

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

Bakalářská práce

2010

Eliška Honzíková, DiS.

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

**Sexualita ženy v těhotenství, za porodu a
v šestinedělí**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce

Mgr. Judita SoukupováMaříková

Autor

Eliška Honzíková, DiS.

2010

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní magistře JUDITĚ SOUKUPOVÉ MAŘIKOVÉ za odborné vedení této bakalářské práce, za vstřícný přístup a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které se při rozhovoru velmi otevřely a vydaly tak všanc své nejintimnější zážitky a myšlenky a umožnily tak uskutečnění výzkumu. V neposlední řadě patří poděkování celé rodině a obzvláště mému příteli, který mi byl největší oporou.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma "Sexualita ženy v těhotenství, za porodu a v šestinedělí" vypracovala samostatně a s použitím pramenů a literatury, uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 6. 5. 2010

.....

Podpis studenta

WOMAN'S SEXUALITY IN PREGNANCY, DURING DELIVERY AND IN PUERPERIUM

This bachelor thesis deals with female sexuality in the period of pregnancy, delivery and puerperium. However, it does not only focus on sexual activities in these cardinal periods of every woman's life. Female sexuality is directly related to the woman's psychic condition which has a fundamental effect on her.

The theoretical part includes chapters explaining the notion of female sexuality and its brief history. The thesis further includes basic information about female physiology and an outline of the periods of pregnancy, delivery and puerperium with a focus on female psyche and sexuality.

The purpose of this thesis was to find out about women's knowledge of hormonal changes in the periods of pregnancy, delivery and puerperium in relation to sexuality. Another objective was to find out what changes are women subject to in these periods and whether any complications may appear in this area. Further focus of interest was comparison of sexuality of women without professional healthcare education and midwives who had already delivered babies themselves.

This theme was processed with the help of a qualitative research. The needed information was obtained through non-standardised interviews with open questions. The interviews were processed in the form of case studies.

The research subjects included two groups of female respondents. The first group included women without professional healthcare education and the second consisted of five midwives.

The research was used for evaluation of the following hypotheses: "Women possess information about hormonal changes in pregnancy, during and after delivery in relation to sexuality"; "The frequency of female sexual activities decreases in pregnancy"; "Women change view of their life roles in the sense of continuous prevalence of the parental role over the partner role"; "Delivery need not necessarily result in changed sexual appetite of women"; "Women experience complications in sexuality after delivery in the case of trouble with injury during childbirth"; "There are no differences between women without professional healthcare education and professional midwives in sexuality in the periods of pregnancy, delivery and post-delivery".

The thesis might be beneficial not only for midwives, pregnant women or women after child delivery, but also for the male part of the population.

OBSAH:

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Fenomén ženské sexuality v různých kulturách	4
1.1.1 Sexualita v pravěku	4
1.1.2 Starověká sexualita	4
1.1.3 Středověká sexualita	5
1.1.4 Sexualita současné doby	5
1.1.5 Paradoxý různých kultur moderní doby	6
1.2 Cyklus ženské sexuální aktivity	7
1.3 Fyziologie ženy	8
1.3.1 Hormony	8
1.3.1.1 Steroidní (pohlavní) hormony	9
1.3.1.2 Pohlavní hormony a ženská sexualita	10
1.3.1.3 „Nepohlavní“ hormony a ženská sexualita	11
1.4 Vývojová období v životě ženy	12
1.5 Těhotenství	13
1.5.1 Psychologie těhotenství	13
1.5.2 Sexualita v těhotenství	15
1.5.3 Emoční poruchy v těhotenství	17
1.5.4 Role partnera v těhotenství	18
1.6 Porod	20
1.6.1 Psychologie porodu	20
1.6.1.1 Proces porodu dle Odenta	20
1.6.1.2 Pocit bezpečí při porodu	20
1.6.1.3 Orgasmické vnímání porodu	21
1.6.1.4 Vliv psychoprofylaxe na průběh porodu	21
1.6.2 Aspekty lékařských intervencí	22
1.6.3 Role partnera při porodu	23
1.7 Šestinedělí	24
1.7.1 Psychologie šestinedělí	24
1.7.2 Psychické poruchy po porodu	25
1.7.3 Sexualita v šestinedělí	26
1.7.4 Poporodní sexuální dysfunkce	27
1.7.5 Role partnera v šestinedělí	28
1.8 Role porodní asistentky v péči o ženu	28
1.8.1 Předporodní příprava a porodní asistentka	29
2. VÝZKUMNÁ ČÁST	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky	30

3. METODIKA	31
3.1 Použitá metoda	31
3.2 Výzkumný soubor	31
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	32
4.1 Zpracované rozhovory se ženami bez zdravotnického vzdělání	32
4.2 Zpracované rozhovory s porodními asistentkami	46
4.3 Kategorizace dat v tabulkách a grafech	57
5. DISKUZE.....	70
6. ZÁVĚR	76
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	78
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	81
9. SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Jistě by se mnou mnozí souhlasili, že sexualita je nedílnou součástí lidského života. Týká se mně, vás, našich blízkých, zkrátka každého z nás. Přesto, že se jedná o základní lidskou potřebu, se zdá, že do určité míry je toto téma stále tabuizováno. Netýká se to pouze generace našich prarodičů a rodičů, ale i lidí výrazně mladších.

Jelikož pracuji jako porodní asistentka, je důsledná péče o ženy mým každodenním úkolem. Ženu však nepovažuji pouze za osobu, která v danou chvíli potřebuje mou asistenci a odbornou pomoc při gynekologickém zákroku nebo při narození jejího dítěte. Pokládám ji za sobě rovnocenného partnera a za osobnost, kterou mohu svým jednáním a projevem výrazně ovlivnit. A to jak ve smyslu pozitivním, tak samozřejmě zároveň i negativním. Z toho důvodu je pro mne důležité učit se poznávat a odhadovat ženskou psychiku v obdobích, která jsou pro každou ženu tak zásadní. Nejen v době, kdy je žena těhotná a připravuje se na narození svého potomka, je velmi křehká a zranitelná. I později při porodu a v období šestinedělí si každá žena zaslouží ohleduplné a citlivé chování, jak od osob nejbližších, tak především od nás, zdravotnických profesionálů. Z toho důvodu jsem za téma své bakalářské práce zvolila právě „Sexualitu ženy v těhotenství, za porodu a v šestinedělí“.

V bakalářské práci jsou v několika kapitolách shrnuty poznatky týkající se ženské psychiky v období těhotenství, porodu a šestinedělí a také sexuality. Cílem práce bylo zmapovat tato jednotlivá období a pokusit se srovnat vnímání sexuality a ženskosti u žen bez zdravotnického vzdělání a již rodičích porodních asistentek. Práce může být přínosem nejen pro porodní asistentky, ale i pro těhotné ženy nebo ženy po porodu a širší veřejnost.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Fenomén ženské sexuality v různých kulturách

Sexualitu lze pokládat za základní součást lidského života. S tímto pudem se potýkají lidé od pradávna, a určitě i proto vědečtí pracovníci zkoumají lidskou sexualitu i dnes. Někteří z nich zastávají názor, že sexuální chování je výsledkem vývoje člověka a vidí jistou souvislost s dědičností. Ostatní se domnívají, že lidská sexualita je produktem zkušeností, znalostí a stálého učení, a spatřují závislost na sociálním prostředí, výchově jedince a jeho vzdělání (24).

1.1.1 Sexualita v pravěku

O sexualitě našich pravěkých předků toho není příliš známo, ale některé archeologické nálezy (například Věstonická venuše), či antropologické studie zabývající se společenstvy, jež žijí i dnes na úrovni srovnatelné s dobou kamennou, mohou napovídat, že již od samého počátku skutečné lidské historie bylo vnímání pohlavnosti chápáno daleko složitěji, než by odpovídalo pouhému pudovému prožívání (24).

1.1.2 Starověká sexualita

Starověk již poskytuje prameny, z nichž jasně vyplývá, jak sexualita tehdejší život ovlivňovala. Role ženy a muže, jejich prolínání do náboženských představ a systémů, jakož i do morálních a právních kodexů, to vše je poměrně přesně zdokumentováno.

Prastarý kult Bohyně Matky pronikal a pokračoval i v pozdějších obdobích, kde sice dominantní úlohu přebírali mužští bohové, ale bohyním nadále přínáležela funkce životadárných, život chránících a život naplňujících vesmírných sil. Mystéria plodnosti se v různých podobách objevovala v náboženské praxi babylónské, egyptské, řecké, římské- dá se říci, že silně stylizovaně přesáhla i do formy prostituce kněžek, laických svobodných dívek, ale i vdaných žen, které se oddávaly chrámovému sexu se zřetelem ku prospěchu chrámu, ale i zajištění obecné prosperity. Z literatury ovšem také vyplývá, že vedle formalizované chrámové prostituce existoval i sex motivovaný duševní a fyzickou přitažlivostí a tehdejší lidé ohledně sexu znali a praktikovali vše, co je známo a praktikováno dodnes (24).

1.1.3 Středověká sexualita

K přeměně vnímání sexuality došlo v době středověké po pozvolném úpadku Západořímské říše. S rozvojem křesťanského náboženství se změnil náhled na lidskou sexualitu. Libido, obžerství a smyslná rozkoš byly považovány za úhlavní nepřátele člověka. Přední představitelé církve nabádali ke všeobecné sexuální zdrženlivosti. Zásadnější než otázka celibátu se ukázal být předmanželský pohlavní styk. V Novém zákonu však předmanželský pohlavní styk jednoznačně řešen nebyl, a tak bylo poskytnuto volné pole pro rozmanité výklady této problematiky. Od dívek vstupujících do svazku manželského byla požadována panenská „čistota“. Oproti tomu, v mnoha zemích byl svobodným mužům umožňován předmanželský pohlavní styk s prostitutkami. Ženy tak byly značně sexuálně znevýhodněny. Středověká sexualita byla (alespoň v oficiálním podání církevních hodnostářů) potírána jako nemravná a hříšná. Po více jak půl tisíciletí byla křesťanskými teology a filozofy hlášána myšlenka, že lidé jsou hříšní, jelikož byli zplozeni v rozkoši (24).

1.1.4 Sexualita současné doby

Teorie týkající se ženské sexuality v současné době prochází stále vývojem. Po značnou část kulturního vývoje lidstva bylo na ženu pohlíženo jako na osobu ne zcela rovnocennou muži. Oblast, v níž jistě, oproti mužům, hrály prim, bylo mateřství. Ženy nebyly opomíjeny jen v otázce sexuální, ale také v oblasti právní a sociální. Postupem času se situace žen měnila a ženy se začaly prosazovat i v oblastech, které byly do té doby jen mužskou doménou. Zmíněný postoj žen se měnil i vzhledem ke snižování porodnosti. Dříve ženy běžně rodily 5-10 dětí, z čehož vyplývala značná náplň jejich volného času a do jisté míry sociální izolace. Dnes se proto ženy mohou seberealizovat na poli pracovním, mění se jejich sociální postavení a vliv nejen v oblasti politické a kulturní.

V posledních letech se v evropských zemích začal rozmáhat termín sexuální obtěžování („sexual harrasment“). Bezpočet kauz zabývajících se tímto problémem byl zaznamenán především ve Spojených státech amerických. Dá se říct, že to je také důvodem vzniku různých feministických organizací, jejichž člení mají za společný cíl bránit se mužům jako svým vykořisťovatelům. Ženu moderní doby vidí jako leckdy diskriminovanou v oblasti sociálně-právní. Na základě toho dochází k jisté řevnivosti mezi muži a ženami. Dalo by se říci, že ve většině případech extrémismus budí jen extrémismus.

Feministicky zaměřené ženy někdy muže nazývají sexuálními šovinisty. Tento termín definuje mužský pohled na ženy jako na méně inteligentní, slabé a labilní. Muži se oproti

tomu hodnotí jako výkonní, stateční a silní. Stálo by za zamyšlení, zda ženskou obdobou sexuálního šovinismu není do určité míry feministické chápání světa (24, 32).

1.1.5 Paradoxy různých kultur moderní doby

Genitální mutilace afrických žen

Pro většinu obyvatel současného západního světa je paradoxem, že ženy třetího světa jsou stále znetvořovány na genitáliích. Zdá se to být nepochopitelné, ale těmito ženami jsou podivné rituály pohlavních mutilací přijímány jako běžná a opodstatněná součást jejich dospívání. V západních zemích jsou dnes zakládány organizace na ochranu takto postižených žen, které se zabývají léčbou samotnou, ale i otázkami sociálně-psychologickými. Dnes se s těmito (převážně africkými) ženami můžeme setkat i v České republice (20).

V mnoha starých i současných kulturních společnostech mají určité chirurgické výkony na zdravých lidských orgánech význam kulturní i sociální. Nemluvíme pouze o pohlavních orgánech ženských a mužských, ale i o jiných dobře viditelných částech těla. Jedná se hlavně o umělé vytváření keloidních jizev, to se týká zejména afrických obyvatel. Pomocí kovových kruhů se snaží extrémně protáhnout krk, což je z jejich hlediska symbolem ženskosti. Američtí indiáni si rituálně propichovali kůži a prováděli tetováže na celém těle. Nutno podotknout, že mutilace lidského těla není zvláštností pouze třetího světa. Velké oblíbenosti se těší i v takzvané civilizované části země. Nezanedbatelné množství lidí vyznává módu tetování nebo si libují v piercingu, obzvláště některých částí lidského těla. V posledních letech je velmi lukrativní obor plastické chirurgie. Profesor Aleš Roztočil k tomuto podotýká: „Nemám nic proti kosmetické chirurgii prsou, ale monstrózní, melounům se podobající silikonová ňadra žen pracujících v zábavním průmyslu, mají spíše než k estetice blíže k somatické mutilaci. Rozdíl mezi mutilací v naší společnosti a té africké tkví v tom, že u nás jde o výkony, které dotyční podstupují dobrovolně, zatímco v Africe jde o násilí páchané většinou na dětech (20, s.167)“.

Ženská obřízka se dělí podle stupně mutilačních zákroků na zevních rodidlech a tyto rituální zvyky se týkají významné části afrických států. Z dostupných zdrojů je zřejmé, že tento obřad přetrvává již po tisíciletí. Její provedení bylo dokonce prokázáno i na nalezených mumiích z ptolemaiovského Egypta. Ženská obřízka má kulturní význam, protože je velice úzce spjata se ženskou sexualitou a reprodukční schopností ženy ve společnosti. V současné době jsou tyto výkony na ženských genitálech prováděny ve 26 afrických zemích, takřka u 100% žen. Obřízka je prováděna napříč socioekonomickými vrstvami mezi odlišnými

etnickými a kulturními skupinami (například křesťané, muslimové, židé). Většinou jsou děvčata obřezána mezi 4.-10. rokem.

Nejčastěji užívaná klasifikace genitální mutilace žen je dle *Toubia* (domorodé animistické náboženství):

Klitoridektomie I.stupně zahrnuje odstranění části nebo celého klitorisu.

Klitoridektomie II.stupně (nebo jinak excize) označuje odstranění klitorisu a části labia minora (malých stydkých pysků). Krvácení bývá stavěno pomocí několika cutgutových stehů, trnů nebo obklady s nějakou domácí ingrediencí. Je zachováno ústí močové trubice a poševní vchod je odkrytý.

Typ III., střední infibulace, je shodná s typem IV. Odstraněny jsou pouze dvě třetiny velkých stydkých pysků.

Typ IV., totální infibulace. Při tomto zákroku je odstraněn klitoris, malé a velké stydké pysky. Vytvořené rané plochy jsou k sobě sešity a vznikne tak souvislá plocha, která skryje zevní ústí močové trubice a poševní vchod. Je ponechán pouze malý otvor pro odtékání moči a menstruační krve.

Necháme-li stranou podmínky, za kterých jsou zákroky prováděny, u těchto žen v budoucnu dochází k velkým somatickým a psychickým potížím. Následkem neodborně provedené obřízky a nedostatečné pooperační péče, vlivem komplikovaných infekcí dochází u mutilovaných žen k chronickým pánevním infekcím, s následnými pelvalgiemi, sakralgiemi, dysmenoreou, dyspareunií. Tyto ženy mají často problémy s fertilitou. V oblasti genitálu vznikají keloidní jizvy a jiné rezistence, které ženě působí těžká fyzická a psychická traumata.

Není možné souhrnně deklarovat, že ženy s obřízkou nejsou schopny kvalitního sexuálního života, včetně dosažení orgasmu. Záleží samozřejmě na rozsahu provedeného zákroku, přirozené sexuální apetenci ženy i na různých psychosociálních faktorech. Platí však, že čím radikálnější zákrok, tím větší dyspareunie a ztráta libida (20).

1.2 Cyklus ženské sexuální aktivity

V šedesátých letech 20. století se americkému gynekologovi Mastersovi podařilo popsat a dát do souvislostí fáze sexuálního prožitku ženy a muže. Toto rozdělení se používá dodnes.

Masters popisuje mužskou sexuální aktivitu jako jízdu na horské dráze s jedním vrcholem: nahoru – na vrchol – a dolů. Přičemž muž, který je při chuti a při síle, může jezdit

s další jízdou pořád dokola. Ženské schéma přirovnává například k vlnkám na rozčeřené hladině, a to hlavně u žen, které jsou schopny mnohočetného orgasmu.

Fáze excitace

Při fázi excitace, neboli podráždění, dochází vlivem tělesné nebo psychogenní stimulace k postupnému nárůstu sexuálního vzrušení. Důležitá je délka a intenzita dráždění. Tuto fázi můžeme označit jako předehtu, trvající chvíli, ale i desítky minut. Přeruší-li se dráždění, případně dojde k působení nepříjemných okolních vzruchů (zvonění telefonu, apod.), vzrušení poklesá, excitace je přerušena, či se prodlouží.

Fáze plató

Při pokračování účinné sexuální stimulace dochází v této fázi k maximálnímu nárůstu vzrušení, po kterém u některých žen dochází k orgasmu. Všechny ženy však orgasmu nedocílí (14).

Orgasmus

Orgasmus, neboli vyvrcholení, trvá několik sekund. Ženský orgasmus bývá slabší a delší, oproti tomu mužský intenzivnější a kratší. Uvolňuje se při něm cévní měštnání a svalové napětí. Smyslový vjem orgasmu ženy lokalizují do oblasti malé pánve, klitorisu, pochvy a dělohy. Orgasmus je popisován jako pocit tepla, uvolnění a opakované stahy poševního vchodu. Některými ženami je vnímán jako příjemný pocit bez vnějších projevů, některými až jako stavy podobné epileptickým záchvatům se zastřeným vědomím.

Fáze uvolnění

Tato fáze je pomalá a trvá u žen podstatně déle než u mužů. U některých žen je možné při opětovném sexuálním dráždění docílit dalšího orgasmu. U muže nastupuje po fázi uvolnění nižší sexuální dráždivost, proto není schopen určitou dobu dostatečné erekce a nemůže tak pokračovat v pohlavním styku. U vzrušivých mladíků to mohou být pouze minuty, u starších mužů i hodiny nebo dny (14).

1.3 Fyziologie ženy

1.3.1 Hormony

Hormony jsou sloučeniny sloužící v těle mnohobuněčných organismů jako chemický posel od jedné buňky (nebo skupiny buněk) k jiné. Hormony jsou produkovány v tělech všech mnohobuněčných, včetně rostlin, mohou tak řídit průběh a vzájemnou koordinaci reakcí v organismu. Od enzymů se liší také tím, že působí jen na žijící buňky. Působení hormonu je

závislé na jeho detekci buňkou, hormon musí spolupůsobit s odpovídajícím buněčným receptorem, který spustí kaskádu sekundárních reakcí, které vedou až k typické odezvě (30).

Dělení hormonů:

podle chemické povahy

- glykoproteiny – folitropin, tyreotropin, luteinizační hormon
- aminokyselinové – adrenalin
- peptidové – adrenokortikotropní hormon, somatotropní hormon, prolaktin
- steroidní – základ tvoří steranový kruh (estrogeny, androgeny, kortikosteroidy)

podle způsobu účinku

- regulační – ovlivňují jiné endokrinní žlázy (liberiny hypotalamu, tropní hormony předního laloku hypofýzy)
- hormony s přímým účinkem na tkáň (inzulin, tyroxin)
- hormony působící lokálně – endotelin

podle místa sekrece (30)

1.3.1.1 Steroidní (pohlavní) hormony

Hormony adenohipofýzy

FSH - folikuly stimulující hormon je glykoproteinový hormon, produkováný adenohipofýzou. U žen stimuluje vývoj folikulu a jeho růst. Zároveň podporuje produkci estrogenů v ovariu. U mužů jsou cílem pro působení FSH Sertoliho buňky ve varleti (pomáhá modulovat spermatogenezi).

LH - luteinizační hormon je rovněž glykoproteinový hormon, produkováný adenohipofýzou. U žen napomáhá finálnímu dozrání folikulu a podmiňuje ovulaci. Ovlivňuje rovněž produkci ovariálních hormonů (zejména progesteronu).

U mužů působí LH na Leydigovy buňky varlete (ovlivnění produkce testosteronu).

Estrogeny

Estrogeny jsou skupinou ženských steroidních hormonů o 18 uhlících (nejvýznamnější jsou estriol a estradiol). Estrogeny jsou u žen tvořeny v ovariu granulózními buňkami. Mají vliv na vývoj a růst ženských pohlavních orgánů. V pubertě podporují růst dělohy, pochvy a vaječnicků, ale i vývoj zevních pohlavních orgánů. Jejich hladina má vliv na distribuci podkožního tuku (růst prsů, širší boky u žen...). Estrogeny ovlivňují proliferační fázi menstruačního cyklu. Estrogeny také ovlivňují růst kostní tkáně. Určité množství estrogenů se tvoří i u mužů a to přímo ve varleti.

Progesteron

Progesteron je rovněž steroidní hormon o 21 uhlících. U ženy je nezbytný pro přípravu a udržení těhotenství. Během sekreční fáze menstruačního cyklu (která odpovídá luteální fázi ovariálního cyklu) je progesteron tvořen buňkami žlutého tělíska (corpus luteum). Pokud dojde k oplodnění, přebírá časem produkci progesteronu vyvinuvší se placenta. Během těhotenství například podporují rozvoj mléčné žlázy.

Testosteron

Testosteron je nejvýznamnějším pohlavním hormonem muže. Jde o steroidní hormon o 19 uhlících (patří mezi skupinu androgenů). Testosteron je důležitý již v prenatálním období, neboť díky němu se začnou vyvíjet mužské zevní pohlavní orgány (bez přítomnosti testosteronu se automaticky začnou vyvíjet pohlavní orgány ženské). V pubertě pak testosteron opět působí na pohlavní orgány a aktivuje jejich finální růst a vývoj. Mimo to způsobuje růst vousů a typicky mužského ochlupení, "zhrubnutí" hlasu, vyšší vzrůst a nárůst svalové hmoty a nakonec také ovlivňuje tvorbu erytrocytů (muži mají více červených krvinek než ženy).

Určité množství androgenů se tvoří i v kůře nadledvin, a to i u žen (17).

1.3.1.2 Pohlavní hormony a ženská sexualita

Androgeny hrají u ženy, stejně jako u muže, hlavní roli v sexuálním zájmu a vzrušivosti. Jejich účinek může být přímý, či nepřímý, jelikož androgeny zlepšují náladu, zvyšují energii. Nízká hladina androgenů bývá provázena poklesem zájmu o sex, poklesem libida i orgastické schopnosti. K úpravě těchto symptomů a sexuality dochází při substituci androgenů. V poslední době je často diskutován syndrom androgenní insuficience. Mezi jeho projevy můžeme zařadit únavnost, ztrátu motivace, ztrátu libida. Po podání substituce androgenů dochází ke zlepšení sexuálního života, avšak cenou za to je poměrně vysoký výskyt androgenních vedlejších účinků (např. vzestup ochlupení ve tváři, váhový přírůstek, akné).

Estrogeny jsou zcela nezbytné pro normální funkci pohlavního ústrojí. U hypoestrinních žen (po menopauze, avšak i u žen během kojení) dochází k rozvoji atrofické vaginitis. Pohlavní styk je komplikován bolestí a problémy s lubrikací. Pokles hladiny estrogenů má i další následky – například změny nálady, poruchy spánku, poruchy kognitivní funkce. Je-li v organismu ženy dostatek estrogenů, hrají rozhodující roli androgeny (2).

1.3.1.3 „Nepohlavní“ hormony a ženská sexualita

U žen je všeobecně známá regulace pohlavních dějů centrálním gonadoliberinem (LHRH), hypofyzárním folikulostimulačním hormonem (FSH) a luteinizačním hormonem (LH) s následnou tvorbou estrogenů, progesterinů a androgenů v ovariích a částečně i v kůře nadledvin. Za zmínku však také stojí vztah ženské sexuality a prolaktinu, oxytocinu, antidiuretického hormonu, adrenokortikotropního hormonu, růstového hormonu, hormonů štítné žlázy, inzulínu a dalších.

