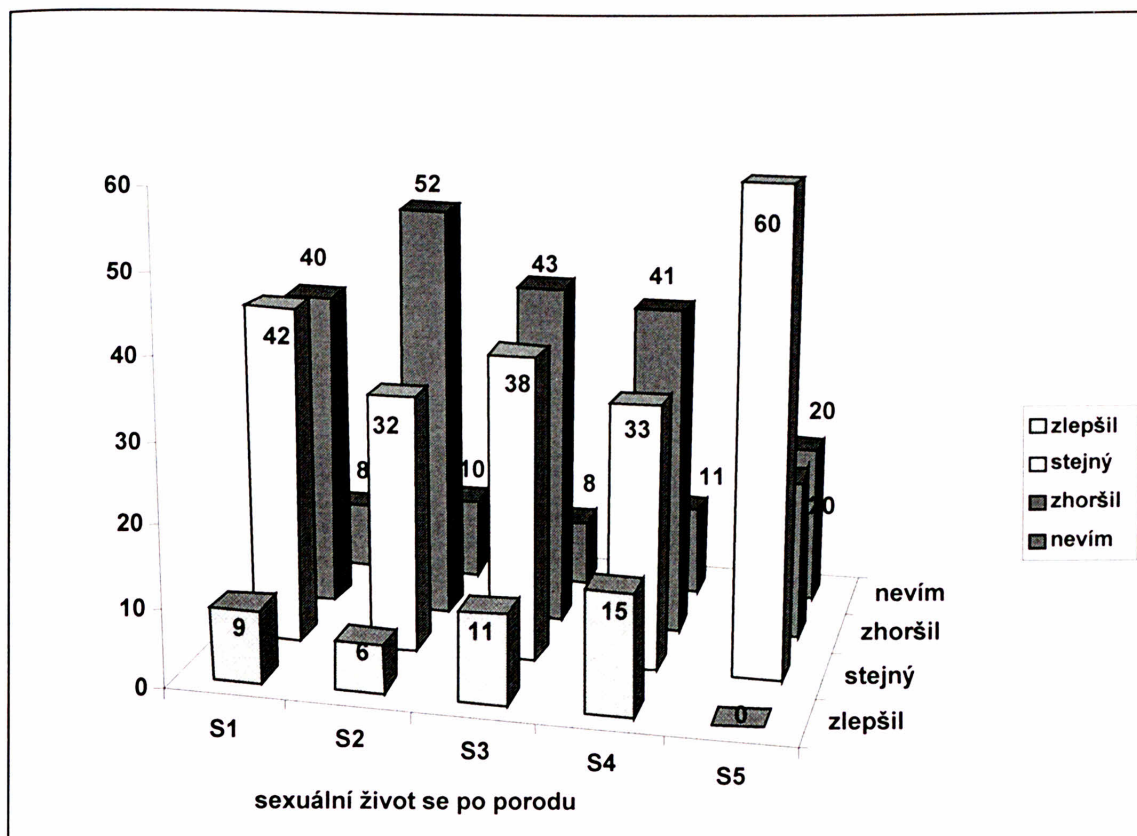
Obr. č. 63: Procenta žen s pocitem bolesti v podbřišku při styku ve více než 50 % styků pro tři doby po porodu a pět kategorií poranění

V žádném období po porodu se nepodařilo prokázat, že pocit bolesti břicha při styku statisticky významně závisí na druhu porodního poranění na hladině významnosti 0,05. Frekvence pocitu bolesti břicha při styku s narůstající dobou od porodu se statisticky významně snižuje pro první 3 kategorie S1–S3 na hladině významnosti 0,01. U kategorie S4 a S5 se statisticky významný pokles nepodařilo prokázat (jsou také málo četné).

- **Porovnání kvality sexuálního života po porodu se stavem před otěhotněním v pěti kategoriích podle porodního poranění**

Tab. č. 77: Porovnání kvality sexuálního života po porodu se stavem před otěhotněním v pěti kategoriích porodního poranění, $\chi^2 = 7,89$, $p = 0,5451$ N.S.

poranění	kvalita sexuálního života po porodu				celkem
	zlepšení	stejný	zhoršení	nevím	
S1	11 9 %	53 42 %	50 40 %	10 8 %	126
S2	10 6 %	53 32 %	85 52 %	16 10 %	164
S3	7 11 %	25 38 %	28 43 %	5 8 %	65
S4	4 15 %	9 33 %	11 41 %	3 11 %	27
S5	0 0 %	3 60 %	1 20 %	1 20 %	5
celkem	32 8 %	143 37 %	175 45 %	35 9 %	385



Obr. č. 64: Provnání sexuálního života před a po porodu ve čtyřech kategoriích a pro pět kategorií porodního poranění, $p = N.S.$

V tabulce č. 77 je rozdělen soubor dle subjektivního porovnání kvality sexuálního života se stavem před otěhotněním v pěti kategoriích porodního poranění.

Nepodařilo se prokázat, že by subjektivní hodnocení sexuálního života po porodu statisticky významně záviselo na druhu porodního poranění.

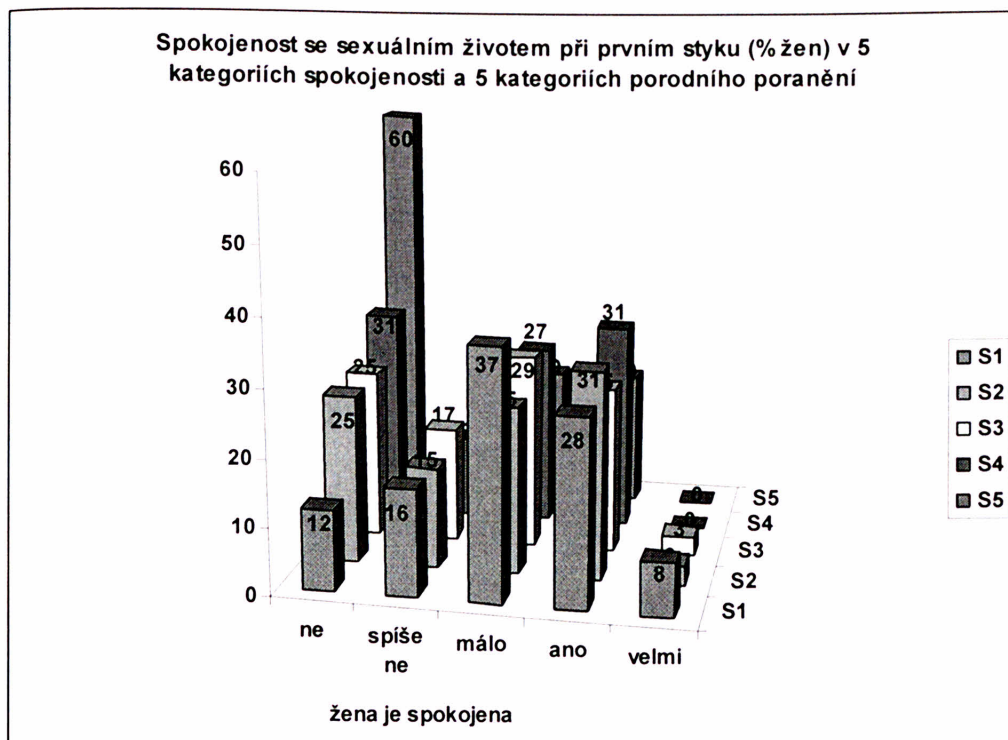
- ***Spokojenost se sexuálním životem v období po porodu v pěti kategoriích porodního poranění***

V tabulce č. 78 je rozdělen soubor dle subjektivního hodnocení kvality sexuálního života v jednotlivých obdobích v pěti kategoriích porodního poranění.

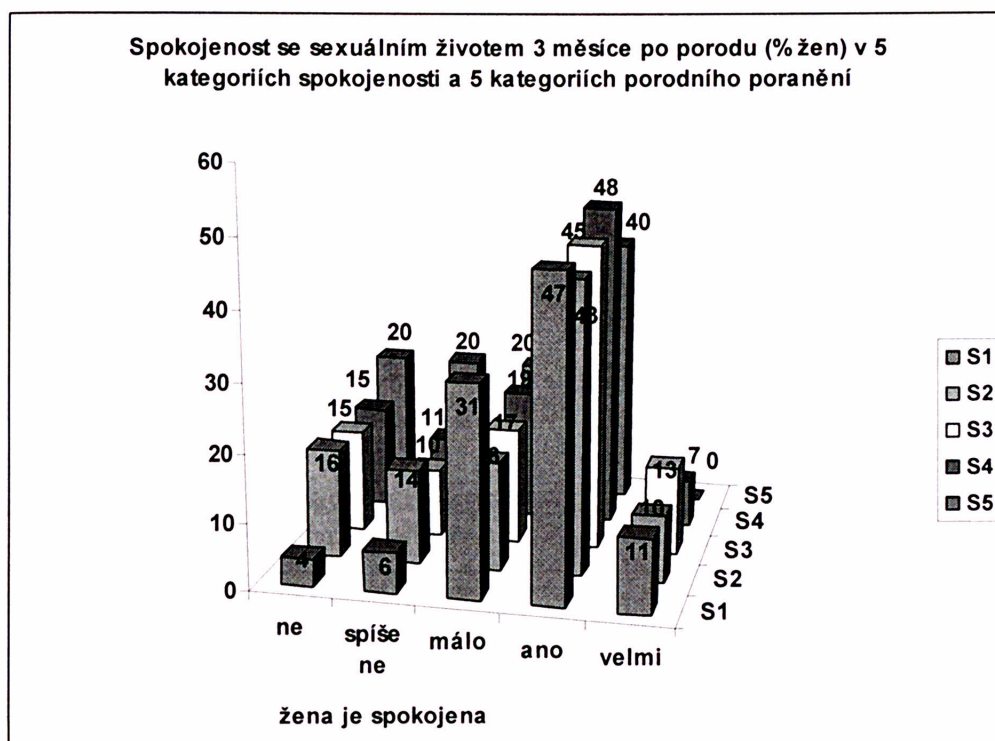
Tab. č. 78: Spokojenost se sexuálním životem v období po porodu v pěti kategoriích porodního poranění

poranění	spokojenost se sexem při prvním styku po porodu					
	ne	spíše ne	málo	ano	velmi	celkem
S1	14 12 %	19 16 %	44 37 %	33 28 %	10 8 %	120
S2	39 25 %	24 15 %	39 25 %	48 31 %	5 3 %	155
S3	15 25 %	10 17 %	17 29 %	15 25 %	2 3 %	59
S4	8 31 %	3 12 %	7 27 %	8 31 %	0 0 %	26
S5	3 60 %	0 0 %	1 20 %	1 20 %	0 0 %	5
celkem	79 22 %	56 15 %	108 30 %	105 29 %	17 5 %	365
$\chi^2 = 17,50$ p= 0,1318 N.S.						
spokojenost se sexem 3 měsíce po porodu						
S1	5 4 %	7 6 %	36 31 %	55 47 %	13 11 %	116
S2	24 16 %	22 14 %	25 16 %	66 43 %	16 10 %	153
S3	9 15 %	6 10 %	10 17 %	27 45 %	8 13 %	60
S4	4 15 %	3 11 %	5 19 %	13 48 %	2 7 %	27
S5	1 20 %	1 20 %	1 20 %	2 40 %	0 0 %	5
celkem	43 12 %	39 11 %	77 21 %	163 45 %	39 11 %	361
$\chi^2 = 22,28$ p= 0,1344 N.S.						
spokojenost se sexem 6 měsíců po porodu						
S1	5 4 %	13 11 %	22 18 %	49 40 %	32 26 %	121
S2	15 9 %	12 7 %	29 18 %	72 45 %	33 20 %	161
S3	6 10 %	6 10 %	10 16 %	26 41 %	15 24 %	63
S4	5 19 %	0 0 %	4 15 %	13 48 %	5 19 %	27
S5	0 0 %	0 0 %	1 20 %	3 60 %	1 20 %	5
celkem	31 8 %	31 8 %	66 18 %	163 43 %	86 23 %	377
$\chi^2 = 13,00$ p= 0,6745 N.S.						

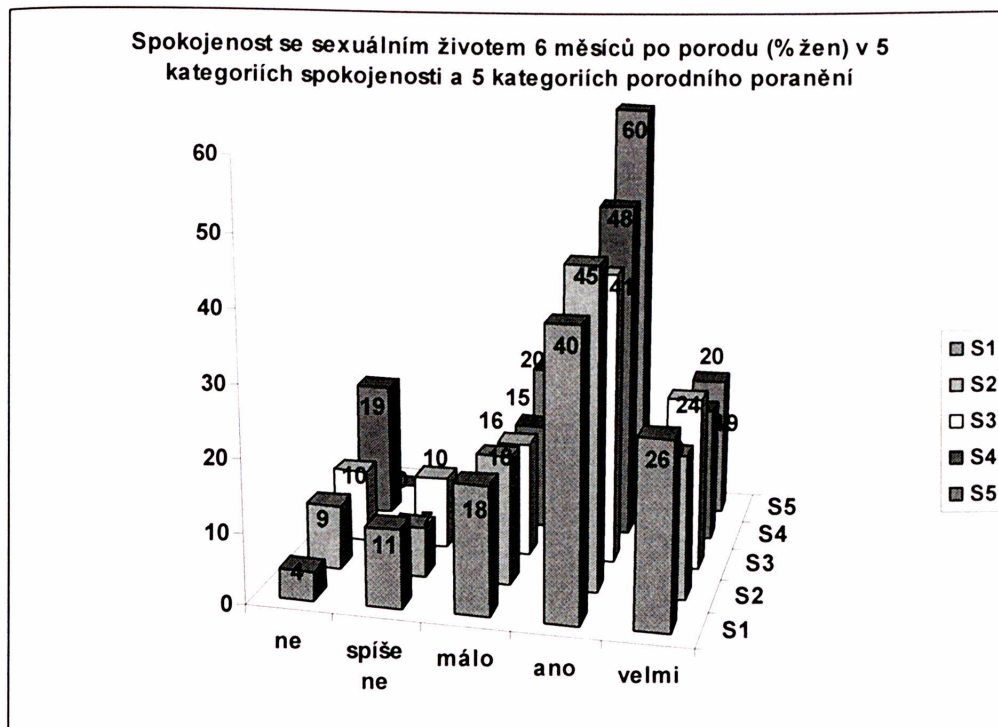
V žádném období po porodu se nepodařilo prokázat statisticky významnou závislost hodnocení spokojenosti se sexuálním životem a typem porodního poranění. S prodlužující se dobou od porodu spokojenost pro první čtyři kategorie poranění statisticky významně narostla (p = 0,05).



