

Sexuální aktivita žen a mužů v období těhotenství a po porodu

Eliška Masopustová

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Eliška Masopustová
Osobní číslo:	H200109
Studijní program:	B0913P360017 Porodní asistence
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Sexuální aktivita žen a mužů v období těhotenství a po porodu

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti sexuality v období těhotenství a po porodu.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu sexuální aktivity v těhotenství a po porodu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

DAVIS, E. a D. PASCALI-BONARO. *Orgasmický porod: jak bezpečně a příjemně porodit*. Praha: Argo, 2014. ISBN 978-80-257-1156-9.

GIDDENS, A. *Proměna intimity: sexualita, láska a erotika v moderních společnostech*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0175-5.

LANGROVÁ, P. a Y. Vrublová. Vliv způsobu porodu na ženskou sexualitu. *Česká gynekologie*. 2013, č. 6, s. 584 – 588. ISSN: 1803-6597.

NINIVAGGIO, C. et al. Sexual function changes during pregnancy. *International Urogynecology Journal* [online]. 2017, vol. 28, no. 6, pp. 923-929. ISSN 0937-3462. DOI:10.1007/s00192-016-3200-8

TEPPERWEIN, K. *Dokonalé partnerské vztahy: tajemství lásky, sexuality a harmonie*. Olomouc: Fontána, 2014. ISBN 978-80-7336-755-8.

WEISS, P. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-2492-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Věra Vránová, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

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

.....

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 nevydělečně 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 odevzdáním 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, užije-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 vzdělávacímu 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 užít 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 výdělku 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem Sexuální aktivita žen a mužů v období těhotenství a po porodu se zabývá sexualitou a sexuální aktivitou partnerů v těhotenství, sexuálními změnami a problematikou sexu po porodu. Práce se rozděluje na teoretickou a praktickou část. První kapitola teoretické části je zacílena na obecnou sexualitu ženy a muže, druhá kapitola je zaměřena na párovou sexualitu v těhotenství, třetí kapitola se specializuje na téma orgasmického porodu, partnera u porodu a vliv porodního poranění na budoucí sexualitu a poslední kapitola zahrnuje téma sex po porodu. V praktické části bylo cílem zjistit četnost sexuální aktivity partnerů v těhotenství a po porodu a jak se sexualita mění v porovnání před otěhotněním pomocí kvalitativního výzkumu. Výsledky jsou zpracovány ve schématech.

Klíčová slova: sexualita, sexuální aktivita, žena, těhotenství, porod, šestinedělí, partner

ABSTRACT

Bachelor thesis on the topic Sexual Activity in Women and Men during Pregnancy and after Childbirth deals with sexuality and sexual activity of partners in pregnancy, sexual changes and sexual intercourse after childbirth. Bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. First chapter of theoretical part describes women's and men's sexuality, second chapter describes sexuality of couples in pregnancy, third chapter is specialized in orgasmic birth, partner during birth and impact of birth injuries on future sexuality and last chapter includes coitus after childbirth. The practical part targets to frequency of sexual activity of partners during pregnancy and after childbirth and how sexuality changes in comparison before pregnancy. The survey is made by quality research and the results are compiled in scheme.

Keywords: sexuality, sexual activity, woman, pregnancy, childbirth, puerperium, partner

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Věře Vránové, Ph.D. za odborné vedení, vstřícnost a cenné rady při tvorbě bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat párům, které se zúčastnily našeho výzkumu a poskytli nám potřebné informace. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině, blízkým a svému příteli za podporu po celou dobu studia.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 LIDSKÁ SEXUALITA	12
1.1 HISTORIE SEXUALITY	12
1.2 SEXUALITA ŽEN.....	13
1.2.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů.....	13
1.2.2 Menstruační cyklus žen	14
1.2.3 Hormony ovlivňující sexualitu žen	15
1.3 SEXUALITA MUŽŮ.....	15
1.3.1 Anatomie mužských pohlavních orgánů.....	16
1.3.2 Erekcce a ejakulace	16
2 SEXUALITA V OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ	18
2.1 SEX V TĚHOTENSTVÍ.....	18
2.2 PSYCHOSOMATICKÉ ZMĚNY	18
2.2.1 Anatomické změny	19
2.2.2 Hormonální změny	19
2.2.3 Psychické změny	19
2.3 OBAVY VYSKYTUJÍCÍ SE PŘI POHLAVNÍM STYKU	20
2.4 POHLAVNÍ ŽIVOT ZE STRANY PARTNERA.....	20
2.4.1 Couvade syndrom.....	20
2.5 KOITÁLNÍ A NEKOITÁLNÍ PRAKTIKY	21
2.5.1 Koitální praktiky.....	21
2.5.2 Nekoitální praktiky	22
3 POROD	23
3.1 ORGASMICKÝ POROD.....	23
3.2 PARTNER U PORODU	24
3.3 PORODNÍ PORANĚNÍ A JEHO VLIV NA SEXUALITU	25
4 ŠESTINEDĚLÍ	26
4.1 PSYCHIKA ŽEN PO PORODU	26
4.2 SEX PO PORODU.....	27
4.2.1 Vliv způsobu porodu na sexualitu	27
4.3 MADONIN KOMPLEX.....	27
4.4 POSÍLENÍ PÁNEVNÍHO DNA.....	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	31

5.1	VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
5.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	31
5.3	METODA SBĚRU DAT	33
5.4	ANALÝZA DAT	34
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU	35
6.1	SEXUALITA V TĚHOTENSTVÍ.....	36
6.1.1	Kategorie „Četnost pohlavního styku“	36
6.1.2	Kategorie „Frekvence orgasmu“ - ženy.....	37
6.1.3	Kategorie „Sexuální polohy“	37
6.1.4	Kategorie „Nekoitální praktiky“	38
6.1.5	Kategorie „Obraz těla“.....	39
6.1.6	Kategorie „Zhodnocení sexuálního života“	40
6.2	SEXUALITA PO PORODU	41
6.2.1	Kategorie „Začátek pohlavního života“.....	41
6.2.2	Kategorie „Četnost pohlavního styku“	42
6.2.3	Kategorie „Orgasmus“ - ženy	43
6.2.4	Kategorie „Komplikace“.....	44
	44	
6.2.5	Kategorie „Zhodnocení sexuálního života“	45
7	DISKUZE	46
	ZÁVĚR	50
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	54
	SEZNAM OBRÁZKŮ	55
	SEZNAM TABULEK	56
	SEZNAM PŘÍLOH	57

ÚVOD

Sexualita je jedním z klíčových aspektů lidského života a má významný vliv na naše fyzické a psychické zdraví. Je klíčovým zdrojem intimity, radosti a emocionálního propojení mezi partnery. Dříve byla sexualita spojena pouze s cílem reprodukce a mluvilo se o ní jen zřídka. Dnes si ale pod tímto pojmem představíme rozsáhlou škálu orientací, praktik, emocí a sexuálního chování.

Jistou životní událostí je pro většinu žen období těhotenství. Během něj je vnímání sexuality silně individuální. Vlivem hormonálních a anatomických změn prochází pohlavní život změnami, které mohou být negativní nebo pozitivní. Ženské touhy, vzrušivost a chuť na sex se mnohdy vytrácejí, a to má špatný vliv na kvalitu partnerského života. Z mužské strany se vyskytují obavy spojené s ublížením partnerce nebo miminku. V závěru těhotenství se setkáváme s porušeným vnímáním vlastního těla, kdy si zakulacené budoucí maminky nepřipadají atraktivní. Existují ale ženy, které jsou naopak sexuálně neaktivnější právě v období těhotenství. Udávají největší vzrušivost a přitažlivost vůči partnerovi. Pro partnery je to každopádně životní zkouška pevnosti jejich vztahu.

S narozením potomka se preference mění a veškerá pozornost se upíná na něj. Žena se adaptuje na roli matky a zapomíná na partnerský vztah a jeho příslušné náležitosti. Otevřená komunikace je důležitou součástí partnerského vztahu a je nutné, aby spolu v průběhu těhotenství a po porodu partneri o sexu komunikovali.

Bakalářská práce se zabývá celkovou sexualitou ženy a muže, sexualitou párů v období těhotenství, kde jsou zmíněny nejčastější obavy při pohlavním styku, vhodné praktiky a psychosomatické změny, dále popisuje téma orgasmického porodu a sexuality párů po porodu, kde je popsán pojem „madonin komplex“, vliv způsobu vedení porodu na sexualitu a psychika žen po porodu.

Cílem této bakalářské práce je přinést ucelený pohled na problematiku sexuality v těhotenství a po porodu a poskytnout užitečné informace pro těhotné ženy a jejich partnery, ale i pro zdravotnické pracovníky. V práci jsou zkoumány fyziologické a psychologické aspekty sexuality v těhotenství a po porodu.

Pro výzkum problematiky byla použita kvalitativní metoda prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Výsledky bakalářské práce by měly přispět k lepšímu porozumění sexualitě v těhotenství a po porodu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 LIDSKÁ SEXUALITA

Lidská sexualita se v průběhu historie vyvíjela a měnila, od antických dob až po současnost. Společnosti měly různé názory na sexuální chování a identitu, někdy je tolerovaly, jindy je trestaly. V 19. a 20. století došlo k revoluci v oblasti sexuality, kdy se začaly objevovat nové teorie a studie. Dnes je sexualita považována za důležitou součást lidského života a existuje větší tolerance a akceptace různých sexuálních orientací. Stále však existují názorové rozdíly a diskriminace v oblasti sexuality. Sexualita je součástí naší identity a má vliv na naše zdraví, vztahy a spokojenost. Existuje mnoho různých forem a formací sexuality, včetně heterosexuality, homosexuality, bisexuality, asexuality a pansexuality. Některé formy sexuality jsou stále stigmizovány a diskriminovány, což má špatný vliv na psychické zdraví a životy těch, kteří se jimi řídí. Sexualita je silně ovlivněna kulturou, náboženstvím, vzděláním a sociálními vztahy. (Laqueur, 2017)

1.1 Historie sexuality

Sexualita je složité a proměnlivé téma, které se vyvíjí během historie a je ovlivňováno mnoha faktory, jako je kultura, vzdělání, víra a zákony. Od starověku až po středověk byla sexualita spojena převážně s reprodukcí a byla vnímána jako tabu. V 19. století vznikla věda sexuologie a začaly se objevovat výzkumy, které se snažily porozumět tématu sexuality a jejímu vlivu na lidský život. Ve 20. století došlo k liberalizaci a destigmatizaci sexuality, což vedlo k jejímu zvýšenému zájmu. V současnosti existují různé přístupy, včetně sexuálního vzdělávání a sexuálního zdraví, což umožňuje jedincům získávat informace a svou sexualitu rozvíjet. V posledních desetiletích se objevily významné změny v postojích k sexualitě a stále více se diskutuje o genderových a sexuálních právech. Sexualita je nyní chápána jako důležitý a komplexní aspekt života ovlivňující nejen jednotlivce, ale i společnost jako celek. (Šrámková, 2015)

První známky sexuálního života sahají až 25 000 let do minulosti, kdy jsou znázorněny ideály krásy pomocí sošky Věstonické Venuše. Zobrazuje kyprou ženu s velkými nadry, mohutnými stehny a hýžděmi. Zdůrazněn byl i Venušin pahorek jakožto partie plodnosti. Postupem času se vzory dokonalosti razantně mění. V dobách starého Řecka se krása hledala ve štíhlých tanečnicích. Mnohdy ale převažovala krása duchovní než tělesná. (Šrámková, 2015)

Dle Kate Lister (2020) již ale žijeme v době, kdy se téma sexuality stalo z tabu téma otevřené. Lidé jsou ochotní naslouchat a respektovat názory ostatních na různé formy

sexuality. Do určitých mezí se neodsuzují potraty, homosexualita ani nevěra. I v dnešní době jsou ale země, které nejsou tak volně smýšlející. (Lister, 2020)

1.2 Sexualita žen

Ženská sexualita je rozmanitý fenomén. Zatímco mužská sexualita je často chápána jako jednodušší a méně komplexní, ta ženská je mnohostranná a může se lišit od ženy k ženě. V průběhu života mohou ženy prožívat různé formy sexuality, od libida a touhy po vzrušení a uspokojení. Ženy ji vnímají více pomocí emocí a citů. Více se přiklání k monogamním svazkům a k naplnění jejich sexuality většinou dochází v dlouhodobých vztazích. Sexuální život je u žen významně ovlivněn menstruačním cyklem, jelikož hormony řídící menstruační cyklus ovlivňují i pocit sexuální touhy. (Koliba a kol., 2019)

1.2.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů

Ženský pohlavní systém se dělí na zevní a vnitřní genitál. Zevní genitál zahrnuje stydký pahorek, velké a malé stydké pysky, poštváček, poševní předsíň a poševní vchod. Vnitřní genitál zastupuje pochva, děloha, vejcovody a vaječníky. (Orel, 2019)

Stydký pahorek (*mons pubis*) je vyvýšení podmíněné nakupením tukové tkáně nad symfýzou. Ochlupení se zde tvoří v období puberty a tím vytváří sekundární pohlavní znaky. **Velké stydké pysky** (*labia majora pudendi*) vycházejí ze stydkého pahorku směrem dolů. Jejich podkladem je rovněž tuková tkáň. Obsahují bohaté cévní síť, při sexuálním vzrušení se překrví a zduří. **Malé stydké pysky** (*labia minora pudendi*) najdeme na vnitřní straně velkých stydkých pysků. Jsou bohatě prokrvené a inervované hustou sítí nervových vláken. **Poštváček** (*clitoris*) nacházíme nad zevním ústím močové trubice. Je to ekvivalent mužského penisu. Podkladem je topořivá tkáň, která se při sexuálním vzrušení překrvuje a zvětšuje. Je vysoce citlivý na dotek. **Poševní předsíň** (*vestibulum vaginae*) a **poševní vchod** (*ostium vaginae*) jsou lemovány malými stydkými pysky. Ústí zde párové Bartoliniho žlázy, které při sexuálním vzrušení vylučují sekret zvlhčující danou oblast. (Orel, 2019)

Pochva (*vagina*) má podobu duté trubice uložené mezi močovým měchýřem a močovou trubicí zepředu a konečníkem zezadu. V horní části se pochva upíná na dělohu a do pochvy zasahuje děložním čípkem. Sliznice vystylající dutiny pochvy je tvořena mnohvrstevným dlaždicovým epitelem. Vzniká zde kyselina mléčná, která vytváří kyselé prostředí (nepřátelské pro bakterie) a zabraňuje šíření infekce. **Děloha** (*uterus*) je dutý svalový orgán tvarem připomínající hrušku. Dělíme ji na tři části – děložní tělo, děložní