Prolaktin – je polypeptid vznikající v předním laloku hypofýzy – adenohypofýze. Fyziologicky je zvyšován účinkem estrogenu a progesteronu. Významný je pro kojení, jeho hladina se zvyšuje již v graviditě a v době porodu je až desetinásobně zvýšený. Snížení jeho tvorby může mít za následek nemožnost kojení, zhoršenou regulaci menstruačního cyklu, respektive narušení ovulace. Oproti tomu, vyšší hodnoty prolaktinu taktéž narušují menstruační cyklus (ve smyslu oligo- až amenorey) a v neposlední řadě snižují libido.

Oxytocin – je tvořen v hypotalamických jádrech a skladován v zadním laloku hypofýzy – neurohypofýze. Jeho uvolnění je stimulováno při kojení, při mechanickém napínání dělohy, cervixu vagíny a vulvy, dále i při porodu a mnoha smyslovými vjemy a taktéž farmakologicky. Oxytocin je řazen, spolu s dopaminem, kyselinou glutamovou, oxidem dusnatým, adenokortikotropním hormonem a melanostimulačním hormonem, mezi působky podporující fáze ženské sexuality (excitace, plató, orgasmus, uvolnění). Pravděpodobně i u mužů má oxytocin vliv na sexuální aktivitu.

Antidiuretický hormon (vasopresin, ADH) – je také tvořen v hypotalamu a uskladňován v zadní hypofýze. U snížené nebo zvýšené hladiny ADH nemusí být v oblasti sexuality v léčbou kompenzovaném stavu nijak narušena, pokud se nejedná o souběh dalších nepoznaných hormonálních defektů.

Adrenokortikotropní hormon – je tvořen v adenohypofýze. Centrální hyperkortikolismus má velký vliv na ženský reprodukční systém. Popisují se poruchy libida a úplná amenorea.

Růstový hormon (GH) – je tvořen v adenohypofýze a je řízen nejvíce hypotalamickým gonadoliberinem a somatostatinem. Nedostatek růstového hormonu bývá spojován s poruchami sexuální funkce a se snížením libida. V dnešní době je možno deficit GH substituovat. U nadbytku GH (klinicky akromegalie) je gravidita možná pouze u mírnější formy. Vzhledem k vlivu GH na skelet a měkké tkáně, může u žen dojít k narušení

sebevědomí a sexuálního života. I při úpravě nadprodukce GH jsou změny na kostech nevratné, a tak mohou být příčinou poruchy sexuální apetence trvalého rázu.

Hormony štítné žlázy – u dosud neléčených hypotyreózních žen se u 2/3 vyskytuje hyperprolaktinémie. Bývají poruchy menstruačního cyklu, i závažné děložní krvácení mimo cyklus. Vzhledem k celkovému narušení metabolismu organismu, i na úrovni centrálního nervového systému, může být sexualita ženy změněna. Další změny v sexuálním chování ženy můžeme pozorovat taktéž u hypertyreózy díky zvýšenému psychickému dráždění.

Inzulín – u žen s diagnózou Diabetes mellitus (DM) přispívá k poruchám urogenitálního traktu mikro- a makroangiopatie a neuropatie. Ženská sexualita je poté ovlivňována různými patologickými procesy (akutními i chronickými), které se u DM mohou vyskytovat. Nezbytností jsou pravidelné gynekologické prohlídky a kultivační vyšetření moči a poševního sekretu, neboť u těchto žen dochází často ke vzniku infekce v urogenitálním traktu, což má negativní dopad na sexuální život ženy. Tato problematika má nemalý vliv na psychiku ženy, což vyžaduje případnou spolupráci s klinickým psychologem, či psychiatrem (2).

1.4 Vývojová období v životě ženy

Každá žena v průběhu života prochází několika obdobími, jež jsou závislá na funkci hypothalamo-hypofýzo-ovariální osy. Tato období jsou charakterizována buď klidovým stavem nebo hormonální aktivitou (21).

Novorozenecká hormonální reakce

Organismus novorozence je v období po porodu pod vlivem mateřských steroidů. Ty jsou však v průběhu prvních 21 dnů z organismu novorozence vyloučeny. Novorozenecké období je tak charakteristické řadou přechodných změn v reprodukčním systému, způsobených poklesem a vyloučením pohlavních steroidů matky (21).

Dětské klidové období

Toto období je charakterizováno funkčním klidem v oblasti pohlavních orgánů. Ráz těla je neutrální (21).

Puberta

Dívčí puberta je období mezi prvními klinickými projevy pohlavního dospívání a objevením se první menstruace (menarché). Menarché je možno považovat za vyvrcholení předchozího vývoje genitálního systému a jeho regulačních mechanismů. Ve většině

případech menarché předchází vývoj sekundárních pohlavních znaků a růstovou akceleraci. Zpočátku v období menarché převládají anovulační cykly, u cyklů ovulačních se projevuje zkrácení luteální fáze. Zpravidla do 2 let dochází ke zpravidelnění cyklů. Vyvolávajícím činitelem pohlavního zrání je vzestup sekrece hypofyzárních gonadotropinů s následným zvýšením sekrece ovariálních estrogenů. Věku plné pohlavní zralosti žena dosahuje mezi 18-20 rokem života, kdy dochází k ukončení vývoje primárních pohlavních znaků (pravidelný ovulační cyklus, vývoj dělohy, pochvy, zevních rodidel) i sekundárních pohlavních znaků (vývoj prsů, lokalizace podkožního tuku, ženský typ ochlupení těla, vývoj kostry a svalstva apod.) (21).

Období pohlavní zralosti

V tomto období je stabilizovaná neurohumorální činnost, která se projevuje pravidelnými ovulačními a menstruačními cykly. Toto období je vhodné pro naplnění reprodukční funkce ženy (21).

Klimakterium

Jde o období přechodu mezi plodným věkem ženy a začátkem senia. Klimakterium je v našich klimatických podmínkách ohraničeno věkem 45-55 let. Období po poslední menstruaci se nazývá menopauza. V klimakteriu dochází k poklesu hormonální činnosti ovarií a k hormonální nerovnováze. V tomto věku se dostávají specifické změny ve fyziologii ženy, avšak také v sociální oblasti. Pokud jsou tyto symptomy vystupňovány, mohou být označeny jako klimakterický syndrom. Proto je toto životní období ženy tak náročné (18).

Senium

Po 55. roce života činnost ovarií zcela vyhasíná. Dochází proto k involuci pohlavních orgánů a sekundárních pohlavních znaků (21).

1.5 Těhotenství

1.5.1 Psychologie těhotenství

Úvodem stojí za zmínku vysvětlení termínu benigní těhotenská encefalopatie. Tento pojem shrnuje poruchu kognitivních funkcí u těhotných žen. Jedná se o změny psychiky způsobené těhotenstvím, s čímž se setkává až 50% žen. Popisovány jsou poruchy paměti, problémy s učením, poruchy koncentrace a dezorientace. Tento stav většinou těhotné nevnímají jako patologický a spontánně se upravuje po porodu. V prvním trimestru se žena často zaměřuje sama na sebe, pozoruje své tělo a první známky těhotenství. Smiřuje se s realitou, že v ní roste nový život, který po narození zcela změní životní styl celé rodiny.

Objevují se myšlenky na to, čeho všeho se bude muset žena v dohledné době vzdát, a tyto úvahy v ní mohou vyvolat pocity provinění. V tomto období žena často hledá útočiště u své matky. Někdy se u ženy střídají pocity radosti z těhotenství s obavami a strachem ze ztráty a možnosti jakéhokoliv poškození plodu. V prvním trimestru některé ženy mohou řešit strach z oznámení těhotenství rodičům, svobodné ženy případně obavy z reakce partnera. Ženy velmi citlivě vnímají, jak se k jejich těhotenství, případně k prožívání těhotenských obtíží, staví životní partner (18).

Dalším psychologickým mezníkem v těhotenství je období, kdy žena začne vnímat pohyby plodu. V tomto čase jsou již patrné změny na obvodu břicha ženy, plod je možné pomocí ultrazvukového vyšetření zřetelně vidět. S postupujícím časem většina žen uvádí, že těhotenství bylo chtěné (15).

Žena si začíná uvědomovat existenci plodu jako samostatné bytosti, komunikuje s ním, v popředí je podpora zdárného průběhu těhotenství pomocí zdravého životního stylu, pokud nemá žádné potíže, tak vyhledává těhotenské cvičení, plavání, shání informace v předporodních kurzech, v literatuře apod. Objevuje se vyhledávání komunity ostatních matek. Těhotná často vede fantazie o vzhledu a pohlaví dítěte, sní o něm. Tato fáze těhotenství je většinou vnímána jako pozitivní, avšak ženy, které mají negativní zkušenost z minulého těhotenství nebo těhotné ženy, které mají v současné graviditě zdravotní potíže, se mohou úzkostně obávat předčasného porodu, porušeného vývoje plodu apod. Z toho důvodu je velmi důležité začlenění ženy do skupiny těhotných, jelikož si mohou vzájemně sdělovat zkušenosti, pocity. Ženy často konzultují vše se svojí matkou, kamarádkami a ty je mohou uklidnit, avšak i znervóznět. Načež je na místě úloha odborníka (lékaře, porodní asistentky) uvést vše na pravou míru (18).

Pro další, závěrečné psychologické období v těhotenství je typické „stavění hnízda“, kdy žena zařizuje prostředí pro dítě, nakupuje dětskou výbavičku, připravuje se na porod, zároveň do těchto záležitostí začleňuje i partnera. V tomto období se u žen projevuje emoční napětí. Organismus těhotné je přetížený, dostávají se únava, horší tělesná koordinace, špatný spánek. Žena má pocity tělesné nepřítažlivosti, nemotornosti. Objevují se protichůdné pocity, radosti z brzkého narození dítěte a strachu z porodu (obavy z bolesti, vlastního selhání, obavy z komplikací, strach o zdravotní stav dítěte i svůj) a z období po porodu (mateřská role, péče o dítě, zodpovědnost za nového člověka). V ojedinělých případech jsou popisovány až extrémní pocity strachu o život, strachu ze smrti (18).

1.5.2 Sexualita v těhotenství

Jsou známy velké rozdíly v sexuální touze páru před těhotenstvím, po početí však mohou být ještě výraznější. U ženy v průběhu těhotenství dochází velmi často ke změnám v sexuální apetenci. Bývá popisována spíše klesající tendence v počátku těhotenství, stoupající charakter zhruba v prostředku gravidity a ke konci těhotenství opět ztráta sexuální vzrušivosti a odpovědi na ni. V prvním trimestru mohou ženu omezovat nevolnost, únava, bolestivě citlivé bradavky, což vede ke snížení sexuální apetence. Při bezproblémovém těhotenství však u žen nedochází k větší změně v sexuálních aktivitách. Někdy dokonce těhotné ženy mohou prožívat sexuální stimuly mnohem efektivněji a zažít tak první orgasmus, či dokonce několikanásobný orgasmus. Toto může být v důsledku zvýšení hladiny ženských a těhotenských hormonů a také vlivem pánevní hyperémie. Zkracuje se doba nutná k dosažení orgasmu a prodlužuje se fáze uvolnění (18).

Velice důležitá je správná komunikace v partnerském soužití, kdy si těhotná žena a muž sdělují své bezprostřední pocity a vnímání jeden druhého. Partneři by si měli navzájem sdělovat své myšlenky, touhy, měli by se pokusit vyhovět svým potřebám a možnostem v danou fázi těhotenství. Někteří muži se například obávají toho, zda nemohou během pohlavního styku nějak dítě poranit, či zda není soulož pro ženu nepříjemná. Ženu mohou v pokročilejším stadiu gravidity znepokojovat měnící se tělesné proporce jejího těhotného těla a někdy tak dochází k domněnce, že není pro svého partnera dostatečně sexuálně atraktivní. Na základě různých studií bylo zjištěno, že se potvrdila všeobecně uznávaná hypotéza: ženy, které se staví pozitivně ke svému těhotenství, rády pokračují v sexuálním životě, zatímco u žen, které své těhotenství vnímají negativně, bývá spíše snížený zájem o sex i o sexuální uspokojení (27).

Přesto, že těhotná žena nemá potřebu sexuálního styku, nepocituje méně nutnost láskyplného tělesného kontaktu s partnerem. Velmi žádoucí je mužovo ujišťování o jeho náklonnosti k ženě a projevování dostatečné úcty. Z psychologického hlediska je důležité, aby se muž cítil se ženou emocionálně spojený a je nezbytné, aby věděl, že žena není pouze budoucí matka, ale stále jeho partnerka, milenka. Je třeba si uvědomit, že muž těhotný není, a tak má stále stejné potřeby jako před otěhotněním ženy. Pokud z nějakého důvodu nedochází k sexuálnímu styku tak často jako před těhotenstvím, je vhodné nabídnout muži jinou alternativu sexuálního uspokojení, což následně může uspokojit i ženu, zejména pak psychicky. Pohlavní styk v těhotenství není kontraindikován, pokud je žena zcela bez potíží, je s ním svolná a nedoporučí-li ošetřující lékař jinak. Je však třeba dbát na dodržování

správného hygienického režimu a dále se v posledním měsíci těhotenství doporučuje používání kondomu při pohlavním styku. Nedojde tak k přenesení infekce (a následnému ohrožení plodu při předčasném porodu) a vystavení se působení vlivu prostaglandinů, obsažených ve spermatu (prostaglandiny mohou svým dráždivým účinkem způsobit kontrakce děložní a tím předčasný porod). Při sexuálním styku je dále vhodné volit takovou polohu, která nehmoždí břicho těhotné (například poloha na boku, v kleče, v sedě) (25).

Zdroje informací o sexuálním životě v graviditě

Informace o sexuálním životě v graviditě mohou těhotné získávat od lékařů a zdravotnických pracovníků, přátel nebo rodinných příslušníků. Nejčastějším zdrojem informací jsou však knihy. Z dostupných zdrojů vyplývá, že většina žen, jež tuto problematiku probírala s ošetřujícím lékařem, dostala doporučení omezení sexuální aktivity v několika posledních týdnech před porodem a několik týdnů po porodu. Pouze vyjíměčně se ženy dozvěděly od lékaře doporučení vhodných koitálních poloh a nekoitálních praktik. Dále ze studií vyplynulo, že většina párů by si přála více informací o sexuálních aktivitách v těhotenství. Téměř žádný lékař, který ženě doporučil sexuální abstinenci, ji nepoučil o možnosti řešit sexuální napětí partnera nekoitální technikou. Obvykle lékaři předpokládali, že tuto informaci není nutno ženě sdělit. Poučení těhotné by samozřejmě mělo být úměrné jejímu věku a mentálnímu stavu (6).

Současné názory na sexualitu v těhotenství

V druhé polovině minulého století v učebnicích porodnictví a sexuologie vládla názorová shoda na omezení sexuální aktivity v těhotenství. Autoři poukazovali na to, že větší prokrvení spojené s podrážděním a mechanickými vlivy při koitu, by mohly vyvolat kontrakce děložní až spontánní potrat. Problematika sexuálního života je v Čechách a na Slovensku i na přelomu třetího tisíciletí nadále nedoceňovaná. V dostupné odborné literatuře je tomuto tématu věnováno vždy jen pár řádků, někdy obsahující kontroverzní tvrzení. Někteří autoři doporučují omezení sexuální aktivity u ženy s fyziologickým průběhem těhotenství, v době očekávané menstruace a ve druhé polovině těhotenství. Čtenář se však nedozví proč. Medicínské důvody pro sexuální abstinenci v graviditě ve studiích z posledních roků jsou: krvácení, placenta praevia, předčasná dilatace cervixu, prasknutí plodových obalů, anamnéza předčasného porodu, vícečetné těhotenství, bolesti v podbříšku, vysoké riziko předčasného porodu, sexuálně přenosné choroby. Podle mnohých odborných publikací nebyl vliv sexuální aktivity v těhotenství na předčasný porod nebo vznik infekce potvrzen. Pokud

patřila žena před otěhotněním do skupiny rizikově se chovajících žen, dá se předpokládat, že se tak bude chovat i v graviditě a v tom případě jsou nasnadě rizika s tímto chováním spojená (promiskuitní chování ženy, jejího partnera, nedostatečné hygienické návyky apod.) V těchto případech může docházet k šíření sexuálně přenosných chorob a ke vzniku infekce.

Kontroverzní jsou názory na vliv demografických a socioekonomických faktorů na pohlavní život v těhotenství. Pokles sexuální aktivity v graviditě je pozorován u vdaných žen a u přísně nábožensky založených žen.

Na velkém množství rodiček bylo dokázáno, že mnoho žen v graviditě je sexuálně aktivních až do termínu porodu, bez negativního vlivu na stav těhotenství (6).

Sexuální život v graviditě ve vztahu k partnerovi

Podle kanadské studie, kdy hodnotily ženy změny sexuality partnera v době těhotenství, byla tato u více než poloviny mužů nezměněná. Z pohledu ženy byla iniciativa milování nezměněná ve více než polovině případů. Přes polovinu žen si myslelo, že má partner obavy, aby při pohlavním styku nepoškodil dítě, přičemž se tyto obavy stupňovaly s postupujícím těhotenstvím.

V nigeréjské studii dotazovaní muži udali, že více než třetina z nich prožila mimomanželský sex v době těhotenství jejich manželky (partnerky). Dále muži udávali navýšení potíží s erekcí, pokles orgasmu a snížení libida a především znatelné snížení frekvence pohlavního styku s těhotnou partnerkou. Frekvence masturbačních aktivit muže je přibližně stejná, jako před otěhotněním partnerky (6).

Sexuální aktivity v graviditě

Sexuální aktivity provozované v těhotenství mají různý rozptyl frekvence. Nejčastější aktivitou je líbání, dále prsní stimulace, genito-genitální styk, předehra, sexuální fantazie a manuální stimulace partnerem, v tomto pořadí. Údaje o autoerotických aktivitách těhotných žen jsou protichůdné. Udává se, že více než polovina žen, jimž lékař doporučil sexuální abstinování, pokračovala v sexuálním životě pomocí nekoitálních technik (6).

1.5.3 Emoční poruchy v těhotenství

Těhotenství samo o sobě může způsobovat úzkost ženy nebo může zhoršit již probíhající úzkostnou poruchu. Rozlišovány jsou tři základní kategorie strachu a úzkosti těhotné ženy: úzkost vztahující se k těhotenství a porodu, úzkost týkající se budoucí péče o dítě a úzkost jako samostatný symptom. Mezi nejčastější obavy týkající se úzkosti z porodu

patří: nedůvěra k porodnímu personálu, strach z vlastní neschopnosti, strach ze smrti své nebo dítěte, strach z nesnesitelné bolesti a strach ze ztráty sebekontroly. Dále se ženy obávají malformací plodu, porodního poranění, aplikací injekcí apod (18).

1.5.4 Role partnera v těhotenství

V dnešní době jsou partneři těhotných žen více zapojeni do událostí týkajících se těhotenství a posléze porodu. V době nedávno minulé tomu tak nebylo. Muži byli spíše pasivními účastníky tohoto děje a nic jiného se od nich neočekávalo. Gynekologická vyšetření byla tabuizovaná a ultrazvuková vyšetření se neprováděla. Budoucí otcové tak byli ochuzeni o prožitek nahlédnout do tajuplného světa jejich nenarozeného potomka. Informace k tomuto tématu nebyly snadno dostupné, na trhu bylo minimum publikací a situaci komplikovala značná nevěda populace obecně muže do těhotenství začlenit (13).

V době porevoluční se situace postupně měnila. Rozvoj lékařské techniky, rozvoj literární, dostupnost internetu a oblíbenost předporodních kurzů, zcela změnily náhled na přínos partnera těhotné ženě a jejich partnerskému svazku vůbec. Těhotenství s sebou přináší proměnu jejich vztahu. Reakce mužů na graviditu partnerky se mohou různit. Velkou roli zde hraje vyzrálost jeho osobnosti. Zralý muž většinou bere změny těhotné ženy jako příjemný a pochopitelný vývoj událostí. Neměli bychom zapomínat, že na muže v jeho nové roli jsou kladeny poměrně vysoké nároky. Zejména pak ze strany těhotné. Měl by jí poskytovat pevné zázemí, existenční jistoty, být jí oporou psychickou a k tomu ji zahrnovat něhou a láskou (4).

V hlavách mužů se během těhotenství partnerky odvíjí spousta procesů, které jsou většinou nesdělitelné okolí a s kterými se muž musí vypořádat sám. Může se objevit nejistota, pochybnosti (podle amerického výzkumu se více než polovina dotázaných mužů potýkala s myšlenkou, zda je skutečně otcem nenarozeného dítěte), zcela protichůdné pocity k dítěti (úvahy o tom, kolik změn přinese narození dítěte pro celou rodinu, zároveň se na potomka těší), což v něm může vyvolat i pocit viny vůči dítěti. V některých případech muži mohou na počátku těhotenství propadnout panice a někdy se potom chovají k ženě odmítavě, až agresivně, mohou si vynucovat ukončení těhotenství apod. Potýkají se s pocity ztráty svobody, nezávaznosti, strachu ze zodpovědnosti a obav ze selhání sebe samého (18).

Ve druhé třetině těhotenství se mohou někteří muži cítit vyloučení z důležité oblasti života partnerky, neboť se kolem ní objevuje mnoho lidí, podílejících se na péči o zdravotní stav těhotné, a muži si tak připadají zbyteční. Je potřeba je do tohoto procesu začlenit, sdílet s nimi ultrazvuková vyšetření, navštěvovat společně předporodní kurzy, kde se může setkat s muži se stejnými zážitky (18).

Pro muže je velmi důležité vědět, co se se ženou během těhotenství děje, čeho by se měla vyvarovat, co naopak jejímu zdraví prospívá, ale hlavně, jakým způsobem se na tom všem může sám podílet. Z psychologického hlediska si pak přijdou jako aktivní účastníci tohoto dění a zpětnou vazbou od ženy zjišťují, jaký vliv to na ni má (23).

V publikaci R.G. Rodriguez uvádí dělení prožívání partnerů během těhotenství na biologické a psychologické. Biologické prožívání se obecně týká všech savců a zkoumalo se do nedávné doby. Díky němu bychom mohli snáze porozumět mužskému chování. Jedná se o zvýšení hladiny testosteronu u nastávajících otců. V prvním trimestru není pozorována vyšší hladina testosteronu, pak však začne jeho hladina klesat. Toto postupné snižování testosteronu pokračuje asi až do třetího měsíce po narození dítěte. U některých mužů byla snížená hladina testosteronu zjištěna už v průběhu těhotenství a u některých až po porodu. Dále byla u mužů během těhotenství sledována hladina prolaktinu. U některých nastávajících otců se hladina prolaktinu začala zvyšovat již několik týdnů před porodem. V závislosti na tom se u nich začaly objevovat somatické potíže různého charakteru, mimo jiné také snížená sexuální apetence vzhledem ke zvýšené hladině prolaktinu (18).

Couvade syndrom

U některých mužů se může během těhotenství partnerky projevit tzv. Couvade syndrom. Je to souhrn symptomů, jež obvykle postihují těhotné ženy. Tito muži pak trpí různými somatickými potížemi, například bolestí zubů, nauzeou, zvracením, průjmami, přibývají na váze apod. Někdy se u nich objeví ztráta sexuální apetence, mívají zvýšenou chuť k jídlu. Tento syndrom se může týkat nejen těhotenství, ale i porodu, kdy muži mohou dokonce vnímat bolesti břicha. Ojedinele se tato porucha prodlouží až do období poporodního, kdy mohou být muži postiženi depresemi.

Termín Couvade syndrom zavedl antropolog E.B. Taylor již asi před 150 lety. V překladu z francouzštiny znamená couvade připravovat se, či sedět na vejcích.

V různých publikacích bylo dokonce popisováno, že tento syndrom se objevuje i v různých kmenových společnostech, kde je však připisován vlivu zlých démonů a duchů (28).

1.6 Porod

První doba porodní – tzv. doba otevírací, začíná pravidelnými děložními kontrakcemi, které způsobují zkracování a zánik děložního hrdla, a pokračuje rozšiřováním děložní branky, až k jejímu úplnému zániku, čímž dojde k rozvinutí porodních cest.

Druhá doba porodní – tzv. doba vypuzovací, začíná zaniknutím děložní branky a končí porodem novorozence.

Třetí doba porodní – tzv. doba k lůžku, začíná porodem dítěte a končí vypuzením placenty z dělohy (9, 10, 11).

1.6.1 Psychologie porodu

1.6.1.1 Proces porodu dle Odenta

Na porod je nutno hledět jako na nedobrovolný proces, který je třeba nechat plynout tak, abychom ho nenarušovali. Každá žena je individualita, a tak bychom k ní měli přistupovat. V rodičce je dobré podporovat důvěru ve vlastní instinkty, které ji povedou. Velkou roli hraje prostředí, ve kterém porod probíhá, a v neposlední řadě také chování přítomných osob. Je-li doprovodem rodičky její partner, může někdy dojít k tomu, že se žena kontroluje a omezuje svoje chování tak, aby muže nevylekala apod. Někteří muži mohou své úzkostné pocity přenášet na ženu a v některých případech pak je popisován protrahovaný porod. Pro muže je obtížné nechat ženu unášet se vlastními emocemi a porodem a snaží se ji vtáhnout zpět do reality. Proto není dobré za každou cenu trvat na přítomnosti partnera u porodu, ale případně ženě doporučit přítomnost jiné osoby, například přítelkyně, či matky. Odedávna rodičkám při porodech asistovaly jiné ženy, které již rodily- dochází tak k přenosu zkušeností a pocitů. Žena se před jinou ženou jistě tolik nekontroluje, neboť předpokládá sounáležitost a pochopení (8).

