

Karlova Univerzita Praha  
1. lékařská fakulta

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

Autoreferát disertační práce

MUDr. Josef Záhumenský

Doktorský studijní program  
Preventivní medicína

Školitel: Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc

Praha  
2006

Karlova Univerzita Praha  
1. lékařská fakulta

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

Autoreferát disertační práce

MUDr. Jozef Záhumenský

Doktorský studijní program  
Preventivní medicína

Školitel: Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

Praha  
2006

## Úvod.

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. Tematicke sexualita 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 čas je ten dle přání a pocitů rodičky. Minimální doba abstinence je však dva týdny po porodu.

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.

## 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. 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.

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

## Výsledky.

### Výskyt močové inkontinence v graviditě.

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

Výsledky všech testů závislosti  $\chi^2$

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

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

Neprokázali jsme signifikantní podíl vyššího nárůstu hmotnosti v těhotenství na výskyt inkontinence ve třetím trimestru. 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. Málopočetná skupina žen nad 36. let je ve 3. trimestru inkontinentní ve 100%.

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

### Vliv těhotenství na sexualitu ženy

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

Frekvence pohlavních styků statisticky významně klesá v jednotlivých trimestrech těhotenství.

	doba	frekvence styků					
		žádné	max. 1 t.	2-3 t.	4 t.	denně	celk
1	před těhot.	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	0,00	0,0001		

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							
	nikdy	zřídka do 30%	napůl 40-60%	většina 70-80%	skoro vždy 90%	vždy 100%	c.	
1	před těhot.	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 orgasmu u žen, které mají pohlavní styk v průběhu těhotenství postupně klesá statisticky významně na hladině významnosti 0,0001.

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						
	velmi	spok.	méně	spíše ne	nespok	celkem	
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	0,00	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001		

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

Výskyt bolesti 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						
	nikdy	zřídka	půlka	většinou	skoro vždy	vždy	celkem
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.

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						
	nikdy	zřídka	půlka	většinou	skoro vždy	vždy	celkem
1 před těhot.	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.

Výskyt bolesti 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 bolesti v podbřišku						
	nikdy	zřídka	půlka	většinou	skoro vždy	vždy	celk.
1 před těhot.	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.

Dyspareunie před otěhotněním a před porodem jako předilekční faktor rozsahu porodního poranění

poranění	c.	dyspareunie před			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 $\chi^2$ -testu		p = 0,0001			p = 0,1745 N.S.		

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).

### 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 %). 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

časová škála	čet žen	procento
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.

#### 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 proto, že nemá partnera), 1 žena neodpověděla.

#### Doba začátku sexuálního života po porodu

časová škála	čet žen	procento	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
nemělo pohlavní styk/ neodpověděla	32	6,99	100,00

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

#### Iniciátor návratu k sexuální aktivitě

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.

#### 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.

#### Doba potřebná na dosažení původní kvality sexuálního života

časová škála	čet žen	procento	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	51	14,49	52,97
za 4-6 měsíců	43	10,21	63,18
nedosáhl původní kvality	161	38,24	100,00

#### Porovnání sexuality po spontánním porodu a po císařském řezu.

Porovnání subjektivního hodnocení hojení porodního poranění a operační rány po císařském řezu (SC),  $\chi^2 = 7,87$ ,  $p = 0,2477$

dobu hojení	2 t.	3-4 t.	5-6 t.	do 3 m.	do 6 m.	ne	není komf.	celk.
SC	44	90	97	83	15	2	38	369
ne	12%	24%	26%	22%	4%	1%	10%	
ano	5	12	19	4	3	0	4	47
c.	49	102	116	87	18	2	42	416

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

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

dobu začátku pohlavního života	1-3 t.	4-6 t.	7-8 t.	3 m.	4 m.	5 m.	6 m.	celk.
SC	9	87	184	70	17	15	5	387
ne	2%	22%	48%	18%	4%	4%	1%	
ano	5	12	23	1	0	0	0	46
c.	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.

Porovnání frekvence styků v jednotlivých obdobích po vaginálním porodu a císařském řezu

porod	žádné	max 1x t.	2-3x t.	4x t.	denně	celk.
vaginální	19	254	80	9	8	370
SC	2	33	8	2	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	200	115	12	12	372
SC	2	25	14	3	1	45

celkem	35	225	129	15	13	417
	$\chi^2 = 2,41, p = 0,6604$ N.S.					
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.					