úžinu a děložní hrdlo. **Vejcovod** (*tuba uterina*) je párovým orgánem probíhající obloukovitě od rohu děložního k vaječníku. Ústí je opatřeno pohyblivými výběžky a jsou uzpůsobeny k zachycení uvolněného vajíčka při ovulaci. Vejcovody jsou vystlány jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami kmitající směrem k děloze a zajišťují transport vajíčka. **Vaječník** (*ovarium*) je párový orgán. Produkuje pohlavní hormony (estrogeny a progesteron) a pohlavní buňky. Od puberty každý měsíc dozrává jeden folikul. Ten roste a vajíčko v něm dokončí svůj vývoj. Rostoucí folikul se nazývá Graafův folikul. Jeho finální vývoj trvá asi 14 dnů a na jeho vrcholu praská (dochází k ovulaci). Vajíčko je zachyceno výběžky vejcovodu. Postupně putuje vejcovodem směrem do dělohy a je připraveno k oplození. (Orel, 2019)

1.2.2 Menstruační cyklus žen

Menstruační (sexuální) cyklus je proces probíhající v ženském těle. Dochází k periodickým změnám hormonálních hladin a fyziologických funkcí. Tento cyklus se skládá z několika fází. Mají vliv na libido, plodnost, náladu a celkové zdraví ženy. (Koliba a kol., 2019)

První fází je **folikulární fáze**. Začíná prvním dnem menstruace a trvá asi 14 dní. Během této fáze hormony stimulují růst folikulů vaječníků, které produkují estrogen a připravují vaječníky na ovulaci. Ženy v této fázi vyhledávají náročnější fyzickou aktivitu. Sexuální touhy zahrnují spíše flirt a hravost. Díky hormonu estradiolu si ženy připadají atraktivnější, jsou sebevědomé a pozitivně naladěné. (Vašířová, 2020)

Druhou fází je **ovulační fáze**. Vyskytuje se přibližně v polovině cyklu, kdy je uvolněno zralé vajíčko z folikulu. V této fázi je žena nejvíce plodná a má nejvyšší pravděpodobnost k otěhotnění, a to ovlivňuje sexuální touhy, mají více sexuálních tužeb, ale také jsou častěji nevěrné. (Koliba a kol. 2019)

Třetí fází je **luteální fáze**. Z prasklého folikulu se vytvoří žluté tělísko produkující progesteron, pokud není vajíčko oplodněno, resorbuje se, hladina progesteronu klesá a tělo začne připravovat dělohu na menstruaci. Ženy jsou velmi citlivé, náladové a bez energie. Sexuální praktiky spíše odmítají. (Vašířová, 2020)

V poslední fázi, **menstruační fázi**, je oplodněné vajíčko implantováno do děložní stěny. Pokud nedojde k oplodnění, vaječníky produkují méně hormonů a tělo se zbavuje děložní sliznice, což vede ke krvácení z rodidel. Děloha se čistí a připravuje děložní sliznici na další cyklus. Sex v tomto období spoustu žen odpuzuje, ale milování může být příjemnější a intimnější. Sexuální touha mnohdy stoupá. (Koliba a kol., 2019)

1.2.3 Hormony ovlivňující sexualitu žen

Estrogeny jsou steroidní hormony vznikající v gonádách. Hlavním estrogenem je **estradiol**, dále estron a estriol. Produkce estrogenu se mění v závislosti menstruačního cyklu. Mají významný vliv na ženskou sexualitu. Zvyšují citlivost a průtok krve do pohlavních orgánů, což zlepšuje sexuální funkce, udržují vaginální a vulvární tkáň zdravou, pružnou a lubrikovanou, což pomáhá snížit bolest při pohlavním styku, zlepšují citlivost klitorisu a podporují dosažení orgasmu. (Weiss, 2010)

Androgeny jsou důležitými hormony ženské sexuality. Hlavním androgenem je hormon **testosteron**, který bývá mylně spjat pouze s muži. Ženské vaječníky jej produkují v menší míře. Ovlivňuje vzrušivost, libido a celkové sexuální funkce. Při nízké hladině androgenů mohou ženy pociťovat menší vzrušivost, mizející orgasmus a sexuální fantazie. (Weiss, 2010)

Gestageny jsou vnímány spíše jako negativně ovlivňující hormony. Hlavním gestagenem je u žen **progesteron**. Vyšší hladiny gestagenů v těle mohou vést ke snížené sexuální touze, častým změnám nálad nebo snížení citlivost klitorisu, což může mít vliv na horší dosahování orgasmu. (Weiss, 2010)

Oxytocin, také označován jako „hormon lásky“, je nepohlavní hormon produkováný v hypotalamu. Zvyšuje sexuální touhu, zlepšuje intimnost a emocionální propojení, zlepšuje pocit orgasmu, podporuje reprodukční funkce. Je důležitým článkem zejména u porodu. (Weiss, 2010)

Prolaktin je nepohlavní hormon produkován hypofýzou. Má hlavní podíl na zahájení a udržení laktace. Snížená hladina může zapříčinit zástavu laktace, ale naopak zvýšená hladina může způsobit snížení libida a citlivosti klitorisu. (Weiss, 2010)

1.3 Sexualita mužů

Mužská sexualita je velice odlišná od té ženské. U mužů se jedná převážně o tělesný akt než o citovou záležitost, jejich vnímání sexuality je především skrze smysly. Je tedy možné rychle aktivovat touhu pomocí podráždění jakéhokoli smyslu. Mohou je vzrušit vjemy hmatové a zrakové (ty asi nejvíce), ale i čichové nebo sluchové. (Kolíba a kol., 2019)

1.3.1 Anatomie mužských pohlavních orgánů

Taktéž u mužů rozdělujeme pohlavní systém na zevní a vnitřní. Zevní genitál obsahuje pohlavní úd (pyj), varlata a nadvarlata, šourek, část chámovodů. Vnitřní genitál zahrnuje chámovody, semenné včky, předstojná žláza – prostata a bulbouretrální žlázy. (Orel, 2019) **Pyj (penis)** obsahuje dvě **kavernózní tělesa (corpora cavernosa)** tvořená houbovitou tkání s mnoha dutinkami a na povrchu jsou obemýkány tuhou vazivovou blánou. Sexuální vzrušení zajišťuje plnění dutinek krví, a to podmiňuje erekci. Ze spodní strany kavernózních těles se nachází **spongiózní těleso (corpus spongiosum)** a je zakončeno **žaludem (glans penis)**. Jedná se o velice citlivou oblast obsahující četná nervová zakončení. Povrch penisu pokrývá jemná kůže a v oblasti žaludu přechází v **předkožku (preputium)**, ta se na spodní straně připojuje k žaludu pomocí uzdičky (*frenulum preputii*). **Varle (testis)** je párová pohlavní žláza. Může se lišit velikostí i tvarem. Nachází se mimo břišní dutinu v **šourku (scrotum)**. Jsou velmi citlivá na dotek a tlak. Povrch varlete je pokryt vazivovou blánou (*tunica albuginea*), která pomocí tvořených přepážek člení varle na jednotlivé lalůčky, ty obsahují semenotvorné kanálky. Ve tkáni varlat se nacházejí Leydigovy buňky, které jsou zdrojem testosteronu – mužského pohlavního hormonu. **Nadvarle (epididymis)** je na vrcholu každého varlete. Jeho součástí je svinutý kanálek (*ductus epididymis*), zde ústí kanálky varlete a dozrávají spermie. (Orel, 2019)

Chámovod (ductus deferens) je asi 40 cm dlouhá trubice navazující na kanálky nadvarlete. Patří k pohlavním vývodným cestám a obstarává přesun spermií do močové trubice, odkud se při ejakulaci dostávají ven. **Měchýřkové žlázy (glandulae vesiculosae)** jsou malé párové žlázy. Mají slabě zásaditý sekret, který vyživuje spermie, podporuje jejich pohyblivost a vitalitu. Ústí do chámovodů. **Předstojná žláza (prostata)** je žláza ležící těsně pod močovým měchýřem. Její sekret přidává spermiím schopnost oplodnit vajíčko. **Bulbouretrální žláza (glandula bulbouretralis)** je malá párová žláza jejíž sekret chrání spermie a neutralizuje prostředí močové trubice. (Orel, 2019)

1.3.2 Erekce a ejakulace

Erekce je fyziologický reflex, který se projevuje zvýšeným průtokem krve do penisu a tvorbou tuhého a ztopořeného stavu při psychogenní nebo reflexní stimulaci. Psychogenní erekce vzniká jako reakce na psychické podněty, jako jsou smyslové, emoční nebo ze sexuálních fantazií. Reflexní erekce je podmíněna mechanickým drážděním údu. Během sexuálního vzrušení dochází k uvolnění oxidu dusnatého, který uvolňuje hladké svalstvo

v cévách penisu a zvyšuje krevní přítok do penisu. To způsobí, že cévy se rozšíří a penis se naplní krví, čímž vznikne erekce. (Šrámková, 2015)

Ejakulace je reflex u mužů, při kterém dochází k vypuzení ejakulátu z penisu. Vypuzení (expulze) je doprovázeno rytmickými stahy pánevního a periuretrálního svalstva. Stahy nejsou ovlivnitelné vůlí a bývají spojeny s příjemnými pocity doprovázeny orgasmem. Erekcce a ejakulace na sobě nejsou závislé. Proces ejakulace začíná stimulací penisu nebo prostaty, což způsobuje zvýšený průtok krve do genitálií a postupné napětí svalů v oblasti pánevního dna. Toto napětí a svalové kontrakce jsou důležité pro vytvoření tlaku, který vypuzuje semennou tekutinu z těla. (Šrámková, 2015)

Semenná tekutina prochází z varlat a semenných váčků do močové trubice, kde se smísí s tekutinou prostaty a Cowperových žláz. Tato směs tekutin vytváří ejakulát. Celý proces trvá obvykle několik sekund a po ejakulaci může muž cítit relaxaci svalů v pánevní oblasti a úlevu. (Orel, 2019)

1.4 Sexuální reaktivní cyklus

Apetence se vyznačuje zájmem o sex, nárustem sexuální touhy, vyhledáváním sexuálních podnětů a vyšší vzrušivostí. Často zahrnuje různé prvky jako fantazii, fyzické reakce a psychické projevy. Tato fáze může být přítomna i bez následujícího sexuálního aktu. (Orel, 2019)

Vzrušení (*excitace*) je pozvolně narůstající intenzita. U žen se zvyšuje prokrvení a zduření pohlavních orgánů, lubrikuje se poševní vchod. U mužů dochází k erekci penisu, vzrušení z pravidla stoupá rychleji než u žen. Může trvat od několika minut až po několik hodin, záleží na intenzitě a přetrvávání podnětů. (Šrámková, 2015)

Plató je fáze, kdy jsou příznaky vzrušení udržovány na stabilní úrovni, dokud nenastane orgasmus nebo útlum sexuální odpovědi. (Orel, 2019)

Orgasmus je vrcholná fáze, kdy dochází ke stahům svalového dna pánevního, zrychlené dechové a tepové frekvenci a intenzivnímu pocitovému vyvrcholení. U mužů je tato fáze spojena s ejakulací. (Šrámková, 2015)

Uvolnění je charakterizováno pozvolně klesající úrovní sexuálního vzrušení, ústupem překrvení. U mužů mizí erekce a zvýšená citlivost *glans penis* znemožňuje další aktivitě. (Šrámková, 2015)

2 SEXUALITA V OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ

Pohledy na sex v těhotenství se v průběhu dějin razantně měnil. V některých kulturách byl sex zakázán v posledních dvou měsících gravidity. Peršané trestali muže i ženy usmrcením, pokud u nich proběhl styk mezi čtvrtým měsícem gravidity a čtyřicátým dnem po porodu. Ale v Indii byl ejakulát zdrojem živin pro plod, a naopak vyzývali k nechráněnému pohlavnímu styku v těhotenství. Ve Viktoriánských dobách tvrdili, že pohlavní styk v těhotenství způsobuje dětem mentální retardace. Tyto domněnky však byly v současnosti vyvráceny. (Weiss, 2010)

2.1 Sex v těhotenství

„V prokreativním pojetí rodiny je těhotenství cílem a završením pohlavního života párů. V současné době je pohlavní styk oproštěn od rozmnožování a charakter sexu je převážně rekreační. Přestože těhotenství je i v současné době korunováním sexuálního života, významný zájem o sex přetrvává u žen (i u mužů) prakticky po celou dobu gravidity.“ (Weiss, 2010, s. 310)

Ženy v průběhu těhotenství procházejí fyzickými, psychickými, sociálními a sexuálními změnami. Pohlavní styk mezi páry je nedílnou součástí partnerského vztahu či manželství. Zejména v těhotenství nesmí zapomenout na důležitost lásky, intimity a uspokojení. Nedostatek sexuálních praktik v těhotenství je mnohdy zapříčiněn nevědomostí o bezpečnosti sexu. Dokud je sex prováděn bezpečně a při fyziologickém těhotenství, neexistuje žádný důvod, proč se mu vyhýbat. Samozřejmě existují vhodnější a méně vhodné sexuální polohy, kterým se věnuji v kapitole 2.5.1. Jsou ale situace, kdy je pohlavní styk nežádoucí a může být až nebezpečný např. při vaginálním krvácení, projevech vaginálního zánětu, vcestném lůžku (*placenta praevia*), opakovaných potratech, rizikovém těhotenství, předčasné děložní aktivitě nebo odtoku plodové vody. Pokud si žena není jistá, zda je v její situaci sex bezpečný, měla by se poradit se svým lékařem či porodní asistentkou. (Siregar et al., 2022)

2.2 Psychosomatické změny

Během těhotenství dochází k mnoha změnám nejen tělesných, ale i psychických. Psychosomatické změny zahrnují širokou škálu projevů, jako jsou emoční stavy, úzkost, stres a další faktory ovlivňující jak matku, tak i vývoj plodu. Tyto změny nejsou rozhodující

jen pro zdraví matky a dítěte, ale také pro vztahy a podporu, kterou žena v tomto období potřebuje. (Šrámková, 2015)

