

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA
Katedra zdravotnických studií

Způsob porodu a jeho vliv na sexuální život ženy

Bakalářská práce

Autor: Jitka Vymazalová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerová

Jihlava, 2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Jitka Vymazalová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Porodní asistentka
Název práce:	Způsob porodu a jeho vliv na sexuální život ženy
Cíl práce:	Zjistit zda způsob porodu má vliv na sexuální život ženy. Zjistit rozdíl v sexuálním životě ženy po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem.


PhDr. Lenka Görnerová
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá způsobem porodu a jeho vlivem na sexuální život ženy. Zjišťuje rozdíl v sexuálním životě žen po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem. Práce se skládá ze dvou částí, z části teoretické a praktické. V teoretické části je popsán porod, porodní poranění, problematika otce u porodu a sexuální život.

V praktické části jsou uvedeny výsledky výzkumu, které vznikly pomocí anonymního dotazníku. Výsledky jsou zpracovány pomocí tabulek a grafů.

Klíčová slova:

Porod, porodní poranění, sexualita

Anotation:

Bachelor's thesis looks into childbirth and its influence to women sex life. I am trying to explore a difference in women sex life after giving birth either vaginal way or caesarean section. Thesis consist of two parts one is theoretical and the other one practical. In the theoretical part I describe childbirth, birth injuries, presence of the father at the childbirth and sex life. The practical part summarizes results of my research which were collected by anonymous questionnaire. Results were processed by charts and graphs.

Key words:

Childbirth, birth injury, sexuality

Poděkování

Především bych chtěla poděkovat PhDr. Lence Görnerové za odborné vedení mé bakalářské práce, za ochotu, připomínky a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat mateřskému centru Paleček za rozeslání dotazníku. V neposlední řadě děkuji respondentkám, které si našly čas na jeho vyplnění.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně.

Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.)

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout její licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutí licence

V Jihlavě, 2015

.....

Podpis

Obsah

Obsah.....	6
1 Úvod.....	8
1.1 Cíle výzkumu.....	9
1.2 Hypotézy.....	9
2 Teoretická část.....	10
2.1 Spontánní porod.....	10
2.1.1 Definice porodu podle WHO (World Health Organisation)	10
2.1.2 Klasifikace porodu	10
2.1.3 Dělení porodu	10
2.1.4 Spouštěcí mechanismy porodu.....	11
2.1.5 Porodní cesty	11
2.1.6 Porodní síly	12
2.2 Průběh porodu.....	12
2.2.1 První doba porodní	12
2.2.2 Druhá doba porodní.....	13
2.2.3 Třetí doba porodní	13
2.2.4 Poporodní období	14
2.3 Operační porod	14
2.3.1 Císařský řez	14
2.3.2 Porodnické kleště	15
2.3.3 Vakuumextraktor.....	15
2.4 Porodní poranění.....	16
2.5 Přítomnost otce u porodu.....	17
2.6 Sexualita ženy.....	18

2.6.1	Sexuální život	18
2.6.2	Sexualita v šestinedělí a po porodu	19
2.6.3	Fáze podle modelu Masterse a Johnsonové	20
2.6.4	Libido	21
2.6.5	Sexuální vzrušení a orgasmus	22
2.6.6	Vliv porodnických operací na ženskou sexualitu.....	22
2.7	Sexuální dysfunkce u žen	23
2.7.1	Porucha sexuální touhy	23
2.7.2	Porucha sexuálního vzrušení	24
2.7.3	Poruchy orgasmu.....	24
2.7.4	Dyspareunie.....	26
2.7.5	Vaginismus.....	26
2.8	Sexuální terapie	27
3	Praktická část.....	28
3.1	Metodika výzkumu	28
3.2	Charakteristika vzorků respondentů	28
3.3	Průběh výzkumu	28
3.4	Zpracování získaných dat	28
3.5	Výsledky výzkumu	29
3.6	Analýza hypotéz	41
3.7	Diskuze	46
3.8	Doporučení pro praxi.....	51
4	Závěr.....	52
	Seznam použité literatury	52
	Seznam grafů	56

1 Úvod

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v pramenu života“ F. Leboyer

Porod dítěte je pro ženu velkou změnou ve všech oblastech života, sexuální oblast nevyjímaje. Nejenže porod přímo zasahuje do sexuality tím, že do určité míry a na určitou dobu může poškodit pohlavní orgány, přináší také velkou změnu v uspořádání časových i hodnotových priorit.

Ženy se vzájemně v sexualitě po porodu liší, stejně jako se ženy mezi sebou liší před porodem. Některá žena může pociťovat sexuální touhu ihned po návratu z porodnice a může řešit otázky, jako zda je bezpečné provozovat sex během šestinedělí. Jinou ženu naopak během šestinedělí tyto otázky vůbec nezajímají, a nepociťuje sexuální touhu ani dlouho poté, co šestinedělí skončilo. Je třeba ženy upozornit na to, že v období po porodu se objevují častěji problémy v sexuální oblasti a že pokud se potřeba sexu znovu neobjeví a její nepřítomnost začne v páru působit napětí, bylo by nejlepší, vyhledat odbornou pomoc (Sexuologická společnost, 2015; Roztočil, 2008).

Tématem této práce je „Způsob porodu a jeho vliv na sexuální život ženy“. Toto téma jsem si vybrala, protože se o něm často nehovoří. Pro většinu žen je to tabu. Teoretická část se zabývá porodem, porodním poraněním, přítomností otců u porodu, sexuálním životem a jeho problematikou.

Praktická část je zpracovaná pomocí dotazníkového šetření. Dotazník se skládal ze 13 uzavřených otázek s tím, že 14 otázku jsem nechala otevřenou a nechala tak ženám prostor vyjádřit svůj názor. Dotazník vyplnily ženy minimálně půl roku po porodu. Výsledky jsou zpracovány a vyhodnoceny pomocí tabulek a grafů.

1.1 Cíle výzkumu

Cíl č. 1: Zjistit, zda způsob porodu má vliv na sexuální život ženy

Cíl č. 2: Zjistit, rozdíl v sexuálním životě ženy po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem

1.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že ženy po císařském řezu mají rychlejší návrat k sexuálnímu životu, než ženy po vaginálním porodu

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že ženy po vaginálním porodu pocítily více změnu v dosažení orgasmu, než ženy po císařském řezu

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že ženy po vaginálním porodu mají méně uspokojivý sexuální život, než ženy po císařském řezu

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že ženy po vaginálním porodu s porodním poraněním mají pozdější návrat k sexuálnímu životu, než ženy po vaginálním porodu bez poranění

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že přítomnost partnera u porodu ovlivnila jeho pohled na sexuální život ženy

2 Teoretická část

2.1 Spontánní porod

„Spontánním porodem rozumíme vypuzení plodového vejce z děložní dutiny porodními cestami působením porodních sil“. (Binder, 2011 str. 64).

Plodové vejce se skládá z plodu, plodových obalů, plodové vody, pupečníku a placenty. Donošený plod je poměrně velký, proto může porodními cestami projít jen za pomoci porodního mechanismu a jeho jakékoliv porušení může spontánnímu porodu zabránit (Binder, 2011).

2.1.1 Definice porodu podle WHO (World Health Organisation)

Porod je označován jako děj, při kterém dochází k vypuzení plodu z dělohy a jeho hmotnost je 500g a více, bez ohledu zda se narodí živý či mrtvý. Jako porod je označován i děj, při kterém je z dělohy vypuzen plod se známkami života, který nesplňuje hmotnostní kritérium, ale přežije déle jak 24 hodin. Vše ostatní je označeno za potrat (Binder, 2011).

2.1.2 Klasifikace porodu

Porod klasifikujeme podle ukončeného týdne těhotenství. **Předčasný porod** je takový, který dojde před ukončením 37. týdne těhotenství. K **porodu v termínu** dochází v průběhu 38. – 40. týdne těhotenství. **Potermínový porod** nastává po ukončeném 40. – 42. týdnu těhotenství. **Porod po 42. týdnu těhotenství** je označován jako patologické přenášení, kterému je nutno zamezit (Roztočil, 2008).

2.1.3 Dělení porodu

Podle průběhu dělíme porod na **samovolný** neboli spontánní, který nastoupí přirozeně a probíhá bez zásahu porodníka. **Medikamentózní** porod nastává, kdy jsou přirozené pochody modifikovány aplikací léčebných prostředků. **Indukovaný** porod je ten, který je uměle vyvolán pomocí uterokinetických preparátů. Může probíhat z lékařské

indikace, nebo z nemedicínských důvodů a to jako programovaný porod. **Operativním** porodem musí být těhotenství ukončeno nebo porod plodu urychlen z důvodu ohrožení života matky, plodu či obou. Mezi operativní porody patří i porodnické operace ve III. době porodní. **Fyziologický** porod probíhá přirozeně díky působení porodních mechanismů za pomoci personálu porodního sálu. Porod **patologický** je ten, u kterého dochází k rozvoji patologie, která musí být okamžitě řešena (Roztočil, 2008).

2.1.4 Spouštěcí mechanismy porodu

Spouštěcí mechanismy nejsou zcela objasněny, faktorů vyvolávající porod je více. Proces spouštění těchto mechanismů je postupný a trvá dny i týdny. K faktorům, které vyvolávají děložní činnost, patří progesteron, který zvyšuje aktivitu myometria. Oxytocin ovlivňující sílu a délku děložních kontrakcí. Estrogeny pomáhají stimulovat myometrální aktivitu. Fetální kortizol působí na placentu, kde stimuluje produkci estrogenů. Prostaglandiny E2, hrají důležitou roli v aktivaci myometria. Jako poslední spouštěcí mechanismus je distenze děložní stěny, která působí na svaly a nervová zakončení v oblasti vnitřní branky (Binder, 2011).

2.1.5 Porodní cesty

Porodní cesty rozdělujeme na tvrdé a měkké cesty porodní. **Tvrdé porodní cesty** tvoří kostěná pánev, její rozměry jsou prakticky stálé a za porodu se téměř nemění. Jen kostrč je mírně pohyblivá v předozadním směru v sakrokokcyálním skloubení. Vnitřní pánevní rozměry limitují velikost plodu, který může žena spontánně bez poškození porodit. Vyloučení kefalopelvického nepoměru patří mezi základní podmínkou úspěšného vaginálně vedeného porodu. **Měkké porodní cesty** tvoří dolní segment děložní, dilatované děložní hrdlo, svaly pánevního dna, pochva, poševní vchod a hráz. Elasticita měkkých porodních cest je poměrně velká a umožňuje plodu průchod porodními cestami (Binder, 2011).

2.1.6 Porodní síly

Porodní síly tvoří děložní kontrakce, břišní lis a zemská gravitace. Děložní kontrakce jsou stahy svaloviny myometria, které působí mimovolně. Mají za úkol přetáhnout dolní segment děložní přes plod a tím jej vypudit mimo rodidla ženy. Za mechanismus děložních kontrakcí se předpokládá vliv prostaglandinů a oxytocinu. Děložní kontrakce nejčastěji začíná v levém horním rohu těla děložního a šíří se k dolnímu segmentu. Během porodu sledujeme délku kontrakce, intenzitu a pravidelnost. Děložní kontrakce se skládají ze stadia incrementi, při kterém dochází ke zvýšené intenzitě stahů a stadia decrementi, kdy děložní kontrakce ustupují.

Dále mezi porodní síly patří břišní lis, který je vůlí ovladatelný a napomáhá stažení svaloviny příčně pruhovaných svalů. Dochází ke zvýšení intraabdominálního tlaku, který pomáhá k vypuzení plodu. Rodička jej využívá při kontrakci, po zajetí branky ve druhé době porodní. Jako poslední je zemská gravitace, která je nápomocná k pasivní dilataci porodních cest. Vhodnější jsou pro rodičky vertikální polohy než polohy horizontální (Roztočil, 2008).

2.2 Průběh porodu

Průběh porodu se skládá z předporodního období, které přichází o několik hodin, dnů i týdnů dříve než vlastní začátek porodu. U těhotné ženy mohou nastat nepravidelné děložní stahy až bolesti, neboli „poslíčky“ dolor praesagientes. Nemají efekt na otevírání porodních cest a tím se liší od pravých porodních kontrakcí. Před začátkem porodu může odcházet silnější hlenovitý výtok z rodidel, který známe pod pojmem hlenová zátka. Vlastní porod začíná pravidelnou kontrakční činností dělohy, kdy intenzita stahů stoupá a intervaly mezi nimi se zkracují. Průběh porodu dělíme na tři porodní doby (Binder, 2011).

2.2.1 První doba porodní

Je zvaná jako doba otevírací. Začíná nástupem pravidelných děložních kontrakcí a končí zánikem branky. Působením porodních sil dochází ke zkracování a dilataci hrdla

děložního. Účinkem porodních sil se čípek se shora zkracuje, kanál hrdla děložního postupně mizí a branky splývají v jednu porodnickou branku. Branka se kruhovitě rozšiřuje, až tvoří cirkulární lem, který když mizí, tak branka zachází. Může zde dojít k samovolnému odtoku plodové vody nebo k dirupci vaku blan, kterou provádí porodní asistentka či porodník. Během této doby porodní síla, trvání a frekvence děložních kontrakcí stoupá a koncem první doby vrcholí. Intervaly mezi kontrakcemi se pohybují okolo pěti minut. Patříčný postup zkracování děložního hrdla a otevírání branky je signálem fyziologického průběhu porodu (Binder, 2011).

2.2.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní neboli vypuzovací začíná zánikem branky dělohy a končí porodem plodu. Děložní stahy jsou silnější, pravidelnější a trvají déle. Plod je vytlačován nejen silou děložních kontrakcí, ale i spoluprací matky, která zapojuje břišní lis a tím plod vypuzuje porodními cestami ze svého těla. Pokud není dokončena vnitřní rotace hlavičky, musí se žena tlačení zdržet a kontrakce tak prodýchat. Pokud by žena začala tlačit dříve, hrozí jí poranění. Za pomoci porodních mechanismů je plod z těla matky vypuzen. Mezi porodní mechanismy patří flexe hlavičky, vnitřní rotace, deflexe hlavičky, porod ramének a porod trupu (Pařízek, 2005).

2.2.3 Třetí doba porodní

Třetí doba porodní je nazývána jako doba k lůžku. Dochází zde k porodu placenty, pupečníku, plodových obalů a retroplacentárního hematomu za pomoci retrakce myometria. Dělí se na **fázi odlučovací**, při které se děloha zmenší, je kulovitého tvaru a její fundus sahá k pupku. Objevují se děložní kontrakce, které jsou slabší než ve druhé době porodní a nazývají se kontrakce k lůžku. Ruptury uteroplacentárních cév způsobují krvácení mezi placentou a děložní stěnou. **Fáze vypuzovací** nastává, kdy žena cítí nucení na tlačení a sama nebo za pomoci porodníka placentu i s blány porodí. Po odloučení placenty nastává **fáze hemostatická**, která se podílí na hemokoagulaci a následnou trombózou cév (Roztočil, 2008).