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 frekvence pohlavních styků půl roku po porodu ženami po vaginálních porodech a po císařských řezích,  $\chi^2 = 2,03, p = 0,7302$  N.S.

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

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

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	%
vagin.	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
	$p = 0,9026$ N.S.			$p = 0,3483$ N.S.			$p = 0,0122$ x		

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,  $p = 0,01$ .

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						celk.
	ihned	2–3 t.	1 m.	2–3 m	nad 3 m	nedos	
vaginál	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).

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	%
vaginál	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 žen s bolestí 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,  $p = 0,001$ .

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	%
vagin.	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,  $p = 0,001$ .

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	%
vagin.	368	83	23	364	36	10
SC	46	14	30	46	5	11
celkem	414	97	23	410	41	10
	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.

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	celní styk po porodu						sá po porodu					
	cel.		ano		cel.		ano		cel.		ano	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
vagin.	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.

Souhrn hodnocení kvality sexuálního života po vaginálním porodu a po císařském řezu 6 měsíců po porodu,  $\chi^2 = 0,03$ , p = 0,8225 N.S.

porod	sexuální život po porodu				celkem
	lepší	stejný	horší	nevím	
vagin.	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).

Porovnání spokojenosti se sexuálním životem v jednotlivých obdobích po porodu u žen s vaginálním porodem a po císařském řezu

porod	spokojenos					
	ne	spíše ne	málo	ano	velmi	c.
vagin.	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.					
vagin.	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						
vagin.	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.					

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 %).

Výskyt bolesti 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	%	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 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	%	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 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 ho mají v 8 % případů. U žen s císařským řezem se tento pocit nevyskytuje. Pocity uvolnění pochvy při styku s narůstající dobou od porodu se statisticky významně nemění pro žádný typ porodu.

*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 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 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.		

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 významně zlepšení nepodařilo prokázat (početně menší skupina).

*Porovnání průběhu porodu u žen bez signifikantní dyspareunie 6 měsíců po porodu (n = 343) se ženami s výskytem dyspareunie minimálně v 50 % styků (n = 77)*

*Vliv Kristellerovy exprese a polohy ve 2. doby porodní na výskyt dyspareunie půl roku po porodu*

bolesti pochvy a hráze	Kristellerova exprese				cel	porodní poloha				
	žádná + slabá		silná			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 +				

Nepodařilo se prokázat, že by poporodní bolesti pochvy a hráze s Kristellerovou expresí 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 %.

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

bolesti pochvy a hráze	epiziotomie				cel	poranění hráze				
	ano		ne			3. stupeň		jiné		cel
	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 % a ženy bez bolesti jen ve 42 %. Epiziotomie je rizikový faktor pro poporodní bolesti pochvy a hráze a je 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.

*Vliv stupně atestace ošetřujícího lékaře na výskyt dyspareunie půl roku po porodu*

bolesti	atestace	celkem

pochvy a hráze	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 věku rodiček, BMI před otěhotněním, přírůstkem 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. odch.	TS t-testu	p
věk	ne	343	28,03	3,68	-1,65	0,100
	ano	77	28,75	2,49		
BMI před těhot.	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	444,11	0,24	0,812
	ano	77	3374	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 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		cel	ne		ano		cel
	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 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, císařský řez) na výskyt dyspareunie půl roku po porodu

bolesti pochvy a hráze	použití kleští				císařský řez					
	ano		ne		ano		ne		cel	
	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.				

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 s císařským řezem na sobě statisticky významně závisely.

Vliv pohlaví dítěte a obvodu hlavičky na výskyt dyspareunie půl roku po porodu

bolesti pochvy a hráze	pohlaví				obvod hlavičky					
	dívče		chlapec		cel	méně než 35 cm		35 cm a více		cel
	n	%	n	%		n	%	n	%	
ne	165	48	178	52	343	225	69	101	31	326
ano	37	48	40	52	77	51	68	24	32	75
P	0,9933 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 masáže hráze v těhotenství a bolesti pochvy při styku před otěhotněním

bolesti pochvy a hráze	masáž hráze			bolesti před otěhotněním		
	ne	ano	cel	ne	ano	cel

hráze	n	%	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. 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.