1.6.1.2 Pocit bezpečí při porodu

V dnešní době vidáme v porodnicích obdivuhodné technické zázemí a špičkové odborníky ve svém oboru. To vše by v nás mělo vzbudit dojem bezpečí a jistoty. Z nějakého důvodu to tak ale není. Pro rodící ženu je důležitější pocit bezpečí, který nesouvisí s přístrojovým vybavením, ale souvisí s lidmi, se kterými se při porodu setká. Ať už to je osoba partnera nebo ošetřující zdravotnický personál. Z většího množství statistik vyplývá, že

pokud žena při porodu prožívá pocity úzkosti a strachu, dochází častěji ke komplikacím ve formě protražovaných a nepostupujících porodů. Je dokázáno, že pokud se žena cítí bezpečně, vyplavuje se v jejím těle dostatečné množství oxytocinu (hypothalamický hormon, způsobující děložní kontrakce) a endorfinu (tzv. hormon „štěstí“, vzniká štěpením bílkovin v mozku, při zvýšené svalové práci, stresu- tlumí bolest, zlepšuje náladu...) a tím je porod spuštěn a pozvolna unášen dál. Při pocitu ohrožení, ať už opodstatněném nebo smyšleném, dochází k vyplavování katecholaminů (stresových hormonů), což má opačný účinek na chod porodu. Žena je při porodu velmi senzitivní na jakékoliv rušivé podněty z okolí (hluk, nevhodné osvětlení, nevhodné poznámky ze strany personálu, jejího doprovodu apod.), a to může mít na ni negativní vliv. Ze studií dále vyplývá, že mnoho žen s negativními prožitky porodu a porodními traumaty, má v budoucnu častěji potíže ve vztahu ke svému dítěti, ale i partnerovi. Nejsou ojedinělé ani nesnáze s dalším otěhotněním a porodem (5, 29, 31).

Proto se do popředí dostává otázka psychosociálního vnímání ženy a snaha o změny ve vztahu rodičí ženy a ošetřujícího personálu. Ideou do budoucna by měl být přístup one –to-one, kdy jeden zdravotnický pracovník (lékař, porodní asistentka) pečuje o ženu a později i o dítě (5).

1.6.1.3 Orgasmické vnímání porodu

Zažít orgasmus při porodu? Tímto kontroverzním přirovnáním se zabývá američanka Debra Bonaro, která se svým autentickým filmem „Orgasmic Birth“ objíždí celý svět. Při přednáškách učí ženy, jak neprožívat porod jako trauma, ale jako chvíle plné radosti a uspokojení. Tvrdí, že porod se sexem velmi těsně souvisí, a propaguje porod v domácím prostředí. Její snahou je pokusit se u žen vyvolat vnímání jejich vlastního těla jako symbolu ženskosti a neuvěřitelné sexuální energie vznikající při porodu, což může způsobit slastné pocity a nikoliv bolest.

Debra Pascali Bonaro je iniciátorkou Mezinárodní iniciativy za porodní péči pro matku a dítě (IMBCI). Tuto iniciativu vyhlásila IMBCO- mezinárodní nezisková organizace, jejímž cílem je prosazovat porodní péči příznivou pro matku a dítě (25).

1.6.1.4 Vliv psychoprolaxe na průběh porodu

V poslední době přibývá žen, které se na porod připravují v předporodních kurzech a sběrem dostupných informací. Vytváří si vlastní představu o průběhu porodu a někdy mají dokonce vypracovaný porodní plán, který předloží při příjmu na porodní sál porodní asistentce. Vždy je zapotřebí společně probrat jednotlivé body porodního plánu, neboť některé

představy ženy nelze v našem porodnickém systému reálně plnit. Tyto ženy jsou vesměs k porodu vyzbrojeny pozitivním přístupem k věci a očekáváním radostného prožitku narození jejich dítěte.

Některé ženy přistupují k porodu zcela opačně. Jsou plné negativních emocí a úzkostí, porod a bolest s ním spojenou berou jako nutné zlo. Od zdravotnických pracovníků očekávají naprostou oddanost a neberou v potaz skutečnost, že jsou do určité míry pouze pomocníkem při porodu. Pro takové ženy je nemyslitelné přebrat zodpovědnost za své zdraví. Často se od počátku porodu dožadují porodnické analgésie (epidurální analgésie), anebo operativního ukončení těhotenství. S takovou ženou bychom měli jednat citlivě a ohleduplně, je nerozumné ji při porodu přesvědčovat o jiné skutečnosti, snažíme se vždy nalézt kompromis přijatelný pro všechny zúčastněné (18).

1.6.2 Aspekty lékařských intervencí

Je nepopíratelný vliv různých medicínských procedur na psychický stav rodičky. Avšak v dnešní době, kdy lékařská technika je na výši, se každá žena setká alespoň s nějakou méně invazivní lékařskou intervencí (18).

Kardiotokografie (CTG)

Dnes, v čase návratu fenoménu přirozeného porodu a rozšiřování řad jeho stoupců, je častým cílem kritiky kontinuální CTG monitorování. Z dostupných výzkumů vyplývá, že více než polovina žen hodnotila používání CTG pozitivně, část z nich udala, že bylo velmi povzbuzující slyšet srdeční činnost dítěte, a zhruba desetina žen hodnotila CTG monitoring jako nepohodlný. Navzdory častému používání nejmodernějších monitorovacích metod bychom měli v popředí stále vidět hlavně ženu a netíhnout pouze ke sledování přístroje (18).

Epidurální analgezie

Je věcí známou, že tuto metodu využívají zejména ženy s vyšším sociálním statutem. Očekávají v podstatě bezbolestný porod a v případě, že ho později tak nehodnotí, mohou u těchto žen vzniknout různé poporodní psychosomatické potíže (18).

Císařský řez

V případě porodu císařským řezem je markantní rozdíl ve vnímání porodu jako takového u ženy, u které je operační vedení porodu plánováno, oproti té, u které byl veden akutně. Z dostupných studií vyplynulo, že žena z psychologického hlediska potřebuje alespoň dvě hodiny na srovnání se s tímto faktem, k čemuž u akutního ukončení těhotenství pochopitelně nedojde. Některé prameny dále udávají procentuální pokles kojících žen zhruba

6 měsíců po porodu císařským řezem, provedeném v celkové anestézii. U těchto žen je narušená spojitost mezi těhotenstvím a narozením jejich dítěte. V případě využití epidurální (svodné) anestézie při operativním vedení porodu, mohou ženy dítě ihned po narození vidět, slyšet a promluvit na ně.

Některé ženy mohou po císařském řezu propadat depresivním stavům, z důvodu neúspěšné snahy o porození spontánní cestou. Někdy mohou trpět pochybnostmi o schopnosti se o své dítě postarat. Většina těchto potíží (pochybností) odeznívá asi rok po porodu. Stále je kladen důraz na brzký kontakt dítěte s matkou po porodu, ať už spontánním nebo operativním (18).

1.6.3 Role partnera při porodu

V dnešní době považujeme za prokázané, že přítomnost partnera (otce) u porodu působí na rodící ženy velmi pozitivně. Je zkrácená doba trvání porodu, omezuje se používání analgézie, uterotonik, méně často se vyskytují porodní komplikace ve formě operativních porodů. Z psychologického hlediska je výrazně lepší poporodní interakce mezi matkou, dítětem, ale i otcem (1).

Neměli bychom však zapomenout, že přítomnost otce u porodu by měla být zcela dobrovolná a většinou se na tuto roli partneri připravují již v průběhu těhotenství. Muž by měl vědět, že se může kdykoliv z porodního sálu vzdálit a jeho roli může zastoupit například přítomná porodní asistentka, eventuálně kamarádka, matka apod (12).

První zmínky o přítomnosti otců u porodu se vztahují k 60. létům 20. století v USA. Postupem času tomuto trendu podléhaly i další evropské země. Na našem území, v tehdejší Československu, se toto uskutečnilo až v 80. letech minulého století ve znojenské nemocnici. Na základě tohoto pokroku se rozpoutala vlna dohadů, převážně ze strany odborného tisku. Ten argumentoval nedostatečným zájmem otců, nevhodným organizačním uspořádáním porodních sálů a také jistým zásahem do zdravotnické prestiže porodníků. Ke změně došlo po roce 1989, a to díky převratu ve zdravotnické organizační struktuře, zejména ve vztahu pacient versus lékař (18).

Byla provedena řada studií sledujících vliv přítomnosti partnera u porodu na jeho průběh a emoční prožívání obou partnerů. Mezi jednotlivými studii docházelo k rozporuplným výsledkům.

Z výzkumu *Grossmana* z roku 1984, který sledoval dlouhodobý účinek přítomnosti otce u porodu na jeho vztah k dítěti, vyplynulo následující:

1) na rozhodnutí o přítomnosti partnera u porodu má vliv dlouhodobý vztah mezi ženou a mužem

2) důležitější než přítomnost u porodu je odhodlání a příprava muže na otcovskou roli

3) u mužů přítomných u narození jejich potomka je ještě za rok po porodu častější fyzický kontakt s dítětem, častěji chodí na procházky s dětmi a samostatně o ně dokáží pečovat.

Neack na základě svého výzkumu z roku 1976 zjistil, že většina zkoumaných párů pocítovala naprostou spokojenost a spřízněnost vlivem společně prožitého porodu. Podle zmíněného výzkumu nebyl přítomností otce u porodu narušen sexuální život těchto párů (18).

U některých mužů může dojít během porodu k rozporuplným pocitům. Objevují se u nich pochybnosti, zda k ženě zaujímají správný postoj. Váhají mezi něžným a láskyplným chováním k ženě, kdy by ji měli hýčkat a ochraňovat, a naopak postojem plným podpory psychické, avšak i s usměrňujícími prvky. Někdy svou vlastní nejistotu skrývají za nepříměřenou upovídání, bagatelizování porodu nebo chování rodičky, či nadměrnou kontrolu ošetřujícího personálu, jejich chování apod. A proto je velmi důležitá také role porodní asistentky, která by měla pár taktně usměrňovat a vést tak, aby nebyla narušena intimnost a pozitivní atmosféra, tolik prospěšná průběhu porodu (18).

1.7 Šestinedělí

1.7.1 Psychologie šestinedělí

Období šestinedělí je pro každou ženu velmi náročnou životní etapou. Dochází k různým psychickým změnám, které jsou způsobeny převratem hormonálních pochodů v organismu, fyzickou změnou mateřského těla a v neposlední řadě adaptací na mateřskou roli. Emoční stavy, které žena prodělává během těhotenství, jsou v tomto čase vystupňovány. Nemalý podíl na tomto psychickém rozpoložení mají prožitky nedávného porodu, ať už ve smyslu pozitivním, či negativním.

Největší podíl na psychických změnách v šestinedělí má prudký pokles hladiny hormonů. Během prvních 72 hodin po porodu dochází (vzhledem k odchodu placenty) ke snížení hladiny progesteronu a estrogenu v těle matky. Z hypofýzy je pak do krve povolna uvolňován hormon prolaktin a oxytocin, což je způsobeno drážděním bradavek při kojení. Dále dochází k poklesu hormonální hladiny u žláz s vnitřní sekrecí, hlavně u štítné žlázy a v kůře nadledvin.

Ruku v ruce s těmito tělesnými změnami mateřského organismu, dochází také k přeměně psychického rozpoložení ženy. V bezprostředním období po porodu se u ženy střídají pocity naprosté euforie s obavami, stále dokola si v myšlenkách přehrává porod a chvíle naplnění a štěstí při narození jejich dítěte. Matka si začíná uvědomovat, že její potomek je již samostatná bytost, začíná se tvořit vztah matky a novorozence. Její současné bytí se zaobírá pouze děťátkem a po naprosto radostných okamžicích se mohou objevit pocity nejistoty a obavy, zda se o něj dokáže postarat a zda zvládne svou novou roli. V souvislosti s postupným nárůstem fyzické vyčerpanosti a neustálé pohotovosti je u většiny žen pozorována alterace psychického stavu (18).

Poporodní blues

Tento emoční stav, který je charakterizován labilitou nálady, podrážděností, úzkostnými projevy, plačtivostí, únavou, sníženým sebevědomím, pochybnostmi, se vyskytuje zhruba 3.-6. den po porodu a je pozorován u více než poloviny žen. Udává se, že určité procento žen může být po porodu postiženo opačnou formou tohoto stavu, náladou manickou.

Tento jev se objevuje transkulturně. Některé studie poporodní blues spojují s manželskou disharmonií, sexuálními problémy, s bolestivými bradavkami, s existencí premenstruační tenze před těhotenstvím, nežádoucí graviditou, zvýšenou úzkostností a depresí v těhotenství, fobií z porodu. Důležitou roli pak také hraje spánková deprivace ženy. Někdy se podobný syndrom objevuje rovněž u otce (18).

Poporodní blues se ve většině případech obejde bez terapie a spontánně odezní. Důležité je poučení ženy o existenci tohoto syndromu již před porodem, případně též partnera. Žena by měla, v období šestinedělí obzvláště, cítit podporu partnera, případně dalších rodinných příslušníků, či osob ženě blízkých. Je vhodné ženu poučit o tom, že pokud nedojde k odeznění příznaků do 14 dnů po porodu, měla by vyhledat odbornou pomoc (psychologa, psychiatra) (18).

1.7.2 Psychické poruchy po porodu

Poporodní deprese

Poporodní deprese jsou popisovány zhruba u 10-15% žen. Mezi hlavní příznaky poporodní deprese patří pocit vlastní nedostatečnosti, úzkosti, panický strach ze samoty, bezmoc, beznaděj, deficit zájmu a radosti, enormní obavy z budoucnosti, funkční poruchy trávicího traktu. Diagnostika tohoto stavu je velmi obtížná, jelikož některé příznaky jsou

v období šestinedělí běžné. Významným ukazatelem poporodní deprese je pocit neschopnosti milovat své dítě, neochota se novorozence dotýkat a starat se o něj. Dostupné zdroje uvádí, že riziko suicidia u takto postižené ženy je nízké. Deprese může ženu dostihnout kdykoliv v prvních 6 měsících po porodu. Za první rizikové období je považován okamžik, kdy žena s dítětem dorazí z porodnice domů. Matka pečuje o dítě, stará se o domácnost, ztrácí možnost odborné rady kdykoliv dle potřeby. Za další rizikové období pro vznik poporodní deprese autoři považují 2-3 týdny po porodu, kdy dojde k poklesu pomoci a podpory partnera, rodiny, neboť se vše pomalu vrací do zaběhlého chodu domácnosti a rodiny (18).

Poporodní psychóza

Poporodní psychóza, dříve označovaná jako laktační psychóza (avšak s laktací nemá nic společného), je nejtěžším psychickým onemocněním po porodu. Objevuje se zpravidla v prvním týdnu po narození dítěte. Vyskytuje se u necelého procenta nedělek. (18).

1.7.3 Sexualita v šestinedělí

V šestinedělí může dojít ke změněnému vnímání sexuality páru. Oba partneři se ztotožňují s novou životní rolí–rodiče. Sexuální život by měl být obnoven podle doporučení odborníků, to znamená za 4-6 týdnů po porodu. Toto je však naprosto individuální záležitost, která závisí na větším množství faktorů. Záleží na pocitech ženy, týkajících se jejího vlastního těla, hojení případného porodního poranění apod. Pokud však je u ženy zachována touha po sexu, může se pár oddávat jiným formám milování, než samotnému pohlavnímu styku. Důležité je zachování postupů a aktivit, které partneři volí a praktikují po společné dohodě a jsou jim oběma příjemné.

Podle některých studií dochází u kojících žen k pozdějšímu začátku sexuálního žití po porodu, oproti ženám, které nekojí. To může souviset s poklesem hladiny estrogenů a androgenů, zvýšenou hladinou prolaktinu, který snižuje sexuální apetenci, avšak také s únavou při přerušovaném spánku. Kojící ženy také častěji popisují bolestivé vnímání pohlavního styku, což je zřejmě způsobené vlivem hypo-estrogenizované pochvy a její nedostatečnou lubrikací.

Z dostupných teorií dále vyplývá, že pro některé ženy je v podstatě nemožné se srovnat s faktem, že je zároveň osobou kojící, ale také sexuálním objektem. Rovněž tak ze strany partnera se může projevit pocit, že „spí s matkou“ a pak až s manželkou (partnerkou).

Při sexuálním dráždění a kladné odpovědi na ně se může u ženy objevit vytékání mléka z bradavek. U žen zpravidla dochází v otázce subjektivního sexuálního prožívání

a orgasmu k návratu zhruba za tři měsíce (až 1 rok) po porodu. Obvykle se sexuální apetence a zvyklosti vrací do stavu jako před těhotenstvím (18).

1.7.4 Poporodní sexuální dysfunkce

V poporodním období jsou u žen popisovány různé sexuální poruchy. Můžeme mezi ně zařadit například dyspareunii a algopareunii, sníženou sexuální apetenci, poruchy orgasmu, libida. Sexuální život po porodu bývá nejčastěji omezen porodním poraněním, ale i hormonálními změnami (nejzásadnější je hyperprolaktinémie s následným hypoestrismem). Dále žena přehodnocuje sociální uspořádání rodiny, řeší identifikaci sebe sama, jakožto rodiče a zároveň sexuální osoby. Ženy často uvádějí jako příčinu zhoršeného sexuálního života nelibé pocity v oblasti epiziotomie, krvácení nebo výtoku, únavu, pociťují obavu, že neuslyší plakat dítě. Obávají se také poranění, a zejména ztráty sexuální atraktivnosti pro partnera (7).

Poporodní sexuální dysfunkce můžeme podle příčiny rozdělit na: *příčiny psychologické* (deprese, únava, negativní hodnocení vlastního těla, vnímání ženy sebe sama jako matky, ne jako sexuálního objektu), *příčiny vztahové* (partnerská disharmonie, nesplněná očekávání chování partnera, emoční krize ve vztahu), *situační příčiny* (strach z rušení, probuzení dítěte, nevhodné podmínky bydlení), *mutilace rodidel* (obtížné hojení porodního poranění, zjizvení perinea).

Při špatném zhojení porodního poranění s následnou mutilací rodidel může u ženy docházet k výraznému snížení sebevědomí. U ženy dochází k pocitům méněcennosti a neatraktivnosti z důvodu zjizvení hráze a stydí se před partnerem a odmítá pak pohlavní styk z důvodů estetických. Poruchy párové sexuality jsou častější v případě nezralého a nejistého partnera, který je zaskočen nově nastupující rolí otcovství. Při dlouhodobých potížích v sexuální sféře je vhodné vyhledat pomoc odborníka (psychologa, gynekologa, sexuologa) (18).

Za zmínku jistě stojí fakt, že poporodní dysfunkce nejsou pouze doménou žen. Mohou se týkat i mužů. Některým mužům může přítomnost u porodu vyvolat psychické trauma, kdy nedokáží na ženu hledět jako na partnerku a sexuální objekt. Považují ji především za ženu-rodičku, později za ženu-matku. Z důvodu jistého psychického bloku je pak muž vystaven erektilním potížím. Tyto komplikace mohou postupem času spontánně odeznít, někdy je však nutné vyhledat pomoc odborníka. Toto téma je pro muže velmi delikátní, a proto je třeba tyto situace řešit ohleduplně a taktně (22).

V poslední době se sexuologové zabývají termínem „*syndrom ztraceného penisu*“. To může postihnout muže, u jehož partnerky došlo po porodu k anatomickým změnám v pochvě.

Poševní stěny mohou být volnější, eventuelně vinou špatně zahojeného porodního poranění. U muže k erekci bez problému dojde, avšak při zasunutí do pochvy se penis ztrácí a nedochází tak k dostatečné stimulaci. Tento problém se dá případně řešit chirurgickou cestou. Někteří muži mohou trpět poruchou erekce z důvodu obav, že by mohli ženě po porodu při pohlavním styku ublížit. Ve všech těchto případech je podstatným krokem otevřená komunikace mezi partnery a jejich společná snaha nalézt způsob řešení (22).

1.7.5 Role partnera v šestinedělí

Příchodem dítěte do domácnosti se zcela změní struktura partnerského vztahu a chodu rodiny. Režim se zcela podřizuje novému členu rodiny a partneři se ocitají ve zcela nové životní úloze rodičovství. Tak jako se žena intuitivně stává matkou, tak i muž za normálních okolností přirozeně vpluje do nové role otce. Pokud je muž dostatečně psychicky zralý, uvědomuje si již v období těhotenství nejen ekonomickou závislost své nové rodiny. Muž je tak vystaven větší psychické zátěži šestinedělí, jelikož kromě role živitele, prožívá zcela zásadní životní období, plné změn. Žena se 24 hodin denně plně věnuje dítěti a na partnera již nemá tolik času. Dítě zpravidla bývá velkým pojítkem mezi mužem a ženou, ale někdy mohou muži na dítě žárlit. Důležitý je tedy pocit duševního uspokojení, naplnění partnerského svazku s příchodem dítěte a dostatečná integrace muže do péče o potomka (19).

1.8 Role porodní asistentky v péči o ženu

V roce 2000 byly při jednání Mnichovské deklarace projednávány postavení a úloha porodní asistentky. Ministři zdravotnických členských států WHO zde prohlásili: „Věříme, že sestry a porodní asistentky mají klíčové a stále významnější role v úsilí společnosti chopit se současných úkolů a výzev ve veřejném zdravotnictví, stejně jako v zajišťování vysoce kvalitních, dostupných, spravedlivých, efektivních a citlivých zdravotnických služeb, které zajišťují kontinuitu péče a reflektují práva a měnící se potřeby lidí (16)“.

Porodní asistentka provází ženu značným úsekem jejího života a má tak možnost jí aktivně pomáhat, směřovat ji, komunikovat s ní i s její rodinou. Řeší s ženou mnohý zásadní problém a často tak bývá první osobou z řad odborníků, komu se žena svěří. Porodní asistentka je ženě oporou v otázkách sexuality, těhotenství, porodu, v podstatě po celý život. Žena se s ní setkává v gynekologické ambulanci, při preventivních prohlídkách nebo v těhotenství při předporodních kurzech. Je proto velmi důležité, aby žena porodní asistence

věřila a kdykoli se na ni s důvěrou obrátila. Porodní asistentka by vždy měla vyznávat otevřenou komunikaci se ženou, být empatickým posluchačem, ale prokazovat i dostatečné vědomosti a dovednosti. Přitom je důležité, aby se žena cítila respektována a v popředí byl vždy zájem o ponechání odpovědnosti za rozhodování o sobě na ženě samotné. Porodní asistentka by měla využívat při práci svých psychologických dovedností a přirozeného taktu (18).

Ideou do budoucna by měla být intenzivní spolupráce s porodní asistentkou, která by ženu provázela nejen těhotenstvím, ale asistovala jí při porodu a byla jí k dispozici a oporou v šestinedělí. Tento model se začíná prosazovat v západních zemích, avšak pro správné fungování této péče by ve většině státech mělo dojít k reorganizaci zdravotnického a sociálního systému (18).

1.8.1 Předporodní příprava a porodní asistentka

První zmínky o předporodní přípravě pochází z Anglie a Ukrajiny. Odborní představitelé těchto zemí zabývající se předporodní přípravou považovali za hlavní úkol připravit ženu na porod, zejména pak na porodní bolesti. Cílem tohoto počínání bylo odstranění porodní bolesti (11).

Počátky psychoprolaxe porodu na českém území jsou datovány k roku 1949. V popředí zájmu byla Velvovského metoda. Vzhledem k tehdejší politické situaci však tato metoda byla vyzdvihována poněkud křečovitě, a tak postupem času došlo k formálnosti tohoto přístupu. Tato metoda nepřinášela očekávané výsledky, a tak byla postupem času zavrhnuta (18).

K obnovení zájmu o předporodní přípravu na konci 80. let přispěli PhDr. Pečená a MUDr. Čepický. Hlavním cílem jejich snažení bylo snížit u ženy pocit úzkosti a strachu z porodu a pochopení celé této oblasti jako přirozeného vývoje těhotenství. S těhotnou a jejím partnerem pak spolupracuje vyškolená porodní asistentka. Setkání probíhá ve skupině osmi až dvanácti účastníků předporodního kurzu a lekce jsou rozděleny zhruba do šesti šedesátiminutových bloků. Porodní asistentka podněcuje u žen a jejich partnerů aktivní přístup ve formě besed a praktických nácviků (18). Součástí předporodního kurzu jsou speciální cvičení, která mají nastávající maminku naučit technikám, které jí ulehčí průběh porodu a pomohou rychleji se po něm zotavit. Je prokázáno, že rodiče, kteří se zúčastnili předporodní přípravy, se na porodním sále cítí mnohem jistější a pozitivně tak ovlivní samotný průběh porodu (3).

2. VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda mají ženy informace o hormonálních změnách v těhotenství, při porodu a po porodu v souvislosti se sexualitou.

Cíl 2: Zjistit, k jakým změnám dochází u žen v období těhotenství.

Cíl 3: Zjistit, k jakým změnám dochází u žen v období porodu.

Cíl 4: Zjistit, k jakým změnám dochází u žen v období po porodu.

Cíl 5: Zjistit, zda dochází ke komplikacím v sexualitě u těhotných žen, rodičích žen a u žen po porodu.

Cíl 6: Srovnat sexualitu u žen bez zdravotnického vzdělání a porodních asistentek v období těhotenství, během porodu a v období šestinedělí.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1: Mají ženy informace o hormonálních změnách v těhotenství, při porodu a po porodu v souvislosti se sexualitou?

Otázka 2: K jakým změnám dochází v sexualitě u žen v období těhotenství?

Otázka 3: Jaké změny vznikají v sexualitě u žen v období porodu?

Otázka 4: K jakým změnám dochází v sexualitě u žen v období po porodu?

Otázka 5: Jaké vznikají komplikace v sexualitě u těhotných žen, rodičích žen a u žen po porodu?

Otázka 6: Budou rozdíly v sexualitě žen bez zdravotnického vzdělání a porodních asistentek v období těhotenství, během porodu a v období šestinedělí?

3. METODIKA

3.1 Použitá metoda

Pro získání informací byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu a ke sběru dat docházelo pomocí nestandardizovaného rozhovoru. Pro přehlednost byly k rozhovoru vypracovány okruhy otázek. Rozhovory se uskutečnily na Gynekologicko-porodnické klinice FN Plzeň, a většinou v přirozeném civilním prostředí, zvoleným po individuální domluvě s respondentkami (některé z nich preferovaly prostředí svého domova, jiné naopak daly přednost schůzce v anonymním atmosféře kavárny). Rozhovory byly vedeny s pěti ženami bez zdravotnického vzdělání, které rodily na zmíněné klinice a s pěti porodními asistentkami, které již samy v minulosti rodily. Ve všech případech pak daly respondentky přednost písemnému zaznamenávání rozhovoru. Získané informace byly zpracovány ve formě případových studií (kazuistik) a znázorněny pomocí tabulek a grafů.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo pět žen bez zdravotnického vzdělání, které v minulosti rodily na Gynekologicko-porodnické klinice FN Plzeň a pět porodních asistentek, již rodičích a zaměstnaných na zmíněné klinice. Čtyři z nich v minulosti pracovaly nebo v současné době stále pracují na porodním sále a jedna respondentka pracovala na gynekologickém oddělení. Rozhovory byly uskutečňovány v období od února do dubna 2010. Všechny ženy souhlasily s použitím získaných informací k anonymnímu výzkumnému šetření.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Zpracované rozhovory se ženami bez zdravotnického vzdělání

Žena č. 1

Žena, 28 let, 4 roky vdaná, v současné době na mateřské dovolené. Má dceru, které je 2,5 roku. Nyní je v 10. týdnu druhého těhotenství. Vystudovala střední školu manažerskou, poté pracovala na více pozicích, na mateřskou dovolenou odcházela z místa odborného referenta v kovovýrobě.

Otázkami a praktikováním jakýchkoliv sexuálních aktivit se začala zabývat přibližně v patnácti letech. V té době se již nějakou dobu znala a chodila se svým nynějším manželem. S ním proběhl první pohlavní styk a jiného sexuálního partnera od té doby nepoznala. Manžel je o 2 roky starší. Jejich pohlavní život hodnotí velmi pozitivně. Pociťuje velké klady toho, že se s manželem dokonale znají, a to i po fyzické stránce. Jeden u druhého tedy ví a dokáže odhadnout, kdy je vhodná doba na sex, kdy jaké praktiky volit, jak dlouhá předehra je třeba apod. Přiznává, že čas od času ji napadá, jaké by bylo vyzkoušet milování s jiným mužem, ale zatím zůstalo vždy jen u fantazií. Manželský sex dnes žena popisuje jako bohatý a plný prožitků.

Žena poprvé otěhotněla plánovaně, asi po půl roce snažení. V prvních třech měsících byla velmi unavená a spavá. Jinak bylo těhotenství v podstatě celou dobu bezproblémové, pouze v 16. týdnu gravidity podstoupila odběr plodové vody. Po dobu tří týdnů, kdy čekali na výsledky vyšetření pociťovala obavy o zdraví miminka, ale nechtěla si připustit variantu, že by něco nebylo v pořádku. Vše dopadlo dobře. Samu sebe hodnotí jako velmi čínorodého člověka. Do zaměstnání chodila až do 32. týdne těhotenství. Mimo to se ve volném čase zabývala aranžováním květin, docházela pravidelně na těhotenské cvičení a aktivně se připravovala na příchod dítěte. Nakupovala vybavičku a sbírala informace od zkušených kamarádek-matek a převážně z internetových zdrojů. Otázky týkající se hormonálních změn v těhotenství příliš neřešila, jelikož se sama cítila psychicky vyrovnaná a spokojená. Z přečtených knih a internetových diskuzí však věděla, že některé ženy mohou být v těhotenství emotivnější a poněkud labilní. Informace o sexualitě v těhotenství nezískala od

ošetřující lékařky, což zpětně hodnotí jako drobný nedostatek ošetřující péče. Potíže v této oblasti však neměla, s manželem sexuální styk provozovali po celou dobu těhotenství, pouze v prvních měsících méně často, převážně z důvodu únavy. Když se cítila odpočínutá, nevnímala jakoukoliv změnu ve své sexuální apetenci, ani prožitku. Obojí bylo na srovnatelné úrovni jako před otěhotněním. Manžel se při sexu projevoval stejně jako před těhotenstvím, jen byl opatrnější a volili polohy vzhledem k aktuálnímu stupni těhotenství.

Porod začal ve 39. týdnu gravidity, ten den byla žena jako vždy aktivní, zvelebovala zahradu, mezi běžnou péčí o domácnost. V odpoledních hodinách začala vnímat nepravidelné tvrdnutí břicha, ale pokračovala v prováděné činnosti. Svou blízkou kamarádku-porodní asistentku využila k telefonické konzultaci a ta jí asi po dvou hodinách pravidelných kontrakcí a při podezření na odtok plodové vody doporučila přemístit se do porodnice. Do porodnice s ní jel manžel a již zmiňovaná porodní asistentka, která na porodním sále pracovala. Při příjmu na porodní sál byla budoucí matka vyšetřena lékařem, který jí s úsměvem sdělil, že má víc jak polovinu porodu za sebou. Tato zpráva vyvolala u všech zúčastněných radost, zejména pak u rodičky, která to vnímala téměř euforicky. Manžel jí byl po celou dobu oporou a povzbuzoval ji. O jeho přítomnosti u porodu spolu hovořili již v průběhu těhotenství a manžel byl s touto alternativou svolný. Vaginální nález postupoval velmi dobře, ale objevily se komplikace v podobě alterací ozev plodu. Po dobu dalších dvou hodin byla žena nucena vzhledem k vzniklé komplikaci ležet na lůžku, neboť porodník pomocí přístroje monitoroval stav dítěte. Nakonec přistoupil, v podstatě na konci první doby porodní, k operativnímu řešení porodu. Jelikož to byl stav poměrně akutní, byla zvolena celková anestézie. Žena pociťovala velké obavy o život miminka. Při císařském řezu lékaři vybavili zdravou holčičku, která měla kolem krčku 3x pevně omotaný pupečník. S velkou lítostí žena zpětně hodnotí fakt, že dcerku spatřila a objala až po několika hodinách po jejím narození.

V prvních dvacetičtyřech hodinách po porodu byla na pooperačním pokoji. Vzhledem k tamnímu nemocničnímu režimu a zvyklostem nebylo ženě umožněno přijímat návštěvy. To vnímala velmi negativně a cítila se izolovaná od blízkých osob, ale i od dcerky. Tu viděla vždy jen krátkou chvíli, když ji dětské sestry přivezly ke kojení. Kdykoliv miminko viděla, vždycky si uvědomila, jak bude vše jiné a že je maminka. Stále se jí to však zdálo neuvěřitelné. Po týdnu hospitalizace byla i s děťátkem propuštěna do domácího prostředí. První týden po příchodu domů se cítila velmi unavená a ráda využila podpory a pomoci manžela, který si vzal týden volna ze zaměstnání. Šestinedělí chápala nejen jako čas potřebný

pro rekonvalescenci po porodu, ale hlavně jako důležité období na seznámování se s miminkem. Návštěvy přátel odložila až na dobu po šestinedělí a cele se oddala hledání vhodného denního režimu nové rodiny. Cítila se psychicky vyrovnaná a byla překvapená, že nedošlo k výraznějším emocionálním propadům, o nichž věděla z odborné literatury a z internetových zdrojů. Do péče o dítě se snažila začlenit manžela, aby tak předešla pocitu odcizení mezi partnery. Sexuální aktivity v šestinedělí zcela vyloučila a k prvnímu pohlavnímu styku došlo až za šest týdnů po porodu. Ani jeden z partnerů nepociťoval obavy z možných komplikací v místě jizvy po císařském řezu. Kvalitu sexu po porodu hodnotí žena jako srovnatelnou s obdobím před těhotenstvím.

Jelikož je respondentka v současnosti podruhé těhotná, může porovnat první týdny těhotenství s graviditou předchozí. Opět se cítí více unavená, ale režim je naprosto odlišný od prvního těhotenství. Je to dáno péčí o dceru, která má svůj denní režim a vyžaduje trvalou pozornost a opatrování. Není tedy možné, aby si žena během dne v případě potřeby odpočinula, dcera je maximální náplní jejího volného času.

Žena č. 2

Žena, 31 let, svobodná, v současné době na mateřské dovolené s pětítýdenním synkem. Již 5 let žije ve společné domácnosti s partnerem, který je současně otcem jejího syna. Vystudovala střední odbornou školu se zaměřením na sociálně-zdravotní služby. Několik let pracovala v kojeneckém ústavu jako sociální pracovníce, posléze byla 1 rok v zahraničí a po návratu do České republiky až do mateřské dovolené pracovala jako asistentka v Optice.

Od šestnácti let praktikovala různé sexuální aktivity, zejména necking a petting. K pohlavnímu styku došlo poprvé v jedenadvaceti letech, kdy navázala dlouhodobější, a perspektivnější vztah. Postupem času získávala sexuální zkušenosti se šesti partnery. Dalo by se říci, že čtyři z nich byli dlouhodobí partneři, dva další spíše „jednorázová akce“. Svůj vztah k sexu před otěhotněním hodnotí jako velmi pozitivní a sama o sobě říká: „Jsem velmi náruživá a ráda experimentuji, k životu potřebuji čas od času změnu“. Kvalita i kvantita sexu vždy odpovídala jejím požadavkům.

Těhotenství bylo plánované a dle respondentky bezproblémové. V průběhu gravidity žena bilancovala svůj partnerský vztah, neboť příchod dítěte považovala za posun partnerů do jiné životní sféry. Uvědomila si, že jinak prožívá životní osudy druhých lidí, stala se více empatickou a emotivnější. Většinou se cítila velmi vyrovnaná, veselá, ale objevily se i okamžiky, kdy téměř panikařila kvůli obavám z budoucnosti. Jak se vypořádá s úlohou matky, s tím, že „ztratí svobodu“ a někdo na ní bude naprosto závislý. Ale převažovaly opravdu pozitivní myšlenky na život s děťátkem a novou rodinou. Každý měsíc vnímala fyzické změny na svém těle, přibírání na váze, měnící se ženské proporce, tu a tam se objevující bolesti v kříži nebo v operované kyčli. Byla si vědoma toho, že se odehrávají jisté změny v její psychice a tak se o těhotenské hormonální změny začala aktivně zajímat. Rady získávala od přítelkyň-matek, četla odbornou literaturu a navštěvovala internetové servery, kde našla jak odborné články, tak i diskuze ostatních maminek. Z těchto zdrojů také čerpala informace o pohlavních aktivitách v těhotenství. V prvním trimestru trpěla nevolnostmi a ojedinělým zvracením, takže k sexuálnímu styku docházelo zhruba 1x za 10 dní. Libido bylo významně sníženo z důvodů bolestivých prsů a nelibému vnímání aroma potu, sekretu, spermatu. Partner musel změnit do té doby používaný sprchový gel, který v ženě vyvolával silnou nevolnost. Spíše než sexuální žádostivost vnímala potřebu fyzické blízkosti partnera. Ve 4. měsíci gravidity se situace zcela změnila a objevila se výrazná sexuální apetence.

Dokonce se objevilo noční erotické snění. Přibližně od 5. měsíce začala při sexu dyskomfortně vnímat těhotné břicho a cítila již pohyby dítěte, tudíž k pohlavnímu styku docházelo spíše sporadicky a s ohledem na partnerovy potřeby. Partner se projevoval tolerantně a chápavě a ženu k sexu nenutil.

K porodu došlo ve 40. týdnu gravidity plánovaným císařským řezem. K operativnímu řešení porodu bylo přistoupeno z ortopedické indikace. Žena se poslední dny před plánovanou operací těšila na miminko, ale zároveň se obávala operace, zvládnutí mateřských povinností a naprosté změny života. Partner ji doprovodil k operačnímu sálu, zůstal však v předsálí, kde také byl poprvé v kontaktu se svým právě narozeným synem. Žena zvolila celkovou anestézií, tudíž syna první tři hodiny po porodu neviděla, což velmi negativně vnímala. Po probuzení se z anestézie cítila dojetí, štěstí a úlevu zároveň, neboť jí bylo sděleno, že chlapec je zdravý a brzy jej uvidí. Po operaci byla dvacetčtyři hodin na pooperačním pokoji, kam není návštěvám umožněn přístup. Vnímala jistou izolaci od rodiny, ale nejdůležitější pro ni byly okamžiky, kdy jí dětské sestry přivezly syna ke kojení. Přerod ženy v matku si uvědomovala postupně a tento proces stále pokračuje.

Období šestinedělí v současné době končí. Žena se zotavuje po porodu císařským řezem, jizva se hojí bez komplikací a cítí se dobře. Pomalu si budují denní režim s novým členem rodiny, chlapec je hodné a spavé miminko. Respondentka syna kojí, cítí se proto velmi unavená a permanentně nevyspalá z důvodu přerušovaného spánku. Své emocionální rozpoložení v šestinedělí hodnotí jako vyrovnané, řeší obvyklé obavy všech matek: zda o dítě správně pečuje a zda naopak péči nepřeceňuje apod. Vidí jisté nedostatky v partnerově péči o rodinu. Jelikož má časově náročné povolání, nezúčastňuje se pravidelně péče o syna, což žena na jednu stranu chápe, ale na druhou stranu vnímá negativně. O proměně životního stylu celé rodiny přemýšlela již v průběhu těhotenství. Z toho důvodu už v té době zapojovala partnera více do péče o domácnost. Je jí vlastní idea, že budou syna vychovávat i pomocí vzorů chování, které uvidí kolem sebe. Sebe samu nevidí pouze jako matku, ale také jako ženu-partnerku a milenku. Proto jí záleží na tom, aby ji partner vnímal nejen jako matku svého dítěte a svoji partnerku, ale i jako objekt sexuální touhy. Když žena začala kojit a prsa byla bolestivá a citlivá, používala na zklidnění a uvolnění obklady a tvarohové zábaly. V tu chvíli se cítila nepřitažlivá a obávala se toho, že ji tak bude vnímat i partner. V současné době, kdy už se rituály kolem kojení ustálily a žena si přijde jistější v péči o dítě a může se tak více soustředit na muže, ji tyto obavy opouští. Pozoruje změnu ve svém partnerském vztahu, oba

rodiče vnímají jeden druhého intenzivněji a shodují se, že jejich svazek dítě upevnilo. Každý večer spolu tráví společné chvíle, v době před otěhotněním a před porodem muž i ve večerních hodinách pracoval. Jelikož je partner osoba samostatně výdělečně činná, může své pracovní aktivity řídit i z domova, což žena vnímá velmi kladně. Otec se zatím aktivně neúčastní přebalování syna nebo jeho koupání, obává se takového fyzického kontaktu s dítětem, aby mu neublížil. O začátku sexuálního styku po porodu byla žena informována ošetřujícím gynekologem a také lékaři v porodnici při propuštění. Přesto, že období šestinedělí dosud neskončilo, došlo již mezi partnery k pohlavnímu styku. Žena se cítila fyzicky naprosto v pořádku a sama již toužila po této aktivitě. Ale tuto zkušenost hodnotí ze svého pohledu jako neuspokojivou, vzhledem ke krátké době trvání pohlavního styku. Na návrat sexuálních aktivit se velmi těší a doufá, že se jí brzy podaří dostatečně zpevnit povolené břišní svalstvo, aby se cítila atraktivní a mohla být při sexuálním styku aktivnější. Při pohlavním styku ani jeden z partnerů žádné obavy nepocíťoval. Pouze při pronikání penisu do pochvy žena vnímala lehký dyskomfort, což přisuzuje zúžení poševního vchodu nebo nedostatečnému sexuálnímu dráždění před stykem. Věří však, že se její žádostivost a libido brzy vrátí do stavu, jak to vnímala před otěhotněním.

Žena č. 3

Žena, 29 let, 5 let vdaná, v současné době na mateřské dovolené, 1 dcera 2,5 roku. Vystudovala střední odbornou školu, zaměřeni na management. Poté několik let pracovala jako sekretářka ve stavební firmě, v dalším zaměstnání na pozici asistentky ředitele setrvala až do nástupu na mateřskou dovolenou.

První sexuální zkušenosti začala získávat ve věku šestnácti let. Popisuje to jako poznávání osob druhého pohlaví, udává, že nevěděla, co od těchto aktivit očekávat. Poznala pět sexuálních partnerů, čtyři z nich hodnotí jako krátkodobé známosti (s maximální délkou trvání 1 roku). Posledním z nich je současně manžel, který je o 2 roky starší. Svůj vztah k sexu hodnotí jako dobrý a s jeho dosahovanou kvalitou byla v době před otěhotněním spokojená.

Otěhotněla plánovaně a těhotenství hodnotí jako zcela fyziologické. Cítila se velmi dobře a kdyby nebylo fyzických změn v podobě rostoucího břicha, ani by graviditu nezaznamenala, jelikož se necítila nijak omezovaná v běžných činnostech. Pouze v posledních týdnech těhotenství se více fyzicky šetřila a uváděla lehký pohybový dyskomfort, vzhledem k těhotnému břichu. Žena měla velké obavy z přibírání na váze, neboť v minulosti opakovaně dodržovala dietní stravování kvůli redukci nadváhy. Z toho důvodu pokračovala v tělesných aktivitách, pouze přizpůsobila cviky probíhajícímu těhotenství. Docházela na speciální těhotenské cvičení, vedené zkušenou porodní asistentkou, která zároveň nastávající maminky edukovala o změnách mateřského organismu v graviditě. Od ní tedy čerpala respondentka informace o hormonálních změnách v těhotenství. V tomto ohledu u sebe žena v průběhu těhotenství neshledala žádné psychické změny, necítila se více emotivní ani labilní. Co se týká sexuálního života v těhotenství, poučení získala od svého gynekologa, od již zmíněné porodní asistentky, která vedla těhotenské cvičení a také z dostupných internetových serverů. Žena uvedla, že před otěhotněním byla frekvence sexuálního styku průměrně 2- 3x týdně, až do druhého trimestru k sexu docházelo přibližně stejně často. Později však došlo ke snížení četnosti pohlavního styku, ke konci těhotenství až k úplné absenci těchto aktivit. Bylo to z důvodu nepohodlí kvůli rostoucímu břichu a také se u ženy objevily pocity, že úměrně s tím, jak dítě roste, se zvyšuje i jeho vnímání pohlavního styku rodičů. Svoji těhotenskou sexuální žádostivost a libido hodnotí jako významně snížené oproti stavu před těhotenstvím.

Oceňovala manželovu trpělivost a ohleduplnost, k sexu ji nenutil a společná touha po zdravém děťátku jim pomohla toto náročnější období v partnerském soužití překonat.

Respondentka rodila po termínu, proto byla ještě před začátkem porodu preventivně přijata k hospitalizaci. Lékaři ji připravovali na variantu indukovaného porodu, ale nakonec začal spontánně. Při nástupu pravidelných kontrakcí děložních byla žena přijata na porodní sál. Po celou dobu porodu byl manžel přítomen na sále. O jeho přítomnosti při této události bylo rozhodnuto v podstatě od začátku těhotenství, neboť se partner o tuto možnost velmi zajímal. Žena děložní kontrakce nevnímala extrémně bolestivě, velmi oceňovala manželovu podporu, nejen psychickou, ale také se jí snažil ulevit od bolesti pomocí masáže křížové oblasti apod. I. doba porodní (otevírací) postupovala plynule, díky pravidelnému vaginálnímu vyšetření byla žena ošetřujícím personálem ujištěna o tom, že se porod „ubírá správným směrem“. Ke konci I. doby porodní se při monitorování CTG přístrojem objevila možnost, že by plod mohl být ohrožen hypoxií. Z toho důvodu byla ženě zavedena vaginální sonda, dosahující až k dítěti, které tak bylo speciální metodou IFPO (intrapartální fetální pulzní oxymetrie) kontrolováno. Bylo přitom nutné, aby žena ležela na lůžku v poloze na zádech, což vnímala negativně. V popředí jejího zájmu však byly obavy o zdraví dítěte a na nic jiného v tu chvíli nemyslela. Přibližně po hodině se lékaři rozhodli přistoupit k císařskému řezu, neboť se na základě zmíněného vyšetření obávali ohrožení života dítěte. Oba partneři byli touto zprávou zaskočení, ale manžel se snažil ženu podporovat až do chvíle, kdy ji převezli na operační sál. Na narození potomka čekal v předsáli, kde později dceru poprvé spatřil a mohl si ji pochovat. Císařský řez byl veden v celkové anestézii, proto žena dceru spatřila až po pár hodinách. Dvacetčtyři hodin po porodu strávila na pooperačním pokoji. Dceru přivezli vždy v několikahodinovém intervalu ke kojení. Návštěvy byly ženě umožněny až na oddělení šestinedělí. V časném pooperačním období jí omezovala přítomnost močového katetru a periferní žilní kanyly. Jelikož se ale cítila dobře, byly jí tyto po úspěšné mobilizaci odstraněny. V místě jizvy při pohybu cítila mírnou bolest, jak ale sama udává, dcera ji zaměstnala natolik, že v podstatě žádnou bolest nevnímala. Cítila se šťastná, že je dítě v pořádku a že ho může mít u sebe. Snažila se co nejrychleji vpravit do mateřských povinností a ta péče jí působila radost. Skutečnost, že se stala matkou, si začala uvědomovat až po příchodu z porodnice domů.

V šestinedělí se objevila komplikace ve formě infekce v operační jizvě na břicho. Známky infekce se projeví dva dny po propuštění z porodnice. Žena poté opakovaně

docházela k ambulantnímu ošetření rány a po prokázání infekce na základě kultivačního vyšetření, jí byla nasazena léčba antibiotiky. Jizva se hojila velmi pomalu a k úplnému zacelení rány došlo asi po třech měsících. To žena samozřejmě vnímala velmi záporně a cítila se tím hodně omezená. Musela se s touto komplikací psychicky srovnat a domnívá se, že právě tato událost byla důvodem její přechodné averze k sexu. Přišla si nehezka a znetvořená nehojící se ránou. Jinak se cítila emocionálně relativně vyrovnaná. Svým gynekologem a některými kamarádkami byla upozorněna na možnost zvýšené plačtivosti a náladovosti v období šestinedělí. K tomu však nedošlo. Dcera byla klidná a spavé miminko, tak měla dostatek času i na běžné domácí aktivity jako jsou úklid a vaření. Respondentka zaznamenala s příchodem dítěte významnou změnu v partnerském vztahu a v jejich životním stylu vůbec. Velmi ji těšila manželova slova uznání a pochvaly, jak se dobře vpravila do své role matky a dodnes slýchá tuto poklonu, což jí působí velkou radost. Oba manželé respektují to, že na sebe nemají tolik času jako dříve, neboť je tu někdo další, kdo potřebuje jejich péči a lásku. Od začátku cítí žena v manželovi oporu, aktivně se zapojil do domácích prací a společně o dceru pečují. Respondentka byla se sexuálními aktivitami v šestinedělí uspokojivě obeznámena svým gynekologem a z odborných knih a časopisů. Z důvodu již dříve zmíněného, k sexu v období šestinedělí nedošlo a prvních pár měsíců po porodu byla frekvence pohlavního styku výrazně snížena pod úroveň před otěhotněním. Žena cítila snížení sexuální apetence a také libida. Po čase se tato situace změnila a dnes žena prožívá spokojený manželský sex jako před otěhotněním. U partnera nezaznamenala žádné obavy nebo odlišné reakce v prožívání pohlavních aktivit.