2.2.4 Poporodní období

Poporodním obdobím rozumíme dvouhodinový interval po porodu lůžka. Je to období zvýšeného rizika, kdy je rodička ohrožena krvácením. Rodička zůstává na porodním sále pod dohledem personálu. Ten kontroluje porodní krvácení, děložní fundus a celkový stav rodičky (Binder, 2011).

Unavená, ale již šťastná maminka se s partnerem může plně věnovat svému dítěti. Může v této době na lůžku volně jíst a pít. Po uplynutí dvou hodin je žena převezena na poporodní oddělení (Pařízek, 2005).

2.3 Operační porod

Snahou porodníků i porodních asistentek je, aby žena porodila své dítě samovolně přirozenými cestami za pomoci porodních sil. Často nastanou situace během porodu, kdy je žena nebo její dítě ohroženo na zdraví. Pokud je v kterékoliv fázi porodu proveden operační výkon, označujeme porod jako operační. Mezi nejčastější operační porody patří císařský řez, klešťový porod a porod pomocí vakuumextrakcí (Pařízek, 2005).

2.3.1 Císařský řez

Císařský řez je u nás jeden z nejčastějších operačních porodů. Jde o chirurgický zákrok, při kterém je plod z dělohy vybaven dutinou břišní. Císařský řez se provádí v těhotenství, dříve než začaly děložní kontrakce nebo v průběhu porodu, po nástupu děložních kontrakcí. V obou případech se může jednat o císařský řez **neurgentní**, který je předem plánovaný, **urgentní** je neplánovaný a **akutní** císařský řez nastává, kdy je matka nebo plod ohrožen i menší časovou prodlevou na životě. Měl by se provést do 15 minut po vyslovení indikace k této operaci. Indikace císařského řezu rozdělujeme na indikace z hlediska matky, plodu a indikace smíšené. Podmínkou k provedení je živý plod a hlavička plodu, která není pevně fixovaná v malé pánvi. Nejčastěji se provádí příčným řezem nad sponou stydkou, z kosmetických důvodů. Pokud operace není komplikovaná, trvá zhruba 45 minut. Operatér nejdříve otevře břišní dutinu, sesune

močový měchýř, pronikne děložní dutinou, z které šetrně vyjme plod. Pak vyjme placentu a blány plodového vejce. Nakonec všechny operační rány sešije (Binder, 2011, Pařízek a kol., 2012; Trča, 2004).

Po císařském řezu se rodičky zotavují déle jak po spontánním porodu. Odpůrci císařských řezů poznamenávají, že při spontánním porodu vznikají přirozené vazby mezi matkou a dítětem, které mohou být touto cestou narušeny (Behinová 2012, Metody porodu)

2.3.2 Porodnické kleště

Kleště jsou nástrojem, sloužící k extrakci plodu z porodních cest maty. Patří mezi metody k operačnímu ukončení porodu vaginální cestou během druhé doby porodní. Rozeznáváme podle pánevní roviny, ze kterých je plod extrahován. Forceps vysoký (rovina pánevního vchodu), forceps střední (rovina šíře pánevní a úžiny), forceps východový (rovina pánevního východu). Vysoký forceps je v současnosti většinou nahrazen císařským řezem z důvodu vyššího rizika poškození plodu. Porodnické kleště jsou složeny ze dvou branží, které jsou uzavřeny zámkem. Jejich zakřivení je podle hlavičky plodu a podle osy porodního kanálu. Používají se čtyři typy kleští a to východové Simpsonovy kleště a kleště, které slouží k extrakci plodu z vyšších pánevních rovin – Kjellandovy, Breussovy a Shutteho kleště. K operaci může dojít, jestliže jsou splněny podmínky. Hlavička vstupující do pánve, zcela rozvinutý nález na brance, pravidelné děložní kontrakce, odteklá plodová voda a živý plod. Indikace pro klešťový porod jsou jednak ze strany matky, tak i ze strany plodu. Ze strany matky je indikace prodloužení druhé doby porodní a nevyužití břišního lisu. Ze strany plodu je hrozící hypoxie (Binder, 2011).

2.3.3 Vakuumextraktor

Je to přístroj, který se pomocí podtlaku používá pro extrakci plodu z porodních cest. K pevnému uchopení hlavičky plodu je využita sací síla vakua. Přístroj se skládá z přísavné peloty vyrobené z kovu nebo z umělé hmoty, manometru a ze zdroje podtlaku. Tvorba podtlaku je uskutečněna různými způsoby a to od ručních přístrojů

po odsávací elektrické. Podmínkou pro vakuumextrakci je živý plod, zašlá nebo dilatovaná branka ze které zbývá lem, odteklá plodová voda a vstoupilá hlavička velkým oddílem. Indikace jsou zde podobné jako u kleští (Roztočil, 2008; Doležal a kol. 2007).

2.4 Porodní poranění

Porod je spojený s možností poranění rodidel ženy. Poranění se mohou vyskytnout v celém porodním kanále, na vnitřních a zevních rodidlech i na přilehlých orgánech jako jsou močový měchýř, konečník a pánevní pletenec. Nesprávné ošetření poranění může být příčinou velkých krevních ztrát (Roztočil, 2008).

Nejčastějším poraněním je nástřih zvaný episiotomie, dále pak trhliny (ruptury) hráze, pochvy a hrdla děložního, ale také laparotomie při porodu císařským řezem.

Episiotomie

Provádí se, když se hlavička začíná objevovat v poševním vchodu a napíná přitom hráz. Porodní asistentka nebo porodník hráz chrání, ale pokud je příliš vysoká nebo křehká, nezbyvá jiné řešení než episiotomii provést. Episiotomie se provádí v době, kdy rodička intenzivně tlačí a hráz je silně napjatá. Většinou se nepoužívá místní znecitlivění, rodička její provedení obvykle nevnímá. Rozlišujeme dva typy episiotomií a to **mediolaterální**, která vede do strany a **mediální** směrem ke konečníku, je však méně častá. Mediolaterální episiotomie je nejčastější a bezpečnější, podle zvyklosti oddělení je provedena doprava či doleva.

Trhliny

vznikají samovolně, mohou postihovat hrdlo děložní, pochvu a hráz v různém rozsahu. K posouzení poranění následuje po porodu placenty vyšetření pomocí gynekologických zrcadel, kdy porodník posoudí, o jaké poranění se jedná. Tyto trhliny mohou být pouze malé a povrchové, z pohledu jejich ošetření a hojení jsou nekomplikované. Naopak některá poranění mohou být rozsáhlá a hluboko zasahující, že jejich ošetření a hojení bývá komplikované, někdy i obtížné. Nejzávažnějším poraněním, které vzniká samovolně

i po provedení episiotomie je poranění hráze, zasahující svěrač nebo stěnu konečníku. Toto poranění nazýváme rupturou III. stupně (Gregora, 2013).

Od roku 2001 byla ve Velké Británii navržena a Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) schválena nová a přehlednější klasifikace porodního poranění hráze. Tato klasifikace určuje, jaká je pravděpodobnost vzniku anální inkontinence a zároveň navrhuje operační metodu. Vzhledem k tomu, že ošetření i prognóza jednotlivých stupňů podle klasifikace RCOG je výrazně odlišná, je doporučeno přijetí této klasifikace i v České republice (Pařízek, 2012).

Klasifikace podle RCOG:

Ruptura 1 stupně - Je poškozena pouze vaginální sliznice a kůže hráze.

Ruptura 2 stupně – Jsou poškozeny svaly v oblasti hráze, ale ne anální sfinkter

Ruptura 3 stupně – Je poranění komplexu análního sfinkteru

- 3a: poškození je menší než 50% síly externího análního sfinkteru (EAS)
- 3b: poškození je větší než 50% síly EAS
- 3c: ruptura EAS a interního análního sfinkteru (IAS)

Ruptura 4 stupně – Ruptura EAS i IAS a mukóza rekta (Pařízek, 2012).

Zjištěná porodní poranění jsou znecitlivěna anestetikem a poté ošetřena. K šití se používají vstřebatelné materiály, které se za několik dní samy vstřebají nebo samy vypadnou. Při větších a rozsáhlejších poranění se ošetření řeší ve spolupráci s chirurgem pod celkovou anestezií (Gregora, 2013).

2.5 Přítomnost otce u porodu

Nastávající rodiče by tohle téma měli prodiskutovat před porodem. Neměli by být ovlivněni módními trendy a názory jiných párů. Partner by neměl být v žádném případě k porodu nucen. Naopak nemá právo žádat od partnerky svou přítomnost v intimních situacích, když sama nechce. Pokud nejsou respektována tato pravidla, může být zážitek z porodu pro oba skličující. Jestliže otec při porodu účastněn bude, měl by být

proškolen předporodní přípravou. Je důležité, aby respektoval personál na porodním sále, při nutnosti rychle reagovat by mohl být překážkou. Pro mnoho žen jsou jejich muži oporou a pomocí během porodu. Společně zvládnutý porod může prohloubit jejich vzájemný vztah. Mnoho mužů přítomných při porodu si uvědomí, že se stali otci (Pařízek, 2006).

Pokud jde o porod císařským řezem, může být partner přítomen na operačním sále. V takovém případě partner sedí na stoličce u hlavy rodičky. Je to místo, kde se nachází i anesteziolog (Trča, 2008).

2.6 Sexualita ženy

Sexuální prožívání a erotická touha se liší jak u mužů, tak u žen. Vzrušivost je odlišná intersexuálně a podléhající individuálním rozdílům. Je důležité, aby oba partneři tyto přirozené rozdíly pochopili, jinak se může stát, že budou příčinou citového ochladnutí ve vztahu a zdrojem sexuálních dysfunkcí (Ratislavová, 2008).

2.6.1 Sexuální život

Kvalita sexuálního života se nehodnotí počtem orgasmů, partnerů ani délkou soulože. Je jedním z nejintimnějších zážitků. Představy a realita se však rozcházejí, u každého jsou jiné. O ženské sexualitě se dlouho již nehovořilo, byla tabu. Žena hrála druhořadou úlohu a to uspokojení potřeb muže a úlohu reprodukce. Dnes je plno informací o sexu a zdá se, že každý ví vše a tak sexuální život neslouží pouze k plození potomků, ale také k uspokojování vlastních potřeb (Pastor, 2007).

Od období pohlavního dospívání přitahuje oba jedince pohlaví pohlavní pud. V průběhu vývoje se pohlavní pud oddělil od pudu rozmnožovacího. Zážitek ze sexuálního spojení se u člověka odehrává nejen v tělesné oblasti, ale i v oblasti citové za předpokladu kladného vztahu obou partnerů. Lásky, která vyústí z kladného a vzájemného působení obou partnerů je víc, než ukájení pohlavního pudu. Sexuální spojení je jedním z projevů lásky, přitom nelze zapomenout, že cílem pohlavního pudu je rozmnožování. Civilizace dala pohlavnímu pudu nový význam a to, že plození dětí se stává svobodným

rozhodováním. Na druhou stranu nemůže být pohlavní život zredukován na podkladě biologické potřeby sexuálního ukájení. Je v něm třeba chápat citové spojení obou partnerů, které je obohacuje a uspokojuje. Podnět k pohlavnímu spojení vychází zejména od muže, iniciativu však může projevit i žena. Při odmítání partnera by neměl iniciativní partner naléhat, neboť vynucená soulož může vyvolat rozladění párů, nebo může spadat pod všední manželské povinnosti. V manželském životě je nepostradatelné vzájemné respektování a úcta. Nevyhnutelnou přípravou pohlavního styku je milostná předehra. Nedocenění jejího významu může vést k nesouladu v sexuálním životě partnerů. Soulož po milostné předešle u ženy i u muže, probíhá ve čtyřech fázích (Macků, Čech 2002).

2.6.2 Sexualita v šestinedělí a po porodu

První tři až čtyři týdny po porodu odcházejí pochvou z dělohy očišky a hojí se případná poranění pochvy a hráze. Toto období není pro novopečenou maminku příjemné, což může být důvod pro to, aby se vyhýbala v šestinedělí pohlavnímu styku. Nejčastější důvody jsou stehy, které obtěžují, táhnou a pálí, dále také prsa, ze kterých dochází k úniku mléka. Poranění poševní stěny se hojí ve vlhkém prostředí pomaleji než na kůži a proto málokterá žena, krátce po porodu má chuť na sex. Se sexuálním životem je vhodné začít až po gynekologickém vyšetření po šestinedělí, kdy lékař zkontroluje zahojení porodních poranění, zavnutí dělohy a zároveň doporučí vhodný druh antikoncepce. I při kojení, může žena otěhotnět. Sexuální touha ženy po porodu může být nižší, než dříve. Příčinou sníženého zájmu může být zvýšená fyzická, i psychická únava způsobená péčí o dítě, nedostatek spánku, nebo strach z bolesti při pohlavním styku (Chmel, 2008).

Schopnost orgasmu se obnovuje po skončení šestinedělí. První sexuální styky po porodu jsou často problematické a doprovází je bolest. *„Sexuální apetence i reaktivita je po porodu snižena, schopnost dosažení orgasmu je menší. Příčiny spočívají jak v hormonálních změnách organismu, tak ve vyčerpání péči o kojence. U matek půl roku po porodu (bez ohledu na kojení) je pozorován pokles libida, orgasmu i frekvence sexuálních aktivit“* (Weiss, 2007 str. 302).

Některé ženy mají strach, že se nebudou svému partnerovi po porodu líbit. Každá žena by měla vědět, že normalizace sexuálního života po porodu trvá individuálně dlouho, někdy i několik měsíců. V době šestinedělí je snížen objem produkovaného poševního sekretu, za který je zodpovědný hormon estrogen. Při nedostatečném zvlhčení pochvy, může žena použít lubrikační gel či krém, které zakoupí v jakékoliv lékárně (Chmel, 2008).

Porod ovlivní sexuální život ženy vždy. Není to pouze v oblasti tělesné a není to pokaždé k horšímu. Mnoho žen vnímá sex po porodu lépe, více se vzruší a jejich zážitky jsou mnohem intenzivnější. S narozením potomka se změní životní priority. Žena si zvyká na roli matky a vyrovnává se se změnami vlastního těla. K partnerovi se chová jinak, stejně jako on k ní. Proto je potřeba vzájemné tolerance obou partnerů a pochopení (Pastor, 2007).