*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.

*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 bolesti jen v 21 %.

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

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

bolesti pochvy a hráze	frekvence styků po porodu								celkem
	žádné		max 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 méně často mají styk v 71 % méně než 1krát týdně, narozdíl od žen bez bolesti – 46 % s frekvencí méně než 1krát týdně.

*Subjektivní hodnocení frekvence styků*

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.

*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 %.

*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. Ženy s poporodními bolestmi je nespokojených se sexem 67 %, kdežto nespokojených žen bez bolesti je jen 25 %.

*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										cel
	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 hráze 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 %.

*Výskyt pocitu zúžení pochvy ve 2 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		cel	ano		ne		cel
	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.

*Výskyt pocitu nadměrného roztažení pochvy po porodu ve 2 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		cel	ano		ne		cel
	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				

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.

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

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

*Souhrn porodních poranění po vaginálních porodech*

kategorie	poranění	lokace	počet žen	procento žen	procenta kumulativ
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	

*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

*Doba hojení porodního poranění v 5 kategoriích poranění*

poranění	doba trvání hojení							celk
	2 t.	3-4 t.	5-6 t.	do 3 m.	do 6 m.	ne	není komf	
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

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.

*Začátek pohlavního života po porodu v 5 kategoriích poranění*

poranění	1-3 t.	4-6 t.	7-8 t.	do 3 m.	do 4 m.	do 5 m.	celkem
S1	54 %	38 31 %	55 44 %	15 12 %	3 2 %	8 6 %	124
S2	32 %	35 21 %	83 50 %	26 16 %	11 7 %	8 5 %	166
S3	12 %	10 15 %	30 46 %	17 26 %	3 5 %	4 6 %	65
S4	0 0 %	4 15 %	15 56 %	8 30 %	0 0 %	0 0 %	27
S5	0 0 %	0 0 %	1 20 %	4 80 %	0 0 %	0 0 %	5
celk.	9 2 %	87 22 %	184 48 %	70 18 %	17 4 %	20 5 %	387

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

*Frekvence pohlavních styků v jednotlivých obdobích po porodu v 5 typech porodního poranění*

poranění	frekvence styků v období prvních styků po porodu					celkem
	žádné	méně než 1x t.	2-3x t.	4x t.	denně	
S1	2 2 %	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.						

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.

*Frekvence dosahování orgasmu v jednotlivých obdobích po porodu v 5 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.

*Rozdělení souboru dle udávaných bolestí pochvy a hráze minimálně v 50 % styků ve 3 obdobích po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění*

poranění	první styk po porodu			3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	celk	ano		celk	ano		celk	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
	$p = 0,0819 +$			$p = 0,0128 x$			$p = 0,0723 +$		

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.

*Rozdělení souboru dle udávaných pocitů suchosti pochvy při styku minimálně v 50 % styků ve 3 obdobích po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění*

poranění	první styk po porodu			3 měsíce po porodu			6 měsíců po porodu		
	celk	ano		celk	ano		celk	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
	$p = 0,0406 x$			$p = 0,0173 x$			$p = 0,0954 +$		

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 kategorie S4 a S5 se statisticky významný pokles nepodařilo prokázat.

*Rozdělení souboru dle udávaných pocitů bolesti břicha při styku minimálně v 50 % styků ve 3 obdobích po porodu v jednotlivých kategoriích porodního poranění*

poranění	první styk po porodu	3 měsíce po porodu	6 měsíců po porodu
----------	----------------------	--------------------	--------------------

	celk	ano		celk	ano		celk	ano	
		n	%		n	%		n	%
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 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 5 kategoriích porodního poranění,  $\chi^2 = 7,89$ ,  $p = 0,5451$  N.S.*

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

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

*Spokojenost se sexuálním životem v období po porodu v 5 kategoriích porodního poranění*

poranění	spokojenost se sexem při prvním styku po porodu					celk
	na	spíše ne	málo	ano	velmi	
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.					
poranění	spokojenost se sexem 3 měsíce po porodu					celk
	na	spíše ne	málo	ano	velmi	
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.						
<b>spokojenost se sexem 6 měsíců po porodu</b>						
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.						