2.2.1 Anatomické změny

Jedná se především o zvětšující se dělohu. Na konci 3. měsíce těhotenství vystupuje z pánve, v 6. měsíci sahá k pupku a v 9. měsíci asi dva prsty pod mečovitý výběžek neboli *processus xiphoideus*. Postupně se děloha klene dopředu a s ní se tvaruje bujné poprsí, čímž se mění celkový vzhled ženy. Vznik strií převažuje na bříše a prsech. Tyto změny jsou ženami vnímány negativně. Průměrný hmotností přírůstek se pohybuje kolem 12 kg a tím u mnoha žen dochází k poruše vlastního obrazu těla, což ovlivňuje jejich sexuální apetit. (Weiss, 2010)

V pohlavním ústrojí dochází k venóznímu městnání a tím se zvětšují stydké pysky. Při vzrušení se malé stydké pysky zvětší až trojnásobně. Prokrvenější je i poševní vchod, který se zbarvuje až do fialova. (Weiss, 2010)

2.2.2 Hormonální změny

Hormonální stav v těhotenství je jedinečný. Žádná životní situace se těmto hodnotám nedá vyrovnat. Charakterizuje se vysokou hladinou estrogenu, progesteronu a asi desetinásobek hladiny prolaktinu. Androgeny (testosteron) jsou naopak utlumeny z důvodu snížené ovariální aktivity. Stoupá také hladina nepohlavního hormonu, který řídí porod a ejekci mléka, a to oxytocinu. Hormonální změny úzce souvisí se změnami psychickými. (Weiss, 2010)

2.2.3 Psychické změny

Ženy během těhotenství zužují poruchy kognitivních funkcí, náladovosti nebo neurózy. Tento fenomén se nazývá **benigní těhotenská encefalopatie** nebo lidově „*baby brain*“, „*mommy brain*“. Charakterizuje se zejména horší schopností udržet pozornost, špatnou pamětí, zhoršenou motorickou a koordinační schopností, zvýšenou mírou stresu, únavou nebo nespavostí. Mezi typické emoce se také řadí deprese nebo úzkost. Zasahují až 50 % těhotných žen. Mohou vycházet z psychosociálních nebo ekonomických faktorů. Úzkost ve většině případů přichází ke konci těhotenství, žena má obavy z porodu a co bude po něm. Vyžaduje větší pozornost ze strany partnera a rodiny. Partner by zmíněnou situaci neměl brát na lehkou váhu a svou těhotnou ženu maximálně podporovat. S těhotenskou depresí se totiž zvyšuje pravděpodobnost porodních komplikací. (Pownall et al., 2022)

2.3 Obavy vyskytující se při pohlavním styku

Dle studie J.K. Beveridge uvedlo přes polovinu (58,6 %) dotazovaných žen alespoň jeden strach z *koitu* neboli sexu v těhotenství. Největší obavy byly spojené s ublížením plodu nebo ze vzniku možných komplikací jako je krvácení, předčasný porod, potrat a zanesení infekce do rodidel. Zmíněné obavy ale nejsou při fyziologickém těhotenství relevantní. Při výzkumu se objevily i ženy, které těhotenství využívaly jako výmluvu pro absenci sexu, to ale pramenilo ze zmíněných obav. Může to nepříznivě poškodit partnerský vztah a důvěru v něm. Jakékoli pochybnosti či obavy by měly páry být schopny popsat a společně vyřešit. Sex je jeden ze stavebních kamenů partnerských vztahů a abstinence pouze z jedné strany partnera by mohla vézt ke vztahovému rozvrácení nebo nevěře. (Beveridge, 2018)

2.4 Pohlavní život ze strany partnera

Když žena otěhotní, mužské libido se mění. Mohou mít pocit, že je při styku někdo „sleduje“. Muži jsou také součástí těhotenství a často se na ně zapomíná. Mají své potřeby, ale zároveň i obavy o partnerku. V první polovině těhotenství se sexuální apetit nemění, mnohdy se mužům zakulacené tělo líbí, ale kolem 3. trimestru a s blížícím se porodem sexuální aktivita klesá. Příčinou jsou obavy z poškození plodu nebo samotné ženy. (Weiss, 2010)

S postupujícím těhotenstvím se frekvence párových sexuálních praktik snižuje. Musíme ale přihlížet na celkovou sexuální spokojenost obou partnerů. Pokud ženám např. na začátku nebo na konci těhotenství, kdy jsou sexuální touhy sníženy, není styk příjemný, muž obvykle přejde k masturbaci. Žena by tuto skutečnost neměla brát jako urážlivou, ale naopak jej podporovat nebo přistoupit k párovým hrátkám. Pro muže je masturbace způsob, jak se rychle zbavit sexuálního napětí. Partneři by měli během celého těhotenství komunikovat o svých touhách a pocitech a společně najít cestu, která je příznivá pro oba. Muž by na ženu neměl vyvíjet tlak ohledně sexuálních praktik a žena by neměla svému muži neustále sex odepírat. (Radoš et al., 2015)

2.4.1 Couvade syndrom

Mužské těhotenství, známé také jako couvade syndrome (z francouzštiny *couver* neboli hnízdit) nebo březostní muži, je stav, ve kterém se partner cítí fyzicky a emocionálně jako by byl těhotný, když je jeho partnerka v očekávání. Muž může zažít některé symptomy spojené s těhotenstvím, jako jsou nevolnost, únava, zvýšená citlivost, váhový přírůstek, bolesti hlavy, zácpa, změny nálady a podobně. Jedná se o ojedinělý psychologický stav

vyskytující se u mužů, kteří jsou velmi angažováni v těhotenství své partnerky nebo při očekávání prvního potomka. (Chase et al., 2021)

Existuje mnoho teorií o tom, co způsobuje couvade syndrom, ale přesné příčiny nejsou stále známy. Někteří vědci se domnívají, že může být způsobeno změnami hormonálních hladin u muže, když je jeho partnerka těhotná, a jiní tvrdí, že je to důsledek silné emocionální připoutanosti k dítěti a procesu těhotenství. I když je mužské těhotenství považováno za bezpečný a normální stav, může to pro muže být stresující situace a negativně ovlivnit jeho život a vztahy. (Chase et al., 2021)

2.5 Koitální a nekoitální praktiky

Pojem koitální praktiky jsou odvozeny od slova *koitus* neboli pohlavní styk. Tyto praktiky jsou spojeny s reprodukcí a jsou obvykle prováděny mezi partnery. Pokud partneři pohlavní styk neprovádějí za účelem reprodukce, měli by být náležitě chráněni. Pohlavní styk s sebou nese nespočet sexuálních poloh. Je jen na partnerech, které z nich si zvolí, aby byl pohlavní styk pro oba příjemný. Pro lepší uspokojení se mohou používat různé stoličky pro dosažení správné polohy nebo polštáře na podložení pánve. (Gregora a Velemínský, 2017)

Na druhé straně, nekoitální praktiky jsou sexuální aktivity, které nevedou k pohlavnímu styku a jsou zaměřeny na jiné formy sexuálního uspokojení. Tyto praktiky jsou prováděny samostatně nebo s partnerem a zahrnují různé formy stimulace těla, jako je masturbace, líbání, doteky, stimulace bradavek, orální sex nebo anální sex. (Morhason-Bello, et al., 2023)

2.5.1 Koitální praktiky

Sexuální touhy ženy obvykle v prvním trimestru klesají z důvodu nevolností a přizpůsobujícího těla na těhotenství. Paradoxně je to nejvhodnější čas pro pohlavní styk, jelikož ještě nepřekáží těhotenské břicho. V následujících měsících už nastávající maminky musí volit vhodnější polohy, kde rostoucí břicho nebude tolik překážet. Nepříjemnými se stávají hlavně polohy, kde je partner nahoře. (Gregora a Velemínský, 2017)

Vhodné polohy pro *koitus* v těhotenství:

- Oba partneři na boku v leže, tato poloha je velmi oblíbená, nedochází při ní k velkým otřesům a není potřeba velká fyzická námaha.
- Ve stoje zezadu, žena může být předkloněná s prohnutím v zádech a spuštěným břichem nebo narovnaná.

- Muž ležící na zádech a žena na něm sedí s pokrčenýma nohama, výhodou je oční kontakt, a tak intenzivnější prožitek.
- Obdobná poloha jako v minulém bodě, ale žena sedí na muži obráceně, vhodné pro ženy, které jsou stydlivé. Muž může ležet nebo sedět a opírat se o ruce nebo laskat partnerčina řadra.
- Žena na boku s pokrčenýma nohama a muž klečící před ní.
- Žena v kleče na čtyřech s prohnutými zády a svěšeným bříškem, muž v kleče zezadu stimulující partnerčin klitoris.

Poloh bychom vymysleli určitě více, stačí jen zapojit fantazii. Nejsou vhodné polohy, kde je žena na zádech, aby neutlačovala dolní dutou žílu. Důležité je, aby se žena cítila příjemně a sexy. (Gregora a Velemínský, 2017)

2.5.2 Nekoitální praktiky

Nekoitální praktiky jsou veškeré sexuální stimuly, které nezahrnují vaginální styk. V mnoha případech mohou být součástí přede hry a přispět k celkovému sexuálnímu zážitku. Jsou vítané především v situacích, kdy je pohlavní styk pro těhotnou ženu nepříjemný. (Morhason-Bello, et al., 2023)

Orální sex zahrnuje stimulaci pohlavních orgánů ústy a jazykem a může být užitečný pro dosažení sexuálního uspokojení bez nutnosti pohlavního styku. Ve třetím trimestru je orální sex velkou výhodou, jelikož je vulva více prokrvená a žena tak má možnost dosáhnout orgasmu snadněji než před otěhotněním. Do této skupiny se řadí i anální sex. Zde je ale třeba zvážit veškerá rizika, obavy a nezapomenout na nutnost být na tuto aktivitu řádně připraven. Pokud se jeden z partnerů necítí na provedení análního sexu, je doporučováno držet se jiných praktik. V těhotenství také dochází k častějšímu sebeuspokojení zvláště z pohledu muže. Obvykle se tak děje v situacích, kdy žena není dobře sexuálně naladěná nebo jsou její sexuální touhy v úplném útlumu. (Morhason-Bello, et al., 2023)

3 POROD

Jedná se o fyziologický děj, při kterém dochází k vypuzení plodu, spolu s placentou a plodovými obaly, z dutiny děložní. Je to jeden z nejdůležitějších a nejvíce emotivních zážitků, které může žena prožít. V dnešní době existuje mnoho způsobů, jak porodit. Pokud se žena rozhodne родit spontánně, je to velký zákrok do anatomických poměrů pohlavních orgánů. Porod jako takový nebývá spojen s budoucí poruchou vzrušivosti nebo chutí na sex. Existují ale ženy, které si prošly porodem spojený s komplikacemi a nesou si tak strach z pohlavního života a znemožní si příjemný prožitek ze sexu. Obvykle to bývá následek velkého porodního poranění nebo jiného traumatu při porodu. (Hudáková a Kopáčiková, 2017)

3.1 Orgasmický porod

Ženy, které orgasmickým porodem prošly jej popisují jako velký tlak a úžasný pocit v pochvě v momentě, kdy se blížilo narození miminka, následujícím uvolnění a lavina emocí po jeho vypuzení. O orgasmickém porodu hovoříme tehdy, kdy žena na celý porod po fyzické i citové stránce vzpomíná pozitivně a přirovnává ho k příjemným pocitům. Abychom se do světa orgasmického porodu mohli zařadit, musíme nejdříve poznat své tělo. (Davis a Pascali-Bonaro, 2014)

Základní složkou, která nesmí v těle chybět, je oxytocin. Je znám také pod názvem „hormon lásky“ a nikdy ho není v těle více než v období těhotenství. Nejvyšších hodnot dosahuje právě v okamžiku vypuzení novorozence. Oxytocin pomáhá ke stahům dlouhých děložních vláken, které jsou připojeny k čípku a ten se pak otevírá, je-li povolený. Je zřejmé, že ke spontánnímu extatickému porodu může dojít jen tehdy, pokud se vyvarujeme čemukoli, co zabraňuje vylučování oxytocinu do těla. (Davis a Pascali-Bonaro, 2014)

Penny Simkinová, známá lektorka dul, vymyslela návod 3R, který by měl ženám pomoci lépe zvládat kontrakce. První R zastupuje relaxaci, druhé rytmus a poslední rituál. Každá žena je unikátní a taky její potřeby. Nelze uplatnit stejné 3R pro všechny ženy. V průběhu těhotenství je dobré, aby si každá zvolila svůj způsob relaxace a rituálu. Jako rituál může to být například česání vlasů nebo pohupování v rytmu kontrakcí. Rytmus je pro všechny stejný, a tím jsou kontrakce. (Davis a Pascali-Bonaro, 2014)

Během orgasmického porodu dochází k uvolnění velkého množství endorfinů, hormonů štěstí a lásky, které snižují pocit bolesti a napětí a umožňují ženě prožít porod jako pozitivní

zážitek. Tento typ porodu má pozitivní vliv na zdraví novorozence, protože umožňuje lepší průchodnost porodního kanálu a snižuje potřebu použití léků a invazivních zásahů. (Davis a Pascali-Bonaro, 2014)

I když orgasmický porod může být pro některé ženy cílem, nemusí se vždy povést. Každá žena a každý porod je jedinečný, a proto je hlavní najít individuální přístup, který bude zohledňovat potřeby a preference každé ženy. Orgasmický porod není jediným správným způsobem porodu. Cílem porodu by mělo být zajištění bezpečí a zdraví matky a dítěte. Proto nebuďte zklamaná, když se zrovna ten váš nevydaří podle plánu. (Davis a Pascali-Bonaro, 2014)

3.2 Partner u porodu

Kromě porodní asistentky je partner nejčastější osobou doprovázející ženu k porodu. Pro ženu představuje symbol ochrany a bezpečí nejen pro ni, ale i pro její rodinu. V současnosti se k porodu hlásí přibližně 90 % otců dítěte. Přítomnost partnera u porodu by měla být podmíněna jeho dobrovolným souhlasem a přesvědčením. Neměl by být nikým nucen, jelikož by to přineslo více škody než užitku. A naopak pokud si její žena u porodu mít nepřeje, měl by její přání respektovat. Pouze při splnění těchto podmínek může skutečně zlepšit kvalitu prožitku porodu. (Bašková, 2015)

Přítomnost partnera u porodu má mnoho benefitů. Jeho úkolem je doprovázet ženu do sprchy či na toaletu, pomáhat jí zaujmout úlevovou polohu během kontrakcí, navádí ji ke správnému dýchání, motivuje a povzbuzuje, provádí masáže a jeho přítomností také eliminuje pocit osamělosti. V případě nutnosti jej může porodní asistentka využít při provádění jednoduchých úkonů a zařadit jej tak do procesu porodu. (Bašková, 2015)