Obr. č. 66: Spokojenost se sexuálním životem při prvním styku po porodu (% žen) v pěti kategoriích spokojenosti a v pěti kategoriích porodního poranění



Obr. č. 67: Spokojenost se sexuálním životem 3 měsíce po porodu (% žen) v pěti kategoriích spokojenosti a v pěti kategoriích porodního poranění



Obr. č. 68: Spokojenost se sexuálním životem 6 měsíců po porodu (% žen) v pěti kategoriích spokojenosti a v pěti kategoriích porodního poranění

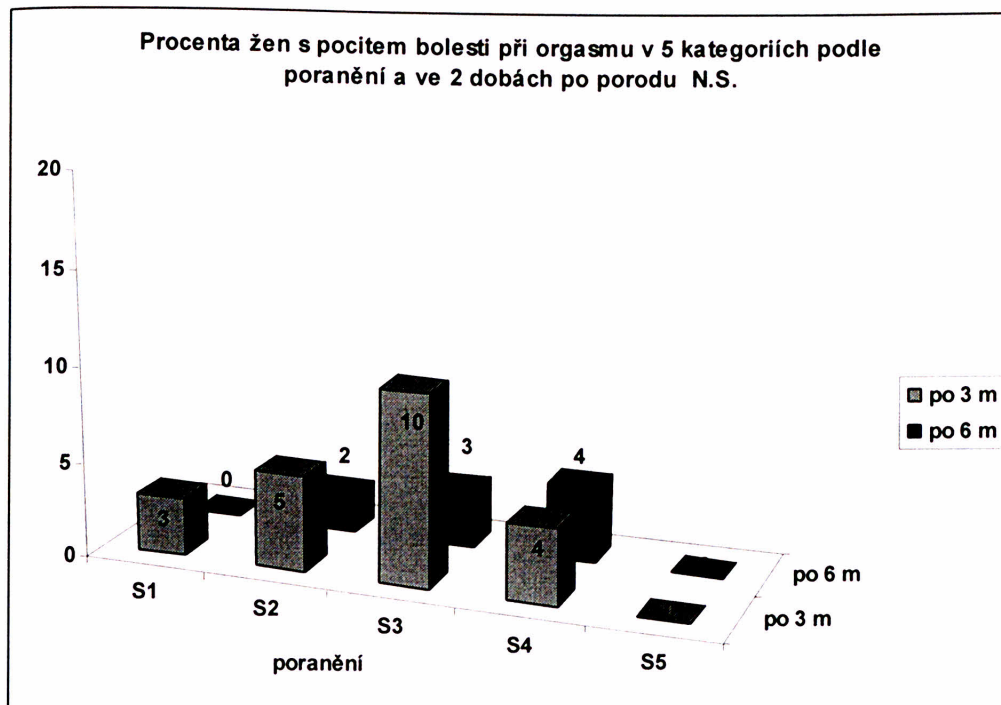
- Pocit bolesti při orgasmu ve dvou obdobích po porodu versus poranění***

V tabulce č. 79 je rozdělen soubor dle udaných bolestí při orgasmu ve dvou obdobích po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění.

Tab. č. 79: Pocit bolesti při orgasmu v období 3 a 6 měsíců po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění

	3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	celkem	ano		celkem	ano	
		n	%		n	%
S1	130	4	3	130	0	0
S2	177	9	5	177	3	2
S3	70	7	10	70	2	3
S4	27	1	4	27	1	4
S5	5	0	0	5	0	0
celkem	409	21	5	409	6	1
	p = 0,2959 N.S.			p = 0,4137 N.S.		

Pocit bolesti při orgasmu a typ poranění jsou na sobě statisticky nezávislé v obou obdobích po porodu. Změna výskytu pocitu bolesti při orgasmu v žádné kategorii není statisticky významně závislá na době po porodu.



Obr. č. 69: Procenta žen s pocitem bolesti při orgasmu v pěti kategoriích podle poranění a ve dvou dobách po porodu, $p = N.S.$

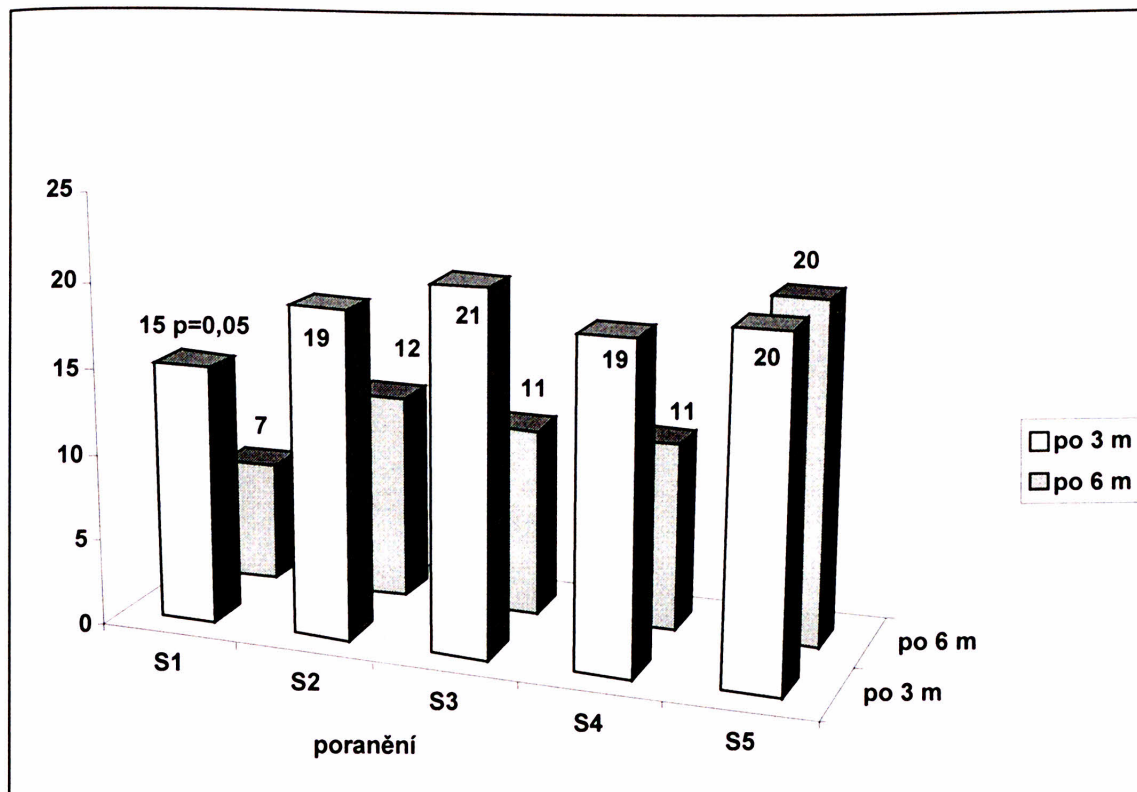
- *Pocit zúžení pochvy ve dvou obdobích po porodu versus poranění*

V tabulce č. 80 je rozdělen soubor dle udaných pocitů zúžení pochvy ve dvou obdobích po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění.

Tab. č. 80: Pocit zúžení pochvy v období 3 a 6 měsíců po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění

	3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	celkem	ano		celkem	ano	
		n	%		n	%
S1	130	19	15	130	9	7
S2	177	34	19	177	22	12
S3	70	15	21	70	8	11
S4	27	5	19	27	3	11
S5	5	1	20	5	1	20
celkem	409	74	18	409	43	11
	$p = 0,7815 N.S.$			$p = 0,5540 N.S.$		

Pocit zúžení pochvy a typ poranění jsou na sobě statisticky nezávislé v obou obdobích po porodu. Změna výskytu pocitu zúžení pochvy v žádné kategorii není statisticky významně závislá na době od porodu, kromě poranění z kategorie S1, kde kleslo procento žen s tímto pocitem z 15 na 7 % ($p = 0,05$).



Obr. č. 70: Procenta žen s pocitem zúžení pochvy v pěti kategoriích podle poranění a ve dvou dobách po porodu, $p = \text{N.S.}$

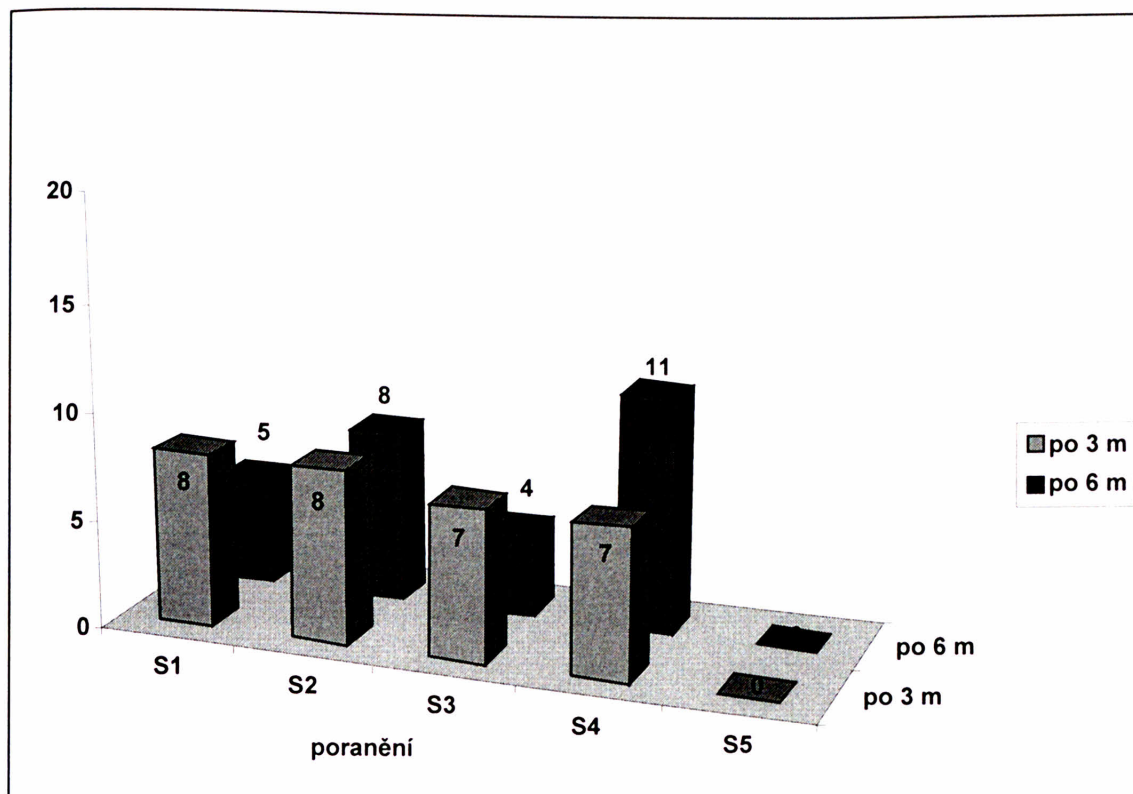
- *Pocit uvolnění pochvy ve dvou obdobích po porodu versus poranění*

V tabulce č. 81 je rozdělen soubor dle udaných pocitů přílišného uvolnění pochvy ve dvou obdobích po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění.

Tab. č. 81: Pocit přílišného uvolnění pochvy v období 3 a 6 měsíců po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění

	3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	celkem	ano		celkem	ano	
		n	%		n	%
S1	130	11	8	130	6	5
S2	177	14	8	177	15	8
S3	70	5	7	70	3	4
S4	27	2	7	27	3	11
S5	5	0	0	5	0	0
celkem	409	32	8	409	27	7
	$p = 0,9683 \text{ N.S.}$			$p = 0,4493 \text{ N.S.}$		

Pocit uvolnění pochvy a typ poranění jsou na sobě statisticky nezávislé v obou obdobích po porodu. Změna výskytu pocitu uvolnění pochvy v žádné kategorii není statisticky významně závislá na době po porodu.



Obr. č. 71: Procenta žen s pocitem přílišného uvolnění pochvy v pěti kategoriích podle poranění a ve dvou dobách po porodu, $p = N.S.$

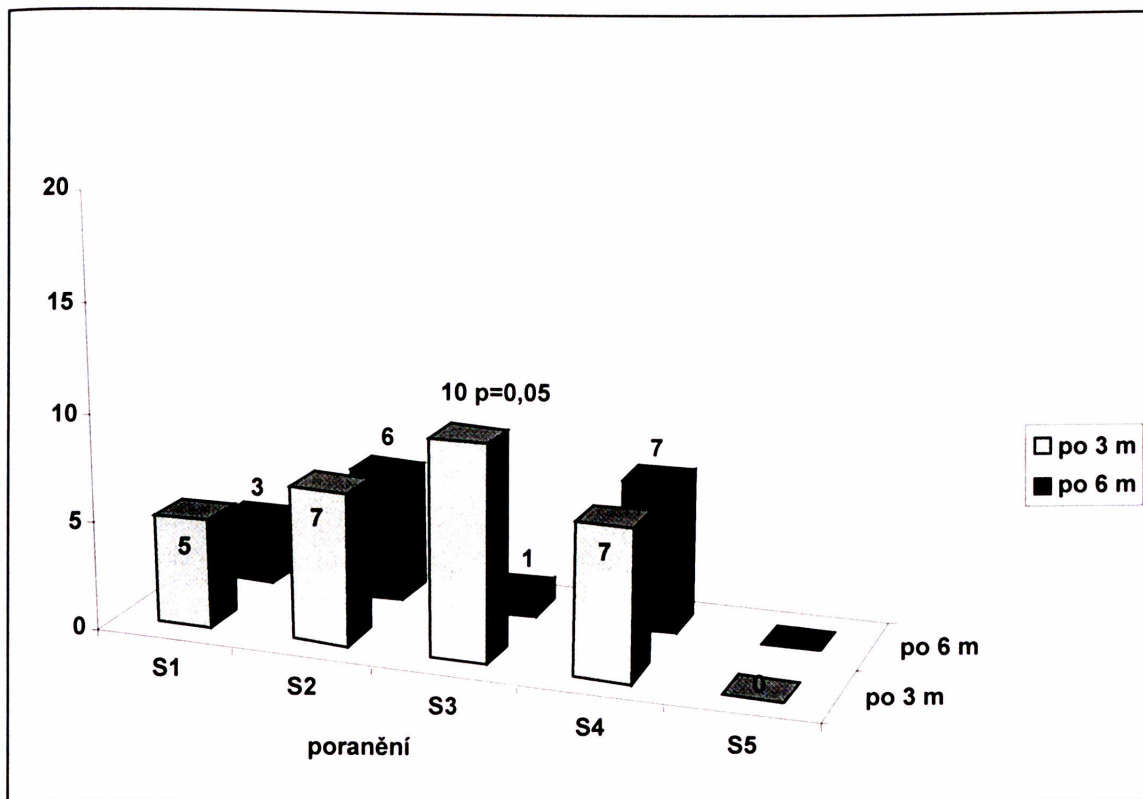
- *Infekce pochvy ve dvou obdobích po porodu versus poranění*

V tabulce č. 82 je rozdělen soubor dle udaných infekcí pochvy ve dvou obdobích po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění.

