

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Sexualita žen v těhotenství a po porodu

Markéta Holátková

Bakalářská práce

Studijní program: Psychologie

Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková

Praha 2021

Prague College of Psychosocial Studies



The Sexuality of Women in Pregnancy and Postpartum

Markéta Holátková

The Bachelor Thesis

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Johana Růžičková

Praha 2021

Čestné prohlášení

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem **Sexualita žen v těhotenství a po porodu** vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.*

Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne:

.....

Markéta Holátková

Poděkování:

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Johaně Růžičkové za cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat všem účastnicím výzkumu za jejich ochotu a otevřenost.

Anotace

Bakalářská práce pojednává o sexualitě žen v těhotenství a po porodu. Teoretická část popisuje sexualitu v rámci těhotenství, porodu, šestinedělí a období po porodu. Vzhledem ke komplexnosti tématu práce také seznamuje s přechodem páru od partnerství k rodičovství a situací v partnerském vztahu v rámci sexuality v období těhotenství a po porodu. Výzkumné šetření přináší zkušenosti pěti žen, které si prošly těhotenským i poporodním obdobím. Snahou bylo prohloubit poznatky o tom, jaké je psychické i fyzické prožívání žen v jednotlivých obdobích, s jakými situacemi se setkávají a jaká je jejich informovanost. Jedná se o kvalitativní výzkum, jehož data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a zpracována pomocí tematické analýzy.

Klíčová slova

Sexualita, pohlavní styk, těhotenství, porod, poporodní období, psychické a fyzické prožívání, partner, tematická analýza, partnerství, rodičovství

Abstract

The bachelor's thesis deals with the sexuality of women during pregnancy and after childbirth. The theoretical part describes sexuality within pregnancy, childbirth, six weeks and the period after childbirth. Due to the complexity of the topic it also introduces the transition from partnership to parenthood and the situation of a relationship sexuality within pregnancy and after childbirth. The research survey introduces the experience of five women who have been through both pregnancy and postpartum periods. The aim was to deepen the knowledge of the psychological and physical experience of women in individual periods, situations they encounter and how they seek information about this topic. This is qualitative research and its data were acquired with the use of semi-structured interviews and processed with the use of thematic analysis.

Key words

Sexuality, sexual intercourse, pregnancy, childbirth, postpartum, psychological and physical experience, partner, thematic analysis, partnership, parenthood

Obsah

Úvod	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1. Sexualita.....	13
1.1 Sexualita ženy	14
1.2 Sexuální zdraví	15
2. Sexualita v těhotenství	16
2.1 Somatické změny ovlivňující sexualitu v těhotenství.....	17
2.2 Psychické změny ovlivňující sexualitu v těhotenství	17
2.3 Sexuální chování těhotných žen v trimestrech	18
3. Sexualita po porodu	20
3.1 Psychické změny ovlivňující sexualitu po porodu	20
3.2 Hormonální změny ovlivňující sexualitu po porodu	21
4. Partnerský vztah v těhotenství a po porodu v rámci sexuality.....	23
4.1 Přejít od partnerství k rodičovství	23
4.2 Sexuální život páru v období těhotenství.....	25
4.3 Sexuální život páru v poporodním období.....	26
4.4 Informovanost a edukace páru ohledně sexuality v těhotenství a po porodu	27
II. PRAKTICKÁ ČÁST	30
6. Metodika výzkumu	31
6.1 Kvalitativní výzkum	31
6.2 Vlastní předporozumění zkoumanému tématu	31
6.3 Výzkumný problém a cíl výzkumu.....	32
6.4 Výběr výzkumného souboru.....	32
6.5 Etické aspekty výzkumu	33
6.6 Scénář rozhovoru	33
6.7 Průběh sběru dat.....	34

6.8 Metoda analýzy dat	34
7 Výsledky	36
7.1 Představení participantů.....	36
7.2 Popis společných témat.....	39
7.2.1 Sexuální život před otěhotněním a v těhotenství	39
7.2.2 Sexuální život po porodu	42
7.2.3 Vnímání sebe a svého těla v období těhotenském a poporodním v rámci intimity a sexuality	47
7.2.4 Komunikace ženy s okolím a informovanost v těhotenství a po porodu.....	49
8. Diskuze	53
Závěr.....	55
Použitá literatura.....	56
Seznam příloh.....	65

Úvod

Sexualita je přirozenou součástí lidského života, která jedince provází od narození až do smrti. Je ovlivněná biologickými, sociálními, psychologickými a kulturními faktory. Každý má dle svých možností, přání a rozhodnutí právo na kvalitní a uspokojivý sexuální život. Důležitým aspektem spokojenosti se sexuálním životem člověka je jeho partnerský vztah. Ačkoliv jsou sexuální aktivity v intimním vztahu naprosto přirozené, mohou se sexuální potřeby ženy i muže v životních obdobích měnit, zejména potom v těhotenství. Zábrany ze strany jednoho nebo druhého partnera mluvit otevřeně nejen o sexualitě, mohou vést k nespokojenosti a vzájemným nedorozuměním.

Těhotenství, porod a šestinedělí patří mezi významná období v životě ženy i v partnerském vztahu. Je to přirozené vyvrcholení předchozího pohlavního života, který tak nabývá svého základního biologického potenciálu. Tato období jsou považována za jedny ze životních krizí, ve kterých dochází k významným a často nezvratným změnám nejen z fyzického a psychického hlediska, ale i co se týče sexuálních potřeb. Cyklus těhotenství, porodu a poporodního období je velice komplexní a zasahuje nejen do prožívání ženy či partnera, ale ovlivňuje i nejbližší okolí a přináší se sebou nové role a dynamiku. Každá žena těhotenství a poporodní období v rámci sebevnímání a partnerského vztahu prožívá zcela individuálně. Jak ženy v těhotenství prožívají jejich fyzické a psychické změny a s tím spojenou sexualitu? Jaké změny v tomto ohledu nastávají po porodu? Jak těhotenství a poporodní období zvládaly a jaká je jejich komunikace s partnerem a informovanost? Výše zmíněné otázky mě vedly k volbě práce s tímto tématem.

Hlavním cílem výzkumu je prohloubit poznatky o tom, jak tuto zkušenost ženy prožívaly po psychické i fyzické stránce. Dále objasnit, jakým způsobem jsou ženy informovány o sexuálním životě v těhotenství a po porodu, jaké je jejich zvládání těchto období a jaká je komunikace s partnerem. Zjištěné poznatky by měly dále rozšířit povědomí o této problematice.