Nepodařilo se prokázat v žádném období po porodu statisticky významnou závislost hodnocení spokojenosti se sexuálním životem a typem porodního poranění. S prodlužující se dobou od porodu spokojenost pro první 4 kategorie poranění statisticky významně narostla (p = 0,05).

*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.

*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).

*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 N.S.			p = 0,4493 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.

*Pocit 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%.

*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.

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.

## Diskuse

### Demografické a porodnické údaje

Za sledované 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 novorozeneček z roku 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, [www.uzis.cz](http://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.

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 prvoroďičky s vyšším výskytem některých komplikací (preeklampsie, přenášení 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 prvoroďičky, 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 zkonstatovat 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 reálně 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 naši 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.

### **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 významný 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 moče.

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. 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. Testovali jsme věk rodiček a nenašli jsme závislost mezi výskytem inkontinence před otěhotněním a věkem rodičky. Ve třetím trimestru je významná 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. Vsolili 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.

### **Vliv těhotenství na sexualitu ženy**

Ve shodě s již publikovanými pracemi jsme prokázali plynulý pokles frekvence pohlavních styků v jednotlivých trimestrech těhotenství. 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. Dalším projevem výskytu sexuálních dysfunkcí v těhotenství je pokles orgastické schopnosti

u souložících žen. Předpokládáme podvědomý strach z ohrožení těhotenství a menší schopnost uvolnit se a naplno prožít sexuální akt. Snížená orgastická schopnost spolu se zvýšeným výskytem sexuálních dysfunkcí rezultuje s plynulým poklesem spokojenosti se sexuálním životem v jednotlivých trimestrech těhotenství. Výskyt bolestí pochvy a hráze při styku postupně narůstá od druhého trimestru. Příčinou jsou anatomické změny způsobené narůstající dělohou, zvýšené prokrvení pochvy a pánevního dna spojené se zvýšenou citlivostí a dále zvýšený výskyt mykotických infekcí v těhotenství. Podobně narůstá i výskyt pocitu nedostatečné lubrikace během pohlavního styku. Příčinou je zřejmě nedostatek psychického uvolnění a slabé sexuální vzrušení způsobené podvědomým nebo i vědomým strachem o dítě. Výskyt bolesti v podbřišku během styku v těhotenství bývá způsoben dvěma faktory – narážením do napjatého závěsného aparátu dělohy, zvláště uterosakrálních ligament, která vedou nervová vlákna uterosakrálního plexu, a druhým faktorem, zvláště na konci druhého

a ve třetím trimestru, mohou být i děložní stahy vyvolané drážděním dělohy a vyplavením oxytocinu při styku. Bolesti v podbřišku 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 byvají často přehlíženy. V této souvislosti jsme si položili otázku, zda dyspareunie před těhotenstvím a ve třetím trimestru a s ní spojené možné zúžení pochvy nevede i ke zvýšenému odporu měkkých porodních cest a k prodloužení druhé doby porodní. Tento fakt jsme v naší práci neprokázali.

### ***Vliv prvního porodu na sexualitu ženy***

Při hodnocení hojení porodního poranění jsme zjistili, že se po šestineděli necítí komfortně asi 21 % žen a 10 % z nich má problémy ještě půl roku po porodu. Tyto ženy by se neměly ztrátit 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 šestineděli 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.

Půl roku po porodu se pokusilo začít nebo už začalo pohlavní život 93 % žen. Před skončením šestinedělí začalo pohlavně žít 24 % žen. Do dvou měsíců již začne 69 % žen. Po třech měsících od porodu jich začne s pohlavní aktivitou pouze 7 %.

Ve 22 % byl iniciátorem začátku pohlavního života partner, pouze v 11 % rodička, v 67 % vycházela iniciativa od obou partnerů. 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.

Protože jedinou účinnou prevencí porodního poranění pochvy, hráze a pánevního dna je porod císařským řezem, pokusili jsme se zjistit rozdíl v sexualitě po porodu u žen po vaginálním porodu a po císařském řezu.