Tab. č. 82: Projevy infekce pochvy v období 3 a 6 měsíců po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění

	3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	celkem	ano		celkem	ano	
		n	%		n	%
S1	130	6	5	130	4	3
S2	177	12	7	177	10	6
S3	70	7	10	70	1	1
S4	27	2	7	27	2	7
S5	5	0	0	5	0	0
celkem	409	27	7	409	17	4
	$p = 0,6386 N.S.$			$p = 0,5494 N.S.$		

Infekce a typ poranění jsou na sobě statisticky nezávislé v obou obdobích po porodu. Změna výskytu infekce v žádné kategorii není statisticky významně závislá na době po porodu mimo kategorii S3, kde se snížilo procento infekcí z 10 na 1 %.



Obr. č. 72: Procenta žen s infekcí pochvy v pěti kategoriích podle poranění a ve dvou dobách po porodu, $p = N.S.$

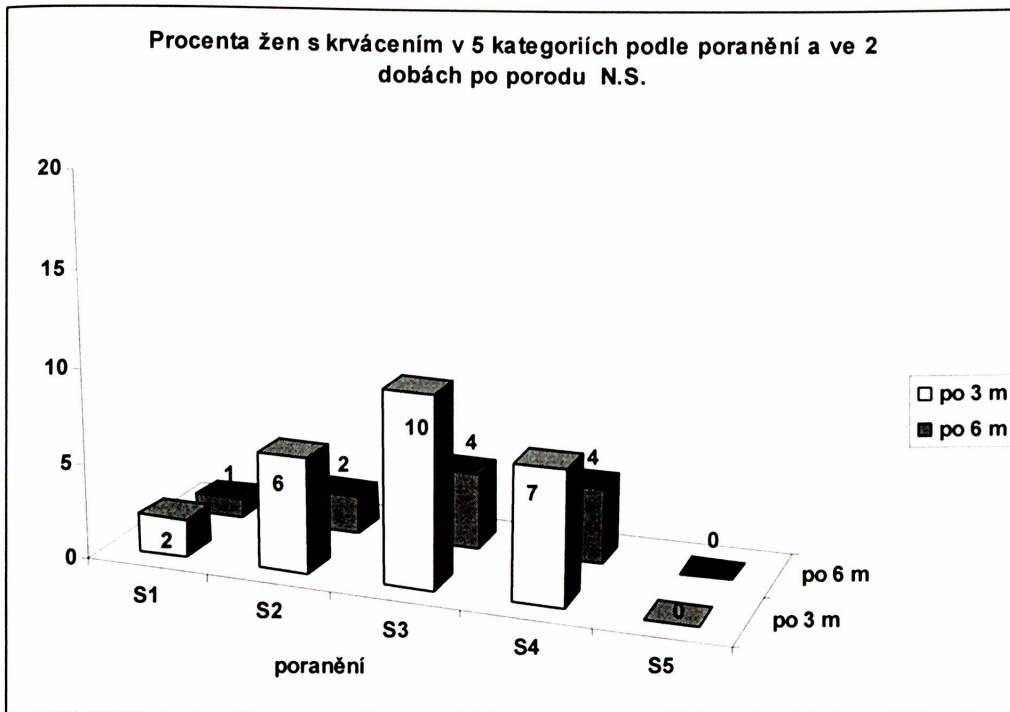
- *Krvácení po styku ve dvou obdobích po porodu versus poranění*

V tabulce č. 83 je rozdělen soubor dle udaných krvácení z pochvy po styku ve dvou obdobích po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění.

Tab. č. 83: Krvácení z pochvy po styku v období 3 a 6 měsíců po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění

	3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	celkem	ano		celkem	ano	
		n	%		n	%
S1	130	3	2	130	1	1
S2	177	10	6	177	4	2
S3	70	7	10	70	3	4
S4	27	2	7	27	1	4
S5	5	0	0	5	0	0
celkem	409	22	5	409	9	2
	$p = 0,2087 N.S.$			$p = 0,5494 N.S.$		

Krvácení z pochvy po styku a typ poranění jsou na sobě statisticky nezávislé v obou obdobích po porodu. Změna krvácení v žádné kategorii není statisticky významně závislá na době po porodu.



Obr. č. 73: Procenta žen s krvácením v pěti kategoriích podle poranění a ve dvou dobách po porodu, $p = N.S.$

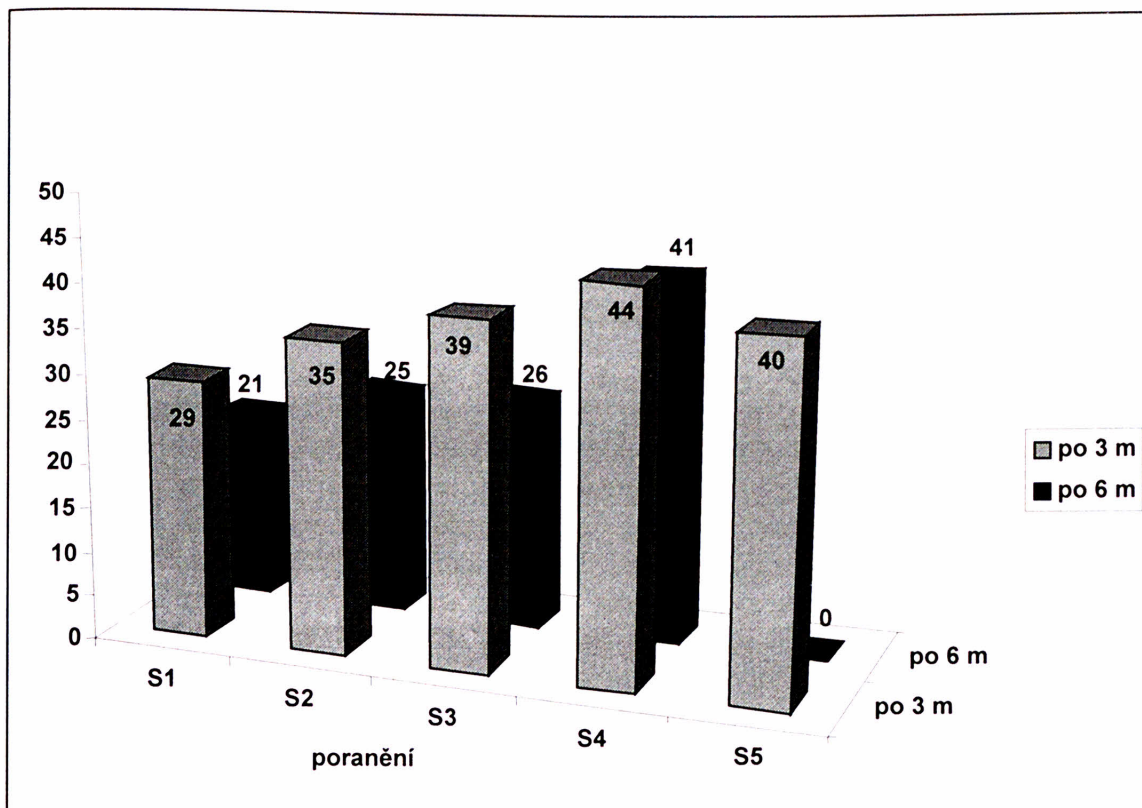
- **Ztráta sexuální touhy ve dvou obdobích po porodu versus poranění**

V tabulce č. 84 je rozdělen soubor dle udávané ztráty sexuální touhy ve dvou obdobích po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění.

Tab. č. 84: Ztráta sexuální touhy v období 3 a 6 měsíců po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění

	3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	celkem	ano		celkem	ano	
		n	%		n	%
S1	130	38	29	130	27	21
S2	177	62	35	177	44	25
S3	70	27	39	70	18	26
S4	27	12	44	27	11	41
S5	5	2	40	5	0	0
celkem	409	141	34	409	100	24
	$p = 0,4960$ N.S.			$p = 0,1631$ N.S.		

Ztráta touhy a typ poranění jsou na sobě statisticky nezávislé v obou obdobích po porodu. Změna ztráty touhy v žádné kategorii není statisticky významně závislá na době po porodu.



Obr. č. 74: Procenta žen se ztrátou sexuální touhy v pěti kategoriích podle poranění ve dvou dobách po porodu, $p = N.S.$

4. Diskuse

4.1. Demografické a porodnické údaje

Ve sledovaném období porodilo na našem oddělení 1673 žen, z toho 827 primipar, což tvoří 49,43 % z celku. Při porovnání s údaji z celé České republiky publikovanými v příručce Rodička a novorozenec z roku 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, www.uzis.cz, rok 2005 ještě není k dispozici) tvoří v České republice poměr primipar 51,9 %.

V naší práci hodnotíme v podstatě dva soubory. V prvním souboru jsou zahrnuty rodičky, které odpověděly na první dotazník předložený 2. až 3. den po porodu a druhý soubor tvoří rodičky, které odpověděly i na druhý dotazník. Prostřednictvím prvního souboru analyzujeme změny v těhotenství oproti stavu před otěhotněním a druhý soubor slouží k zjišťování změn v různých dobách po porodu. V diskusi uvedeme nejprve zastoupení v prvním, následně ve druhém souboru a popř. uvedeme upřesnění.

V našem souboru bylo bez návštěvy prenatální poradny 12 (1,96 %), resp. 6 (1,31) těhotných, celostátně se udává, že prenatální péči neabsolvuje 1,4 % žen (www.uzis.cz). Paradoxně se nejedná jenom o lidi z nejnižších sociálních vrstev (drogově závislé, bezdomovkyně, nezaměstnané) ale i o poměrně vzdělané ženy, které však uznávají alternativní životní styl a předpokládají, že těhotenství musí dopadnout dobře i bez zdravotnické péče.

Poměr indukovaných porodů v našem souboru byl 8,99 %, resp. 9,83 %, v celostátním průměru je to 7,8 % porodů. Mírně vyšší číslo je patrně způsobeno tím, že se v našem souboru jedná výhradně o prvorodičky s vyšším výskytem některých komplikací (preeklampsie, přenašení apod.). V našem souboru bylo procento porodů císařským řezem relativně nízké – 11,93 %, resp. 10,70 %, zatímco celostátní průměr se pohybuje kolem 17,2 %. Tento rozdíl je způsobem jednak tím, že do souboru byly zahrnuty ženy po ukončeném 35. týdnu těhotenství a některé patologie byly vyloučeny (např. HIV-pozitivita). Na druhé straně se jedná o prvorodičky, u nichž se obecně počítá s vyšším procentem operačních porodů, protože u primipary není ověřena „schopnost porodit“. Toto nízké číslo je jistě i výsledkem naší snahy o individuální a šetrné vedení porodů. Klešťových porodů bylo v našem souboru 1,96 %, resp. 1,75 %, což je jen o málo více než je celostátní průměr – 1,1 %. Znovu je nutno zdůraznit, že do našeho souboru byly zařazeny pouze primipary, u nichž je nutno počítat s vyšší rezistencí měkkých tkání a s vyšší pravděpodobností operačního porodu. Porodů koncem pánevním bylo v našem souboru 4,08 %, resp. 4,37 %, celostátně jsou to 4,0 %. Z toho se u nás porodilo 50 % dětí koncem pánevním spontánně, zatímco celostátně se rodí 78,7 % dětí koncem pánevním císařským řezem. Uvážíme-li, že se v našem souboru jedná o primipary, je nutno konstatovat velice dobré výsledky vedení porodů koncem pánevním na naší klinice. Epiziotomie v našem souboru byla provedena u 41,05 % rodiček, zatímco celostátně je prováděna v 51,1 % případech. Tento příznivý výsledek (jedná se o primipary) je znovu ukazatelem naší snahy o maximálně přirozené vedení porodů.

V epidurální analgezií jsme vedli 12,75 %, resp. 12,66 % porodů. Toto procento je ve srovnání s jinými klinikami relativně nízké, jinde se vede přibližně 30% porodů v epidurální analgezií. Tento fakt je možno přičíst skutečnosti, že se na naší klinice používá i konkurenční paracervikální blok (11,11 %, resp. 10,70 % porodů), který je dnes používán výjimečně. I naší snahou je postupně jej nahradit účinnější a bezpečnější epidurální analgezií.

Co se týče porodního poranění, tak 11,76 %, resp. 11,79 % žen porodilo bez zjevného poranění pochvy a hráze. Intaktní zadní kompartment bývá často asociován s poraněním předních částí vulvy – malých labií, klitoridy nebo uretry. Celkově bez jakéhokoliv zjevného poranění porodilo 6,21 %, resp. 6,11 % žen. Poranění hráze jsme definovali dle nomenklatury

platné v České republice – na laceraci, poranění 1. stupně, 2. stupně a 3. stupně inkompletní a kompletní. V anglosaské literatuře je poranění 3. stupně poraněním análního sfinkteru a poranění sliznice rektu je označováno jako poranění 4. stupně, u nás tomu odpovídá poranění 3. stupně kompletní. Poranění sfinkteru jsme zaznamenali celkově v 8 (1,31 %), resp. v 6 případech (1,31 %), a poranění sliznice rektu ve 3 (0,49 %), resp. ve 3 (0,66 %) případech.

Poranění pochvy jsme podle rozsahu rozdělili na poranění do dolní třetiny, což bývá běžnou součástí epiziotomie, ale vyskytuje se i samostatně, do střední třetiny a do klenby. Jako poranění většího rozsahu jsme zaznamenávali poranění do střední třetiny a do klenby. Tato snaha je analogická rozdělení poranění hráze do stupňů, není však zcela vžitá. V literatuře se poranění pochvy přehlíží, pozornost se věnuje zvláště poranění hráze a pánevního dna. Náš názor však je ten, že za množství bolestivých sexuálních dysfunkcí po porodu odpovídá právě poranění poševní stěny zasahující event. do vezikovaginální a rektovaginální fascie.

4.2. Výskyt močové inkontinence v graviditě

Na základě odpovědi v dotazníku byl soubor inkontinentních žen rozdělen na ženy se stresovou inkontinencí (udávaly únik moče při smíchu, zátěži, cvičení), s urgentní (únik při náhlém nutkání na močení) a se smíšenou (únik v obou situacích). Jsme si vědomi určité nepřesnosti charakterizace inkontinence pouze na základě odebrané anamnézy, a proto hodnotíme výskyt inkontinence i celkově, nezávisle na formě.