Teoretická část výzkumu je rozdělena do čtyř hlavních částí. První část se zaměřuje na pojem sexualita, sexualita ženy a sexuální zdraví. Druhá a třetí část se zabývají sexualitou v těhotenství, šestinedělí a po porodu. Čtvrtá část nás seznamuje s partnerským vztahem a sexuálním životem během těhotenství a po porodu. Kvůli obsáhlosti a komplexnosti této oblasti si práce neklade za cíl vyčerpat všechny dostupné informace a okruhy co se sexuality v těhotenství a po porodu týče, ale spíše nabídnout stručný přehled zvolené problematiky.

Výzkumná část práce informuje o zvolené metodě výzkumu a postupu sběru dat. Dále se zabývá samotným výzkumným šetřením, v němž jsou představeny výsledky výzkumu zpracované pomocí tematické analýzy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Sexualita

Dle World Health Organization (2010) je sexualita prožívána a vyjádřena v myšlenkách, fantaziích, touhách, přesvědčeních, postojích, hodnotách, chování, praktikách, rolích a vztazích. I když sexualita zahrnuje tyto rozměry, ne všechny jsou vždy prožité nebo vyjádřené. Sexualita je ovlivněná vzájemným působením biologických, psychologických, sociálních, ekonomických, politických, kulturních, právních, historických, náboženských a duchovních faktorů.

Antropoložka Suzanne G. Frayserová, nahlíží na sexualitu jako na „systém sestávající z biologických, sociálních, kulturních a psychologických atributů, které se navzájem překrývají a prolínají, produkující sexuální vzrušení nebo orgasmus, a které, ač nikoli nutně, jsou spjaty s reprodukcí.“ (1985, cituji podle Weiss P., 2010, s. 669).

Sexualita je důležitou součástí našeho lidského zdraví, pohody a tvoří celou škálu různých aktivit včetně pohlavního styku. Je třeba být si vědomi, že sexualita zahrnuje vedle pohlavního styku i intimitu, doteky a další projevy lásky, náklonnosti a blízkosti ke druhému člověku i k sobě. Pauleta, J. R., Pereira, N. M., & Graça, L. M. (2010).

Southard a Keller (2009) se ve své studii tázali účastníků na význam, jež pro ně má vlastní sexualita. Nejčastější odpovědi byly vášeň, cítit se chtěný a žádoucí, sdílení s druhou osobou a schopnost cítit se sexy a přitažlivě. Témata, která se objevovala u žen, se týkala zejména fyzického vzhledu, vlastní přitažlivosti vůči partnerovi, možnosti vyjádřit svou ženskost, lásku a intimitu. Témata sexuality pro muže zahrnovala udržování vztahu, fyzickou blízkost, doteky a vzrušení. Tělesný vzhled, schopnost vypadat dobře, cítit se přitažlivý a žádoucí pro svého partnera bez ohledu na změny jejich vzhledu považovaly ženy za vysokou prioritu a důležitou složku sexuality.

Vývoj sexuality je celoživotním procesem každého jedince. Začíná již v prenatálním období a pokračuje v dětství, dospívání, dospělosti, stáří, přičemž končí smrt. DeLamater, J., & Friedrich, W. N. (2002). Během dospívání dosahuje vrcholu fyzický růst a psychický i kognitivní vývoj. Biologické, psychologické i sociální faktory jako postoje rodičů k sexualitě, styl výchovy, partnerský vztah a kulturní vlivy, jsou důležitými aspekty sexuálního učení a rozhodují o postojích jednotlivce ke vlastní sexualitě. Kar, S. K., Choudhury, A., & Singh, A. P. (2015).

Harris, A. L. (2011) říká, že v posledních desetiletích dochází po celém světě k nárůstu mediálního krytí. Dospívající tak mají snadný přístup k internetovým a televizním zdrojům

týkajících se sexuality, sexuálních zločinů a násilí, což může mít negativní dopad na vnímání vlastní sexuality.

Sigmund Freud navrhl v roce 1905 ve svém díle *Tři pojednání k teorii sexuality* teorii psychosexuálního vývoje, kde popsal jako mezníky vývoje pět fází: orální, anální, falickou (první genitální), latentní a druhou fázi genitální. Během těchto fází se různé tělesné oblasti chovají jako nejvíce erogenní. Za účelem uspokojení dochází k pokusům prozkoumat nebo stimulovat erogenní zóny. Sexualita, která zůstává v latentní fázi klidná, se stává aktivní během genitální fáze, nastávající v období adolescence. Sexualita v období dospívání bývá zdrojem psychických krizí, ať už jde o krize spojené s vyjasňováním sexuální orientace, identity, s prvním sexuálním zážitkem nebo pocity nedostatečné atraktivity. Macek, P. (2003). Během dospívání se zvyšuje potřeba blízkosti a milování se s opačným pohlavím. Dospívající hledají různé vhodné způsoby, jak vyjádřit sexualitu, lásku a intimitu. Plháková A. (2006).

Sexualita je bezesporu důležitým tématem a součástí života i každého staršího jedince a páru. Studie autorů Diokno, Brown a Herzog (1990), jejíž součástí bylo 296 mužů a 448 žen starších šedesáti let, potvrdila předchozí zjištění, jež uvádí, že sexuální aktivita mužů i žen s věkem individuálně klesá. Na sexualitu ve stáří jedince má vliv několik faktorů jako jsou zdravotní potíže, fyzická omezení a ztráta partnera. Právě rodinný stav jedince má na sexualitu ve stáří významný dopad. Údaje ze zmíněného výzkumu ukázaly 73,7 % sexuálně aktivních ženatých mužů a 57,3 % sexuálně aktivních vdaných žen, zatímco u svobodných jedinců bylo 30,6 % sexuálně aktivních mužů a 5,8 % sexuálně aktivních žen.

1.1 Sexualita ženy

Ženská sexualita je multidimenzionální fenomén ovlivněný hned několika faktory od těch biologických až po kulturní. Zároveň se jedná o velice individuální a osobní záležitost, tudíž každá žena vnímá a prožívá její sexualitu naprosto odlišně. Edlin & Golanty (2011).

Na ženskou sexualitu, která byla dlouhou dobu tabuizovaným tématem, se po staletí nahlíželo spíše jako na prostředek k uspokojení mužských sexuálních potřeb a k reprodukci. Pastor, Z. (2007).