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. I přes tento fakt jsme zjistili, že ženy po císařském řezu začínají svůj pohlavní život po porodu statisticky významně 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.

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. 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. 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. 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. Výskyt nedostatečné lubrikace při styku není závislý na způsobu porodu, významně klesá v obou skupinách

s odstupem od porodu. Předpokládali jsme, že ženy po abdominálním porodu (císařský řez) budou mít vyšší výskyt bolestí v podbřišku 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. 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. 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.

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

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.

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).

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. Na druhé straně 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. Tuto skutečnost jsme nepotvrdili.

Testovali jsme několik kvantitativních parametrů jako věk, BMI před otěhotněním a půl roku po porodu a přírůstek hmotnosti v těhotenství, trvání jednotlivých porodních dob a hmotnost dítěte. Žádný z uvedených parametrů však neměl vliv na výskyt dyspareunie půl roku po porodu, stejně tak jako porod po termínu a augmentace porodu oxytocinem.

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. Na druhé straně relaxace měkkých porodních cest ulehčuje průchod hlavičky porodním kanálem a nižší odpor tkání vede k jejich menší traumatizaci. V naší studii jsme neprokázali vliv epidurální ani paracervikální analgezie na výskyt dyspareunie půl roku po porodu.

Naopak pozitivní vliv jsme prokázali u klešťového porodu, relativní riziko vzniku sexuální dysfunkce po porodu per forcipem je 4,22 s 95% intervalem (1,08 až 16,48). Je zde zřejmý devastující účinek nástroje na měkké tkáně porodního kanálu. Je pozoruhodné, že porod císařským řezem naopak neměl protektivní vliv na výskyt dyspareunie.

Rozměry plodu vyjádřené obvodem hlavičky a šířkou ramínek nemají vliv na výskyt dyspareunie půl roku po porodu.

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.

Masáž hráze prováděná v těhotenství nesnižuje výskyt porodního dyspareunie.

O vlivu této procedury na výskyt porodního poranění a na frekvenci dyspareunie máme velké pochybnosti. Výskyt dyspareunie před otěhotněním je rizikovým faktorem výskytu bolesti pochvy a hráze půl roku po porodu s RR = 3 a 95% intervalem spolehlivosti 1,1, až 8,19.

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 tuto 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. Přílišné zúžení pochvy zřejmě je samotnou příčinou dyspareunie.

Naopak pocit přílišného roztažení pochvy po porodu nesouvisí s výskytem porodního dyspareunie.

Souvislost porodního dyspareunie s kojením je dlouho známá. Příčinou je prolaktinem potlačená produkce estrogenů, zvýšená suchost sliznice pochvy a zvýšená křehkost sliznice vedoucí k bolesti.

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 následné po porodu. Poranění hráze a pánevního dna, event. 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.

Doba hojení porodního poranění byla dle očekávání nejdelší v 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.

V 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 výrazné rozdíly, pouze ženy s rozsáhlým poraněním pochvy do klenby začínají sexuální život signifikantně později – 80 % až 3 měsíce po porodu. U žen s rozsáhlejší 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 procenta prožívání orgasmů po porodu jsme přišli 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 hrázi 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. Nárůst v čase 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 rozsáhlejší 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 populační studie, nízkové 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.

## Závěr.

V průběhu těhotenství stoupá počet inkontinentních žen. 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 III. trimestru nechtěné úniky moči.

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.

Ženy se signifikantní dyspareunii před otěhotněním mají vyšší riziko rozsáhlého poranění poševní stěny během porodu.

10% žen půl roku po porodu se 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.

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 bolestí v podbřišku. Signifikantní rozdíly jsou jenom v čase 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.

Při porovnání souboru žen, které udávají signifikantní dyspareunii půl roku po porodu se ženami bez bolestí 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. Jako rizikový faktor výskytu dyspareunie jsme zjistili porod per forcipem, episiotomii, plánované dítě a kojení.

Při porovnání poporodního průběhu 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.

