

Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění

Kateřina Vinopalová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Kateřina VINOPALOVÁ

Osobní číslo: H09660

Studijní program: B 5349 Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka

Téma práce: Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech
v závislosti na porodním poranění

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše.

Studium odborné literatury.

Příprava podkladů pro teoretickou část bakalářské práce.

Příprava metodiky empirické části bakalářské práce.

Realizace výzkumného šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných údajů.

Diskuze a závěr bakalářské práce.

Doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KRATOCHVÍL, Stanislav, 2008. Sexuální dysfunkce. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2476-8.

TRČA, Stanislav, 2004. Partner v těhotenství a při porodu. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0869-8.

WEISS, Petr, 2010. Sexuologie. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2492-8.

ZAHUMENSKÝ, Josef, 2010. Kvalita života žen v poporodním období. Vyd. 1. Bratislava: ProLitera. ISBN 978-80-970253-1-1.

ZVĚŘINA, Jaroslav, 1992. Lékařská sexuologie. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství odborné literatury H&H. ISBN 80-85467-04-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Ústav porodní asistence

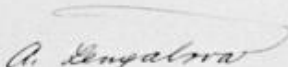
Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 13. února 2012


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 30.5.2012

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdaním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá výskytem postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění.

Teoretická část práce se zabývá spontánním a operačním vaginálním porodem, porodním poraněním, sexuální aktivitou během a po období šestinedělí. Poporodní období úzce souvisí se sexuálními dysfunkcemi především s postpartální dyspareunií.

K vypracování praktické části byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Skupina respondentek ze Zlínského a Olomouckého kraje je tvořena ženami po spontánním a operativním vaginálním porodu, které měly či neměly porodní poranění. Cílem bylo zjistit, zda se u vybrané skupiny respondentek vyskytovala postpartální dyspareunie a v jakých souvislostech. Výstupem bakalářské práce je doporučení pro praxi.

Klíčová slova:

Postpartální dyspareunie, dyspareunie, vaginální porod, porodní poranění, epiziotomie, forceps, vakuumextraktor/VEX, sexuální problémy po porodu, sex a šestinedělí, bolestivý pohlavní styk, porodní poranění, prevence porodního poranění.

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with occurrence of postpartal dyspareunia after vaginal deliveries depending on a delivery injury.

The theoretical part deals with spontaneous and operative vaginal delivery, delivery injury and sexual activity during the puerperium. Postnatal period is closely related to sexual dysfunction especially to postpartal dyspareunia.

The practical part of the final thesis is based on a questionnaire survey. The group of respondents consists of women from Olomouc and Zlín regions, who were after a spontaneous or operative vaginal delivery with or without a delivery injury. The aim of the research was to find out the occurrence of a postpartal dyspareunia. The outcome of the bachelor thesis is suggestion for practical application.

Keywords:

Postpartal dyspareunia, dyspareunia, vaginal delivery, delivery injury, episiotomy, forceps, vacuum extractor/VEX, sexual problems after delivery, sex and puerperium, harmful sexual intercourse, prevention of a delivery injury.

Děkuji Mgr. Ludmile Reslerové, Ph.D., za vedení bakalářské práce, za cenné rady, připomínky a ochotu.

Děkuji MUDr. Pavlu Turčanovi, za odborné konzultace, materiály a inspiraci.

Děkuji všem ženám, které ochotně vyplnily dotazníky k mé bakalářské práci.

Děkuji své rodině, za trpělivost a podporu v průběhu celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Kateřina Vinopalová

Ve Zlíně 30. 5. 2012

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 DEFINICE A KLASIFIKACE VAGINÁLNÍCH PORODŮ	14
1.1 SPONTÁNNÍ POROD ZÁHLAVÍM	15
1.1.1 Období přípravné	15
1.1.2 První doba porodní.....	15
1.1.3 Druhá doba porodní.....	16
1.1.4 Třetí doba porodní.....	17
1.1.5 Poporodní období	17
1.2 OPERAČNÍ VAGINÁLNÍ POROD	17
1.2.1 Episiotomie	17
1.2.2 Forceps	18
1.2.3 Vakuumextraktor.....	19
2 KLASIFIKACE PORODNÍHO PORANĚNÍ	20
2.1 PORANĚNÍ HRÁZE	22
2.2 PORANĚNÍ POCHVY.....	23
2.3 PORANĚNÍ DĚLOŽNÍHO HRDLA.....	23
2.4 PORANĚNÍ TĚLA DĚLOŽNÍHO	24
3 SEXUALITA ŽENY	26
3.1 DĚTSKÁ SEXUALITA	27
3.2 PUBERTA	27
3.3 PŘEDMANŽELSKÁ SEXUALITA	27
3.4 MANŽELSKÁ SEXUALITA	28
3.5 SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ.....	28
3.6 SEXUÁLNÍ AKTIVITA BĚHEM OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ	28
3.7 SEXUÁLNÍ AKTIVITA PO ŠESTINEDĚLÍ	29
3.8 SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ V POSTMENOPAUZE.....	29
4 ŽENSKÉ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE	30
4.1 PORUCHY SEXUÁLNÍ APETENCE.....	33
4.2 PORUCHY SEXUÁLNÍHO VZRUŠENÍ.....	34
4.3 PORUCHY ORGASMU.....	35
4.4 PORUCHY SEXUÁLNÍ SATISFAKCE.....	36
4.5 SEXUÁLNÍ BOLESTIVÉ PORUCHY.....	37
4.5.1 Dyspareunie.....	39
4.5.1.1 Primární dyspareunie	40
4.5.1.2 Sekundární dyspareunie.....	40
4.5.1.3 Postpartální dyspareunie	41
4.5.2 Vaginismus.....	43
4.6 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE VÁZANÉ NA GYNEKOLOGICKÉ OBTÍŽE A OPERACE	44
4.6.1 Premenstruační tenze	44
4.6.2 Gynekologické záněty	44
4.6.3 Operace	44

II PRAKTICKÁ ČÁST	46
5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	47
5.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	47
5.2 CÍLE VÝZKUMU	48
5.3 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	48
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	49
7 DISKUSE	75
ZÁVĚR	77
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	80
SEZNAM SOUVISEJÍCÍ LITERATURY	82
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	83
SEZNAM GRAFŮ	84
SEZNAM TABULEK.....	85
SEZNAM PŘÍLOH.....	86

ÚVOD

Lidská sexualita je velmi citlivá a intimní záležitost. Má své účely, klady i zápory. Člověk, který je se svou sexualitou spokojený, přináší mu radost a uspokojení, nemusí problémy uvedené v této práci řešit ve svém životě. Ale pouze do osudného dne, kdy najednou něco neklape jako dřív, neboť problémy se vyskytují v životě každého z nás a sexualita není výjimkou, ba naopak.

Motivací ke zvolení tématu postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění byla právě praxe na porodním sále, kam sexualita ženy neodmyslitelně patří.

Téměř každá žena po porodu se zajímá o to, zda jí byl udělán nástřih hráze. Episiotomie je téma samo o sobě, ale souvisí právě s prvním impulzem pro psaní této bakalářské práce. Rodičky na porodním sále se bojí, že porodní poranění, zvláště episiotomie, má vliv na sexuální život po porodu. Čtou spoustu článků na internetu a pak mají strach, že je partner opustí.

Ženy, ač se postupně emancipují od pasivní role, jakou zastávaly ještě naše babičky, a zvyšuje se jejich očekávání ve vztahu k pohlavnímu životu, tak stále většina z nich nedokáže otevřeně hovořit o své sexualitě. Mají strach, bojí se, stydí se a hledají nejčastěji oporu v médiích. Žijeme v moderní době, kde přísun informací je nadosah každému, ale ne vždy se musí jednat o spolehlivé zdroje. S vyšším očekáváním v sexuálním životě ženy stoupá i častější výskyt sexuálních poruch.

U žen po porodu je nejčastější poruchou bolest při pohlavním styku. Faktory, které ovlivňují výskyt dyspareunie je jedním z cílů výzkumného šetření. S porodem také souvisí porodní poranění, o jehož vlivu na dyspareunii není pochyb, avšak také se stalo předmětem zkoumání této práce, převážně z hlediska druhu porodního poranění.

Obsahově je bakalářská práce zaměřena na informace o spontánním a operačním vaginálním porodu, o porodním poranění, o ženské sexualitě, a s tím vším i související sexuální dysfunkce ženy.

Také názory a zkušenosti mužů, partnerů žen po vaginálním porodu, by neměly být přehlíženy. Muži často tvrdí jak je pohlavní styk po porodu jiný, že se jim nelíbí, a ne nadarmo se období kolem těhotenství a porodu označuje za „období nevěř“.

Základem vztahu je komunikace, a proto by se neměly ženy bát svěžit se svému partnerovi a společnými silami problém sexuality řešit. Také vyhledání odborníka je určitě lepším řešením než spoléhání na internetové zdroje.

Tato bakalářská práce by mohla být podmětem pro další zkoumání v oblasti sexuálních dysfunkcí ženy, nejen v poporodním období. Také syntetizování informací o dyspareunií, které byly získány z kvalitních zdrojů renomovaných autorů, jsou určitě přínosem pro teorii, a pro další rozvoj problematiky. Bylo by také dobré, kdyby tato bakalářská práce byla inspirativním zdrojem, k vytvoření dostupného materiálu pro všechny ženy po vaginálním porodu a jejich partnery. Zlepšilo by se tak povědomí o této problematice, z čehož plynou další pozitivní podněty pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE A KLASIFIKACE VAGINÁLNÍCH PORODŮ

“Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu matky. Porozeným plodem rozumíme novorozence se známkami života (cca od ukončeného 24. týdne těhotenství), nebo bez známek života s porodní hmotností 1000g nebo více. Za známky života považujeme akci srdeční, dýchací pohyby, aktivní pohyb svalstva a pulzaci pupečníku. Pokud tyto podmínky nejsou splněny, jde o potrat. Pokud má plod porodní hmotnost menší než 500g, je klasifikován jako novorozenec pouze tehdy, pokud projevuje alespoň jednu známku života déle než 24 hodin. Pokud tuto podmínku nesplní, je klasifikován jako potrat. Z uvedeného vyplývá, že pro definici porodu živě narozených plodů jsou důležitější jeho životní projevy než ukončený týden těhotenství nebo hmotnost plodu.” (Roztočil, 2008, s. 109).

Porod můžeme klasifikovat:

1. Dle ukončeného týdne těhotenství:

- Předčasný porod (porod před ukončeným 37. týdnem těhotenství).
- Porod v termínu (porod v průběhu 38. - 40. týdne těhotenství).
- Poterminový porod (porod po ukončeném 40. - 42. týdnu těhotenství).
- Porod po 42. týdnu těhotenství.

2. Dle průběhu porodu:

- Samovolný (spontánní) porod - je ten, který nastoupil na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhal bez zásahů porodníka.
- Medikamentózní porod - přirozené pochody jsou modifikovány aplikací léčebných prostředků, převážně za účelem koordinace děložní činnosti, zmírnění bolestivosti nebo ovlivnění III. doby porodní.
- Indukovaný porod - je vyvolán uměle aplikací uterokinetických preparátů.
- Operativní porod - je takový, kde muselo být těhotenství ukončeno nebo porod plodu urychlen z indikace ohrožení života nebo zdraví matky, plodu, nebo obou porodnickou vaginální nebo abdominální operací.
- Fyziologický porod - je ten, který probíhá působením přirozených porodních mechanismů.
- Patologický porod - je ten, kdy dochází k rozvoji porodnické patologie.

(Roztočil, 2008, s. 109-110).

1.1 Spontánní porod záhlavím

Z časového hlediska a podle probíhajících procesů dělíme porod na období přípravné, tři doby porodní a poporodní období.

1.1.1 Období přípravné

„Je provázeno známkami blížícího se porodu, které jsou patrné u prvorodiček během posledního měsíce těhotenství, u vícero-diček pak těsně před začátkem porodu. Tyto znaky jsou následující.“ (Roztočil, 2008, s. 113).

1. Dolores praesagientes, stahy předzvěstné neboli poslíčky, objevují se v průběhu týdne, který předchází nástupu porodní činnosti.
2. Zvýšená dráždivost děložní svaloviny, dochází k ní asi měsíc před porodem.
3. Nepřibývání na váze, v posledním měsíci těhotenství.
4. Mírné zmenšení objemu břicha, následkem úbytku plodové vody.
5. Hlavička vstupuje do roviny pánevního vchodu, v průběhu posledního měsíce těhotenství.
6. Odloučení cervikální hlenové zátky, několik dní před začátkem porodu.

(Roztočil, 2008, s. 113-114).

1.1.2 První doba porodní

„V tomto období dochází následkem pravidelných děložních kontrakcí k pasivnímu rozvíjení dolního děložního segmentu. Děložní hrdlo se postupně otevírá, až zcela vymizí. Na konci I. doby porodní již není bariéra mezi dutinou děložní a pochvou. První dobu porodní dělíme na tři fáze.“ (Roztočil, 2008, s. 114).

1. Latentní fáze - kontrakce se stabilizují a zvyšuje se jejich frekvence, trvání a intenzita. Postupně dochází ke spotřebování čípku. Děložní hrdlo se zkracuje, až vznikne tenká porodnická branka. U vícero-diček se hrdlo současně rozevírá a roztahuje za průběžného zkracování.
2. Aktivní fáze - je období mezi koncem latentní fáze, tzn. dilatace branky 2,5cm a dilatací branky do 8cm.
3. Tranzitorní fáze - období, kde dochází k mírnému zpomalení rozvoje porodního nálezu na brance, a to od 8cm až do úplného zajetí branky. Frekvence děložních

kontraktí se zvyšuje, objevují se po 1-2 minutách a trvají 50-60 sekund. Jejich intenzita je průměrně 55-60 torrů. Obvykle dochází ke spontánní ruptuře vaku blan.

(Roztočil, 2008, s. 114).

1.1.3 Druhá doba porodní

Začíná zánikem branky a končí porodem plodu. Neměla by trvat déle než jednu hodinu. Rodička pocítuje potřebu zapojit břišní lis, následkem tlaku sestupující hlavičky na nervové pleteně v oblasti pánevního dna. Plod prochází přes dolní děložní segment, zašlou branku, pochvu a pánevní dno směrem k poševnímu introitu. S postupným sestupem hlavičky plodu dochází k napínání perinea a labia se od sebe vzdalují. V období, kdy hlavička dosáhne pánevního dna a objeví se v pánevním introitu, bývá provedena v indikovaných případech mediální nebo mediolaterální episiotomie. Nástřih hráze je prováděn z důvodů chránění hráze matky před rupturou (poraněním), k urychlení porodu a snížení tlaku na hlavičku, a tím zamezení vzniku hypoxie plodu. (Roztočil, 2008, s. 115).

„Za průchodu porodními cestami provádí plod sérii pasivních pohybů, které nazýváme porodní mechanismus. Těmi se přizpůsobuje tvaru porodního kanálu. Porodní mechanismus vykonává hlavička plodu. Při poloze podélné hlavičkou vykonává základní mechanismus hlavička, poté raménka. Po porodu ramének se rodí trup a konec pánevní již bez zvláštního mechanismu.“ (Roztočil, 2008, s. 115).

Porod hlavičky rozdělujeme do čtyř fází:

1. První fází porodního mechanismu je flexe hlavičky. Při vstupování hlavičky hlouběji do pánevního vchodu a procházením dalších rovin porodních cest dochází k progresi hlavičky.
2. Druhou fází porodního mechanismu je vnitřní rotace. Ta je ukončena v rovině pánevního východu.
3. Třetí fází porodního mechanismu je deflexe. Současně s deflexí dochází přes hráz k porodu temena, čela, obličeje a bradičky.
4. Čtvrtým mechanismem je zevní rotace. Jakmile je hlavička celá porozená, otáčí se záhlavím na tu stranu, kde je hřbet plodu a obličejem na stranu opačnou.

(Roztočil, 2008, s. 115-116).

1.1.4 Třetí doba porodní

„Je obdobím, v jehož průběhu dochází k porodu placenty, pupečníku, plodových obalů a retroplacentárního hematomu a dochází k poporodní retrakci myometria. Dělí se na tři období.“ (Roztočil, 2008, s. 117). Fáze odlučovací, vypuzovací a hemostatická.

1.1.5 Poporodní období

„Jde o tříhodinový interval po porodu placenty, ve kterém je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením.“ (Roztočil, 2008, s. 118).

1.2 Operační vaginální porod

K operačnímu vaginálnímu porodu přistupujeme převážně z akutní indikace při ohrožení zdraví a života matky, plodu nebo obou. (Roztočil, 2004, s. 359). Do operačního vaginálního porodu zahrnujeme vaginální porod pomocí porodnických kleští nebo vakuumextraktoru. Před jejich naložením provádíme ve většině případů profylaktickou episiotomii. (Roztočil, 2008, s. 323).

1.2.1 Episiotomie

„Nástřih hráze se provádí jak profylakticky před instrumentální extrakcí plodu, tak při prořezávání hlavičky v případě, že hrozí ruptura hráze, která se projevuje napjatou, lesklou a anemickou kůží.“ (Roztočil, 2008, s. 323). Episiotomie slouží k rozšíření měkkých cest porodních. Výhody spočívají v urychlení II. doby porodní, zamezení traumatizace hlavičky novorozence, v prevenci ruptury hráze a pochvy, lepším kosmetickém stavu vulvy po šestinedělí, prevenci skrytých ruptur pánevního dna, sestupem rodidel a močové inkontinence. (Roztočil, 2008, s. 323).

Tato nejčastěji prováděná porodnická operce může mít i své komplikace. Mezi časné komplikace řadíme infekce sutury, dehiscence a vznik hematomů. K pozdním komplikacím patří vznik keloidní bolestivé jizvy, inkluzních cyst, vaginoperineální fistuly, morfologické změny vulvy a chronický fluor. Následkem těchto komplikací trpí ženy genitálním dyskomfortem a dyspareunií. (Roztočil, 2004, s. 360).

„Profylaktickou episiotomii provádíme vždy po lokální infiltraci perinea anestetikem. Anestezie při episiotomii prováděné při napnuté a anemické hrázi není nutná, pokud je provedena během kontrakce.“ (Roztočil, 2008, s. 323).

Episiotomie rozdělujeme následujícím způsobem:

1. Episiotomie mediální.
2. Episiotomie laterální - vzhledem k obtížnějšímu ošetření a časté deformaci poševního vchodu po zajizvení sutury se tento typ episiotomie již nepoužívá.
3. Episiotomie mediolaterální.

(Roztočil, 2008, s. 323-324).

1.2.2 Forceps

Porodnické kleště jsou nástroj, který slouží k extrakci plodu z porodních cest matky. Tuto operaci je možno provést pouze při hlavičce vstouplé do pánve minimálně velkým oddílem. Máme tři druhy kleští: Simpsonovy, Breusovy a Kjellandovy (viz. Příloha P I). Indikací k použití kleští je akutní intrapartální hypoxie plodu ve II. době porodní. Ze strany matky mohou být indikace jako: horečka za porodu (38°C a více), nemožnost použití břišního lisu (obezita, hernie, diastáza a celková onemocnění matky), fyzicky a psychicky vyčerpaná nebo nespolupracující matka, silné krvácení (ruptura varixů), nebo nepostupující porod ve II. době porodní i po aplikaci uterokinetik. Indikace ze strany matky a plodu se často překrývají a doplňují.

Použití porodnických kleští by mělo být pouze za určitých podmínek:

1. Odteklá plodová voda.
2. Zašlá branka.
3. Živý plod.
4. Hlavička plodu je fixována v porodních cestách, mimo kontrakci nelze vysunout.
5. Šev šířový v přímém, nebo šikmém průměru.
6. Vstouplá hlavička alespoň v šíři pánevní.
7. Hlavička a porodní cesty by měly být bez nepoměru.

(Roztočil, 2008, s. 329-330).

„Při dodržení podmínek provedení klešťového porodu a při jeho lege artis provedení je vznik komplikací vzácný. Komplikace mohou postihnout jak matku, tak plod/novorozence.“

(Roztočil, 2004, s. 362). Může dojít ke vzniku trhlin hrdla, pochvy a hráze. Roztržení dolního děložního segmentu a poranění měkkých i kostěných částí hlavičky plodu.

Mezi časné následky patří vznik hematomů, sekundární hojení sutur, vznik poporodní retence moče, apod. K pozdním následkům se řadí například morfologické změny děložního hrdla, vznik píštělí, keloidních jizev v pochvě a na perineu. Následkem těchto pozdních komplikací je dyspareunie a psychické poruchy ženy. Vznikají i poruchy sociální zejména v oblasti manželského a rodinného soužití. (Roztočil, 2004, s. 362).

1.2.3 Vakuumextraktor

Vakuumextrakce (viz. Příloha P II) je vedle klešťového porodu další z možností operačního ukončení vaginálního porodu. Indikace k použití VEX jsou: hrozící hypoxie plodu, nepostupující II. doba porodní, potřeba snížení zátěže rodičky, ochrana dělohy u žen s jizvou na děloze po předchozím SC nebo operaci na děloze.

K provedení VEX by měly být splněny tyto podmínky:

1. Informovanost matky.
2. Prázdný močový měchýř.
3. Přítomnost zkušeného porodníka.
4. Zralý plod.
5. Odteklá PV.
6. Zašlá branka.
7. Vstoupilá a fixovaná hlavička.
8. Poloha plodu podélná hlavičkou.
9. Obecné podmínky pro vaginální porod
(normální pánev, nepřítomnost nepoměru, apod.).

(Šimetka, 2009, s. 257-265).

Kontraindikací vakuumextrakce je kefalopelvický nepoměr a polohy čelní, obličejová, nožkami, kolínkem. Pro riziko hemoragií se VEX neprovádí u předčasně rozených plodů. Relativní kontraindikací je abnormální rotace hlavičky. Kontraindikací ze strany matky je trombopenie. (Doležal, 2007, s. 195-203)

Komplikace vzniklé následkem použití VEX u matky jsou méně časté než při použití kleští. Nicméně je nutno počítat s častějšími i závažnějšími rupturami pochvy než při spontánním porodu. Neonatální morbidita při použití VEX je vyšší než při použití kleští. (Roztočil, 2004, s. 363).

2 KLASIFIKACE PORODNÍHO PORANĚNÍ

Definice a klasifikace porodních poranění není jednotná. V současné době chybí i jednoznačné doporučení k ošetření a následné péči o porodní poranění. Pro tuto práci byla zvolena 4stupňová klasifikace ruptury hráze dle Royal College of Obstetricians and Gynecologists (Britské královské společnosti gynekologů a porodníků), která je nejvíce rozšířená v zahraničních učebnicích.

- I. stupeň = poranění kůže perinea.
- II. stupeň = poranění perinea zahrnující perineální svaly bez análního svěrače.
- III. stupeň = poranění perinea zasahující i musculus sfincter ani.
 - IIIa. = méně než 50 % zevního análního svěrače.
 - IIIb. = více než 50 % zevního análního svěrače.
 - IIIc. = zevní i vnitřní anální svěrač.
- IV. stupeň = poranění zevního a vnitřního análního svěrače a sliznice rekta.

(Záhumenský, 2009, s. 330-338).

Dále bylo stanoveno, pouze pro tuto práci, rozdělení porodního poranění:

1. Stav bez porodního poranění.
2. Episiotomie.
3. Spontánně vzniklá poranění perinea (hráze).
4. Spontánně vzniklá poranění vagíny (pochvy).
5. Spontánně vzniklá poranění děložního hrdla.
6. Spontánně vzniklá poranění děložního těla.
7. Poranění rekta (konečníku).

Porodní poranění vede k řadě důsledků jako je například únik moči, inkontinence plynů a stolice, porucha senzitivity zevního genitálu, sestup pánevních orgánů a hlavně sexuální dysfunkce. (Líbalová, 2010, s. 299).