Baumeister (2000) se ve své práci soustředí na otázku, zdali je ženské pohlaví tvárnější než mužské v reakci na sociální, kulturní a situační příčiny. Na základě různých teoretických a empirických poznatků uvádí, že sexualita ženy se naprosto liší od sexuality muže. Ženská sexualita se na rozdíl od mužské mění více v závislosti na sociálních faktorech jako je náboženství, kultura a vzdělání, které na ni mají zásadní dopad. Shromáždil důkazy, které

nasvědčují tomu, že ženská sexualita má tendenci být spíše plynulá, tvárná a proměnlivá, zatímco mužská sexualita je považována za více automatickou, přičemž vycházel z následujících předpokladů:

- Průměrná žena s větší pravděpodobností změní své sexuální vzorce v průběhu dospělého života než průměrný muž, a to v takových oblastech, jako je adaptace v manželství, osvojení nových aktivit v dospělosti a změny sexuální preference.
- Sociokulturní faktory, jako je vzdělání, náboženství, politická ideologie, kultura a vrstevníci, mají obecně silnější vliv na ženskou sexualitu než na mužskou.
- Ženy jsou méně konzistentní ve svých sexuálních postojích k panenství, schvalování mimomanželské sexuální aktivity, sexu navzdory tomu, že o něj nestojí, a zájmu o stejné pohlaví nebo touhy po něm.

1.2 Sexuální zdraví

Sexuální zdraví je stav tělesné, citové, duševní a sociální pohody ve vztahu k sexualitě. Nejedná se pouze o absenci nemoci, dysfunkce nebo slabosti. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a uctivý přístup k sexualitě a sexuálním vztahům, jakož i možnost mít příjemné a bezpečné sexuální zážitky, bez nátlaku, diskriminace a násilí. K dosažení a udržení sexuálního zdraví je třeba respektovat, chránit a naplňovat svá sexuální práva i práva ostatních lidí. World Health Organization. (2010).

Ve vysoce kvalitní zdravotní péči by mělo být sexuální zdraví integrováno se všemi aspekty péče o pacienta a mělo by mít stejné postavení jako péče fyzická, duchovní, sociální a psychická. Wilson, H., & McAndrew, S. (Eds.). (2000).

2. Sexualita v těhotenství

Sexuální vzorce v oblasti těhotenství mají své kořeny hluboko v kultuře, historii, sociálních konstruktech a jsou do jisté míry ovlivněny náboženstvím, tradicemi a společenskými normami. Jawed-Wessel, S., & Sevick, E. (2017).

Názory na sex v graviditě se měnily s vývojem lidstva, vždy v souvislosti s kulturními, náboženskými, ideologickými a ekonomickými změnami. U některých etnik, jako jsou například Peršané, byl sex v těhotenství zakázán nebo se dokonce trestal usmrcením ženy i muže. Indové naopak k pohlavnímu aktu během těhotenství nabádaly a věřily v to, že má díky ejakulátu významný přínos pro plod. V devatenáctém století byla pro společnost během těhotenství důležitá sexuální abstinence, která zaručovala zdravé a inteligentní dítě. Weiss, P. (2010)

Weiss dále zmiňuje, že v současné době je postoj k sexu velmi benevolentní a za fyziologických podmínek prakticky neexistuje důvod sex v graviditě omezovat nebo zakazovat. Zahraniční autoři Arousell a Carlbom (2016) však tvrdí, že mnohá náboženství a kulturní tradice mají dodnes svůj vlastní pohled na to, jaké sexuální praktiky jsou v období těhotenství přijatelné a jaké ne.

Období těhotenství je charakterizováno fyzickými, psychickými i hormonálními změnami v životě ženy a významně ovlivňuje i její kvalitu života, partnerský vztah a sexualitu. Brtnicka, H., Weiss, P., & Zverina, J. (2009).

Těhotenství je završením pohlavního života muže i ženy, ale zájem o sex a intimitu tímto obdobím nekončí, naopak přetrvává po celou dobu jeho trvání, avšak s jistými změnami. (Weiss, P. 2010, str. 295). Studie ukazují, že pokračování v sexuálních aktivitách během těhotenství nemá negativní vliv na jeho fyziologický průběh (pokud není těhotenství označeno za rizikové), a naopak pomáhá párům se více sblížit, komunikovat a prostřednictvím tohoto dalšího životního období i posílit jejich intimní a partnerský vztah. Nakić Radoš, S., Soljačić Vraneš, H., & Šunjić, M. (2015).

Sexualitě a problematice sexuálního života v těhotenství je v dnešní době věnováno nedostatečné množství pozornosti. V odborných publikacích a literatuře, týkající se porodnictví, gynekologii nebo sexuologii, se témata sexuality v těhotenství vyskytují pouze okrajově a často jsou uváděna nejednotná a protikladná tvrzení. Korbel', M., Nižňanská, Z., & Redecha, M. (2011).

2.1 Somatické změny ovlivňující sexualitu v těhotenství

V období těhotenství dochází u žen ke změnám ve fyzické a hormonální sféře. Tyto změny mohou být jednou z příčin snížené sexuální touhy, angažovanosti při různých sexuálních aktivitách s partnerem a často ženy vedou k nespokojenosti a snížené kvalitě nejen sexuálního života. Jamali, S., & Mosalanejad, L. (2013).

Hormonální situace v těhotenství se naprosto liší od jiných životních etap. Vysoké hladiny hormonu estrogeneru, progesteronu a prolaktinu, které jsou pro těhotenství významné, jsou také příčinou většiny těhotenských příznaků. (Weiss P., 2010) Dle zahraničních výzkumů může nevolnost, zvracení, přibývání na váze, únava a další fyzické příznaky těhotenství negativně ovlivnit fyzickou, psychickou a sexuální pohodu ženy. Sagiv-Reiss, D. M., Birnbaum, G. E., & Safir, M. P. (2012)

Studie od Yildiz (2015) prokázala, že sexuální funkce ženy během těhotenství klesají také díky somatickým změnám, jako je právě nevolnost, únava, zavodňování a další. Hanafy, Srour a Mostafa (2014) ve své práci uvádí, že žena se jako sexuální partner cítí kvůli fyzickému vyčerpání, problémovému dýchání a otokům méně atraktivní a její zapojování se do sexuálních aktivit s partnerem tak může být negativně ovlivněno.

V těhotenství dochází z hlediska somatických změn také k razantnějšímu prokrvování ženského pohlavního orgánu, což může na druhou stranu zvyšovat sexuální apetit a prožívání pohlavního styku může být intenzivnější než v období před otěhotněním. Uvádí se, že k prokrvení dochází i u ženských zevních intimních partií, což má potom za následek zvýšenou citlivost v této oblasti a možnost intenzivnějšího prožitku orgasmu. Některé ženy tak mohou prožívat orgasmus jednodušeji, rychleji a vícekrát za sebou. Roztočil, A. (2008)

2.2 Psychické změny ovlivňující sexualitu v těhotenství

V období těhotenství se kromě výrazných výkyvů hladiny hormonů mohou objevit i psychické, emocionální změny, které zasahují do života ženy i jejího pohledu na sebe sama. Mohou také ovlivňovat sexuální chování ženy i muže. Různé pocity a psychické stavy ženy vyplývající z negativního vnímání těhotenských změn mohou mít svůj význam i v mezilidských, sociálních a rodinných vztazích. McDonald, E., Woolhouse, H., & Brown, S. J. (2017).