Prokázali jsme signifikantní nárůst všech typů močové inkontinence v jednotlivých trimestrech, počínaje druhým trimestrem. Zatímco ve třetím trimestru je možné výskyt inkontinence vysvětlit zejména tlakem těhotné dělohy na močový měchýř (snížená kapacita močového měchýře – urgencye, zvýšený intravezikální tlak – stresová inkontinence), ve druhém trimestru inkontinenci způsobují zejména hormonální vlivy – zvýšený průtok krve ledvinami a zvýšená tvorba moči. Někteří autoři dokazují zvýšený výskyt močové inkontinence již od prvního trimestru, zejména urgentní.^{59,60} Předpokládáme, že vzhledem k tomu, že v našem případě šlo o retrospektivní hodnocení po porodu, některé ženy nepovažovali zvýšený pocit urgencye na začátku těhotenství za natolik rušivý, aby to uvedli v dotazníku. Na důkaz výskytu inkontinence v prvním trimestru by bylo vhodné prospektivní vyšetření žen před otěhotněním a v prvním trimestru. Ve druhém trimestru již začínají i výrazné příznaky stresové inkontinence (změna polohy měchýře, tlak těhotné dělohy), proto i retrospektivně to hodnotí ženy jako signifikantní úniky.

Z rizikových faktorů vzniku inkontinence v těhotenství jsme testovali BMI před otěhotněním, nárůst hmotnosti v těhotenství a věk rodičky. Nadváha je považována za rizikový faktor vzniku inkontinence obecně a někteří autoři ji prokázali i jako rizikový faktor v těhotenství.^{61,62} V našem souboru se nepodařilo prokázat nadváhu ani nárůst hmotnosti v těhotenství jako rizikový faktor pro vznik močové inkontinence před těhotenstvím a ve třetím trimestru. Naše výsledky jsou ve shodě s jinými publikovanými pracemi, které vliv obezity a změn hmotnosti neprokázaly.^{59,63}

Testovali jsme věk rodiček a nenašli jsme závislost mezi výskytem inkontinence před otěhotněním a věkem rodičky. V pracích mimo těhotenství bývá věk uveden jako rizikový faktor vzniku stresové i urgentní inkontinence, avšak jedná se o ženy již ke konci, nebo po skončení fertillního období (hormonální změny v peri a menopauze).

Ve třetím trimestru jsme dokázali významnou závislost na věku, všechny ženy starší 36 let v našem souboru trpěly inkontinencí moče. Pomineme-li možnost statistické chyby (jedná se o málo početný soubor – 10 žen), je pravděpodobnou příčinou močové inkontinence v těhotenství u starších primipar i nižší kvalita tkání pánevního dna způsobená věkem.

Pokusili jsme se zjistit závislost mezi inkontinencí moče před otěhotněním a ve třetím trimestru s následným rozsáhlým poraněním porodních cest. Vyslovili jsme hypotézu, že inkontinence je projevem dysfunkce pánevního dna a tato dysfunkce se může projevit během porodu poruchou porodního mechanismu, a tudíž i rozsáhlým poraněním měkkých porodních cest a pánevního dna. Tuto hypotézu jsme nepotvrdili, nenašli jsme souvislost mezi inkontinencí před otěhotněním a ve třetím trimestru a rozsahem porodního poranění. Ani v přehledu dostupné literatury jsme práci zkoumající uvedenou souvislost nenalezli.

4.3. Vliv těhotenství na sexualitu ženy

Ve shodě s již publikovanými pracemi jsme prokázali plynulý pokles frekvence pohlavních styků v jednotlivých trimestrech těhotenství.^{20;25;26;28;29}

Pokles frekvence má několik příčin, a to strach z možného ohrožení průběhu těhotenství, pocit poklesu fyzické přitažlivosti pro partnera, nárůst výskytu sexuálních dysfunkcí, výskyt kontrakcí během styku a po styku.^{19;20;42;49} Dalším projevem výskytu sexuálních dysfunkcí v těhotenství je pokles orgastické schopnosti u souložících žen. Frohlich ve své studii dokázal, že ve třetím trimestru jenom 14% žen udává stejnou kvalitu prožívání orgasmu jako před otěhotněním. Nenašel signifikantní rozdíl u vdaných a svobodných žen, u žen mladších a starších 30 let, ani u primi a multipar. Podobně i ostatní studie dokázaly sníženou schopnost dosáhnout orgasmus během sexuálního styku v těhotenství.^{40;49;50;52} Jako důvod předpokládáme psychické a fyzické příčiny. Psychologickou příčinou je podvědomý strach z ohrožení těhotenství a menší schopnost uvolnit se a naplno prožít sexuální akt. Fyzickým podkladem pro sníženou orgastickou schopnost v průběhu jednotlivých trimestrů může být změna prokrvení pochvy a vulvy, výskyt kontrakcí dělohy během styku a změny lubrikace. V souladu s většinou autorů se i my přikláníme k multifaktoriálnímu zdůvodnění zvýšeného výskytu anorgasmie v těhotenství.^{26;32-34} Rydingová ve své studii založené na interview se ptala žen i na jejich názor, proč nebyly schopné prožít orgasmus v těhotenství. Naprostá většina udávala sníženou schopnost uvolnění a soustředění se na samotný koitus. Jenom jedna žena udávala bolesti pochvy a kontrakce při orgasmu jako příčinu snížené schopnosti sexuálního uspokojení.⁴⁹

Snížená orgastická schopnost spolu se zvýšeným výskytem sexuálních dysfunkcí souvisí s plynulým poklesem spokojenosti se sexuálním životem v jednotlivých trimestrech těhotenství. Sníženou spokojenost se sexualitou v těhotenství oproti stavu před otěhotněním popisuje většina prací.^{20;23;25-27;35;36} Nijs a van Dorpe jako další příčinu snížené spokojenosti se sexuálním životem uvádějí i hormonální změny v těhotenství. Zvýšené hladiny progesteronu v těhotenství vedou k biopsychologickému celkovému útlumu ženy, zejména po psychosexuální stránce, s negativním vlivem na libido. Zvyšuje se celková introverze, nespokojenost se sebou a okolím, nezáměr a únava. V jejich práci udávalo nespokojenost se sexuálním životem v I. trimestru 20,00% žen, v II. trimestru 13,95% a v III. trimestru 25,00%, zatím co před otěhotněním bylo nespokojených 3,2% žen.²³ V naší práci před těhotenstvím je spíše nespokojených nebo nespokojených 1,36% žen, v prvním trimestru 5,69%, v druhém trimestru 10,04% a ve třetím trimestru až 24,26%. Rozdíl mezi našimi výsledky a výsledky v uvedené studii je v údajích před otěhotněním a v I. trimestru. Je to způsobené patrně tím, že v naší studii šlo o retrospektivní hodnocení, zatím co v studii Nijse a van Dorpa šlo o aktuální hodnocení pomocí interview.

Výskytu dyspareunie v těhotenství se věnuje relativně malá pozornost. Dle jednotlivých studií dyspareunie v těhotenství stoupá na 22–50%.^{20;28;31} V naší studii udávalo signifikantní bolesti pochvy a hráze při styku 3,87% žen před otěhotněním, 5,83% v I. trimestru, 11,65% v II. trimestru a 16,24% ve III. trimestru. Za signifikantní dyspareunii jsme považovali obtíže, které se vyskytly minimálně v polovině pohlavních styků. To je

zřejmě příčinou nižšího výskytu oproti literárním údajům. Příčinou bolestí jsou anatomické změny způsobené zvětšující se dělohou, zvýšené prokrvení pochvy a struktur pánevního dna spojené se zvýšenou citlivostí a dále i možný zvýšený výskyt mykotických infekcí v těhotenství.

Výskyt poruch lubrikace pochvy v těhotenství zkoumaly jenom dvě práce. Von Sydow ve své dotazníkové retrospektivní studii dokázala zvýšenou lubrikaci během těhotenství, což vysvětluje zvýšenou hormonální stimulací, zejména vysokými hladinami estrogenů.^{23;64} Naproti tomu Aslan a spol. ve své prospektivní dotazníkové studii s použitím Female Sexual Function Index zjistili sníženou lubrikační schopnost u těhotných žen. V naší práci jsme prokázali poruchy lubrikace ve smyslu suchosti pochvy u 6,20 % žen před otěhotněním, v I. trimestru u 10,50 %, v II. trimestru u 14,96 % a ve III. trimestru u 16,12 % žen. Příčinou výskytu této sexuální dysfunkce je zřejmě nedostatek psychického uvolnění a slabé sexuální vzrušení způsobené podvědomým nebo i vědomým strachem o dítě a pocitem ztráty sexuální atraktivity. Uvažovat možno i o relativním poklesu estrogenní stimulace v závěrečných fázích těhotenství.

Výskyt bolestí v podbříšku během pohlavního styku nehodnotí žádná nám dostupná studie. Věnují se jenom výskytu kontrakcí během a po orgasmu a jejich možnému vlivu na výskyt předčasného porodu.^{2;21;22;26;34;41;46} V naší studii jsme dokázali signifikantní nárůst bolestí v podbříšku během pohlavního styku v jednotlivých trimestrech těhotenství. Vysvětlujeme to narážením do napjatého závěsného aparátu dělohy, zvláště uterosakrálních ligament, která vedou nervová vlákna uterosakrálního plexu. Tyto bolesti mohou způsobovat i děložní stahy vyvolané drážděním dělohy a vyplavením oxytocinu při styku. Bolesti v podbříšku po styku jsou patrně způsobené kontrakcemi dělohy po vyplavení oxytocinu při styku a zvláště při orgasmu.

Zkoumali jsme, zda poranění pochvy a hráze souvisí s výskytem dyspareunie před otěhotněním a ve třetím trimestru. Zjistili jsme poměrně významnou závislost rozsáhlého poranění pochvy na výskytu dyspareunie před otěhotněním. Vysvětlujeme si to možnou anatomickou predispozicí – úzkou pochvou nebo opakovanými infekcemi poševní stěny, které nezpůsobují pouze dyspareunii, ale i ztrátu pružnosti pochvy a zvýšenou křehkost. Protože rozsáhlé poranění pochvy při porodu vede často k výskytu sexuálních dysfunkcí v poporodním období, vyžadoval by tento fakt další podrobnější zkoumání. V další práci bychom se ještě chtěli zaměřit na další rizikové faktory rozsáhlých poranění poševní stěny. Dosavadní práce se zabývají hlavně (pouze) poraněním hráze a pánevního dna, poševní léze bývají často přehlíženy.^{2;21;22;41;65-70}

Položili jsme si otázku, zda dyspareunie před otěhotněním není projevem zúžení pochvy spojeného se zvýšeným odporem měkkých porodních cest, který by mohl vést ke zvýšenému výskytu prodloužené druhé doby porodní. Tento fakt jsme v naší práci neprokázali.

4.4. Vliv prvního porodu na sexualitu ženy

Při hodnocení hojení porodního poranění jsme zjistili, že po šestinedělí asi 21% žen udává pocity dyskomfortu (bolesti, neúplné zhojení) v oblasti poranění a 10% z nich má problémy ještě půl roku po porodu. Jako dyskomfort Tyto ženy by se neměly ztratit ze zřetele, měly by být dále dispenzarizovány a jejich problém by měl být řešen především v zájmu sekundární prevence pozdějších komplikací. Lze tedy konstatovat, že jedna kontrola po šestinedělí se nejeví jako dostačující, zde by se měly pouze na základě anamnézy a vyšetření oddiferencovat ženy, které se necítí zcela komfortně po stránce hojení porodního poranění, stejně tak vyšetření po 6 týdnech se některým autorům zdá příliš včasné na odhalení

některých chronických problémů (inkontinence, sexuální dysfunkce).^{55;71;72} I dle již publikovaných prací jenom malé procento žen aktivně vyhledá pomoc lékaře při výskytu sexuálních problémů po porodu.⁵⁶ Lékař při kontrole po šestinedělí by se měl ptát na kvalitu sexuálního života a ženám s výskytem sexuálních dysfunkcí nabídnout řešení (rehabilitace, lubrikační gel, estrogenové masti).

Dle literárních údajů začne pohlavně žít do 6 týdnů po porodu 17-30% primipar, do dvou měsíců 60-75% a do půl roku 86-95% primipar.^{37;53;57;65;73} V naší studii před skončením šestinedělí začalo sexuálně žít 24%, do dvou měsíců 69% a půl roku po porodu mělo již sexuální styk 93% žen. Výsledky se tedy shodují se zkušenostmi ze zahraničí.

Ve studii Barretové a spol. 28% žen udává, že iniciátorem návratu k pohlavnímu styku byl partner, v 68% vycházela iniciativa od obou partnerů a jenom v 5 % iniciovala návrat k pohlavnímu životu žena. V naší práci v 22% byl iniciátorem začátku pohlavního života partner, v 67% vycházela iniciativa od obou partnerů a v 11% rodička. V naší studii vycházejí ženy o něco aktivněji oproti britským rodičkám.

Co se týče návratu kvality sexuálního života ke stavu před otěhotněním, tak za 3 měsíce po porodu udává návrat k normálu pouze 53% žen a naopak 38% žen nedosáhlo původní kvality ani půl roku po porodu. Při porovnání s údajem, že pouze 18% žen udává jistý stupeň zhoršení celkového zdravotního stavu po porodu, lze konstatovat, že sexualita po porodu nesehrává příliš důležitou roli v životě žen v tomto časovém horizontu. Barretová ve své studii došla k analogickým závěrům. (38% respondentek v jejím souboru nedosahuje původní kvality sexuálního života půl roku po porodu)⁵³

Protože jedinou účinnou prevencí porodního poranění pochvy, hráze a pánevního dna je porod plánovaným císařským řezem, pokusili jsme se zjistit rozdíl v sexualitě po porodu u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu. Wagner ve své studii uvádí, že 30% žen gynekoložek volí porod primárním císařským řezem. Jako hlavní důvod uvádějí prevenci močové inkontinence a sexuálních dysfunkcí.⁷⁴

Při subjektivním hodnocení délky hojení poranění pochvy a hráze a operační rány po císařském řezu jsme nezaznamenali statisticky významný rozdíl v době, kdy se začaly rodičky cítit zcela komfortně. Znamená to, že není statistický rozdíl v délce hojení porodního poranění hráze a pochvy oproti hojení operační rány po císařském řezu. Nezaznamenali jsme ani signifikantní rozdíl v počtu žen, které se půl roku v oblasti jizvy cítí zcela komfortně (10 % žen po vaginálních porodech v.s. 9 % žen po císařských řezech). Barretová a spol. udávají vyšší výskyt dyskomfortu v oblasti rány u žen po císařském řezu oproti ženám po vaginálním porodu (23 % vs. 5 %).⁵⁸ Na našem pracovišti používáme vysoce šetrnou metodu císařského řezu dle Misgav Ladach. Po nekomplikovaném císařském řezu ženu ihned mobilizujeme, dostává do 24 hodin normální stravu a 72-96 hodin po operaci ji propouštíme. Je možné, že tento způsob operace a pooperační péče se odráží na relativně nízkém procentu dyskomfortu.