2.6.3 Fáze podle modelu Masterse a Johnsonové

Fáze sexuálního vzrušení (existace) znamená, že psychické změny u žen vedou k sexuálnímu vzrušení a jsou doprovázeny mnoha somatickými změnami. Mezi tyto změny patří prosáknutí genitálu, zvýšená lubrikace v poševním vchodu, napnutí prsou a erekce bradavek, zvýšená citlivost kůže, změny srdeční činnosti (tachykardie), zvýšení krevního tlaku, svalového tonusu, dechové frekvence, zvlhčení kůže a návaly tepla v oblasti hrudníku a obličeje, které je vyvolané vazodilatací. S probíhající sexuální stimulací je aktivována mozková činnost, která ovlivňuje genitální sexuální reakce. Během vzrušení se pochva prodlužuje a rozšiřuje a děloha se vysunuje do malé pánve. Malé stydké pysky dosahují tmavě rudé barvy a dolní třetina v pochvě se ztlušťuje. Klitoris se zvětšuje a směřuje směrem k symfýze.

Fáze plateau dochází zde ke zduření malých pysků a klitorisu. Před orgasmem se klitoris dostává ze své stálé polohy před přední okraj symfýzy, a je tedy lépe přístupný pohybům penisu. Bartholiniho velké vestibulární žlázy nepřispívají výrazně k lubrikaci poševního vchodu a pochvy. Hrají zde hlavní roli malé vestibulární žlázy.

Orgasmus (fáze vyvrcholení) je definován jako nejintenzivnější a nejpříjemnější sexuální zážitek. Je vyvolán stahem příčně pruhovaného svalstva a uvolňování sexuálního pohlavního napětí, které vzniká v průběhu pohlavního styku. Projevuje se rytmickými kontrakcemi svalů, které obklopují pochvu a konečník. Mnoho žen může pociťovat v průběhu orgasmu děložní kontrakce. Stahy děložní svaloviny probíhají z děložního fundu do dolního segmentu. Reakce vyvolávají kontrakce svalových skupin v celé oblasti male pánve. Při průměrné sexuální reaktivitě ženy dochází průměrně k deseti stahům, přičemž prvních pět bývá nejintenzivnější. Většina žen dosáhne snadněji orgasmu stimulací klitorisu. Intenzivnější kontakt s klitorisem je vyvolán přímým tlakem na kost stydkou. Při orgasmu dochází ke změnám na pohlavních orgánech i v celém organismu. Probíhají zde reakce somatické i psychické. Nastupuje zde hyperventilace, zvýšení krevního tlaku, zčervenání kůže na krku a hrudníku. Dochází k erekci prsních bradavek a následně zvětšení prsů o čtvrtinu z důvodu prokrvení. Stimulací prsou, klitorisu a polibky během pohlavního styku usnadňují vyvolání orgasmu u žen. Existují ženy, které dosahují orgasmů opakovaně v krátkém časovém intervalu jednoho pohlavního styku (Roztočil 2008).

Fáze uvolnění je pozvolná a trvá déle než u mužů. Některé ženy jsou z této fáze schopné při opětovném sexuálním dráždění, vrátit k dalšímu orgasmu. Dochází zde k náhlému uvolnění a pohody. Ustupuje výrazné prokrvení v oblasti genitálu. Ostatní změny vzniklé v předchozích stádiích styků ustupují pomaleji. Změny mimo oblast genitálu se vrací do původního stavu v období 5-10 minut (Pastor, 2007; Roztočil, 2008).

2.6.4 Libido

Libido je sexuální touha vedoucí k realizaci pohlavního styku. Může být vyvoláno vnitřními faktory, jako jsou fantazie, vzpomínky, pocity vzrušení a faktory vnějšími, kterými jsou chování a vlastnosti partnera (Roztočil, 2008).

Muži, pokud nejsou ve stresu nebo v depresi, mají většinou chuť na sex kdykoliv a reagují i na nepatrný podnět. Ženy většinou k navození sexuální touhy potřebují delší dobu, příhodnou chvíli, atmosféru, spokojenost se sebou i s partnerem a jiné. Touží

po intimítě, dotecích, mazlení a pozornosti partnera. Touha ženy po pohlavním styku se zráním vztahu většinou klesá a tak může dojít ke zklamání páru v rozdílných potřebách (Ratislavová, 2008).

2.6.5 Sexuální vzrušení a orgasmus

Sexuální vzrušení je spojeno se zvýšeným prokrvením pohlavních orgánů. U mužů se projevuje erekcí, u žen zvlhčením sliznice pochvy a erekce bradavek (Orel, 2010).

K sexuálnímu vzrušení a dosažení orgasmu muže dochází snadněji, než u ženy u které je celý průběh pomalejší a ovlivněný emocionální shodou, dotyky a slovy. Muž reaguje převážně na vizuální erotické podněty, naopak žena tyto podněty přijímá pomaleji a méně ji vzrušují. K synchronnímu průběhu pohlavního aktu nedochází zpravidla spontánně, je zde potřeba souhra partnerů. Prožívání orgasmu u žen je proměnlivé, závislé na situaci a na postoji k partnerovi. Žena může být uspokojená i ze sexu bez dosažení orgasmu (Ratislavová, 2008).

Často se setkáváme s klasifikací ženského orgasmu podle různých vlastností. Nejčastěji podle místa, ze kterého je vyvoláván. V nejjednodušším případě rozlišujeme nejčastěji orgasmus na **klitoridální, vaginální, uterinní a smíšený**. Dále podle intenzity prožitku dělíme orgasmus na **velký a malý**. Malý orgasmus není následován uvolněním a refrakterní fází. Velký orgasmus tyto vlastnosti má. Není při tom rozhodující, ze kterého místa byl orgasmus vybaven. Jako hlavní oblast pro senzorickou část orgastického reflex bývá zmiňován bod G, který se nachází na přední stěně pochvy. Jehož název je po známém gynekologovi Grafenbergovi. Jiné ženy nacházejí tuto oblast spíše v hloubce pochvy na děložním krčku (Weiss, 2007).

2.6.6 Vliv porodnických operací na ženskou sexualitu

Episiotomie, která je nejčastější porodnickou operací bývá zřídka příčinou vážných dyspareunií. Jako prevence eventuálních porodních poranění a sexuálních dysfunkcí se provádí episiotomie. Ta má zabránit případnému porodnímu poranění či jeho komplikacím s následnými sexuologickými konsekvencemi. Sutura provedené

episiotomie s hladkými okraji se hojí lépe a s menším procentem komplikací než jiné rozsáhlé porodní poranění. Sexuální problémy u vaginálních porodnických operací jako jsou forceps a vakuumextrakce jsou nejčastěji dyspareunie, vaginismus, bolest v jizvě a inkontinence moči. Mezi nejčastější sexuální problémy u císařského řezu patří bolesti v podbřišku, v jizvě a dyspareunie. Poruchy touhy, vzrušení, orgasmu a vaginismus mohou být přítomny jak po porodu císařským řezem, tak i po porodu vaginálním (Weiss, 2007).

2.7 Sexuální dysfunkce u žen

Ženské sexuální poruchy můžeme řadit do několika kategorií. Rozlišujeme poruchy sexuální touhy, problémy spojené se vzrušením, orgasmem, bolesti či nepříjemné pocity při styku. Kontrakce poševních svalů neumožňující zasunutí penisu do vaginy označujeme jako vaginismus. Potíže bývají izolované, nebo se mohou různě kombinovat. Mohou mít jednu nebo více příčin a jejich léčba není rychlá, ani jednoduchá. Jinak se ovlivňuje sexuální touha, orgasmus nebo bolest působící při sexu. U mužů je léčba jednodušší, jejich sexualita je zaměřena na jejich genitál, na erekci a ejakulaci. Ženské prožitky jsou doprovázené emocí, city a reakce genitálu nemusí být vždy to nejdůležitější. Řešení vyžaduje individuální přístup obou partnerů. Ženské dysfunkce jde rychle, efektivně a trvale řešit pouze výjimečně. Většinou je to interpersonálně složité, vyžadující plno času, efekt přichází pomalu a záruka trvalého úspěchu není bohužel vždy velká (Pastor, 2007).

2.7.1 Porucha sexuální touhy

O poruchu sexuální touhy se jedná, jestliže chybí sexuální zájem, neexistuje sexuální fantazie či myšlenky, nebo je ztracena chuť na sexuální aktivitu. Důvody nebo podněty k pokusu o sexuální vzrušení jsou zcela minimální, nebo nejsou žádné. Aby mohla být tato charakteristika považována za dysfunkci, musí být pro ženu zdrojem potíží. Pouhá absence touhy hned neznamená, že se jedná o dysfunkci. Poruchu sexuálního zájmu rozlišujeme od přirozeného poklesu pohlavní touhy, ke kterému dochází během vztahu s jedním partnerem. Ve většině případů se jedná o multifaktoriální příčiny, které se

kombinují s různými dysfunkcemi, jako jsou nízká úroveň vzrušení nebo dysfunkční orgasmus. Častou příčinou může být i depresivní stav, který může probíhat larvovaně. Někdy může být nízký sexuální zájem projevem obecného emotivního nesouladu, aniž by znamenalo přímo sexuální dysfunkci. Léčba je řízena předpokládanou etiologií. Vždy se pátrá po příčině a snaží se ji odstranit. Důležité je, aby se žena nevyhýbala pohlavnímu styku s partnerem (Turčan, 2012; Weiss, 2007).

2.7.2 Porucha sexuálního vzrušení

Je označována jako nedostatečné prožívání slasti. Jde o poměrně častou dysfunkci, která se může vyskytnout ve všech věkových kategoriích. Žena má problémy s dosažením a udržení dostatečné lubrikace pochvy v průběhu pohlavního styku. Vlastní sídlo poruchy je nicméně centrální, protože chybí dostatečný prožitek pohlavního vzrušení. V klinickém posouzení snížené či chybějící vzrušivosti je důležité hodnocení veškerého sexuálního chování i toho, které se odehrává v partnerských stycích. Hlavní praktický problém těchto žen je nedostatečné uvolnění pochvy a suchost poševní sliznice. Pohlavním styk se stává obtížným a obvykle způsobuje dyspareunii. Nedostatečná lubrikace, a tedy selhání vzrušivosti může být způsobena jak menopauzou, tak dlouhým a intenzivním kojením. Terapie spočívá především v psychoterapii ve snaze odstranit rušivé faktory. Cílená psychoterapie spočívá ve snaze vést bezkonfliktní prožívání sexuality jako pozitivní partnerské hodnoty. Hlavním problémem je mnohdy strach z nežádoucího otěhotnění. Vhodný výběr antikoncepce může tento stav zlepšit. Důležitou cestou k sexuálnímu vzrušení jsou sexuální sny a fantazie, též jako autoerotika. V párové terapii se dbá na to, aby dvojice docenila nekoitální formy erotické interakce a aby příliš nespoležali na pohlavní styk jako na jediný zdroj sexuálního vzrušení (Weiss, 2007).

2.7.3 Poruchy orgasmu

Ženský sexuální prožitek hodnotíme komplexně v celkovém rámci cyklu sexuální aktivity ženy. Za patognomickou jednotku považujeme pouze dysfunkční orgasmus, který definujeme jako stav, kdy přes vysoký subjektivní pocit vzrušení k orgasmu

nedojde či je snižená intenzita jeho vjemu. Vyvrcholení může být opožděno i při jakémkoliv druhu stimulace. I přes vysoký stupeň vzrušení k orgasmu nedochází. Dosáhne-li žena při sexu přiměřeného a adekvátního pocitu vzrušení a uspokojení, i přesto, že orgasmus neprožije, nehodnotíme tento stav jako sexuální poruchu (Turčan, 2012).

Pocitové vyvrcholení se dostavuje méně často a ne vždy. Jeho dosažení bývá spojeno se specifickými podněty, kvalitou partnerského vztahu nebo se subjektivním vyladění partnerky. Téměř desetina žen zůstává bez prožitého orgasmu po celý život. Nejméně třetina žen prožívá orgasmus jen někdy, za určitých podmínek. Potíže s dosažením orgasmu nemusí být vždy chápány jako sexuální dysfunkce, protože by byla dysfunkční označována více jak třetina žen. Řada poruch pocitového vyvrcholení je získanou vlastností. Typickým příkladem takové poruchy jsou mladé matky po porodu, u kterých může nastat problém s orgasmem. Důvodem jsou zde jak změněné anatomické poměry rodidel, tak pochopitelný stres při změně sociální situace z vyšších nároků na adaptační funkce. Orgasmus je především citový stav, tedy centrální funkce. O jeho prožitkové kvalitě však do značné míry rozhodují tělesné projevy, především záškuby a křečovitě stahy svalů pánevního dna. Zatímco citová hnutí je obtížné nikterak trénovat, stahy pánevního svalstva mohou být vhodným nácvikem posilovány cvičením svalů pánevního dna (Sexuologická společnost, 2015).

Do léčby poruch orgasmu patří nejen cvičení a posilování svalstva pánevního dna, ale i autoerotické a nekoitální dráždění pohlavních orgánů. Nácviky stahů svalstva pánevního dna se nazývají podle amerického gynekologa Arnolda Kegela jako Kegelovy cviky. Jde o nacvičování zadržení pohlavního údu v pochvě při pohlavním styku. Klasický nácvik provádí žena při močení. Opakovaně přerušuje proud moče stahy svalů pánevního dna. Cvičit by žena měla též v klidu a bez močení. Stah poševního vchodu a jeho uvolnění je třeba opakovat v jednom několikaminutovém cyklu asi 50x. Doporučuje se opakovat nácviky minimálně 3x denně. Hlavní místo v léčbě má i psychoterapie, jejichž hlavním cílem je posilování pozitivního vztahu pacientky k sexuálnímu životu v nejširším slova smyslu. Experimentování s masturbací a nekoitálním sexem bývá velmi prospěšné (Weiss, 2007).

2.7.4 Dyspareunie

Dyspareunie je definována jako bolestivé vnímání pohlavního styku. Jedná se o jednu z nejčastějších sexuálních dysfunkcí, se kterou se gynekolog setkává. V průběhu života se dyspareunie objeví zhruba u dvou třetin žen (Roztočil, 2008).

Příčiny dyspareunie mohou být fyzické i psychické. Mezi fyzické příčiny patří nedostatečná lubrikace, porodní poranění, infekce pochvy a zevního genitálu, kožní onemocnění, alergické reakce a vaginismus. Do psychických příčin patří reakce na stres, zvýšené napětí svalů pánevního dna a obecně stresové situace v partnerském vztahu (www.tehotenstviaz.cz, 2010).