Neošetřená nebo nesprávně ošetřená poranění mohou být příčinou velkých krevních ztrát a pozdějších anatomických a funkčních poruch., *Ošetření porodních poranění je de facto sekundární prevencí poporodní dyspareunie. Podmínkou je vždy co nejdokonalejší rekonstrukce pánevního dna.*“ (Líbalová, 2010, s. 303).

„Porodní poranění jsou zatížena jednak nepravidelností linií poranění, jednak složitou strukturou pánevního dna a hráze. Výhodou je vždy minimální množství šicího materiálu na maximální možný efekt chirurgického zákroku. Z kožních stehů vychází s největším profitem pro snížení dyspareunie steh intradermální. V neposlední řadě je důležitý výběr typu šicího materiálu - doporučované jsou stehy s polyglykolové kyseliny, v současnosti snad dostupné všem českým porodnicím.“ (Líbalová, 2010, s. 303).

Ke snížení komplikací větších porodních poranění je na pracovištích v České republice podávána v 87 % antibiotická profylaxe. Jednorázové peroperační podání antibiotik preferuje 29 % pracovišť u nás. Užívány jsou peniciliny s inhibitory laktamáz nebo cefalosporiny III. generace, samotné nebo v kombinaci s metronidazolem, dále ampicilin nebo cefalosporiny I. generace, samotné nebo opět v kombinaci s metronidazolem.

Péče o porodní poranění nebývá ve většině případů nijak speciální. Stačí běžná hygiena. Po vymočení a po stolici je vhodné poranění osprchovat pod tekoucí vodou, důkladně osušit. Vyvarovat by se mělo aplikací různých mastí a krémů.

(Záhumenský, 2010, s. 90-103).

„Hojení porodních poranění lze podpořit lokální pulzní laserovou terapií či ultrazvukem, při protražovaném hojení jsou lepší výsledky po podání lokálních estrogenů, popřípadě lokální injekcí kortikosteroidů s hyaluronidázou a lokálním anestetikem. Jako úspěšná metoda se jeví též akupunktura.“

Rekonstrukční operace a plastika pochvy jsou nutné jen výjimečně, a to u žen s těžkým jizevnatým hojením a vaginální stenózou.

Pokud hovoříme o sekundární prevenci v souvislosti s ošetřením, je zapotřebí zmínit prevenci primární - chránění hráze za porodu hlavičky a ramének plodu, zvolení dostatečné (avšak ne nadbytečné) epiziotomie, adekvátní vedení porodu a předporodní rehabilitace.“ (Líbalová, 2010, s. 303). „Rehabilitace v době těhotenství se zabývá gymnastikou pánve, relaxačními cviky a přípravou k porodu. V současné době je v ní zahrnuta (mezi pacientkami relativně oblíbená) masáž perinea. Spočívá v digitální masáži hráze pomocí lubrikačních prostředků. Provádí se cca 6 týdnů před porodem, zhruba 10 minut denně, buď jako automasáž, anebo za pomoci partnera.“ (Líbalová, 2010, s. 303).

Žena zaujme polohu v polosedu s pokrčenýma nohama. Po zvlhčení prstů, třeba i rostlinným olejem, zavede do pochvy ukazováček a prostředníček a pomalu je roztahuje od sebe.

Prsty by měly po tkáni klouzat. Hloubka zavedení by měla být zhruba po konec druhého článku prstu. Prsty přejíždí z jedné strany na druhou a stěnu pochvy tlačí směrem dolů a dopředu. Masáž zakončí mnutím hráze mezi palcem a ukazováčkem tak, že ukazováček je zaveden uvnitř a palec vně. Cílem je zvýšení elasticity perinea a prevence především rozsáhlých porodních poranění. (Maryšková, 2010, s. 80-81).

Porodní poranění je třeba kontrolovat. U nás je zažitý systém dvou kontrol po porodu. První je 6 - 8 týdnů po porodu, kdy součástí vyšetření musí být starostlivá anamnéza se zaměřením na funkci střev, močového měchýře a na sexuální funkce. Dále by nemělo chybět důkladné vaginální a rektální vyšetření, kontrola stavu poranění, zavnutí dělohy a výskytu nejběžnějších poporodních problémů. Na edukaci ohledně antikoncepce by se nemělo zapomínat. Druhá kontrola se provádí rok po porodu.

(Záhumenský, 2010, s. 90-103).

2.1 Poranění hráze

„Trhliny hráze (rupturae perinei) jsou nejčastějším poraněním při porodu, jsou různého rozsahu i lokalizace. Mohou zasahovat do přilehlé části pochvy, svalstva pánevního dna i konečníku.“ (Roztočil, 2008, s. 295).

Závažným trhlinám hráze by se mělo vyhnout hlavně z důvodů: bolesti (akutní, chronické), dyspareunie, inkontinence, ale i rektovaginálního píštěle. (Hirsch, 2007, s. 48).

Příčiny poranění hráze mohou být různé, ať už ze strany matky, plodu, nebo z průběhu samotného porodu. K hlavním příčinám, proč dochází k poranění hráze, ze strany matky jsou vysoká hráz, vyšší věk - rigidita (nepružnost, ztuhlost), předešlé jizvy a hypogenitalismus (vývojová porucha pohlavních orgánů). Další příčinou může být deflekční poloha plodu, nebo jeho velikost. Vzhledem k průběhu porodu je rizikem pro poranění hráze překotný porod a nedostatečně chráněná hráz. Poranění se projevuje krvácením podle rozsahu poškození. Prevence poranění tedy spočívá ve správném vedení porodu, chránění hráze a včasném nástřihu hráze (episiotomie).

Léčbou poranění hráze je chirurgické ošetření, které se provádí v lokální anestezii 1 % mezokainem, a pečlivá hygiena v šestinedělí. (Roztočil, 2008, s. 295-296).

2.2 Poranění pochvy

„Ruptury pochvy vznikají současně s trhlinami sousedních orgánů, vulvy či hráze. Izolované trhliny pochvy vznikají ve střední části.“ (Roztočil, 2008, s. 296).

„Příčiny poševních trhlín jsou mechanického původu. Kontrahující se děloha vytahuje pochvu směrem nahoru, zatímco hlavička ji cirkulárně rozpíná a táhne směrem dolů. Při operačních výkonech vznikají těžší ruptury především po předchozím zánětlivém procesu v pochvě.“ (Roztočil, 2008, s. 296).

Poranění pochvy se projevuje krvácením, při palpaci je narušená stěna poševní. Může se vyskytnout i hematom pochvy, který deformuje celou pochvu a zužuje ji. Pacientka při tom udává tlak na konečník a bývá anemická. Prevencí poranění je opět správné vedení porodu, včasná episiotomie a diagnóza porodních překážek.

Léčbou poranění pochvy je zašití trhliny a podvázání krvácejících cév. Drobné hematomy se mohou vstřebat, větší je potřeba incidovat a vyprázdnit. (Roztočil, 2008, s. 296).

2.3 Poranění děložního hrdla

„Povrchní trhliny zanikající branky vznikají téměř u každého porodu, snadno se hojí a nezanechávají žádné následky.“

Větší trhliny se mohou šířit až do kleneb poševních. Nejčastěji dochází k podélným trhlinám po stranách hrdla. Takové trhliny mohou sahat až k dolnímu segmentu děložnímu. Následkem může být vznik hematomu v parakolpiu, který rodičku ohrožuje na životě krvácením a vznikem sekundární infekce. Někdy může dojít k odtržení části čípku mimo zevní branku. Výjimečně se může odtrhnout celý čípek, jehož branka nepovolovala roztažení.“ (Roztočil, 2008, s. 296).

Tyto rozsáhlé ruptury děložního hrdla musíme vždy pečlivě ošetřit a provést suturu v celkové anestezii rodičky. Monitorujeme: TK, P a krevní obraz. Aplikujeme uterotonika a hemostyptika. (Hájek, 2004, s. 369).

Prevencí poranění děložního hrdla je dostatečně dozrálé hrdlo děložní před indukci porodu, dále by rodička neměla tlačit před zajitím branky. Trhlina čípku může vzniknout u rodičky nezávisle na paritě, tudíž provádíme po porodu revizi hrdla děložního a pochvy u všech pacientek. (Roztočil, 2008, s. 296). *„Neošetřené nebo špatně ošetřené trhliny mají za následek deformity čípku, ektropium a chronickou cervicitidu. Tato poškození jsou základem*

vzniku prekanceróz čípku. Následky takovýchto poškození mohou být sekundární sterilita, předčasné porody a potraty v důsledku insuficience hrdla děložního.“

(Roztočil, 2008, s. 296).

2.4 Poranění těla děložního

„Trhlina těla děložního (ruptura corporis uteri) je porušení celistvosti stěny děložní v oblasti těla děložního nebo v dolním segmentu. Může vzniknout v průběhu těhotenství nebo za porodu.“ (Roztočil, 2008, s. 297).

Podle rozsahu anatomického poškození dělíme poranění těla děložního na kompletní (roztržena je celá stěna děložní) a inkompletní (může být subperitoneální nebo extramukózní). Dále můžeme rozdělit poranění dle mechanismu vzniku na samovolné, spontánní (dehiscentio uteri) a violentní (ruptura uteri). (Roztočil, 2008, s. 297).

Vyskytne-li se překážka v postupu naléhající části, jako je např. zúžená pánev, kefalopelvicový nepoměr, či vcestný myom vzniká spontánní ruptura během porodu v důsledku zvýšeného intrauterinního tlaku za kontrakce. Vznik ruptury také podporuje lokalizace placenty v místě jizvy, nebo prorůstání choriových klků do hlubších vrstev děložní stěny. Nejčastějším místem ruptury je roztažený a ztenčený dolní segment děložní. Trhlina vzniká na boku a obvykle bývá podélná. Příčné trhliny jsou vzácné.

(Roztočil, 2008, s. 297).

Za stavu, kdy hrozí ruptura dělohy, se kontrakce postupně zesilují až do stavu hypertonu. Zároveň se na břiše objevuje Bandlova rýha, která se postupně přesunuje směrem nahoru. Stahy děložní jsou čím déle, tím více bolestivé, rodičku to nutí tlačit, ačkoliv hlavička se nachází nad vchodem. Tento stav bývá doprovázený velkým strachem a obavami rodičky, která se často sama dožaduje ukončení porodu císařským řezem.

(Roztočil, 2008, s. 297).

„Od počátku příznaků hrozící ruptury děložní jsou přítomny příznaky intrauterinní tísně plodu na CTG jako následek stupňujícího se nedostatku kyslíku. Příčinou je snížený průtok krve placentou při nadměrné děložní činnosti. Je třeba zdůraznit, že ne všechny ruptury děložní vznikají pod tímto obrazem. Některé vzniknou nepozorovaně, pomalu a bez předchozích varovných příznaků. Proto je nutná zvýšená opatrnost u všech žen, kde by mohla eventuálně ruptura vzniknout. Predisponujícím faktorem je jizva po předchozím císařském

řezu nebo velká hlavička plodu. Děloha se může roztrhnout při nevhodně indikované porodnické operaci či předávkování uterotoniky.

Vznik ruptury děložní se projeví náhlou bolestí v břiše, po které úplně ustane děložní činnost. Vzápětí vzniká krvácení do dutiny břišní nebo přes pochvu se stupňujícími se příznaky hemoragického a traumatického šoku. Rodička má rychlý pulz, klesá krevní tlak, poměrně rychle nastupuje mdloba, úzkost, neklid a lapavé dýchání. Jestliže se plod nebo jeho části dostaly přes trhlínu do dutiny břišní, lze je přes stěnu břišní nahmatat a vedle plodu hmatáme kulovitý útvar - dělohu. Ozvy plodu nelze zachytit. Platí zásada, že při každém hemoragickém šoku s podezřením na trhlínu dělohy je třeba laparotomicky zrevidovat dutinu břišní. “ (Roztočil, 2008, s. 297-298).

Prognóza je pro matku i pro plod velmi nepříznivá. Mortalita plodů byla dříve 100 %, nyní je závislá na rychlosti vybavení plodu z dělohy. Komplikací může být vzduchová embolie nebo embolie plodovou vodou. (Roztočil, 2008, s. 297-298).

Léčbou při hrozící ruptuře je tokolýza a ukončení porodu císařským řezem. Ukončení porodu kleštěmi je kontraindikováno. Při vzniklé ruptuře těla děložního je nevyhnutelná okamžitá laparotomie. (Roztočil, 2008, s. 298).

3 SEXUALITA ŽENY

„V průběhu 20. století se v Evropě dramaticky změnilo postavení a chování žen jak ve společenském, tak v intimním životě. Po staletí byla úloha ženy vymežována náboženstvím a morálním kodexem na funkci rodičky a vychovatelky dětí starající se o domácnost. Potěšení ze sexu bylo určeno pouze mužské části populace. Ještě velký klasik psychoanalýzy Sigmund Freud (1856-1939) byl mylně přesvědčen o tom, že ženy jsou předurčeny k pasivní roli v sexu, který jim přináší jen nepříjemné pocity při pohlavním styku a bolesti při porodu dítěte. Sexuální svoboda, vzdělání a možnost plánovaného těhotenství umožnily dnes ženám plnohodnotný pohlavní život přinášející potěšení a satisfakci.“

(Pohanka, 2008, s. 109).

K ženským sexuálním funkcím patří sexuální touha, vzrušení, orgasmus a satisfakce. Toto rozdělení je praktické pro definování poruch ženské sexuality.

Touha je mentální stav způsobený stimuly, které indikují potřebu neboli chtějí zúčastnit se sexuální aktivity. Je složena ze základů biologických, motivačních a kognitivních. Podkladem pro biologické základy je působení hormonů, převážně androgenů a estrogenů. Na důvěrnosti, prožitku a vztazích jsou založeny motivační základy. K záležitosti kognitivní se řadí riziko a chtějí.

Vzrušení je stav specifických fyziologických a pocitových změn zpravidla spojených se sexuální aktivitou. Vzrušení může být složeno z centrálních mechanismů (představy, sny a fantazie), negenitálních periferních mechanismů (slinění, pocení, kožní vazodilatace a erekce bradavek), a genitálních mechanismů (městnání v klitoridě, lábiích a vagině).

(Záhumenský, 2010, s. 28-29).

Orgasmus je alterace vědomí s primárně genitálními vjemy. Dochází k rytmickým kontrakcím děložní svaloviny, orgastické manžety v přední třetině pochvy (m. bulbocavernosus a ischiocavernosus) a svěrače konečníku. Orgasmus rozdělujeme podle místa, odkud je vyvolán, na klitoridální a vaginální. Většina žen je vzrušivá klitoridálně a vaginální orgasmus jsou schopny prožít převážně starší ženy. Grafenberg popsal místo na přední straně poševní, které je rozhodující pro vyvolání vaginálního orgasmu, nazývané bod G. U některých žen dochází při orgasmu k expluzi většího množství tekutiny z pochvy, pravděpodobně jde o lubrikační tekutinu vytvářenou zvýšením sekrece. Avšak nelze při orgasmu vyloučit ani únik moči. (Pohanka, 2008, s. 111).

Satisfakce je subjektivní pocit uspokojení a harmonie, způsobený nejspíš vyplavením endorfinů z thalamických jader středního mozku. (Záhumenský, 2010, s. 28-29).

Sexualitu ženy můžeme rozdělit i do jednotlivých životních období:

1. Dětská sexualita.
2. Puberta.
3. Předmanželská sexualita.
4. Manželská sexualita.
5. Sexuální chování v průběhu těhotenství.
6. Sexuální aktivita během období šestinedělí.
7. Sexuální aktivita po šestinedělí.
8. Sexuální chování v postmenopauze.

3.1 Dětská sexualita

Základní sexuální návyky vznikají již v dětském věku a jsou ovlivněny výchovou. První tři roky života jsou proto nejkritičtější, neboť návyky z tohoto období ovlivňují sexualitu v dospělosti. Sexuální identifikace je pevně vytvořena v době, kdy dítě začíná mluvit. Děti jsou schopny prožívat základní sexuální emoce, vzrušení i orgasmus. Tyto dětské sexuální projevy však ještě nemají erotický charakter. Jde pouze o jednoduchou prožitkovou libost. (Pohanka, 2008, s. 109).

3.2 Puberta

„Důležitým mezníkem v sexuálním životě je puberta, kdy se z dítěte stává jedinec s vyjádřenými druhotnými pohlavními znaky. V tomto období se formuje schopnost mladých lidí prožívat pevnější citové vazby, zamilovat se.“ (Pohanka, 2008, s. 109).

3.3 Předmanželská sexualita

Nový pohled na předmanželskou sexualitu přináší dvacáté století. Mění se názor na předmanželský sex žen, který se přibližuje tradičně liberálnímu názoru na sex mužský. Předmanželský pohlavní styk se stává normální součástí života mladých lidí, avšak stále trvá rozdíl v sexuálním chování žen a mužů. Dívky mají menší sklon k promiskuitě, hraje u nich větší úlohu citová vazba a zamilovanost. (Pohanka, 2008, s. 109).

3.4 Manželská sexualita

„Manželství je institucionalizovaná forma partnerství mezi ženou a mužem. Sexualita je její důležitou součástí. Narození dětí a jejich výchova vytvářejí atmosféru rodiny. Sexualita ovlivňuje vztah mezi manželi a může se stát rozhodujícím činitelem tohoto vztahu. Mužská a ženská sexualita se vyznačuje určitými rozdíly v odpovědi na erotizaci danými anatomickými, endokrinními a psychologickými odlišnostmi.“ (Pohanka, 2008, s. 109).

3.5 Sexuální chování v průběhu těhotenství

V průběhu těhotenství zájem ženy o sex klesá, zejména ve třetím trimestru. Jestliže těhotenství probíhá fyziologicky, není důvod k omezování sexuální aktivity. Výjimkou jsou poslední týdny před porodem, kdy se doporučují nekoitální praktiky vzhledem k riziku předčasného porodu, krvácení či intraamniální infekce. Toto riziko není však vysoké při zachování běžných pravidel sexuální hygieny a při dobrém zdravotním stavu manželů. Důležité je volit šetrné koitální pozice. (Pohanka, 2008, s. 109-110).

Mezi kontraindikace pohlavního styku v graviditě patří: odtok plodové vody, předčasná děložní aktivita, vaginální krvácení - asymptomatická placenta praevia, inkompetence hrdla děložního, akutní projevy vaginálního zánětu, dekompenzace chorob přidružených ke graviditě a obava ženy z pohlavního styku. (Líbalová, 2010, s. 297).

3.6 Sexuální aktivita během období šestinedělí

Poporodní období se vzhledem k jeho průměrné délce trvání nazývá šestinedělí. Pohlavní styk je možný po zhojení porodních poranění, zejména perinea a po ústupu krvácení. Začátek pohlavního života tedy nemusí být striktně až po ukončení šestinedělí, nýbrž je zcela individuální stejně tak, jako provozované sexuální aktivity. Jako prevence puerperální infekce je potřeba dodržovat pravidla sexuální hygieny. Asi 50 % žen trpí poporodní dyspareunií a relativně velký počet žen má nepříjemné pocity po styku i rok po porodu. Tyto změny jsou častější po vaginálním porodu, ale mohou se vyskytnout i u žen po císařském řezu. (Roztočil, 2008, s. 127-140).

3.7 Sexuální aktivita po šestinedělí

Po šestinedělí může žena bez obav obnovit pohlavní život, je-li zdravá a má zhojená porodní poranění. Laktace a kojení nepřináší většinou výrazné sexuální komplikace, avšak u některých žen v době kojení přetrvává nízký zájem o pohlavní styk. Příčinou může být prolaktin, který působí tlumivě, nebo vzhledem k pracovní zátěži či depresi z vyčerpání se nevyklučují ani psychogenní příčiny. (Pohanka, 2008, s. 110).

Kojení podporuje snížení nadbytečných kilogramů, nemá vliv na ochabnutí prsů ani nekazí postavu. Tudíž není třeba v době kojení omezovat pohlavní život, ale pozor, kojení nelze používat jako antikoncepční prostředek. (Roztočil, 2008, s. 127-140).

3.8 Sexuální chování v postmenopauze

„V průběhu klimakteria klesá vlivem trofického působení nedostatku estrogenů elasticita pochvy a lubrikační schopnost.“ (Pohanka, 2008, s. 110). Následkem je bolestivý pohlavní styk. Jehož řešením bývá užití lubrikací a hormonální substituční terapie, jako jsou například estrogení poševní tablety či masti. (Pohanka, 2008, s. 110). *„Při fyziologickém stárnutí dochází rovněž ke změnám fyziologie sexuální aktivity. Někdy je obtížné rozlišit mezi tím, jaká část sexuální dysfunkce je důsledkem nepatologického stárnutí a co je následek zdravotních obtíží. Zejména kardiovaskulární a endokrinní onemocnění jsou významně spojena se sexuální dysfunkcí. Někteří autoři dokonce zmiňují otázku syndromu androgenní nedostatečnosti u žen, na což zatím není mnoho důkazů, a provedené studie v této oblasti nevycházejí jednoznačně. Je však pravdou, že některé testosteronové preparáty mohou po menopauze vylepšit sexuální funkce u žen. Některé práce uvádějí pozitivní vliv dehydroepiandrosteronu (DHEA) na sexuální funkce žen. Výsledky těchto studií prokázaly vyšší sexuální apetenci a pocit dobré pohody při suplementaci DHEA.“* (Pohanka, 2008, s. 110).

4 ŽENSKÉ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

„Sexuální dysfunkce jsou poruchy sexuální výkonnosti, charakterizované nedostatečností jedné nebo několika fyziologických složek sexuálního chování. Jde o kategorii chápanou velmi různě různými autory. V literatuře nalezneme pojetí kladoucí důraz na funkční nebo psychogenní povahu sexuálních dysfunkcí, stejně tak i pojetí, která vycházejí z biologických etiologických faktorů.“ (Zvěřina, 2010, s. 339).

Největší část odborníků prosazuje koncepci multifaktoriální etiologie těchto stavů. Jde tedy o typicky psychosomatické klinické jednotky, u nichž je třeba respektovat jejich komplexní bio-psycho-sociální povahu.

Z uvedených sexuálních funkcí, v kapitole č. 3, lze konstruovat oblasti, které se týkají sexuálních dysfunkcí. V oblasti sexuálního vzrušení jde o vyjádření základních sexuálních reakcí u mužů i žen, tedy o tumescenci genitálu. U žen dochází hlavně ke zvlhčení poševní sliznice (lubrikace), u mužů k tuhosti pohlavního údu (erekce). Snadnost dosažení pocitového vyvrcholení (orgasmu) je další oblastí sexuálních dysfunkcí. Oblast sexuálního uspokojení (satisfakce) je málo sledovaná, ale důležitá, neboť tato vysloveně psychická kvalita v konečné instanci rozhoduje o tom, jak žena svoji sexualitu hodnotí, jak je s ní spokojená. (Zvěřina, 2010, s. 339).

Mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MKN-10) rozděluje základní klasifikace sexuologických diagnostických skupin na organické a funkční. Organicky podmíněné sexuální problémy a poruchy žen lze klasifikovat v diagnostické skupině:

N94	Bolest a jiné stavy, sdružené s ženskými pohlavními orgány a s menstruačním cyklem.
N94.1	Dyspareunie (nepychogenní).
N94.2	Vaginismus (nepychogenní).

Sexuální dysfunkce nezpůsobené organickou poruchou (tedy neorganické, tzv. funkční nebo psychogenní) lze klasifikovat v kategorii F52:

1. Poruchy sexuální apetence.

F52.0	Nedostatek nebo ztráta sexuální apetence (frigidita, nízký sexuální zájem).
F52.10	Odpor k sexualitě - sexuálně averzivní porucha.