## **Urinary incontinence and sexuality during pregnancy and after the labour.**

### **Introduction.**

Broad spectrum of opinions on sexuality during pregnancy arose in the last century. Authors of the fifties and sixties stressed mostly investigation of the sexual life of partners and its influence on the evolution of foetus and on the incidence of preterm births. Later on, there came up studies concentrated on the opposite point of view, i.e. influence of pregnancy and labour on sexuality. The First Edition of Williams Obstetrics from the year 1901 says that the sexual intercourse does not influence pregnancy negatively and it is possible to practise it until "the belly of female is too large". Author did not recommend having sexual intercourse in the last months of the pregnancy because he saw severe infections in these cases. Sexuality after the delivery is not discussed in this book at all.

The Twenty-Second Edition of the same textbook from the year 2005 says that except the cases of imminent either abortion or preterm delivery there is no risk arising from the sexual intercourse. The paper of Grudzinskas et al. that proved no association between gestational age at delivery and frequency of coital activities during the last month of pregnancy is cited there. On the contrary, the task of sexuality after the delivery is well discussed in the separate chapter. Both possibilities of contraception during puerperium and the best time for the beginning of sexual activities after the delivery are discussed there. Authors conclude with the recommendation that the best time is the one that is in concordance with the wishes and feelings of a female. However, minimal recommended abstinence is two weeks after the delivery.

Prevalence of sexual dysfunctions in the relation to the course of a labour is not discussed in any of the accessible textbooks of Obstetrics. However, this is very important task for a female quality of life and her partnership. The aim of our study is to precisely describe changes in a sexual life of pregnant women and primarily to identify risk factors for increased prevalence of sexual dysfunctions six months after the delivery.

### **Materials and Methods**

All primiparas who gave birth at the Department of Obstetrics and Gynaecology of the Teaching Hospital Na Bulovce from June 13, 2004 through January 31, 2005 were included into our study.

All included primiparous females received the first questionnaire on the second day after the delivery and in the case of their cooperation and consent they received the second questionnaire by post six months after it.

The course of the labour was filled in detail in two protocols. The first protocol was filled in by the obstetrician at the Delivery Department and the second one was filled in with the data from patient's file afterwards. Questionnaires and protocols were labelled with the sign and number. After the female discharge from Hospital both protocols and filled in questionnaire were archived together with the documents of other females in intervals of 14 days. 613 females returned the first questionnaire filled in and 458 females filled in both questionnaires.

### **Results and conclusion.**

We found the statistically significant increase in the occurrence of urinary incontinence during pregnancy. We found no significant relation between prevalence of urinary incontinence during pregnancy and either BMI before pregnancy or weight gain during pregnancy. All females of age 36 and more suffered from urinary incontinence during the third trimester.

There is a decrease in frequency of sexual intercourses, a decrease in female orgasm sensation and a decrease in satisfaction with the sexual life during pregnancy. Frequency of sexual dysfunctions increases: dyspareunia, insufficient lubrication and hypogastrium pain.

Females with significant dyspareunia before pregnancy have higher risk of extensive injury to the vaginal wall during labour.

10% of women do not have full comfort of life due to birth injury six months after the labour. 24% of women start with sexual life less than six weeks after the first labour; 7% of women have no sexual intercourse six months after the delivery. 38% of females declare that the sexual life six months after the delivery is still not as high-quality as prior to pregnancy.

In the comparison of the way of labour (Caesarean section vs. vaginal delivery) we found no difference in frequency of sexual intercourses six months after the labour, in orgasm sensation, in prevalence of dyspareunia, insufficient lubrication and hypogastrium pain. There are significant differences just three months after the delivery; but there is no benefit of delivery by Caesarean section in sexuality task six months after the labour. Women delivering by Caesarean section start their sexual life slightly earlier.

In comparison of females suffering from significant dyspareunia six months after the labour to the healthy women we found no significant difference in usage of Kristeller expression, gestational age, administration of oxytocin during labour, usage of epidural analgesia, level of education of birth attendant, age of female, BMI before pregnancy and six months after the delivery, weight gain during pregnancy, size of the newborn (weight, head circumference, biacromial diameter) and practising of perineal massage. Forceps delivery, episiotomy, planned pregnancy and lactation were the only risk factors for dyspareunia.

Females with extensive birth injury to the vaginal wall had significantly longer healing process compared to the females with injury to the perineum; they had a later beginning of the sexual life, a higher prevalence of dyspareunia and a higher prevalence of insufficient lubrication six months after the delivery.