Poškození perinea způsobují postnatální změny sexuálních funkcí, proto je třeba dbát na jejich ošetření, které je zároveň prevencí dyspareunie. Podmínkou je vždy co nejlepší rekonstrukce pánevního dna. Výhodou je vždy minimální množství šicího materiálu na maximálně možný efekt chirurgického zákroku. Z kožních stehů vychází s největším prospěchem pro snížení dyspareunie steh intradermální. Terapie poporodní dyspareunie je jak kontrola dostatečného porodního poranění, tak rehabilitace pánevního dna, farmakoterapie, léčba interkurentních infekcí a psychoterapeutická podpora páru či alespoň postižené ženy (Mander, 2014; Weiss, 2007).

2.7.5 Vaginismus

Je definován jako sexuální dysfunkce, která je charakterizována přetrvávajícími mimovolnými stahy svalstva poševního vchodu, při pohlavním styku. Nejen při pohlavním styku, ale i při jakémkoli pokusu o penetraci do pochvy, může k vaginismu docházet. Projevuje se prstýnkovitými spasmy pochvy při pokusech o její dilataci. Jakákoli dilatace poševního vchodu je výrazně bolestivá. Pacientky často reagují bolestivými a obranými gesty již při pouhém naznačení penetrace. K typickým stahům pochvy se někdy přidávají též odmítavé reakce k pohlavnímu styku až neochota a odpor ke každému doteku na genitálu. Terapie vaginismu spočívá v psychoterapii, a také v postupné a trpělivé dilataci zmíněných vaginálních spasmů. Po počáteční dilataci prsty se nasazuje menší poševní vibrátor. V této fázi lze již pokračovat v léčbě

sexoterapeutickými nácviky. V podpůrné terapii může být doporučeno lokální anestetikum (Goldstein, 2006; Weiss, 2007).

2.8 Sexuální terapie

Jako sexuální terapie se označuje současná systematická párová psychoterapie sexuálních dysfunkcí. Je založena na souboru standardních na sebe navazujících domácích cvičení pro partnerskou dvojici, které jsou vypracované a ověřené v USA Mastersem a Johnsonovou a dále rozvinuté zejména Kaplanovou. Terapeut poskytuje v konzultacích postupně systematické pokyny a kontroluje jejich úspěšné plnění i případné objevující se problémy, podle nichž pak individuálně přizpůsobuje další postup. Terapie vyžaduje motivaci obou partnerů a patřičnou spolupráci. Účinná je terapie u poruchy orgasmu a vaginismu a nejméně účinná je u chybění pohlavní touhy. Mohou ji brzdit závažnější problémy ve vztahu partnerů a v jejich komunikaci, které vyžadují předběžné terapeutické zvládnutí, ideálně techniky manželské terapie. Cvičení by mělo probíhat v příjemné uvolněné atmosféře, v níž se nevyžaduje žádný výkon a v níž se počítá s neúspěchy, jako jsou rozplynutí erekce či nedostavení se orgasmu u žen, jako se zákonitou součástí nácviku. Jedním z úkolů terapeuta je, aby pomáhal takovou atmosféru zajistit a udržet tím, že při konzultacích podporuje oba partnery v pozitivní komunikaci, komentuje výsledky a přizpůsobuje zadané úkoly v průběhu nácviků (Weiss, 2007; Kratochvíl, 2008).

3 Praktická část

3.1 Metodika výzkumu

V praktické části bakalářské práce jsem použila kvantitativní výzkum pomocí dotazníku, který byl vytvořen na základě cílů a hypotéz. Skládá se ze 14 otázek, které jsou převážně uzavřené. Poslední otázku jsem nechala otevřenou a dala prostor ženám, aby se volně vyjádřily k tématu. Dotazník byl anonymní a jeho údaje jsou využity pouze ke zpracování výzkumné části bakalářské práce.

3.2 Charakteristika vzorků respondentů

Dotazníkové šetření probíhalo prostřednictvím internetu. Oslovila jsem ženy, které jsou minimálně 6 měsíců po vaginálním porodu nebo po porodu císařským řezem. Počet respondentek je 120, z toho 60 z nich je po vaginálním porodu a zbylých 60 po porodu císařským řezem. Všechny ženy mi dotazník ochotně vyplnily. Dotazníky byly rozeslány ženám, pomocí mateřského centra Paleček Blansko.

3.3 Průběh výzkumu

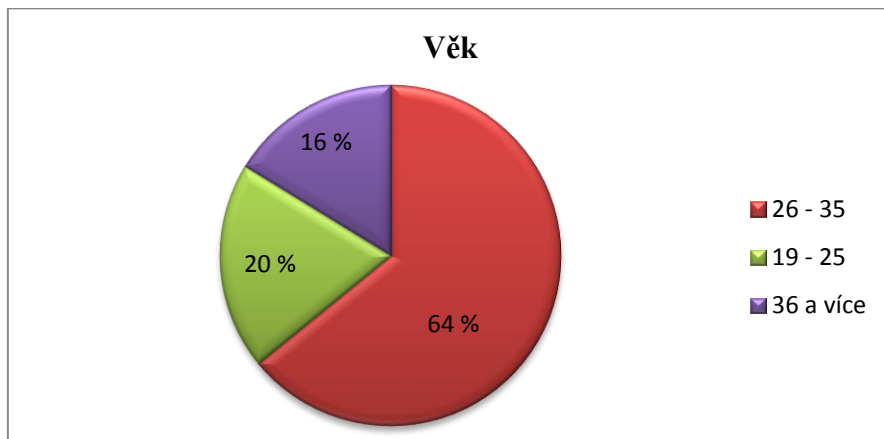
Výzkumné šetření probíhalo v období leden – březen 2015. Celkem bylo rozesláno 150 dotazníků, zpět bylo vráceno 120. Návratnost činila 80 %.

3.4 Zpracování získaných dat

Praktická část je zpracována pomocí programu Microsoft Word a Microsoft Excel. Výsledky výzkumu jsou znázorněny v grafech a v tabulkách, s komentářem.

3.5 Výsledky výzkumu

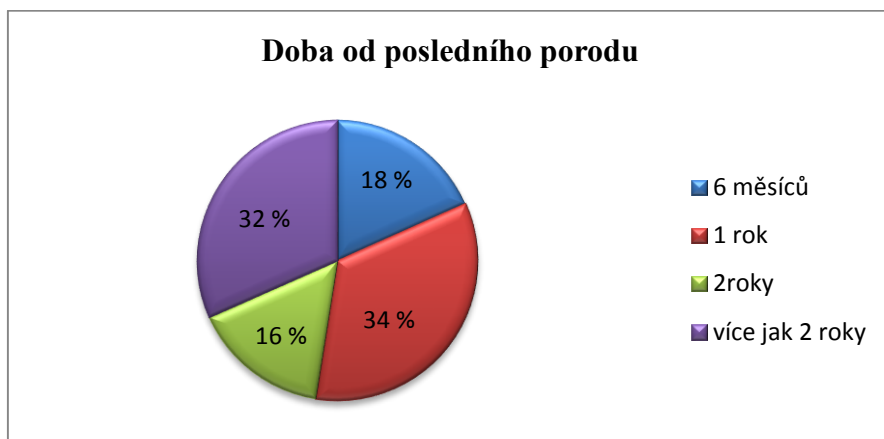
Otázka č. 1: *Váš věk?*



Graf 1: Věk

Ze 120 žen (100 %) byla většina ve věku 26-35 let, a to 78 žen (64 %). Ve věku 19–25 odpovídalo 23 žen (20 %). A 36 a více bylo 19 ženám (16 %).

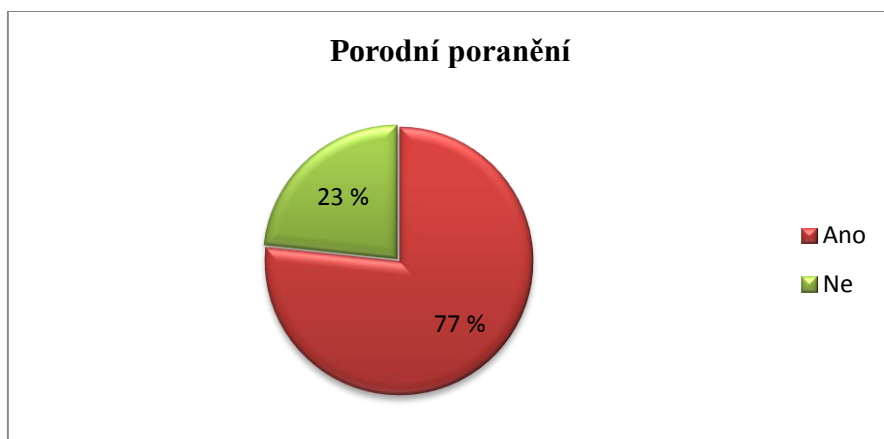
Otázka č. 2: *Jak dlouhá doba uplynula po Vašem posledním porodu?*



Graf 2: Doba od posledního porodu

Ze 120 žen (100 %) odpovědělo, že 41 žen (34 %) je 1 rok po porodu, dále 38 žen (32 %) je více jak 2 roky po porodu, 22 žen (18 %) je 6 měsíců po porodu a 2 roky po porodu je 19 žen (16 %).

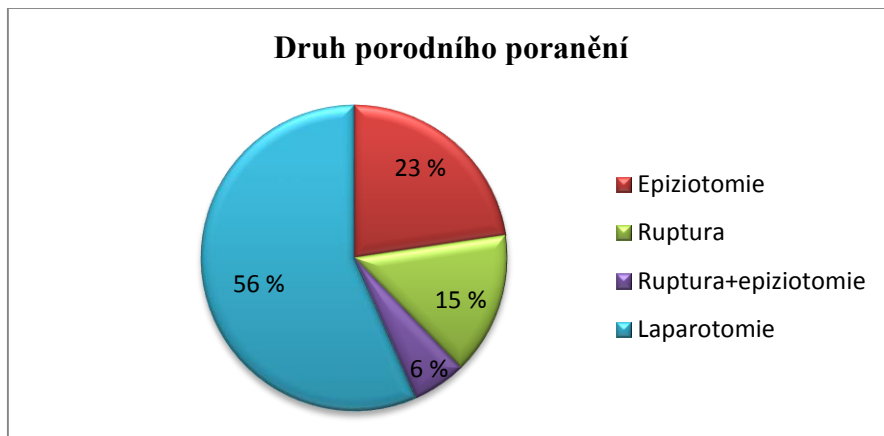
Otázka č. 3: Měla jste porodní poranění?



Graf 3: Porodní poranění

Z 60 tázaných žen (100 %) po vaginálním porodu mělo porodní poranění 46 žen (77 %), zbylých 14 žen (23 %) nemělo porodní poranění žádné. Dále u ostatních 60 žen (100 %) po císařském řezu bylo porodní poranění 100 %.

Pokud ano, označte jaké



Graf 4: Druh porodního poranění

Dále jsem se zeptala žen, které odpověděly ano, jaké porodní poranění měly. Z grafu vyplývá, že ze 106 žen (100 %), které uvedlo porodní poranění jich 60 (56 %) označilo laparotomii, dále 24 žen (23 %) označilo epiziotomii, 16 žen (15 %) označilo rupturu a 6 žen (6 %) uvedlo jako porodní poranění rupturu i s epiziotomií.

Otázka č. 4: *Byl Váš partner přítomen u porodu?*



Graf 5: Partner u vaginálního porodu

Z 60 počtu žen (100 %) odpovědělo 55 (92 %) že ano, partner u porodu přítomen byl. A u 5 žen (8 %) u porodu nebyl partner přítomen.



Graf 6: Partner u císařského řezu

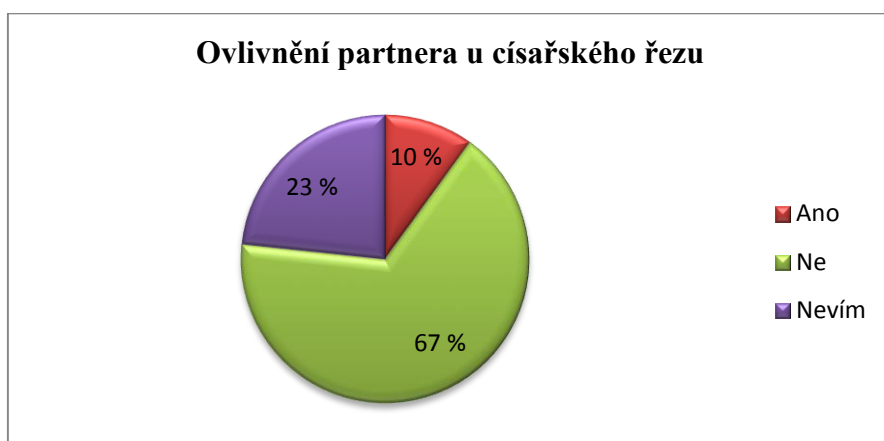
Z 60 počtu žen (100 %) odpovědělo 30 žen (53 %), že jejich partner byl přítomen u císařského řezu. Ostatních 27 žen (47 %) účast partnera u císařského řezu nepotvrdily.

Pokud ano, myslíte si, že porod ovlivnil jeho pohled na Váš sexuální život?



Graf 7: Ovlivnění partnera u vaginálního porodu

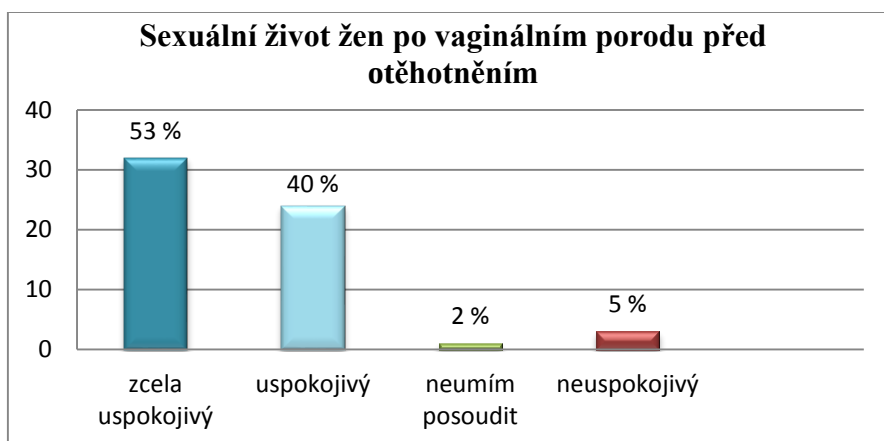
Z 55 žen (100 %), které uvedlo přítomnost partnera u porodu, jich odpovídělo 47 (85 %) ne. Odpověď nevím označilo 7 žen (13 %) a pouze 1 žena (2 %) odpověděla ano.