2. Poruchy sexuálního vzrušení.
 - F52.11 Nedostatečné prožívání sexuality.
 - F52.2 Selhání genitální odpovědi.
3. Poruchy orgasmu.
 - F52.3 Dysfunkční orgasmus.
4. Sexuální bolestivé poruchy.
 - F52.5 Neorganický (funkční) vaginismus.
 - F52.6 Neorganická (funkční) dyspareunie.
5. Zvýšený sexuální pud.
 - F52.7 Hypersexualita.

V praxi je velice nesnadné tuto klasifikaci dodržet, neboť se nacházíme na půdě typických psychosomatických souvislostí. (Pohanka, 2008, s. 112), (Zvěřina, 2010, s. 339).

„Tradiční hodnocení sexuálních dysfunkcí vychází z čistě heterosexuálního modelu lidského sexuálního chování. Navíc klade jednostranný důraz na koitální aktivitu. Některé dysfunkce jsou přímo definovány mírou neschopnosti koitu. Při poruchách sexuální apetence, vzrušení a orgasmu, však nemusí jít jen o poruchu fyziologických regulací těchto složek. Za slabou sexuální apetenci a vzrušivostí, stejně jako za problémy v dosahování orgasmu můžeme nalézt poruchu sexuální orientace nebo identifikace. Přítomnost sexuálně deviantních (parafilních) tendencí u dysfunkčních mužů a žen bývá podceňována - také proto, že jde o stavy poměrně obtížně rozpoznatelné. Pouze podrobné psychologické vyšetření a zejména vyšetření psychofyziologické (vulvo- nebo falopletysmografie) někdy zjedná jasno.“ (Zvěřina, 2010, s. 339).

Vyšetřování sexuálních dysfunkcí vyžaduje hodnocení anamnestických dat a dat o aktuálním sexuálním životě. Je třeba hodnotit jak partnerské vztahy a sexuální aktivity, tak sexuální chování autoerotické. (Zvěřina, 2003, s. 63).

Důležité je hlavně podrobné gynekologické vyšetření. Pečlivé posouzení vulvy, klitorisu, introitu a vagíny z hlediska atrofických změn, ztráty elasticity, zánětu, infekce, zjizvení a prolapsu genitálií. Jakákoli bolestivost při palpaci musí být vyšetřena. Laboratorní vyšetření se řídí anamnézou a tělesným vyšetřením. (Pohanka, 2008, s. 111).

Každá sexuální dysfunkce by měla být v diagnostickém závěru definována zejména v těchto kategoriích:

1. Sexuální dysfunkce primární (vyskytuje se u pacienta už od počátku jeho pohlavního života) a sekundární (vyskytuje se až po určitém delším období bezporuchového pohlavního života).
2. Sexuální dysfunkce úplná (chybění některé fyziologické sexuální kvality, např. chybění lubrikace, pevné erekce nebo orgasmu) a částečná (příslušná sexuální funkce je narušena pouze do jisté míry nebo jen za nepříznivých okolností, např. sporá lubrikace, nespolehlivá erekce nebo problémy s dosahováním orgasmu).
3. Sexuální dysfunkce generalizovaná (není vázaná na aktuální partnerský vztah) a selektivní (je vázaná na určitý partnerský vztah a jeho kvalitu).
4. Sexuální dysfunkce převážně funkční/psychogenní a převážně organicky podmíněná. (Zvěřina, 2010, s. 340).

Prevalence sexuálních dysfunkcí v populaci není přesně známa, ale je nesporné, že většina těchto poruch se ve své mírnější podobě vyskytuje alespoň někdy v životě většiny lidí. V průzkumu sexuálního chování reprezentativního vzorku české populace Weisse a Zvěřiny uvedlo 17 % žen a 19 % mužů, že někdy v životě trpěli sexuální poruchou. Ve stejném průzkumu uvedlo 11 % žen a 15 % mužů, že mají sexuální problémy aktuálně. Epidemiologické studie sexuálních dysfunkcí ukazují zvyšující se prevalenci těchto poruch s věkem u obou pohlaví.

Průběh sexuálních dysfunkcí je kvalita, o které víme jen málo. Však nejčastěji pozorujeme různě časované kolísání intenzity a příznaků s kratšími i delšími spontánními remisemi. (Zvěřina, 2010, s. 340-341).

Ve vývoji pohledu na příčiny a léčbu sexuálních dysfunkcí docházelo v posledních desetiletích k výrazným změnám. V popředí zájmu odborníků zůstávají spíše mužské sexuální dysfunkce, zatímco ženská sexualita a její dysfunkce zůstávají pro menší naléhavost pacientek více v pozadí. Tento důraz na mužskou sexualitu zdůraznilo navíc i zdokonalení diagnostiky a terapie (např. chirurgické zákroky na cévách, implantace penilních protéz, využívání podtlakových erektorů, farmakoterapie - Viagra, atd.).

(Kratochvíl, 2008, s. 17-20).

Příčiny mužských i ženských sexuálních dysfunkcí jsou pestré, u většiny je třeba předpokládat multifaktoriální etiologii. Uplatňují se zde faktory konstituční, biologické, psychické i sociální.

V terapii sexuálních dysfunkcí se uplatňuje důsledně psychosomatický přístup s důrazem na celostní analýzu každého případu. Dominantní roli má však specifická psychoterapie, orientovaná behaviorálně (sexoterapie). Sexoterapie se uplatní dobře i u těch sexuálních dysfunkcí, které mají jednoznačně organickou povahu. Stále větší roli v léčbě hraje farmakoterapie, z níž se používají medikamenty s účinky centrálními i periferními. Své místo mají též exogenní hormony, především androgeny a estrogeny.

Nemělo by se také opomenout celkové zlepšení psychické i tělesné kondice pacientů. Stresy všeho druhu ovlivňují negativně sexuální život všech lidí. Jak zdůrazňoval klasik Alfred Kinsley, nejlepším afrodisiakem je dostatek pohybu na čerstvém vzduchu a důkladný spánek. (Zvěřina, 2010, s. 340-341).

4.1 Poruchy sexuální apetence

Jde o nízký sexuální zájem nebo ztrátu sexuální touhy, které hodnotíme patologicky v případě, že jsou zdrojem výraznějších partnerských a psychických problémů. Jen vzácně se porucha nízké sexuální apetence vyskytuje izolovaně, a rovněž málo kdy jde o poruchu primární. Častěji se tedy s touto poruchou setkáváme v souvislosti s různými duševními a tělesnými potížemi, nebo partnerskými a jinými sociálními konflikty. Jako sekundární poruchu sexuální apetence je označován stav, kdy ženy zdůrazňují naprostý nezájem o pohlavní styky s konkrétním mužem. Takový stav někdy jen odráží navenek sotva postřehnutelný partnerský nesoulad. Jindy jde o stav, vyvolaný nadměrnou zátěží při nutnosti zvládnout současně péči o domácnost, děti, manžela a zaměstnání. Typické jsou tyto sekundární poruchy v mladých manželstvích.

Častou příčinou poklesu a ztráty sexuální apetence je depresivní stav. Souvislost může být i s hyperprolaktinemií nebo s nedostatkem estrogenů v menopauze. Některá onemocnění vedou svým vlivem k poklesu sexuálního zájmu. Mohou to být např. různé typy hypothyreózy, poruchy činnosti nadledvin, nádory rodidel a prsu, diabetes mellitus, atd. Také podávání některých léků, převážně ty, které ovlivňují náladu či odstraňují úzkost, mají za následek snížení sexuální apetence. Léčba by měla vycházet z předpokládané etiologie, protože jen vzácně jde o stav primární. Zlepšit partnerské vztahy, sociální problémy paci-

entky, a zcela se nevyhýbat pohlavním stykům s partnerem, je důležité mít na paměti, avšak ne vždy je to úplně možné. Sexuální aktivitu zvyšují některé léky (ergolinové deriváty, yohimbin). Jindy stačí dodávat malé dávky chybějících hormonů. U depresivních a úzkostných pacientek se příznivě uplatňují psychofarmaka.

Vystupňovanou poruchou sexuální apetence je sexuální averze. Disponují ji ženy po traumatickém sexuálním zážitku, kterým mohlo být sexuální zneužití v dětství nebo znásilnění. Klíčem terapeutického úspěchu u nízké apetence i sexuální averze je kvalita partnerského vztahu a kvalita osobnosti partnera. (Zvěřina, 2000, s. 19-20), (Zvěřina, 2010, s. 341-342).

4.2 Poruchy sexuálního vzrušení

Jde o poměrně častou sexuální dysfunkci, vyskytující se u žen všech věkových kategorií. Může mít povahu buď primární, nebo sekundární dysfunkce. Žena má problémy s dosažením a udržením dostatečné tumescence genitálu, či lubrikace v průběhu pohlavního styku. Sídlo poruchy je však centrální. Je to insuficience základní sexuální emoce, pohlavního vzrušení. Občas se ale můžeme setkat se stavem, kdy žena tvrdí, že je pohlavně vzrušena ale lubrikace se přesto nedostavuje. Jedná se o stav periferní poruchy lubrikace, která se nejčastěji vyskytuje po menopauze, jako důsledek estrogenního deficitu a poruch trofiky pochvy. Jako hlavní problém u žen s poruchami sexuálního vzrušení nacházíme nedostatečné uvolnění pochvy a suchost poševní sliznice. To má za následek obtížný koitus, který vede k nepříjemným pocitům až bolestivosti. Nedostatečná lubrikace je pravidelným průvodním projevem všech hypoestrinních stavů. Nejčastěji tedy menopauzy, ale také může být nepříznivým doprovodem dlouhého a intenzivního kojení.

Terapie spočívá v psychoterapii a ve snaze odstranit všechny rušivé faktory. Největším problémem frigidit bývá konfliktní vztah k partnerovi. Pozn.: O frigiditě hovoříme, pokud jsou symptomy kombinovány. Sexuální vzrušivost ženy mohou snižovat i některé léky, např. psychofarmaka působící sedativně, či antihypertenziva. Medikamentózně je možné sexuální vzrušivost ovlivnit podáváním např. dopaminergních preparátů, yohimbinu, antidepressiv, nebo inhibitorů PDE 5. Při nedostatečné lubrikaci lze aplikovat estrogen ve formě poševních čípků nebo gelu plus používání lokálních lubrikačních prostředků. Důležitou cestou k sexuálnímu vzrušení jsou sexuální sny, fantazie a autoerotika.

Opakem nízké sexuální vzrušivosti je vzácná porucha, charakterizovaná nepříjemně dlouho trvajícím sexuálním vzrušením. Při této dysfunkci ženy pociťují dlouhodobé intenzivní sexuální vzrušení, bez sexuálního zájmu. Vyskytuje se zvláště u poruch psychopatologických a neurologických. Léčba spočívá v podávání sedativ nebo anxiolytik.

(Zvěřina, 2010, s. 342-343).

4.3 Poruchy orgasmu

Není žádnou výjimkou, když žena prožije první pocitové vyvrcholení až po 30. roce života, a to orgasmus koitální, nekoitální, ale též i masturbační. Orgasmus může být rozdělen dle místa, z něhož je vyvoláván. A to na orgasmus klitoridální, vaginální, uterinní a smíšený. Také můžeme rozlišovat orgasmus podle intenzity subjektivního prožitku na malý a velký orgasmus. Kdy malý orgasmus není následován uvolněním a refrakterní fází, zatímco velký orgasmus tyto atributy má. V tomto případě není rozhodující, ze kterého místa byl orgasmus vybaven.

Jako hlavní oblast pro senzorickou část orgastického reflexu bývá zmiňován bod G, který se vyskytuje na přední stěně pochvy, avšak někteří takovou oblast nacházejí spíše v hloubce pochvy nebo na krčku děložním. Nejspolehlivější senzorickou oblastí pro vyvolání orgasmu je společné dráždění vulvy a klitorisu.

Poměrně málo prostudovaný je vztah ženského orgasmu k hormonálním mechanismům. Z hypotalamických neuropeptidů má přímý vztah k orgastickému prožitku oxytocin. Nepochybně se na prožitkové kvalitě orgastické emoce také podílí produkce endorfinů. Útlum všech kortikálních oblastí mozku bývá při silně prožitém orgasmu.

V literatuře se poměrně často vyskytují údaje o vypuzování tekutiny z rodidel ženy při orgasmu. Zdrojem této orgastické expluze je uváděna někdy pochva, někdy močová trubice.

Nejméně třetina žen má s orgastickou emoci problémy. Pocity vyvrcholení se u nich dostavuje jen ojediněle, za určitých podmínek. Jeho dosažení je vázáno na specifickou stimulaci, na kvalitu partnerského vztahu nebo na subjektivní vyladění. Potíže s dosažením orgasmu, stejně jako anorgasmii, není proto možné vždy označit za sexuální dysfunkci, protože by pak byla dysfunkční minimálně třetina všech žen. Důležitým faktorem, který ovlivňuje orgastickou kapacitu ženy, je věk. Mladé ženy bývají více anorgastické, a až desetina žen jimi zůstává po celý život. (Zvěřina, 2010, s. 343-345). Anorgasmie může být primární nebo sekundární. Při primární anorgasmii žena nikdy nedosáhla orgasmu jakou-

koliv stimulací. Ženy, které dosáhnou orgasmu při masturbaci, ale při styku s partnerem nikoliv, jsou označovány jako ženy se sekundární anorgasmií. (Záhumenský, 2010, s. 31). Řada poruch prožívání pocitového vyvrcholení je právě získanou vlastností. Příkladem takové poruchy jsou ty problémy s orgasmem, které se rozvíjejí u mladých matek po porodu. Důvodem jsou jak změněné anatomické poměry rodidel, tak stres při změně sociální situace. (Zvěřina, 2000, s. 21-24), (Zvěřina, 2010, s. 343-345).

Porucha orgasmu bývá také spojena s problémy ve vztahu, psychickými nemocemi a užíváním některých léků, např. antidepressiv. (Záhumenský, 2010, s. 31).

Ačkoliv je orgasmus především emoce, tedy centrální prožitková záležitost, rozhodují o jeho kvalitě do značné míry tělesné projevy. Jsou to především záškuby a křečovitě stahy svalů dna pánevního. Tyto stahy vytváří ve vstupní třetině pochvy orgastickou manžetu. Zatímco citová hnutí lze těžko nějak trénovat, stahy pánevního svalstva mohou být vhodným nácvikem posilovány. V léčbě poruch orgasmu se proto doporučují Kegelovy cviky, podle amerického gynekologa Arnolda Kegela. V podstatě jde o nacvičování zadržení pohlavního údu v pochvě při pohlavním styku. Dále má své hlavní místo v léčbě psychoterapie, kdy je zapotřebí posilovat pozitivní vztah k sexuálnímu životu v nejširším smyslu slova. Také experimentování s masturbací a nekoitálním sexem bývá velmi užitečné.

(Zvěřina, 2000, s. 21-24), (Zvěřina, 2010, s. 343-345).

4.4 Poruchy sexuální satisfakce

Ani dosažení orgasmu a uspokojivý průběh sexuálního vzrušení nemusí znamenat úplnou spokojenost s průběhem sexuálního života. I když je to vzácné, může samotný orgasmus být zdrojem negativních pocitů. Patří sem vegetativní potíže (škytavka, zvracení, průjem), bolesti hlavy migrenózního typu a u žen se stresovou inkontinencí moči může při orgastických stazích docházet i k pomočení. Negativně mohou ženy pociťovat i orgastické exploze moče při takzvané ženské ejakulaci. Také poševní lubrikace může být tak hojná, že její vypuzení z pochvy pacientku zneklidní.

Do oblasti psychopatologie spadají stavy vyskytující se při pohlavním styku, jako jsou deprese, vyčerpání a oslabení. Léčba u takovýchto stavů je individuální. Při vegetativních symptomech podáváme anxiolytika a vegetativní sedativa. Při koitálních migrénách působí dobře ergolinové deriváty, podané preventivně.

(Záhumenský, 2010, s. 32), (Zvěřina, 2010, s. 345-346).

4.5 Sexuální bolestivé poruchy

Jak už bylo řečeno v předchozích kapitolách této práce, jsou sexuální bolestivé poruchy nepříjemným důsledkem různých onemocnění a stavů v životě ženy. Mezi nejznámější bolestivé poruchy se řadí vaginismus a dyspareunie.

Bolest definujeme jako senzorkou a emocionální zkušenost, která se vztahuje k aktuální nebo potencionální poruše tkání. Je to symptom, jehož etiopatogeneze je široká. Často signalizuje organickou nebo funkční lézi. U některých sexuálních deviací vzbuzuje bolest sexuální vzrušení. Pro většinu lidí je však důvodem k odmítání pohlavní aktivity.

Bolest při sexu hodnotíme: podle doby vzniku, dynamiky, frekvence výskytu, intenzity, délky trvání a lokalizace. (Pastor, 2008, s. 465-471).

Příčiny bolesti můžeme především rozdělit podle toho, kdy a kde se vyskytují:

1. Bolesti při sexu dle toho, kdy se bolest vyskytuje, rozlišujeme:

- Bolest před pohlavním stykem
 - způsobují ji především zánětlivé procesy v malé pánvi apod.
- Bolest v průběhu koitu
 - je způsobena nejčastěji endometriózou, atrofií, kolpitis, atd.
- Bolest po skončení pohlavního styku
 - vyskytuje se hlavně u pánevní kongesce, pelipatie, postkoitální dysurie, migrény, atd.

2. Bolesti při sexu dle lokalizace rozdělujeme na oblasti:

- Zevní genitál, vulva, vestibulum vaginae, dolní třetina pochvy
 - pravděpodobnou příčinou problémů v této oblasti je vestibulodynia, vulvární vestibulitida, bartolinitis nebo vulvovaginitis.
- Střední část pochvy
 - příčinou problémů tady může být kolpitis, vaginální septum nebo cysta.
- Proximální vagína, cervix, uterus, adnexa, parametria, malá pánev
 - problémy v této lokalizaci způsobují pravděpodobně tumory, cysty, PID, endometrióza, kolpitis nebo cervicitis.

Bolest při koitu lokalizují ženy neurčitě, ale většinou se týká oblastí: zevního genitálu nebo poševního vchodu, břicha a bolestí v pochvě (hluboká vaginální bolest). Gynekologická bolest je nejčastěji lokalizována v podbříšku, současně může být spojená i s bolestí v kříži. (Pastor, 2008, s. 465-471).

Pokud je bolest pociťovaná při hlubokém pronikání pohlavního údu do pochvy a jeho prudkém narážení na děložní čípek, která podle důkladného gynekologického vyšetření nemá příčinu, je třeba omezit vhodnou koitální polohou s omezenějším pronikáním pohlavního údu. (Kratochvíl, 2008, s. 134).

Bolest vyskytující se na začátku soulože v místě poševního vchodu může být prostým důsledkem nedostatečného zvlhnutí ženy. V tomto případě je zapotřebí delší milostná předehra, aby se mohly rozvinout přípravné pochody vedoucí k orosení poševních stěn a transudát se dostal v dostatečném množství až do poševního vchodu. Také by se měly odstranit rušivé psychické vlivy, tj. negativní emoce, zejména strach, které mohou lubrikaci blokovat. Princip je podobný jako u muže, kdy analogické vlivy blokují jeho erekci. Je-li i přes tato doporučení lubrikace nedostatečná, je třeba ji nahradit uměle, užitím zvlhčujících gelů nebo lubrikovaného kondomu. (Kratochvíl, 2008, s. 133-134).

Pokud žena pociťuje silnou bolest ve vestibulu a při pokusu o proniknutí do pochvy, citlivost a tlak lokalizovaný ve vulvě, tak se nejčastěji jedná o vulvární vestibulární syndrom (vulvovestibulitis). Ženě toto onemocnění působí sexuální dyskomfort, dyspareunii a často odmítá koitus. Stanovení diagnózy je však obtížné, obvykle až po vyloučení infekční etiologie. Gynekolog může testovat doteky vatovou štětičkou na různých místech zevní genitální oblasti, žena je vnímá velmi nepříjemně. Objektivně se ještě někdy vyskytuje erytém různého stupně. Příčina vulvární vestibulitis je nejasná. Uvádějí se faktory infekční, hormonální, genetické i psychogenní. V léčení se zkoušejí různé masti, sedací koupele, kognitivně behaviorální ovlivňování bolesti i chirurgické zákroky.

(Pastor, 2010, s. 238-239), (Kratochvíl, 2008, s. 133-134).

4.5.1 Dyspareunie

Dyspareunie je poměrně častý stav, který označuje výskyt nepříjemných nebo bolestivých pocitů při souloži. Řadí se sem stavy, které působí ženám bolestivé potíže při imisi penisu do vagíny nebo bolesti v jakékoli fázi pohlavního styku. Dyspareunie zahrnuje převážně pálení, svědění a bolesti ve střední části vagíny. Jako aktuální problém udává dyspareunii 14-18 % žen, z nichž 45 % tím trpí celoživotně. Bolest při souloži komplikuje, či zcela znemožňuje pohlavní život. Působí párové sexuální problémy a emoční napětí.

(Kratochvíl, 2008, s. 133-134), (Pastor, 2008, s. 465-471), (Pastor, 2010, s. 237-238),

(Trojan, 2011, s. 38-41), (Záhumenský, 2010, s. 31-32).

Pojem dyspareunie je občas spojován s pojmem algopareunie. Autoři jako například Zvěřina (2010) tvrdí, že frikční koitální pohyby penisu v pochvě vyvolávající nepříjemné pocity je nazýváno dyspareunií, a pokud tento stav přechází až v bolest, nazýváme to algopareunií. V této práci však pojem dyspareunie zahrnuje jak nepříjemné pocity při styku, tak i bolest, neboť většina autorů v tomto rozdělení není jednotná, a i v mezinárodní klasifikaci se pojem algopareunie užívá jen výjimečně. (Pastor, 2008, s. 465-471).

Etiologie dyspareunie může být jak psychická, tak sociální a somatická. Zpravidla je důsledkem zánětů, traumatu, anomálie nebo atrofie. Někdy se může jednat pouze o psychosomatický problém. V diferenciální diagnostice hledáme primárně příčinu způsobenou gynekologickým onemocněním. Při řešení dyspareunie je zapotřebí komplexní multidimenzionální přístup. Jako první by se gynekolog měl zaměřit na diagnostiku a vyléčení somatického onemocnění, které mohou bolest při styku působit. Identifikace možných psychologických příčin, spadají do kompetence sexuologa, psychologa, psychiatra a dalších odborníků. Léčba je účelná v kombinaci specifického gynekologického léčení s psychoterapií. Občas podáváme psychofarmaka, ale účelná je i párová nácviková léčba. Nepříjemné pocity ve vagíně lze zmírnit užitím lokálních anestetik v gelu či spreji (např. Lidocain spr.) a sedacími koupelemi. Bolesti a spasmům lze předejít použitím lubrikantu před koitem. U postmenopauzálních žen může pomoci substituční hormonální terapie - lokálně aplikovaný estrogen ve formě čípků/gelu a balneoterapie. Typickou bolest v určité poloze zezadu nebo na zádech s maximálně flektovanými kyčelními klouby, jejíž příčina může být v pohybovém aparátu, a to jak v kostním, tak nervosvalovém, lze zmírnit indikací fyzioterapie. (Pastor, 2008, s. 465-471), (Pastor, 2010, s. 237-247), (Roztočil, 2011, s. 124, 428), (Trojan, 2011, s. 38-41).

Dyspareunii můžeme pro větší přehlednost rozdělit:

1. Primární dyspareunie a sekundární dyspareunie.
2. Dyspareunie organická/nepsychogenní/N94.1
a dyspareunie neorganická/funkční/psychogenní/F52.6.
3. Postpartální/poporodní dyspareunie.