I přes fakt, že subjektivní hodnocení hojení rány po vaginálním porodu a po císařském řezu v našem souboru je stejné, zjistili jsme, že ženy po císařském řezu začínají svůj pohlavní život po porodu statisticky signifikantně dříve než ženy po vaginálním porodu. Je zřejmé, že kvalita hojení operační rány po císařském řezu nemá tak výrazný vliv na sexuální život jako kvalita hojení poranění pochvy a hráze. Podobné výsledky zaznamenali autoři Byrd a spol. ve své dotazníkové prospektivní studii. Zjistili, že 6 týdnů po porodu začne pohlavně žít 27% žen po císařském řezu, zatímco po vaginálním porodu je to jenom 18%. Nejistili však žádný jiný rozdíl v sexuálních proměnných (chování, spokojenost) u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu.⁷⁵

Způsob porodu nemá vliv na frekvenci pohlavních styků po porodu, postupný nárůst frekvence v průběhu 3 měsíců až půl roku po porodu je u vaginálních porodů a císařských řezů stejný. Stejně tak není rozdíl ani v subjektivním hodnocení dostatečnosti frekvence pohlavních styků. Naše výsledky se shodují s již publikovanými pracemi.^{58;66;73;75}

Ženy po císařském řezu mají vyšší schopnost prožít orgasmus při prvních stycích po porodu, tento benefit se za 3 měsíce a půl roku po porodu postupně ztrácí. U obou typů porodu se s postupujícím časem statisticky významně zlepšuje schopnost prožít orgasmus. Přes rozdíl ve výskytu orgastických poruch těsně po porodu se neliší subjektivní hodnocení dostatečnosti frekvence orgasmů v obou skupinách žen. Ženy po vaginálních porodech považují i nižší výskyt orgasmů za stejně dostatečný jako ženy po císařských řezech. Již publikované studie nezaznamenali žádný statistický významný rozdíl v schopnosti prožít orgasmus u žen po abdominálním nebo vaginálním porodu.^{48;50;58;75}

Při subjektivním hodnocení doby potřebné k návratu kvality sexuálního života ke stavu před otěhotněním jsme nezaznamenali rozdíl mezi vaginálním porodem a císařským řezem. U vaginálního porodu 38 % a u císařského řezu 31 % žen udává, že stav nedosáhl původních kvalit půl roku po porodu. Žádný rozdíl v subjektivním hodnocení rychlosti návratu k původní kvalitě sexuálního života nenašli ani jiné dotazníkové studie.^{50;58;75}

Výskyt bolestí pochvy a hráze při styku je do 3 měsíců po porodu statisticky významně vyšší ve skupině žen po vaginálním porodu. Tento rozdíl je však již půl roku po porodu statisticky nevýznamný. Znamená to, že půl roku po porodu již nemá císařský řez protektivní funkci před výskytem dyspareunie. Toto zjištění koreponduje s výsledky některých dotazníkových studií.^{55;57;58;75} Naproti tomu Buhling a spol. ve své dotazníkové studii u primipar zjistili, že půl roku po porodu byl výskyt signifikantní dyspareunie u žen po vaginálním porodu bez porodního poranění 3,5%, u žen po císařském řezu 3,4%, u žen po vaginálním porodu s poraněním nebo s epiziotomií 11% a u žen po operativním vaginálním porodu 14%.⁶⁶

Výskyt nedostatečné lubrikace při styku není závislý na způsobu porodu, významně klesá v obou skupinách s odstupem od porodu. Většina autorů uvádí závislost pocitu suchosti pochvy na kojení.^{20;50;53;54;57;64;76-78}

Předpokládali jsme, že ženy po abdominálním porodu (císařský řez) budou mít vyšší výskyt bolestí v podbříšku při pohlavním styku nebo po něm, avšak neprokázali jsme signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami. Pravděpodobně se rána na děloze a přední břišní stěně hojí rychle a zřejmě nedochází ani k adhezivnímu procesu, který by mohl působit potíže. Již citovaná práce Barrettové a spol. uvádí, že ženy po císařském řezu až v 23 % případů půl roku po porodu cítí jistý dyskomfort v oblasti operační rány.⁵⁸ Avšak autoři zde neanalyzují samostatně výskyt bolestí břicha při styku po císařském řezu, stejně tak jsme nenašli podobné porovnání v žádné jiné práci. Předpokládáme však, že malý výskyt bolestí v podbříšku u žen po císařském řezu může souviset s technikou našeho operování.

Celkové subjektivní porovnání kvality sexuálního života se stavem před otěhotněním je stejné v obou skupinách, 45 % žen po vaginálním porodu a 43 % po císařském řezu udává zhoršení kvality sexuálního života půl roku po porodu. Co se týče spokojenosti se sexuálním životem, prokázali jsme malý rozdíl pouze v čase 3 měsíce po porodu, kdy jsou ženy po císařském řezu velmi spokojeny v 28 % a po vaginálním porodu pouze v 11 %. Půl roku po porodu již není rozdíl ve spokojenosti v obou skupinách. Nespokojených je 8 % žen po vaginálním porodu a 9 % žen po císařském řezu. Barrettová a spol. ve své práci zjistili signifikantní rozdíl ve spokojenosti se sexuálním životem pouze při prvních stycích po porodu, v čase 3 měsíce a půl roku již rozdíl nebyl statisticky významný. Celkově však udává menší výskyt zhoršení kvality sexuálního života oproti naší práci (32% po vaginálním porodu a 29% po císařském řezu).⁵³

Neprokázali jsme žádný signifikantní rozdíl ve výskytu bolestí při orgasmu, přílišného zúžení pochvy, infekce pochvy, krvácení po styku a ztráty sexuální touhy u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu v čase 3 měsíce a půl roku po porodu. Prokázali jsme signifikantně vyšší výskyt pocitu přílišného roztažení pochvy u žen v čase 3 měsíce po vaginálním porodu, tento rozdíl však už není signifikantní půl roku po porodu.

Co se týče císařského řezu jako prevence časně inkontinence po porodu, v práci z našeho pracoviště jsme našli statisticky významně nižší výskyt inkontinence u žen po císařském řezu v čase 6 týdnů a 3 měsíce po porodu. Po půl roku již rozdíl pozbyl statistické významnosti. Možno zkonstatovat, že porod císařským řezem nenese výhodu v oblasti kontinence u primipar v čase půl roku po porodu.⁷⁹

Závěrem možno shrnout, že dle našich výsledků, i dle výsledků většiny citovaných prací, porod císařským řezem přináší jenom málo výhod v oblasti sexuality po porodu v době půl roku po porodu. Z dlouhodobého hlediska to prokázala i studie na monozygotních dvojčatech - ženách, z kterých jedna rodila a druhá byla nullipara. Studie prokázala signifikantní zhoršení kvality sexuálního života u rodičích žen, avšak toto zhoršení nebylo závislé na způsobu porodu. Autoři předpokládají spíše psychologický podklad, než samotné tělesné změny vyvolané těhotenstvím a porodem.⁸⁰ Stejně tak Barretová konstatuje, že půl roku po porodu již porod císařským řezem nenese rozdíly v oblasti výskytu dyspareunie, poruch sexuální responzibility a postkoitálních problémů. Její výsledky naznačují, že kvalita postpartální sexuality není důvodem k obhajobě porodů primárním císařským řezem.⁵⁸

Na doplnění několik studií porovnávalo i provádění některých sexuálních praktik po jednotlivých způsobech porodu. Nebyl zjištěn žádný rozdíl v počtu masturbujících žen, v počtu párů praktizujících anální, orální a manuální pohlavní styk u žen po vaginálním a abdominálním porodu.^{45;48-50;64;75} Zkoumat změny v sexuálním chování a v používání jednotlivých sexuálních praktik nebylo cílem naší studie. Kromě toho jsme se obávali vysokého procenta odmítnutí spolupráce při tak intimních otázkách, zvláště v citlivém období těsně po porodu.

Rozdělením souboru na ženy se signifikantní dyspareunií půl roku po porodu a bez ní, jsme se snažili otestovat jednotlivé faktory při porodu, které by mohly být rizikové pro výskyt této sexuální dysfunkce.

Kristellerova exprese jako poměrně kontroverzní porodnická procedura nebývá často hodnocena v studiích. Vzhledem k tomu, že bývá velice často používaná avšak v zdravotnické dokumentaci nebývá zaznamenána, rozhodli jsme se ji do naší studie zařadit. Nepodařilo se nám prokázat vliv Kristellerovy exprese na výskyt dyspareunie půl roku po porodu. Protože tento hmat v některých případech může nahradit vaginální operační porod (forceps), je zde prostor na uvažování o znovuzavedení Kristellerovy exprese do běžné porodnické praxe. Poslední publikované studie ukázaly její bezpečnosti při správném použití, žádná však nehodnotí dlouhodobé následky u rodičky.⁸¹⁻⁸³

Prokázali jsme velice malou statistickou významnost mezi porodem na porodní stoličce a nižším výskytem dyspareunie půl roku po porodu. Tato závislost je patrně způsobená tím, že v poloze na zádech byly prováděny operační vaginální porody (kleště) a na porodní stoličce se vedli jenom fyziologické porody v poloze podélné hlavičkou. Protože je abdominální tlak v této poloze menší, rodili se takto jenom plody, u kterých průchod malou pánví byl rychlý a snadný. V případě protrahované II. doby porodní, se i porod, který začal na porodní stoličce, ukončil na klasickém porodním lůžku. Proto je výhoda porodu na porodní židli sporná a vyžaduje ještě další eventuální zkoumání. Jander a spol. ve své práci zjistili vyšší riziko poranění hráze III. stupně při porodu na porodnické židli.⁸⁴ Naproti tomu Kafka a spol. nenašli žádný rozdíl v trvání II. doby porodní a v rozsahu porodního poranění při porodu na porodní stoličce oproti klasické poloze na porodním lůžku.⁸⁵

Většina publikovaných prací uvádí rutinní provádění episiotomie jako rizikový faktor poporodní dyspareunie.^{66;71;72;76;84;86;87} Na druhé straně Connolly a spol. ve své longitudinální dotazníkové studii, prováděné dva roky nezjistil signifikantní vliv epiziotomie na výskyt dyspareunie po porodu.⁸⁸ Epiziotomie nám vychází jako rizikový faktor dyspareunie 6 měsíců po porodu s RR =1,44 s 95% intervalem spolehlivosti (1,15, 1,81). Jsme proti

rutinnímu používání této porodnické operace. Dle našich výsledků, poranění hráze 3. stupně nezvyšuje riziko výskytu dyspareunie po porodu.

Jako kvalitu ošetření poranění jsme si stanovili též praxi a edukaci lékaře. Otestovali jsme, zda vzdělání (atestace) lékaře, který ošetřoval porodní poranění, může být dána do souvislosti s projevy dyspareunie po porodu. Přepokládali jsme horší kvalitu ošetření u mladších lékařů. Tuto skutečnost jsme nepotvrdili. Vliv erudice ošetřujícího lékaře nezkoumala žádná již publikovaná nám dostupná studie.

Testovali jsme hypotézu, jestli obezita před otěhotněním, nebo půl roku po porodu, a jestli nárůst hmotnosti během těhotenství má vliv na výskyt dyspareunie. Vliv obezity na výskyt sexuálních dysfunkcí žen byl zaznamenán několika studiemi.⁸⁹⁻⁹³ Nepotvrdili jsme, že ženy s dyspareunií po porodu jsou více obézní před otěhotněním a po porodu.

Stejně jako my ani jedna z prací nepotvrdila vliv hmotnosti plodu, obvodu hlavičky a šířky ramínek na výskyt bolestí pochvy po porodu.^{43;53;55;66;73;75;76} Všechny tyto parametry jsou měřitelné prenatalně ultrazvukem, v případě zjištěné výrazné závislosti by se dalo uvažovat o indikaci císařského řezu při zjištění makrosomie plodu jako prevence dlouhodobých mateřských komplikací. V současnosti můžeme tvrdit, že odhad ultrazvukový větších rozměrů plodu není primárně indikací k císařskému řezu z důvodu prevence devastace porodních cest.

Nepotvrdili jsme ani předpoklad, že protražovaný porod, zvláště II. doba porodní může vést k většímu neurálnímu a svalovému poškození a následně k dysfunkci pánevního dna a k dyspareunii. Stejně jsme nepotvrdili ani vliv augmentace porodu oxytocínem a vliv přenášení. Naše výsledky jsou v souladu s již publikovanými studiemi.^{53;57;71}

Co se týče epidurální analgezie, někteří autoři popisují vyšší riziko rozsáhlého porodního poranění při jejím užití z důvodu možných poruch mechanismu porodu a kvůli nedostatečné spolupráci pacientky a následného operačního vaginálního porodu.⁹⁴⁻⁹⁶ Na druhé straně relaxace měkkých porodních cest ulehčuje průchod hlavičky porodním kanálem a nižší odpor tkání vede k jejich menší traumatizaci.^{43;67;84;97} V naší studii jsme neprokázali vliv epidurální ani paracervikální analgezie na výskyt dyspareunie půl roku po porodu. Naše zjištění koreluje s výsledky ostatních studií.^{49;53;54;75}

Naopak pozitivní vliv na frekvenci výskytu sexuální dysfunkce po porodu jsme prokázali u extrakci plodu pomocí porodnických kleští. Relativní riziko vzniku sexuální dysfunkce po porodu per forcipem je 4,22 s 95% intervalem (1,08 až 16,48). Jedná se zřejmě o výsledek devastačního účinku nástroje na měkké tkáně porodního kanálu. Porod per forcipem prokazují jako rizikový faktor výrazného porodního poranění prakticky všechny studie,^{43;67;70;84;87;94;97} stejně tak ho uvádějí jiné studie jako hlavní rizikový faktor pro vznik dyspareunie v poporodním období.^{20;49;53;54;58;66;68;73;75;87;88;98} Liebling a spol. na základě svých výsledků doporučují, ukončovat patologické porody v II. době porodní raději císařským řezem než per forcipem, právě kvůli prevenci rozsáhlých porodních poranění a následné dyspareunie.⁸⁷ Tento názor nezdílíme, protože při abdominálním vybavování vstoupilé hlavičky z roviny pánevní širše nebo nižší, poměrně často dochází k rozsáhlým poraněním dolního děložního segmentu s velkými krevními ztrátami a rizikem hysterektomie, nebo arteficiálního poranění ureteru. Porod per forcipem i s jeho následky zůstává nadále jeden z hlavních způsobů záchrany zdraví a života plodu. V některých případech ho možno nahradit adekvátně prováděnou Kristellerovou expresí, která podle našich výsledků nemá vliv na výskyt dyspareunie, nebo vákuovou extrakcí, která se zdá šetrnější ke tkáním porodních cest.