Graf 8: Ovlivnění partnera u císařského řezu

Z 30 žen (100 %), které uvedlo přítomnost partnera u porodu, jich odpovídělo 20 (67 %) ne. Odpověď nevím označilo 7 žen (23 %) a 3 ženy (10 %) odpověděly, že ano.

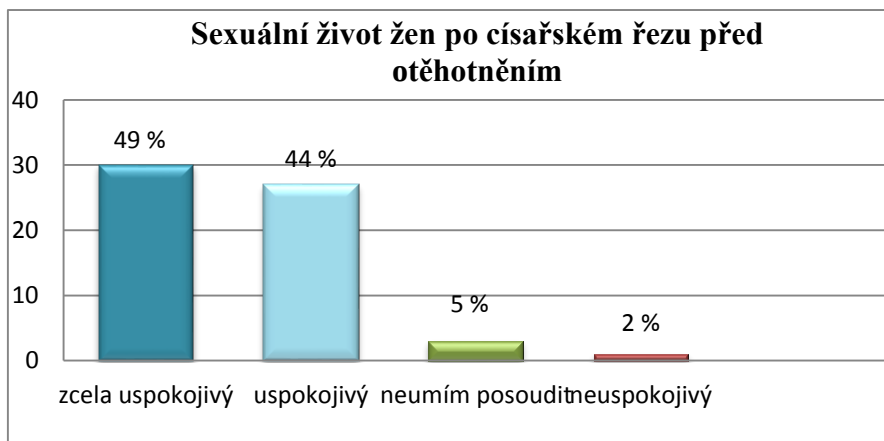
Otázka č. 6: Jaký byl Váš sexuální život před otěhotněním?



Graf 9: Sexuální život žen po vaginálním porodu před otěhotněním

Z grafu vyplývá, že z 60 žen (100 %) odpovědělo 32 žen (53 %), že jejich sexuální život byl zcela uspokojivý, dále 24 žen (40 %) odpovědělo uspokojivý, 3 ženy (5 %) mělo sexuální život neuspokojivý a 1 žena (2 %) tuto otázku neuměla posoudit.

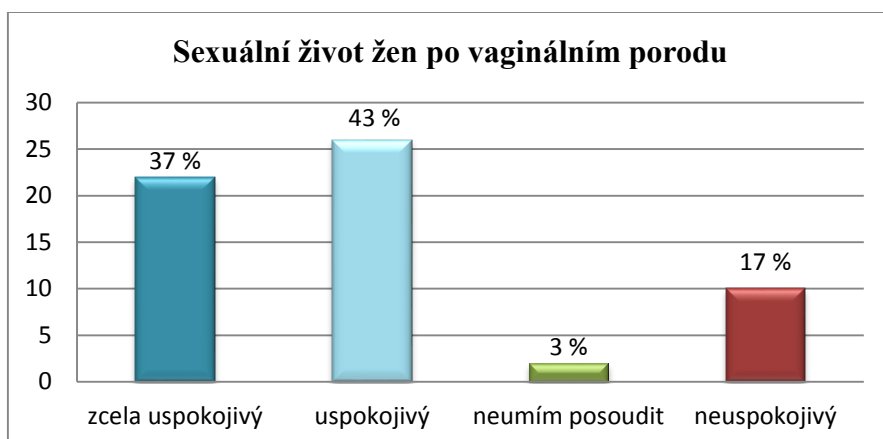
Otázka č. 6: Jaký byl Váš sexuální život před otěhotněním?



Graf 10: Sexuální život žen po císařském řezu před otěhotněním

Z 60 žen (100 %) jich odpovědělo 30 (49 %), že jejich sexuální život byl zcela uspokojivý, dále 27 žen (44 %) označilo odpověď uspokojivý, 2 ženy (5 %) neuměly svůj sexuální život posoudit a pouze 1 žena (2 %) měla svůj sexuální život neuspokojivý.

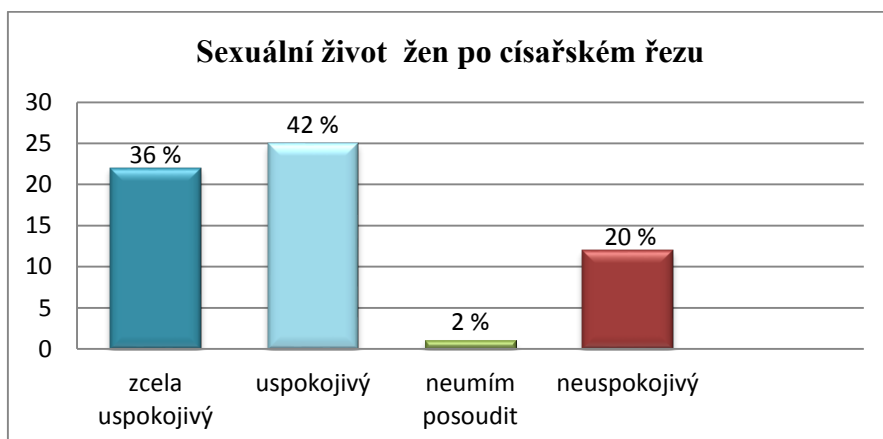
Otázka č. 7: Jaký je Váš sexuální život nyní (po porodu)?



Graf 11: Sexuální život žen po vaginálním porodu

Z grafu vyplývá, že 26 žen (43 %) označilo, že jejich sexuální život po porodu je uspokojivý. Dalších 22 žen (37 %) uvedlo svůj sexuální život jako zcela uspokojivý. Neuspokojivý uvedlo 10 žen (17 %) a pouze 2 ženy (3 %) neumí svůj sexuální život posoudit.

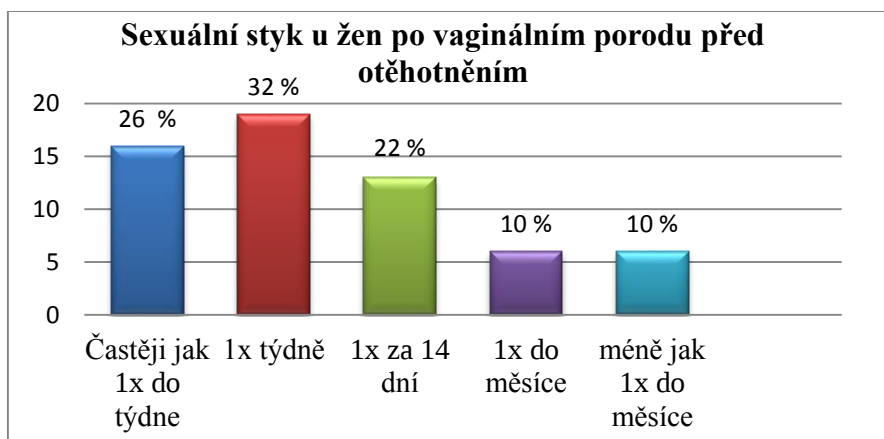
Otázka č. 7: Jaký je Váš sexuální život nyní (po porodu)?



Graf 12: Sexuální život žen po císařském řezu

Z grafu vyplývá, že 25 žen (42 %) odpovědělo, že jejich sexuální život po porodu byl uspokojivý, dalších 22 žen (36 %) jej uvedlo za zcela uspokojivý, odpověď neuspokojivý označilo 12 žen (20 %) a 1 žena (2 %) uvedla, že svůj sexuální život neumí posoudit.

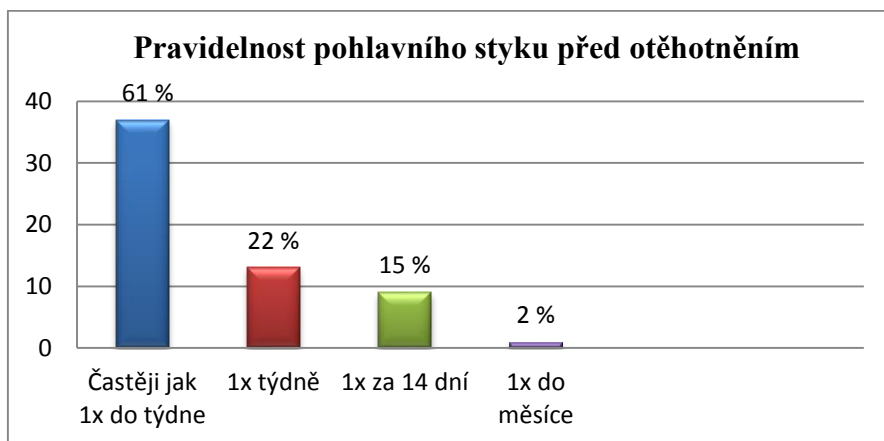
Otázka č. 8: *Jaká byla pravidelnost Vašeho pohlavního styku před otěhotněním?*



Graf 13: Sexuální styk u žen po vaginálním porodu před otěhotněním

Z grafu vyplývá, že odpověď 1x týdně označilo 19 žen (32 %), častěji jak 1x do týdne označilo 16 žen (26 %), odpověď 1x za 14 dní zvolilo 13 žen (22 %), 1x do měsíce označilo 6 žen (10 %) stejně tak u odpovědi méně jak 1x do měsíce, kterou zvolilo stejný počet a to 6 žen (10 %).

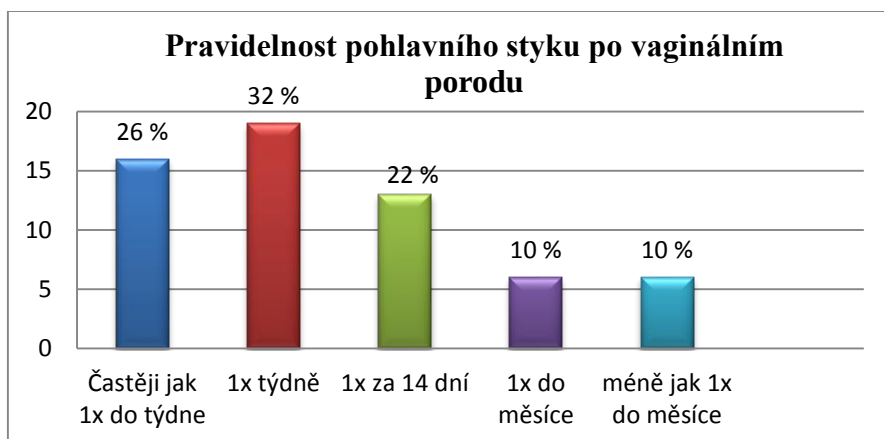
Otázka č. 8: *Jaká byla pravidelnost Vašeho sexuálního styku před otěhotněním?*



Graf 14: Sexuální styk u žen po císařském řezu před otěhotněním

V grafu bylo nejvíce odpovědí častěji jak 1x do týdne, které zvolilo 37 žen (61 %), 1x týdně zvolilo 13 žen (22 %), 1x za 14 dní označilo 9 žen (15 %) a pouze 1 žena (2 %) označila odpověď 1x do měsíce.

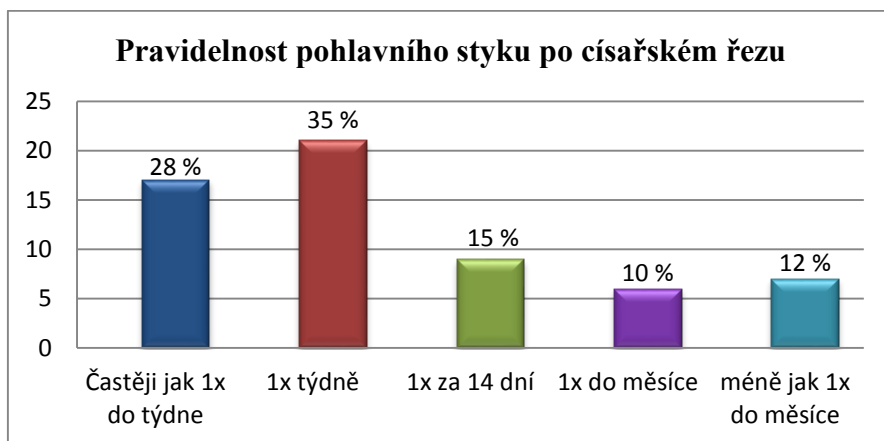
Otázka č. 9: Jaká je pravidelnost Vašeho pohlavního styku nyní (po porodu)?



Graf 15: Pravidelnost pohlavního styku po vaginálním porodu

Z grafu můžeme vyčíst, že ženy volily nejčastěji odpověď 1x týdně, tuto odpověď zvolilo 19 žen (32 %). Dále 16 žen (26 %) uvádělo odpověď častěji jak 1x do týdne, 13 žen (22 %) mělo sexuální styk 1x za 14 dní. Odpověď 1x do měsíce zvolilo 6 žen (10 %), u odpovědi méně jak 1x do měsíce, taktéž volilo 6 žen (10 %).

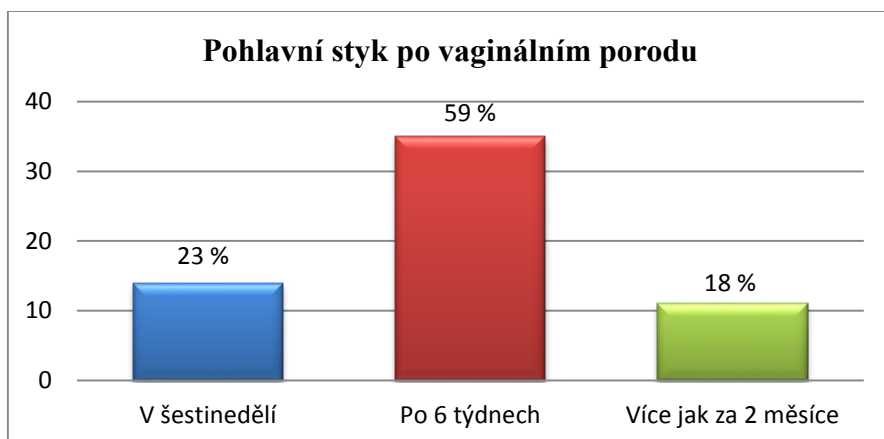
Otázka č. 9: Jaká je pravidelnost Vašeho pohlavního styku nyní (po porodu)?



Graf 16: Pravidelnost pohlavního styku po císařském řezu

Z tohoto grafu můžeme vyčíst, že odpověď častěji jak 1x do týdne označilo 17 žen (28%), odpověď 1x týdně označilo 21 žen (35 %), 9 žen (15 %) zvolilo odpověď 1x za 14 dní, 1x do měsíce označilo 6 žen (10 %) a taktéž 7 žen (12 %) označilo za odpověď méně jak 1x do měsíce.