Pokud není muž přesvědčen o prospěchu své přítomnosti nebo je k ní donucen, obrací se to v negativní zážitek. Muž situaci nemusí zvládnout po psychické ani fyzické stránce. Obzvláště nastanou-li komplikace při porodu. Negativně se projevuje především na změně vztahu k partnerce např. v sexuální oblasti, při odpovídání na otázky za svou partnerku nebo kladení příliš mnoho otázek. (Bašková, 2015)

Předpokládá se, že přítomnost partnerů u porodu usnadňuje přechod do role otce a upevňuje vztah k novorozenci. Porod v nich ale vyvolává pocit nejistoty, frustrace a nervozitu, které se snaží skrýt za klidnou tvář a sebevědomí. Tyto pocity může v nestřeženém momentu přenést v průběhu porodu na ženu a negativně ji tak ovlivnit. (Bašková, 2015)

3.3 Porodní poranění a jeho vliv na sexualitu

Sexuální praktiky provádíme z důvodu navození vzrušení, ukojení našich sexuálních tužeb, dosažení uspokojení a v neposlední řadě k reprodukci. Mají za úkol vyvolat pozitivní emoce a prožitky. Neměly by přinášet bolest, strach ani jiné negativní emoce. (Weiss, 2010)

U žen po porodu se často setkáváme s různými rozsahy poranění, ať už samovolnými nebo umělými. Zasažena bývá pochva, poševní vchod nebo hráze. Samovolné poranění se nazývá *ruptura* neboli **trhlina**. Dělíme je na stupně od I., kdy je zasažena pouze kůže a sliznice hráze, do IV., kdy poranění sahá až do anální sliznice. Umělé poranění se nazývá *episiotomie* neboli **nástřih hráze**. Rozlišuje se mediální, mediolaterální a laterální. Je to nepřírozený zásah do těla a často se shledáme se špatným zhojením. Nesprávné ošetření může vést k trvalým následkům a problémům při souloži. Od episiotomií se v současnosti opouští. Provádí se pouze v nutných případech nebo jako příprava pro operativní porod. (Weiss, 2010)

Důsledky porodního poranění mohou být inkontinence moči a stolice, poruchy citlivosti zevního genitálu, pokles pánevních orgánů a rovněž sexuální dysfunkce. „Výskyt *dyspareunie* je vyšší po mediolaterální episiotomii než po porodu bez episiotomie nebo s mediální episiotomií. Po 6 měsících po porodu byla dyspareunie u ruptury hráze II. stupně téměř 3x častější, po ruptuře III. stupně téměř 8x častější než po porodu bez poranění nebo po ruptuře I. stupně.“ (Weiss, 2010, s. 299). V důsledku porodního poranění si nejvíce ženy stěžují na výskyt inkontinence moči a stolice. Existují kazuistiky, které uvádějí, že vliv na sex při rozsáhlých *per secundam* zhojených poranění nemá dyspareunie, ale stud žen pro vzhled jejich pohlavního ústrojí. Jako možnou prevenci III. a IV. stupně ruptury a nutnosti episiotomie se uvádí předporodní masáže hráze. (Weiss, 2010)

4 ŠESTINEDĚLÍ

Šestinedělí je období šesti týdnů po porodu, během kterého dochází k regeneraci a obnově těla ženy. Během toto období se žena přizpůsobuje na novou roli matky a dochází k mnoha fyziologickým změnám v jejím těle. Jednou z nejdůležitějších změn v těle po porodu je snížení hladiny hormonů estrogenu a progesteronu vedoucí k možné psychické labilitě. (Dušová a kol., 2019)

Další významnou změnou je zotavení dělohy po porodu. Během šestinedělí se děloha postupně stahuje na svou původní velikost, což může být spojeno s bolestí a odchodem infekčních očístků neboli *lochií*, kvůli kterým je důležité dbát na správnou hygienu. Tělo se také zotavuje po eventuálních porodních poraněních a jizvách. (Dušová a kol., 2019)

4.1 Psychika žen po porodu

Následkem hormonálních změn je poporodní období plné psychické zátěže. Nejčastější negativní emocí po porodu je deprese. Setkáváme se s ní u většiny šestinedělek. Matka se musí na svou novou životní roli řádně adaptovat, zvláště prvorodičky. V této době je nutná edukace porodní asistentkou o normalizaci následujících stavů. (Dušová a kol., 2019)

Poporodní blues (baby-blues) je běžný stav charakterizován plačtivostí, smutkem, úzkostí, změnami nálad a zmateností. Postihuje až 80 % žen a vrcholí mezi 3.-6. dnem po porodu a končí kolem 10. dne. (Bašková, 2015)

Poporodní deprese je stav, který se pohybuje mezi poporodním blues a poporodní psychózou. Může vzniknout až do 6 měsíců po porodu. Výskyt je u šestinedělek do 12 %. Nejčastěji vzniká po příjezdu domů z porodnice nebo asi po 3 týdnech. Projevuje se podrážděností, nadměrnou únavou, pocitem, že se nedokáže postarat o své dítě. Může se léčit antidepresivy a psychoterapií. Nejdůležitější je podpora rodiny a přátel. (Dušová a kol., 2019)

Poporodní (laktační) psychóza doprovází asi 1-2 % šestinedělek. Jedná se o psychickou poruchu. Projevuje se halucinacemi, sníženou potřebou spánku, pocitu bezmoci a paniky, myšlenky na ublížení sobě nebo dítěti. Je to stav, kde je zásah psychiatrů nevyhnutelný a je nutná zástava laktace. (Dušová a kol., 2019)

4.2 Sex po porodu

Mezník pro začátek sexuálního života po porodu není nutně konec šestinedělí. Z pohledu lékaře nejsou námitky proti zahájení pohlavního styku po 3 týdnech po porodu. Záleží na zhojení porodních poranění a na psychickém stavu ženy. Pokud ustalo krvácení a žena je psychicky i fyzicky připravena, není důvod začátek pohlavního života oddalovat. Sexuální apetence a reaktivita není tak vysoká jako v průběhu těhotenství nebo před ním. Dosažení orgasmu je složitější, a to kvůli hormonálním změnám a také náročné péči o kojence. (Weiss, 2010)

V šestinedělí se již prsa dále nezvětšují, často ale dochází k úniku až stříkání mléka při orgasmu. Někdy mají ženy v době kojení sníženou iniciativu k manželským hrátkám. Způsobuje to hormon prolaktin a psychogenní faktory. Je pozorovatelný rozdíl mezi ženami kojícími a nekojícími. Kojící začínají znovu rozvíjet svůj sexuální život mnohem později, méně souloží a jejich schopnost dosáhnout orgasmu je snížena. Přibližně 50 % šestinedělek se potkává s *dyspareunií*, bolestivým pohlavním stykem, a často přetrvává až do 1 roku po porodu. Je to obvyklé spíše u vaginálně vedených porodů. Můžou za to různě rozsáhlé ruptury nebo provedená episiotomie. (Hudáková a Kopáčiková, 2017)

4.2.1 Vliv způsobu porodu na sexualitu

Způsob porodu nemá vliv na sexuální apetenci, vzrušivost, schopnosti dosáhnout orgasmu ani uspokojení. Vyskytly se ale rozdíly v oblasti bolestivosti, četnosti orgasmů a sexuální spokojenosti s partnerem. (Langrová a Vrublová, 2013)

Po operativních vaginálních porodech, VEX a Forceps, udávají ženy vyšší výskyt bolestivosti během styku než ženy po spontánních vaginálních porodech. Nejnižší bolestivost uvádí ženy po císařském řezu. Po císařském řezu byly zjištěny menší problémy s četností orgasmu, schopností dosáhnout orgasmu a udržení lubrikace. Byla také zjištěna vyšší míra sexuálního vzrušení. Z vědeckého hlediska je pro sexuální život nejpriznivější způsob porodu císařský řez. (Langrová a Vrublová, 2013)

4.3 Madonin komplex

Fenomén, který již pojmenoval Sigmund Freud. Projevuje se ztrátou zájmu o sex se svou partnerkou a neochotou vést normální sexuální život. Muž na svou partnerku pohlíží spíše jako na matku svého dítěte než na partnerku nebo milenku. Chuť na sex obvykle ztrácejí už v průběhu těhotenství. Rozhodujícím momentem může být přítomnost muže u porodu.

Nesnesitelný křik a bolest jeho ženy v něm probudí výčitky a pocity viny. Cítí se zodpovědný za utrpení jeho ženy. (Hartmann, 2009)

Dle Freudovy teorie souvisí Madonin komplex se vztahem muže a jeho matky. Pokud byla jeho matka v dětství citově odtažitá a nedopřávala mu dostatečnou lásku, vyvolává to v něm strádání a touhu po mateřské lásce, kterou v dětství neobdržel a nyní ji hledá u své partnerky. Situace by měla ustoupit do půl roku sama. Pokud ale problém přetrvává, je vhodné navštívit psychologa nebo manželskou poradnu. Obnovení sexuálního života může být nesnadné, ale při komunikaci jsou partneři schopni z problému vyjít dobře. (Hartmann, 2009)

4.4 Posílení pánevního dna

Stav pánevního dna po porodu je klíčový pro zdraví a pohodlí žen. Porod způsobuje oslabení svalů dna pánevního, což může vést k problémům jako jsou inkontinence, bolesti v oblasti pánevního dna a sexuální dysfunkce. Proto je důležité věnovat pozornost posilování těchto svalů již v porodnici za dohledu porodní asistentky. Jedná se o dlouhodobý proces a vyžaduje trpělivost a pravidelnost. Vhodné je cvičit 2x-3x denně po dobu 10-15 minut a postupně intenzitu zvyšovat. (Huber, Malers a Tunón, 2021)

Jednou z metod posílení pánevního dna je tzv. metoda Ludmily Mojžíšové. Je to léčebná metoda, která se uplatňuje zejména při ženské neplodnosti nebo neschopnosti donosit plod. Hlavní náplní je především aktivizace svalů dna pánevního, ale i svalů v oblasti beder. Svaly se pracuje dvěma způsoby. První zahrnuje vtahování a relaxace svalů pánevního dna spolu s dechovým cvičením a protahováním svalů podél páteře. Cviky zahrnují podsazování pánve, protáhnutí páteře nebo vytahování se v leže do dálky. Druhý způsob provádí fyzioterapeut a jedná se o ošetření pánevního dna a kostrče. Na kostrč se část svalů pánevního dna upíná a stažené svaly ji mohou vysunout z ideálního postavení. Následkem bývají bolesti hlavy nebo jiné potíže spojené právě se zmíněnou neplodností. Nejlepších výsledků dosáhnete pod dohledem vyškoleného fyzioterapeuta. (Červenková, 2020)

Pokud ale hledáte jednodušší způsob, využijte obyčejné venušiny kuličky, které vsunete do pochvy pomocí lubrikačního gelu a budete nosit alespoň 30 minut denně. Kuličky uvnitř pochvy aktivují svaly pánevního dna a vy můžete normálně fungovat. Navíc navracejí vlhkost vulvy, která je po porodu často snižena a při pravidelném nošení řada žen udává lepší prožitek ze sexu a intenzivnější orgasmus. (Oblasser et al., 2016)

Posílení pánevního dna má plno výhod. Mezi ty hlavní patří: (Huber, Malers a Tunón, 2021)

- Prevence inkontinence: svaly pánevního dna dokážou udržet močovou trubici a konečník na svém místě, což snižuje riziko inkontinence
- Léčba inkontinence: pokud žena již trpí inkontinencí, posilování svalů pánevního dna může pomoci při její léčbě a snížit její projevy
- Zlepšení sexuálního života: posilováním těchto svalů můžeme zlepšit sexuální prožitek. Jejich posilování zvyšuje citlivost a napětí v oblasti pohlavních orgánů a může také pomoci při dosahování orgasmu.
- Prevence prolapsu pánevních orgánů

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Pro zjištění požadovaných údajů jsme zvolili kvalitativní výzkum jako nejvhodnější metodu. Informace byly získávány pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Otázky byly tvořeny na základě stanovených cílů.

5.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce je zjistit, jaká je četnost sexuální aktivity partnerů v období těhotenství a po porodu v porovnání před těhotenstvím.

Dílčí výzkumné cíle:

- Zjistit, jaké polohy při sexu ženám nejvíce v těhotenství vyhovují
- Zjistit, zda páry v těhotenství využívají více nekoitální praktiky
- Zjistit, kdy páry začínají s pohlavním životem po porodu a zda má porodní poranění vliv na začátek pohlavního života.
- Zmapovat sexuální život po porodu

Hlavní výzkumné otázky jsou: „Jaká byla četnost pohlavního styku před těhotenstvím v porovnání během něj a po porodu?“

Dílčí výzkumné otázky:

- „Jaké polohy vám při sexu nejvíce vyhovovaly?“
- „Docházelo v těhotenství více k nekoitálním praktikám než před těhotenstvím?“
- „Po jak dlouhé době po porodu jste měli první sex?“, „Bylo nějaké porodní poranění? Jaké?“
- „Jaká byla frekvence a intenzita orgasmu po porodu?“, „Vyskytly se po porodu nějaké komplikace v oblasti sexuality?“, „Jak hodnotíte sexuální život po porodu?“

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem jsou muži a ženy, kteří tvoří pár. Výběr párů definujeme jako záměrný. Hlavním kritériem pro jejich výběr byla skutečnost, že nemají po porodu déle než 2 roky. Participanty tvoří lidé z okolí, byli telefonicky kontaktováni a informováni o průběhu výzkumu. Namísto jmen budeme participanty označovat jako P1 (M1, Ž1) – P6 (M6, Ž6)

z důvodu zachování anonymity. Dále v tabulce uvádíme základní identifikační údaje jednotlivých participantů.

Tabulka 1 Identifikační údaje participantů

PARTICIPANTI	VĚK MUŽE	VĚK ŽENY	VZDĚLÁNÍ MUŽE	VZDĚLÁNÍ ŽENY	PAR ITA	GRAVI DITA
PÁR Č.1 (M1, Ž1)	27	23	IT technik	Zdravotní sestra	I.	I.
PÁR Č. 2 (M2, Ž2)	31	30	OSVČ	Vedoucí směny	II.	III.
PÁR Č. 3 (M3, Ž3)	32	25	Elektrikář	Studentka	I.	I.
PÁR Č. 4 (M4, Ž4)	29	21	Policista	OSVČ	II.	II.
PÁR Č. 5 (M5, Ž5)	35	29	Psycholog	Asistentka prodeje	III.	III.
PÁR Č. 6 (M6, Ž6)	23	24	Řidič	Kadeřnice	I.	I.