Pro nás překvapivým faktem je zjištění, že ženy které porodily plánované dítě, mají o něco vyšší výskyt dyspareunie po porodu. Očekávali bychom spíše opačný trend, že ženy s neplánovaným dítětem budou náchylnější k výskytu sexuálních dysfunkcí po porodu. RR je 1,19 s 95 % intervalem spolehlivosti 1,09 až 1,31. Tento fakt zatím nezkoumala žádná dostupná studie a neumíme si ho vysvětlit. Vysvětlení by možno přinesla i psychologická

studie ohledně celkové kvality života a vyšetření pomocí dotazníků na depresivní škálu po porodu.

Masáž hráze prováděná v těhotenství dle našich výsledků nesnižuje výskyt poporodní dyspareunie. Eogan a spol. ve své studii potvrdili, že ženy po porodu, které si v těhotenství masírovaly hráz mají nižší bolestivé skóre v oblasti hráze, na druhé straně nepotvrdil nižší výskyt poranění hráze, lepší výsledky endoanální manometrie a nižší výskyt dyspareunie po porodu. Beckmann a spol. zjistili nižší výskyt episiotomií ve skupině žen, které si masírovali hráz v těhotenství, nezjistili však žádný vliv na počet instrumentálních porodů, spontánních poranění a sexuálních dysfunkcí.⁹⁹ Proto zatím tuto proceduru nepovažujeme za přínosnou vrámci prenatální přípravy.

Výskyt dyspareunie před otěhotněním je rizikovým faktorem výskytu bolestí pochvy a hráze půl roku po porodu s RR = 3 a 95% intervalem spolehlivosti 1,1, až 8,19. K podobnému výsledku dospěli i Barretová a spol. ve své práci. Doporučují se ptát žen na prenatálních kontrolách na tento fakt a ženy s dyspareunií před porodem pak po porodu znovu pečlivě vyšetřit a eventuálně zabezpečit sexuologickou konzultaci a léčbu.⁵³

Ženy s dyspareunií půl roku po porodu udávají signifikantně delší hojení porodního poranění a pozdější začátek sexuálního života po porodu. Je zřejmý jasný vliv porodního poranění na výskyt této sexuální dysfunkce. U žen se signifikantní dyspareunií půl roku po porodu iniciuje začátek sexuálního života častěji partner – 30 % oproti 20 %, oba jsou iniciátory pouze v 54 % oproti 70 % u žen bez dyspareunie.

Dyspareunie půl roku po porodu vede i k nižší sexuální aktivitě, ženy mají v 71 % maximálně 1 styk týdně, oproti tomu ženy bez dyspareunie mají nižší frekvenci pouze v 46%. Stejně tak se liší i subjektivní spokojenost s danou frekvencí pohlavních styků. Ženy s dyspareunií považují frekvenci pohlavních styků za dostatečnou pouze v 41%, ženy bez dyspareunie jsou spokojené s frekvencí v 60% případů. Dyspareunie se tímto jeví jako zatěžující nejen samotnými bolestmi, ale i tím, že způsobuje subjektivní pocit nedostatečnosti pohlavních kontaktů po porodu. Dalším negativním projevem je snížená orgasmická schopnost u žen s výskytem dyspareunie, pouze 64% z nich má orgasmus minimálně v polovině pohlavních styků, zatímco ve skupině žen bez dyspareunie je to 79%. Dyspareunie po porodu je poměrně stresujícím faktorem, 67% žen s dyspareunií po porodu projevuje svoji nespokojenost se sexuálním životem, zatímco ženy bez dyspareunie jsou nespokojené jen v 25% případů. Dyspareunie zasahuje do sexuality celého páru. Dle hodnocení žen po porodu pouze 35% žen s dyspareunií se domnívá, že jejich partner je se sexuálním životem spokojen, zatímco u žen bez dyspareunie je to 67 % žen.

Průvodním jevem dyspareunie půl roku po porodu je pocit nadměrného zúžení pochvy, vyskytuje se u 39% žen s dyspareunií a jen u 4% žen bez dyspareunie půl roku po porodu. Udávaný pocit přílišné úzkosti pochvy při styku zřejmě je samotnou příčinou dyspareunie. Naopak pocit přílišného roztažení pochvy po porodu nesouvisí s výskytem poporodní dyspareunie. Barretová a spol. zjistila, že pocitem přílišného zúžení pochvy v jejím souboru trpělo 20% půl roku po porodu, netestovala souvislost pocitů zúžení pochvy s výskytem dyspareunie po porodu.⁵³ Bylo by vhodné při poporodních kontrolách se ptát na výskyt přílišného zúžení pochvy, eventuálně z dokumentace zjistit rozsah poranění a způsob ošetření.

Souvislost poporodní dyspareunie s kojením je všeobecně uznávanou skutečností.^{20;47;48;50;53-55;66;68;76;77;86;88} Příčinou je prolaktinem potlačená produkce estrogenů, zvýšená suchost sliznice pochvy a zvýšená křehkost sliznice vedoucí k bolestem. Rodičky by měly být již v porodnici při propuštění informovány o možnosti zakoupení lubrikačního gelu v lékárně. Znovu by měly být na to upozorněny při kontrole po šestinedělí a v případě větších obtíží je vhodná lokální léčba estrogeny.

Předpokládáme, že poranění pochvy a hráze při porodu má odlišnou patofyziologii a odlišnou dobu hojení i následky. Rozsáhlé poranění pochvy vede spíše k akutním problémům a dyspareunii v období následně po porodu. Poranění hráze a pánevního dna, eventuálně s neurální lézí, může mít za následek rozvoj pozdějších komplikací, poševního descenzu a inkontinence. Proto jsme se pokusili rozdělit rodičky dle poranění do skupin s převahou poranění hráze, pochvy a s kombinovanou lézí. Tyto skupiny rodiček jsme se snažili vzájemně porovnat v některých parametrech. Podobné rozdělení neudává žádná studie, práce sledují jenom episiotomií a poranění hráze III. nebo IV. stupně. Jedině práce Barretové a spol. diferencuje poranění pochvy podobně jako nám, i ji vychází, že poranění pochvy během porodu je vysoko rizikovým faktorem přetrvávání dyspareunie půl roku po porodu s RR:3,19. Na druhé straně rozsah poranění pochvy nespecifikuje a blíže nepopisuje. Příčinou je, že její studie hodnotila porod retrospektivně z lékařské dokumentace.⁵³ V naší studii jsme popisovali porodní poranění důkladně hned po porodu, proto si můžeme dovolit rozdělit poranění dle jednotlivých typů a rozsahu.

Doba hojení porodního poranění byla dle očekávání nejdelší ve skupině žen s poraněním pochvy do střední třetiny a do klenby v kombinaci s poraněním hráze. Až 22% žen s poraněním pochvy do střední třetiny se necítí zcela komfortně půl roku po porodu. Ve skupině žen s epiziotomií nebo poraněním hráze 2. a 3. stupně bez rozsáhlejšího poranění pochvy se necítí komfortně jen 10% žen. Do konce šestinedělí bylo ve skupině poranění hráze zhojeno 63 % a ve skupině poranění pochvy do střední třetiny 47% žen. Ve skupině poranění pochvy do klenby neudává kompletní zhojení žádná rodička. Ve skupině s poraněním hráze do 1. stupně udává zhojení do konce šestinedělí 79% rodiček.

Co se týče začátku pohlavního života po porodu, nenašli jsme mezi jednotlivými podskupinami výrazné rozdíly. Pouze ženy s rozsáhlým poraněním pochvy do klenby začínají sexuální život signifikantně později. V 80% až 3 měsíce po porodu. U žen s rozsáhlejším poraněním hráze není signifikantně markantní rozdíl v době začátku pohlavního života oproti ženám bez poranění nebo s minimálním poraněním.

Nenašli jsme signifikantní rozdíl ve frekvenci pohlavních styků v jednotlivých obdobích po porodu pro jednotlivé typy a rozsah poranění. Ve skupině žen se samotným poraněním hráze 2. a 3. stupně a ve skupině s poraněním pochvy do střední třetiny v kombinaci s poraněním hráze se postupně zvyšuje frekvence pohlavních styků 3 měsíce a půl roku po porodu.

Při hodnocení orgastické kapacity po porodu jsme dospěli k zajímavým výsledkům. Statisticky relativně málo významně (na hladině významnosti 0,05) jsme zaznamenali častější prožívání orgasmů u žen s poraněnou pochvou oproti ženám s poraněnou hrází nebo provedenou epiziotomií. Předpokládáme, že tento rozdíl je způsoben tím, že se ženy s poraněním pochvy více věnují nekoitálním sexuálním aktivitám, jež je více uspokojují. Narůst orgastické kapacity je zřejmý u žen s jakýmkoliv poraněním hráze a s poraněním pochvy do dolní třetiny. U žen s poraněním pochvy do střední třetiny a do klenby se schopnost dosáhnout orgasmu časem nezlepšuje.

Výskyt dyspareunie 3 měsíce a půl roku po porodu je vyšší ve skupině s rozsáhlejším poraněním pochvy (střední třetina nebo do klenby) oproti skupinám žen s jakýmkoliv poraněním hráze. Ve všech skupinách klesá výskyt dyspareunie statisticky významně v čase, kromě skupiny s poraněním pochvy do klenby, kde zůstává půl roku po porodu výskyt dyspareunie bez významného poklesu. Zdá se, že poranění poševní stěny sehrává ve výskytu sexuálních obtíží v následném období po porodu významnější úlohu než poranění hráze a pánevního dna. Zatím se poraněním pochvy nevěnovala žádná nám dostupná dotazníková studie, rizikové faktory a důsledky poranění poševní stěny by proto měly být předmětem našeho dalšího zkoumání. Náš názor je ten, že kromě poranění samotné poševní sliznice dochází i k natržení vezikovaginální fascie, jež významným způsobem podporuje stabilitu

pánevních orgánů. Po zhojení může změna polohy jednotlivých pánevních orgánů, zejména dělohy a adnex, vést k přílišnému natažení uterosakrálních ligament, což vede k pánevním bolestem a dyspareunii. Výskyt dyspareunie kopíruje podobně i suchost pochvy, což je zřejmě projevem nedostatečného vzrušení u žen s bolestmi pochvy a hráze při styku a tyto pak mají ze styku větší či menší obavy. Závislost suchosti pochvy na druhu poranění je méně statisticky významná. Bolesti v podbřišku při styku statisticky významně nesouvisí s druhem porodního poranění, stejně tak ani subjektivní porovnání kvality pohlavního styku se stavem před otěhotněním. Subjektivní vyjádření spokojenosti s pohlavním životem se statisticky významně mění v čase (spokojenost vzrůstá 3 měsíce a půl roku po porodu), mezi ženami s různými druhy porodního poranění však není rozdíl.

Nezjistili jsme žádnou závislost ve výskytu bolestí při orgasmu, pocitu přílišného zúžení pochvy nebo naopak přílišného roztažení pochvy, infekce pochvy, krvácení po styku a ztráty sexuální touhy na druhu poranění porodních cest.

V naší studii ale i v dosud publikovaných pracích se jeví jako největším rizikovým faktorem vzniku poporodních sexuálních dysfunkcí instrumentální klešťový porod, poranění poševní stěny, pocit přílišného zúžení pochvy a výskyt dyspareunie již před otěhotněním. V naší práci jsme nehodnotili porod vakuumextrakcí protože tento nástroj jsme v době průběhu studie neměli k dispozici. Některé studie dokazují nižší výskyt rozsáhlých poranění porodních cest při použití tohoto nástroje.^{67;84;87} To byl i jeden z důvodů proč jsme ho zařadili do našeho instrumentária a snažíme se ním nahradit některé klešťové porody.

V následující studii bychom rádi komplexně zhodnotili rizikové faktory rozsáhlých poranění poševní stěny a následky tohoto poranění. Rozsah poranění pochvy budeme měřit, následně budou rodičky s větším poraněním vyšetřeny na třidimenzionálním ultrazvuku, abychom zjistili i eventuelní poranění musculus levator ani.

5. Závěr

1. V průběhu těhotenství stoupá počet žen s inkontinencí moče. Výskyt inkontinence v těhotenství není závislý na BMI před otěhotněním a na nárůstu hmotnosti v těhotenství. U žen nad 36 let jsme ve všech případech zaznamenali ve 3. trimestru nechtěné úniky moče.
2. V průběhu těhotenství klesá frekvence pohlavních styků, klesá schopnost žen dosáhnout orgasmus, klesá spokojenost s pohlavním životem. Stoupá frekvence sexuálních dysfunkcí: dyspareunie, nedostatečné lubrikace a bolesti v podbřišku.
3. Ženy se signifikantní dyspareunií před otěhotněním mají vyšší riziko rozsáhlého poranění poševní stěny během porodu.
4. Deset procent žen se půl roku po porodu ještě necítí zcela komfortně kvůli porodnímu poranění. Před skončením šestinedělí začíná sexuálně žít 24 % žen po prvním porodu, půl roku po porodu 7 % žen nemělo pohlavní styk. 38 % žen udává, že půl roku po porodu kvalita sexuálního života nedosáhla kvality před otěhotněním.
5. Při porovnání vlivu způsobu porodu (císařský řez, vaginální porod) jsme nezaznamenali rozdíl ve frekvenci pohlavních styků půl roku po porodu, ve schopnosti dosáhnout orgasmus, ve výskytu dyspareunie, nedostatečné lubrikace a ve výskytu bolesti v podbřišku. Signifikantní rozdíly jsou jenom v době 3 měsíce po porodu, půl roku již nenese porod císařským řezem žádný benefit v otázce sexuality. Ženy po císařském řezu začínají sexuální život po porodu o něco dříve.
6. Při porovnání souboru žen, které udávají signifikantní dyspareunii půl roku po porodu se ženami bez bolesti jsme nezjistili rozdíly v použití Kristellerovy exprese v gestačním věku, v použití oxytocinu za porodu, v použití epidurální analgezie, v edukaci ošetřujícího lékaře, ve věku rodičky, BMI před otěhotněním a půl roku po porodu, v přírůstku hmotnosti v těhotenství, velikosti dítěte (hmotnost, obvod hlavičky, šířka ramínek), v provádění masáže hráze před porodem. Za rizikový faktor výskytu dyspareunie jsme označili porod per forcipem, epiziotomii, plánované dítě a kojení.
7. Při porovnání poporodního průběhu u žen po vaginálních porodech s různým rozsahem porodního poranění jsme zjistili signifikantní rozdíly v délce hojení poranění u žen s rozsáhlejším poraněním pochvy oproti ženám s poraněním hráze, pozdější začátek pohlavního života u těchto žen, vyšší výskyt dyspareunie a vyšší výskyt nedostatečné lubrikace půl roku po porodu.