Ve studii, kterou provedli Seven, Akyüz a Güngör (2015) byl výsledkem výzkumu negativní vztah mezi úrovní úzkostných pocitů těhotné ženy a její sexuální funkcí. Žena

zažívající v průběhu těhotenství stupňující se úzkosti, zažívá pravděpodobně i negativní změnu ve svém chování a fungování v rámci své sexuality. Podobné výsledky uvádějí ve své studii i další zahraniční autoři, kteří potvrzují negativní korelaci mezi sexuálními funkcemi a úzkostí či depresí. Nik-Azin, A., Nainian, M. R., Zamani, M., Bavojdan, M. R., Bavojdan, M. R., & Motlagh, M. J. (2013)

Důležitou sexuální aktivitou, jež ovlivňuje spokojenost páru s jejich sexuálním životem v období těhotenství, je pohlavní styk. Pauleta, Pereira a Graça (2010), kteří publikovali studii zahrnující 199 žen, poukázali na to, že necelých 24 % z těchto žen vyjádřily už v prvním trimestru obavu a strach z pohlavního styku. Golanty a Edlin (2011) uvádí, že obecně sexuální funkce žen mírně klesá v prvním trimestru, proměňuje se v trimestru druhém a prudce klesá ve třetím trimestru.

Co se týče změn ve vnímání svého těla, každá žena tuto problematiku prožívá a vypořádává se s ní individuálně a různými způsoby. V kvalitativní studii autoři Chang, Chao a Kenney (2006) popsali dvě témata, které ženy v rámci své tělesnosti a psychiky vnímají. První pohled na změny svého těla vychází z perspektivy ženy jako partnerky, která pociťuje, že její fyzický vzhled, případně změny v tělesných proporcích v rámci těhotenství, mají vliv na partnerský vztah. Druhým tématem, kterým se žena zabývá, je koncepce prospívání zvyšujících se kilogramů na váze pro zdravý vývoj dítěte. Pokud těhotná žena vnímá tyto dva pohledy, může prožívat vnitřní konflikt mezi osobním zájmem udržet si svou „ideální“ váhu a mateřským zájmem o to, co je dobré pro ještě nenarozené dítě.

Jedna z běžných psychických potíží, kterou může žena během svého těhotenství prožívat je benigní těhotenská encefalopatie, která se týká poruchy kognitivní složky a projevuje se zhoršenou soustředěností, orientací a problémy s pamětí, což se však během období šestinedělí zlepšuje. Deprese a úzkost jsou dalšími typickými emocemi projevující se během těhotenství. Deprese je často zapříčiněná hormonálními výkyvy, kdežto úzkost takový podklad nemá. Úzkostné pocity často vycházejí ze dvou oblastí. Tou první je strach z průběhu těhotenství a nadcházejícího porodu a ta druhá pramení ze zodpovědnosti a s ní spojenými pochybnostmi o výchově dítěte. Časté jsou také obavy ze strany ženy i muže ohledně ublížení dítěti při sexuálních aktivitách. (Weiss P. 2010)

2.3 Sexuální chování těhotných žen v trimestrech

Sexuální chování v těhotenství je podmíněno sociálními, kulturními, demografickými a náboženskými faktory společně i s úrovní vzdělání, záměrem mít dítě, trváním manželství a

věkem, ve kterém se žena i muž v období těhotenství nachází. Situace těhotné ženy v rámci těchto faktorů je velmi individuální a ojedinělá. Wrobel, B., & Karasek, M. (2008).

Výše zmíněné faktory hrály roli i v zahraniční studii provedené na 111 španělských ženách, kde se ukázalo, že sexuální apetit, spokojenost a sexuální touha se s postupujícím těhotenstvím snižují. Rivas, R. E., Navío, J. F., Martínez, M. C., Miranda León, M. T., Castillo, R. F., & Hernández, O. O. (2016). Pokles sexuální aktivity pozorovaný v této studii potvrzují i předchozí výzkumy. Gałazka, I., Drosdzol-Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M., & Skrzypulec-Plinta, V. (2015).

Sexuální chování může být také ovlivněno zdravotními komplikacemi, vlastním přesvědčením, gestačním týdnem a fyzickým a psychickým prožíváním během sexuálních aktivit. Významný pokles sexuální aktivity, který je spojen s poklesem četnosti pohlavních styků a možnosti prožívat orgasmus, se objevuje u mnoha žen v průběhu těhotenství, zejména pak ve třetím trimestru. Serati, M., Salvatore, S., Siesto, G., Cattoni, E., Zanirato, M., Khullar, V., ... & Bolis, P. (2010) Studie od Radoš, Vraneš a Šunjić (2015) uvádí, že pokles sexuální aktivity je spojen nejen s nízkou četností pohlavních styků, ale také se sníženou sexuální touhou a pocitem nespokojenosti.

Po prvním trimestru plném těhotenských příznaků přichází trimestr druhý, ve kterém už se situace může značně měnit. Obvykle je to doba větší emoční stability, žena má více energie a jakmile ustoupí fyzické nepohodlí, může pociťovat zvýšený sexuální apetit a zapojovat se tak více do sexuálních aktivit. Tahle změna je zapříčiněná hlavně zvýšenou vaginální lubrikací a průtokem krve pohlavními orgány, napomáhající tak snadnějšímu dosáhnutí orgasmu. Malarewicz, A., Szymkiewicz, J., & Rogala, J. (2006).

Situace se opět proměňuje ve třetím trimestru, který je posledním a zároveň nejnáročnějším obdobím těhotenství. Provozování pohlavního styku a sexuálních aktivit je náročnější a méně časté kvůli fyzickým i psychickým překážkám. Stres a obavy z průběhu nadcházejícího porodu či možných komplikací se také zvyšují, čímž ovlivňují celkový stav ženy. Corbacioglu Esmer, A., Akca, A., Akbayir, O., Goksedef, B. P. C., & Bakir, V. L. (2013).

Výrazně mění se situace pozorována ve třetím trimestru také potvrzuje studie od Chang, S. R., Chen, K. H., Lin, H. H., & Yu, H. J. (2011), jež poukazuje na to, že v tomto období dochází mezi matkou a dítětem k vytvoření velmi silného citového pouta a žena aktivně plánuje a organizuje svůj současný život s cílem přizpůsobit se nové situaci a roli rodiče.