Pár č. 1 tvoří muž 27 let a žena 23 let. Žijí spolu 3 roky. Muž pracuje jako IT technik a žena před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako zdravotní sestra. Byla poprvé těhotná a poprvé rodila. Těhotenství bylo plánované. Svůj sexuální život před těhotenstvím definují jako „*velmi dobrý*“, ale po porodu „*jako bychom se odcizili, ale snažíme se na tom pracovat*“.

Pár č. 2 tvoří muž 31 let a žena 30 let. Žijí spolu 10 let. Muž pracuje jako OSVČ a žena před otěhotněním pracovala jako vedoucí směny. Byla potřetí těhotná a podruhé rodila. Těhotenství bylo plánované. Sexuální život před těhotenstvím popisují jako „*někdy to skřípalo, ale nikdy nebyl žádný velký problém*“ a po porodu „*po asi třech měsících se vrátilo vše do normálu*“.

Pár č. 3 tvoří muž 32 let a žena 25 let. Žijí spolu teprve krátce, a to rok a půl. Muž pracuje jako elektrikář a žena stále dálkově studuje. Byla poprvé těhotná a poprvé rodila. Těhotenství plánované nebylo, ale nebylo ani nevítané. Pohlavní život před těhotenstvím popisují jako

„dost uspokojivé, někdy jsme si dopřáli i vícekrát za den“ a po porodu „nebylo to jako dřív, ale pořád v pohodě, během půl roku zvykání na nový režim jsme si na sebe uměli najít čas“.

Pár č. 4 tvoří muž 29 let a žena 21 let. Žijí spolu 3 roky. Muž pracuje jako policista a žena je OSVČ. Byla podruhé těhotná a podruhé rodila. Těhotenství bylo plánované. Sexuální život popisují před těhotenstvím jako *„byl tam krátký interval mezi porodem a dalším těhotenstvím, takže těch pár měsíců bylo hodně rozlitaných“* a po porodu *„nemůžeme se do toho pořádně dostat, ani jeden k tomu nemáme ten popud“.*

Pár č. 5 tvoří muž 35 let a žena 29 let. Žijí spolu 8 let. Muž pracuje jako soukromý psycholog a žena byla před nástupem na mateřskou dovolenou asistentka prodeje. Byla potřetí těhotná a potřetí rodila. Těhotenství plánované nebylo, protože otěhotněla přes hormonální antikoncepci. Sexuální život před otěhotněním popisují jako *„kupodivu dobrý, hodně nám pomáhá tchýně s hlídáním, takže jsme na sebe měli dost času“* a po porodu *„mohlo by to být lepší, ale to vždycky, že? Ale celkově si myslím, že jsme na tom dobře“.*

Pár č. 6 tvoří muž 23 let a žena 24 let. Žijí spolu 2 roky. Muž pracuje jako řidič kamionu a žena se před nástupem na mateřskou dovolenou živila jako kadeřnice. Byla poprvé těhotná a poprvé rodila. Těhotenství nebylo úplně plánované, ale nakonec za něj byli rádi. Pohlavní život před otěhotněním popisují jako *„měli jsme na sebe dost volného času, takže když byla příležitost, bylo to jasné“* a po porodu *„snažíme se najet na stejné nebo alespoň podobné koleje jako dřív, je to dřina, ale pořád se posouváme dál a snažíme si na sebe hledat více času“.*

5.3 Metoda sběru dat

Pro výzkum byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, aby měly páry možnost volně mluvit o tématu. Oficiálním rozhovorům předcházela společenská konverzace pro uvolnění atmosféry, jelikož zvolené téma choulostivé a chtěla jsem, aby se semnou páry cítily uvolněně a aby měly pocit, že se nemusí na toto téma stydět mluvit. Úvodní rozhovor pro získání obecných informací byl veden dohromady. Na detailnější informace byly páry rozděleny a rozhovor probíhal jednotlivě pro maximální upřímnost a otevřenost.

Rozhovory byly vykonány v měsících března a dubna 2023 a zaznamenány byly na diktafon. Byly vedeny se 6 páry, celkový počet rozhovorů byl 12 a probíhaly v domácím prostředí.

Pro maximální zmapování problému bylo připraveno 14 otázek pro ženy a 13 otázek pro muže. Všichni účastníci byli seznámeni s průběhem rozhovoru a jeho anonymitou.

5.4 Analýza dat

Analýza dat probíhala doslovnou transkripcí jednotlivých rozhovorů participantů do textového procesoru Microsoft Word. Rozhovory byly přepsány jazykem, kterým participanté hovořili. Jako další krok jsem si zvolila metodu otevřeného kódování. Získané informace jsem třídila do předem stanovených kódů tak, aby byly jednodušeji zpracovány a vyhodnoceny. Kódy jsem dále kategorizovala podle souvislostí. Po analýze rozhovorů mi vzniklo 33 kódů vztahující se k sexualitě párů v těhotenství a po porodu. Kódy jsem dále roztřídila do 14 kategorií druhého řádu a 2 kategorií prvního řádu.

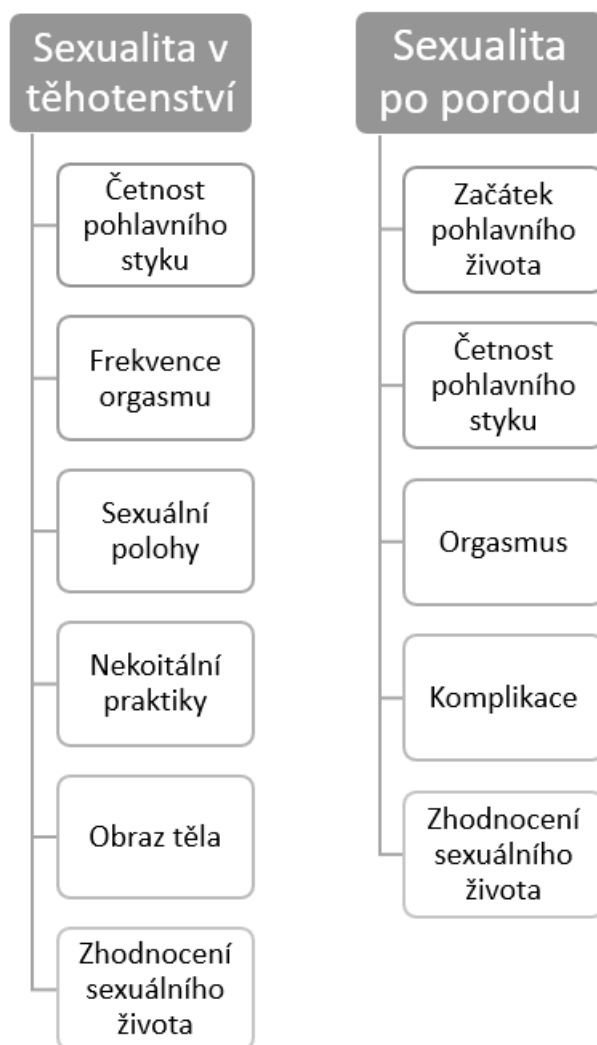
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V rámci výzkumu byly výsledky na základě analýzy rozděleny do dvou okruhů a následně rozděleny do kategorií.

První okruh s názvem **Sexualita v těhotenství** obsahuje 6 kategorií: Četnost pohlavního styku, Frekvence orgasmu, Sexuální polohy, Nekoitální praktiky, Obraz těla, Zhodnocení sexuálního života.

Druhý okruh s názvem **Sexualita po porodu** obsahuje 5 kategorií: Začátek pohlavního života, Četnost pohlavního styku, Orgasmus, Komplikace, Zhodnocení sexuálního života.

Obrázek 1 Schéma hlavních okruhů a kategorií

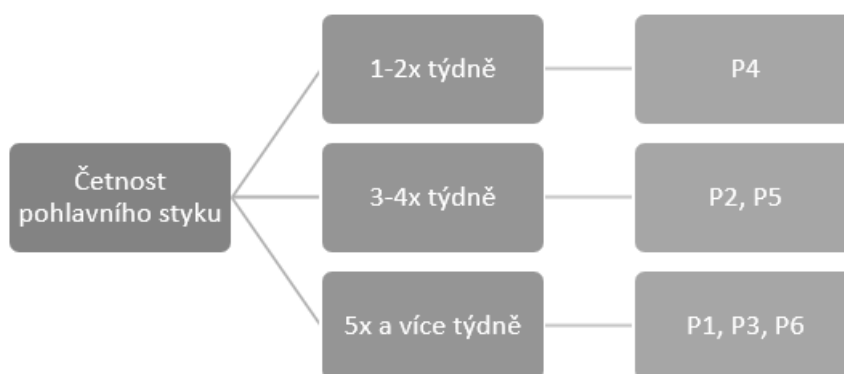


6.1 Sexualita v těhotenství

V tomto okruhu se zabýváme otázkou sexuality v těhotenství v porovnání před ním. Okruh obsahuje 6 kategorií (viz. Obrázek 1). Pro autentičnost jsou úryvky z rozhovorů přepsány doslovně. Pro získání maxima informací byly v několika případech kladeny doplňkové otázky.

6.1.1 Kategorie „Četnost pohlavního styku“

Obrázek 2 Schéma četnosti pohlavního styku v těhotenství



V této kategorii „Četnost pohlavního styku“ páry udávaly průměrný počet provedených pohlavních styků týdně v těhotenství. Všichni muži i ženy se vzájemně na počtu shodli. Žena (Ž1) uvedla: „*Náš pohlavní život se v těhotenství vlastně mnohem zlepšil. I když jsme měli hodně sexu ještě před těhotenstvím, v něm se mi úplně splášily hormony.*“. Její partner (M1) dodal: „*Žena byla k nezastavení, chtěla to furt a všude.*“. Pár č.2 se shodl, že četnost sexu v těhotenství měli **vyšší** než před ním, M2 uvedl: „*Manželka byla určitě víc eroticky naladěná než normálně, naše počty se určitě minimálně o jeden sex týdně zvedl.*“. Pár č. 3 uvádí **podobnou** frekvenci jako před těhotenstvím, Ž3 uvedla: „*Sex asi zůstal ve standartních číslech, byli jsme hodně náruživí už před otěhotněním a při něm se počet sexu asi razantně nezvedl.*“. Pár č.4 uvádí v těhotenství jisté komplikace se sexuálním životem: „*Neměla jsem na sex vůbec náladu. Byla jsem neustále unavená těžko se mi myslelo na věci jako nějaké večerní blbosti. Před otěhotněním to taky nebyla velká sláva, měli jsme toho prostě moc.*“. Muž (M5) nastínil jejich sexuální život: „*No asi to bylo o něco lepší než (Ž5) otěhotněla. Ale jestli to bylo nějak hodně poznat? To asi ani ne.*“. Poslední pár měl asi **nejvyšší** počty ze všech uvedli až 8 pohlavních styků týdně: „*Jo to bylo super období, stačilo se na ni kouknout a ona už věděla. Měli jsme hodně sexu i předtím, ale v takových číslech se to určitě nepohybovalo.*“ Zasmál se M6.

6.1.2 Kategorie „Frekvence orgasmu“ - ženy

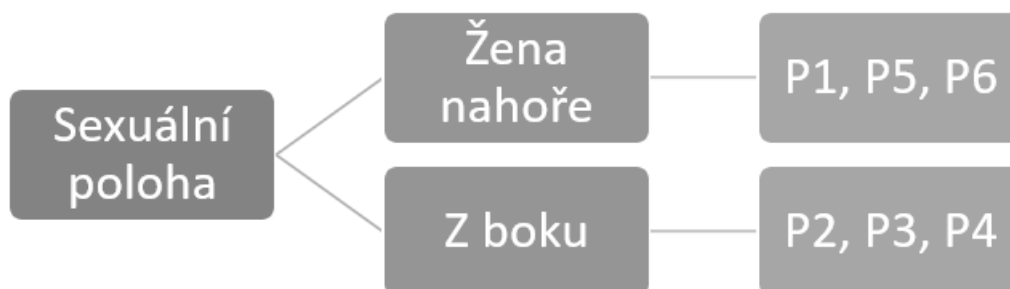
Obrázek 3 Schéma frekvence orgasmu v těhotenství



V této kategorii byla ženám položena otázka „Jaká byla frekvence orgasmu v těhotenství a zda to bylo více nebo méně než před otěhotněním?“. Všechny ženy se shodly, že **frekvence i intenzita byla lepší** než před otěhotněním, Ž1 uvedla: „*No ty krásno, to byl mazec. Určitě to bylo častější a příjemnější. Byla jsem i vícekrát za sebou.*“. Žena (Ž2) uvádí: „*Byla jsem hodně citlivá na každém kousku svého těla, nemusela jsem to dojet až do konce při každém sexu, ale příjemné to bylo vždycky.*“ I Ž3 se shoduje a řekla: „*Udělal jsem se skoro při každém sexu, což se mi moc často nestává, teď už teda spíš ne.*“ usmála se. Dále Ž4 sice uvádí **nižší frekvenci** sexu a orgasmu než ostatní, ale také potvrdila **lepší uspokojení v těhotenství**: „*Toho sexu sice zas tak moc nebylo, ale můžu říct, že jsem se v těhotenství určitě dokázala udělat víckrát než za celý život.*“ Ženy 5 a 6 měly velmi podobné odpovědi, Ž5 uvedla: „*Já už další dítě nechci, ale za ten orgasmus by to stálo.*“ a Ž6 zase: „*Kdybych mohla, jsem těhotná pořád jen kvůli tomu orgasmu.*“.