6. Literatura

1. Stembera Z, Velebil P. [The main tasks of Czech perinatology at the beginning of the 21st century]. *Ceska.Gynekol.* 2003;68:377-84.
2. Grudzinskas JG, Watson C, Chard T. Does sexual intercourse cause fetal distress? *Lancet* 1979;2:692-93.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Care of the mother during the puerperium. *Williams Obstetrics*. McGraw Hill; 2005. p. 704-09.
4. Spark RF. Dehydroepiandrosterone: a springboard hormone for female sexuality. *Fertil.Steril.* 2002;77 Suppl 4:S19-S25.
5. Anastasiadis AG, Davis AR, Ghafar MA, Burchardt M, Shabsigh R. The epidemiology and definition of female sexual disorders. *World J.Urol.* 2002;20:74-78.
6. Glatt AE, Zinner SH, McCormack WM. The prevalence of dyspareunia. *Obstet.Gynecol.* 1990;75:433-36.
7. Geiss IM, Umek WH, Dungal A, Sam C, Riss P, Hanzal E. Prevalence of female sexual dysfunction in gynecologic and urogynecologic patients according to the international consensus classification. *Urology* 2003;62:514-18.
8. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet.Gynecol.* 1996;87:55-58.
9. Nusbaum MR, Gamble G, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J.Fam.Pract.* 2000;49:229-32.
10. Hartmann U, Heiser K, Ruffer-Hesse C, Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J.Urol.* 2002;20:79-88.
11. Freedman MA. Female sexual dysfunction. *Int.J.Fertil.Womens Med.* 2002;47:18-21.
12. Bancroft J. The medicalization of female sexual dysfunction: the need for caution. *Arch.Sex Behav.* 2002;31:451-55.
13. Zvěřina J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Akademické nakladatelství, CERM, Brno, 2003.
14. Kingsberg SA. The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Arch.Sex Behav.* 2002;31:431-37.
15. McCoy NL, Matyas JR. Oral contraceptives and sexuality in university women. *Arch.Sex Behav.* 1996;25:73-90.

16. Rosen RC. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertil.Steril.* 2002;77 Suppl 4:S89-S93.
17. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J.Sex Med.* 2004;1:40-48.
18. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J.Psychosom.Obstet.Gynaecol.* 2003;24:221-29.
19. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM, Jr., Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet.Gynecol.* 2001;97:283-89.
20. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J.Psychosom.Res.* 1999;47:27-49.
21. Perkins RP. Adverse pregnancy outcome and coitus. *Obstet.Gynecol.* 1983;62:399-400.
22. Georgakopoulos PA, Dodos D, Mechleris D. Sexuality in pregnancy and premature labour. *Br.J.Obstet.Gynaecol.* 1984;91:891-93.
23. Nijs P, van Dorpe H. [Partner relations and sexuality during pregnancy]. *Gynakologie* 1982;15:228-35.
24. Read JS, Klebanoff MA. Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects of vaginal microorganisms. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 1993;168:514-19.
25. Barclay LM, McDonald P, O'Loughlin JA. Sexuality and pregnancy. An interview study. *Aust.N.Z.J.Obstet.Gynaecol.* 1994;34:1-7.
26. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int.J.Impot.Res.* 2005;17:154-57.
27. Perkins RP. Sexuality in pregnancy: what determines behavior? *Obstet.Gynecol.* 1982;59:189-98.
28. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG.* 2000;107:964-68.
29. Bogren LY. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Arch.Sex Behav.* 1991;20:35-45.
30. Záhumenský J., Šottner O., Krčmář M., Zvěřina J., and Hurt K. Plánovaná a neplánovaná gravidita, vplyv na sexuálny život v gravidite a na priebeh pôrodu. 26-5-2005. XII. kongres gynekologicko - pôrodníckej spoločnosti SLS, 26.-28.5.2005 Bratislava.

Ref Type: Prednáška

31. Adinma JI. Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. *Aust.N.Z.J.Obstet.Gynaecol.* 1995;35:290-93.

32. Walbroehl GS. Sexuality during pregnancy. *Am.Fam.Physician* 1984;29:273-75.
33. White SE, Reamy K. Sexuality and pregnancy: a review. *Arch.Sex Behav.* 1982;11:429-44.
34. Cohn SD. Sexuality in pregnancy. A review of the literature. *Nurs.Clin.North Am.* 1982;17:91-98.
35. Perkins RP. Sexuality during pregnancy. *Clin.Obstet.Gynecol.* 1984;27:706-16.
36. Reamy K, White SE, Daniell WC, Le Vine ES. Sexuality and pregnancy. A prospective study. *J.Reprod.Med.* 1982;27:321-27.
37. al Bustan MA, el Tomi NF, Faiwalla MF, Manav V. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti women. *Arch.Sex Behav.* 1995;24:207-15.
38. Otubu JA, Olusanya O, Okoko A, Lar C, Jack T. Sexuality during pregnancy in healthy Nigerians. *East Afr.Med.J.* 1988;65:856-61.
39. Read J. ABC of sexual health: sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ* 1999;318:587-89.
40. Holtzman LC. Sexual practices during pregnancy. *J.Nurse Midwifery* 1976;21:29-38.
41. Perkins RP. Sexual behavior and response in relation to complications of pregnancy. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 1979;134:498-505.
42. Solberg DA, Butler J, Wagner NN. Sexual behavior in pregnancy. *N.Engl.J.Med.* 1973;288:1098-103.
43. Záhumnenský J. Urogynekologická problematika v souvislosti s těhotenstvím a porodem. In: Halaška M., editor. *Urogynekologie*. Praha: Galén; 2004. p. 173-77.
44. Falicov CJ. Sexual adjustment during first pregnancy and post partum. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 1973;117:991-1000.
45. Tolor A, Digrazia PV. Sexual attitudes and behavior patterns during and following pregnancy. *Arch.Sex Behav.* 1976;5:539-51.
46. Baxter S. Labour and orgasm in primiparae. *J.Psychosom.Res.* 1974;18:209-16.
47. Robson KM, Brant HA, Kumar R. Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *Br.J.Obstet.Gynaecol.* 1981;88:882-89.
48. Adinma JI. Sexual activity during and after pregnancy. *Adv.Contracept.* 1996;12:53-61.
49. Ryding EL. Sexuality during and after pregnancy. *Acta Obstet.Gynecol.Scand.* 1984;63:679-82.
50. Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA, Byrd JE. Sexuality During Pregnancy and the Year Postpartum. *The Journal of Sex Research* 1996;33:143-51.

51. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J.Sex Res.* 2002;39:94-103.
52. Frohlich E.P., Herz C., van der Merwe F.J., van Tonder D.M., Booysen J.P.M., Becker P.J. Sexuality during pregnancy and early puerperium and its perception by the pregnant and puerperal woman. *J.Psychosom.Obstet.Gynaecol.* 1990;11:73-80.
53. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG.* 2000;107:186-95.
54. Smith J. Sexuality and sexual problems after childbirth. *Mod.Midwife.* 1996;6:16-19.
55. Barrett G, Victor CR. Postnatal sexual health. *Br.J.Gen.Pract.* 1996;46:47-48.
56. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor CR. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br.J.Obstet.Gynaecol.* 1998;105:242-44.
57. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexuality after childbirth: a pilot study. *Arch.Sex Behav.* 1999;28:179-91.
58. Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth* 2005;32:306-11.
59. D'Alfonso A, Iovenitti P, Carta G. Urinary disorders during pregnancy and postpartum: our experience. *Clin.Exp.Obstet.Gynecol.* 2006;33:23-25.
60. Thomason AD, Miller JM, Delancey JO. Urinary incontinence symptoms during and after pregnancy in continent and incontinent primiparas. *Int.Urogynecol.J.Pelvic.Floor.Dysfunct.* 2006.
61. Thomason AD, Miller JM, Delancey JO. Urinary incontinence symptoms during and after pregnancy in continent and incontinent primiparas. *Int.Urogynecol.J.Pelvic.Floor.Dysfunct.* 2006.
62. McKinnie V, Swift SE, Wang W, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M et al. The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 2005;193:512-17.
63. Sottner O, Zahumensky J, Krcmar M, Brtnicka H, Kolarik D, Driak D et al. Urinary incontinence in a group of primiparous women in the czech republic. *Gynecol.Obstet.Invest* 2006;62:33-37.
64. von Sydow K, Ullmeyer M, Happ N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the Sexual Preferences Questionnaire. *J.Psychosom.Obstet.Gynaecol.* 2001;22:29-40.
65. Abraham S. Recovery after childbirth. *Med.J.Aust.* 1990;152:387.
66. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol.* 2006;124:42-46.

67. Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 2003;189:255-60.
68. Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and Caesarean births. *J.Obstet.Gynaecol.Can.* 2005;27:332-39.
69. McKinnie V, Swift SE, Wang W, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M et al. The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 2005;193:512-17.
70. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *BMJ* 2000;320:86-90.
71. Bick D, MacArthur C. Identifying morbidity in postpartum women. *Mod.Midwife.* 1994;4:10-13.
72. Reading AE, Sledmere CM, Cox DN, Campbell S. How women view postepisiotomy pain. *Br.Med.J.(Clin.Res.Ed)* 1982;284:243-46.
73. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 2001;184:881-88.
74. Wagner M. Choosing caesarean section. *Lancet* 2000;356:1677-80.
75. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J.Fam.Pract.* 1998;47:305-08.
76. Goetsch MF. Postpartum dyspareunia. An unexplored problem. *J.Reprod.Med.* 1999;44:963-68.
77. Masters WH, Johnson VE. The sexual response cycle of the human female. III. The clitoris: anatomic and clinical consideration. *West J.Surg.Obstet.Gynecol.* 1962;70:248-57.
78. Reamy KJ, White SE. Sexuality in the puerperium: a review. *Arch.Sex Behav.* 1987;16:165-86.
79. Sottner O, Zahumensky J, Krcmar M, Brtnicka H, Kolarik D, Driak D et al. Urinary incontinence in a group of primiparous women in the czech republic. *Gynecol.Obstet.Invest* 2006;62:33-37.
80. Botros SM, Abramov Y, Miller JJ, Sand PK, Gandhi S, Nickolov A et al. Effect of parity on sexual function: an identical twin study. *Obstet.Gynecol.* 2006;107:765-70.
81. Merhi ZO, Awonuga AO. The role of uterine fundal pressure in the management of the second stage of labor: a reappraisal. *Obstet.Gynecol.Surv.* 2005;60:599-603.
82. Buhimschi CS, Buhimschi IA, Malinow AM, Kopelman JN, Weiner CP. The effect of fundal pressure manoeuvre on intrauterine pressure in the second stage of labour. *BJOG.* 2002;109:520-26.

83. Simpson KR, Knox GE. Fundal pressure during the second stage of labor. *MCN Am.J.Matern.Child Nurs.* 2001;26:64-70.
84. Jander C, Lyrenas S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstet.Gynecol.Scand.* 2001;80:229-34.
85. Kafka M, Riss P, von Trotsenburg M, Maly Z. [The birthing stool--an obstetrical risk?]. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1994;54:529-31.
86. Detlefsen GU, Schroeder E, Vinther S, Larsen P. [External dyspareunia after delivery]. *Ugeskr.Laeger* 1980;142:3111-13.
87. Liebling RE, Swingler R, Patel RR, Verity L, Soothill PW, Murphy DJ. Pelvic floor morbidity up to one year after difficult instrumental delivery and cesarean section in the second stage of labor: a cohort study. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 2004;191:4-10.
88. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int.Urogynecol.J.Pelvic.Floor.Dysfunct.* 2005;16:263-67.
89. McVary K. Lower urinary tract symptoms and sexual dysfunction: epidemiology and pathophysiology. *BJU.Int.* 2006;97 Suppl 2:23-28.
90. Menaster MJ. Weight gain, sexual dysfunction, and bupropion. *J.Clin.Psychiatry* 2005;66:1335-36.
91. Trischitta V. Relationship between obesity-related metabolic abnormalities and sexual function. *J.Endocrinol.Invest* 2003;26:62-64.
92. Walsh JM, Dolan NC, Charney P, Gillock MR, Cramer DA, Kefalides PT. Update in women's health. *Ann.Intern.Med.* 2000;133:808-14.
93. Clarke J. Effects of obesity on sexual function. *Br.J.Sex Med.* 1976;3:8-9.
94. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, McElrath TF, Lieberman ES. Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perinatal trauma in nulliparous women. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 1999;181:1180-84.
95. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, McElrath TF, Lieberman ES. Epidural analgesia and third- or fourth-degree lacerations in nulliparas. *Obstet.Gynecol.* 1999;94:259-62.
96. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Lieberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstet.Gynecol.* 2000;96:214-18.
97. Kalis V, Chaloupka P, Turek J, Rokyta Z. [The perineal body length and injury at delivery]. *Ceska.Gynekol.* 2005;70:355-61.
98. McVary K. Lower urinary tract symptoms and sexual dysfunction: epidemiology and pathophysiology. *BJU.Int.* 2006;97 Suppl 2:23-28.

99. Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2006;CD005123.

Příloha 1. dotazník č. 1

Návod na vyplnění dotazníku.

Postupujte prosím postupně po jednotlivých položkách a v každém řádku křížkem zaškrtněte čtvereček, který nejvíce odpovídá skutečnosti. Jestli se Vám zdá, že je i více možností, zaškrtněte všechny.

Tady uvádíme jako příklad vyplněné první dvě otázky (nevyplňujte).

1. Unikla Vám někdy moč ? (prosím zaškrtněte příslušný čtvereček v tabulce).

	nikdy	někdy	často	vždy
před těhotenstvím	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
během 1.-3. měsíce těhotenství	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
během 4.-6. měsíce těhotenství	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poslední 3 měsíce těhotenství	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Pokud Vám unikla moč, kdy se to stalo ? (prosím zaškrtněte příslušný čtvereček v tabulce, v jednom řádku můžete označit i více odpovědí).

	při smíchu a kašli	při cvičení a námaze	při plném měchýři a silném nutkání	kdykoliv
před těhotenstvím	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
během 1.-3. měsíce těhot.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
během 4.-6. měsíce těhot.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslední 3 měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Sem prosím napište svou adresu, kam Vám můžeme zaslat druhý dotazník 6 měsíců po porodu. K němu bude přiložena i obálka se zpáteční adresou a známkou.