Žena č. 4

Žena, 28 let, 1 rok vdaná, 1 dcera 2 roky, v současné době na mateřské dovolené. Vystudovala střední odbornou školu, se zaměřením na management. Až do nástupu na mateřskou dovolenou pracovala v marketingové firmě jako personalistka.

Svoji sexualitou a jejím naplňováním se začala zabývat ve věku šestnácti let. Zkušenosti získávala z aktivit provozovaných se čtyřmi partnery. Jeden z nich byl krátkodobou známostí a další považuje za dlouhodobější vztahy. S manželem spolu žijí ve společné domácnosti v podstatě od začátku jejich vztahu, tedy přibližně 3 roky. Manžel je o 7 let starší. Svůj vztah k sexu a jeho kvalitu hodnotí jako uspokojivý.

Žena otěhotněla plánovaně. Průběh těhotenství hodnotí jako bezproblémový do doby, než jí ve 33. týdnu gravidity odtekla plodová voda, což bude zmíněno níže. O hormonálních změnách v těhotenství informace čerpala pouze z literatury, kterou si aktivně sháněla a dále z internetových stránek, zabývajících se touto tematikou. Jakékoliv významnější psychické změny na sobě nepozorovala a nebyla na ně upozorněna ani manželem. O sexualitě v těhotenství nebyla informována druhou osobou, ale edukovala se pomocí odborné literatury a časopisů. V období před otěhotněním udává četnost pohlavního styku průměrně 3x týdně, zatímco v graviditě k němu docházelo zhruba 3x měsíčně. Sebe samu hodnotí jako ne zrovna „fanatika v sexu“, ale v těhotenství se její žádostivost a libido ještě výrazně snížily. Partner však byl ohleduplný a iniciativu sexuálních aktivit nechával zcela na ženě.

Porod se z důvodu infekce, která se později prokázala ze vzorku odebrané placenty, rozběhl ve 33. týdnu gravidity, kdy ženě odtekla plodová voda. Ihned se nechala převézt do porodnice, kde ještě téhož dne porodila. Pravidelné kontrakce vnímala až poslední půl hodinu před tím, než se dcera narodila, jelikož to byl porod překotný. Partner byl u porodu přítomen, na této skutečnosti byli dohodnuti už od okamžiku, kdy zjistili, že je žena těhotná. I za tu krátkou dobu, co společně na porodním sále strávili, se snažil ženu psychicky podporovat, povzbuzoval ji při tlačení a otíral opocené obličej vlhkou žínkou. Jeho přítomnost vnímala velmi pozitivně. Protože to byl porod předčasný, byl při něm přítomen početný personál z novorozenecké JIP, což žena považovala za rušivý element. Dcera byla po základním ošetření neonatologem převezena na JIP a první hodiny po porodu tak žena cítila prázdnotu a obavy o zdraví dítěte. Partnerova bezprostřední reakce po porodu byla naprostý úžas a radost,

ale později také úzkost o zdraví dcery. Zároveň však projevoval partnerce vděčnost a něhu za porození jejich potomka. Žena v tu chvíli sebe samu neviděla v roli matky, tuto novou úlohu si dle svých slov začala uvědomovat až po příchodu domů.

Přibližně polovinu období šestinedělí žena s dcerou strávila na neonatologické JIP. Zpočátku ji znepokojovaly nedostatky v oblasti kojení. Pár týdnů trvalo, než si osvojila správnou techniku kojení, holčička navíc jako nedonošená měla mírné potíže s trávením. Tato skutečnost ženu velmi trápila, ale věřila ošetřujícímu personálu a ti jí dodali psychickou podporu a vhodně edukovali. Hormonální změny v šestinedělí byly ženě známé, jelikož se vzdělávala pomocí odborné literatury a navštěvovala internetové servery a diskuze ostatních maminek. Žádné změny na sobě nepocítovala, byla pouze unavená. O proměně života, která přijde s narozením miminka, nepřemýšlela, po čase však zaznamenala, že se vlastně udála, ale vše nastalo přirozeně a logicky. Od začátku se chápala jako žena-matka, ale i jako žena-partnerka. Partnerský vztah po narození dcery vnímá jako naplněný a věčné pouto dvou lidí. Manžel si přizpůsobil svůj pracovní režim tak, aby mohl ženě v prvních dvou týdnech co nejvíce pomáhat s péčí o dítě a o domácnost. Celé období šestinedělí se neslo ve znamení sexuálního půstu, neboť žena byla o tom poučena z literatury a časopisů. K prvnímu pohlavnímu styku došlo po více než šesti týdnech po porodu. Ze strany manžela se objevily obavy z toho, aby partnerce nějak neublížil nebo aby necítila bolest v místě šití porodního poranění (nástříhu). Po čase se však ujistili v tom, že žádné komplikace nenastaly a sexuální život se tak mohl pomalu vrátit do stavu před otěhotněním. Žena si v současné době neuvědomuje žádné rozdíly ve své sexuální žádostivosti a libidu oproti době před otěhotněním a cítí se dostatečně uspokojovaná.

Žena č. 5

Žena, 29 let, 8 let vdaná, v současné době pracuje jako finanční poradkyně, má 1 dceru 7,5 roku a 1 syna ve věku 3,5 roku. Vystudovala střední odbornou školu se sociálně-právním zaměřením. Posléze několik let pracovala jako sekretářka a v době první mateřské dovolené absolvovala kurz finančního poradenství, čemuž se věnuje dodnes. Jelikož žena rodila dvakrát a těhotenství i období šestinedělí prožívala odlišně, budou popisovány obě gravidity.

První sexuální zkušenosti začala získávat za doby studia na střední škole, přibližně ve věku šestnácti let. K prvnímu pohlavnímu styku došlo v devatenácti letech. Žena sex praktikovala s více partnery, ale od devatenácti let má jednoho stálého partnera, který je zároveň jejím manželem. Manželovi je 29 let. V minulosti podstoupila 2x umělé přerušování těhotenství, z toho 1x z genetické indikace. S tímto zážitkem se dodnes zcela nevyrovnala a v minulosti dokonce navštěvovala psychoterapeuta. Svůj vztah k sexu pokládá za kladný. Počáteční sexuální aktivity hodnotí jako neuspokojivé, ale postupem času a nabýváním zkušeností došlo ke zkvalitnění těchto činností a zejména prožitku. Jako velký klad udává fakt, že se přestala bát sdělit partnerovi, co se jí v sexu líbí.

Žena v obou případech otěhotněla plánovaně. Těhotenství probíhala po zdravotní stránce bez potíží. Při prvním těhotenství ji hodně zaměstnávaly svatební přípravy. U partnera očekávala pocity shodné s těmi jejími, a tak ji opak poněkud znepokojoval. Druhé těhotenství trávila z velké části v náročném pracovním tempu, necítila se nijak omezována a neměla tedy tolik prostoru na rozebírání vlastních pocitů a obav. O hormonálních změnách v těhotenství byla informována ošetřujícím gynekologem a porodní asistentkou, avšak i přesto byla překvapena svojí emoční labilitou a náladovostí v období prvního těhotenství. Cítila nedostatečně projevovaný zájem a pochopení ze strany manžela. Oproti tomu, během druhé gravidity se partner snažil pomáhat s péčí o domácnost a také se věnoval dceři. O vhodnosti sexuálního styku v těhotenství byla poučena ošetřujícím gynekologem. V této oblasti deficit nevnímala, naopak si sex během obou těhotenství velmi užívala. Frekvence pohlavního styku výrazně vzrostla, příkládá to i pocitu většího uvolnění, z důvodu vymizení obav z nežádoucího otěhotnění. Oba partneři se projevovali velmi žádostivě, muž uvítal manželčinu zvýšenou sexuální apetenci a libido. Ke konci těhotenství volili při pohlavním styku polohy s ohledem na rostoucí břicho ženy.

V obou případech rodila žena v době termínu porodu. Při prvním porodu odjela do porodnice za doprovodu manžela po odtoku plodové vody. Ve druhém těhotenství se pro odjezd do porodnice rozhodla kvůli zkracujícím se intervalům mezi děložními kontrakcemi. Při obou porodech se cítila klidná a vyrovnaná, věřila si, že vše zvládne a těšila se na miminka. Manžel ji pokaždé na porodní sál doprázel a snažil se jí být dle svých možností oporou. V období prvního těhotenství svoji přítomnost u porodu probíral se svými přáteli, kteří byli u porodu přítomni a doporučovali mu to. Před druhým očekávaným porodem nějakou dobu váhal, ale nakonec svolil a dělal jí společnost po celou dobu na porodním sále. Žena děložní kontrakce snášela dobře, řídila se zejména svým instinktem, ale také radami lékaře a porodní asistentky. Manžel jí byl na blízku, zůstal tichým společníkem, což jí vyhovovalo. Vnímala jeho dotyky a přítomnost. Role partnerky zůstala při porodu někde hluboko v podvědomí, soustředila se na to, že rodí a že brzy bude máma. Bezprostředně po porodu cítila úlevu, že to mají všichni za sebou, že to zvládla a to krásné miminko je její. Přesto, že vnímala jisté obavy, že se o dítě nedokáže postarat, zaplavil ji pocit neskutečného štěstí. Manžel byl po obou porodech dojatý, hrdý a ženě to projevoval tělesnými a slovními něžnostmi.

Období šestinedělí v obou případech žena po zdravotní stránce hodnotila jako bezproblémové. Drobné porodní poranění se rychle a bez komplikací zahojilo v průběhu šestinedělí. Po prvním porodu však vnímala výrazné emoční změny, cítila se náladová a podrážděná. O hormonálních změnách žen v období šestinedělí byla informována v dostatečném rozsahu, ale přesto docházelo k psychickým propadům. Změny nálady v hojně míře vycházely z chování partnera. Cítila a chovala se především jako matka a manžel tím psychicky strádal. Během tohoto období docházelo často k rozepřím mezi manžely. Muž nepřehodnotil svůj životní styl, jakým žil před příchodem potomka a volný čas trávil s přáteli. Žena v něm v tu chvíli neviděla partnera a oporu. Oproti tomu, po druhém porodu, se partner aktivně začlenil do chodu domácnosti, věnoval se starší dceři, pečoval o synka a k manželce se choval ohleduplně a tolerantně. Projevovat jí náklonnost. O sexuálních aktivitách v období šestinedělí byla žena informována lékaři při propuštění z porodnice. Tyto poznatky čerpala také z internetových zdrojů. V obou šestinedělích dodržela žena sexuální abstinenci a potíže jí to dle jejích slov nedělalo. Cítila se především jako matka a sexuální apetence byla snížena pod úroveň před otěhotněním. Obzvláště po druhém porodu se velmi pomalu navracela do role

partnerky-milenky. Po několika měsících však došlo k ustálení chodu nové rodiny a žena tak začala opět prožívat příjemné okamžiky sexuálních aktivit.

4.2 Zpracované rozhovory s porodními asistentkami

Porodní asistentka č. 1

Žena, 29 let, 14 měsíců vdaná, se v současné době intenzivně zabývá péčí o svého prvorozeného synka, kterému jsou 2 měsíce. Jako diplomovaná porodní asistentka pracovala zhruba tři roky. Poté žila dva roky v zahraničí, kde pracovala jako společnice a ošetřovatelka u tělesně handicapované ženy. Souběžně studovala vysokou školu v České republice, zaměřeni na masmédiu. Po návratu ze zahraničí jí už nebylo ze zdravotních důvodů doporučeno pracovat v nemocničním provozu. Od té doby, až do nástupu na pracovní neschopnost v těhotenství a mateřskou dovolenou, pracovala v městských lázních jako asistentka.

Počátek zahájení pohlavního života datuje ke svému šestnáctému roku. První pohlavní styk měla se svým tehdejším přítelem, který byl o několik let starší. Po několika měsících navázala vztah s novým partnerem, se kterým žila sedm let. Dále byla několik let bez partnera, do té doby, než se seznámila se svým nynějším manželem. Svůj vztah k sexu hodnotí ryze kladně, sama sebe vidí jako ženu náruživou a otevřenou novým zážitkům. Domnívá se, že pokud lze kvalitu sexu poměřit mírou dosahování orgasmu, tak ho prožívala v 90% velmi hodnotně. V minulosti ji často trápily mykotické vaginózy a v roce 2008 prodělala zákrok na děložním hrdle.

Své plánované těhotenství subjektivně hodnotí jako bezproblémové. Z objektivního pohledu jí byla v graviditě zjištěna hypothyreóza a anémie, což si vyžádalo medikamentózní substituci. Po celou dobu byla aktivní, věnovala se sportu a všem oblíbeným aktivitám jako před otěhotněním. Za stresující moment považovala vybírání vhodného kočárku a dětské výbavičky. Pro rozdílné názory lidí z jejího okolí se přechodně začala podceňovat, hodnotila se jako „neschopná“ nastávající matka, která nemá základní znalosti a zkušenosti, aby se o dítě dokázala postarat. Od 5. měsíce gravidity byla v pracovní neschopnosti a to výrazně přispělo k navrácení psychické pohody. Jelikož si v současné době doplňuje vzdělání na vysoké škole, soustředila se na školu a povinnosti s tím související. Průběh těhotenství brala jako přirozený vývoj života a cítila se spokojená. Jako porodní asistentka byla dostatečně

edukovaná o hormonálních změnách ženy v těhotenství. Taktéž měla ucelené znalosti o sexuálním životě v graviditě. Manžel je gynekolog a proto byli oba partneři dokonale obeznámeni s problematikou sexu v těhotenství. Jelikož neměla žádné zdravotní potíže, věnovali se mu asi 1x týdně, přičemž před otěhotněním byla frekvence pohlavního styku 2x týdně. Pouze s ohledem na rostoucí těhotné břicho měnili polohy. Od 20. týdne gravidity pozorovala výrazné zvýšení libida, nesrovnatelné se stavem před těhotenstvím. V manželově sexuální apetenci nepozorovala větší změnu, ale byl ohleduplnější a něžnější. Cítila se jako milovaná a hýčkaná žena.

Respondentka rodila plánovaným císařským řezem v termínu porodu. Porod proběhl v porodnici, kde dříve pracovala a kde je stále zaměstnán manžel. Z toho důvodu se při příjmu cítila vyrovnaná, žádné možné komplikace si nepřipouštěla. Pobyt tam vnímala jako v „domácím“ prostředí, kde každého znala a tamním zaměstnancům proto důvěřovala. Manžel jako odborník byl přítomen samozřejmě i na operačním sále a bylo to tak dané od začátku. Byl ženě velkou oporou. Přesto na něm pozorovala známky obav a nervozity, i když se snažil nedat je najevo. Při operaci byla zvolena spinální anestézie, proto nepřišla o první okamžiky po narození jejich potomka. K prvnímu kontaktu se synem došlo ještě na operačním sále. Své pocity bezprostředně po porodu popisuje jako neuvěřitelný pocit štěstí, radosti, lásky. Neuvěřitelnost toho, že se stala matkou. Dokonce se objevily i slzy dojetí a to sama sebe popisuje jako člověka, který nikdy nepláče a neumí dát na odiv své emocionální rozpoložení. Manžel byl velmi dojatý a neskrýval radost a obdiv ke své manželce a synovi.

První dny po porodu došlo ke komplikaci ve formě krvácení do břišní dutiny. Tento urgentní stav si vyžádal reoperaci, kterou prováděl manžel. (!) Po operaci byly ženě opakovaně podávány krevní transfúze. Cítila se unavená, nehezká, fyzicky vyčerpaná. Chvilé beznaděje a bolesti se střídaly s pocitem naprostého štěstí a životní síly v okamžiku, kdy dětské sestry donesly dítě. Zpětně to hodnotí jako příliv nové energie, jako posun k lepšímu životu. Domnívá se, že právě kvůli zmíněným komplikacím došlo k prohloubení a upevnění jejich partnerského vztahu.

Po týdně hospitalizace byla společně s miminkem propuštěna. V šestinedělí nepocítovala větší emocionální převraty, netrpěla plačtivostí. Společně s manželem se snažili zharmonizovat dosavadní běžné životní rituály, s ohledem na nového člena rodiny. Objevily se i chvíle s trochou napětí a nervozity, ale žena věří, že vše zvládla v pohodě a klidu. Syna stále kojí a v této oblasti se potíže nevyskytly. Stále přemýšlí o proměně svého života, novou

roli matky si začíná uvědomovat postupně. Mateřství popisuje jako novou, krásnou životní dimenzi. Cítí soulad jak v roli mateřské, tak v roli partnerky, ale za hlavní v současné době považuje tu mateřskou.

Manžel se pokusil změnit svůj náročný pracovní režim a aktivně se zapojuje do péče o dítě. O sexualitě v šestinedělí byla podrobně informována manželem a pochopitelně i její profesní znalosti nebyly zanedbatelné. K pohlavnímu styku došlo až po období šestinedělí, obavy nebyly ani u jednoho z partnerů. Své libido po porodu popisuje jako velmi snížené pod úroveň stavu před otěhotněním. Dodává, že to nemá reálný podklad a pevně věří, že se situace vrátí k normálu. Ze strany partnera změnu nepřipouští, jeho projevy nejsou odlišné.

Porodní asistentka č. 2

Žena, 37 let, rozvedená, v současné době na mateřské dovolené, 1. dcera ve věku 13 let, 2. dcera věk 1,5 roku. Jako porodní asistentka začala pracovat po ukončeném pomaturitním studiu v roce 1993. Od roku 1997 byla 4 roky na mateřské dovolené po narození starší dcery. Do zaměstnání se vrátila po 4 letech rodičovské dovolené. Ve druhém těhotenství nastoupila přibližně v 16. týdnu na pracovní neschopnost a posléze na mateřskou dovolenou, která trvá doposud. Právě dokončuje bakalářské studium obor porodní asistentka.

První debaty o sexualitě si vybavuje asi ve věku třinácti let. Zpětně shledává nedostatky v oblasti informovanosti o sexualitě tehdejší mládeže. Tyto znalosti si předávali mezi sebou vrstevníci, nebylo totiž běžné setkat se s odbornou literaturou. Součástí školní výuky byla rodinná výchova, kde byla sexualita zmiňována pouze okrajově. Nebylo příliš běžné, aby o těchto věcech s dospívajícími hovořili jejich rodiče.

Sexuálních partnerů měla několik. Svůj vztah k sexu hodnotí veskrze pozitivně, baví ji a věnuje se mu ráda. Ohledně dosahované kvality sexu dodává, že záleží na partnerovi. Ale obecně byla vždy s kvalitou sexuálních styků před otěhotněním velmi spokojena.

Pravidelně dochází na kontroly ke gynekologovi, do specializované poradny pro chorobné hrdlo děložní. V roce 2007 podstoupila odběr biopsie z děložního hrdla.

Respondentka byla těhotná dvakrát, ale na začátku rozhovoru jsme se dohodly, že budeme hovořit převážně o těhotenství druhém, jelikož proběhlo před nedávnou dobou a vše si tak lépe pamatuje.

Své těhotenství hodnotila jako bezproblémové až do 31. týdne. Poté byla u plodu při ultrazvukovém vyšetření diagnostikována ovariální cysta. To s sebou samozřejmě přineslo velké emocionální vypětí a obavy o zdraví dítěte. Byla dostatečně informována o změně psychiky u těhotných žen, ale přesto byla zaskočena intenzitou prožívání všech emocí. O sexualitě v těhotenství byla informována ošetřujícím lékařem, dále ji edukovaly kolegyně-porodní asistentky a čerpala také z časopisů. Převážně se však řídila vlastními pocity a instinktem. V prvním trimestru popisovala omezení sexuálních aktivit, později se frekvence opět zvýšila. V těhotenství pozorovala nárůst libida a sexuální apetence. Obavy ze strany partnera se objevovaly z počátku gravidity. Ale po společné diskuzi si ujasnili, že při fyziologickém průběhu těhotenství dítěti žádné nebezpečí při pohlavním styku nehrozí.

Porod proběhl ve 39. týdnu gravidity a od začátku pravidelných kontrakcí trval přibližně 4 hodiny. Ve chvíli, kdy se objevily pravidelné bolesti, byla žena v telefonickém spojení s porodní asistentkou-kolegyní ze zaměstnání. Ve chvíli, kdy začala odtékat plodová voda, se rozhodla vyrazit do porodnice. Partner ji doprovázel. Převoz do porodnice hodnotí jako nejhorší část porodu, kvůli tomu, že byla pohybově omezena při děložních stazích. Po příchodu na porodní sál do 1 hodiny porodila. Partner byl porodu přítomen, ale do poslední chvíle měl pochybnosti, zda dokáže být partnerce oporou. Žena ho nenutila a dala mu možnost samostatné volby. Nakonec se rozhodl zůstat a dodával ženě odvalu a velmi ji povzbuzoval. Pocity během porodu respondentka přirovnává stavu, kdy danou situaci nemohla ničím ovlivnit a vlastně ani nechtěla. Nechala tento děj plynout a nesmírně se těšila, až to bude mít za sebou a hlavně na narození holčičky. Roli matky si bezprostředně po porodu nepřipouštěla, to až později, postupem času. Sama po porodu pociťovala úlevu, radost a štěstí. Překvapením pro ni byla reakce partnera po narození miminka, který byl velmi dojatý a ohromený celým zážitkem. Žena si zpětně uvědomila, že společně prožitý porod jejich, už tak velmi blízký, vztah ještě více upevnil.

Období šestinedělí žena hodnotí jako hormonální bouři. Cítila se velmi labilní, plačtivá, náladová. Několikrát téměř došlo k slovnímu konfliktu s partnerem, který však její citové výkyvy respektoval a s přehledem taktně přehlížel. Za jeho péči a nadhled je mu dodnes vděčná. O možnosti psychických změn v období šestinedělí byla dostatečně informována, ale přesto byla svými pocity opakovaně zaskočená. Partner se velmi rychle vpravil do péče o dítě a byl tak ženě velkým pomocníkem a oporou. Tuto skutečnost hodnotí jako úplný stav štěstí, kdy už nic nechybí. O vhodném načasování pohlavního styku po porodu byla poučena lékařem při propuštění z porodnice a pochopitelně jí tato skutečnost byla známá i jako porodní asistentce. Sama sebe hodnotí v některých ohledech jako konzervativní, a proto dodržela doporučovanou dobu sexuální abstinence a k pohlavnímu styku došlo až po šesti týdnech po porodu. Porodní poranění žádné neměla a tudíž se neobávala žádných komplikací při sexu. Partner obavy také nepociťoval. Žena svoji nynější sexualitu hodnotí jako porodem nezměněnou.

Porodní asistentka č. 3

Žena, 29 let, vdaná 2 roky, v současné době na mateřské dovolené s dvouletou dcerou. Jako diplomovaná porodní asistentka pracovala od roku 2003, až do nástupu na pracovní neschopnost v těhotenství a následně na mateřskou dovolenou. Před otěhotněním absolvovala bakalářské studium obor porodní asistentka.

První zkušenosti sexuálního styku si vybavuje přibližně v šestnácti letech. Zatím tyto aktivity provozovala s jedním partnerem, svým současným manželem, který je o 5 let starší. Sex vyznává jako velmi příjemnou součást partnerského života. Jeho kvalitu před otěhotněním hodnotí jako výbornou.

Těhotenství bylo plánované a v podstatě od začátku považované za rizikové. Provázel ho časté zvracení, nauzea, několik týdnů před porodem bolesti v podbřišku. Tyto potíže byly důvodem snížené frekvence pohlavního styku, obavy o osud dítěte měli oba partneři. Ke snížení sexuální apetence nebo libida však ani u jednoho z partnerů nedošlo. Po nějaké době přetrvávajících bolestí v podbřišku byla ženě ošetřujícím gynekologem doporučena sexuální abstinence. Ani to však nebylo dostačující, a tak byla ve 32. týdnu gravidity přijata k hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství. Samozřejmě měla velké obavy o zdraví dítěte v případě předčasného porodu. Přes zavedenou medikaci se porod ve 33. týdnu rozběhl.

Porod trval 7 hodin, žena vnímala pouze slabé bolesti v podbřišku a sakralgie. Manžel byl u porodu přítomen, v těhotenství to společně probírali a dohodli se tak. Oba měli velké obavy o dítě, jelikož se mělo narodit o 7 týdnů dříve. V průběhu porodu žena nevnímala nic jiného kromě myšlenek na budoucnost s miminkem, ale věřila, že to všichni společně zvládnou. Partnera velmi ocenila za jeho přístup při porodu, kdy se projevoval naprosto oddaně a empaticky, jeho přítomnost a dotyky vnímala pozitivně. Holčička se po narození dobře zadaptovala, ale vzhledem ke své nezralosti byla bezprostředně po základním ošetření na porodním sále odvezena na novozenecký JIP. Z toho důvodu nedošlo k bližšímu kontaktu matky s dítětem po porodu, což žena velmi těžce nesla. Partner byl bezprostředně po porodu šťastný a dojatý, ale tyto dojmy brzy vystřídaly obavy o dcerku. Respondentka tuto životní situaci hodnotí jako další z momentů, kdy se upevnil jejich partnerský vztah a ujistila se v tom, že jí manžel dokáže být kdykoliv oporou.