6.1.3 Kategorie „Sexuální polohy“

Obrázek 4 Schéma nejčastěji využívaných poloh v těhotenství

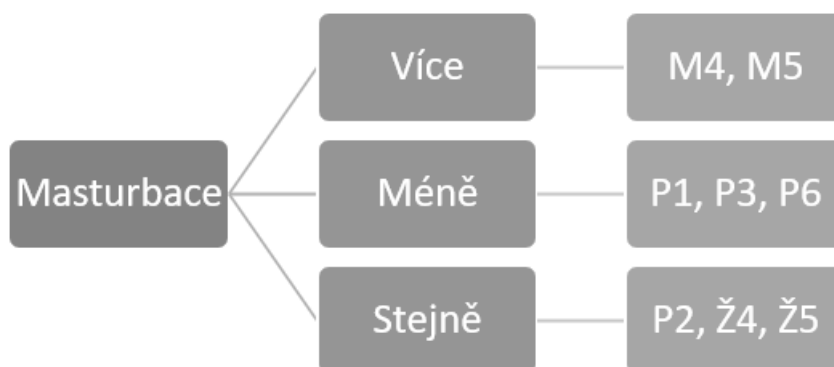


V této kategorii participanti uváděli nejčastěji využívanou polohu a překvapilo mě, že byly pouze dvě zmíněné odpovědi. Páry č. 1, 5 a 6 uvedli, že nejčastěji využívali polohu „**Žena nahoře**“. Žena z páru č. 5 uvedla: „*Když jsem byla nahoře, tak byl pro mě sex nej příjemnější*“.

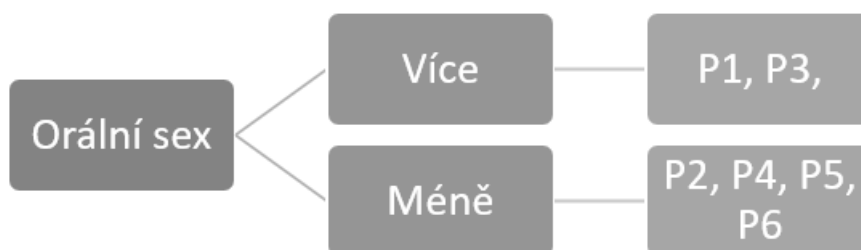
a nejvíce mě vzrušoval, hlavně v pokročilejším těhotenství, když už mi břicho docela zavazelo. Před těhotenstvím jsme využívali spíše zezadu nebo muž na mně.“ Muži převážně uváděli, že jim na poloze tolik nezáleželo a chtěli převážně pohodlí pro ženu: „Nejvíce byla žena nahoře, protože si to tak vybírala, mně to bylo úplně jedno, aspoň si to odmakala.“ zasmál se muž z páru č. 6. Páry č. 2, 3 a 4 uvedli polohu „**Z boku**“ jako tu nejpoužívanější: „Asi z boku, bylo to nej pohodlnější a nikde nic nezavazelo.“ vzpomíná Ž2. Muž č. 3 s úsměvem uvádí: „Z boku to pro ni bylo asi nej pohodlnější a já jsem nenamítal, radši jsem držel hubu a krok.“. Všechny páry kromě P1 se navíc shodly, že se nejvyužívanější polohy v těhotenství byly odlišné od těch před otěhotněním: „Já byla asi nejčastěji nahoře, ale to se nijak od doby před těhotenstvím neliší, (M1) je lenoch.“ uvedla Ž1.

6.1.4 Kategorie „Nekoitální praktiky“

Obrázek 5 Schéma četnosti masturbace v těhotenství v porovnání před ním



Obrázek 6 Schéma četnosti orálního sexu v těhotenství v porovnání před ním



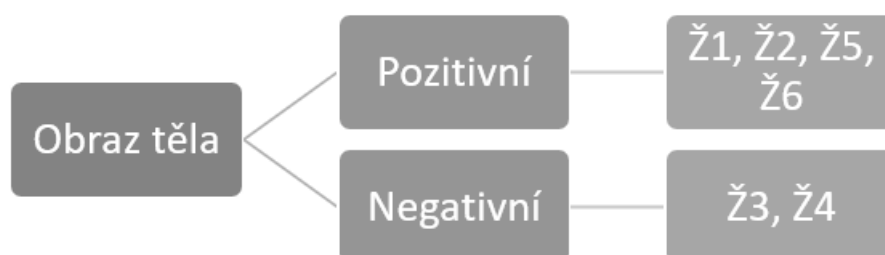
Tato kategorie obsahovala dva okruhy: orální sex a masturbace. Zajímalo mě, zda se četnost těchto praktik zvýšila, snížila nebo zůstala stejná v porovnání před otěhotněním. Zde se odpovědi lišily. Páry č. 1, 3 a 6 uvedly, že masturbovaly **méně** než před otěhotněním. Shodly se, že je to díky zvýšené sexuální aktivitě: „V těhotenství jsem měla jen párkrát chuť na masturbaci, měli jsme dost sexu, takže to přirovnávám tomu.“ řekla Ž1. Muž č. 3 uvedl: „To snad ani nešlo, měli jsme sex skoro každý den, takže bych byl úplně vyšťavený.“. **Nejvíce** masturbovali M4 a M5, ti měli podobnou odpověď: „Bylo to spíš uvolnění stresu, ženě jsem

to říct nechtěl, bál jsem se, že by to vzala osobně.“ uvedl M4, „*Ne že by toho sexu bylo málo, ale někdy jsem potřeboval nějakou úlevu a (Ž5) třeba zrovna nebyla v nejlepší náladě.*“ vzpomínal M5. Pár č. 2, Ž4 a Ž5 uvedli, že jejich četnost masturbace byla stejná nebo velice podobná jako před těhotenstvím: „*Sama tolik nemasturbuju, nepřináší mi to takový požitek jako sex nebo doteky od partnera.*“ uvádí Ž4. Pár č. 2 se shodl, že jejich masturbace byla **stejná** jako před otěhotněním a pohybovala se v nižších číslech, M2 uvedl: „*...na to jsem neměl čas, navíc když jsem potřeboval, vzal jsem si k tomu ženu.*“ usmál se. Žena č. 2 měla podobnou odpověď: „*Tak když chci, tak řeknu (M2), neviděla jsem důvod, proč si to nechávat pro sebe.*“

Co se týče orálního sexu, nikdo z participantů neuvedl stejnou frekvenci jako před těhotenstvím. Udávali pouze vyšší nebo nižší frekvenci. **Vyšší frekvenci** uvedly pouze páry č. 1 a 3. Muž č. 1 uvedl: „*Bylo to vícrát než před otěhotněním, ale spíš ze strany (Ž1), ona to tolik nechtěla i když jsem se nabízel pořád. Řekla mi, že jí to přijde zvláštní.*“ a na to Ž1 uvedla: „*Určitě více, ale já manželovi. Přišlo mi divné, aby mi klečel mezi nohama, když jsem na něho přes to břicho ani neviděla (smích). Nebylo to jako nepříjemné, ale prostě divné.*“ Pár č. 3 to měl zase naopak: „*Milovala jsem to, občas mi trklo hlavou, že tam dole je to dítě, ale tak to byl spíš takový pocit. Později jsem litovala, že jsem mu taky víc nedopřála.*“, uvedla Ž3 a M3 řekl: „*...měla to ráda a já měl radost, že má radost, bylo to spíš z její strany, ale nikdy mi to nevadilo.*“ Páry č. 2, 4, 5 a 6 uvedly **nižší** zastoupení orálního sexu v těhotenství zejména z důvodu nepohodlnosti: „*...já nevím, nebylo to pro mě moc příjemné, jako předehtu jsme si volili spíš líbaní a mazlení.*“, uvádí Ž2 a s M2 se na odpovědi shodli. Žena z páru č. 4 uvedla: „*My byli rádi, že nějaký sex máme, tohle šlo mimo nás.*“ Páry č. 5 a 6 měly obdobnou odpověď jako P2.

6.1.5 Kategorie „Obraz těla“

Obrázek 7 Schéma obrazu těla - ženy



Obrázek 8 Schéma obrazu těla partnerky - muži



V této kategorii byly rozdílné otázky pro ženy a pro muže. Mužům byla kladena otázka: „*Jak jste vnímal tělo své partnerky?*“ a pro ženy: „*Jak jste se v těhotenství cítila z pohledu atraktivity?*“ Všichni muži se shodli, že tělo své partnerky vnímali **pozitivně**. Např. M1 uvedl: „*On někdo vidí tělo svojí ženy jako špatně? Tak to má asi problém.*“, M3 měl obdobnou odpověď: „*Jak bych ho měl vnímat? Je to stále moje žena, i kdyby přibrala sto kilo, bude se mi líbit.*“, nebo M5: „*(smích) Už jsem slyšel, že někdo říkal o své těhotné manželce, že se mu nelíbí. Vždyť jsme jim to provedli my, ne?*“. Tyto reakce mě mile překvapili a ráda bych, aby takové vnímání měli všichni muži.

Ženy už takovou shodu názorů neměly, ale více než polovina své tělo vnímala pozitivně. Pouze dvě ženy uvedly, že se **samy sobě nelíbily**: „*...ne že bych si připadala škaredá, ale nepřišla jsem si sama sebou.*“, uvedla Ž3 a Ž4 řekla: „*No úplně hezky jsem se neviděla, ale manžel mě naštěstí neustále ujišťoval, že mě miluje.*“. Ženy č. 1, 2, 5 a 6 byly v oblasti vnímání svého těla **pozitivně** naladěny: „*Cítila jsem se skvěle, konečně jsem nemusela po městě chodit se zatažených břichem.*“, vzpomíná Ž1, Ž2 měla podobnou odpověď týkající se „zatahování břicha“: „*Ženská noční míra se v těhotenství vždycky rozplyne, nikdo vám tělo nevytýká, protože jste těhotná, nemusíte zatahovat břicho, a to se mi líbilo, cítila jsem se lépe.*“

6.1.6 Kategorie „Zhodnocení sexuálního života“

Obrázek 9 Schéma zhodnocení sexuálního života v těhotenství



V této kategorii jsem se muž i žen ptala na stejnou otázku: „*Jak byste zhodnotili sexuální život v těhotenství?*“. Všechny páry až na jeden uvedly, že sexuální život v těhotenství

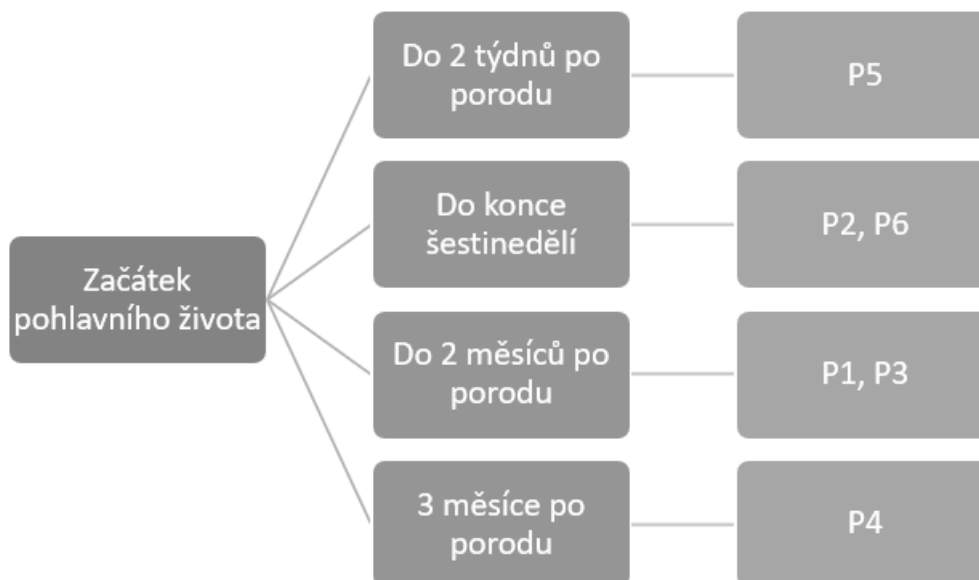
hodnotí **pozitivně**. Páry se na svých odpovědích shodli, Ž1 uvedla: „*My měli dokonce lepší sex než před těhotenstvím, byla jsem víc náruživá a měla jsem pocit, že jsem sexy.*“, M1 hodnotil sex také pozitivně: „*Měl jsem rád ty její tvary, nebral jsem ji jako tlustou, ale krásnou bohyni.*“. Pár č. 5 se na významu odpovědi téměř kopíroval: „*Bylo to super, muž mě hýčkal, jak jen mohl a v sexu to nebylo jinak.*“, vzpomínala Ž5 a její partner (M5) řekl: „*Snažil jsem se ji opravdu obskakovat a při sexu ji ve všem vyhovět, aby byla šťastná.*“. Podobně na tom byly pár č. 2, 3 a 6, ale pár č. 4 ohodnotil sex v těhotenství jako **negativní**. „*Nemůžu říct, že jsem si ho bůhví jak užívala. Asi jsem spíš měla jiné starosti.*“, uvedla Ž4 a její muž (M4) odpověděl: „*Moc mě mrzí, že jsme si na intimnosti nenašli víc času, ale možná to bylo i o přístupu. Teď bych to udělal jinak.*“

6.2 Sexualita po porodu

Tento okruh má za úkol zmapovat sexuální život párů po porodu. Obsahuje 5 kategorií (viz. Obrázek 1).

6.2.1 Kategorie „Začátek pohlavního života“

Obrázek 10 Schéma začátku pohlavního života po porodu

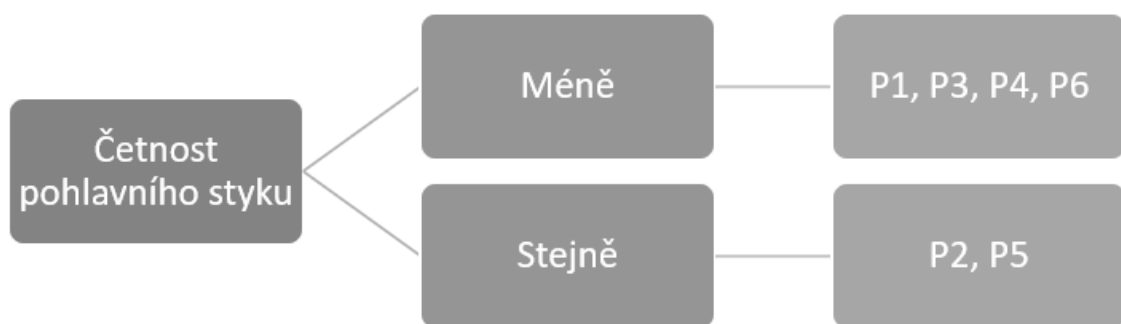


V této kategorii se odpovědi párů začaly razantně lišit. Pár č. 1 uvedl první sex po porodu **po asi 2 měsících**. Lépe na tom byl P2: „*První sex byl do konce šestinedělí, trochu jsem se bála, protože jsem měla velké šití (ruptura III. stupně), ale šli jsme na to opatrně*“, sdělila Ž2. Stejně jako P1 na tom byl P3: „*První sex byl po delší době, mohlo to být tak 2 měsíce. Měl jsem z toho respekt, protože ženu po porodu šili (epiziotomie).*“, uvedl M3. Nejdelší

prodlevu měl P4: „*No po porodu už to šlo jenom z kopce, první sex byl tak **po čtvrt roce**. Měla jsem jiné priority a bála jsem se o poranění (**epiziotomie**), při prvním porodu jsem totiž žádné neměla, tak jsem vlastně pořádně nevěděla, jak se k tomu chovat.*“, uvedla Ž4. Tato odpověď mě znepokojila, proto jsem položila doplňující otázku, zda ji někdo o sexuálním životě po porodu poučil a odpověď byla jednoduchá: „*Ne, nikdo o tom semnou nemluvil.*“. Nejlépe na tom byl P5: „*Šli jsem na to rychle, mohlo to být tak **10-14 dní** po porodu. Rodila jsem **císařem**, takže jsme nemuseli řešit obavy o poškození dole.*“, uvedla Ž5. Žena z P6 odpověděla: „*Bylo to určitě dřív, než mi skončilo šestinedělí, neměla jsem problém s tím jít do toho dřív, ale (M6) o mě měl strach, takže jsme se spíš mazlili.*“.