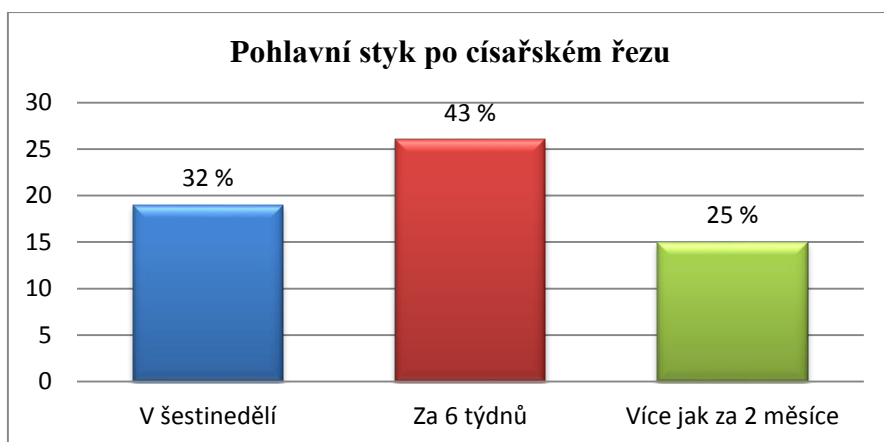
Otázka č. 10: *Za jak dlouho po porodu jste měla pohlavní styk?*



Graf 17: Pohlavní styk po vaginálním porodu

Z grafu vyplývá, že 35 žen (59 %) uvedlo svůj první pohlavní styk po 6 týdnech po porodu, v šestinedělí mělo pohlavní styk 14 žen (23 %) a více jak za 2 měsíce ho mělo 11 žen (18 %).

Otázka č. 10: *Za jak dlouho po porodu jste měla pohlavní styk?*



Graf 18: Pohlavní styk po císařském řezu

Z grafu vyplývá, že 26 žen (43 %) uvedlo svůj první pohlavní styk za 6 týdnů po porodu, v šestinedělí mělo pohlavní styk 19 žen (32 %) a více jak za 2 měsíce ho mělo 15 žen (25 %).

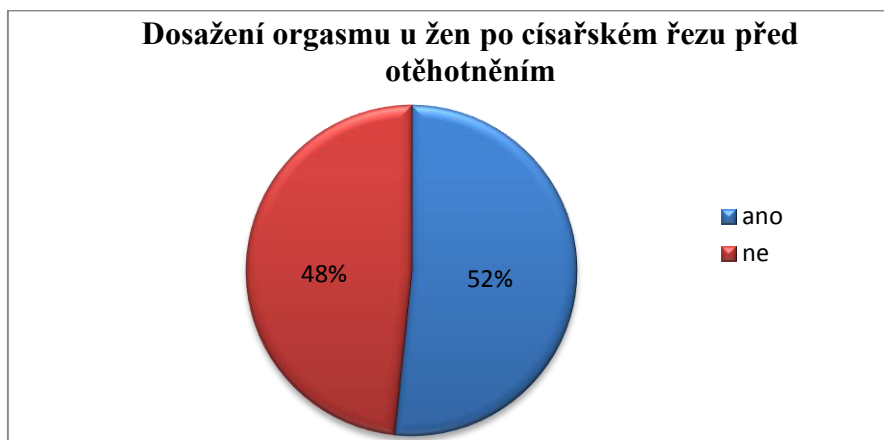
Otázka č. 11: *Měla jste někdy problém s dosažením orgasmu?*



Graf 19: Dosažení orgasmu u žen po vaginálním porodu

Z tohoto grafu můžeme vyčíst, že 40 žen (67 %) odpovědělo ne, že tento problém před otěhotněním nemělo. Ostatních 20 žen (33 %) potvrdilo, že problém s dosažením orgasmu mělo.

Otázka č. 11: *Měla jste někdy problém s dosažením orgasmu?*



Graf 20: Dosažení orgasmu u žen po císařském řezu

Z grafu můžeme vyčíst, že 31 žen (52 %) mělo problém s dosažením orgasmu, ostatních 29 žen (48 %) tento problém nemělo.

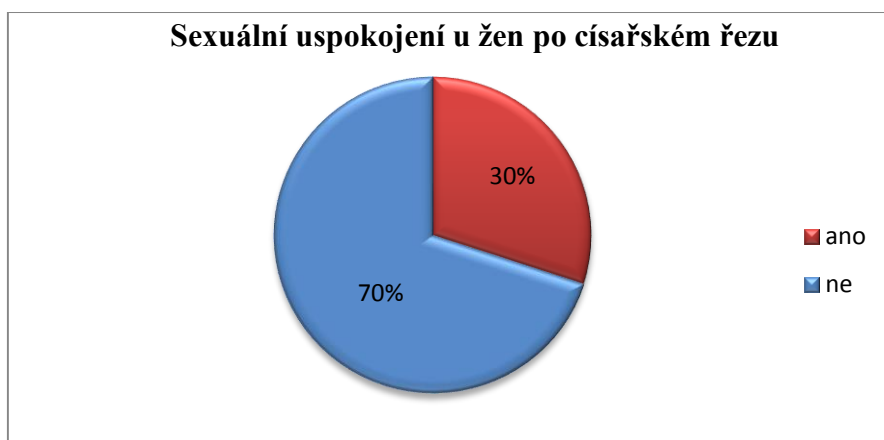
Otázka č. 12: *Změnilo se Vaše sexuální uspokojení po porodu?*



Graf 21: Sexuální uspokojení u žen po vaginálním porodu

Z grafu vyplývá, že 49 žen (82 %) žádnou změnu nepocítilo, avšak 11 ženám (18 %) se sexuální uspokojení změnilo.

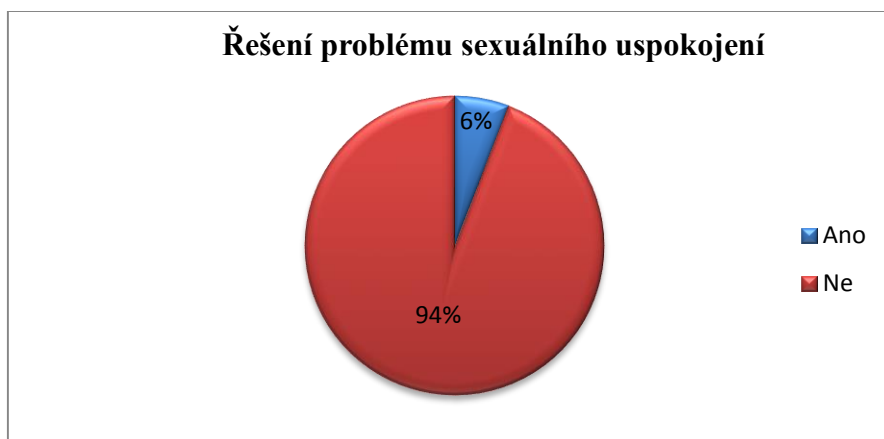
Otázka č. 12: *Měla jste někdy problém s dosažením orgasmu?*



Graf 22: Sexuální uspokojení u žen po císařském řezu

Z grafu vyplývá, že 42 žen (70 %) změnu v sexuálním uspokojení po porodu nepocítilo a zbylým 18 ženám (30 %) se sexuální uspokojení změnilo.

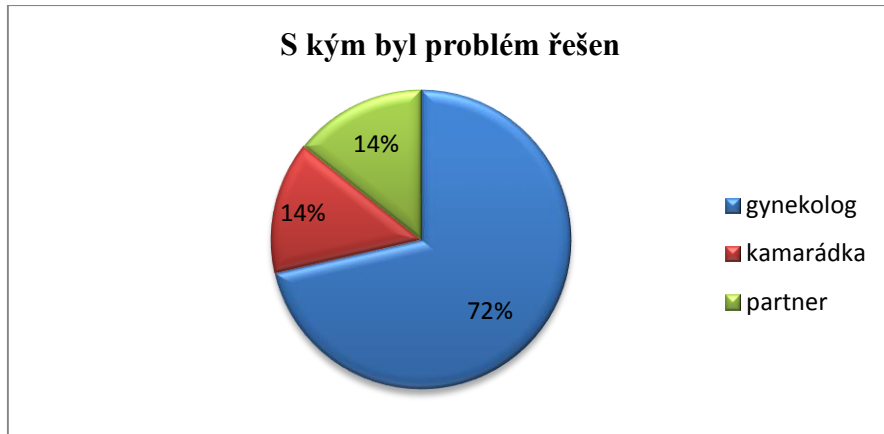
Pokud ano, řešila jste tento problém?



Graf 23: Řešení problému sexuálního uspokojení

Ze 120 žen (100 %) jich odpovědělo 113 (94 %), že problém jejich sexuálního uspokojení neřešily. Ostatních 7 žen (6 %) tento problém řešilo.

S kým jste problém řešila?

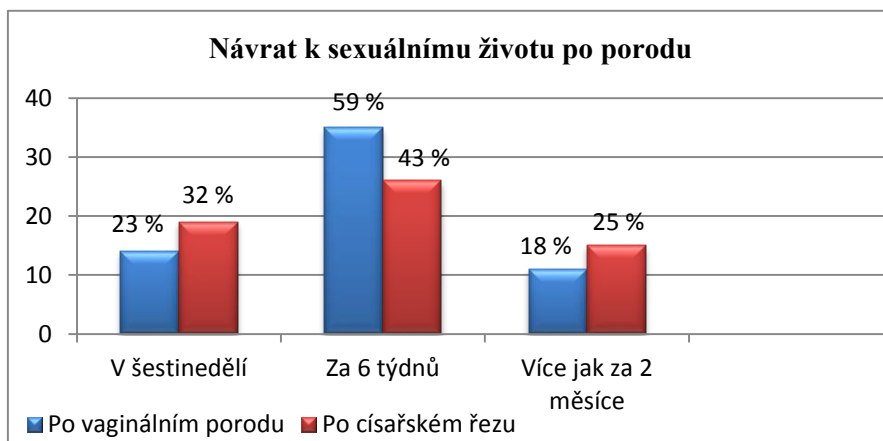


Graf 24: S kým byl problém řešen

Z grafu vyplývá, že ze 7 žen (100 %) odpovědělo 5 žen (72 %), že problém se sexuálním uspokojením řešilo se svým gynekologem, dále 1 žena (14 %) odpověděla s partnerem a 1 žena (14 %) řešila tento problém s kamarádkou.

3.6 Analýza hypotéz

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že ženy po císařském řezu mají rychlejší návrat k sexuálnímu životu, než ženy po vaginálním porodu



Graf 25 Návrat k sexuálnímu životu po porodu

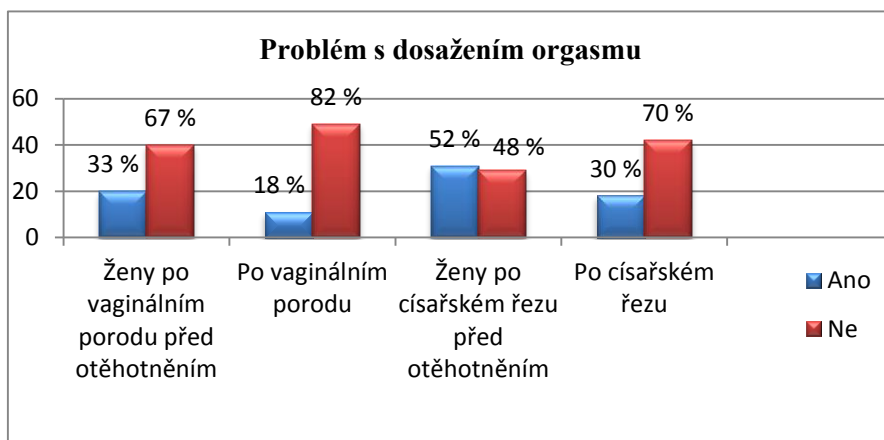
Z 60 žen (100 %) po vaginálním porodu odpovědělo 35 žen (59 %), že se vrátilo k pohlavnímu životu za 6 týdnů po porodu, 14 žen (23 %) označilo odpověď již v šestinedělí a 11 žen (18 %) odpovědělo, že jejich pohlavní styk byl více jak za 2 měsíce po porodu.

Z 60 žen (100 %) po císařském řezu odpovědělo nejvíce žen a to 26 (43 %), že jejich pohlavní styk byl za 6 týdnů po porodu, dále 19 žen (32 %) označilo odpověď v šestinedělí a více jak za 2 měsíce označilo 15 žen (25 %).

K sexuálnímu životu se vrátily dříve ženy po císařském řezu, než ženy po vaginálním porodu.

Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že ženy po vaginálním porodu pocítily více změnu v dosažení orgasmu, než ženy po císařském řezu



Graf 26 Problém s dosažením orgasmu

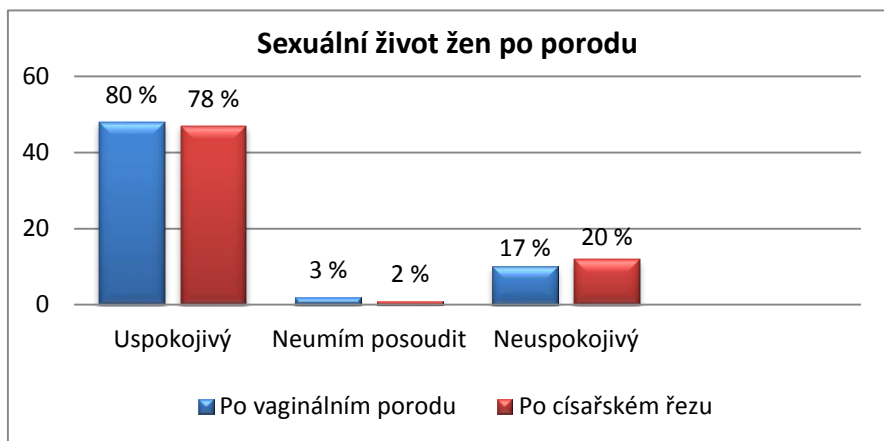
Z 60 žen (100 %) po vaginálním porodu nemělo 40 žen (67 %) problém s dosažením orgasmu před otěhotněním a 20 žen (33 %) odpovědělo, že problém s dosažením orgasmu před otěhotněním mělo. Po porodu nemělo problém s dosažením orgasmu 49 žen (82 %) a 11 žen (18 %) tento problém měl.

Z 60 žen (100 %) po císařském řezu mělo 31 žen (52 %) problém s dosažením orgasmu před otěhotněním a 29 žen (48 %) tento problém nemělo. Po porodu nemělo 42 žen (70 %) problém s dosažením orgasmu a 18 žen (30 %) tento problém měl.

Ženám jak po vaginálním porodu, tak i po císařském řezu se sexuální uspokojení spíše zlepšilo.

Hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že ženy po vaginálním porodu mají méně uspokojivý sexuální život, než ženy po císařském řezu



Graf 27 Sexuální život žen po porodu

Z 60 žen (100 %) po vaginálním porodu mělo po porodu 48 žen (80 %) uspokojivý sexuální život, 10 žen (17 %) mělo sexuální život neuspokojivý a 2 ženy (3 %) nedovedly posoudit.

Z 60 žen (100%) po císařském řezu mělo po porodu 47 žen (78 %) uspokojivý sexuální život, 12 žen (20 %) mělo sexuální život neuspokojivý a 1 žena (2 %) nedovedla posoudit.

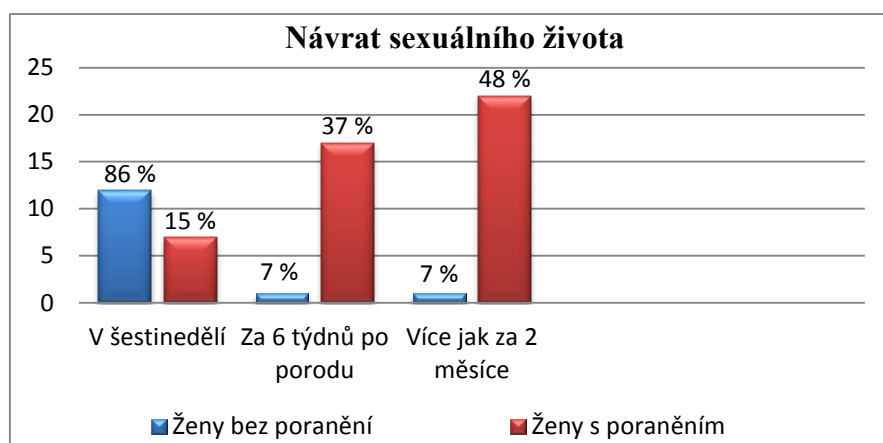
Neuspokojivý sexuální život po porodu měly více ženy po císařském řezu.

Hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že ženy po vaginálním porodu s porodním poraněním mají pozdější návrat k sexuálnímu životu, než ženy po vaginálním porodu bez poranění

Tabulka 1 – Porodní poranění

Porodní poranění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	46	77%
Ne	14	23%
Celkem	60	100%



Graf 28: Návrat sexuálního života

Z 60 žen (100 %) mělo porodní poranění 46 žen (77 %), zbylých 14 žen (23 %) nemělo porodní poranění žádné. 12 žen (86 %) bez poranění uvedlo svůj návrat k sexuálnímu životu již v šestinedělí, 1 žena (7 %) odpověděla za 6 týdnů rovněž jako 1 žena (7 %), která odpověděla více jak za 2 měsíce. 22 žen (48 %) s poraněním se vrátilo naopak k sexuálnímu životu až za více jak 2 měsíce. Dále 17 žen (37 %) odpovědělo za 6 týdnů a 7 žen (15 %) v šestinedělí.

Ženy po vaginálním porodu bez poranění se vrátily k sexuálnímu životu později než ženy s poraněním. **Hypotéza se potvrdila.**

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že přítomnost partnera u porodu ovlivnila jeho pohled na sexuální život ženy



Graf 29: Ovlivnění sexuálního života

Z 85 žen (100%) odpovědělo ne 67 žen (79 %) dále 14 žen (16%) neumělo posoudit a pouze 4 ženy (5%) si myslí, že přítomnost partnera u porodu ovlivnil jejich sexuální život. Více žen odpovědělo, že přítomnost partnera u porodu jejich sexuální život neovlivnila.

Hypotéza se nepotvrdila.

3.7 Diskuze

Cílem této práce bylo zjistit, zda způsob porodu má vliv na sexuální život ženy a zda je rozdíl v sexuálním životě ženy po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem. K těmto cílům bylo vytvořeno 5 hypotéz, které se potvrdily, nebo naopak vyvrátily. Hypotézy byly stanoveny a vyhodnoceny pomocí dotazníku, který se skládal ze 14 otázek.

Otázka č. 10: Za jak dlouho po porodu jste měla pohlavní styk? U této otázky byly 3 možné odpovědi a to v šestinedělí, za 6 týdnů po porodu a více jak za 2 měsíce. Z 60 žen (100 %) po vaginálním porodu nejvíce žen odpovídalo, že mělo pohlavní styk za 6 týdnů po porodu. Tuto odpověď označilo 35 žen (59 %), dále označilo 14 žen (23 %), že mělo pohlavní styk v šestinedělí a 11 žen (18 %) označilo více jak za 2 měsíce. Ženy po císařském řezu označily nejvíce odpověď za 6 týdnů po porodu. Tuto odpověď označilo 26 žen (43 %), dále odpověď v šestinedělí označilo 19 žen (32 %) a více jak za 2 měsíce mělo pohlavní styk po porodu 15 žen (25 %).

Při srovnání studie publikované v BJOG: An International Journal of Gynecology and Obstetrics, provedená Murdoch Childrens Research Institute v Austrálii, z 1507 žen jich 41 % žen mělo pohlavní styk v šestinedělí, 65 % za 6 týdnů po porodu a 78 % žen za 2 měsíce a více. V mém výzkumu jsem zjistila, že ze 120 žen (100 %) jich 61 žen (51 %) mělo pohlavní styk za 6 týdnů po porodu, 33 žen (27 %) v šestinedělí a 26 žen (22 %) za více jak 2 měsíce po porodu. Výsledky jsou podobné (MCDONALD, EA a SJ BROWN, 2013).

Jiná studie zveřejněná v roce 2005 v magazínu International Urogynecology Journal uvádí, že 57 % amerických a britských žen začne opětovně sexuálně žít za 6 týdnů po porodu, 85 % obnoví sexuální život do 3 měsíců a 90 % do půl roku po porodu. Výsledky jsou podobné (Colomina, 2009).

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že ženy po císařském řezu mají rychlejší návrat k sexuálnímu životu, než ženy po vaginálním porodu. K hypotéze se vztahuje otázka č. 10. Za jak dlouho po porodu měly ženy sexuální styk. Z 60 žen (100 %) po vaginálním porodu mělo již v šestinedělí 14 žen (23 %) sexuální styk. Avšak z 60

žen (100 %) po císařském řezu mělo 19 žen (32 %) svůj sexuální styk po porodu již v šestinedělí. **Hypotéza se potvrdila.**

Otázka č. 11: Měla jste někdy problém s dosažením orgasmu? K této otázce byly 2 odpovědi a to ano či ne. Z 60 žen (100 %) po vaginálním porodu jich 40 žen (67 %) odpovědělo, že problém s dosažením orgasmu nemělo a 20 žen (33 %) označilo odpověď ano, problém s dosažením orgasmu mělo. Z 60 žen (100 %) po císařském řezu mělo tento problém 31 žen (52 %), zbylých 29 žen (48 %) tento problém neměl.

Otázka č. 12: Změnilo se Vaše uspokojení po porodu? U stejných odpovědí jako v předešlé otázce odpovědělo z 60 žen (100 %) po vaginálním porodu nejvíce 49 žen (82 %) ne, že se jejich uspokojení po porodu nezměnilo, 11 žen (18 %) uvedlo, že ano. Z 60 žen (100 %) po císařském řezu jich 42 žen (70 %) označilo odpověď ne, 18 žen (30 %) uvedlo odpověď ano, jejich uspokojení se po porodu změnilo.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že ženy po vaginálním porodu pocítily více změnu v dosažení orgasmu, než ženy po císařském řezu. K hypotéze se vztahují otázky č. 11 a 12. Jestli měly někdy ženy problém s dosažením orgasmu a zda byla po porodu nějaká změna. Z 60 žen (100 %) mělo před otěhotněním celkem 20 žen (33 %) po vaginálním porodu problém s dosažením orgasmu. Po porodu mělo tento problém 11 žen (12 %). Z 60 žen (100 %) po císařském řezu bylo 31 žen (52 %), které mělo problém s dosažením orgasmu před otěhotněním. Po porodu mělo tento problém pouze 18 žen (30 %). **Hypotéza se nepotvrdila.**

Otázka č. 6: Jaký byl Váš sexuální život před otěhotněním? K této otázce jsem vymyslela 4 odpovědi a to zcela uspokojivý, uspokojivý, neumím posoudit a neuspokojivý. Z 60 žen (100 %) jich 32 (53 %) žen po vaginálním porodu odpovědělo, že jejich sexuální život před otěhotněním byl zcela uspokojivý, 24 žen (40 %) odpovědělo, že byl uspokojivý, 3 ženy (5 %) měly sexuální život před otěhotněním neuspokojivý a 1 žena (2 %) neuměla svůj sexuální život posoudit. Po císařském řezu z 60 žen (100 %) odpovídalo 30 žen (49 %), že jejich sexuální život byl zcela uspokojivý, dále 27 žen (44 %) odpovědělo uspokojivý, 2 ženy (5 %) neuměly

svůj sexuální život před otěhotněním posoudit a pouze 1 žena (2 %) měla svůj sexuální život neuspokojivý.

Otázka č. 7: Jaký je Váš sexuální život nyní (po porodu)? U stejných odpovědí jak v předešlé otázce 60 žen (100 %) po vaginálním porodu odpovídalo nejčastěji, že jejich sexuální život byl uspokojivý. Tuto odpověď označilo 26 žen (43 %), 22 žen (37 %) označilo odpověď zcela uspokojivý, dále 10 žen (17 %) měly svůj sexuální život po porodu neuspokojivý a 2 ženy (3 %) tuhle otázku neuměly posoudit. Po císařském řezu z 60 žen (100 %) odpovídalo nejčastěji 25 žen (42 %), že jejich sexuální život po porodu byl uspokojivý, 22 žen (36 %) uvedlo, že uspokojivý, 12 žen (20 %) označilo odpověď neuspokojivý a 1 žena (2 %) neuměla tuhle otázku posoudit.

Při srovnání bakalářské práce Petry Langrové na téma Sexualita po porodu mělo z celkového množství 92 žen uspokojivý sexuální život 23 žen, velmi uspokojivý 13 žen a neuspokojivý pouze 3 ženy. V mém výzkumu jsem zjistila, že ze 120 žen mělo 51 žen sexuální život uspokojivý, 44 žen velmi uspokojivý a 22 žen neuspokojivý. Výsledky výzkumu jsou odlišné (Langrová, 2010).

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že ženy po vaginálním porodu mají méně uspokojivý sexuální život, než ženy po císařském řezu. K této hypotéze se vztahují otázky č. 6 a 7. Jaký měly ženy sexuální život před otěhotněním a po porodu. Z 60 žen (100 %) po vaginálním porodu mělo 10 žen (17 %) svůj sexuální život neuspokojivý. Avšak z 60 žen (100 %) po císařském řezu mělo svůj sexuální život neuspokojivý 12 žen (20 %). **Hypotéza se nepotvrdila.**

Otázka č. 2: Měla jste porodní poranění? U této otázky byly 2 odpovědi a to ano a ne. Nejvíce ženy odpověděly po vaginálním porodu ano a to 46 žen (77 %), odpověď ne označilo 14 žen (23 %).

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že ženy po vaginálním porodu s porodním poraněním mají pozdější návrat k sexuálnímu životu, než ženy po vaginálním porodu bez poranění. K této hypotéze se vztahuje otázka č. 2, zda měly ženy porodní poranění a otázka č. 10 za jak dlouho měly ženy sexuální styk. Nejvíce žen a to 12 (86 %) bez porodního poranění odpovědělo, že se k sexuálnímu životu vrátilo v šestinedělí. Naopak ženy

s porodním poraněním nejvíce označily, že se vrátily k sexuálnímu životu více jak za 2 měsíce. Tuto odpověď označilo 22 žen (48 %). **Hypotéza se potvrdila.**

Otázka č. 5: Pokud byl Váš partner přítomen u porodu, myslíte si, že porod ovlivnil jeho pohled na Váš sexuální život? U této otázky byly celkem 3 odpovědi a to ano, ne a nevím. Z 85 žen (100 %) odpovědělo 67 žen (79 %) že si nemyslí, že přítomnost partnera u porodu jejich sexuální život ovlivnila. Odpověď nevím označilo 14 žen (16 %) a pouze 4 ženy (5 %) mi odpověděly, že ano.

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že přítomnost partnera u porodu ovlivnila jeho pohled na sexuální život ženy. K této hypotéze se vztahuje otázka č. 2, zda si ženy myslí, že přítomnost partnera u porodu ovlivnila jejich sexuální život. Nejvíce odpovědělo 67 žen (79 %), že si myslí, že přítomnost partnera u porodu jejich sexuální život neovlivnila. Odpověď nevím označilo 14 žen (16 %), odpověď ano označily pouze 4 ženy (5 %). **Hypotéza se nepotvrdila.**

Překvapilo mě, že ženy po císařském řezu uváděly častěji problémy v sexuálním životě, než ženy po vaginálním porodu. Avšak mají dřívější návrat k sexuálnímu životu, než ženy, které rodily vaginálně. Dále mě také překvapilo, že více žen po císařském řezu mělo svůj sexuální život po porodu méně uspokojivý než ženy, které rodily vaginálně. Ocenila jsem ochotu žen, které se mi vyjádřily k poslední otázce. Poslední otázka byla otevřená a dávala tak prostor ženám vyjádřit svůj názor k tomuto tématu. Ženy psaly nejčastěji důvody, které ovlivňovaly jejich sexuální život. Nejčastější důvody byly, vaginální poranění, dyspareunie, dlouhodobé kojení, užívání hormonální antikoncepce, únava, problém s vlhnutí pochvy a snížené libido. Dále bych si dovolila zveřejnit některé komentáře, co mi ženy napsaly.