Jméno:

Ulice:

PSČ:

Město:

Tento list prosím nekládejte do přiložené obálky, abychom měli Vaši adresu k dispozici bez nutnosti otevření obálky. Po obdržení Vaší odpovědi za 6 měsíců tuto adresu zničíme a oba dotazníky budeme brát jako anonymní označené jenom pořadovým číslem.

Ještě jednou děkujeme za spolupráci.

Dotazník č. 1. Stav před těhotenstvím a porodem.

Pořadové číslo:100 /04

Zdravotní stav před porodem.

1. Unikla Vám někdy moč ? (prosím zaškrtněte příslušný čtvereček v tabulce).

	nikdy	někdy	často	vždy
Před těhotenstvím	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 1.-3. měsíce těhotenství	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 4.-6. měsíce těhotenství	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslední 3 měsíce těhotenství	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Pokud Vám unikla moč, kdy se to stalo ? (prosím zaškrtněte příslušný čtvereček v tabulce, v jednom řádku můžete označit i více odpovědí).

	při smíchu a kašli	při cvičení a námaze	při plném měchýři a silném nutkání	kdykoliv
Před těhotenstvím	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 1.-3. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 4.-6. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslední 3 měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Unikl Vám někdy obsah konečníku ? (prosím zaškrtněte příslušný čtvereček v tabulce).

	plyny		řidká stolice		formovaná stolice	
	občas	často	občas	často	občas	často
Před těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 1.-3. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 4.-6. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslední 3 měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Diskutovala jste svůj problém s udržení moči nebo stolice s lékařem

před těhotenstvím ano nev těhotenství ano ne

Pokud ano, co Vám poradil ?

Prenatální péče a příprava na porod.

5. Dítě bylo

plánované

přibližně kolik měsíců jste se snažili o otěhotnění ?

neplánované

6. Probíral s Vámi ošetřující lékař v těhotenské poradně možné problémy s únikem moči a stolice a sexuální problémy v těhotenství a po porodu ?

ano podrobně

jenom okrajově

neprobíral

7. Absolvovala jste předporodní kurzy ?

ano pravidelně

nepravidelně

neabsolvovala

Pokud ano, kolikrát jste byla cvičit ?

8. Byla jste spokojená s průběhem předporodního kurzu ?

velmi spokojená

spokojená

nespokojená

9. Byla jste spokojená s péčí lékaře v těhotenské poradně ?

velmi spokojená

spokojená

nespokojená

10. Masírovala jste si hráz před porodem ?

ano

ne

Sexuální zdraví.

11. Označte průměrnou frekvenci pohlavních styků. (prosím zaškrtněte příslušný čtvereček v tabulce).

	Žádné	maximálně 1 x týdně	2-3 x týdně	4 x týdně	skoro denně
Poslední rok před těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 1.-3. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 4.-6. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslední 3 měsíce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Z uvedeného počtu pohlavních styků jste dosahovala sexuálního uspokojení (orgasmu) ?
(prosím zaškrtněte příslušný čtvereček v tabulce).

	Nikdy	Zřídka do 30%	V polovině 40-60%	Většinou 70-80%	Téměř vždy 90%	Vždy 100%
Poslední rok před těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 1.-3. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 4.-6. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslední 3 měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Označte metodu antikoncepce, kterou jste používali jako poslední před otěhotněním.

- tabletky kondom nitroděložní tělísko spermicidní látky
 přerušovaná soulož neplodné dny jiná

14. Vyskytly se u Vás při pohlavním styku bolesti v pochvě nebo na hrázi ?

	Nikdy	Zřídka do 30%	V polovině 40-60%	Většinou 70-80%	Téměř vždy 90%	Vždy 100%
Poslední rok před těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 1.-3. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 4.-6. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslední 3 měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Vyskytl se u Vás při pohlavním styku pocit suchosti v pochvě ?

	Nikdy	Zřídka do 30%	V polovině 40-60%	Většinou 70-80%	Téměř vždy 90%	Vždy 100%
Poslední rok před těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 1.-3. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 4.-6. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslední 3 měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Vyskytly se u Vás při pohlavním styku bolesti v podbřišku ?

	Nikdy	Zřídka do 30%	V polovině 40-60%	Většinou 70-80%	Téměř vždy 90%	Vždy 100%
Poslední rok před těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 1.-3. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 4.-6. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslední 3 měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Vyskytly se u Vás po pohlavním styku bolesti v podbřišku ?

	Nikdy	Zřídka do 30%	V polovině 40-60%	Většinou 70-80%	Téměř vždy 90%
Poslední rok před těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 1.-3. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 4.-6. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslední 3 měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Označte svou spokojenost s Vaším sexuálním životem.

	Velmi spokojená	Spokojená	Méně spokojená	Spíše nespokojená	Nespokojená
Poslední rok před těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 1.-3. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Během 4.-6. měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poslední 3 měsíce těhot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Ve všeobecnosti, co si myslíte o spokojenosti Vašeho partnera se sexuálním životem poslední rok před otěhotněním?

- Velmi spokojen
- Více méně spokojen
- Ani spokojen ani nespokojen
- Více méně nespokojen
- Velice nespokojen
- Neumím posoudit

Sem můžete napsat cokoli, co se týká našeho průzkumu:

Příloha 2. dotazník č. 2

Milá maminko!

Přibližně před 6 měsíci jste porodila na naší klinice. Možná si vzpomínáte, že jste po porodu u nás vyplnila dotazník s několika otázkami ohledně Vašeho zdraví před těhotenstvím a během něj.

Nyní Vám posíláme velice podobný dotazník, jehož cílem je zjistit, jaké změny ve Vašem zdraví vyvolal Váš první porod. Údaje, které od Vás získáme, přiřadíme k podrobným údajům o průběhu Vašeho porodu, čímž dostaneme velmi cenná a zatím neprozkoumaná data o dlouhodobém vlivu průběhu prvního porodu na celkové zdraví ženy. Výsledek může změnit náš pohled na vedení porodu, eventuálně na způsob ošetřování porodního poranění.

Prosím Vás proto, abyste věnovala několika málo minut našemu dotazníku. Údaje jsou zcela anonymní.

Princip vyplnění dotazníku se nezměnil. Vyznačíte křížkem políčko, které nejvíce odpovídá skutečnosti, v některých otázkách můžete označit i více políček. Na některé otázky můžete odpovídat i slovně.

Vyplněný dotazník prosím vložte do přiložené ofrankované obálky a pošlete poštou.

Ještě jednou děkujeme za spolupráci.

MUDr. Jozef Záhumenský
Vedoucí výzkumného projektu

MUDr. Michal Krčmář
spoluautor projektu

Aktuální údaje o životním stylu.

1.Napište prosím Vaši aktuální hmotnost: kg

2.Kolikrát týdně chodíte v současné době cvičit:

- nechodím cvičit nepravidelně cvičím 1x týdně
 2-3 x týdně 4-5 x týdně skoro denně

3.Jste spokojená se svou postavou nyní ?

- spokojená více méně spokojená nespokojená

4.Za jakou dobu po porodu jste dosáhla nynější hmotnost

- hned po porodu do 6 týdnů do 3 měsíců do 6 měsíců

Celkový zdravotní stav.

5.Jak byste celkově ohodnotila Váš celkový zdravotní stav. (prosím označte jednu kolonku v každém sloupci)

	Vynikající	velmi dobrý	dobrá	uspokojivý	špatný
6 týdnů po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 měsíce po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.Porovnejte ke stavu před porodem, jak byste hodnotila Váš celkový zdravotní stav nyní?

- Výrazně lepší než před porodem
 O něco lepší než před porodem
 Asi stejný než před porodem
 O něco horší než před porodem
 Mnohem horší než před porodem

Funkce střev a měchýře.

7. Unikla Vám někdy mimovolně moč ?

	nikdy	někdy	často	vždy
6 týdnů po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 měsíce po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V současné době	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.Kdy Vám nejčastěji uniká moč ?

	při smíchu a kašli	při cvičení a námaze	při plném měchýři a silném nutkání	kdykoliv
6 týdnů po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 měsíce po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V současné době	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.Unikl Vám někdy obsah konečníku ?

	plyny		řidká stolice		formovaná stolice	
	občas	často	občas	často	občas	často
6 týdnů po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 měsíce po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V současné době	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.Nosíte vložku protože

	nikdy	někdy	často	vždy
Vám uniká moč	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vám uniká stolice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sexuální zdraví.

11.Jak dlouho se Vám hojilo šití tak, že jste se cítila zcela komfortně ?

- méně jako 2 týdny
- 3-4 týdny
- 5-6 týdnů
- do 3 měsíců
- do 6 měsíců
- šití je zhojené, ale necítím se komfortně
- šití se nezhojilo

12.Začali jste již s pohlavním životem po porodu ?

- ano začali
- ano pokusili jsme se začít
- ne nezačali, ale mám partnera
- ne nezačali, protože nemám partnera

13.Jak dlouho po porodu jste začala pohlavně žít ?

- 1-3 týdny po porodu
- 4-6 týdnů po porodu
- 7-8 týdnů po porodu
- 3 měsíce
- 4 měsíce
- 5 měsíců
- 6 měsíců

14.Kdo inicioval návrat k pohlavnímu životu ?

- Vy Partner Oba

15.Máte pocit, že to bylo

- Příliš brzy po porodu Měli jste začít dříve Přesně načas

16.Když se Vám začátek pohlavního života zdal příliš časný, nebo příliš opožděný, napište prosím proč

17. Označte průměrnou četnost pohlavních styků

	žádné	maximálně 1 týdně	2-3 týdně	4 týdně	skoro denně
První měsíc od doby, kdy jste začali pohlavně žít	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 měsíce po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V současné době	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.Uvedenou frekvenci pohlavních styků v současné době považujete za:

- málo častou dostatečnou příliš častou

19.Z uvedeného počtu pohlavních styků jste dosahovala sexuálního uspokojení (orgasmu)

	Nikdy	Zřídka do 30%	V polovině 40-60%	Většinou 70-80%	Téměř vždy 90%	Vždy 100%
První měsíc od doby, kdy jste začali pohlavně žít	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 měsíce po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V současné době	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.Uvedenou frekvenci dosažení orgasmu považujete v současné době za:

- velmi nedostatečnou nedostatečnou dostatečnou plně uspokojivou

21.Jak dlouho po porodu se Váš pohlavní život dostal do stavu podobného před otěhotněním.

- Hned od prvních pohlavních styků
 Asi po 2-3 týdnech pohlavního života
 Asi po měsíci pohlavního života
 Po 2-3 měsících pohlavního života
 Více jak po 3 měsících od začátku pohlavního života
 Stav stále nedosáhl původní kvality

22. Označte metodu antikoncepce, kterou jste použila při prvním styku po porodu
- Žádnou, nekojila jsem Žádnou ale kojila jsem Tabletky Exluton
 Jiné tabletky Injekci (Depo Provera) Kondom
 Nitroděložní tělíčko Spermicidní látky Přerušovaná soulož
 Neplodné dni Jinou

23. Označte metodu antikoncepce, kterou používáte v současné době
- Žádnou, nekojila jsem Žádnou ale kojila jsem Tabletky Exluton
 Jiné tabletky Injekci (Depo Provera) Kondom
 Nitroděložní tělíčko Spermicidní látky Přerušovaná soulož
 Neplodné dni Jinou

24. Vyskytly se u Vás při pohlavním styku bolesti v pochvě nebo na hrázi ?

	Nikdy	Zřídka do 30%	V polovině 40-60%	Většinou 70-80%	Téměř vždy 90%	Vždy 100%
První pohlavní styky po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 měsíce po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V současné době	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Vyskytl se u Vás při pohlavním styku pocit suchosti v pochvě ?

	Nikdy	Zřídka do 30%	V polovině 40-60%	Většinou 70-80%	Téměř vždy 90%	Vždy 100%
První pohlavní styky po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 měsíce po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V současné době	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Vyskytly se u Vás při pohlavním styku bolesti v podbříšku ?

	Nikdy	Zřídka do 30%	V polovině 40-60%	Většinou 70-80%	Téměř vždy 90%	Vždy 100%
První pohlavní styky po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 měsíce po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V současné době	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Vyskytly se u Vás po pohlavním styku bolesti v podbříšku ?

	Nikdy	Zřídka do 30%	V polovině 40-60%	Většinou 70-80%	Téměř vždy 90%	Vždy 100%
První pohlavní styky po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 měsíce po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V současné době	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. V porovnání se stavem před těhotenstvím, Váš sexuální život je nyní

- Častější Stejně častý Méně častý Neumím posoudit

29. Všeobecně Váš sexuální život se proti stavu před porodem
- Zlepšil Je stejný Zhoršil Neumím posoudit

30. Označte prosím svou spokojnost Vaším sexuálním životem.

	Velmi spokojená	Spokojená	Méně spokojená	Spíše nespokojená	Nespokojená
První pohlavní styky po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 měsíce po porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V současné době	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Ve všeobecnosti, co si myslíte, jak je spokojen Váš partner se sexuálním životem po porodu?

- Velmi spokojen
 Více méně spokojen
 Ani spokojen ani nespokojen
 Více méně nespokojen
 Velice nespokojen
 Neumím posoudit

32. Máte osobní zkušenosti s některým z uvedených problémů ?

	3 měsíce po porodu	V současné době
Bolesti během orgasmu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zúžení pochvy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Přílišné uvolnění pochvy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infekce pochvy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krvácení po styku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ztráta sexuální touhy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Ptal se Vás Váš ošetřující lékař na poporodní prohlídce na problémy při pohlavním styku, případně na problémy s udržení moči a stolice ?

- Ano ptal se konkrétně na jednotlivé problémy
 Ano ptal se jenom obecně
 Neptal se
 Nebyla jsem na prohlídce

Kojení.

34. V prvních šesti týdnech po porodu jste kojila?

- Ano plně Ano částečně Ne

35. 3 měsíce po porodu jste kojila ?

Ano plně

Ano částečně

Ne

36. Kojíte teď?

Ano plně

Ano částečně

Ne

37. Měla jste problémy s kojením?

Ne

Ano

Jestli ano, jaké problémy to byly?

zánět prsní žlázy

popraskané bradavky

napjatá prsa

nedostatek mléka

jiné.....

38. Chtěla byste nám ještě něco sdělit o Vašich zkušenostech po porodu dítěte?

39. Máte připomínky nebo návrhy ke zdravotnickým službám pro nové matky ?

Děkujeme za spolupráci. V případě jakýchkoliv nejasností ohledně studie, nebo jestli byste chtěla konzultaci, či vyšetření, neváhejte nás kontaktovat na tel. 26608 3233, nebo E mailem: zahumenj@fnb.cz