6.2.2 Kategorie „Četnost pohlavní styku“

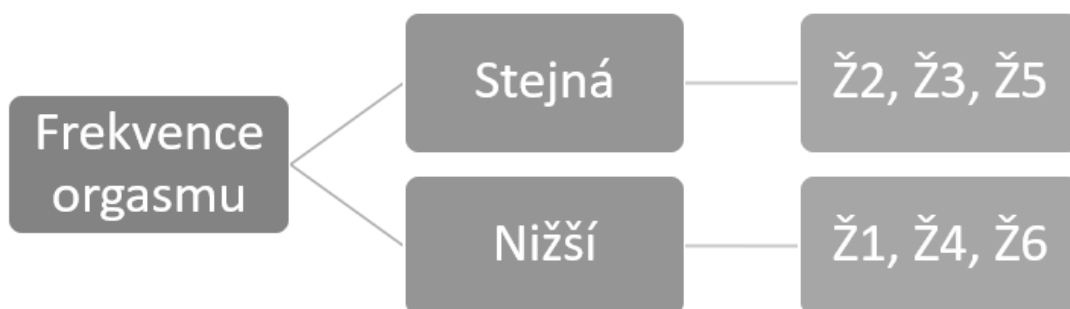
Obrázek 11 Schéma četnosti pohlavního styku po porodu



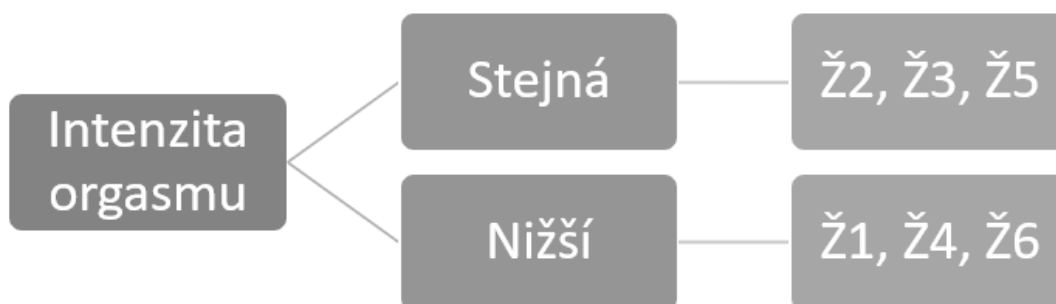
Žádný pár neuvedl vyšší četnost pohlavního styku než v těhotenství nebo před ním a převažovala odpověď, že pohlavní styk mají v **menší** frekvenci, a to páry č. 1, 3, 4 a 6. Muž č. 1 uvedl: „*Nechci to tak říct, ale porod nám v podstatě zničil sex. Nevím, čím to je, snažíme se na to přijít, ale je to těžké, neustále o tom mluvíme a snažíme se po krůčcích posouvat. Uvidíme, co nám to přinese.*“. Žena z P3 uvedla: „*Ze začátku to bylo těžké, ale postupem času jsme se dostávali do lepších výsledků. Myslím, že během 6 měsíců po porodu jsme mohli být na podobné vlně jako před těhotenstvím.*“. „*Snažíme se najet na stejné nebo alespoň podobné koleje jako dřív, je to dřina, ale pořád se posouváme dál a snažíme si na sebe hledat více času.*“, řekl M6. Páry č. 2 a 5 uvedly, že měli **stejný** nebo velmi podobný pohlavní život jako před těhotenstvím: „*Na sex v těhotenství to nemělo, ale dostali jsme se do fáze, kdy máme řekl bych stejné počty jako před těhotenstvím, za což jsem rád.*“, uvedl M2 a M5 měl obdobnou odpověď: „*Máme na sebe čas, protože nám rodina pomáhá s hlídáním, to je asi ten hlavní faktor, že nám to klapě jako dřív.*“.

6.2.3 Kategorie „Orgasmus“ - ženy

Obrázek 12 Schéma frekvence orgasmu po porodu



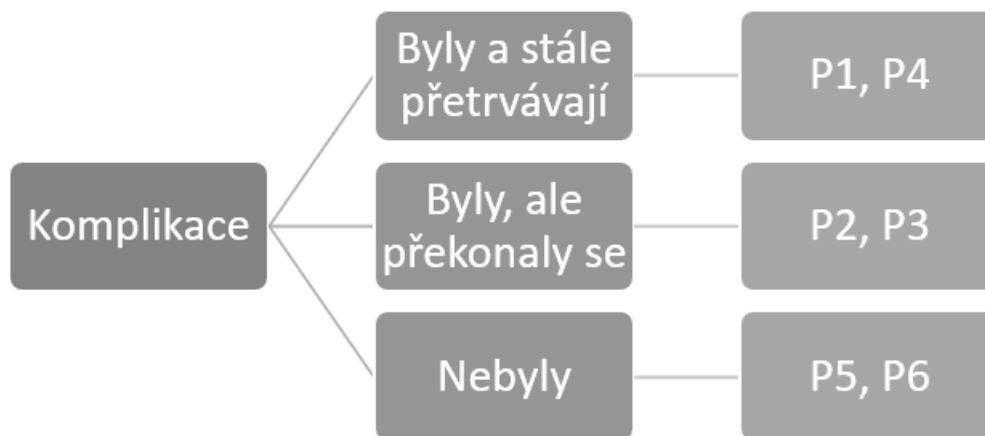
Obrázek 13 Schéma intenzity orgasmu po porodu



V této kategorii byly zkoumány 2 faktory: frekvence a intenzita orgasmu. Žádná z žen nevedla vyšší frekvenci ani intenzitu orgasmu než před otěhotněním a u všech žen se tyto proměnné shodovaly. **Stejnou** frekvenci a intenzitu orgasmu měly ženy č. 2, 3 a 5: „*Nijak se mi asi prožívání sexu nezměnilo, řekla bych, že je to stejné jako před otěhotněním.*“, uvedla Ž3 a Ž5 měla podobnou odpověď: „*Těžko vzpomínat, jaké to před těhotenstvím bylo, ale řekla bych, že stejné jako teď.*“. Na **nižší** frekvenci i intenzitě orgasmu se shodly ženy č. 1, 4 a 6: „*Rozhodně horší, asi je to i v souvislosti toho, že máme míň sexu.*“, uvedla Ž1. „*Asi horší, já už si to do toho dalšího sexu zase nepamatuju.*“, uvedla Ž4 a Ž6 řekla: „*No to se těžko posuzuje, ale nejspíš trochu nižší, pořád na sexu pracujeme ale už jsme na tom líp.*“

6.2.4 Kategorie „Komplikace“

Obrázek 14 Schéma komplikací po porodu



Tato kategorie se zabývá problematikou sexu po porodu z oblasti komplikací jako je bolestivost, nechut', odtažitost a další. Páry č. 5 a 6 uvedly, že po porodu **neměly komplikace** ohledně sexuálního života: „*Problém jako takový nebyl, bylo to jen o režimu.*“, řekl M5 a M6 odpověděl podobně: „*Komplikace jako jestli jsme na to třeba měli chuť?... tak to nebyly, spíš bylo obtížnější si najít čas, ale když se chce, tak to jde.*“. Páry č. 2 a 3 **komplikace měly**, ale **vedly postupný progres** do normálního sexuálního života. „*Byl tam určitě strach, ale pomalu jsme na tom pracovali.*“, uvedla Ž2. Žena č. 3 měla také ze začátku obavy a měla i problém s bolestivostí: „*Strach z nějakého poranění převyšoval, ale pár měsíců po porodu mě to i bolelo, ale možná se to z části odvíjelo od toho strachu. Možná to bylo trochu v hlavně.*“. Nakonec P1 a P4 uvedly, že od porodu u nich stále **komplikace přetrvávají**: „*My máme problémy snad úplně se vším, nemáme na to chuť a mám pocit, že se od sebe akorát oddalujeme.... Odborníka navštěvujeme, byla to jediná možnost, jak z toho ven a doufám, že se to postupně bude vracet do normálu.*“, uvedl M1. „*U nás se táhnou ty problémy už delší dobu, ani před těhotenstvím ani v něm to nebyla velká sláva.*“, uvedl M4.

6.2.5 Kategorie „Zhodnocení sexuálního života“

Obrázek 15 Schéma zhodnocení sexuálního života po porodu



V poslední kapitole páry hodnotily pohlavní život po porodu. Páry 2, 3, 5 a 6 se shodly na tom, že jejich pohlavní život hodnotí jako **pozitivní**: „Dobře, jsem rád, že jsme překonali všechny překážky a jsem spokojený. Doufám, že i žena (smích).“, uvedl M2. „Stěžovat si nemůžu, muž je ke mně vždy vstřícný a když náhodou nemám úplně chuť, vynahradím mu to jinak.“, řekla Ž3 s úsměvem. Žena č. 5: „Hodnotím ho dobře, sice ne tak dobře jako v těhotenství, ale to si člověk zažije jen párkrát za život.“, uvedla. Páry č. 1 a 4 hodnotily pohlavní život **negativně**: „U nás je to špatné, ale pracujeme na tom s odborníkem a snad nám dokáže pomoci.“, uvedla Ž1. „My ani nevíme, kde je chyba. Táhne se to již takovou dobu, že se to stává součástí našeho života.“, uvedla Ž4.

7 DISKUZE

Pohlavní život je součástí každého z nás, ať už chceme nebo ne. V partnerských vztazích se týká sexuálních aktivit, koitálních či nekoitálních, které si partneři vzájemně poskytují a ve svém vztahu tak tvoří intimitu. Je nedílnou součástí zdravého a uspokojivého partnerského vztahu. Liší se v závislosti na individuálních preferencích a potřebách jednotlivce. Vzájemná komunikace, porozumění a respekt jsou klíčové prvky pro vytvoření harmonického sexuálního života.

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit četnost pohlavního styku v těhotenství a po porodu v porovnání před otěhotněním. Byly položeny otázky: „*Jaká byla četnost pohlavního styku před těhotenstvím v porovnání během něj a po porodu?*“. Dle Weisse (2010) je četnost pohlavního styku podmíněna převážně rizikovostí těhotenství. Pokud těhotenství probíhá fyziologicky, ženy bývají vzrušivější hlavně díky překrvení pánve a pohlavních orgánů. Páry č. 1, 2, 3, 5 a 6 se shodly na tom, že sexuální aktivity v těhotenství byly početnější než před otěhotněním. Přidělovaly to hormonálním změnám a ze začátku těhotenství i atraktivitě ze „zakulacené“ postavy. Pár č. 4 uvedl problémy v oblasti sexuality v těhotenství, ale přiděluje to skutečnosti, že měl mezi porodem a dalším těhotenstvím krátký rozestup (3 měsíce), ale Ž4 udává o něco větší vzrušivost v graviditě než před otěhotněním. Dle Dušové (2019) mají na svědomí změny v pohlavním životě hlavně psychické a fyzické změny. Po porodu se četnost pohlavního styku mění a pouze páry č. 2 a 5 udávají stejnou četnost jako před těhotenstvím. U párů č. 1, 3, 4 a 6 se četnost sexu po porodu v porovnání před graviditou snížila.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké polohy při sexu ženám nejvíce vyhovují. Vhodným sexuálním polohám se věnuji v kapitole 2.5.1., kde jsou uvedeny polohy dle Gregora a Velemínského (2017). Zde byla ženám položena otázka: „*Jaké polohy jste nejvíce využívali?*“. Při odpovědích bylo překvapivé, že byly zmíněny pouze 2 polohy, a to „Žena nahoře“ a „Z boku“. U všech párů, kromě P1, se polohy lišily od nejpoužívanějších před otěhotněním. Polohu „Žena nahoře“ využívaly nejvíce páry č. 1, 5 a 6, kde ženy uváděly i největší vzrušivost v této poloze. Páry č. 2, 3 a 4 si nejčastěji vybíraly polohu „Z boku“ převážně díky její nenáročnosti a pohodlnosti pro ženy a úlevu od tíhy těhotenského břicha.