4.5.1.1 Primární dyspareunie

Objevuje se během prvních pokusů o pohlavní styk a je lokalizována v oblasti poševního vchodu.

Příčiny primární dyspareunie:

- Psychogenní.
- Lokální traumata: zbytky hymenu, laterace nebo zhmoždění uretrálního ústí.
- Nedostatečná lubrikace - obvykle jako následek nedostatečné přede hry.
- Neohleduplná imise.
- Iritace nepřiměřeně upraveným kondomem.
- Alergické reakce na antikoncepční přípravky: pěny, želé.
- Léze poševního vchodu - vzniklé jako následek zánětů.
- Zánět labiálních potních žláz.
- Absces bartholinské žlázy nebo ductu.
- Abnormality genitálu: kongenitální septum, rigidní hymen.

(Pohanka, 2008, s. 113), (Záhumenský, 2010, s. 31-32), (Zvěřina, 2010, s. 345).

4.5.1.2 Sekundární dyspareunie

Nevztahuje se k prvnímu sexuálnímu styku, většinou se vyvíjí až o několik let později. Důsledkem jsou zpravidla anomálie, traumata, degenerativní změny, zánětlivé onemocnění vnějších nebo vnitřních rodidel. Pokud se však jedná o poruchu psychosomatickou, na jejímž vzniku nebo udržování se podílejí psychogenní faktory, tak jde především o negativní postoj ženy ke konkrétnímu partnerovi nebo k sexu vůbec.

Původně organicky podmíněný symptom se může udržovat mechanismem sekundárního zisku, kterým je pro ženu možnost vyhnout se styku s partnerem, vůči němuž cítí averzi, nebo styk alespoň omezit s odůvodněním, že trpí gynekologickým onemocněním.

(Kratochvíl, 2008, s. 133-134).

Další příčiny sekundární dyspareunie:

- Psychogenní: nízká sexuální vzrušivost, nedostatečná lubrikace.
- Anatomické poruchy: vaginální septum, rigidní hymen.
- Patologické procesy: pánevní a poševní záněty, endometrióza, tumory, syndrom ponechaného ovaria.
- Iatrogenní poškození: resekce pochvy, stenóza introitu, koloidní jizvy, zesílení perineálních vazů po episiotomii a plastických úpravách.
- Urologické problémy: cystitida, uretritida.
- U žen po přechodu: hormonální příčiny - nedostatek endogenních estrogenů - snížení trofiky poševní stěny, úroveň lubrikace, vysychání a ztenčování sliznice.
- Gynekologické operace a terapie nádorů rodidel.
- Stavby po operacích pochvy a dělohy.
- Ostatní: vaginismus, vulvodynie, infekce, suburetrální divertikly, pelvická kongesce, adnexální patologie, retroflexe dělohy, atd.

Prevenčí sekundární dyspareunie je vyšetření obou partnerů, kdy zjištěné léze a defekty by měly být řešeny. Dále otevřené vysvětlení týkající se reprodukčních orgánů a jejich funkcí, fyziologických a psychologických faktorů podílejících se na sexuálním životě a v neposlední řadě seznámení se sexuálními technikami.

(Kratochvíl, 2008, s. 133-134), (Pastor, 2008, s. 465-471), (Pohanka, 2008, s. 113),

(Záhumenský, 2010, s. 31-32), (Zvěřina, 2000, s. 24), (Zvěřina, 2010, s. 345).

4.5.1.3 Postpartální dyspareunie

Slovo postpartální znamená poporodní a dyspareunie, jak už bylo řečeno, je bolestivý pohlavní styk. Tato kapitola je pouze doplňující, neboť převážná část informací, vztahující se k bolestivému pohlavnímu styku po porodu, už byla popsána.

Dyspareunie, snížená sexuální apetence, poruchy orgasmu a jiné sexuální poruchy se vyskytují 22-86 % žen v poporodním období. Sexuální život ženy po porodu je limitovaný poporodním poraněním, hormonálními změnami (hyperprolaktinémie a hypoestrismus), změnou sociálního uspořádání rodiny a psychickou zátěží. Ženy nejčastěji uvádí jako příčinu zhoršeného sexuálního života po porodu dyskomfort v oblasti episiotomie, krvácení, výtok, únavu, obavu, že neuslyší plačící dítě, obavu z poranění a snížený pocit sexuální atraktivity.

Porod je významnou stresogenní událostí spojenou se zásadními bio-psycho-sociálními změnami, jejichž negativní dopad na sexuální život je natolik evidentní, že horší sexuální aktivita v poporodním období je obecně považována za normální.

Hypoestrismus je prolongovaný hypoestrinní stav, který je důsledkem vysokých hladin prolaktinu v období laktace. Snížená hladina estrogenů způsobuje atrofickou vaginitis (ztenčení poševního epitelu a snížení poševní elasticity), jejímž významným průvodním znakem je dyspareunie. Ve většině studií, které sledovaly poporodní sexuální dyskomfort u kojících žen, byla dyspareunie častější, déle trvající a současně byl i deficit lubrikace. Symptomy často ustupují po lokální aplikaci estrogenů (estradiolu).

(Líbalová, 2005, s. 99-102).

Preventivní provádění masáží hráze se v současné době nejeví významně přínosné pro postpartální dyspareunii. S dopadem na poporodní sexuální život je nejvýhodnější neprovedení nástřihu hráze, pokud však je episiotomie prováděná, pak je svými důsledky srovnatelná mediální episiotomie s intaktní (nedotčenou) hrází a pochvou. Porodní poranění je z hlediska prevence dyspareunie důležité ošetřit dobře vstřebatelnými materiály.

K zásadám terapie poporodní dyspareunie patří kontrola dostatečného ošetření porodních poranění, preventivní řešení atrofické vaginitis u kojících žen lokální aplikací estrogenů a léčba interkurentních infekcí celého močopohlavního ústrojí. Dále to je farmakoterapie depresivní symptomatologie a psychoterapeutická podpora páru či alespoň postižené ženy. Také rehabilitace svalů pánevního dna a provádění Kegelových cviků přináší zkvalitnění sexuálního života, nicméně na intenzitu a dobu trvání postpartální dyspareunie vliv nemají.

(Líbalová, 2005, s. 99-102), (Líbalová, 2010, s. 303).

Z aktuálně volně prodejných přípravků ovlivňujících postpartální dyspareunii můžeme uvést: lokální estrogenové krémy/globule, přípravek s fytoestrogenem (např. PhytoSoya), přípravek s kyselinou hyaluronovou (např. Cicatridina, FeminellaHyalosoft), přípravek z jetele lučního (např. Femibion Intima) a lubrikační gel. (Slíva, 2011, s. 12-27, 52-57).

4.5.2 Vaginismus

Spasmus vagíny neboli vaginismus je charakterizován silnými mimovolnými stahy svalstva poševního vchodu při jakémkoliv pokusu o penetraci do pochvy. K typickým stahům pochvy se někdy přidávají odmítavé reakce až odpor ke každému doteku na genitálu. Libido a orgastická schopnost mohou být zachovány.

Vaginismus rozdělujeme na organický/nepsychogenní/N94.2 a vaginismus neorganický/funkční/psychogenní/F52.5. Nutno také rozlišovat generalizovaný a situační. Kdy při situačním vaginismu je penetrace možná v nějaké situaci, kdežto u generalizovaného nikoli. V naprosté většině jde o poruchu primární, kdy jsou přítomny intrapsychické faktory, ale vyskytuje se i sekundární vaginismus, který se rozvíjí po nějakém bolestivém a traumatickém zážitku.

Příčina není známa, často se však vaginismus objevuje při dyspareunií. Někdy doprovází některé nemoci, psychické interpersonální stavy, ale může být i projevem strukturálních a vývojových poruch. Také strach z otěhotnění, ztráty kontroly a z poranění při koitu bývá příčinou vaginismu, nejčastěji při nesprávném chápání soulože jako aktu násilí.

Terapie vaginismu spočívá v psychoterapii, a v postupné dilataci vaginálních spasmů. Je užitečné provádět Kegelova cvičení. Kontrakce perivaginálních svalů, následná relaxace a uvědomění si pocitů při uvolnění, pomáhají ženě získat kontrolu nad vaginálními svaly. Jako podpůrnou terapii lze doporučit lokální anestetikum.

(Pohanka, 2008, s. 113), (Záhumenský, 2010, s. 32), (Zvěřina, 2010, s. 345).

4.6 Sexuální dysfunkce vázané na gynekologické obtíže a operace

4.6.1 Premenstruační tenze

Zhruba polovina žen prodělává několik dní před termínem menstruace výrazné zhoršení duševního stavu, projevující se prostým neurastenickým syndromem nebo závažným psychopatologickým stavem. Pohlavní život ovlivňuje zhoršená nálada, která snižuje sexuální apetenci a vzrušivost. Do období menstruační tenze zákonitě patří i časté partnerské konflikty. Terapeuticky se u syndromu premenstruační tenze uplatňují psychofarmaka, anebo antikoncepční tablety k potlačení ovulace (ženy s anovulačním cyklem premenstruační tenzí téměř netrpí). (Pohanka, 2008, s. 113-115), (Zvěřina, 2000, s. 26-29).

4.6.2 Gynekologické záněty

Žena se silnými výtoky a bolestmi při koitu přestane pohlavní styky brzy vyhledávat, neboť samotná léčba přináší obvykle jen přechodná zlepšení, zvláště u kvasinkových zánětů. Kolpitivity a cervicidity mohou být chronické a léčebně velmi těžce ovlivnitelné. Je zapotřebí při velkých výtocích a zánětech, aby byl vyšetřen i partner/manžel pacientky. Léčení celého páru často přinese úspěch. Také lepší hygiena pohlavních styků a omezení styků nechráněných, příznivě ovlivňuje výskyt především mykotických a jiných fluorů.

(Pohanka, 2008, s. 113-115), (Zvěřina, 2000, s. 26-29).

4.6.3 Operace

Chirurgické zákroky, bezprostředně interferující s pohlavním životem, se hlavně týkají vulvy, pochvy a dělohy. K často prováděným gynekologickým operacím a těm, které mají vliv na sexualitu, řadíme:

1. Vulvektomie.

Je mutilující chirurgický výkon při provádění radikální terapie karcinomu vulvy, však receptivní koitální funkce nemusí být podstatně porušena.

2. Hysterektomie

Je poměrně častý chirurgický výkon, kde problémy pro sexuální prožívání ženy, vznikají při nevýhodném zajizvení operační rány (poševní sutury), které způsobilo zkrácení nebo zúžení pochvy. Následkem jsou nepříjemné pocity až bolestivost při styku. Partnerské problémy žen po hysterektomii jsou zejména tam, kde indikací k výkonu byl karcinom. Důležitá je komunikace lékaře s pacientkou a jejím manželem. Také příznaky deplece estrogenů po hysterektomii vykazuje řada žen. Projevem jsou návaly horka, depresivní nálada, snížený zájem o sex a snížená poševní lubrikace. Terapií je substituce malých dávek hormonů.

3. Odstranění vaječníků

Vede ke ztrátě hlavního zdroje ženských pohlavních hormonů. Tento nedostatek polovina žen vyrovnává z jiných zdrojů, jako jsou nadledviny a tuková tkáň. Nedochozí tedy u nich k výpadovým projevům, které zahrnují návaly horka, depresivní náladu, snížený zájem o sex a sníženou poševní lubrikaci. Možnou terapií je substituce malých dávek hormonů.

4. Sterilizace

Jako antikoncepční metoda, přerušením vejcovodů, není u nás zatím příliš oblíbená. Zahraniční zkušenosti s ní však jsou velmi dobré. Není pravda, že by podvaz vejcovodů vedl k hypotrofii a k funkčním poruchám ovarií. Děje se tak vzácně, pouze při chybně provedeném výkonu. Častěji dochází k negativním účinkům na psychiku a sexuální aktivitu ženy. Negativní psychické reakce se projevují hlavně u žen, kde motivace k výkonu byla ambivalentní, či vynucována manželem. Důležité je tedy psychologické vyšetření/příprava ještě před sterilizací.

5. Mastektomie

Má jen přechodný biologický vliv na sexualitu, ale psychologické následky jsou devastující. Žena po ablaci prsu ztrácí sexuální sebevědomí, a to může způsobit hrubé psychické poruchy. Lékař by měl být taktní a jednoznačně čelit strachu a úzkosti pacientky. (Pohanka, 2008, s. 113-115), (Zvěřina, 2000, s. 26-29).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce se zabývá výzkumem, který má hlavní cíl zjistit výskyt a souvislosti postpartální dyspareunie po vaginálních porodech. K získání požadovaných informací byla zvolena metoda anonymního dotazníku v tištěné podobě. Dotazníkové šetření probíhalo v období únor - duben 2012 v Olomouckém a Zlínském kraji. Dotazníky byly ženám rozdávány osobně v ambulancích a na odděleních šestinedělí (šestinedělky dotazníky vyplňovaly ve vztahu k předchozímu porodu, nikoliv k tomu nynějšímu).

5.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Respondentkami jsou ženy po vaginálním porodu, ať už po spontánním, nebo po operativním (forceps/vakuumextrakce). Tyto ženy byly dotazníkovou položkou č. 14 rozdělené na dvě skupiny, a to na ženy trpící postpartální dyspareunií a na ženy netrpící postpartální dyspareunií.

Celkem bylo rozdáno 112 dotazníků, návratnost činila 100 %. Z důvodu zmatečného a neúplného vyplnění byly čtyři dotazníky vyřazeny. Aby byla 100 % jistota, že u žen trpících bolestivým pohlavním stykem se skutečně jedná o postpartální dyspareunii, byla v dotazníkové položce č. 15, jedna odpověď (viz. Příloha P V), která nám z výzkumu vyřadila ženy, trpící pravidelně bolestivým pohlavním stykem i bez souvislosti s porodem. Těchto žen bylo celkem osm. Tato vyřazovací odpověď, položka č. 15, není dále zpracovávána ve výsledcích výzkumu, měla splnit pouze tento účel. V konečné fázi zpracováváme 100 dotazníků (100 %), kdy 50 respondentek je trpících postpartální dyspareunií a 50 touto sexuální dysfunkcí netrpí.

5.2 Cíle výzkumu

Cíl 1: Zjistit výskyt postpartální dyspareunie po vaginálních porodech.

Cíl 2: Zjistit faktory ovlivňující výskyt postpartální dyspareunie po vaginálních porodech.

Cíl 3: Zjistit charakter bolesti u žen s postpartální dyspareunií po vaginálních porodech.

Cíl 4: Zjistit závislost postpartální dyspareunie po vaginálních porodech
na porodním poranění.

Cíl 5: Zjistit míru informovanosti o postpartální dyspareunií.

5.3 Dotazníkové šetření

Dotazník se skládá z 27 dotazníkových položek, které se vztahují ke stanoveným cílům bakalářské práce. Položka č. 27 není zařazena ve výsledkách výzkumu, neboť sloužila pouze pro připomínky k dotazníku. Dotazník obsahuje položky č. 15 - č. 23, sloužící pouze pro ženy trpící postpartální dyspareunií. K rozdělení respondentek do dvou skupin sloužila položka č. 14.

Dotazník je uveden v příloze P V.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Získaná data jsou uspořádána podle položek dotazníku a otázky zůstávají v původním znění. Odpovědi jsou upraveny do tabulek a grafů. Komentáře obsahují pouze významná data potřebná pro výzkum.

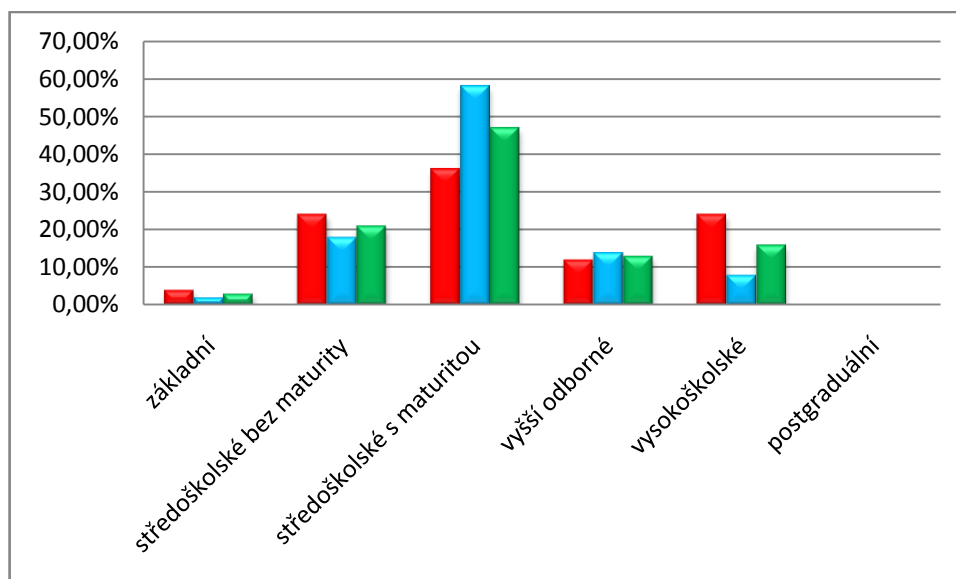
Položka 1: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Ze získaných dat vyplývá, že obě skupiny žen tvoří převážně ženy se středoškolským vzděláním s maturitou 47 (47,00 %). Významný rozdíl je patrný u vysokoškolského vzdělání, kdy ženy trpící postpartální dyspareunií mají zastoupení 12 (24,00 %) oproti 4 (8,00 %) žen netrpících touto sexuální dysfunkcí.

Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání

	ženy trpící postpartální dyspareunií		ženy netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
základní	2	4,00	1	2,00	3	3,00
středoškolské bez maturity	12	24,00	9	18,00	21	21,00
středoškolské s maturitou	18	36,00	29	58,00	47	47,00
vyšší odborné	6	12,00	7	14,00	13	13,00
vysokoškolské	12	24,00	4	8,00	16	16,00
postgraduální	0	0,00	0	0,00	0	0,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání

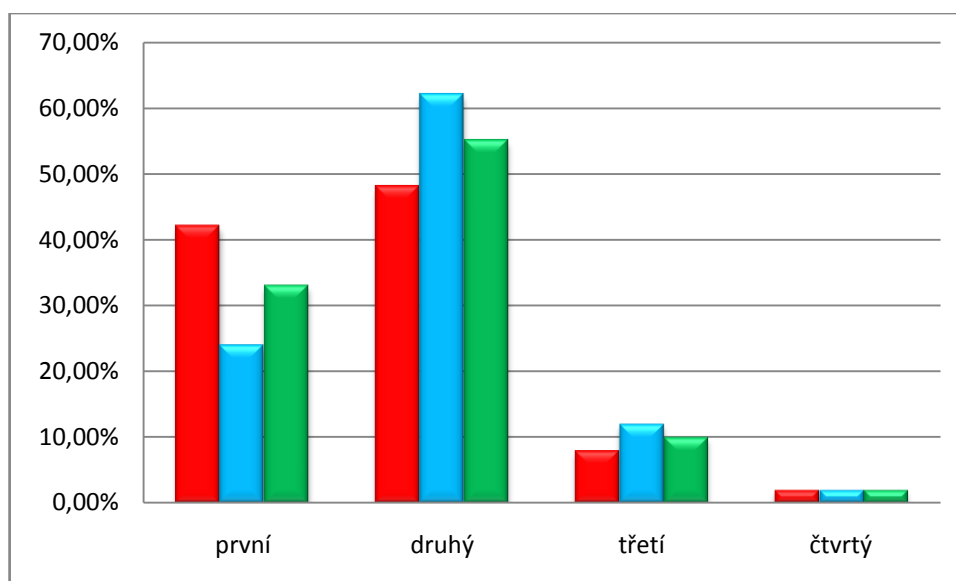


Položka 2: Kolikátý v pořadí byl Váš poslední porod?

Na základě této položky je vidět, že 55 (55,00 %) respondentek bylo po druhém porodu. V případě žen trpících postpartální dyspareunií je důležité poznamenat, že není velký rozdíl v zastoupení žen po prvním 21 (42,00 %) a po druhém 24 (48,00 %) porodu. Ale v porovnání s druhou skupinou vidíme rozdíl značný. Žen po prvním porodu trpících postpartální dyspareunií je 21 (42,00 %) a žen netrpících postpartální dyspareunií je pouze 12 (24,00 %). V případě žen po druhém porodu je 31 (62,00 %) netrpících a 24 (48,00 %) trpících postpartální dyspareunií.

Tabulka 2 *Pořadí posledního porodu*

	ženy trpící postpartální dyspareunií		ženy netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
první	21	42,00	12	24,00	33	33,00
druhý	24	48,00	31	62,00	55	55,00
třetí	4	8,00	6	12,00	10	10,00
čtvrtý	1	2,00	1	2,00	2	2,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

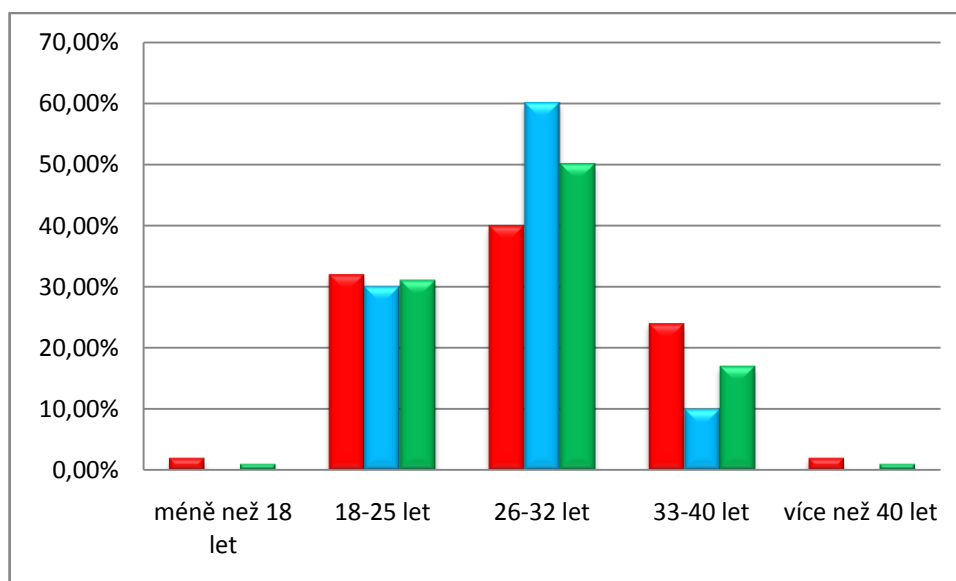
Graf 2 *Pořadí posledního porodu*

Položka 3: Kolik Vám bylo v době porodu let?

V době porodu bylo 26 - 32 let 50 (50,00 %) respondentkám obou skupin. V porovnání skupin je vidět rozdíl u žen ve věku 33 - 40 let, kdy ženy s postpartální dyspareunií mají zastoupení 12 (24,00 %) a ženy bez této sexuální dysfunkce pouze 5 (10,00 %). Opačný případ lze vidět u věkové skupiny 26 - 32 let, kdy je 20 (40,00 %) žen trpících postpartální dyspareunií a až 30 (60,00 %) těch, které touto sexuální dysfunkcí netrpí.