3. Sexualita po porodu

Poporodní období je provázeno zvládnáním přechodu do další životní etapy, adaptací na novou roli a významnými psychickými i fyzickými změnami. Porod je silný zážitek jak pro ženu, tak i pro partnera, je-li přítomen. Tato zkušenost a následné hormonální, fyzické i psychické změny spojené s poporodním obdobím mohou významně ovlivnit vzájemnou sexuální přitažlivost partnerů. Johnson, C. E. (2011).

Obnovování sexuálního života po porodu závisí na několika faktorech včetně bolesti souvisejících s poporodním poraněním, psychické pohody, partnerského vztahu a informací, které byly ženě nebo páru poskytnuty ze strany lékařských pracovníků. Většině žen je řečeno, že pokud neexistují žádné komplikace nebo fyzické problémy, které by komplikovaly nebo ohrožovaly hojení ženy po porodu, mohou svůj sexuální život obnovit po šestém týdnu po porodu, tedy koncem šestinedělí. Taková informace však může na ženy působit negativně, jelikož i v případě, že jsou ženy fyziologicky připravené na obnovení sexuálního života, z nějakého jiného důvodu se tak cítit nemusí, což může na ženy působit jako tlak a vyvolat v nich určité pochybnosti. Sok, C., Sanders, J. N., Saltzman, H. M., & Turok, D. K. (2016).

Acele a Karaçam (2012) ve své studii uvádí jako hlavní prediktor postnatálních sexuálních problémů přítomnost sexuálních problémů už během těhotenství společně s faktory jako je věk, absolvování dvou či více porodů nebo poporodní poranění, které mohou negativně ovlivnit sexuální zdraví ženy po porodu.

3.1 Psychické změny ovlivňující sexualitu po porodu

Zahraniční studie uvádí, že přibližně 85 % žen zažívá poruchy nálad v prvních dnech a týdnech po porodu dítěte, přičemž 20 až 22 % žen splňuje diagnostická kritéria pro poporodní depresi. Je možné, že tyto hodnoty jsou v realitě daleko vyšší, avšak vlivem studu nebo jiných překážek může být pro některé ženy nekomfortní mluvit nebo se svěřovat někomu ze zdravotnictví o jejich psychických problémech. Dennis, C. L., Heaman, M., & Vigod, S. (2012).

Goodman a Santangelo (2011) uvádí podobná čísla. V období po porodu prožívá 15 až 30 % žen příznaky, splňující diagnostická kritéria pro psychické poruchy jako je deprese, úzkost, posttraumatická stresová porucha a porucha příjmu potravy, zatímco zbylé procento žen, zažívající psychické problémy, se v rámci svých příznaků nacházejí pod úrovní diagnostického kritéria.

Leeman a Rogers (2012) se ve své práci zmiňují, že poporodní deprese snižuje sexuální touhu ženy, její schopnost dosáhnout orgasmu, a zároveň ovlivňuje její prožívání potěšení, radosti a dalších kladných emocí.

Ženy mohou pociťovat také změnu ve vnímání pohlavního styku co se týče jeho role, důležitosti a významovosti. Nízká důležitost pohlavního styku má několik faktorů, přičemž může být ovlivněna psychosociálními faktory jako je adaptace na roli matky, odpor ke změnám rolí a vazba mezi matkou a dítětem. Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. (2012).

Také fyzické změny jako je váha po porodu, změna tvaru a funkce prsou a výskyt strií nebo jizev mohou snížit sexuální motivaci ženy a přispívat tak k poklesu sexuálního zájmu. Bancroft, J., & Graham, C. A. (2011).

Rok po narození dítěte je specifický důkladnějším poznáváním ženy s dítětem, péčí, a zároveň může být doprovázen pocity psychické pohody, naplnění, radosti a smyslu. Jedná se však také o období zvýšené psychické zranitelnosti. Žena může vedle radostných pocitů pociťovat také silné výkyvy nálad až po závažnější psychické problémy. Kwee, J. L., & McBride, H. L. (2016).

Nejčastější emoční stav vedle poporodní deprese, která vzniká během šestého měsíce po porodu, je také poporodní blues, který postihuje až 80 % žen. Ten je charakteristický zvýšenou citlivostí, plačtivostí, výkyvy nálad, a je obvykle přítomen bezprostředně po porodu s trváním přibližně deseti dnů. Vzhledem k jeho krátkému trvání je jeho význam v rámci vlivu na sexualitu ženy téměř nulový. U žen, jejichž porod byl proveden císařským řezem, mohou psychické problémy přetrvávat delší dobu a mají větší vliv na jejich sexuální spokojenost. Weiss, P. (2010).

3.2 Hormonální změny ovlivňující sexualitu po porodu

Poporodní období je u kojících žen charakterizováno nepřítomností menstruace, která se může v závislosti na častém kojení navracet až čtvrtým rokem po porodu. U ostatních žen je tomu jinak, menstruační cyklus se u nekojících žen obnovuje přibližně 6 týdnů po porodu, jelikož nedochází k fyziologickému procesu spojenému s laktací. Dochází také k útlumu pohlavních ženských orgánů a snižuje se hladina hormonu testosteronu a estrogeneru. (Weiss, P. 2010)

U kojících žen je riziko výskytu problémů v sexuálním životě po porodu daleko vyšší hlavně kvůli změnám hladiny estrogeneru, progesteronu, testosteronu, ale také kvůli zvýšené

hladině oxytocinu a prolaktinu. Leeman, L. M., & Rogers, R. G. (2012). Takové změny snižují hladinu pohlavních hormonů a mohou zapříčinit hypoaktivní, tedy sníženou sexuální touhu. McBride, H. L., & Kwee, J. L. (2017).

4. Partnerský vztah v těhotenství a po porodu v rámci sexuality

Sexuální spokojenost je jedním z klíčových faktorů partnerského štěstí. Snížená sexuální kvalita a s ní spojená nespokojenost nebo jiné problémy negativně ovlivňující sexuální aktivitu tak mohou mít vliv na partnerské konflikty, a dokonce i na rozpad manželství či partnerství. Güleroglu, F. T., & Beşer, N. G. (2014).

Důležitým aspektem spokojenosti v partnerství v rámci sexuality je také vyhovující oboustranná komunikace, která je spojována s vyšší mírou intimity a blízkosti. Ahlborg, T., Dahlöf, L. G., & Hallberg, L. R. M. (2005). Špatná komunikace je naopak spojována s vyšší mírou sexuální nespokojenosti a výskytem většího množství manželských nebo partnerských problémů a konfliktů. Blair, K. L., Pukall, C. F., Smith, K. B., & Cappell, J. (2015). Posílení a zlepšení vzájemné komunikace páru může mít pozitivní dopad na jejich intimitu a sexuální odezvu. Montesi, J. L., Fauber, R. L., Gordon, E. A., & Heimberg, R. G. (2011).