Období šestinedělí hodnotí jako nabité emocemi, jelikož byla s dcerou 1 měsíc hospitalizována na oddělení novorozeneckého JIPu. Byla hodně plačtivá, ale domnívá se, že doma by hormonální propady po porodu snášela lépe. Při pobytu v nemocnici měla potíže s kojením, ale po příchodu do laskavého domácího prostředí došlo ke zharmonizování jejich denního režimu a kojí dodnes. O působení hormonálních změn v šestinedělí byla poučena gynekologem a tento fakt počítala mezi základní znalosti porodní asistentky, avšak vlastní zkušenost je naprosto nepřenositelná a překvapující. Narození dcerky značně změnilo životní rytmus obou partnerů, některé zvyklosti musely jít stranou, ale společný život nové rodiny hodnotí žena jako obohacený a naplněný. Manžel byl dle jejího názoru stoprocentní oporou v těch nejtěžších chvílích, kdy na ženu dolehl poporodní splín. Každý den za rodinou jezdil do nemocnice a aktivně se zapojoval do péče o dítě. O vhodném načasování prvního pohlavního styku po porodu, byla dostatečně informována z dob studia, od ošetřujících porodních asistentek a čerpala i z odborné literatury. Po zahájení sexuálních aktivit po porodu nepocítovala žádné změny v apetenci, ani libida. Ona ani partner neměli obavy z možných komplikací v místě porodního poranění.

Porodní asistentka č. 4

Žena, 31 let, 2 roky vdaná, v současné době na mateřské dovolené s 10-ti měsíční dcerou. Vzdělání získala na Vyšší zdravotnické škole, obor porodní asistentka a poté absolvovala bakalářské studium, obor ošetrovatelství. Jako porodní asistentka nastoupila do zaměstnání v roce 2004, kde setrvala až do nástupu na mateřskou dovolenou.

Odlišnosti mezi mužem a ženou a jakési povědomí o lidské sexualitě začala získávat přibližně ve dvanácti letech. Prostor pro naplňování dětských fantazií dostala na dětském táboře, kde byla poprvé políbena chlapcem. K prvnímu pohlavnímu styku došlo v sedmnácti letech. Doposud sexuální aktivity provozovala se dvěma partnery. Druhý z nich je její současný manžel, který je o 6 měsíců starší. Sex ve svém životě nepovažuje za prioritu, ale jeho kvalitu před otěhotněním hodnotí jako výbornou. V minulosti prodělala evakuaci dutiny děložní pro zamklý potrat.

Těhotenství bylo plánované, ale snažili se těhotnění brát s nadhledem a nechávali tomu s manželem volný průběh, bez projevování zbytečných emocí. Gravidita probíhala fyziologicky, pouze v I. trimestru žena pociťovala občasnou nevolnost. Ve II. trimestru prodělala virózu a užívala antibiotika, což prožívala emotivně. Na miminko se velmi těšila, zároveň se však obávala o jeho zdraví. Tyto obavy byly způsobeny profesními zkušenostmi a zážitky ze zaměstnání. O hormonálních změnách v těhotenství se cítila velmi dobře informována. Čerpala ze svých vlastních znalostí, nebo ze zkušeností v minulosti již rodících kamarádek. Psychicky se cítila zcela vyrovnaná a spokojená. O pohlavních aktivitách v těhotenství byla poučena ošetřujícím gynekologem, dalším zdrojem byla odborná literatura a také vlastní profesní znalosti. Oproti stavu před otěhotněním uvádí zhruba třetinovou frekvenci pohlavních styků v průběhu gravidity. Na začátku těhotenství byla sexuálně žádostivější a úměrně s rostoucím bříškem chuti na pohlavní styk ubývalo. Intenzivně však vyhledávala fyzický kontakt s manželem, převážně ve formě mazlení a hlazení. Manžel své pocity vnímal shodně s ženou a ve chvíli, kdy už měla viditelné břicho, se u něj začaly objevovat obavy, zda nemůže dítěti pohlavní styk nějak uškodit.

Žena rodila v termínu. Porod začal odtokem plodové vody. V té době byla na chalupě a cesta do porodnice, kam ji vezl manžel, trvala asi 40 minut. Jelikož nevnímala pohyby plodu, velmi se obávala ohrožení života dítěte. Při příchodu na porodní sál byla vyšetřena a pomocí monitoru také ozvy plodu. V té chvíli pociťovala velkou úlevu a dojetí. Porod trval 5,5

hodiny, žena jej hodnotí jako velmi klidný. A to zejména díky klidnému prostředí a vlivu ošetřující porodní asistentky. Manžel ženě asistoval po celou dobu pobytu na porodním sále. V průběhu těhotenství o jeho přítomnosti diskutovali, přičemž manželka nechala rozhodnutí zcela na něm. Rozhodl se pro a aktivně ženě pomáhal. Byl jí vydatnou psychickou podporou, povzbuzoval ji. Vnímala částečně i jeho obavy, aby vše bylo v pořádku, ale snažil se je nedávat najevo. Ve II. době porodní se u ženy dostavily pocity obav, zda porod zvládne, ale motivovala ji radost, že už je konec v dohlednu a že se setkají s dcerou. Bezprostředně po porodu žena cítila radost, úlevu, ale také vyčerpání a slabost. Ale již od první chvíle, kdy spatřila dceru, byla hrdá na skutečnost, že je matka a že je dcera tak krásná. Více si svou novou roli uvědomila po odpočinku a dále v průběhu několika následujících týdnů po porodu. Manžel byl po porodu velmi šťastný a jako pyšný otec si dceru hned po narození pochoval.

První 2 týdny po porodu žena hodnotí jako velmi náročné. Dcera byla spavá a tak ke kojení docházelo ve větších časových intervalech. Z toho důvodu měla žena přechodně bolestivější prsy, než zjistila, jak správně mateřské mléko odšťikávat. Dále se v místě nástřihu při porodu objevila mírná dehiscence, která však nevyžadovala chirurgické ošetření, ale zvýšenou hygienickou péči a léčivé obklady s bylinkami. Žena se cítila vyčerpaná a obávala se, zda péči o dceru zvládne. Pociťovala nedostatek volného času sama pro sebe. O hormonálních změnách v období po porodu byla velmi dobře informována od kamarádek i na základě svých profesních znalostí, ale jak sama říká, vlastní prožitek je naprosto odlišný. Denní režim se změnil a většina jejích činností se týkala dítěte. Role matky převládala nad rolí partnerky. Změnu zaznamenala asi tři měsíce po porodu, kdy začala opět vnímat soulad mezi rolí matky a milenky. Má dojem, že manžela po sexuální stránce zanedbávala, avšak ten byl velmi tolerantní a snažil se jí pomáhat s péčí o dceru i o domácnost. 14 dní po porodu byl se ženou doma. O pohlavním styku v období šestinedělí byla poučena lékařem v porodnici a také tyto informace získala čtením odborné literatury. Sexuální touhu a libido po porodu hodnotí jako sníženou oproti stavu před otěhotněním i před porodem. K návratu sexuální apetence a libida došlo přibližně 3 měsíce po porodu. Ani jeden z partnerů neměl obavy z pohlavního styku. Porodní poranění se zcela zahojilo a v současné době žena svoji sexualitu považuje za plnohodnotnou.

Porodní asistentka č. 5

Žena, 43 let, 21 let vdaná, 1 dcera 20 let. Po pomaturitním studiu oboru porodní asistentka v roce 1989 nastoupila do zaměstnání. V oboru gynekologie a porodnictví pracuje po celou dobu, pouze s tříletou přestávkou mateřské dovolené.

K prvnímu pohlavnímu styku u ženy došlo v 18-ti letech. V období před touto zkušeností žádné sexuální aktivity nepraktikovala. Sexuálních partnerů měla více, blíže však tuto otázku nechce rozebírat. Považuje se za ženu velmi náruživou a za velký nedostatek svého manželství považuje markantní rozdíl mezi svou a manželovou sexuální apetencí. V minulosti prodělala miniinterrupci a konizaci děložního hrdla.

Otěhotněla neplánovaně, ale se současným manželem, se kterým měla dlouhodobý vztah. Průběh těhotenství hodnotí jako rizikový, v podstatě celou graviditu byla sužována silnou nevolností a častým zvracením. Zhruba v polovině těhotenství byla z tohoto důvodu hospitalizována na porodnickém oddělení a léčena pomocí infúzní terapie. Po psychické stránce se cítila vyčerpaná a obávala se o zdraví svoje i zdraví dítěte. O hormonálních změnách v těhotenství měla dostatek informací z doby studia a také od starších kolegyně-porodních asistentek. Příliš se nevěnovala pocitům partnera, neboť ji plně zaměstnával problematický průběh těhotenství. K sexuálnímu styku v graviditě v podstatě nedocházelo vzhledem k fyzickým obtížím ženy a také si přišla nehezká a oteklá. Jelikož je manžel uzavřené povahy, svoje vzájemné pocity spolu nesdíleli.

Žena rodila oproti současné době v odlišných podmínkách a tehdy nebylo zvykem, že by partner doprovázel rodičku na porodní sál. Rodila v termínu a v místě vlastního pracoviště, proto jí prostředí přišlo poměrně přívětivé. Porod žena vnímala jako komplikovaný a trval přibližně 12 hodin. Zdál se jí nekonečný a nepřála si nic jiného, než aby bolesti ustoupily a narodilo se jí zdravé dítě. Při porodu byl proveden nástřih, ale vzhledem k anatomickým dispozicím ženy došlo ke komplikovanému porodnímu poranění, které bylo ošetřeno v celkové anestézii. Bezprostředně po porodu cítila úlevu a nemohla uvěřit, že se právě stala matkou. Manžel se o narození dcery dozvěděl až s několikahodinovým zpožděním.

Průběh šestinedělí žena vnímala jako klidný. Věnovala se péči o dceru, pečlivě si ošetřovala porodní poranění, které se dobře hojilo. Po příchodu domů z porodnice jí několik

dní pomáhala maminka a také manžel, který si vzal dovolenou ze zaměstnání. Psychicky se cítila velmi dobře, zejména ve srovnání s náročným průběhem těhotenství a porodu. Postupem času se opět začala cítit jako žena a snažila se manželovi vynahradit nedostatek zájmu, který mu projevovala v těhotenství. O hormonálních změnách po porodu byla dostatečně poučena na základě svých profesních znalostí. O sexualitě v šestinedělí byla informována z odborné literatury a také z vědomostí získaných při studiu. V tomto období dodržela pohlavní abstinenci. K prvnímu pohlavnímu styku došlo po ukončeném šestinedělí a žena měla obavy z bolesti v místě porodního poranění. Vzhledem k těmto obavám se při několika prvních sexuálních aktivit nedokázala zcela uvolnit a neprožívala je proto tak, jak byla zvyklá v období před otěhotněním. Až po několika týdnech došlo k částečnému návratu libida. V současné době žena hodnotí kvalitu svého sexuálního života jako výbornou.

4.3 Kategorizace dat v tabulkách a grafech

Osobní údaje respondentek¹

	Tab.1: Osobní údaje nezdravotnický vzdělané ženy (NVŽ)				
	NVŽ_1	NVŽ_2	NVŽ_3	NVŽ_4	NVŽ_5
věk	28	31	29	28	29
vzdělání (Z, SŠ, VŠ)	Středoškolské vzdělání	Středoškolské vzdělání	Středoškolské vzdělání	Středoškolské vzdělání	Středoškolské vzdělání
rodinný stav (S,V,R)	Vdaná	Svobodná	Vdaná	Vdaná	Vdaná
počet dětí	1	1	1	1	2
celkový počet těhotenství	2	1	1	1	4

Věk žen bez zdravotnického vzdělání je v rozmezí od 28-31 let. NVZ1, NVZ4 jsou ve věku 28 let, NVZ3, NVZ5 29 let a NVZ2 ve věku 31 let. Středoškolsky vzdělané jsou NVZ1, NVZ2, NVZ3, NVZ4, NVZ5. Vdané jsou NVZ1, NVZ3, NVZ4 a NVZ5. Svobodná je NVZ2. 1 dítě má NVZ1, NVZ2, NVZ3, NVZ4 a 2 děti NVZ5. 2x těhotná byla NVZ1, 1x těhotné byly NVZ2, NVZ3, NVZ4 a 4x NVZ5.

	Tab.2: Osobní údaje porodní asistentky (PA)				
	PA_1	PA_2	PA_3	PA_4	PA_5
věk	29	37	29	31	43
vzdělání (Z, SŠ, VŠ)	Vysokoškolské vzdělání	Středoškolské vzdělání	Vysokoškolské vzdělání	Vysokoškolské vzdělání	Středoškolské vzdělání
rodinný stav (S,V,R)	Vdaná	Rozvedená	Vdaná	Vdaná	Vdaná
počet dětí	1	2	1	1	1
celkový počet těhotenství	1	2	1	2	2

Věk porodních asistentek je v rozmezí od 29-43 let. PA1 a PA3 jsou ve věku 29 let, PA4 ve věku 31 let, PA2 ve věku 37 let a PA5 ve věku 43 let. Středoškolsky vzdělané jsou PA2 a PA5, vysokoškolsky vzdělané jsou PA1, PA3 a PA4. Vdané jsou PA1, PA3, PA4, PA5. Rozvedená je PA2. 1 dítě má PA1, PA3, PA4, PA5 a 2 děti má PA2. 1x těhotná byla PA1, PA3, 2x těhotná byla PA2, PA4, PA5.

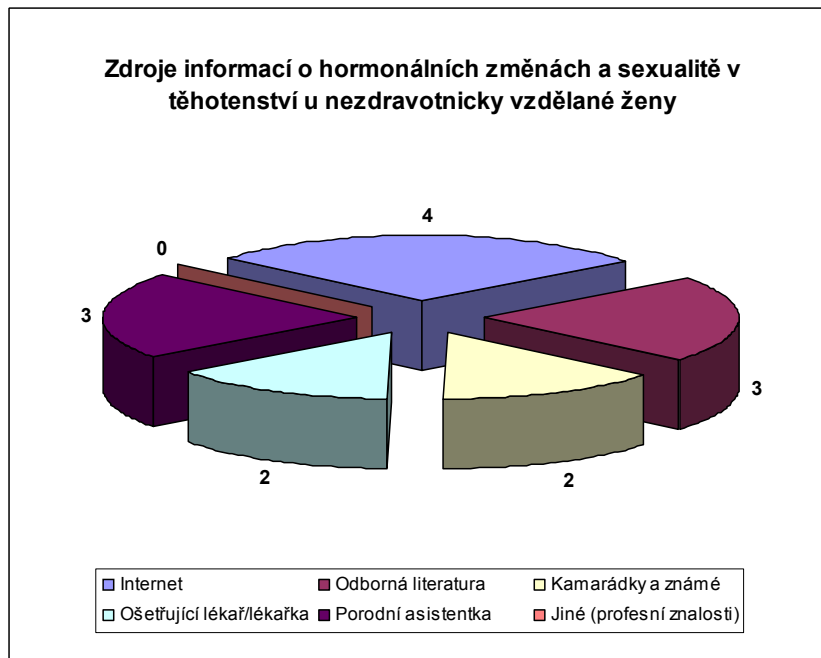
¹ Ve výzkumné části bakalářské práce je slovní obrat „žena bez zdravotnického vzdělání“ dále změněn na „nezdravotnický vzdělaná žena- NVZ“

Zdroje informací o hormonálních změnách a sexualitě v těhotenství

	Tab:3.: Zdroje informací o hormonálních změnách a sexualitě v těhotenství u nezdravotnický vzdělané ženy (NVŽ)					
	NVŽ_1	NVŽ_2	NVŽ_3	NVŽ_4	NVŽ_5	Celkem
Internet	1	1	1	1		4
Odborná literatura	1	1		1		3
Kamarádky a známé	1	1				2
Ošetřující lékař/lékařka			1		1	2
Porodní asistentka	1		1		1	3
Jiné (profesní znalosti)						0

Informace z internetu čerpala NVZ1, NVZ2, NVZ3, NVZ4. Odbornou literaturu četla NVZ1, NVZ2, NVZ4. Od kamarádek a známých fakta získala NVZ1, NVZ2. Ošetřujícím lékařem byla poučena NVZ3, NVZ5. Porodní asistentka edukovala NVZ1, NVZ3, NVZ 5. Z jiných zdrojů nečerpala ani jedna respondentka.

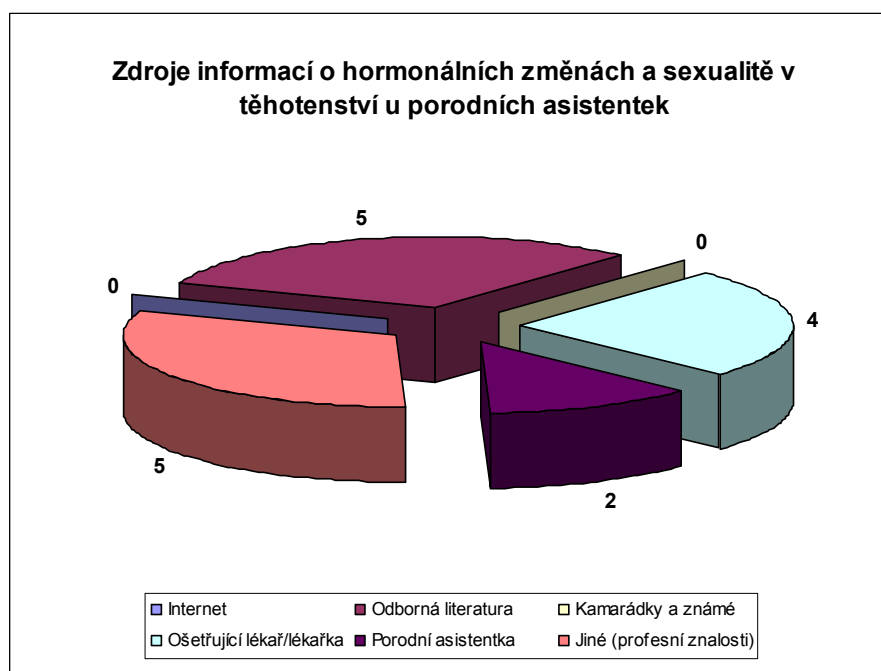
Graf 1



	Tab.4: Zdroje informací o hormonálních změnách a sexualitě v těhotenství u porodních asistentek (PA)					
	PA_1	PA_2	PA_3	PA_4	PA_5	Celkem
Internet						0
Odborná literatura	1	1	1	1	1	5
Kamarádky a známé						0
Ošetřující lékař/lékařka	1	1	1	1		4
Porodní asistentka		1			1	2
Jiné (profesní znalosti)	1	1	1	1	1	5

Z internetu nečerpala ani jedna respondentka. Odbornou literaturu využila PA1, PA2, PA3, PA4, PA5. Od kamarádek fakta nezjišťovala ani jedna porodní asistentka. Ošetřujícím lékařem byla edukována PA1, PA2, PA3, PA4. Porodní asistentka informovala PA2, PA5. Z profesních znalostí čerpala PA1, PA2, PA3, PA4, PA5.

Graf 2

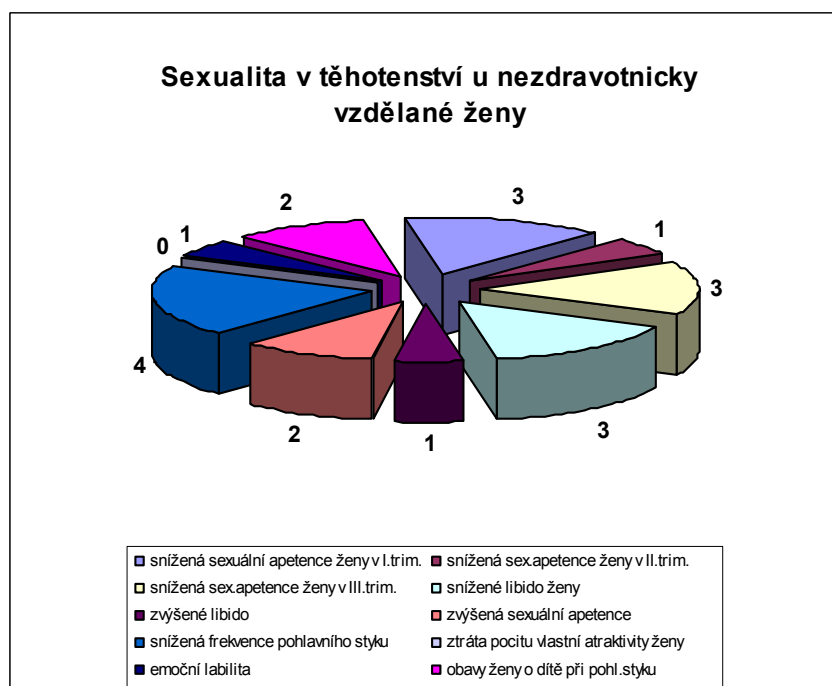


Sexualita v těhotenství

	Tabulka 5. Sexualita v těhotenství u nezdravotnický vzdělané ženy (NVŽ)					
	NVŽ_1	NVŽ_2	NVŽ_3	NVŽ_4	NVŽ_5	Celkem
snížená sexuální apetence ženy v I.trim.	1	1		1		3
snížená sex.apetence ženy v II.trim.				1		1
snížená sex.apetence ženy v III.trim.		1	1	1		3
snížené libido ženy		1	1	1		3
zvýšené libido					1	1
zvýšená sexuální apetence		1			1	2
snížená frekvence pohlavního styku	1	1	1	1		4
ztráta pocitu vlastní atraktivity ženy						0
emoční labilita					1	1
obavy ženy o dítě při pohl.styku		1	1			2

Sníženou sexuální apetenci v I.trimestru uvádí NVZ1, NVZ2, NVZ4. Sníženou sexuální apetenci ve II.trimestru uvádí NVZ4. Sníženou sexuální apetenci ve III.trimestru měla NVZ2, NVZ3, NVZ4. Ke snížení libida došlo u NVZ2, NVZ3, NVZ4. Zvýšené libido měla NVZ5. Snížená frekvence pohlavního styku se objevila u NVZ1, NVZ2, NVZ3, NVZ4. Ztrátu pocitu atraktivity neuvedla ani jedna respondentka. Emočně labilní byla NVZ5. Obavy o dítě při pohlavním styku měla NVZ2, NVZ3.

Graf 3



	Tabulka 6. Sexualita v těhotenství u porodní asistentky (PA)					
	PA_1	PA_2	PA_3	PA_4	PA_5	Celkem
snížená sexuální apetence ženy v I.trim.		1	1		1	3
snížená sex.apetence ženy v II.trim.				1	1	2
snížená sex.apetence ženy v III.trim.				1	1	2
snížené libido ženy					1	1
zvýšené libido	1	1				2
zvýšená sexuální apetence	1	1			1	3
snížená frekvence pohlavního styku	1		1	1	1	4
ztráta pocitu vlastní atraktivity ženy					1	1
emoční labilita		1				1
obavy ženy o dítě při pohl.styku			1	1		2

Sníženou sexuální apetenci v I.trimestru měla PA2, PA3, PA5. Sníženou sexuální apetenci v II.trimestru měla PA4, PA5. Sníženou sexuální apetenci ve III.trimestru měla PA4, PA5. Snížené libido uvedla PA5. Zvýšené libido uvedla PA1, PA2. Zvýšenou sexuální apetenci měla PA1, PA2. Ke snížení frekvence pohlavního styku došlo u PA1, PA3, PA4, PA5. Ke ztrátě pocitu atraktivity došlo u PA5. Emočně labilní byla PA2. Obavy o dítě při pohlavním styku měla PA3, PA4.