Tabulka 3 *Věk v době porodu*

	ženy trpící postpartální dyspareunií		ženy netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
méně než 18 let	1	2,00	0	0,00	1	1,00
18-25 let	16	32,00	15	30,00	31	31,00
26-32 let	20	40,00	30	60,00	50	50,00
33-40 let	12	24,00	5	10,00	17	17,00
více než 40 let	1	2,00	0	0,00	1	1,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

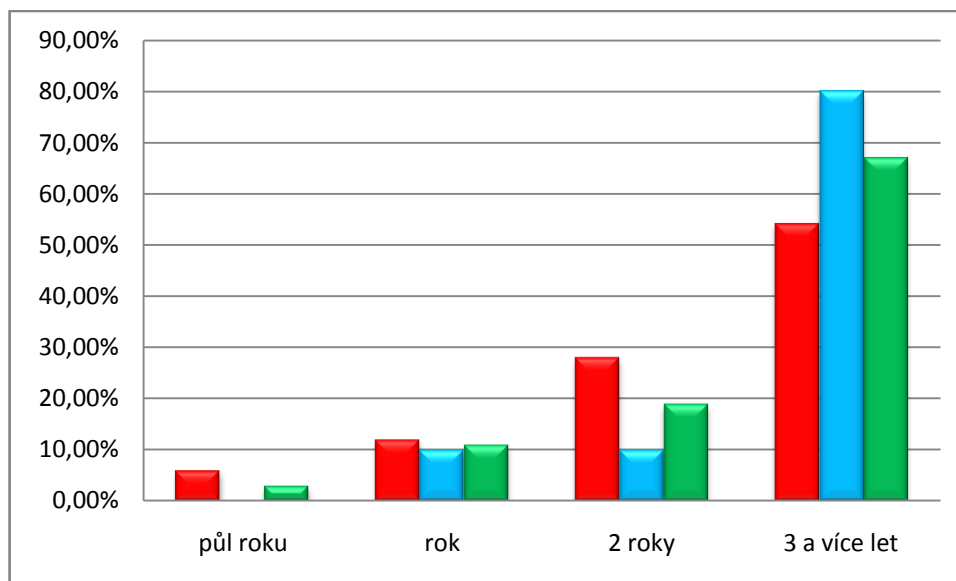
Graf 3 *Věk v době porodu*

Položka 4: Jak dlouhá doba už uběhla od posledního porodu?

U 67 (67,00 %) respondentek uběhlo 3 a více let od posledního porodu, u 19 (19,00 %) uběhly 2 roky, u 11 (11,00 %) rok a u 3 (3,00 %) půl roku.

Tabulka 4 *Doba od posledního porodu*

	ženy trpící postpartální dyspareunií		ženy netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
půl roku	3	6,00	0	0,00	3	3,00
rok	6	12,00	5	10,00	11	11,00
2 roky	14	28,00	5	10,00	19	19,00
3 a více let	27	54,00	40	80,00	67	67,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

Graf 4 *Doba od posledního porodu*

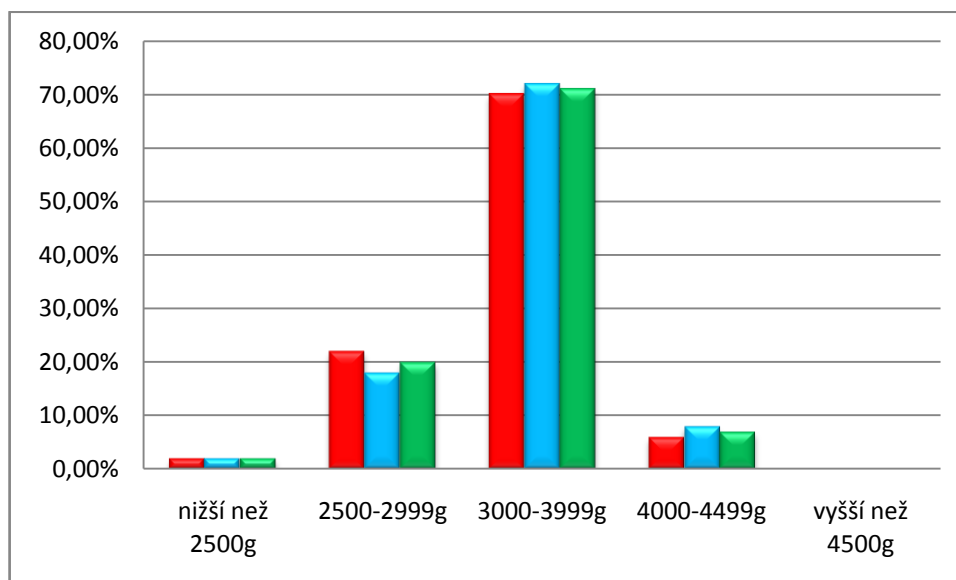
Položka 5: Hmotnost Vašeho dítěte po narození se nejvíce blíží hmotnosti:

Děti 71 (71,00 %) všech respondentek nejčastěji vážily 3000 - 3999 g. Váha dítěte 2500 - 2999 g byla u 20 (20,00 %) respondentek, nižší hmotnost dítěte než 2500 g byla pouze u 2 (2,00 %) a váha dítěte v rozmezí 4000 - 4499 g byla u 7 (7,00 %) všech respondentek.

Tabulka 5 Hmotnost dítěte

	ženy trpící postpartální dyspareunií		ženy netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
nižší než 2500g	1	2,00	1	2,00	2	2,00
2500-2999g	11	22,00	9	18,00	20	20,00
3000-3999g	35	70,00	36	72,00	71	71,00
4000-4499g	3	6,00	4	8,00	7	7,00
vyšší než 4500g	0	0,00	0	0,00	0	0,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

Graf 5 Hmotnost dítěte



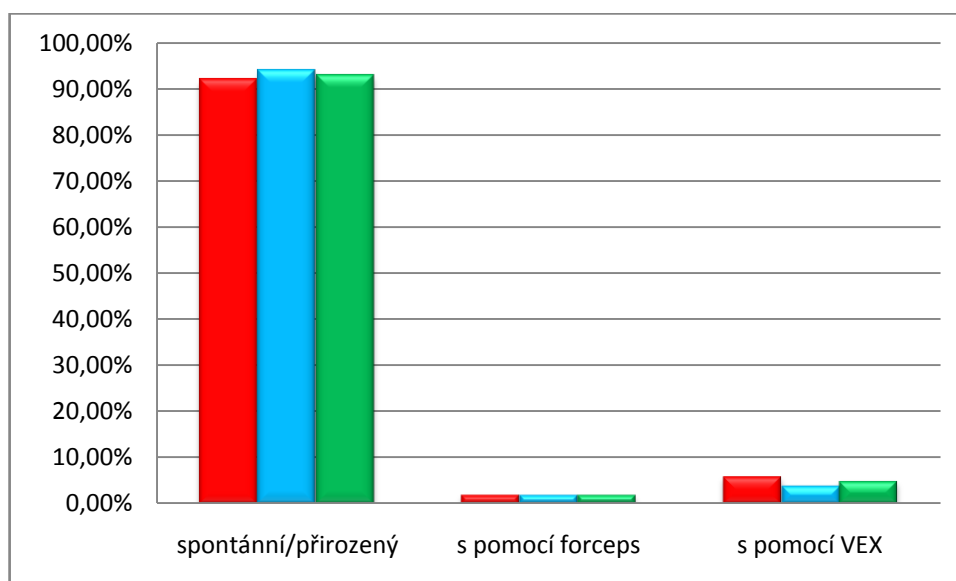
Položka 6: Porod byl:

Až 93 (93, 00 %) všech respondentek není po operativním vaginálním porodu.

Tabulka 6 *Vaginální porod*

	trpící postpartální dyspareunii		netrpící postpartální dyspareunii		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
spontánní/přirozený	46	92,00	47	94,00	93	93,00
s pomocí forceps	1	2,00	1	2,00	2	2,00
s pomocí VEX	3	6,00	2	4,00	5	5,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

Graf 6 *Vaginální porod*



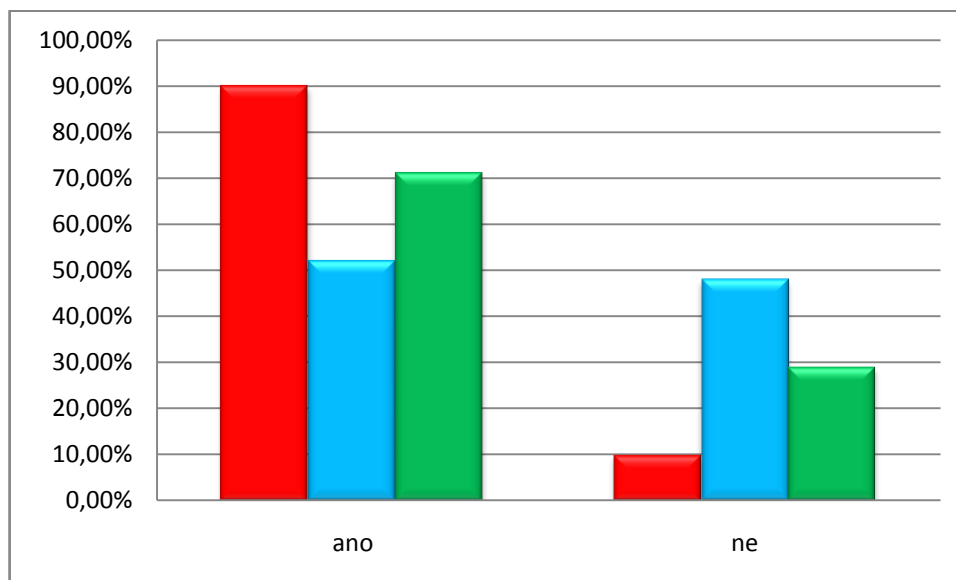
Položka 7: Měla jste nějaké poporodní poranění?

Respondentek obou skupin, které měly poporodní poranění, je 71 (71,00 %). Z žen trpících postpartální dyspareunií mělo 45 (90,00 %) poporodní poranění. Poporodní poranění nemělo 5 (10,00 %) žen s postpartální dyspareunií a 24 (48,00 %) žen bez této sexuální dysfunkce.

Tabulka 7 Porodní poranění

	ženy trpící postpartální dyspareunií		ženy netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
ano	45	90,00	26	52,00	71	71,00
ne	5	10,00	24	48,00	29	29,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

Graf 7 Porodní poranění



Položka 8: Pokud jste označila ano u otázky č. 7,

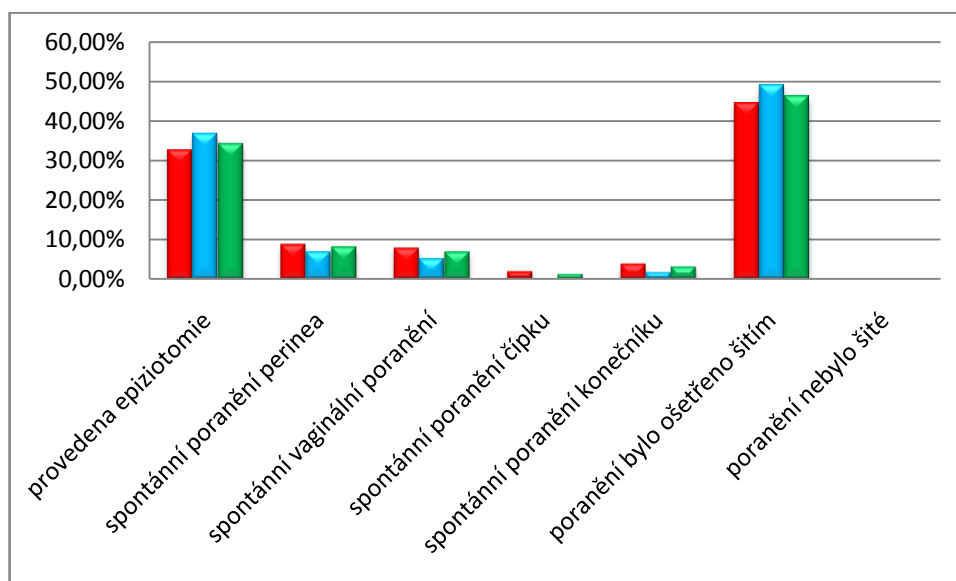
označte všechna tvrzení, která se Vás týkají:

Z této položky je jasné, že ač epiziotomie byla provedena u 54 (34,18 %) všech respondentek a u 73 (46,20 %) bylo poranění ošetřeno šitím, nebyl rozdíl mezi skupinami nijak velký. Rozdíl, ale lze zaznamenat u všech spontánních poranění ve „prospěch“ žen trpících postpartální dyspareunií. Je třeba poznamenat, že respondentky mohly vybrat i více odpovědí.

Tabulka 8 *Druhy porodního poranění*

	trpící postpartální dyspareunii		netrpící postpartální dyspareunii		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
provedena epiziotomie	33	32,67	21	36,84	54	34,18
spontánní poranění perinea	9	8,91	4	7,02	13	8,23
spontánní vaginální poranění	8	7,92	3	5,26	11	6,96
spontánní poranění čípku	2	1,98	0	0,00	2	1,27
spontánní poranění konečníku	4	3,96	1	1,75	5	3,16
poranění bylo ošetřeno šitím	45	44,55	28	49,12	73	46,20
poranění nebylo šité	0	0,00	0	0,00	0	0,00
celkem	101	100,00	57	100,00	158	100,00

Graf 8 *Druhy porodního poranění*



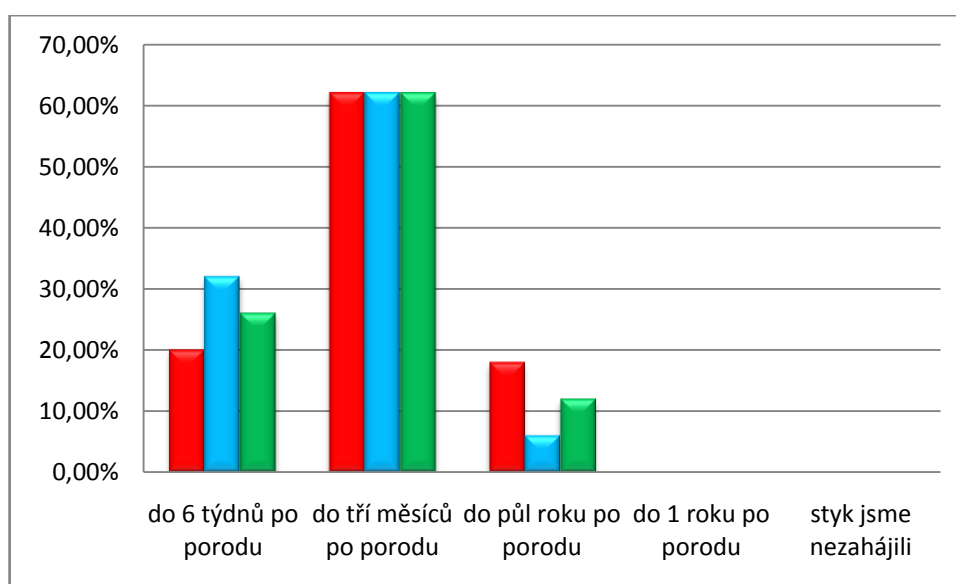
Položka 9: S partnerem jste zahájili pohlavní styk:

Převážná část 62 (62,00 %) všech respondentek zahájila pohlavní styk s partnerem do tří měsíců po porodu. U žen, které zahájily pohlavní styk do 6 týdnů po porodu, bylo zastoupení žen trpících postpartální dyspareunií 10 (20,00 %) a 16 (32,00 %) žen netrpících touto sexuální dysfunkcí. Opačný případ je vidět u zahájení pohlavního styku do půl roku po porodu, kdy tvoří ženy s postpartální dyspareunií 9 (18,00 %) a pouhé 3 (6,00 %) tvoří ženy bez této sexuální dysfunkce.

Tabulka 9 Doba zahájení pohlavního styku

	trpící postpartální dyspareunií		netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
do 6 týdnů	10	20,00	16	32,00	26	26,00
do tří měsíců	31	62,00	31	62,00	62	62,00
do půl roku	9	18,00	3	6,00	12	12,00
do 1 roku	0	0,00	0	0,00	0	0,00
styk jsme nezahájili	0	0,00	0	0,00	0	0,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

Graf 9 Doba zahájení pohlavního styku

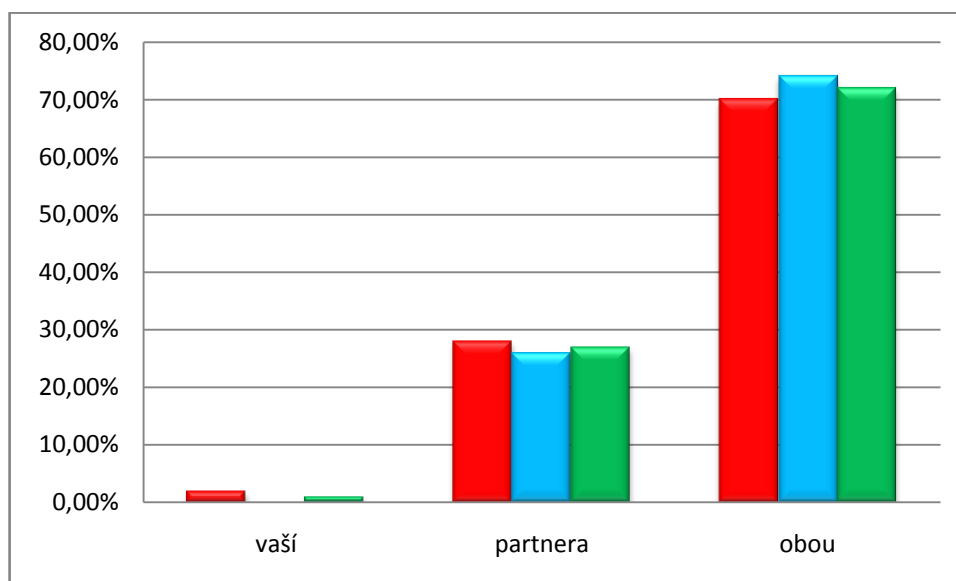


Položka 10: Pohlavní styk byl převážně zahájen z iniciativy:

Až u 72 (72,00 %) všech respondentek byl zahájen sexuální styk ze vzájemné iniciativy, z iniciativy partnera u 27 (27,00 %) žen.

Tabulka 10 *Iniciativa k zahájení pohlavního styku*

	ženy trpící postpartální dyspareunií		ženy netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
vaší	1	2,00	0	0,00	1	1,00
partnera	14	28,00	13	26,00	27	27,00
obou	35	70,00	37	74,00	72	72,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

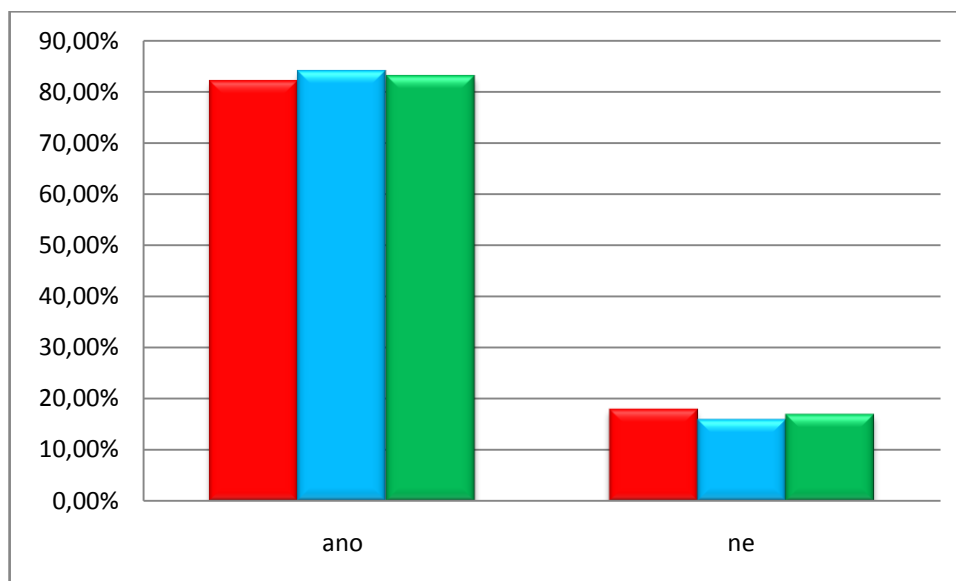
Graf 10 *Iniciativa k zahájení pohlavního styku*

Položka 11: Kojila jste ještě v tomto období?**(Myšleno období, kdy jste zahájili s partnerem pohlavní styk.)**

Při zahájení pohlavního styku kojilo 83 (83,00 %) všech respondentek.

Tabulka 11 *Kojení v období zahájení pohlavního styku*

	ženy trpící postpartální dyspareunií		ženy netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
ano	41	82,00	42	84,00	83	83,00
ne	9	18,00	8	16,00	17	17,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

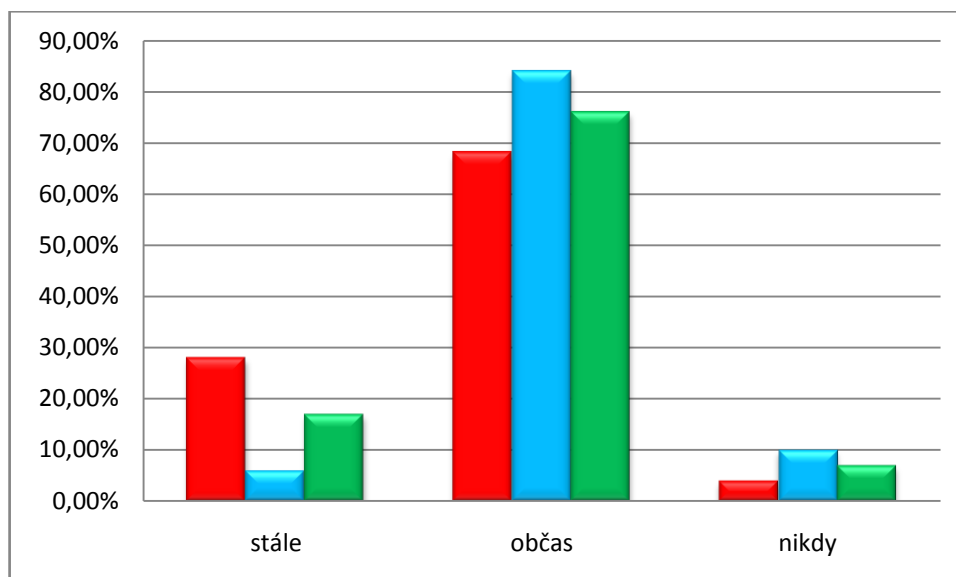
Graf 11 *Kojení v období zahájení pohlavního styku*

Položka 12: Cítila jste se vyčerpaná, unavená v tomto období?**(Ať už z péče o dítě, ze sociálně ekonomické situace, nebo z jiných důvodů.)**

Občas se cítilo vyčerpaných 76 (76,00 %) všech respondentek v období, kdy zahájily s partnerem pohlavní styk. Z žen trpících postpartální dyspareunií se cítilo stále vyčerpaných 14 (28,00 %), což je významný rozdíl oproti ženám netrpících touto sexuální dysfunkcí 3 (6,00 %).