Třetím cílem bylo zjistit, zda páry v těhotenství využívají nekoitální praktiky více než před těhotenstvím. Byly zahrnuty 2 oblasti, a to masturbace a orální sex. Byla položena otázka:

„Docházelo v těhotenství více k nekoitálním praktikám než před těhotenstvím?“. Dle Morhason-Bella (2023) dochází k sebeuspokojování v těhotenství více u mužů, hlavně pokud má žena nižší apetenci k sexuálním praktikám. To se také potvrdilo v mém výzkumu, kdy muži č. 4 a 5 přistupovali k masturbaci více než před těhotenstvím. Souviselo to převážně s uvolněním stresu, když žena neměla na sex chuť. Méně masturbovaly páry č. 1, 3 a 6, protože dle jejich slov měly uspokojení dostatek. Stejně jako před těhotenstvím masturbovaly ženy č. 4 a 5 a pár č. 5. Tvrzení Morhason-Bella se tedy potvrdilo. K orálnímu uspokojování docházelo více u párů č. 1 a 3, kdy u páru č. 1 docházelo k častějšímu orálnímu uspokojování muže a u páru č. 3 naopak. Nižší zastoupení orálního sexu bylo u párů č. 2, 4, 5 a 6 zejména kvůli nepohodlnosti a preferenci jiných nekoitálních praktik.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, kdy páry začínají s pohlavním životem po porodu a zda má porodní poranění vliv na jeho začátek. Byly kladeny otázky: „Po jak dlouhé době po porodu jste měli první sex?“ a „Bylo nějaké porodní poranění? Jaké?“. Dle Weisse (2010) z lékařského hlediska není problém začít s pohlavním životem už kolem třetího týdne po porodu, pokud se na to žena z psychického i fyzického hlediska cítí. Zde se odpovědi párů lišily více. Nejdříve s pohlavním životem začal P5, uvedl, že to bylo do 2 týdnů po porodu. Jako hlavní důvod uvedli, že byla žena po císařském řezu a neměli tak obavy o „poškození dole“. Do konce šestinedělí s pohlavním životem začaly i P2 a P6. Žena č. 2 udávala strach kvůli ruptuře III. stupně, ale s partnerem na to šli opatrně. Žena č. 6 porodní poranění neměla a uvedla, že se sexem by začala i dříve, ale partner měl obavy. Do 2 měsíců po porodu začaly P1 a P3 z důvodu obav o porodní poranění, u obou žen byly provedeny epiziotomie. Nejpozději začal P4, u ženy byla taktéž provedena epiziotomie, a uvedl začátek pohlavního života do 3 měsíců po porodu. Žena také uvedla, že hlavním důvodem byl strach z porodního poranění a neinformovanost o pohlavním životě po porodu ze strany zdravotníků. Langrová a Vrublová (2013) uvádějí, že nejpříznivější pro pohlavní život po porodu je porod císařským řezem a s tímto tvrzením, z hlediska výsledků výzkumu, se výzkum shoduje. Weiss (2010) uvádí, že ženy po epiziotomii a ruptuře III. stupně a výše začínají s pohlavním životem později hlavně z důvodu *dyspareunie*, s čímž se i naše výzkumné šetření shoduje.

Pátým a posledním cílem bylo zmapovat sexuální život párů po porodu. Byly kladeny otázky: „Vyskytly se po porodu nějaké komplikace?“, „Jak jste vnímala orgasmus po porodu?“ a „Jak byste zhodnotili sexuální život po porodu?“. Žádná z dotazovaných žen nevedla odlišnou frekvenci od intenzity, tyto proměnné se u všech žen shodují. Ženy udávaly nižší nebo stejnou intenzitu jako před otěhotněním. Ženy č. 2, 3 a 5 uvedly, že jejich

frekvence a intenzita zůstala po porodu stejná jako před těhotenstvím, ale ženy č. 1, 4 a 6 uvedly nižší. Jako příčinu uváděly především celkově nižší četnost pohlavního styku a sníženou chuť na sex. Komplikace po porodu v oblasti sexuality uvedly páry č. 1, 2, 3 a 4. Z toho páry č. 2 a 3 problémy již překonaly, ale jako hlavní důvod uváděly strach z poškození partnerky. Páry č. 1 a 4 uvádějí přetrvávající komplikace, a to hlavně s apetencí a odtažitostí. Z toho vyplývá i celkové zhodnocení sexuálního života po porodu, kdy páry č. 2, 3, 5 a 6 jej hodnotí jako pozitivní a páry č. 1 a 4 negativní. Pár č. 1 již problémy konzultuje s odborníkem. Páru č. 4 bylo doporučeno vyhledat odbornou pomoc a zlepšit komunikaci o vyskytujících se problémech.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výsledky bakalářské práce by mohly sloužit ke zlepšení edukace párů o pohlavním životě v těhotenství a po porodu. Informace předané porodní asistentkou nebo obvodním gynekologem by mohly zahrnovat vhodné polohy při sexu, vliv hormonů na ženskou sexualitu, kontraindikace pro provedení pohlavního styku v těhotenství, vyvrácení nejčastějších obav při pohlavním styku nebo možné komplikace v oblasti sexuality vzniklé po porodu. Ideální pomůckou by mohl být edukační materiál vytvořený porodní asistentkou nebo obvodním gynekologem, který by si žena vzala domů a měla by jistotu, že má informace přímo u sebe. Zamezilo by se tak nepřesnému pamatování sdělených informací ze strany žen.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit četnost pohlavního styku v těhotenství a po porodu v porovnání před těhotenstvím, zjistit, zda páry v těhotenství více využívají nekoitální praktiky, zjistit, kdy začínají s pohlavním životem, zda má porodní poranění vliv na sexualitu po porodu a zmapovat sexuální život po porodu.

Teoretická část byla rozdělena do čtyř hlavních kapitol a potřebných podkapitol. První kapitola se zabývala stručnou historií sexuality, ženskou sexualitou s podkapitolami nastiňující anatomii pohlavních orgánů, menstruační cyklus a hormony ovlivňující sexualitu a sexualitou muže, kde je také popsána anatomie pohlavních orgánů a základní sexuální funkce muže. Druhá kapitola popisuje sexualitu v období těhotenství, psychosomatické změny zahrnující anatomické, hormonální a psychické změny žen, nejčastější obavy vyskytující se při pohlavním styku, pohlavní život partnera popisující couvade syndrom a koitální a nekoitální praktiky. Třetí kapitola je věnována porodu, a to zejména orgasmickému porodu, tématu partnera u porodu a problematice porodního poranění a jeho vlivu na budoucí sexualitu. Čtvrtá a poslední kapitola je věnována šestinedělí, psychice žen po porodu, vlivu způsobu porodu na sexualitu, Madoninu komplexu a důležitosti posílení pánevního dna.

Praktická část měla za úkol analyzovat výsledky kvalitativního výzkumu, který byl veden pomocí polostrukturovaných rozhovorů s páry. Do výzkumu bylo zapojeno 6 párů. Rozhovory probíhaly pro nejpřesnější výsledky odděleně. Páry byly ujištěny, že je výzkum anonymní a jednotliví účastníci byli požádáni o maximální upřímnost pro lepší výsledek. Rozhovory byly uskutečněny v jejich domácím prostředí, aby se cítili uvolněně. Bylo stanoveno 5 cílů, které jsou v diskuzi podrobně rozebrány i s náležitými výsledky. **Všech 5 cílů výzkumu bylo splněno.**

Vyzkoumané výsledky prokázaly, že pohlavní život párů v průběhu těhotenství a po porodu jsou silně individuální.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5361-4.

BEVERIDGE, J.K. et al., 2018. *Fear-based reasons for not engaging in sexual activity during pregnancy: associations with sexual and relationship well-being*. Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology [online], vol. 39, no. 2, pp. 138-145, [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/0167482X.2017.1312334>

DAVIS, E. a D. PASCALI-BONARO, 2014. *Orgasmický porod: jak bezpečně a příjemně porodit*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-1156-9.

DUŠOVÁ, B., a kol., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0836-7.

ČERVENKOVÁ, L., 2020. *Metoda Ludmily Mojžíšové – lidé netuší, k čemu všemu slouží* [online]. [cit. 2023-02-16] Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/metoda-ludmily-mojzisove-snadne-osetreni-a-cviceni-pomaha-pri-rade-potizi/#h20>

GIDDENS, A., 2012. *Proměna intimacy: sexualita, láska a erotika v moderních společnostech*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0175-5.

HARTMANN, U., 2009. *Sigmund Freud and His Impact on Our Understanding of Male Sexual Dysfunction*. The Journal of Sexual Medicine [online], vol. 6, no. 8, pp. 2332-2339 [cit. 2023-04-20]. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01332.x. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19493285/>

HUBER, M., E. MALERS a K. TUNÓN, 2021. *Pelvic floor dysfunction one year after first childbirth in relation to perineal tear severity*. Scientific Reports [online], vol. 11, no. 1, pp. 1-8 [cit. 2023-04-25]. ISSN 20452322. Dostupné z: doi:10.1038/s41598-021-91799-8

HUDÁKOVÁ, Z. a M. KOPÁČIKOVÁ, 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0274-7.

CHASE, T., et al, 2021. *Couvade syndrome: more than a toothache*. Journal of Psychosomatic Obstetrics [online], vol. 42, no. 2, pp. 168-172 [cit. 2023-04-20]. ISSN 0167482X. Dostupné z: doi:10.1080/0167482X.2019.1693539

GREGORA, M. a M. VELEMÍNSKÝ, 2017. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5579-3.

KOLIBA, P. et al., 2019. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2039-0.

LANGROVÁ, P. a Y. Vrublová, 2013. *Vliv způsobu porodu na ženskou sexualitu*. Česká gynekologie. Roč. 78, č. 6, s. 584 – 588. ISSN: 1803-6597.

LAQUEUR, T. W., 2017. *Rozkoš mezi pohlavími: sexuální difference od antiky po Freuda*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3471-5.

LISTER, K., 2020. *A curious history of sex*. London: Unbound. ISBN 9781783529711.

MORHASON-BELLO, I. O. et al., 2023. *Heterosexual Oral and Anal Sex: Perceptions, Terminologies, and Attitudes of Younger and Older Adults in Ibadan, Nigeria*. Archives of Sexual Behavior [online], vol. 52, no. 1, pp. 161-175 [cit. 2023-04-16]. ISSN 00040002. Dostupné z: doi:10.1007/s10508-022-02313-8

NINIVAGGIO, C., R. G. ROGERS, et al., 2017. *Sexual function changes during pregnancy*. International Urogynecology Journal [online], vol. 28, no. 6, pp. 923-929, [cit. 2023-03-12] ISSN 0937-3462. Dostupné z: doi:10.1007/s00192-016-3200-8

OBLASSER, C. et al., 2016. *Vibrating vaginal balls to improve pelvic floor muscle performance in women after childbirth: a protocol for a randomised controlled feasibility trial*. Journal of Advanced Nursing [online], vol. 72, no. 4, pp. 900-914 [cit. 2023-05-11]. ISSN 03092402. Dostupné z: doi:10.1111/jan.12868

OREL, M., 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-271-0531-1.

POWNALL, M. et al., 2022. *Baby brain in pregnancy: A review of social psychological explanations and future research directions*. Social and Personality Psychology Compass [online], vol. 16, no. 7, [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spc3.12696>

RADOŠ, S. N. et al., 2015. *Sexuality During Pregnancy: What Is Important for Sexual Satisfaction in Expectant Fathers?* Journal Of Sex & Marital Therapy [online], vol. 41, no. 3, pp. 282-293 [cit. 2023-04-12]. DOI: 10.1080/0092623X.2014.889054. Dostupné z: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=ea661306-785a-4a76-9723-409c8fae1ec7%40redis>

SIREGAR, D. N. et al., 2022. *Relationship of pregnant women's knowledge about sexuality during pregnancy with sexuality quality*. Medicina Balear [online], vol. 37, no. 5, pp. 80-83,

[cit. 2023-04-21]. DOI: 103306/AJHS.2022.37.05.80. ISSN: 1579-5853. Dostupné z: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000859999100012>

ŠRÁMKOVÁ, T., 2015. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-162-9.

TEPPERWEIN, K., 2014. *Dokonalé partnerské vztahy: tajemství lásky, sexuality a harmonie*. Olomouc: Fontána. ISBN: 978-80-7336-755-8.

VAŠÍŘOVÁ, K., 2020. *Ženská cykličnost – čtyři podoby ženy; část 2/5* [online]. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://www.slowfemme.com/magazine/zenska-cyklicnost-cast-2>.

WEISS, P., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd. A tak dále

m. *Musculus* (sval)

např. Například

tzv. Takzvaně

VEX Vakuumextrakce

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Schéma hlavních okruhů a kategorií	35
Obrázek 2 Schéma četnosti pohlavního styku v těhotenství	36
Obrázek 3 Schéma frekvence orgasmu v těhotenství.....	37
Obrázek 4 Schéma nejčastěji využívaných poloh v těhotenství	37
Obrázek 5 Schéma četnosti masturbace v těhotenství v porovnání před ním	38
Obrázek 6 Schéma četnosti orálního sexu v těhotenství v porovnání před ním	38
Obrázek 7 Schéma obrazu těla - ženy	39
Obrázek 8 Schéma obrazu těla partnerky - muži	40
Obrázek 9 Schéma zhodnocení sexuálního života v těhotenství	40
Obrázek 10 Schéma začátku pohlavního života po porodu.....	41
Obrázek 11 Schéma četnosti pohlavního styku po porodu.....	42
Obrázek 12 Schéma frekvence orgasmu po porodu.....	43
Obrázek 13 Schéma intenzity orgasmu po porodu	43
Obrázek 14 Schéma komplikací po porodu.....	44
Obrázek 15 Schéma zhodnocení sexuálního života po porodu	45

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje participantů	32
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky k rozhovoru – ženy

Příloha P II: Otázky k rozhovoru - muži

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORU – ŽENY

OTÁZKY K ROZHOVORU - ŽENY

Jaká byla četnost pohlavního styku před a v těhotenství?

Jaká byla frekvence orgasmu v těhotenství v porovnání před ním?

Jaké polohy při sexu jste nejvíce využívali?

Měla jste v průběhu těhotenství obavy ze sexu?

Docházelo k orálnímu uspokojování? Jak často v porovnání před těhotenstvím?

Docházelo k masturbaci? Jak často v porovnání před těhotenstvím?

Jak jste se v těhotenství cítila z pohledu atraktivity?

Jak se změnil Váš sexuální život v těhotenství?

Jak byste zhodnotila sexuální život v těhotenství?

Kdy došlo k prvnímu sexu po porodu?

Měla jste nějaké porodní poranění?

Jaká byla četnost sexu po porodu?

Jak jste vnímala orgasmus po porodu? Jak byl častý a s jakou intenzitou v porovnání před otěhotněním?

Vyskytly se po porodu komplikace v oblasti sexuality?

Jak byste celkově zhodnotila sex po porodu?

PŘÍLOHA P II: OTÁZKY K ROZHOVORU – MUŽI

OTÁZKY K ROZHOVORU - MUŽI

Jaká byla četnost pohlavního styku před a v těhotenství?

Jaké polohy při sexu jste nejvíce využívali?

Měl jste v průběhu těhotenství obavy ze sexu?

Docházelo k orálnímu uspokojování? Jak často v porovnání před těhotenstvím?

Docházelo k masturbaci? Jak často v porovnání před těhotenstvím?

Jak jste vnímal tělo své partnerky?

Jak se změnil Váš sexuální život v těhotenství?

Jak byste zhodnotil sexuální život v těhotenství?

Byl jste u porodu? Jaký jste z toho měl pocit?

Kdy došlo k prvnímu sexu po porodu?

Jaká byla četnost sexu po porodu?

Vyskytly se po porodu komplikace v oblasti sexuality?

Jak byste celkově zhodnotil sex po porodu?