4.1 Přejít od partnerství k rodičovství

Přejít od partnerství k rodičovství může být obdobím velké radosti a štěstí, zároveň je to doba, kdy mohou páry čelit významným výzvám, týkajících se společného sexuálního života a kvality partnerského vztahu. Partneri jsou nuceni vyrovnat se s novými životními rolmi, především rodičovskými, a ztrátou rolí původních, jako je ztráta nebo narušení profesní oblasti. Parker, K., & Wang, W. (2013).

Rodičovství není jednou událostí, jež se stane po narození dítěte, ale spíše procesem, jež má tendenci fluktuovat s vývojem dítěte. Takové změny mohou být ovlivněné kulturním a sociálním prostředím, životní situací a dalšími faktory specifickými pro daný pár. Je to období změn a vzestupů i pádů jak pro jednotlivce, tak i pro partnerský vztah a dítě. Schulz, M. S., Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2006).

Období po narození dítěte je často spojováno s nárůstem partnerských konfliktů a celkovou nízkou spokojeností ve vztahu. Mitnick, D. M., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2009). Maas, McDaniel, Feinberg a Jones (2018) na základě zjištění ve své studii uvádí, že páry provozují sexuální aktivity méně často a popisují období přechodu od partnerství k rodičovství v porovnání s obdobím před otěhotněním jako méně sexuálně uspokojivé. Maas, M. K., McDaniel, B. T., Feinberg, M. E., & Jones, D. E. (2018).

Dítě vyžaduje velkou část pozornosti, z čehož může pramenit žárlivost. Olsavsky, Mahambrey, Berrigan a Schoppe-Sullivan (2020) uvádí vyšší míru žárlivosti vůči vztahu

partner-kojenec u jedinců, mající vůči svému partnerovi úzkostnou vztahovou vazbu. Úzkostná vazba je charakterizována nedůvěrou ve vztahu, pochybnostmi a strachem z odmítnutí nebo opuštění ze strany partnera. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). Úzkostlivější jedinci mohou považovat narození dítěte a množství času a pozornost jemu věnované za ohrožení jejich romantického vztahu, čímž se žárlivost zvyšuje. Pacey, S. (2004).

Ženy a muži prožívají přechod k rodičovství odlišně, zejména pokud jde o jejich zapojení do péče o dítě, případně o děti. Cowan, Cowan, Heming, Garrett, Coysh a Curtis-Boles (1985) uvádí, že otcové jsou aktivnější během porodu a rané péči o dítě, pak se obvykle snaží o finanční zabezpečení své rodiny. Přechod ženy k rodičovství bývá dramatičtější, s významnými změnami v pracovním životě a v domácím prostředí. Matky mají tendenci se primárně soustředit na péči o dítě. Výsledky také poukazují na to, že se matky zapojují více do úkolů, týkajících se péče o dítě v prvním i čtvrtém měsíci po porodu než otcové. Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2012).

Co se týče psychického prožívání, ženy zažívají častěji po narození dítěte nespokojenost než muži a uvádí depresivitu, stres a nízké sebevědomí. Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B., & Pratt, M. (2000). Matthey, Barnett, Ungerer a Waters (2000) na základě svých výzkumných zjištěních však uvádí, že pokud se muži nachází v nevyhovujícím partnerském vztahu, jsou zranitelní vůči psychickým obtížím stejně jako ženy.

Duševní stav mužů má vliv na kvalitu partnerského vztahu. Bývá spojen s podporou, jež muži poskytují ženám v těhotenství a po porodu. Špatný duševní stav muže tak může negativně ovlivňovat způsob, jakým podporuje ženu. Podpora ze strany partnera má důležitý význam v období těhotenském a poporodním, zejména pro psychickou a fyzickou pohodu ženy. Rubertsson, C., Waldenström, U., & Wickberg, B. (2003).

Harwood, McLean a Durkin (2007) ve své studii zkoumali, zda mají noví rodiče příliš optimistická očekávání ohledně rodičovství, a pokud ano, jak to ovlivňuje jejich přizpůsobení se této roli. Výsledky jejich výzkumu ukázaly, že snížená blízkost, nekvalitní komunikace a zvýšená četnost konfliktů v partnerském vztahu mají negativní dopad na partnerskou spokojenost, přizpůsobení se novým podmínkám v poporodním období a na rané dětství dítěte.

Různá míra sexuální touhy a způsoby, jakými partneři vzniklé situace řeší, mají v dlouhodobém vztahu vliv na jejich sexuální spokojenost a kvalitu partnerství. Jedním z aspektů, jež může být nápomocný v průběhu přechodu páru z partnerství k rodičovství, je podobnost postojů, týkajících se společné výchovy dítěte a také očekávání ohledně rozdělení si

rodičovských povinností, jež od toho druhého v rámci nové etapy mají. Lawrence, E., Nysten, K., & Cobb, R. J. (2007).

4.2 Sexuální život páru v období těhotenství

Všechny vztahy někdy prochází lepšími a horšími obdobími co se týče kvality nebo kvantitativy společných sexuálních aktivit, včetně pohlavního styku. Těhotné ženy a jejich partneři jsou však více zranitelní. Dlouhodobý pokles sexuální aktivity v souvislosti s těhotenskými příznaky, negativními pocity nebo přesvědčeními, týkající se sexuality během těhotenství, má významný dopad na intimní chvíle páru a na jejich vztah. Nakić Radoš, S., Soljačić Vraneš, H., & Šunjić, M. (2015).

Pauleta, Pereira a Graça (2010) ve své studii uvádí, že zachování partnerské intimity, posílení vztahu a vzájemná vztahová angažovanost jsou v tomto období pro pár zvláště důležité. Mnoho žen v těhotenství zažívá výrazný pokles sexuální touhy a spokojenosti, muži takový pokles však nedeklarují. Nedávná studie Erbil (2018) ale ukázala, že ze vzorku 125 žen, 44 % z nich zaznamenalo negativní změnu v sexuálním chování svého partnera během období těhotenství a necelých 59 % žen shledalo takovou změnu problémovou vůči jejich intimnímu vztahu. Výsledky studie také ukázaly, že u velké většiny žen byl v partnerském vztahu iniciátorem pohlavního styku během těhotenství muž.

Snížená sexuální frekvence však není vždy spojena se sníženou sexuální spokojeností. Často to bývá právě blízkost k partnerovi, která má subjektivně odlišnou významovou hodnotu než četnost sexuálních aktivit. Jawed-Wessel, S., Santo, J., & Irwin, J. (2019).

O prožívání mužů v období těhotenství se toho však ví pořád málo. Neexistuje dostatek výzkumů, které by prokázaly, zda mají partneři těhotných žen menší nebo větší obavu z pohlavního styku v tomto období než ženy. Publikovaná zahraniční studie Radoš, Vraneš a Šunjić (2015) však v jejich šetření zjistila, že mužští partneři zastávají negativnější postoje k pohlavnímu styku než těhotné ženy.