Tabulka 12 *Vyčerpanost a únava v období zahájení pohlavního styku*

	ženy trpící postpartální dyspareunií		ženy netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
stále	14	28,00	3	6,00	17	17,00
občas	34	68,00	42	84,00	76	76,00
nikdy	2	4,00	5	10,00	7	7,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

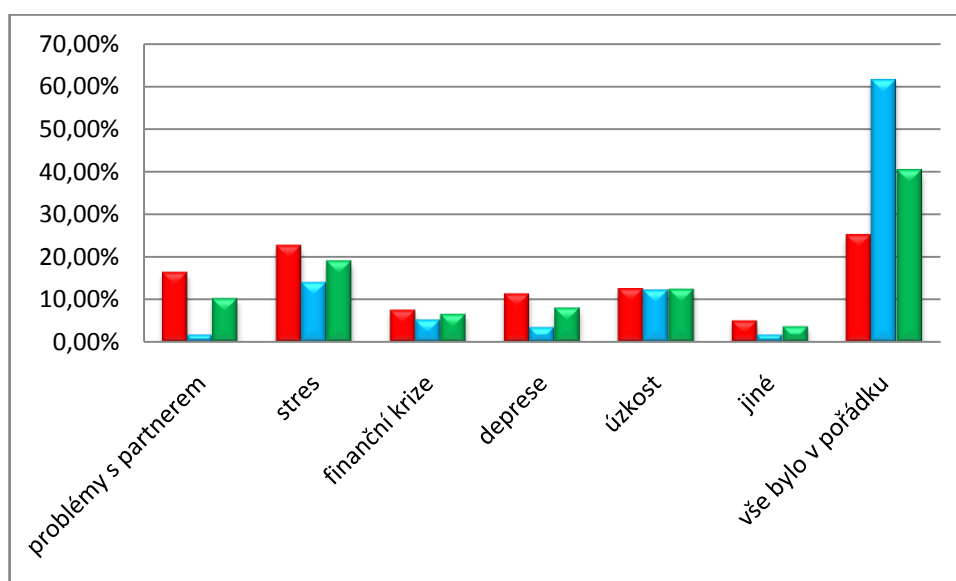
Graf 12 *Vyčerpanost a únava v období zahájení pohlavního styku*

Položka 13: Vyskytly se u Vás některé z těchto situací v tomto období?

Až 55 (40,15 %) všech respondentek odpovědělo, že u nich bylo vše v pořádku v době, kdy zahájili s partnerem pohlavní styk, ale pouze 20 (25,00 %) tvoří ženy trpící postpartální dyspareunií, což je oproti 35 (61,40 %) žen netrpících touto sexuální dysfunkcí, významný rozdíl. Veškeré psychické vlivy jsou výrazněji zastoupeny u žen s postpartální dyspareunií. Rozdíl mezi tím, že vše bylo v pořádku 20 (25,00 %) a stresem 18 (22,50 %) u žen trpících postpartální dyspareunií, je minimální. Respondentky mohly vybrat i více odpovědí a navíc jako jiné situace uváděly: deficit spánku, náročná péče o dítě, nedostatek času, strach a obava o dítě.

Tabulka 13 *Ovlivňující vlivy a situace*

	ženy trpící postpartální dyspareunií		ženy netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
problémy s partnerem	13	16,25	1	1,75	14	10,22
stres	18	22,50	8	14,04	26	18,98
finanční krize	6	7,50	3	5,26	9	6,57
deprese	9	11,25	2	3,51	11	8,03
úzkost	10	12,50	7	12,28	17	12,41
jiné	4	5,00	1	1,75	5	3,65
vše bylo v pořádku	20	25,00	35	61,40	55	40,15
celkem	80	100,00	57	100,00	137	100,00

Graf 13 *Ovlivňující vlivy a situace*

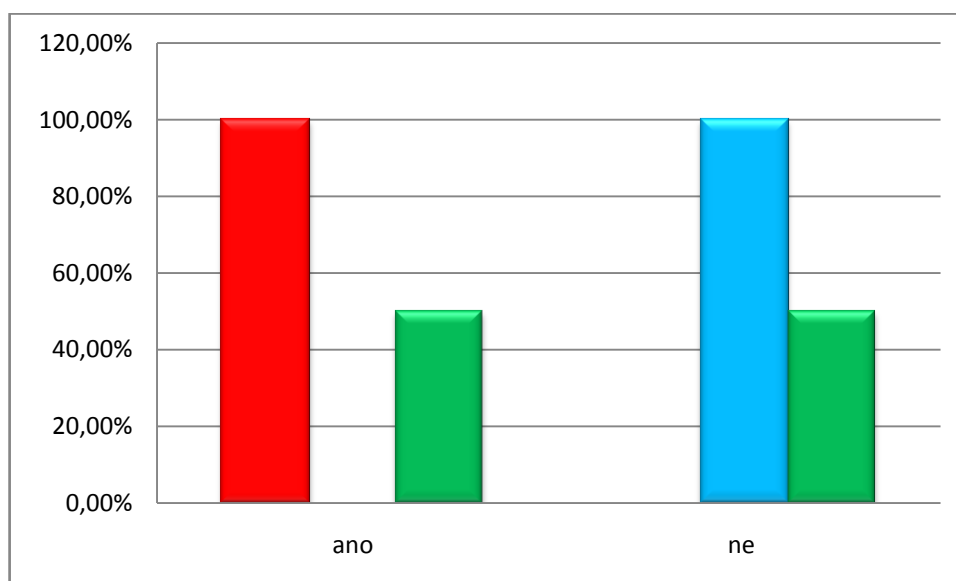
**Položka 14: Měla jste bolestivý pohlavní styk
(nebo nepříjemné pocity při styku) po porodu?**

Tato položka slouží k rozdělení všech respondentek 100 (100,00 %) na skupinu žen trpících 50 (50,00 %) a netrpících 50 (50,00 %) postpartální dyspareunií.

Tabulka 14 *Bolestivý pohlavní styk po porodu*

	ženy trpící postpartální dyspareunií		ženy netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
ano	50	100,00	0	0,00	50	50,00
ne	0	0,00	50	100,00	50	50,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

Graf 14 *Bolestivý pohlavní styk po porodu*

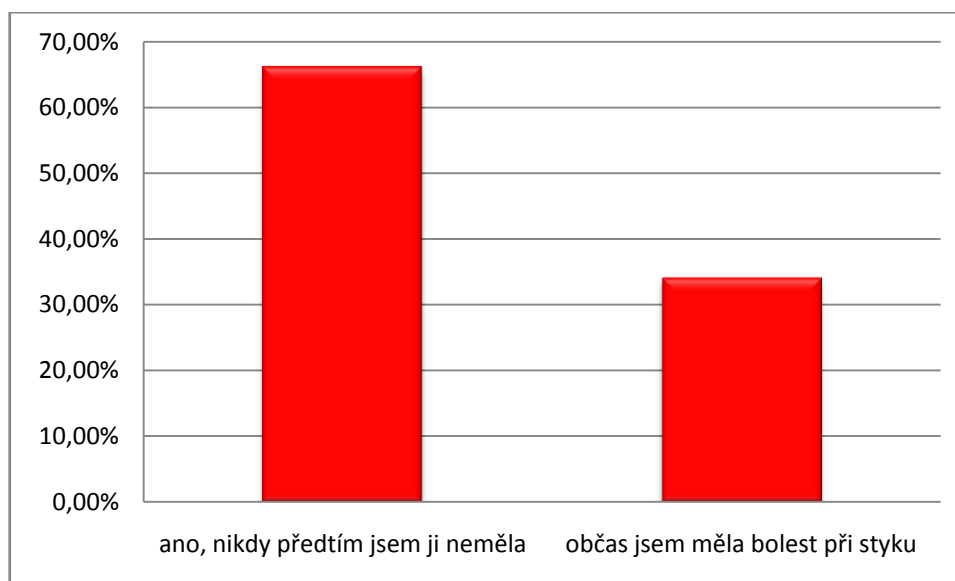


Položka 15: Byla pro Vás tato bolest nová zkušenost?

Z 50 (100,00 %) žen trpících postpartální dyspareunií je 33 (66,00 %) žen, které nikdy předtím neměly bolestivý pohlavní styk, a 17 (34,00 %) žen, které měly občas v minulosti bolestivý pohlavní styk, ale pouze za určité situace, např. kvasinkové infekce.

Tabulka 15 *Bolest jako nová zkušenost*

	ženy trpící postpartální dyspareunií	
	absolutní četnost N	relativní četnost %
ano, nikdy předtím jsem ji neměla	33	66,00
občas jsem měla bolest při styku	17	34,00
celkem	50	100,00

Graf 15 *Bolest jako nová zkušenost*

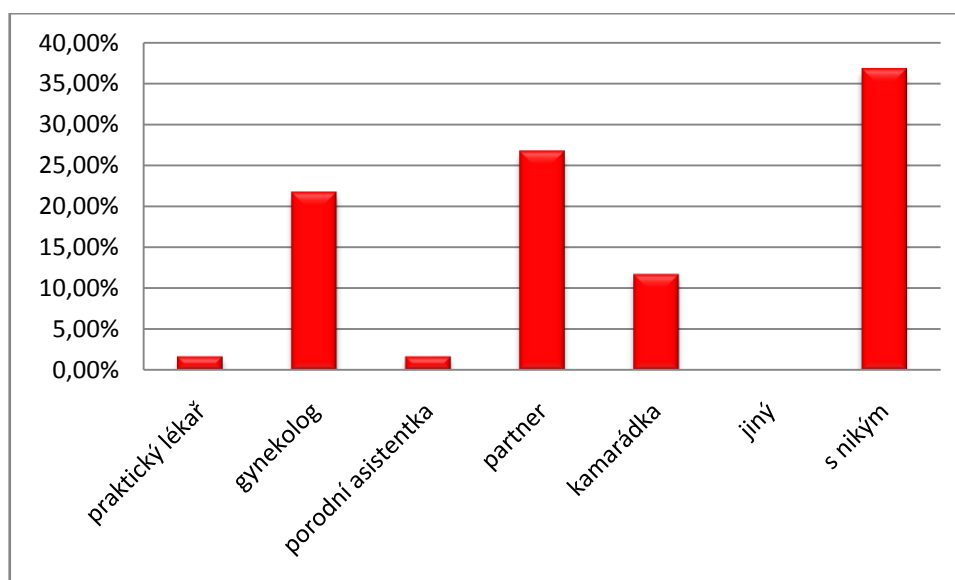
Položka 16: S kým jste o tomhle problému mluvila? (Žádala o radu.)

Z 50 (100,00 %) žen trpících postpartální dyspareunií nemluvilo o tomhle problému vůbec s nikým 22 (36,67 %). Až 16 (26,67 %) žen o tom hovořilo se svým partnerem a 13 (21,67 %) žen se svěřilo svému gynekologovi. Ženy v této položce mohly vybrat i více odpovědí.

Tabulka 16 Svěření se s problémem

	ženy trpící postpartální dyspareunií	
	absolutní četnost N	relativní četnost %
praktický lékař	1	1,67
gynekolog	13	21,67
porodní asistentka	1	1,67
partner	16	26,67
kamarádka	7	11,67
jiný	0	0,00
s nikým	22	36,67
celkem	60	100,00

Graf 16 Svěření se s problémem

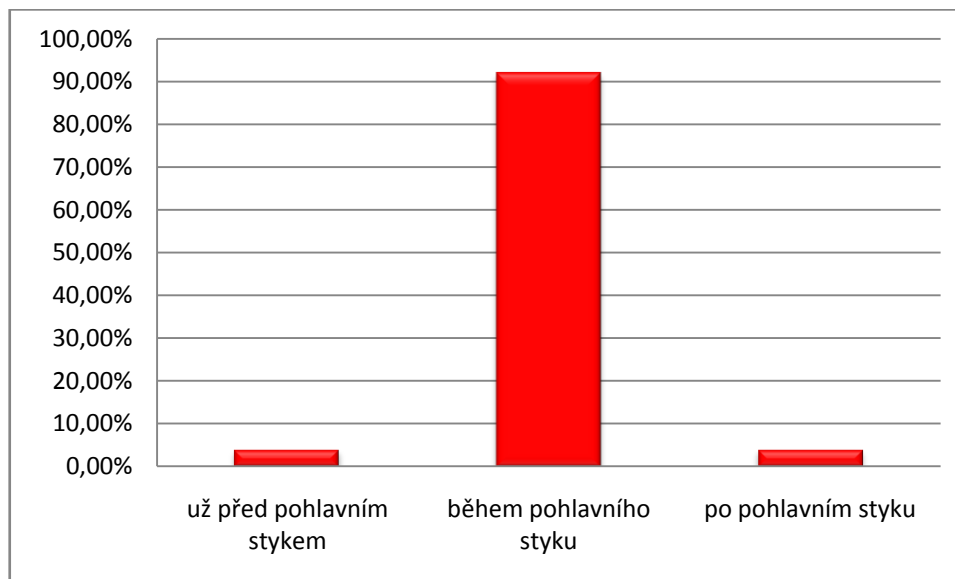


Položka 17: Bolest se nejvíce vykytovala:

Z 50 (100,00 %) žen trpících postpartální dyspareunií odpovědělo 46 (92,00 %), že se bolest nejvíce vyskytovala během pohlavního styku.

Tabulka 17 *Výskyt bolesti*

	ženy trpící postpartální dyspareunií	
	absolutní četnost N	relativní četnost %
už před pohlavním stykem	2	4,00
během pohlavního styku	46	92,00
po pohlavním styku	2	4,00
celkem	50	100,00

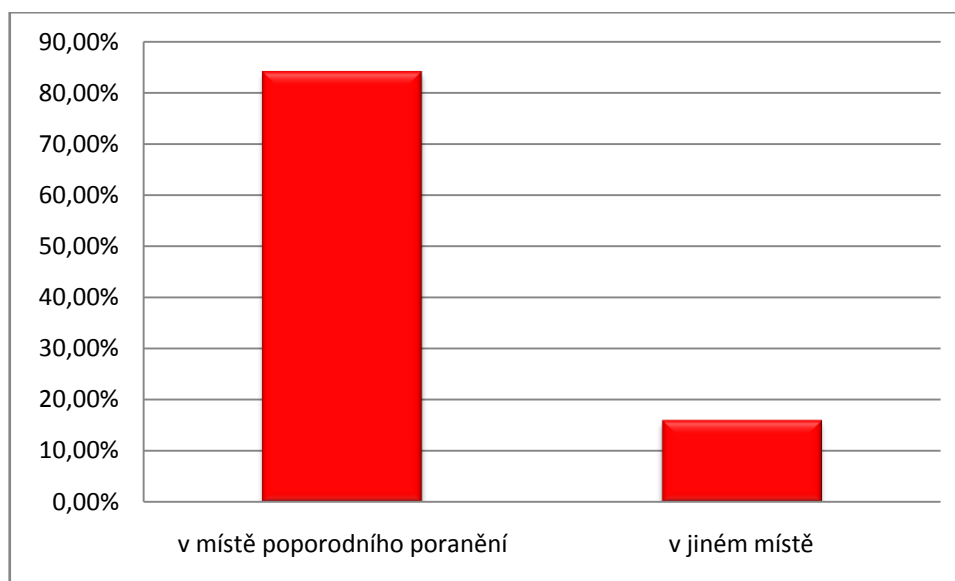
Graf 17 *Výskyt bolesti*

Položka 18: V jakém místě se bolest nejvíce vyskytovala?

Z 50 (100,00 %) žen trpících postpartální dyspareunií odpovědělo 42 (84,00 %), že se bolest nejvíce vyskytovala v místě poporodního poranění. U 8 (16,00 %) žen se bolest výrazněji vyskytovala v jiném místě, tj. pochva, podbřišek.

Tabulka 18 *Místo bolesti*

	ženy trpící postpartální dyspareunií	
	absolutní četnost N	relativní četnost %
v místě poporodního poranění	42	84,00
v jiném místě	8	16,00
celkem	50	100,00

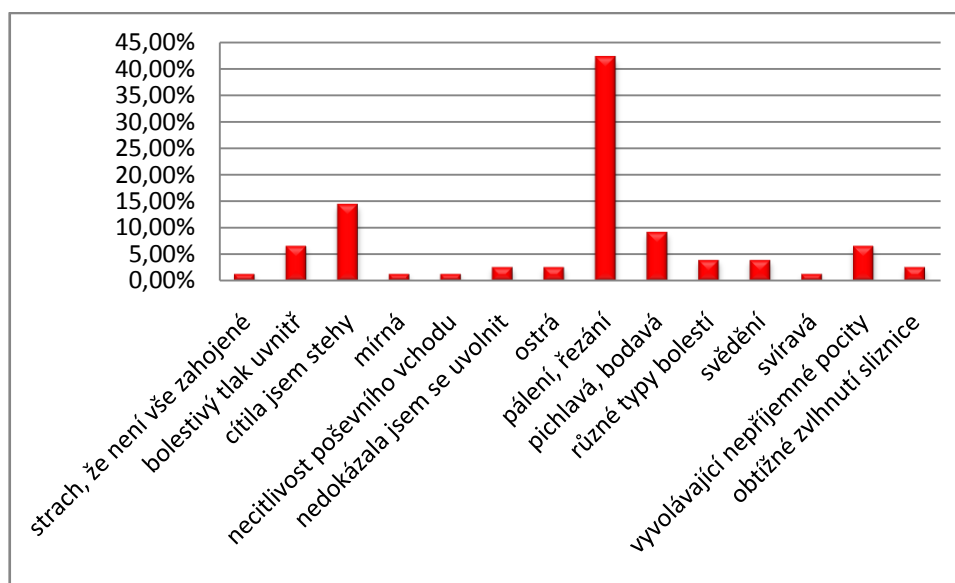
Graf 18 *Místo bolesti*

Položka 19: Popište prosím, jaká ta bolest byla:

Z 50 (100,00 %) žen trpících postpartální dyspareunií popsalo až 32 (42,11 %) bolest jako pálivou/řezavou a 11 (14,47 %) žen cítilo stehy. Ženy často při popisování bolesti volily více charakteristických slov, avšak nepříliš od sebe odlišných.

Tabulka 19 *Charakter bolesti*

	ženy trpící postpartální dyspareunií	
	absolutní četnost N	relativní četnost %
strach, že není vše zahojené	1	1,32
bolestivý tlak uvnitř	5	6,58
cítila jsem stehy	11	14,47
mírná	1	1,32
necitlivost poševního vchodu	1	1,32
nedokázala jsem se uvolnit	2	2,63
ostrá	2	2,63
pálení, řezání	32	42,11
pichlavá, bodavá	7	9,21
různé typy bolestí	3	3,95
svědění	3	3,95
svíravá	1	1,32
vyvolávající nepříjemné pocity	5	6,58
obtížné zvlhnutí sliznice	2	2,63
celkem	76	100,00

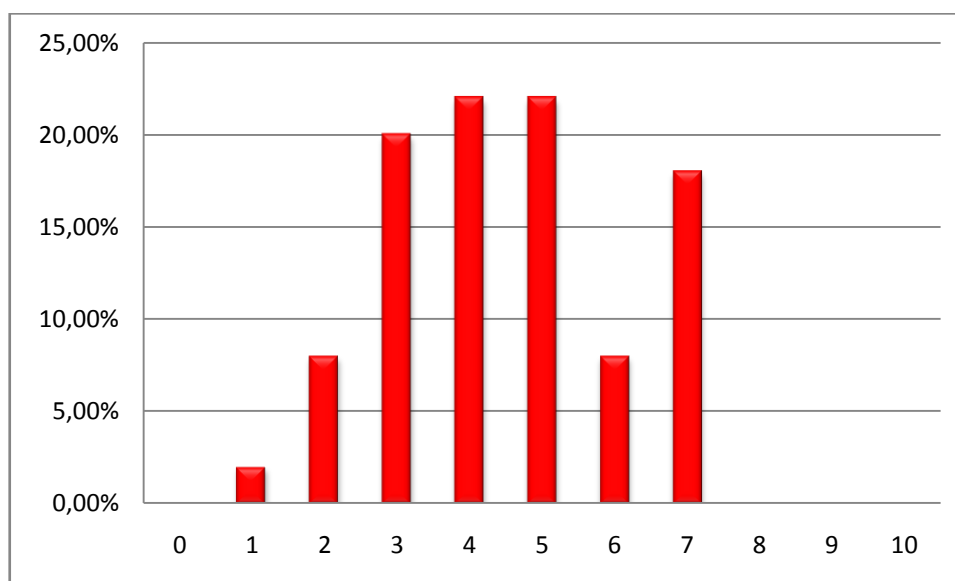
Graf 19 *Charakter bolesti*

Položka 20: Jak byste ohodnotila intenzitu bolesti?

Ženy měly v této položce znázorněnou škálu bolesti, kdy 0 = žádná bolest a 10 = největší možná bolest. Z 50 (100,00 %) žen trpících postpartální dyspareunií se největší procentuální zastoupení pohybovalo v rozmezí intenzity od 3 do 5. Poté 9 žen (18,00 %) uvádělo intenzitu bolesti 7, která je také nejvyšší dosaženou intenzitou bolesti.

Tabulka 20 *Intenzita bolesti*

	ženy trpící postpartální dyspareunií	
	absolutní četnost N	relativní četnost %
0	0	0,00
1	1	2,00
2	4	8,00
3	10	20,00
4	11	22,00
5	11	22,00
6	4	8,00
7	9	18,00
8	0	0,00
9	0	0,00
10	0	0,00
celkem	50	100,00

Graf 20 *Intenzita bolesti*

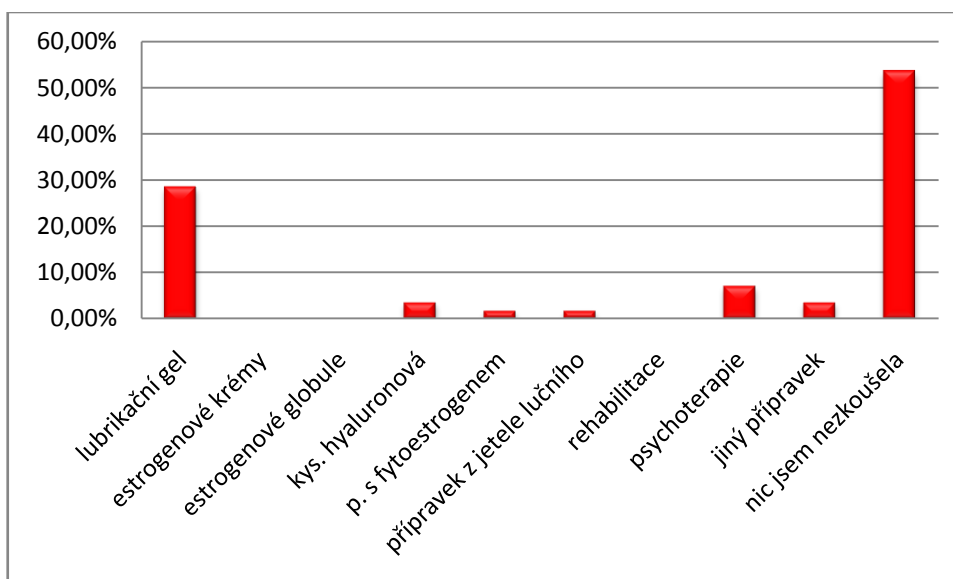
Položka 21: Zkoušela jste přípravky/pomoc na zmírnění bolesti při pohlavním styku?(označte jedno i více)

Z 50 (100,00 %) žen trpících postpartální dyspareunií nevyzkoušelo žádné přípravky ani pomoc 30 (53,57 %) žen. Lubrikační gel vyzkoušelo 16 (28,57 %) žen a psychoterapii, do níž bylo zařazeno i utěšování partnerem, uváděly 4 (7,14 %) ženy.