„Moje sexuální uspokojení se po porodu skutečně změnilo, ale k lepšímu. Tudiž to nebyl problém a nebylo zapotřebí jej s někým řešit“

„Rodila jsem 2x první dceru, když mi bylo 19 let. Porod byl rychlejší než druhý a méně bolestivější, ale šití nástřihu si pamatuji až do teď a bolest a hojení trvalo strašně dlouho a já se bála sexu. Nakonec až po 8 měsících jsem se odhodlala, i když s bolestí ale, zvládli jsme to. Jsem ráda, že mám tolerantního partnera. Druhý porod byl o 3 roky

později, ale byl delší a bolestivější. Praskla hráz, ale šití nebolelo. Hojení super a sex bez bolesti parádní“

„Celkově spadám do kategorie, která nevyhledává moc sexuální styk. Sex jsme moc neprovozovali během těhotenství. Měla jsem obavy. Nyní na to nemám ani moc pomyslení. Je to dáno narozením dítěte a únavou“

„K milování dochází nyní méně často z časových důvodů, ale náš prožitek je výrazně lepší. Porodní poranění nevedly ke zhoršení sexuálního života, protože je převážilo nabytí sebejistoty ze zvládnutých porodů. Můj druhý porod byl navíc orgasmický (rodila jsem sama doma bez PA). Věřte mi, porod je silně sexuální záležitost!“

„Porod byl dobrý, ale první opravdu příjemný sex jsem zažila až 12 měsíců po porodu. Přesto do něj stále nemám příliš chuť, mám problém se zvlhčením (ačkoliv jsem vzrušená), s bolestí (svaly ve vstupu do vaginy se nemohou uvolnit) a celkově jsem naladěná jiným směrem. Přiznám se, že je to poměrně velký problém“

„Sex je po porodu lepší. Já ztratila určitý ostych, získala sebevědomí a i fyzický prožitek jako takový je intenzivnější“

„Porod byl domácí a sexuální uspokojení se zlepšilo, takže jsem neměla potřebu to s nikým řešit“

„Po epiziotomii velmi bolestivý styk cca 8 měsíců než se podařilo trochu zpracovat jizvu. Rozhodně to mělo vliv na sexuální život obou partnerů“

„Po porodu se nám sexuální život výrazně zlepšil“

„Po CS mi trvalo cca 1,5 roku, než jsme začali sexuálně fungovat“

„Důležité je vědět, že sexuální život po porodu je neuspokojivý hlavně pro manžela a s mou sexualitou se nestalo nic divného kromě toho, že nemám čas ani energii na žádné svoje aktivity. Jsem ráda, že si dám sprchu, než se dítě vzbudí a zase něco chce“

3.8 Doporučení pro praxi

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že ze 120 žen jich 33 uvedlo pohlavní styk již v šestinedělí. Porodní asistentka by měla ženu edukovat o tom, že pohlavní styk v šestinedělí není vhodný a to z důvodu odcházejících očístek, pootevřeného hrdla a ranné plochy v děložní dutině. Po skončení šestinedělí, je vhodné, aby žena navštívila svého gynekologa, který by měl zahrnout dotaz na její sexuální život, zda byl už obnoven a zda je uspokojivý. Je třeba ženu upozornit na to, že v období po porodu se objevují častěji problémy v sexuální oblasti. I porodní poranění má vliv na sexuální život ženy. Během porodu je důležité, aby porodní asistentka chránila hráz u porodu a vyvarovala se jejímu preventivnímu nástřihu. Pokud byl nutný nástřih hráze, či měla žena jiná porodní poranění, je důležité jejich správné ošetření s co nejdokonalejší rekonstrukcí pánevního dna. Dále z 29 žen po porodu, které mělo problém se sexuálním uspokojením, jich pouze 7 řešilo tento problém. 5 žen řešilo tento problém se svým gynekologem, 1 žena s partnerem a 1 žena s kamarádkou. Nastanou-li problémy v sexuálním životě, které budou přetrvávat, měla by žena vědět, že by bylo dobré vyhledat odbornou pomoc. Svěřit se svému gynekologovi či terapeutovi, který může ženě doporučit párovou psychoterapii. Gynekologové i porodní asistentky by tuto problematiku měli více řešit a edukovat tak ženy, jaký může mít porod vliv na jejich sexuální život.

4 Závěr

Sexuální touha ženy může být po porodu snížena, způsobuje to fyzická i psychická únava. Normalizace sexuálního života trvá u každé ženy jinak, někdy může trvat i několik měsíců. Doufám, že po přečtení bakalářské práce budou ženy alespoň trochu informovány. Cením si toho, že mi ženy ochotně zodpověděly všechny otázky a nestyděly se vyjádřit. Jedna z žen mi v komentáři poděkovala, že se tomuto tématu věnuji. Jsem ráda, že jsem si toto téma zvolila, určitě bylo pro mne zajímavé a přínosné. V teoretické části jsem popsala porod jak spontánní, tak operační. Dále jsem popsala porodní poranění, přítomnost otce u porodu, sexuální život a jeho problematiku. K tomuto tématu byl dostatek literatury.

Praktická část se skládá z výsledků výzkumu. Na začátku práce jsem si stanovila hypotézy, které se potvrdily či vyvrátily. Výsledky výzkumu i hypotézy jsou zpracovány pomocí tabulek a grafů. Pro tuto práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda způsob porodu má vliv na sexuální život ženy. Pomocí dotazníku jsem zjistila, že jak po vaginálním porodu, tak i po císařském řezu se ženám sexuální život změnil. Před otěhotněním byl sexuální život u žen zcela uspokojivý až uspokojivý, naopak po porodu ženy udávaly svůj sexuální život uspokojivý až neuspokojivý. Pravidelnost sexuálního styku se po porodu snížila. Dále ženy s porodním poraněním začínaly se sexuálním stykem po porodu později, než ženy bez poranění. Druhým cílem bylo zjistit rozdíl v sexuálním životě ženy po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem. Zjistila jsem, že více žen po císařském řezu mělo neuspokojivý sexuální život, než ženy po vaginálním porodu. Po císařském řezu ženy začaly se sexuálním stykem dříve, než ženy po vaginálním porodu. Sexuální uspokojení se po porodu změnilo spíše ženám, které rodily císařským řezem.

Způsob porodu má vliv na sexuální život ženy vždy, avšak nemusí být negativní. Rozdíly v sexuálním životě žen po vaginálním porodu a po císařském řezu jsou nepatrně odlišné. Cíle práce byly splněny.

Seznam použité literatury

BEHINOVÁ, Markéta. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012, 367 s. Maminka (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2816-5.

BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 297 s. ISBN 978-802-4619-071

COLOMINA, Beatriz. IUGA Sexual Dysfunction in Women Roundtable. *International Urogynecology Journal* [online]. 2009, vol. 20, S1, s. 1-2 [cit. 2015-05-02]. DOI: 10.1007/s00192-009-0834-9. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-009-0834-9>

DOLEŽAL, Antonín. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.

GOLDSTEIN .., Ed. by Irwin.. *Women's sexual function and dysfunction*. London: Taylor, 2005. ISBN 18-421-4263-1.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Čekáme dítětko*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2013, 373 s. ISBN 978-80-247-3781-2.

CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2008, 138 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2142-2.

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

LANGROVÁ, Petra. *Sexualita žen po porodu*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

MACKŮ, František a Evžen ČECH. *Gynekologie pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002, 171 s. ISBN 80-733-3001-6.

MANDER, Rosemary. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014, 313 s. ISBN 978-807-3878-108.

MCDONALD, EA a SJ BROWN. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth?. BJOG: An International Journal of Obstetrics [online]. 2013, vol. 120, issue 7, s. 823-830 [cit. 2015-05-02]. DOI: 10.1111/1471-0528.12166. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.12166>

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho smysly a svět*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 248 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4729-466.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu*. Praha: Galén, c2005, 425 s. ISBN 80-726-2321-4.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kritické stavy v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, xxxii, 285 s. ISBN 978-807-2629-497.

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

Poruchy orgasmu [online]. 2015 [cit.2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.sexuologickaspolecnost.cz/poruchy-orgasmu>

Přejete si otěhotnět - Bolesti při pohlavním styku (dyspareunie) [online]. 2010 [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.tehotenstviaz.cz/index.php?page=rubrika&c=502>

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, xviii, 508 s. ISBN 978-802-4728-322.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.

TRČA, Stanislav. *Partner v těhotenství a při porodu: co potřebuje partner vědět o těhotenství, sexuální život, přítomnost partnera při porodu, partnerská pomoc v šestinedělí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 108 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0869-8.

TURČAN, Pavel, Pavel POKORNÝ a Tomáš FAIT. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, c2012, 437 s. Jessenius. ISBN 978-807-3452-919.

WEISS, Petr. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. ISBN 978-802-4724-928.

Seznam grafů

Graf 1 Věk.....	29
Graf 2 Doba od posledního porodu.....	29
Graf 3 Porodní poranění.....	30
Graf 4 Druh porodního poranění.....	30
Graf 5 Partner u vaginálního porodu.....	31
Graf 6 Partner u císařského řezu.....	31
Graf 7 Ovlivnění partnera u vaginálního porodu.....	32
Graf 8 Ovlivnění partnera u císařského řezu	32
Graf 9 Sexuální život žen po vaginálním porodu před otěhotněním.....	33
Graf 10 Sexuální život žen po císařském řezu před otěhotněním.....	33
Graf 11 Sexuální život žen po vaginálním porodu.....	34
Graf 12 Sexuální život žen po císařském řezu.....	34
Graf 13 Sexuální styk u žen po vaginálním porodu před otěhotněním.....	35
Graf 14 Sexuální styk u žen po císařském řezu před otěhotněním.....	36
Graf 15 Pravidelnost pohlavního styku po vaginálním porodu.....	37
Graf 16 Pravidelnost pohlavního styku po císařském řezu.....	38
Graf 17 Pohlavní styk po porodu.....	39
Graf 18 Pohlavní styk po císařském řezu.....	39
Graf 19 Dosažení orgasmu u žen po vaginálním porodu.....	40
Graf 20 Dosažení orgasmu u žen po císařském řezu.....	40

Graf 21 Sexuální uspokojení u žen po vaginálním porodu.....	41
Graf 22 Sexuální uspokojení u žen po císařském řezu.....	41
Graf 23 Řešení problému sexuálního uspokojení.....	42
Graf 24 S kým byl problém řešen.....	42
Graf 25 Návrat sexuálního života po porodu.....	43
Graf 26 Návrat k sexuálnímu životu po porodu.....	44
Graf 27 Sexuální život žen po porodu.....	45
Graf 28 Návrat sexuálního života.....	46
Graf 29 Ovlivnění sexuálního života.....	47

Seznam tabulek

Tabulka 1 Porodní poranění.....	46
---------------------------------	----

Seznam příloh

Příloha č. 1 Přehled možných komplikací porodnických operací ve vztahu k ženské sexualitě

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 1: Přehled možných komplikací porodnických operací ve vztahu k ženské sexualitě

Lokalizace	Operace	Charakter poranění	Typ sexuologických problémů
Stěna břišní	Sectio caesarea	Sekundární hojení, abscesy, píštěle, koloidní jizvy	Porušení schématu vnímání vlastního těla, dysmorfofobie, poruchy čítí
Dutina břišní	Kristelerovy exprese, sectio caesarea	Poranění břišních orgánů, ruptura dělohy, sekundární hojení, krvácení, hematomy, abscesy	Bolesti při sexu v hloubce, dyspareunie, všechny typy ženských sexuálních dysfunkcí (FSD), poruchy touhy, vzrušení, orgasmu, bolesti, vaginismus
Hrdlo děložní	Dilatace, nástihy, forceps	Ruptura dělohy, odtržení hrdla, ruptury hrdla děložního, pochvy	Dyspareunie, všechny typy FSD
Pochva	Forceps, vakuumextrakce	Ruptury, hematomy, abscesy, jizevnaté procesy, stenóza	Dyspareunie, všechny typy FSD, inkontinence moči při sexu
Poševní introitus	Forceps, episiotomie	Ruptury, hematomy, abscesy, jizevnaté procesy, stenóza, zející introitus	Dyspareunie, všechny typy FSD
Zevní genitál	Forceps, episiotomie	Hematomy, odtržení a ruptury labii, klitorisu, poranění uretry	Dyspareunie, všechny typy FSD, mikční problémy, uroinfekty
Uretra	Forceps	Pohmoždění, lacerace, trhliny	Dyspareunie, všechny typy FSD, recidivující uroinfekty, inkontinence moče
Konečník, střevo	Forceps, episiotomie	Kompletní a inkompletní ruptury I–III stupně	Dyspareunie, všechny typy FSD, inkontinence alvi

Zdroj: WEISS, Petr. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. ISBN 978-802-4724-928.

Příloha č. 2: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Vymazalová a jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy polytechnické Jihlava, oboru porodní asistentka. Tímto bych Vás ráda poprosila o vyplnění dotazníku na téma „*Způsob porodu a jeho vliv na sexuální život ženy*“.

Tento dotazník je vytvořen za účelem zjištění rozdílu v sexuálním životě po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem. Dotazník je zcela **anonymní** a jeho zpracování bude sloužit pro zpracování výzkumné části mé bakalářské práce.

Odpovědi prosím zakroužkujte či dopište.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas.

1. Váš věk?

- a) Do 18 let
- b) 19 – 25
- c) 26 – 35
- d) 36 a více

2. Jak dlouhá doba uplynula po Vašem posledním porodu?

- a) 6 měsíců
- b) 1 rok
- c) 2 roky
- d) Více jak 2 roky

3. Jakým způsobem jste rodila naposledy?

- a) Císařským řezem
- b) Vaginálně

4. Měla jste porodní poranění?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste odpověděla *ano*, označte jaké

- a) Epiziotomie (nástřih hráze)

- b) Laparotomie (chirurgický řez po SC)
- c) Ruptura (vaginální poranění)

5. Byl Váš partner přítomen u porodu?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud *ano*, myslíte si, že porod ovlivnil jeho pohled na Váš sexuální život?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

6. Jaký byl Váš sexuální život před otěhotněním?

- a) Zcela uspokojivý
- b) Uspokojivý
- c) Neumím posoudit
- d) Neuspokojivý

7. Jaký je Váš sexuální život nyní (po porodu)?

- a) Zcela uspokojivý
- b) Uspokojivý
- c) Neumím posoudit
- d) Neuspokojivý

8. Jaká byla pravidelnost Vašeho sexuálního styku před otěhotněním?

- a) Častěji jak 1x týdně
- b) 1x týdně
- c) 1x za 14 dní
- d) 1x do měsíce
- e) Méně jak 1x do měsíce

9. Jaká je pravidelnost Vašeho sexuálního styku nyní?

- a) Častěji jak 1x do týdne
- b) 1x týdně
- c) 1x za 14 dní
- d) 1x do měsíce
- e) Méně jak 1x do měsíce

10. Za jak dlouho po porodu jste měla sexuální styk?

- a) V šestinedělí
- b) Za 6 týdnů po porodu
- c) Více jak za 2 měsíce

11. Měla jste někdy problém s dosažením orgasmu?

- a) Ano
- b) Ne

12. Změnilo se Vaše uspokojení po porodu?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste odpověděla na obě otázky *ne*, prosím dále nepokračujte. Děkuji za Váš čas ve vyplnění mého dotazníku.

13. Řešila jste tento problém?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Pokud jste odpověděla *ano*, s kým jste problém řešila?

- a) Se svým gynekologem
- b) Se sexuologem
- c) S partnerem
- d) S kamarádkou
- e) Jiné...

14. Zde můžete napsat jakékoliv vyjádření k tématu

.....

.....

.....