Sexuální chování partnerů během těhotenství je velmi individuální. Na sexuální vztah má vliv psychické prožívání, mýty o sexu v těhotenství, sexuální dysfunkce a fyzické změny ženského těla. Není pochyb o tom, že nejen ženy, ale i muži mohou mít tendenci vyhýbat se pohlavnímu styku právě kvůli mýtům ohledně sexuální aktivity v graviditě. Sacomori, C., & Cardoso, F. L. (2010).

Páry často omezují svůj sexuální život během těhotenství právě kvůli různým obavám týkající se pohlavního styku. Někteří se obávají, že by pohlavní styk mohl zapříčinit předčasný porod, prasknutí vody nebo fyzické či psychické postižení plodu. Shojaa, M., Jouybari, L., & Sanagoo, A. (2009). Radoš, Vraneš a Šunjić (2014) provedli studii s 150 ženami, která uvádí, čeho konkrétně se ženy v rámci sexuálních aktivit nejvíce obávají. Výsledky uvádí 57 % žen, které deklarovaly, že se alespoň někdy obávaly, že by provozování pohlavního styku mohlo ublížit plodu. Obavu, že by pohlavní styk mohl vyvolat předčasný porod zmiňovalo necelých 59 % žen a 48 % se obávalo, že by pohlavní styk mohl způsobit infekci plodu.

Nekomunikované obavy v rámci sexuálních aktivit v těhotenství se později mohou stát mnohem větším problémem v partnerském vztahu. Některé páry mohou zjistit, že nízká vzájemná sexuální touha a angažovanost v období těhotenství určitým způsobem pouze maskuje jejich už dřívější sexuální problémy, neshody nebo nespokojenost. Těhotenství tak může mít význam odpočinku od špatného sexu ať už se strany muže, ženy či obou pohlaví. Nespokojenost potom může výrazně zesílit po porodu, jelikož v tomto období dochází k znovunabytí sexuálního života. Foux, R. (2008).

Dalším důležitým aspektem kvalitního sexuálního života v těhotenství je subjektivně vnímaná podpora partnera, která je úzce spjata se sexuální spokojeností. Beveridge, J. K., Vannier, S. A., & Rosen, N. O. (2018). Tuto korelaci potvrzuje studie, která uvádí míru subjektivně hodnocené podpory partnera a vzájemnou přitažlivost během těhotenství jako klíčovou pro sexuální spokojenost v období po porodu. Získané výsledky dále ukazují, že partnerská podpora v průběhu těhotenství hraje větší roli v souvislosti se sexuálním uspokojením žen následně po porodu než podpora od partnera v průběhu porodu. Jaworski, M., Panczyk, M., Królewicz, I., Belowska, J., Krasuski, T., & Gotlib, J. (2019).

4.3 Sexuální život páru v poporodním období

Životní etapa rodičovství zahrnuje spoustu změn a adaptací včetně sociálních, fyzických, mezilidských, vztahových a sexuálních sfér, jež toto období ovlivňuje. I přesto, že se většina studií, týkajících se období po porodu, věnuje spíše matkám, partneři nejsou v rámci těchto změn výjimkou. Současné výzkumy ukazují, že sexuální touha ze strany partnera vnímaná ženou v poporodním období silně koreluje s touhou a dřívějším obnovením individuálního i společného sexuálního života. Hipp, L. E., Low, L. K., & van Anders, S. M. (2012).

Důležitým aspektem spokojeného vztahu vedle podpory je dobrá komunikace, což platí zejména v období po porodu. V zahraniční studii Lorenz, Ramsdell a Brock (2020) zjistili, že bolest při pohlavním styku prožívaná ženou, měla vliv na sexuální frekvenci po porodu pouze u párů, které uváděly vzájemnou komunikaci o sexu jako nedostatečnou.

Údaje z další rozsáhlé studie od Woolhouse, Gartland, Perlen, Donath a Brown (2014) ukazují, že spokojenost, co se týče emoční stránky ve vztahu po narození prvního dítěte, významně klesá a během prvních 4 let po porodu se nevrací na úroveň, ve které byla v období těhotenství. Spokojenost v intimním vztahu v dané studii klesla z 87 % v pozdním těhotenství na 68 % v prvních třech měsících po porodu a po 4,5 letech po porodu klesla na 53 %. Navzdory tomu, že jsou vztahy v postnatálním období velmi zranitelné a bývají vystaveny značnému tlaku, není této problematice věnována dostatečná pozornost. Tomu nasvědčují výsledky australské studie, která uvádí, že spokojenost ve vztahu bez zatížení těhotenstvím nebo poporodním obdobím je u žen 79 % a u mužů 88 %. Richters, J., Grulich, A. E., de Visser, R. O., Smith, A. M., & Rissel, C. E. (2003).

Fyzická přitažlivost mezi ženou a mužem v období po porodu je také faktor, který má vliv na spokojenost v jejich sexuálním životě. To však může být pro ženy obtížné, jelikož si po porodu prochází významnými tělesnými změnami a sami se mohou ve svém těle cítit nespokojené. Mezi pohlavími existují jisté rozdíly, co se týče preference fyzické přitažlivosti partnera a její vliv na spokojenost v dlouhodobém vztahu. Fyzická přitažlivost partnerů hraje větší roli při předpovídání spokojenosti mužů ve vztahu než spokojenosti žen. Vnímání žen jako méně atraktivních po porodu tak může mít vliv na kvalitu partnerství a negativně ovlivnit především jejich sexuální život. Meltzer, A. L., McNulty, J. K., Jackson, G. L., & Karney, B. R. (2014).

4.4 Informovanost a edukace páru ohledně sexuality v těhotenství a po porodu

Ke každému jednotlivci je třeba přistupovat individuálně, s respektem vůči jeho možnostem, potřebám a obavám. Většina zdravotníků nahlíží na sexualitu jako na důležitý aspekt v životě jedince i páru, který je těhotenstvím a poporodním obdobím značně ovlivněn. Aby se však předešlo dlouhodobým negativním následkům jako jsou sexuální potíže v období těhotenství a po porodu, je třeba také zvýšit informovanost, povědomí a nabídnout edukaci párům i jednotlivcům. Redelman, M. (2017).

Studie o sexualitě během těhotenství a po porodu se v poslední době rozrostly. Výzkumníci a kliničtí lékaři stále více vnímají význam zdravých sexuálních vztahů v rámci intimních partnerství pro spokojenost a kvalitu života jedince. Jawed-Wessel, S., & Sevic, E. (2017).