Tabulka 21 *Ovlivnění bolesti*

	ženy trpící postpartální dyspareunií	
	absolutní četnost N	relativní četnost %
lubrikační gel	16	28,57
estrogenové krémy	0	0,00
estrogenové globule	0	0,00
kys. hyaluronová	2	3,57
p. s fytoestrogenem	1	1,79
přípravek z jetele lučního	1	1,79
rehabilitace	0	0,00
psychoterapie	4	7,14
jiný přípravek	2	3,57
nic jsem nezkoušela	30	53,57
celkem	56	100,00

Graf 21 *Ovlivnění bolesti*



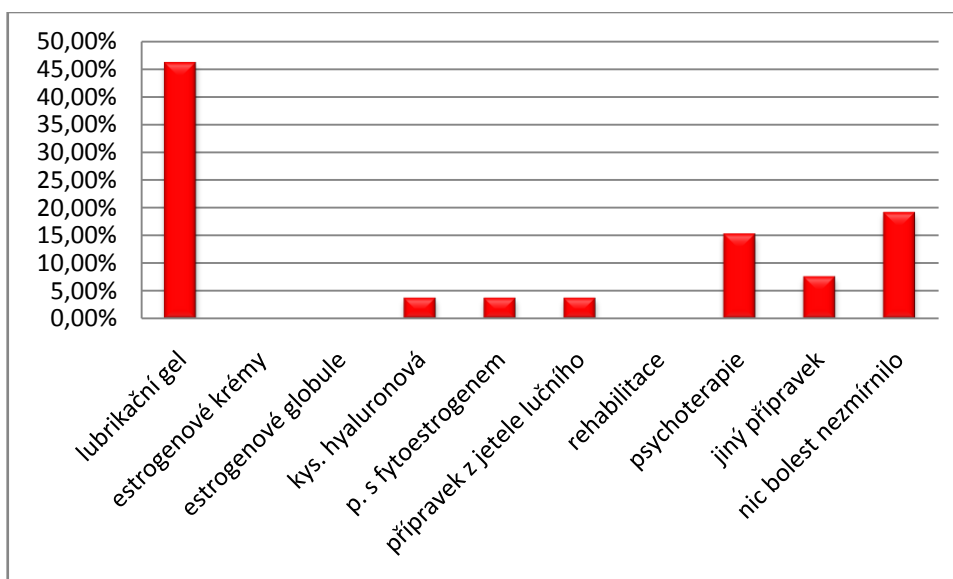
Položka 22: Co Vám nejvíce zmírnilo bolest?

Na tuto položku neodpovídaly ženy, které u předchozí položky 21 odpověděly, že nic nezkoušely. Při zmírnění bolesti pomohl lubrikační gel 12 (46,15 %) ženám. U 5 (19,23 %) žen nic bolestivost při styku nezmírnilo. Jako jiné přípravky uváděly ženy tablety a červené víno.

Tabulka 22 Účinnost v ovlivnění bolesti

	ženy trpící postpartální dyspareuníí	
	absolutní četnost N	relativní četnost %
lubrikační gel	12	46,15
estrogenové krémy	0	0,00
estrogenové globule	0	0,00
kys. hyaluronová	1	3,85
p. s fytoestrogenem	1	3,85
přípravek z jetele lučního	1	3,85
rehabilitace	0	0,00
psychoterapie	4	15,38
jiný přípravek	2	7,69
nic bolest nezmírnilo	5	19,23
celkem	26	100,00

Graf 22 Účinnost v ovlivnění bolesti



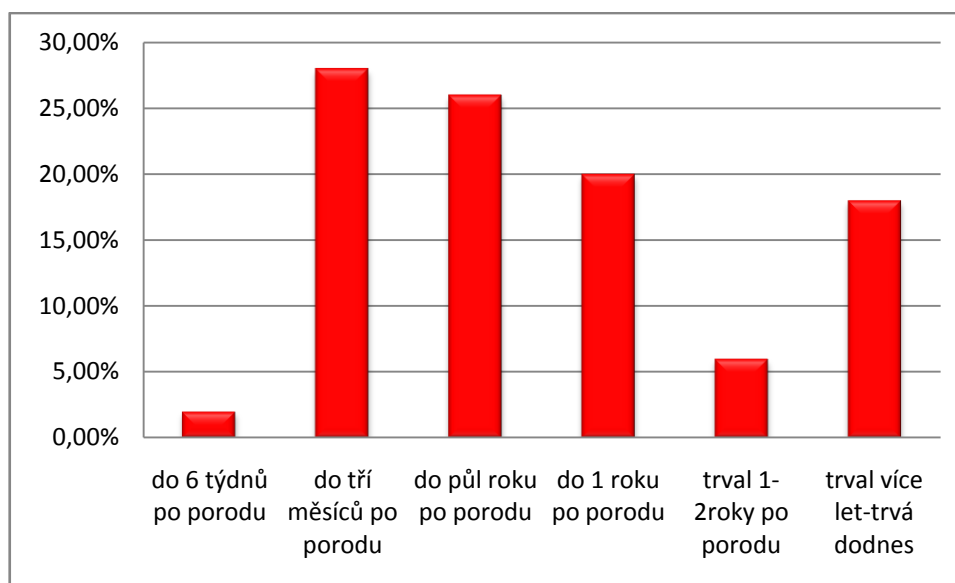
Položka 23: Bolestivý pohlavní styk vymizel:

Z 50 (100,00 %) žen trpících postpartální dyspareunií uvedla 1 (2,00 %) žena, že bolestivý pohlavní styk vymizel do 6 týdnů po porodu. U 14 (28,00 %) žen vymizel do tří měsíců po porodu, u 13 (26,00 %) žen do půl roku po porodu, u 10 (20,00 %) žen do jednoho roku, jeden až dva roky trval u 3 (6,00 %) žen, a u 9 (18,00 %) žen trval bolestivý pohlavní styk více let nebo trvá dodnes.

Tabulka 23 Doba vymizení bolestivého pohlavního styku

	ženy trpící postpartální dyspareunií	
	absolutní četnost N	relativní četnost %
do 6 týdnů po porodu	1	2,00
do tří měsíců po porodu	14	28,00
do půl roku po porodu	13	26,00
do 1 roku po porodu	10	20,00
trval 1-2roky po porodu	3	6,00
trval více let-trvá dodnes	9	18,00
celkem	50	100,00

Graf 23 Doba vymizení bolestivého pohlavního styku

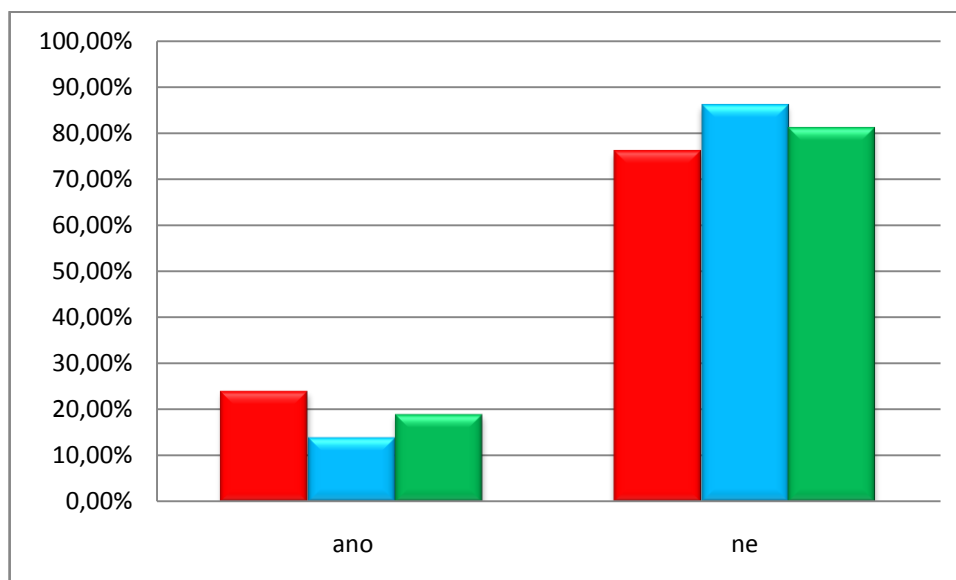


Položka 24: Získala jste od někoho/někde informace o postpartální dyspareunii?**(o bolestivém pohlavním styku po porodu)**

Většina všech respondentek 81 (81,00 %) nezískala nikde informace o postpartální dyspareunii. Ženy trpící postpartální dyspareunií jsou o 10 % informovanější než ženy netrpící postpartální dyspareunií.

Tabulka 24 *Informace o postpartální dyspareunii*

	ženy trpící postpartální dyspareunií		ženy netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
ano	12	24,00	7	14,00	19	19,00
ne	38	76,00	43	86,00	81	81,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

Graf 24 *Informace o postpartální dyspareunii*

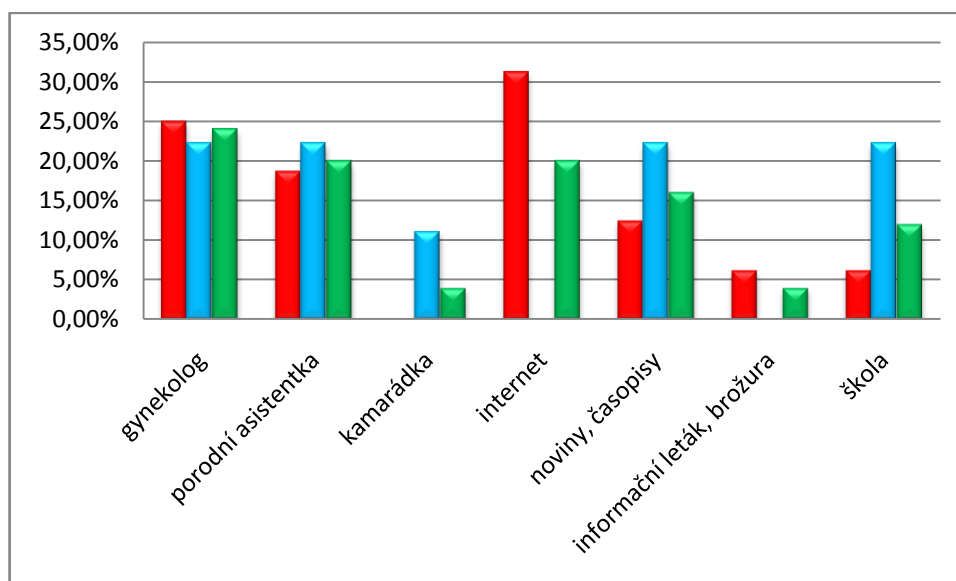
**Položka 25: Pokud jste označila ano u otázky č. 24,
od koho/kde jste informace o postpartální dyspareunii získala?**

V této položce mohly respondentky vybrat i více odpovědí. Největší zastoupení u žen trpících postpartální dyspareunii má internet 5 (31,25 %), kdy naopak u žen netrpících touto sexuální dysfunkcí má internet 0 (0,00 %).

Tabulka 25 Způsob informovanosti o postpartální dyspareunii

	trpící postpartální dyspareunii		netrpící postpartální dyspareunii		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
gynekolog	4	25,00	2	22,22	6	24,00
porodní asistentka	3	18,75	2	22,22	5	20,00
kamarádka	0	0,00	1	11,11	1	4,00
internet	5	31,25	0	0,00	5	20,00
noviny, časopisy	2	12,50	2	22,22	4	16,00
informační leták, brožura	1	6,25	0	0,00	1	4,00
škola	1	6,25	2	22,22	3	12,00
celkem	16	100,00	9	100,00	25	100,00

Graf 25 Způsob informovanosti o postpartální dyspareunii



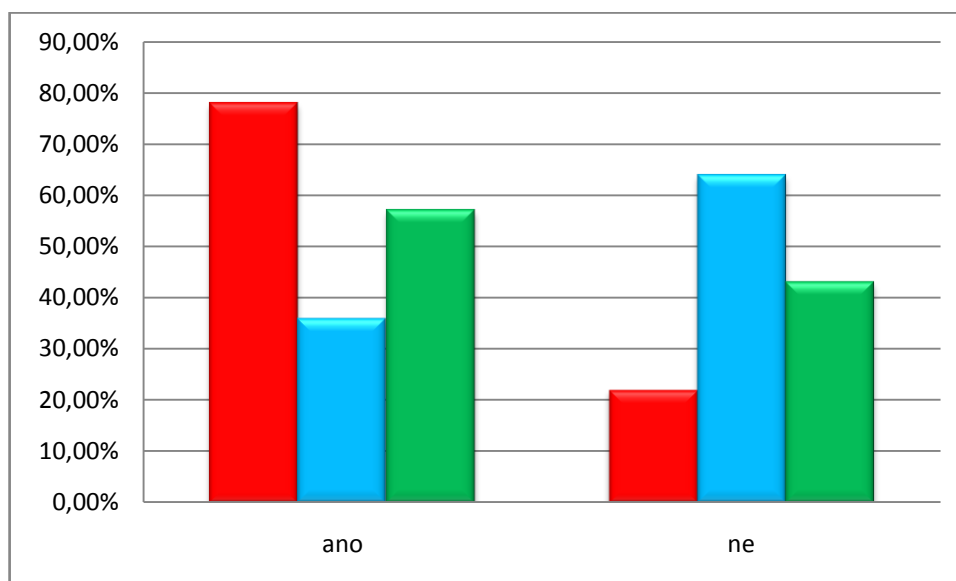
Položka 26: Chtěla byste se o této problematice dovědět víc?

Převážná část všech respondentek v této položce odpověděla, že ano 57 (57,00 %). Výrazné zastoupení je však u žen trpících postpartální dyspareunií, kdy by se chtělo dovědět víc o této problematice 39 (78,00 %) žen.

Tabulka 26 *Zájem o problematiku postpartální dyspareunie*

	ženy trpící postpartální dyspareunií		ženy netrpící postpartální dyspareunií		celkem	
	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %	absolutní četnost N	relativní četnost %
ano	39	78,00	18	36,00	57	57,00
ne	11	22,00	32	64,00	43	43,00
celkem	50	100,00	50	100,00	100	100,00

Graf 26 *Zájem o problematiku postpartální dyspareunie*



7 DISKUSE

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že nejvíce dotazovaných žen odpovídalo ve vztahu k druhému porodu 55 (55,00 %), který byl u 93 (93,00 %) žen spontánní. Hmotnost dítěte se u 71 (71,00 %) žen pohybuje obvykle v rozmezí 3000 - 3999 g. Věk žen v době porodu byl u 50 (50,00 %) od 26 - 32 let. Uplynulá doba od posledního porodu je u 67 (67,00 %) žen 3 a více let. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo u 47 (47,00 %) žen středoškolské s maturitou. Poporodní poranění bylo u 71 (71,00 %) žen. V době zahájení pohlavního styku kojilo ještě 83 (83,00 %) žen, a pohlavní styk byl zahájen u 72 (72,00 %) žen ze vzájemné iniciativy. Polovinu žen 50 (50,00 %) tvořily ženy trpící postpartální dyspareunií.

Vysokoškolského vzdělání bylo 12 (24,00 %) žen, což oproti ženám netrpících touto sexuální dysfunkcí 4 (8,00 %), může být považováno za ovlivňující faktor pro postpartální dyspareunii. Dalším pravděpodobným vlivem na postpartální dyspareunii je věk žen od 33 - 40 let u 12 (24,00 %) žen. Postpartální dyspareunie se vyskytuje častěji u žen po prvním porodu 21 (42,00 %).

Porodní poranění má samo o sobě vliv na postpartální dyspareunii u 45 (90,00 %) žen. Ale zvýšenou predispozici můžeme čekat u žen, kde došlo ke spontánnímu poranění. Důkaz o tom, že by episiotomie měla výrazný vliv na postpartální dyspareunii se nepodařilo prokázat. Naopak překvapivým poznatkem byl výskyt postpartální dyspareunie u žen s pozdějším zahájením pohlavního styku po porodu, tzn. do půl roku po porodu u 9 (18,00 %) žen. Lze předpokládat, že se jedná o důvody spojené s hojením poporodních poranění. Zaznamenán byl také vliv psychiky na vznik postpartální dyspareunie, a to hlavně tam, kde hrál roli stres u 18 (22,50 %) žen a problémy ve vztahu s partnerem u 13 (16,25 %) žen. Stálá vyčerpanost v době zahájení pohlavního styku s partnerem se projevila u 14 (28,00 %) žen jako ovlivňující činitel pro postpartální dyspareunii.

Z žen trpících postpartální dyspareunií se o tom nikomu nesvěřuje 22 (36,67 %) žen, 16 (26,67 %) žen o tom mluví se svým partnerem, a pouze 13 (21,67 %) žen se poradí se svým gynekologem. Bolest se nejčastěji objevuje během pohlavního styku u 46 (92,00 %) žen, a to v místě porodního poranění u 42 (84,00 %) žen. Bolest vyskytující se v jiném místě, mezi které ženy uváděly pochvu a podbříšek, se řadí 8 (16,00 %) žen. Charakter bolesti byl u 32 (42,11 %) žen řezání a pálení. Stehy cítilo až 11 (14,47 %) žen.

Intenzita bolesti při škále 0 - 10, dosahovala maximálně 7 u 9 (18,00 %) žen, největší procentuální zastoupení se pohybovalo v rozmezí 3 - 5.

Až 30 (53,57 %) žen nezkoušelo žádnou pomoc či přípravek k ovlivnění bolesti. U 12 (46,15 %) žen pomohl lubrikační gel, bohužel ale u 5 (19,23 %) žen nezmírnilo bolest nic. Psychoterapie pomohla u 4 (15,38 %) žen. Bolestivý pohlavní styk vymizel do tří měsíců po porodu u 14 (28,00 %) žen, u 13 (26,00 %) žen do půl roku, rok trpělo postpartální dyspareunií 10 (20,00 %) žen, a až 9 (18,00 %) jí trpí dodnes.

Informovanost o této problematice je pouze u 19 (19,00 %) všech zkoumaných žen. U těch žen, které byly „informované“ sloužil u 5 (31,25 %) jako zdroj internet. Zájem o tuto problematiku projevil až 57 (57,00 %) všech žen. Výrazné zastoupení bylo však z řad žen trpících postpartální dyspareunií 39 (78,00 %).

Srovnání výsledků s jinými výzkumy nemohlo být uskutečněno, neboť na základě provedené rešerše nebyl nalezen zdroj, s nímž by bylo možné výsledky dotazníkového šetření provedeného v této bakalářské práci porovnat.

Závěrem lze říct, že sexuální dysfunkce postihne minimálně jednou za život každého z nás a také to že, postpartální dyspareunie může postihnout kteroukoliv ženu po porodu. Jsou však určité faktory, které výskyt postpartální dyspareunie ovlivňují, ale není to podmínkou pro vzplanutí této sexuální dysfunkce.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala výskytem postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění. Práce by mohla být podnětem pro další podrobné zkoumání v oblasti sexuálních dysfunkcí ženy. Přínosem pro teorii je syntetizování informací o dyspareuniích, které byly získány z různých kvalitních zdrojů odborných autorů. Sloužit může tato práce pro další rozvoj problematiky postpartální dyspareunie. Téma a obsah bakalářské práce by mohlo inspirovat k vytvoření edukačního materiálu pro ženy po vaginálním porodu a jejich partnery, což by bylo také pozitivním důsledkem pro praxi.

Jak vyplývá z výsledků šetření, je potřeba brát každou rodičku jako potencionální ženu trpící postpartální dyspareunií. Při porodu by se mělo myslet na tuto problematiku, a měl by být zájem zdravotníka o pohlavní život ženy i po porodu.

Měli bychom myslet na to, že žena, u které došlo k porodnímu poranění, může trpět později sexuální dysfunkcí, postpartální dyspareunií. Žena by měla být edukována nejen v péči o ránu a rehabilitaci po porodu (cvičení svalů pánevního dna), ale také o riziku bolestivého pohlavního styku. Když žena uslyší, že se jedná o problém postihující každou druhou ženu, nebude mít pak tak velký strach svěřit se s tímto problémem nejen odborníkům.

Velkou roli na postpartální dyspareunii hraje psychický stav ženy. Určitým způsobem léčby dyspareunie je psychoterapie. Při navržení této léčby bohužel dosud existuje riziko citové újmy u určité méně informované skupiny žen. Jedná se totiž o zdravou ženu a ne o „blázna“, jak popsala jedna respondentka v dotazníkovém šetření. Návrh na léčbu psychoterapií by měl být podán nejen důstojným způsobem přístupu k ženě a důkladným vysvětlením problematiky, ale měla by také působit určitá osvěta ze strany zdravotníků k tomuto způsobu léčby, s poučením, že psycholog v rámci psychoterapeutického procesu pracuje s psychickým zraněním u psychiatricky zdravých lidí.

Cíl 1: Zjistit výskyt postpartální dyspareunie po vaginálních porodech.

K cíli 1 bakalářské práce se vztahují dotazníkové položky 4, 6, 14, 15.

Bolestivý pohlavní styk nebo nepříjemné pocity při styku se vyskytují u každé druhé ženy 50 (50,00 %). U 46 (92,00 %) žen je výskyt po přirozeném porodu. Postpartální dyspareunie je u 33 (66,00 %) žen, které nikdy předtím neměly bolestivý pohlavní styk.

Cíl 1 bakalářské práce byl splněn.

Cíl 2: Zjistit faktory ovlivňující výskyt postpartální dyspareunie po vaginálních porodech.

K cíli 2 bakalářské práce se vztahují dotazníkové položky 1, 2, 3, 5, 9, 10, 11, 12, 13.

Výskyt postpartální dyspareunie ovlivňuje vysokoškolské vzdělání u 12 (24,00 %) žen, věk od 33 - 40 let u 12 (24,00 %) žen. Postpartální dyspareunie se vyskytuje častěji u žen po prvním porodu 21 (42,00 %). Pozdější zahájení pohlavního styku po porodu, tzn. do půl roku po porodu má vliv u 9 (18,00 %) žen. Lze předpokládat, že se ve většině případů jedná o důvody spojené s hojením poporodních poranění. Vliv psychiky na vznik postpartální dyspareunie, hlavně stres je u 18 (22,50 %) žen a problémy ve vztahu s partnerem u 13 (16,25 %) žen. Stálá vyčerpanost v době zahájení pohlavního styku s partnerem se projevila u 14 (28,00 %) žen jako ovlivňující činitel pro postpartální dyspareunii.

Cíl 2 bakalářské práce byl splněn.

Cíl 3: Zjistit charakter bolesti u žen s postpartální dyspareunií po vaginálních porodech.

K cíli 3 bakalářské práce se vztahují dotazníkové položky 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23.

Bolest se nejčastěji u žen objevuje během pohlavního styku 46 (92,00 %) v místě porodního poranění 42 (84,00 %). Charakter bolesti je u 32 (42,11 %) žen řezání a pálení. Stehy cítí 11 (14,47 %) žen. Intenzita bolesti při škále 0 - 10, dosahuje maximálně 7, a to u 9 (18,00 %) žen, největší procentuální zastoupení se pohybuje v rozmezí 3 - 5.

Bolest ovlivňuje u 12 (46,15 %) žen užití lubrikačního gelu, u 5 (19,23 %) žen nezmírní bolest nic. Bolestivý pohlavní styk vymizí do tří měsíců po porodu u 14 (28,00 %) žen, u 13 (26,00 %) žen do půl roku, rok trpí postpartální dyspareunií 10 (20,00 %) žen, a až 9 (18,00 %) jí trpí dodnes.

Cíl 3 bakalářské práce byl splněn.

Cíl 4: Zjistit závislost postpartální dyspareunie po vaginálních porodech na porodním poranění.

K cíli 4 bakalářské práce se vztahují dotazníkové položky 7, 8.

Závislost postpartální dyspareunie na porodním poranění se prokázalo u 45 (90,00 %) žen. Zvýšenou predispozici můžeme čekat u žen, kde došlo ke spontánnímu poranění. Vliv episiotomie na postpartální dyspareunii se nepodařilo prokázat.

Cíl 4 bakalářské práce byl splněn.

Cíl 5: Zjistit míru informovanosti o postpartální dyspareunii.

K cíli 5 bakalářské práce se vztahují dotazníkové položky 16, 24, 25, 26.

Informovanost o této problematice je malá, pouze 19 (19,00 %) všech zkoumaných žen tvrdí, že získaly od někoho/někde informace o postpartální dyspareunii. Za zdroj informací označilo 5 (31,25 %) žen internet.

Zájem dovědět se víc o této problematice projevil až 57 (57,00 %) všech žen. Výrazné zastoupení bylo však z řad žen trpících postpartální dyspareunií 39 (78,00 %), neboť tyto ženy se buď o tom nikomu nesvěřují 22 (36,67 %), nebo 16 (26,67 %) žen o tom mluví se svým partnerem, ale pouze 13 (21,67 %) žen vyhledá odborníka - svého gynekologa a informuje se.