Graf 4

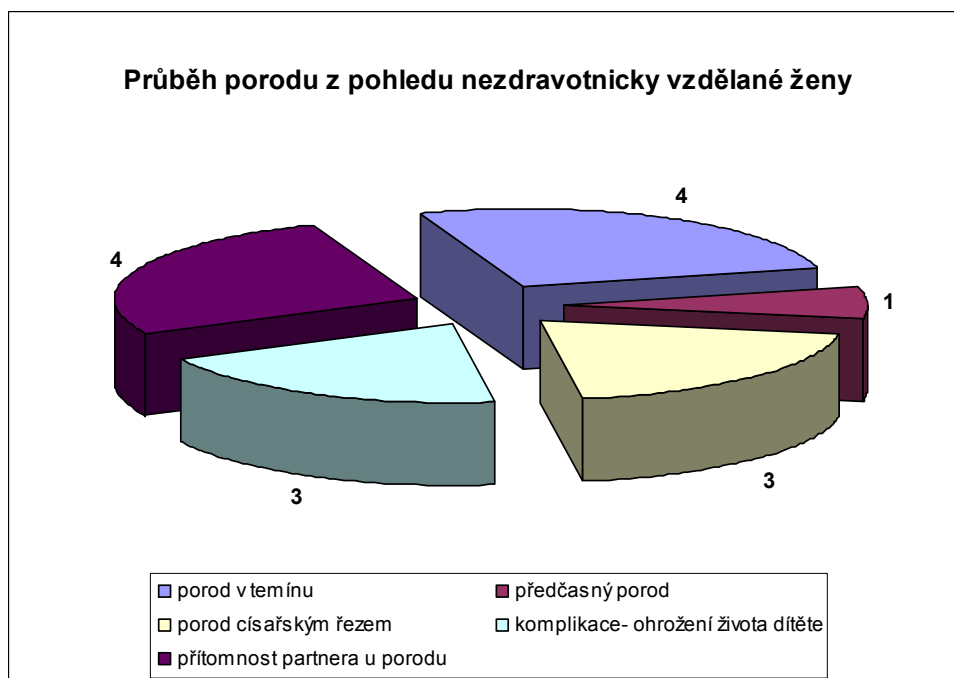


Průběh porodu

	Tabulka 7. Průběh porodu z pohledu nezdravotnický vzdělané ženy (NVŽ)					
	NVŽ_1	NVŽ_2	NVŽ_3	NVŽ_4	NVŽ_5	Celkem
porod v termínu	1	1	1		1	4
předčasný porod				1		1
porod císařským řezem	1	1	1			3
komplikace- ohrožení života dítěte	1		1	1		3
přítomnost partnera u porodu	1		1	1	1	4

V termínu rodila NVZ1, NVZ2, NVZ3, NVZ5. Předčasný porod uvádí NVZ4. Císařský řez uvádí NVZ1, NVZ2, NVZ3. K ohrožení dítěte při porodu došlo u NVZ1, NVZ3, NVZ4. Partnera u porodu měla NVZ1, NVZ3, NVZ4, NVZ5.

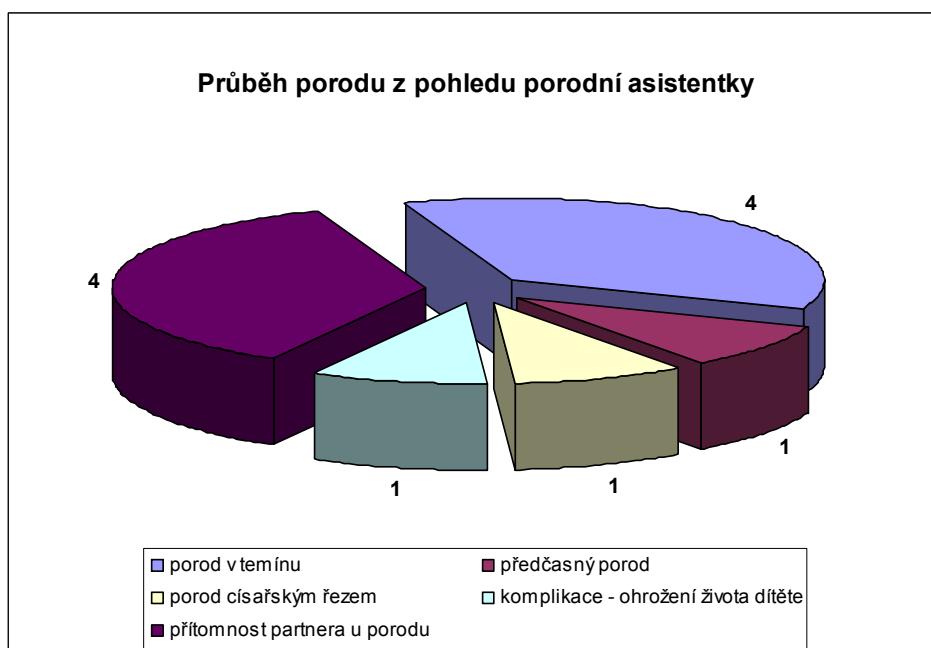
Graf 5



	Tabulka 8. Průběh porodu z pohledu porodní asistentky (PA)					
	PA_1	PA_2	PA_3	PA_4	PA_5	Celkem
porod v termínu	1	1		1	1	4
předčasný porod			1			1
porod císařským řezem	1					1
komplikace - ohrožení života dítěte			1			1
přítomnost partnera u porodu	1	1	1	1		4

V termínu rodila PA1, PA2, PA4, PA5. Předčasně porodila PA3. Císařským řezem rodila PA1. K ohrožení dítěte při porodu došlo u PA3. Partnera u porodu uvádí PA1, PA2, PA3, PA4.

Graf 6

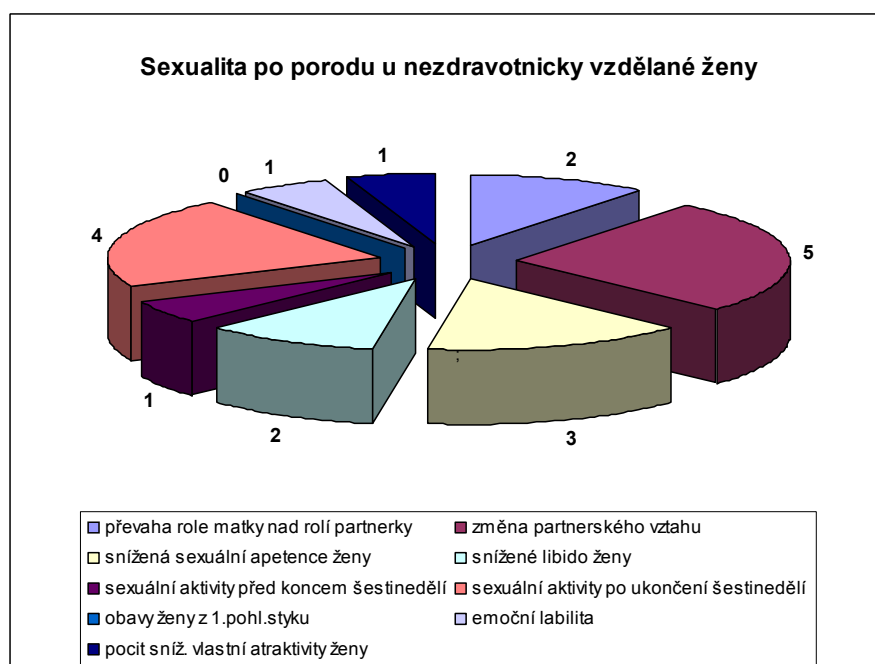


Sexualita po porodu

	Tabulka 9. Sexualita po porodu u nezdravotnický vzdělané ženy (NVŽ)					
	NVŽ_1	NVŽ_2	NVŽ_3	NVŽ_4	NVŽ_5	Celkem
převaha role matky nad rolí partnerky			1		1	2
změna partnerského vztahu	1	1	1	1	1	5
snížená sexuální apetence ženy	1		1		1	3
snížené libido ženy			1		1	2
sexuální aktivity před koncem šestinedělí		1				1
sexuální aktivity po ukončení šestinedělí	1		1	1	1	4
obavy ženy z 1.pohl.styku						0
emoční labilita					1	1
pocit snížení vlastní atraktivity ženy			1			1

K převaze role matky nad rolí partnerky došlo u NVŽ3, NVŽ5. Ke změně partnerského vztahu dospěla NVŽ1, NVŽ2, NVŽ3, NVŽ4, NVŽ5. Sníženou sexuální apetenci uvádí NVŽ1, NVŽ3, NVŽ5. Snížené libido měla NVŽ3, NVŽ5. Sexuální aktivity před koncem šestinedělí přiznala NVŽ2. Sexuální aktivity po ukončení šestinedělí uvádí NVŽ1, NVŽ3, NVŽ4, NVŽ5. Obavy z prvního pohlavního styku neměla ani jedna respondentka. Emočně labilní byla NVŽ5. Pocit snížené atraktivity udává NVŽ3.

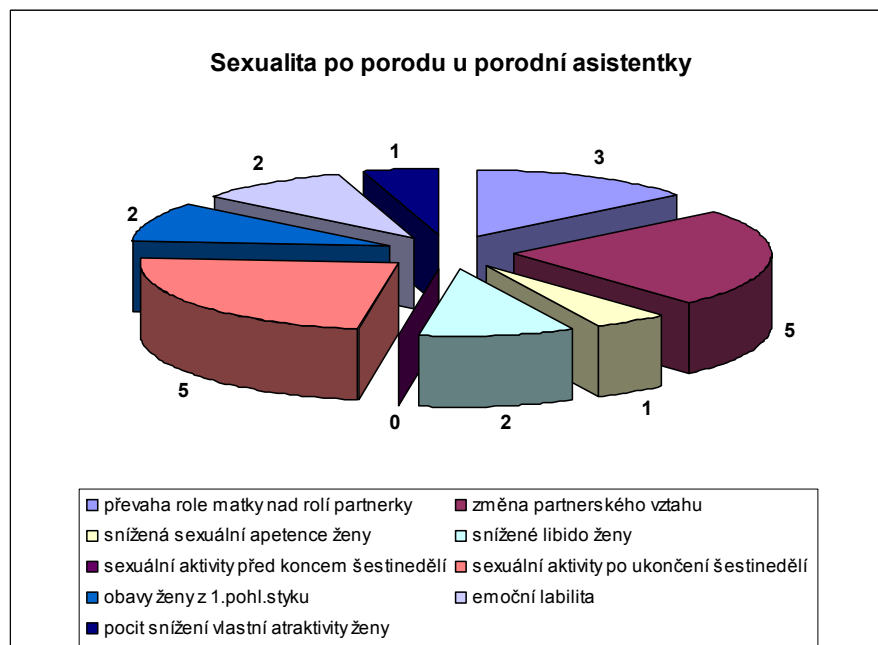
Graf 7



Tabulka 10. Sexualita po porodu u porodní asistentky (PA)						
	PA_1	PA_2	PA_3	PA_4	PA_5	Celkem
převaha role matky nad rolí partnerky	1		1	1		3
změna partnerského vztahu	1	1	1	1	1	5
snížená sexuální apetence ženy				1		1
snížené libido ženy	1				1	2
sexuální aktivity před koncem šestinedělí						0
sexuální aktivity po ukončení šestinedělí	1	1	1	1	1	5
obavy ženy z 1.pohl.styku				1	1	2
emoční labilita		1	1			2
pocit snížení vlastní atraktivity ženy	1					1

K převaze role matky nad rolí partnerky došlo u PA1, PA3, PA4. Změnu partnerského vztahu uvádí PA1, PA2, PA3, PA4, PA5. Sníženou apetenci uvádí PA4. Snížené libido popsala PA1, PA5. Sexuální aktivity před koncem šestinedělí neuvádí ani jedna respondentka. Sexuální aktivity po ukončení šestinedělí uvádí PA1, PA2, PA3, PA4, PA5. Obavy z prvního pohlavního styku měla PA4, PA5. Emočně labilní byla PA2, PA3. Pocit snížení atraktivity měla PA1.

Graf 8



Fyzické poporodní komplikace

	Tab.11: Fyzické poporodní komplikace u nezdravotnicky vzdělané ženy (NVŽ)					
	NVŽ_1	NVŽ_2	NVŽ_3	NVŽ_4	NVŽ_5	Celkem
infekce v místě porodního poranění			1			1
sekundární hojení porodního poranění			1			1
potíže s kojením				1		1
operační výkon v šestinedělí						0

Infekci v místě porodního poranění uvádí NVZ3. Sekundární hojení porodního poranění měla NVZ3.

Potíže s kojením uvádí NVZ4. Operační výkon v šestinedělí neuvedla ani jedna respondentka.

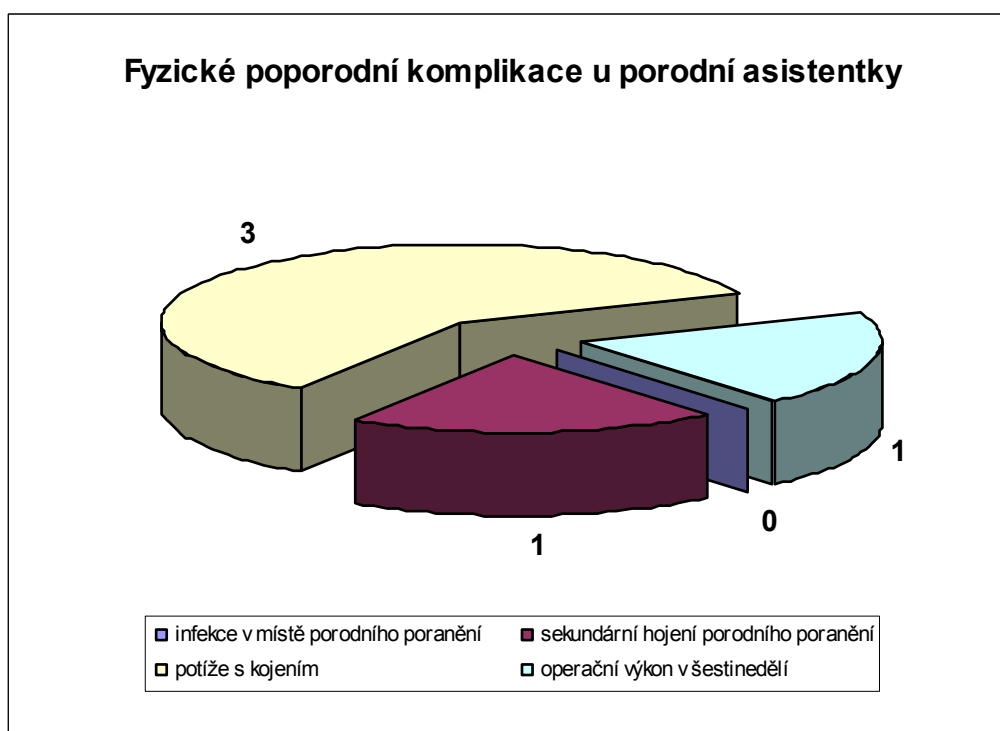
Graf 9



	Tab.12: Fyzické poporodní komplikace u porodní asistentky (PA)					
	PA_1	PA_2	PA_3	PA_4	PA_5	Celkem
infekce v místě porodního poranění						0
sekundární hojení porodního poranění				1		1
potíže s kojením		1	1	1		3
operační výkon v šestinedělí	1					1

Infekci v místě porodního poranění neuvedla ani jedna respondentka. Sekundární hojení porodního poranění uvádí PA4. Potíže s kojením měla PA2, PA3, PA4. Operační výkon v šestinedělí uvádí PA1.

Graf 10



Přehled změn v průběhu těhotenství a po porodu u všech respondentek

	Tab.13: Přehled změn v průběhu těhotenství a po porodu									
	NVŽ_1	NVŽ_2	NVŽ_3	NVŽ_4	NVŽ_5	PA_1	PA_2	PA_3	PA_4	PA_5
snížená sexuální apetence ženy v I.trim.	1	1		1			1	1		1
snížená sex.apetence ženy v II.trim.				1					1	1
snížená sex.apetence ženy v III.trim.		1	1	1					1	1
snížené libido ženy		1	1	1						1
zvýšené libido					1	1	1			
zvýšená sexuální apetence		1			1	1	1			1
snížená frekvence pohlavního styku	1	1	1	1		1		1	1	1
ztráta pocitu vlastní atraktivity ženy										1
emoční labilita					1		1			
obavy ženy o dítě při pohl.styku		1	1					1	1	
převaha role matky nad rolí partnerky			1		1	1		1	1	
změna partnerského vztahu	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
snížená sexuální apetence ženy	1		1		1				1	
snížené libido ženy			1		1	1				1
sexuální aktivity před koncem šestinedělí		1								
sexuální aktivity po ukončení šestinedělí	1		1	1	1	1	1	1	1	1
obavy ženy z 1.pohl.styku									1	1
emoční labilita					1		1	1		
pocit snížení vlastní atraktivity ženy			1			1				

Tabulka č. 13 shrnuje tabulky č. 5, 6 a 9, 10.

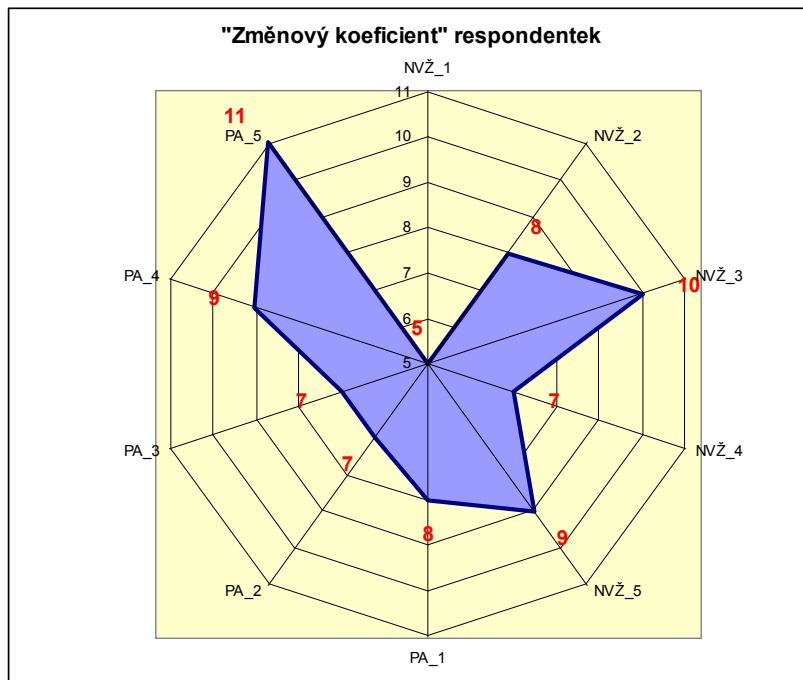
Vlivem těhotenství a porodu došlo u obou skupin respondentek (NVZ a PA) k následujícímu:

Tabulka 14 Změnový koeficient

"Změnový koeficient"	5	8	10	7	9	8	7	7	9	11
Průměrný změnový koeficient	8.1									
Průměrná odchylka	1.32									
Průměrný změnový koef. - MIN	6.78									
Průměrný změnový koef.- MAX	9.42									

Dle „změnového koeficientu“ došlo u NVZ1 k pěti změnám v těhotenství nebo po porodu, u NVZ3, PA2, PA3 k sedmi změnám, u NVZ2, PA1 k osmi změnám, u NVZ5, PA4 k devíti změnám, u NVZ3 k deseti změnám a u PA5 k jedenácti změnám.

Graf 11



Změnový koeficient: Součet všech zjištěných emočních převratů a také změn sexuality jednotlivých respondentek v průběhu těhotenství a po jeho ukončení.

Průměrný změnový koeficient: Jedná se o aritmetický průměr všech zjištěných emočních změn u jednotlivých respondentek v průběhu těhotenství a po jeho ukončení.

Průměrná odchylka: Jedná se o aritmetický průměr absolutních hodnot rozdílu "změnového koeficientu" a "průměrného změnového koeficientu".

Průměrný změnový koeficient - MIN: Jedná se o rozdíl "průměrného změnového koeficientu" a "průměrné odchylky", tj. dolní hranici průměru.

Průměrný změnový koeficient - MAX: Jedná se o součet "průměrného změnového koeficientu" a "průměrné odchylky", tj. horní hranici průměru.

5. DISKUZE

Předmětem výzkumného šetření bylo srovnat ženskou sexualitu v období těhotenství, za porodu a v šestinedělí. Výsledky výzkumu byly získány zpracováním rozhovorů se ženami bez zdravotnického vzdělání a porodními asistentkami, které již v minulosti rodily. Nejdůležitější výsledky jsou zaznamenány v tabulkách a grafech.

Rozhovory byly vedeny se ženami bez zdravotnického vzdělání (NVŽ), které byly ve věku od 28 let do 31 let. Všechny pět respondentek (NVŽ) je středoškolsky vzdělaných. Vdané jsou čtyři z nich a jedna je svobodná. Jedno těhotenství udávají tři respondentky, z těchto gravidit má každá jedno dítě, jedna byla 2x těhotná, dítě má jedno a jedna žena udává čtyři gravidity v minulosti, přičemž má děti dvě (viz tabulka 1).

Další skupinou respondentek bylo pět porodních asistentek (PA). Věk tří z nich je 29 až 31 let, jedné je 37 let a poslední respondentce je 43 let. Tři porodní asistentky jsou vysokoškolsky vzdělané a dvě mají středoškolské vzdělání. Vdané jsou čtyři a jedna porodní asistentka je rozvedená. Dvě porodní asistentky byly 1x těhotné a mají každá jedno dítě, dvě byly těhotné 2x a mají po jednom dítěti a poslední z nich byla 2x těhotná a děti má dvě (viz tabulka 2).

Z rozhovorů vedených s respondentkami byly zjištěny hlavní zdroje, odkud ženy čerpají informace o hormonálních změnách a sexualitě v těhotenství. U první skupiny respondentek, tedy u žen bez zdravotnického vzdělání jsem shledala následující: pouze 2 ze skupiny NVŽ získaly tyto informace od ošetřujícího gynekologa, 2 respondentky byly poučeny svými kamarádkami, 3 ženy tyto údaje získaly na základě pohovoru s porodní asistentkou, 3 zjišťovaly tyto skutečnosti čtením odborné literatury a celkem 4 z nich si upevňovaly vědomosti návštěvou internetových serverů a diskuzí. Všechny respondentky získaly tyto informace z více zdrojů (viz tabulka 3).

U druhé skupiny respondentek (PA) bylo zjištěno následující: všech 5 porodních asistentek srovnávalo své profesní znalosti s dostupnou odbornou literaturou, 4 z nich byly poučeny ošetřujícím gynekologem, 2 také porodní asistentkou a ani 1 ze skupiny PA nečerpala informace z internetu nebo od svých kamarádek (viz tabulka 4).

O hormonálních změnách žen a jejich sexualitě v těhotenství, za porodu a v šestinedělí jsou odedávna vedeny rozmanité diskuze a názory se velmi liší. Je zřejmé, že u žen dochází s příchodem těhotenství k životnímu převratu, ať už ve smyslu pozitivním, tak zároveň i negativním. Chování těhotných žen a jejich sexuální prožitky jsou leckdy oblíbeným tématem zachyceným ve filmové tvorbě. Ze studií vyplývá, že většina žen by si přála více informací o sexualitě v těhotenství ze strany ošetřujícího lékaře. Ti však bohužel většinou předpokládají, že tyto skutečnosti jsou ženám obecně známé a není nutné je v této oblasti edukovat (6).

Určitě by stálo za zamyšlení, zda bychom neměli my, zdravotničtí pracovníci, do standardní péče o ženu zařadit i oblast ženské sexuality. Prožívání sexuality patří mezi základní lidské potřeby, a přesto je evidentní, že ženy nejsou v dostatečné míře informovány svým ošetřujícím lékařem nebo porodní asistentkou, se kterou přijdou během života do kontaktu. Zajímavostí vyplývající z výzkumu je skutečnost, že skupina porodních asistentek byla z většiny edukována ošetřujícím lékařem, oproti tomu skupina žen bez zdravotnického vzdělání pouze ve dvou případech.

Z výzkumného šetření v oblasti sexuality v těhotenství zjišťujeme, že: ke snížené sexuální apetenci v I. trimestru došlo u tří NVŽ, sníženou sexuální apetenci ve II. trimestru uvádí jedna NVŽ, snížená sexuální apetence ve III. trimestru byla u tří NVŽ, snížené libido bylo zjištěno u tří NVŽ, zvýšené libido vnímala jedna NVŽ, dvě NVŽ uvádí zvýšenou sexuální apetenci, ve čtyřech případech došlo ke snížené frekvenci pohlavního styku, za emočně labilní v těhotenství se považuje jedna NVŽ a dvě NVŽ uvádí obavy o dítě při pohlavním styku (viz tabulka 5).

Z rozhovorů s porodními asistentkami vyplynulo: tři PA udávají sníženou sexuální apetenci v I. trimestru těhotenství, ve II. trimestru ji uvádí dvě PA, ve III. trimestru také dvě PA, ke snížení libida v těhotenství došlo u jedné PA, naopak ke zvýšení libida došlo u dvou PA, zvýšenou sexuální apetenci zaznamenaly dvě PA, ke snížení frekvence pohlavního styku došlo u čtyř PA, jedna PA udává ztrátu pocitu atraktivity, emoční labilitu přiznává jedna PA, obavy o dítě při pohlavním styku měly dvě PA (viz tabulka 6).

Když srovnáme sexuální prožívání žen bez zdravotnického vzdělání a porodních asistentek, dojdeme k následujícím údajům: v otázce sexuální apetence v I. trimestru těhotenství došlo ke změně u stejného počtu NVŽ a PA (3:3); sexuální apetence ve II. trimestru se změnila více u PA (1:2); ke snížení sexuální apetence ve III. trimestru došlo častěji u NVŽ (3:2); snížení libida zaznamenal větší počet NVŽ (3:1); zvýšené libido přiznává

více PA (1:2); zvýšenou sexuální apetenci v těhotenství prožilo srovnatelné množství v obou skupinách (2:2); sníženou frekvenci pohlavního styku udává stejné množství žen v obou skupinách (4:4); ztrátu pocitu atraktivnosti udává pouze jedna PA (0:1); emoční labilitu v těhotenství udává stejný počet žen z obou skupin (1:1) a obavy o zdraví dítěte při pohlavním styku měl stejný počet respondentek v obou skupinách (2:2).