Cíl 5 bakalářské práce byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DOLEŽAL, Antonín et al., 2007. *Porodnické operace*.
Praha: GradaPublishing. ISBN: 978-80-247-0881-2.
2. FAIT, Tomáš a Jiří SLÍVA et al., 2011. *Volně prodejné přípravky v gynekologii*.
Praha: Maxdorf. ISBN: 978-80-7345-250-6.
3. HÁJEK, Zdeněk, 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*.
Praha: GradaPublishing. ISBN: 80-247-0418-8.
4. HIRSCH, Emmet, 2007. Ochrana perinea během operačního vaginálního porodu.
Gynekologie po promoci. Roč. 7, č. 4, s. 48-51. ISSN: 1213-2578.
5. KRATOCHVÍL, Stanislav, 2008.
Sexuální dysfunkce. 3. doplněné a aktualizované vydání.
Praha: GradaPublishing. ISBN: 978-80-247-2476-8.
6. LÍBALOVÁ, Zuzana, 2005. Sexuální poporodní dysfunkce.
Moderní gynekologie a porodnictví. Roč. 14, č. 1, s. 99-102. ISSN: 1214-2093.
7. LÍBALOVÁ, Zuzana. Sexualita v těhotenství a v laktaci. In: WEISS, Petr.
Sexuologie. Praha: GradaPublishing, 2010, s. 295-304. ISBN: 978-80-247-2492-8.
8. MARYŠKOVÁ, Andrea, 2010. Možnosti zlepšení prevence poranění hráze.
Sestra. Roč. 20, č. 3, s. 80-81. ISSN: 1210-0404.
9. PASTOR, Zlatko, 2008. Bolest při souloži.
Moderní gynekologie a porodnictví. Roč. 17, č. 4, s. 465-471. ISSN: 1214-2093.
10. PASTOR, Zlatko. Ženské sexuální dysfunkce. In: ZÁMEČNÍK, Libor et al.,
Praktická andrologie dospělých. Praha: Mladá fronta, 2010, s. 226-248.
ISBN: 978-80-204-2020-6.
11. POHANKA, Michal. Sexualita ženy. In: ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel
CITTERBART et al., *Gynekologie*. 2. doplněné a přepracované vydání.
Praha: Galén, 2008, s. 109-115. ISBN: 978-80-7262-501-7.
12. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART et al., 2008.
Gynekologie. 2. doplněné a přepracované vydání.
Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-501-7.

13. ROZTOČIL, Aleš. Rizika operačních porodů. In: HÁJEK, Zdeněk.
Rizikové a patologické těhotenství.
Praha: GradaPublishing, 2004, s. 359-364. ISBN: 80-247-0418-8.
14. ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví.*
Praha: GradaPublishing. ISBN: 978-80-247-1941-2.
15. ROZTOČIL, Aleš et al., 2011. *Moderní gynekologie.*
Praha: GradaPublishing. ISBN: 978-80-247-2832-2.
16. ŠIMETKA, Ondřej, 2009. Vakuumextrakce.
Moderní gynekologie a porodnictví. Roč. 18, č. 3, s. 257-265. ISSN: 1214-2093.
17. TROJAN, Ondřej, 2011. Funkční sexuální poruchy u žen.
Urologie pro praxi. Roč. 12, č. 1, s. 38-41. ISSN: 1213-1768.
18. WEISS, Petr, 2010. *Sexuologie.*
Praha: GradaPublishing. ISBN: 978-80-247-2492-8.
19. ZÁHUMENSKÝ, Jozef, 2009. Porodní poranění po porodnických operacích.
Moderní gynekologie a porodnictví. Roč. 18, č. 3, s. 330-338. ISSN: 1214-2093.
20. ZÁHUMENSKÝ, Josef, 2010. *Kvalita života žen v poporodním období.*
Bratislava: ProLitera. ISBN: 978-80-970253-1-1.
21. ZVĚŘINA, Jaroslav, 2000. *Sexuální poruchy u žen...u mužů.*
Praha: Nakladatelství TRITON. ISBN: 80-7254-134-X.
22. ZVĚŘINA, Jaroslav, 2003. *Sexuologie (nejen) pro lékaře.*
Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN: 80-7204-264-5.
23. ZVĚŘINA, Jaroslav. Sexuální dysfunkce. In: WEISS, Petr.
Sexuologie. Praha: GradaPublishing, 2010, s. 339-363. ISBN: 978-80-247-2492-8.

SEZNAM SOUVISEJÍCÍ LITERATURY

1. DRÁČ, Pavel a Josef KŘUPKA, 1992. *Trvalé zmeny po tehotnosti*.
Martin: Vydavatel'stvoOsveta. ISBN: 80-217-0235-4.
2. KŘEPELKA, Petr a Jaroslav FEYEREISL, 2005.
Ošetření porodních poranění vulvy a pochvy. *Moderní gynekologie a porodnictví*.
Roč. 14, č. 2, s. 291-294. ISSN: 1214-2093.
3. SANZ, Luis E., 2001. Episiotomie a její komplikace. *Gynekologie po promoci*.
Roč. 1, č. 5, s. 50-58. ISSN: 1213-2578.
4. SUSA, Zdeněk, 1995. *Milování*. 2. upravené a doplněné vydání.
Středokluky: Vlastním nákladem. ISBN: 80-901910-0-2.
5. TRČA, Stanislav, 2004. *Partner v těhotenství a při porodu*.
Praha: GradaPublishing. ISBN: 80-247-0869-8.
6. URBANOVÁ, Eva, 2010. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnéj asistencie*.
Martin: Vydavatel'stvoOsveta. ISBN: 978-80-8063-343-1.
7. ZVĚŘINA, Jaroslav, 1992. *Lékařská sexuologie*.
Nakladatelství odborné literatury HŠH. ISBN: 80-85467-04-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CTG	Kardiotokografie
DHEA	Dehydroepiandrosteron
P	Pulz
PV	Plodová voda.
RCOG	RoyalCollegeofObstetricians and Gynecologists.
SC	Císařský řez.
TK	Krevní tlak
VEX	Vakuumextraktor.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 <i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	49
Graf 2 <i>Pořadí posledního porodu</i>	50
Graf 3 <i>Věk v době porodu</i>	51
Graf 4 <i>Doba od posledního porodu</i>	52
Graf 5 <i>Hmotnost dítěte</i>	53
Graf 6 <i>Vaginální porod</i>	54
Graf 7 <i>Porodní poranění</i>	55
Graf 8 <i>Druhy porodního poranění</i>	56
Graf 9 <i>Doba zahájení pohlavního styku</i>	57
Graf 10 <i>Iniciativa k zahájení pohlavního styku</i>	58
Graf 11 <i>Kojení v období zahájení pohlavního styku</i>	59
Graf 12 <i>Vyčerpanost a únava v období zahájení pohlavního styku</i>	60
Graf 13 <i>Ovlivňující vlivy a situace</i>	61
Graf 14 <i>Bolestivý pohlavní styk po porodu</i>	62
Graf 15 <i>Bolest jako nová zkušenost</i>	63
Graf 16 <i>Svěření se s problémem</i>	64
Graf 17 <i>Výskyt bolesti</i>	65
Graf 18 <i>Místo bolesti</i>	66
Graf 19 <i>Charakter bolesti</i>	67
Graf 20 <i>Intenzita bolesti</i>	68
Graf 21 <i>Ovlivnění bolesti</i>	69
Graf 22 <i>Účinnost v ovlivnění bolesti</i>	70
Graf 23 <i>Doba vymizení bolestivého pohlavního styku</i>	71
Graf 24 <i>Informace o postpartální dyspareunii</i>	72
Graf 25 <i>Způsob informovanosti o postpartální dyspareunii</i>	73
Graf 26 <i>Zájem o problematiku postpartální dyspareunie</i>	74

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 <i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	49
Tabulka 2 <i>Pořadí posledního porodu</i>	50
Tabulka 3 <i>Věk v době porodu</i>	51
Tabulka 4 <i>Doba od posledního porodu</i>	52
Tabulka 5 <i>Hmotnost dítěte</i>	53
Tabulka 6 <i>Vaginální porod</i>	54
Tabulka 7 <i>Porodní poranění</i>	55
Tabulka 8 <i>Druhy porodního poranění</i>	56
Tabulka 9 <i>Doba zahájení pohlavního styku</i>	57
Tabulka 10 <i>Iniciativa k zahájení pohlavního styku</i>	58
Tabulka 11 <i>Kojení v období zahájení pohlavního styku</i>	59
Tabulka 12 <i>Vyčerpanost a únava v období zahájení pohlavního styku</i>	60
Tabulka 13 <i>Ovlivňující vlivy a situace</i>	61
Tabulka 14 <i>Bolestivý pohlavní styk po porodu</i>	62
Tabulka 15 <i>Bolest jako nová zkušenost</i>	63
Tabulka 16 <i>Svěření se s problémem</i>	64
Tabulka 17 <i>Výskyt bolesti</i>	65
Tabulka 18 <i>Místo bolesti</i>	66
Tabulka 19 <i>Charakter bolesti</i>	67
Tabulka 20 <i>Intenzita bolesti</i>	68
Tabulka 21 <i>Ovlivnění bolesti</i>	69
Tabulka 22 <i>Účinnost v ovlivnění bolesti</i>	70
Tabulka 23 <i>Doba vymizení bolestivého pohlavního styku</i>	71
Tabulka 24 <i>Informace o postpartální dyspareunii</i>	72
Tabulka 25 <i>Způsob informovanosti o postpartální dyspareunii</i>	73
Tabulka 26 <i>Zájem o problematiku postpartální dyspareunie</i>	74

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Forceps

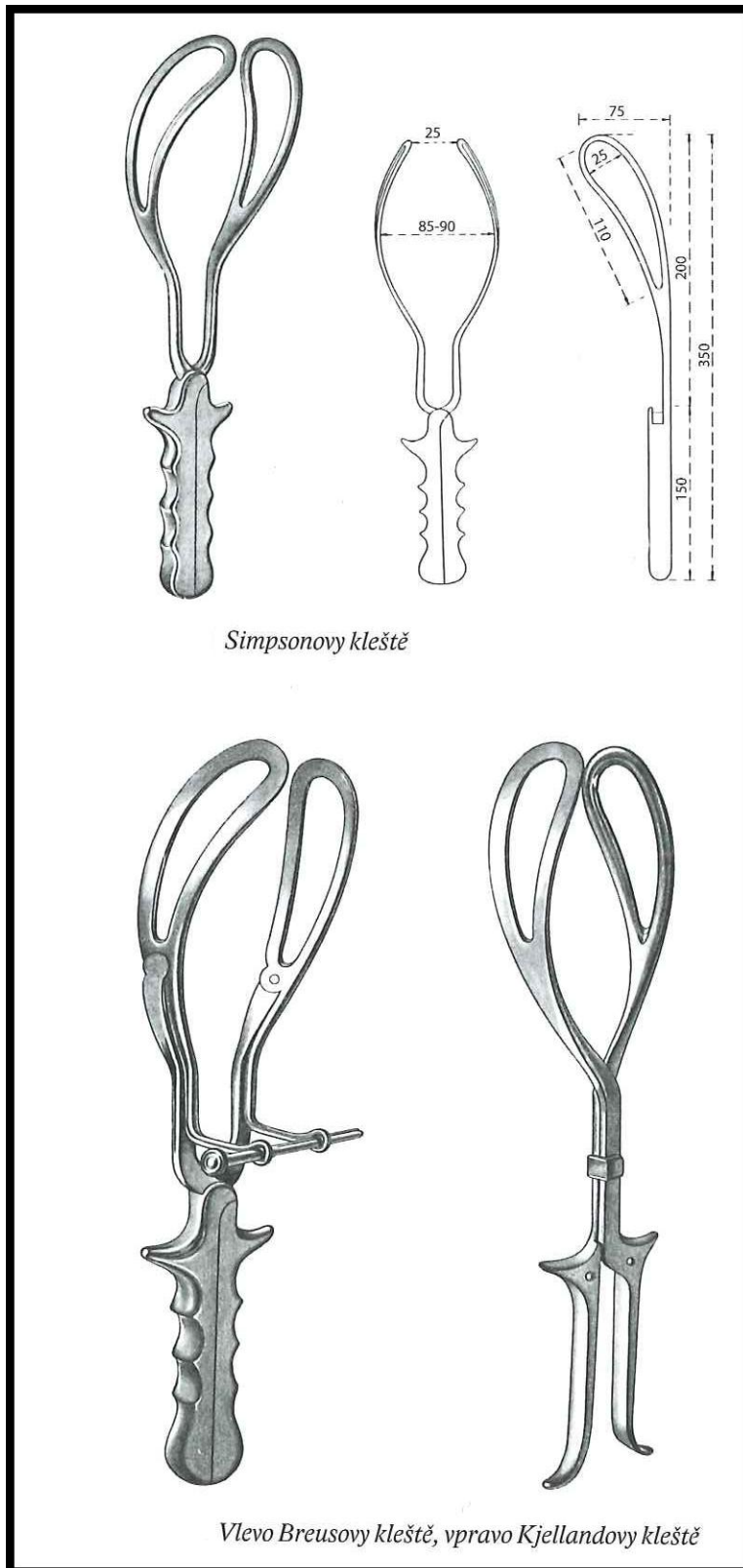
Příloha P II: VEX

Příloha P III: Žádost o umožnění dotazníkového šetření ve Zlíně

Příloha P IV: Žádost o umožnění dotazníkového šetření v Olomouci

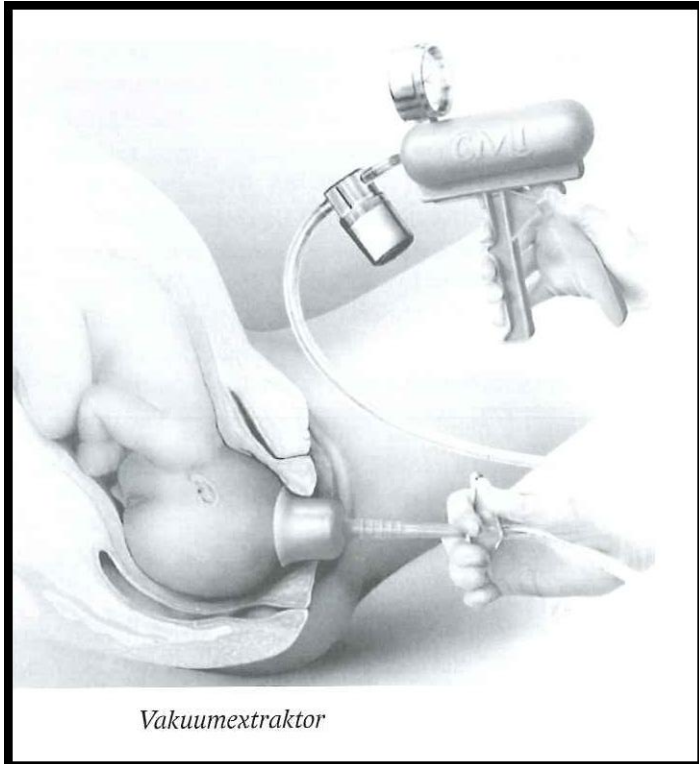
Příloha P V: Dotazník

PŘÍLOHA P I: FORCEPS




(ROZTOČIL, 2008, s. 330).

PŘÍLOHA P II: VEX



(ROZTOČIL, 2008, s. 333).

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ VE ZLÍNĚ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Institut zdravotnických studií
Ústav porodní asistence

nám. T. G. Masaryka 588,
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní Mgr. Dlesková,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s., Gynekologicko - porodnické klinice, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci.

Téma bakalářské práce	Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Ženy po spontánním a operativním vaginálním porodu
Pracoviště	Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s., Gynekologicko - porodnická klinika
Autor bakalářské práce	Kateřina Vinopalová
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Ve Zlíně dne.....*2.8.2018*.....

Ludmila Reslerová
Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
Ředitelka Ústavu porodní asistence

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
INSTITUT ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE
760 01 ZLÍN
Muml
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo náměstí 600
762 35 Zlín... (8)
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ V OLOMOUCI

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Institut zdravotnických studií
Ústav porodní asistence

nám. T. G. Masaryka 588,
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážený pane Mgr. Martine Šamaji,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Fakultní nemocnici Olomouc, Gynekologicko - porodnické klinice, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci.

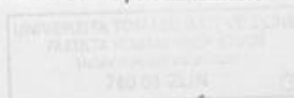
Téma bakalářské práce	Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Ženy po spontánním a operativním vaginálním porodu
Pracoviště	Fakultní nemocnice Olomouc, Gynekologicko - porodnická klinika
Autor bakalářské práce	Kateřina Vinopalová
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Ve Zlíně dne *14. 2. 2016*

L. Reslerová
Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
Ředitelka Ústavu porodní asistence

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta



14. 2. 2016
Razítko a podpis zástupce zařízení

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc, tel. 585 44 3321
personální úsek

PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK

Dobrý den, vážená maminko,

Jsem studentkou třetího ročníku oboru Porodní asistentka na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

V rámci realizace mé bakalářské práce na téma **Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění** se na Vás obracím s prosbou o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který je součástí praktické části mé závěrečné práce. Vaše odpovědi, prosím, křížkujte. Jsem si vědoma, že zjišťované informace jsou velmi citlivého charakteru, a proto Vás ujišťuji, že **dotazník je anonymní**.

Předem Vám velmi děkuji za pravdivé vyplnění dotazníku a Váš čas.

Kateřina Vinopalová

Dotazník je určen pouze ženám po vaginálním porodu. (tzn. porod spontánní/přirozený, porod s pomocí forceps/porodnické kleště, porod s pomocí VEX/vakuumextrakce/zvonem)

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské bez maturity (výuční list)
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné (Dis.)
- Vysokoškolské (Bc., Mgr., Ing.)
- Postgraduální (Ph.D.)

2. Kolikátý v pořadí byl Váš poslední porod?

- První
- Druhý
- Třetí
- Jiný, (uved'te počet)

3. Kolik Vám bylo v době porodu let?

- Méně než 18 let
- 18 – 25 let
- 26 – 32 let
- 33 – 40 let
- Více než 40 let

4. Jak dlouhá doba už uběhla od posledního porodu?

- Půl roku
- Rok
- 2 roky
- 3 a více let

5. Hmotnost Vašeho dítěte po narození se nejvíce blíží hmotnosti:

- Nižší než 2500g
- 2500 - 2999g
- 3000 - 3999g
- 4000 - 4499g
- Vyšší než 4500g

6. Porod byl:

- Spontánní/přirozený
- S pomocí forceps (porodnické kleště)
- S pomocí VEX (vakuumextrakce – „zvonem“)

7. Měla jste nějaké poporodní poranění?

- Ano
- Ne

8. Pokud jste označila ano u otázky č. 7, označte všechna tvrzení, která se Vás týkají:

- byla mi provedena epiziotomie (nástřih hráze)
- měla jsem spontánní poranění perinea (hráze)
- měla jsem spontánní vaginální poranění (poranění pochvy)
- měla jsem spontánní poranění děložního čípku
- měla jsem spontánní poranění konečníku
- mé poranění bylo po porodu ošetřeno šitím
- mé poranění nebylo po porodu ošetřeno šitím

9. S partnerem jste zahájili pohlavní styk:

- Do 6 týdnů po porodu
- Do tří měsíců po porodu
- Do půl roku po porodu
- Do 1 roku po porodu
- Styk jsme nezačali

10. Pohlavní styk byl převážně zahájen z iniciativy:

- Vaší
- Partnera
- Obou

11. Kojila jste ještě v tomto období?

(Myšleno období, kdy jste zahájili s partnerem pohlavní styk.)

- Ano
- Ne

12. Cítila jste se vyčerpaná, unavená v tomto období?

(Ať už z péče o dítě, ze sociálně ekonomické situace, nebo z jiných důvodů.)

- Stále
- Občas
- Nikdy

13. Vyskytly se u Vás některé z těchto situací v tomto období?

- Problémy ve vztahu s partnerem
- Stres
- Finanční krize
- Deprese
- Úzkost
- Jiné, (uved'te)
- Ne, vše bylo v pořádku

14. Měla jste bolestivý pohlavní styk (nebo nepříjemné pocity při styku) po porodu?

- Ano
- Ne (pokračujte prosím až otázkou č. 24)

15. Byla pro Vás tato bolest nová zkušenost?

- Ano, nikdy předtím jsem ji neměla
- Občas jsem měla bolest při styku i v minulosti, ale bylo to pouze za určité situace (např. kvasinková infekce)
- Ne, pravidelně jsem měla bolest při styku i před těhotenstvím

16. S kým jste o tomhle problému mluvila?

(žádala o radu.)

- Praktický lékař
- Gynekolog
- Porodní asistentka
- Partner
- Kamarádka
- Jiný, (uved'te)
- S nikým

17. Bolest se nejvíce vyskytovala:

- Už před pohlavním stykem
- Během pohlavního styku
- Po pohlavním styku

18. V jakém místě se bolest nejvíce vyskytovala?

- V místě poporodního poranění
- V jiném místě, uveďte prosím orientačně kde:.....
(zevní genitál, poševní vchod, břicho, pochva, konečník, ...atd.)

19. Popište prosím, jaká ta bolest byla:

.....
.....
.....
(pálení, svědění, různé typy bolestivých pocitů, ...atd.)

20. Jak byste ohodnotila intenzitu bolesti?

Zaznačte prosím na škále bolesti, kdy: 0 = žádná bolest, 10 = největší možná bolest

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21. Zkoušela jste přípravky/pomoc na zmírnění bolesti při pohlavním styku?

(označte jedno i více)

- Lubrikační gel
- Lokální estrogenové krémy
- Lokální estrogenové globule
- Přípravek s kys. hyaluronovou (např. Cicatridina, FeminellaHyalosoft)
- Přípravek s fytoestrogenem (např. PhytoSoya)
- Přípravek z jetele lučního (např. Femibion Intima)
- Rehabilitace
- Psychoterapie
- Jiný přípravek/pomoc *(uved'te)*
- Nic jsem nezkoušela *(pokračujte prosím až otázkou č. 23)*

22. Co Vám nejvíce zmírnilo bolest?

- Lubrikační gel
- Lokální estrogenové krémy
- Lokální estrogenové globule
- Přípravek s kys. hyaluronovou (např. Cicatridina, FeminellaHyalosoft)
- Přípravek s fytoestrogenem (např. PhytoSoya)
- Přípravek z jetele lučního (např. Femibion Intima)
- Rehabilitace
- Psychoterapie
- Jiný přípravek/pomoc *(uved'te)*
- Nic bolest nezmírnilo

23. Bolestivý pohlavní styk vymizel:

- Do 6 týdnů po porodu
- Do tří měsíců po porodu
- Do půl roku po porodu
- Do 1 roku po porodu
- Trval 1 – 2 roky po porodu
- Trval více let – trvá dodnes

24. Získala jste od někoho/někde informace o postpartální dyspareunii?

(o bolestivém pohlavním styku po porodu)

- Ano
- Ne

**25. Pokud jste označila ano u otázky č. 24,
od koho/kde jste informace o postpartální dyspareunii získala?**

- Gynekolog
- Porodní asistentka
- Kamarádka
- Internet
- Noviny, časopisy
- Informační leták, brožura
- Jiný, (uved'te)

26. Chtěla byste se o této problematice dovědět víc?

- Ano
- Ne

**27. Pokud Vás v průběhu dotazníku napadlo cokoliv, co byste mi chtěla sdělit, prosím,
vyjádřete své připomínky zde:**

.....
.....
.....

**Na závěr bych Vám chtěla ještě jednou poděkovat za Vaši laskavost
a čas strávený vyplňováním dotazníku.**

S pozdravem Kateřina Vinopalová