Podstatnou součást ženské sexuality, jako takové, tvoří zejména sexuální apetence a libido ženy. Nejinak je tomu i v období těhotenství. Touto tematikou se zabývá řada autorů, názory se různí. Je zřejmé, že u ženy dochází v těhotenství ke změnám v sexuální apetenci. Autoři popisují, že dochází k poklesu žádostivosti v počátku gravidity, k navýšení zhruba uprostřed těhotenství a ke konci je opět pozorován pokles sexuální apetence (18). S tímto názorem se osobně ztotožňuji, na základě prožívání těhotenství žen v mém okolí a také vzhledem k výsledkům výzkumného šetření této práce.

Prožitek porodu a s ním spojené narození dítěte, je pro každou ženu nejzásadnějším životním okamžikem. Okolnosti bezprostředně se ho týkající, přítomnost blízké osoby a v neposlední řadě samotný průběh porodu, ovlivní vnímání vlastní ženskosti a naplnění životní úlohy ženy. Korbel' považuje za nezbytnost pocit bezpečí u rodičky, což je dáno především přítomností partnera nebo zdravotnického personálu, který ženě při porodu asistuje (6).

Při rozhovoru hodnotily ženy bez zdravotnického vzdělání také průběh porodu, což můžeme shrnout: čtyři NVŽ rodily v termínu; předčasně rodila jedna z nich; císařským řezem rodily tři NVŽ; bezprostřední ohrožení života dítěte uvádí tři NVŽ; přítomnost partnera u porodu uvádí čtyři NVŽ (viz tabulka 7).

Shrnutí získaných údajů od PA: v termínu rodily čtyři PA; předčasně porodila jedna PA; císařským řezem rodila jedna PA; ohrožení života dítěte uvádí jedna PA; partner byl přítomen u porodu čtyř PA (viz tabulka 8).

Srovnání průběhu porodu v obou skupinách: v termínu porodu rodil stejný počet respondentek ve skupině žen bez zdravotnického vzdělání i porodních asistentek (4:4); předčasně porodila vždy jedna respondentka z každé skupiny (1:1); císařským řezem skončilo těhotenství častěji u NVŽ (3:1); k ohrožení dítěte při porodu došlo vícekrát u NVŽ (3:1); partner u porodu byl uváděn u většiny respondentek v obou skupinách (4:4).

Ratislavová ve své publikaci uvádí, že je velký rozdíl ve vnímání porodu u ženy, u které je císařský řez plánovaný, oproti té, u které je k němu přistoupeno akutně v průběhu porodu. U žen, které rodily akutním císařským řezem může být narušena funkce kojení, a

mohou také propadnout depresivním stavům z důvodu pochybností o sobě samé, protože „nezvládly“ porodit spontánně (18). Čepický uvádí, že přítomnost partnera u porodu působí na ženy pozitivně a je obecně patrná výrazně lepší poporodní interakce mezi matkou, dítětem, ale i otcem (1).

Pomocí výzkumného šetření můžeme porovnat poporodní období u NVŽ: převahu role matky nad rolí partnerky uvádí dvě NVŽ; změnu partnerského vztahu zaznamenává všech pět NVŽ; sníženou sexuální apetenci popisují tři NVŽ; snížené libido pak dvě NVŽ; k sexuálním aktivitám před ukončením období šestinedělí došlo u jedné NVŽ; sexuální aktivity po ukončení šestinedělí uvádí čtyři NVŽ; emoční labilitu zaznamenala jedna NVŽ; pocit snížené atraktivnosti uvádí jedna NVŽ (viz tabulka 9).

Shrnutí poporodního období u PA: mateřskou roli převažující nad partnerskou rolí zjišťujeme u tří PA; ke změně partnerského vztahu došlo u všech pěti PA; snížení sexuální apetence uvádí jedna PA; snížené libido popisují dvě PA; všechny PA dodržují sexuální abstinenci po dobu šestinedělí; obavy z prvního pohlavního styku se objevují u dvou PA; emoční labilitu přiznávají dvě PA a sníženou atraktivitu vnímala jedna PA (viz tabulka 10).

Z výše uvedených výsledků šetření poporodní sexuality u všech respondentek vyplývá, že: k převaze role matky nad rolí partnerky dochází ve větším počtu u PA (2:3); změnu partnerského vztahu popisují všechny respondentky v obou skupinách (5:5); sníženou sexuální apetenci po porodu přiznává vyšší počet NVŽ (3:1); snížené libido uvádí srovnatelný počet respondentek obou skupin (2:2); k sexuálnímu styku před ukončeným šestinedělím přistupuje pouze jediná NVŽ (1:0); sexuální aktivity po ukončení šestinedělí tedy provozuje většina dotazovaných žen (4:5); obavy z prvního pohlavního styku udávají pouze 2 PA (0:2); emoční labilitu vnímají ve větším počtu PA (1:2); pocit snížené atraktivnosti má po jedné ženě z každé skupiny.

Období šestinedělí je obecně i neodbornou populací vnímáno jako emocemi nabitě a náročné období v životě ženy, ale i její rodiny a nejbližšího okolí. Je věcí známou, že žena je pod vlivem „mateřských“ hormonů a nových zážitků s novorozeným členem rodiny. Na jejím psychickém rozpoložení se pak může podepsat únava, zdravotní komplikace, či nezáměr a nedostatek podpory partnera. Odborníci se shodují, že v období šestinedělí může dojít ke změněnému vnímání sexuality páru. Ratislavová uvádí, že velmi záleží na pocitech ženy, na tom, jak sama hodnotí vlastní tělo nebo případně jak se hojí porodní poranění. V případě, že je zachována její žádostivost, není třeba praktikovat pouze pohlavní styk, jelikož sexuální aktivity skýtají nespočet jiných alternativ, v šestinedělí vhodnějších (18).

K poporodním sexuálním dysfunkcím a poruše vnímání ženské podstaty může dojít u žen, které mají průběh šestinedělí komplikovaný například mutilací rodidel porodním poraněním nebo jeho zhoršeným hojením.

Při výzkumném šetření poporodních fyzických komplikací u NVŽ zjišťujeme: komplikace u NVŽ3, která uvádí infekci a následné sekundární hojení porodního poranění. U NVŽ4 se projeví potíže s kojením (viz tabulka 11).

Při zkoumání poporodních fyzických komplikací u PA zjišťujeme: PA1 uvádí v bezprostředním období po porodu operační výkon v anestézii. PA2, PA3 a PA4 mají potíže s kojením. Poslední jmenovaná uvádí navíc sekundární hojení porodního poranění (viz tabulka 12).

Shrneme-li obě zkoumané skupiny, dojdeme k výsledkům: ke vzniku infekce v místě porodního poranění došlo pouze u jedné NVŽ (1:0); sekundární hojení porodního poranění uvádí jedna respondentka z každé skupiny (1:1); potíže s kojením jsou popisovány u většího počtu PA (1:3) a operační výkon v šestinedělí uvádí pouze jedna PA (0:1).

Zamyslíme-li se nad změnami, které zaznamenaly respondentky v průběhu těhotenství a v období po porodu, zjistíme, že každé z nich těhotenství více či méně život změnilo. Většina z respondentek se v počtu „změn“ průměrně shoduje, pouze jedna se při vypočítání změnového koeficientu dostala pod průměr a dvě ženy naopak nad průměr. Přičemž tedy vyplývá, že u NVZ1, jejíž koeficient dosáhl hodnoty „5“, došlo k minimálním změnám v životním stylu a v sexualitě v období těhotenství i po něm. Respondentky NVZ2, NVZ4, NVZ5, PA1, PA2, PA3, PA4 jsou v průměrném pásmu (7-9), dají se tedy u nich hodnotit společné znaky ve vnímání těhotenských a mateřských změn a v oblasti sexuality. U NVZ3, PA5 jsme shledali nadprůměrné hodnoty ve změnovém koeficientu (10, 11) (viz tabulka 13).

Dalo by se tedy říci, že ženy, které dosáhly průměrných hodnot ve změnovém koeficientu, by mohly zastupovat ženskou většinu a napovědět nám tak, k jakým nejčastějším změnám a přerodům dochází u ženy v průběhu těhotenství i v období, kdy se vpravuje do největší životní role-matky.

Na základě vyhodnocení všech získaných údajů se domnívám, že ženy jsou obecně v dostatečné míře informovány o změnách, které s sebou nese období těhotenství, porod a období šestinedělí. Ženy bez zdravotnického vzdělání tyto informace získávají převážně z internetových zdrojů, což mě svádí ke zvolání: „Poděkujme technickému rozkvětu“.

Zarážející se mi zdá skutečnost, která z výzkumu vyplynula a to, že porodní asistentky jsou ve větším počtu informované ošetřujícím lékařem přesto, že u nich může předpokládat profesní znalosti. Co se týká otázky sexuality v těhotenství, při porodu a v šestinedělí se domnívám, že u všech těhotných žen dochází ke snížené frekvenci sexuálních aktivit, bez ohledu na vzdělání a změny v sexualitě se odráží od jejich fyzického stavu a psychického rozpoložení. Dále si myslím, že pokud žena žila spokojeným a plnohodnotným sexuálním životem před otěhotněním, k radikální změně v těhotenství, ani po něm nedojde. Vždy záleží na jejím celkovém stavu a průběhu těhotenství a v neposlední řadě také na vlivu a chování partnera ženy.

Výzkumná otázka 1: „Mají ženy informace o hormonálních změnách v těhotenství, při porodu a po porodu v souvislosti se sexualitou?“ byla zodpovězena. Cíl 1 byl tedy splněn. *Výzkumná otázka 2:* „K jakým změnám dochází v sexualitě u žen v období těhotenství?“ byla také při rozhovorech zodpovězena. Došlo tedy ke splnění cíle 2. *Výzkumná otázka 3:* „Jaké změny vznikají v sexualitě u žen v období porodu?“ byla rovněž řešena a zodpovězena. Cíl 3 se podařilo splnit.

Výzkumná otázka 4: „K jakým změnám dochází v sexualitě u žen v období po porodu?“ byla šetřena a zodpovězena. Cíl 4 byl splněn. *Výzkumná otázka 5:* „Jaké vznikají komplikace v sexualitě u těhotných žen, rodících žen a u žen po porodu?“ byla zodpovězena. Výsledek vedl ke splnění cíle 5. *Výzkumná otázka 6:* „Budou rozdíly v sexualitě žen nezdravotnický vzdělaných a porodních asistentek v období těhotenství, během porodu a v období šestinedělí?“ byla při výzkumném šetření zodpovězena a tím byl splněn cíl 6.

6. ZÁVĚR

Teoretická část této bakalářské práce je zaměřena na ženskou sexualitu, zejména pak v období těhotenství, během porodu a v šestinedělí. V práci jsou začleněny také kapitoly týkající se sexuality z pohledu lidské historie a především psychologické vlivy, které se sexualitou v těchto obdobích přímo souvisí.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na ženskou sexualitu v období těhotenství, porodu a v šestinedělí. Bylo stanoveno 6 cílů. *Cíl 1* zní: „Zjistit, zda mají ženy informace o hormonálních změnách v těhotenství, při porodu a v šestinedělí v souvislosti se sexualitou“. *Cíl 2*: „Zjistit, k jakým změnám v sexualitě dochází u žen v období těhotenství“. *Cíl 3* je: „Zjistit, k jakým změnám v sexualitě dochází u žen v období porodu“. *Cíl 4* zní: „Zjistit, k jakým změnám v sexualitě dochází u žen v období po porodu“. *Cíl 5*: „Zjistit, zda dochází ke komplikacím v sexualitě u těhotných žen, rodičích žen a u žen po porodu“. *Cíl 6*: „Srovnat sexualitu u žen bez zdravotnického vzdělání a porodních asistentek v období těhotenství, během porodu a po porodu“.

Ke zpracování dané problematiky bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Ke sběru dat došlo formou nestandardizovaného rozhovoru, který byl veden se dvěmi skupinami respondentek. První skupinou bylo pět žen bez zdravotnického vzdělání a ve skupině druhé bylo pět porodních asistentek, které již v minulosti rodily.

Výzkumná otázka 1: „Mají ženy informace o hormonálních změnách v těhotenství, při porodu a po porodu v souvislosti se sexualitou?“ byla zodpovězena. Cíl 1 byl tedy splněn. *Výzkumná otázka 2*: „K jakým změnám dochází v sexualitě u žen v období těhotenství?“ byla také při rozhovorech zodpovězena. Došlo tedy ke splnění cíle 2. *Výzkumná otázka 3*: „Jaké změny vznikají v sexualitě u žen v období porodu?“ byla rovněž řešena a zodpovězena. Cíl 3 se podařilo splnit. *Výzkumná otázka 4*: „K jakým změnám dochází v sexualitě u žen v období po porodu?“ byla šetřena a zodpovězena. Cíl 4 byl splněn. *Výzkumná otázka 5*: „Jaké vznikají komplikace v sexualitě u těhotných žen, rodičích žen a u žen po porodu?“ byla zodpovězena. Výsledek vedl ke splnění cíle 5. *Výzkumná otázka 6*: „Budou rozdíly v sexualitě žen nezdravotnický vzdělaných a porodních asistentek v období těhotenství, během porodu a v období šestinedělí?“ byla při výzkumném šetření zodpovězena a tím byl splněn cíl 6.

Výsledné hypotézy výzkumného šetření zní: H1: „Ženy jsou informované o hormonálních změnách v těhotenství, při porodu a po porodu v souvislosti se sexualitou“;

H2: „U žen dochází v období těhotenství ke snížené frekvenci sexuálních aktivit“; H3: „U žen dochází ke změněnému pohledu na své životní role, ve smyslu postupné převahy mateřské role nad partnerskou“; H4: „U žen po porodu nemusí dojít ke změněné sexuální apetenci“; H5: „U žen po porodu dochází ke komplikacím v sexualitě v případě potíží s porodním poraněním“; H6: „U žen bez zdravotnického vzdělání a u porodních asistentek nebudou rozdíly v sexualitě v období těhotenství, během porodu a po porodu“.

Z celého výzkumného šetření vyplynulo, že ženy moderní doby se snaží aktivně si samy shánět informace týkající se průběhu těhotenství, porodu i šestinedělí obecně, ne pouze o sexualitě jako takové. Je zřejmé, že to, jak žena tato důležitá období prožívá, ovlivňuje její aktuální fyzický i psychický stav, a potažmo i její sexualitu. Měli bychom proto na ženu pohlížet jako na bio-psycho-sociálního jedince a neopomíjet ani jednu ze složek její osobnosti. Věřím, že tato bakalářská práce bude přínosem nejen pro ženy samotné, ale i pro porodní asistentky, které k nim mají tak blízko a v neposlední řadě také pro širší veřejnost.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) ČEPICKÝ, P.: *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Moderní gynekologie a porodnictví*, 1999, 8, č. 3, s. 226-229. ISSN 1211-1058.
- 2) ČEPICKÝ, P.: *Sexuální hormony a ženská sexualita. Moderní gynekologie a porodnictví*, 2005, roč. 14, č. 1, s. 23-27. ISSN 1211-1058.
- 3) GREGORA, M. – VELEMÍNSKÝ ml., M.: *Čekáme děťátko*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 354 s. ISBN 978-80247-1489-9.
- 4) KODYŠOVÁ, E.: *Psychika muže v období těhotenství partnerky* [online] c2005-2009 [cit.2010-02-28].
URL:< <http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/stranka/psychika-muze-v-obdobi-tehotenstvi-partnerky>>.
- 5) KODYŠOVÁ, E.: *Psychologie porodu- chiméra, nebo realita?* [online]. c2007-2010 [cit. 2010-03-04]. URL:<<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/psychologie-porodu-chimera-nebo-realita-448449>>.
- 6) KORBEL', M. - NIŽŇANSKÁ, Z. - REDECHA M.: *Sexualita v graviditě. Moderní gynekologie a porodnictví*, 2005, roč. 14, č. 1, s. 87-98. ISSN 1211-1058.
- 7) LÍBALOVÁ, Z.: *Poporodní sexuální dysfunkce. Moderní gynekologie a porodnictví*, 2005, roč. 14, č. 1, s. 99-103. ISSN 1211-1058.
- 8) ODENT, M.: *Znovuzrozený porod*. Argo, 1990. 152 s. ISBN 80-85794-05-2
- 9) PAŘÍZEK, A.: *I. doba porodní* [online]. c2002-2006 [cit. 2010-03-04]. URL:<<http://porodnice.cz/i-doba-porodni-neboli-oteviraci-doba>>.
- 10) PAŘÍZEK, A.: *II. doba porodní* [online]. c2002-2006 [cit. 2010-03-04]. URL:<<http://porodnice.cz/ii-doba-porodni-neboli-vypuzovaci-doba>>.
- 11) PAŘÍZEK, A.: *III. doba porodní* [online]. c2002-2006 [cit. 2010-03-04]. URL:<<http://porodnice.cz/iii-doba-porodni-neboli-doba-luzku>>.
- 12) PAŘÍZEK, A.: *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3.vyd. Galen: Praha 2008. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
- 13) PAŘÍZEK, A.: *Partner a těhotenství* [online]. c2002-2006 [cit. 2010-02-28]. URL:<<http://www.porodnice.cz/partner-tehotenstvi>>.
- 14) PASTOR, Z.: *Sexualita ženy*. Praha: Grada, 2007. 204 s. ISBN 978-80-247-1989-4.
- 15) PEČENÁ, M.: *Psychologie těhotenství* [cit. 2010-02-27]. URL:<<http://www.levret.cz>>.

- 16) PESCHOUT, R.: *Práce sestry na gynekologickém oddělení. Moderní babičství* 7, 2005. [online]. [cit. 2010-04-04]. URL: < <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-7/clanek.php?c=19>>.
- 17) *Pohlavní hormony* [online]. c2003-2008 [cit. 2010-02-16]. URL:<<http://genetika.wz.cz/hormony.htm>>.
- 18) RATISLAVOVÁ, K.: *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Area s.r.o., 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- 19) RATISLAVOVÁ, K.: *Psychologie pozdního šestinedělí* [online] [cit. 2010-03-05]. URL:<<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/clanek.php?c=5>>.
- 20) ROZTOČIL, A. - PESCHOUT, R.: *Genitální mutilace afrických žen. Moderní gynekologie a porodnictví*, 2005, roč. 14, č. 1, s. 167-176. ISSN 1211-1058.
- 21) ROZTOČIL, A. a kolektiv. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
- 22) *Sex po porodu – syndrom ztraceného penisu?* [online] c1999-2010 [cit. 2010-03-04]. URL:<<http://zena.centrum.cz/moda-a-krasa/moda/2007/7/25/clanky/sex-po-porodu-syndrom-ztraceneho-penisu/>>.
- 23) TRČA, S.: *Partner v těhotenství a při porodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 108 s. ISBN 80-247-0869-8.
- 24) VIGUÉ, J.: *Zdravý sexuální život*. Přeložila Radana Jurkemiková. 1. vyd. Dobřejiovice: Rebo, 2006. 292 s. ISBN 80-7234-537-0.
- 25) VRBECKÁ, S.: *Prožijte porod jako orgasmus!* [online] c2008 [cit. 2010-03-17]. URL:<<http://www.prozeny.cz/magazin/deti-a-rodina/tehotenstvi-a-porod/6153-prozijte-porod-jako-orgasmus>>.
- 26) WEISS, P. - KRŠEK, M.: „Nesexuální“ hormony a ženská sexualita. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2005, roč. 14, č. 1, s. 28-34. ISSN 1211-1058.
- 27) WHEAT, E. - WHEAT G.: *Tajemství milování, o sexu pravdivě a otevřeně*. Praha: Návrat domů, 2000. 254 s. ISBN 80-7255-015.
- 28) WIKIPEDIA: *Couvade syndrome* [online]. [cit. 2010-02-28]. URL:<<http://en.wikipedia.org/wiki/Couvade>>.
- 29) WIKIPEDIA: *Endorfin* [online]. [cit.2010-03-04]. URL:<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Endorfin>>.
- 30) WIKIPEDIA: *Hormon* [online]. [cit.2010-02-16]. URL:<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Hormon>>.

31) WIKIPEDIA: *Oxytocin* [online]. [cit.2010-03-04].

URL:<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Oxytocin>>.

32) ZVĚŘINA, J.: *Společenské aspekty ženské sexuality. Moderní gynekologie a porodnictví*, 2005, roč. 14, č. 1, s. 159-166. ISSN 1211-1058.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Žena

Sexualita

Těhotenství

Porod

Šestinedělí

Partner

Porodní asistentka

9. SEZNAM PŘÍLOH

1. Okruhy otázek k rozhovoru

Příloha 1

1) Sexualita před otěhotněním:

- Vaš současný věk, rodinný stav, věk v době otěhotnění, rodinný stav nyní, počet dětí?
- V kolika letech přibližně jste se začala vpravovat do tajů sexuálního života (případně jakou podobu to mělo)?
- Měla jste více sexuálních partnerů (kolik, jak dlouho)?
- Prodělala jste v minulosti nějaké gynekologické onemocnění, nebo gynekologický zákrok (ano, jaké)?
- Jak byste hodnotila svůj vztah k sexu a dosahovanou kvalitu sexu obecně před otěhotněním?

2) Sexualita v těhotenství:

- Bylo Vaše těhotenství plánované?
- Jak probíhalo Vaše těhotenství, po zdravotní i psychické stránce? Pokuste se popsat případné komplikace, pocity...
- Máte dojem, že jste byla dostatečně informována o hormonálních změnách v těhotenství (v jakém rozsahu, kým)?
- Byla jste informována o vhodnosti a možnostech pohlavního styku v průběhu těhotenství?
- Z jakých zdrojů jste tyto informace čerpala? (lékař, jiný zdravotník, média, literatura, časopisy apod.)
- Pokuste se popsat frekvenci sexuálních styků v těhotenství, v porovnání se stavem před otěhotněním.
- Jak byste hodnotila míru Vaší sexuální žádostivosti a libida před a v těhotenství?
- Zkuste ohodnotit partnerovu sexuální apetenci v průběhu těhotenství, případně popište, jaké změny jste u něj pozorovala.

3) Sexualita za porodu (nejedná se o sex jako takový, ale o Vaše pocity během porodu, vnímání Vaší ženskosti, Vaší úlohy ve vztahu k dítěti i partnerovi):

- Zkuste si vzpomenout na průběh porodu, na dobu, kdy jste rozhodla jet do porodnice, případně na pocity při příchodu na porodní sál (přibližná doba trvání porodu, průběh

samotný, případné komplikace, porodní poranění- nástřih, jakékoliv poporodní ošetření- šití).

- Byl s Vámi partner u porodu? Pokud ano, myslíte si, že o své přítomnosti u porodu byl přesvědčen delší dobu, diskutovali jste o tom?
- Jak byste hodnotila chování partnera u porodu? (byl Vám psychickou oporou, jeho aktivní/pasivní účast, jak jste vnímala jeho dotyky, obavy apod.)?
- Jak jste vnímala sebe samu při porodu (role ženy X partnerky X matky)?
- Jaké byly Vaše bezprostřední pocity po porodu? Změnilo se něco zásadně?
- Jaká byla reakce partnera bezprostředně po porodu?
- Jak jste se cítila v nové roli matky? Případně, kdy jste si ji začala připouštět a uvědomovat?

4) Sexualita v šestinedělí (opět nejen sex, ale i vnímání sebe samotné jako ženy, matky, milenky):

- Jak probíhalo období šestinedělí (rozsah a hojení porodního poranění, komplikace ve formě infekce v místě porodního poranění, zánět prsu, potíže s kojením apod.)?
- Jak byste hodnotila své emocionální rozpoložení v šestinedělí? Docházelo k nějakým emočním změnám v průběhu šestinedělí?
- Cítila jste se dostatečně informována o hormonálních změnách v šestinedělí a jejich vlivu na psychiku ženy?
- Vnímala jste, nebo přemýšlela o proměně Vašeho životního stylu, i celé Vaší rodiny s příchodem miminka? Pociťovala jste rozpor nebo soulad ve vnímání role matky versus partnerky-milenky?
- Došlo dle Vašeho názoru po porodu k nějakým změnám ve Vašem partnerském vztahu?

- Jak byste hodnotila chování a podporu Vašeho partnera v období šestinedělí? Byl s Vámi nějaký čas doma, změnil, třeba jen na čas, způsob svého denního režimu?
- Máte dojem, že jste byla dostatečně informována o vhodném načasování začátku sexuálního žití po porodu?
- Z jakých zdrojů jste čerpala informace o hormonálních změnách v šestinedělí a o zahájení pohlavního styku po porodu?

- Jak jste vnímala míru své vlastní sexuální žádostivosti a libida? Pociťovala jste rozdíl v sexuální touze oproti stavu před těhotenstvím nebo v průběhu těhotenství?
- Pokuste se popsat své, i partnerovy případné obavy z pohlavního styku, vzhledem k porodnímu poranění.