V souvislosti s výsledky z různých studií, které naznačují, že intimní vztahy jsou v letech po porodu napjatější, náročnější a zranitelnější, se ženy dožadují od odborníků v oblasti primární zdravotní péče více informací, týkajících se změn v intimních a sexuálních vztazích po porodu. Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. J. (2014).

Ačkoliv mnoho kultur a lidí považuje sexualitu a s ní spojenou otevřenou komunikaci stále za tabu, literatura uvádí, že ženy takové informace potřebují a jsou připravené se o tomto tématu podle individuálních preferencí bavit. Uvádí se však, že zdravotníci mají potíže komunikovat téma sexuality kvůli posuzování a diagnostice sexuálních dysfunkcí, z důvodu předsudků, nedostatku znalostí, očekávání, postojů a terminologie související s kulturním prostředím, ve kterém se nachází. Yıldız, H., & Dereli, E. (2012).

Ve studii Seven, Akyüz a Güngör (2015), jejíž součástí bylo 286 těhotných žen, se 77,5 % z nich domnívalo, že je pohlavní styk vhodný během nekomplikovaného těhotenství. Pouze 15,7 % z žen diskutovalo o svém sexuálním životě se zdravotníky a 19,6 % tuto pomoc vůbec nezvažovalo, i když měly v oblasti sexuálního života problémy.

Další studie Tugut, Golbasi, Bulbul (2017) zahrnující 112 žen v rizikovém těhotenství, se zabývá konkrétními důvody, které stály v cestě dotazování se zdravotnického personálu. 53,6 % žen nepoložilo zdravotníkům otázky a důvody vysvětlily takto: rozpaky nebo nekomfortní pocity při rozhovoru o sexu (23,1 %), strach z nepochopení zdravotnickým personálem (11,5 %), považování sexuality za soukromou záležitost (9,6 %), ignorování sexuality (5,9 %), negativní postoje zdravotnického personálu (3,8 %) a nevědomost ohledně toho, komu otázku položit (3,8 %). Z účastníků, kteří byli schopni informace o sexuálních záležitostech získat, je 50 % získalo od zdravotních sester, zatímco zbylých 50 % od lékařů. Bylo zjištěno, že více než polovina žen s vysoce rizikovým těhotenstvím vyjádřilo potřebu být informovány o sexualitě v těhotenství.

Co se týče informovanosti a edukaci žen po porodu, zdá se, že je chabá, nebo úplně chybí. Ženy samy uvádějí, že pocítují potřebu lepších informací a komunikace ohledně toho, co můžou očekávat v poporodním období. Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. J. (2014). Výzkum, zahrnující zjištění týkající se informací nebo rad, které ženy obdržely o svém

postnatálním zdraví, uvádí pouze 30 % žen, které takové informace údajně obdržely, přičemž 60 % žen uvedlo, že by informace o postnatálním sexuálním uvítaly a přišly by jim užitečné. Chivers, M. L., Pittini, R., Grigoriadis, S., Villegas, L., & Ross, L. E. (2011).

Ne vždy mají páry systematické znalosti o pohlavním styku během těhotenství, což bývá někdy spojeno s neodhalenými obavami. Mýty o sexu během těhotenství jsou velmi silné faktory, způsobující strach a obavy vedoucí k zamezení sexuálního kontaktu mezi mužem a ženou. Fok, W. Y., Chan, L. Y. S., & Yuen, P. M. (2005). Individuální sexuální výchova tak může být velmi nápomocná a je prokázána jako účinný prostředek k sexuální pohodě a spokojenosti páru během těhotenství. Heidari, M., Amin Shokravi, F., Zayeri, F., Azin, S. A., & Merghati-Khoei, E. (2018).

Je důležité informovat těhotné ženy a jejich partnery také o normální fluktuaci sexuální touhy a sexuálních polohách, které jsou v tomto období komfortnější. Allen, L., & Fountain, L. (2007). Vzdělávání párů za účelem zvýšení informovanosti o normálních fyziologických, tělesných i psychických změnách snižuje jejich obavy, zlepšuje sexuální aktivitu během těhotenství, snižuje stresový stav páru a pomáhá jejich otevřené komunikaci. Četné studie uvádějí pozitivní korelaci mezi informovaností a uspokojivou sexuální funkcí. Fok, W. Y., Chan, L. Y. S., & Yuen, P. M. (2005), Corbacioglu Esmer, A., Akca, A., Akbayir, O., Goksedef, B. P. C., & Bakir, V. L. (2013).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6. Metodika výzkumu

V následující části bakalářské práce jsem popsala vybranou metodu a postup určený pro tento výzkum. Kromě toho seznamuji čtenáře s výzkumným tématem, výběrem zkoumaného vzorku, etickými aspekty výzkumu, průběhem sběru dat a cílem výzkumu. Pro výzkumné šetření jsem zvolila metodu kvalitativního šetření a pro zpracování a následné vyhodnocení dat tematickou analýzu.

6.1 Kvalitativní výzkum

Metodu kvalitativního výzkumu jsem vybrala zejména proto, že umožňuje podrobnější vhled do problematiky a hlubší porozumění danému tématu, což se vzhledem k povaze výzkumných cílů a otázek jeví jako vhodné.

Důležitým motivem pro volbu kvalitativního výzkumu byla také komplexnost tématu. Ve výzkumu jsem se snažila vyhnout se zobecňování problematiky a chtěla jsem spíše poukázat na subjektivní zkušenost dané ženy. Participantky měly díky metodě výzkumu prostor zmínit i další aspekty, spojené s jejich sexualitou v těhotenství a po porodu, které nebyly zahrnuty ve scénáři nebo struktuře rozhovoru.

6.2 Vlastní předporozumění zkoumanému tématu

Za důležitý aspekt při výzkumném šetření považuji vlastní sebereflexi. Snažila jsem se proto si své domněnky a teorie ohledně tématu uvědomit a pokusit se odložit stranou společenské předpoklady a postoje.

Jsem si vědoma komplexností a citlivostí tématu, jež je zároveň velmi individuální. Proto také považuji za důležité přistupovat k problematice ohleduplně a s respektem.

S tématem sexualita v těhotenství a po porodu jsem se dříve nesetkala, tudíž jsem neměla příležitost si na tuto problematiku udělat svůj názor. Své domněnky jsem získala na základě zprostředkovaných informací od gynekologického lékaře, vědeckých publikací a následně prostřednictvím přímého styku s ženami, které takovou zkušenost mají.

Domnívám se, že sexualita ve vztahu k těhotenství a období po porodu patří ve společnosti mezi témata poměrně méně často akcentovaná, a proto mohou respondentky své odpovědi filtrovat nebo pociťovat ostych. Předpokládala jsem, že největším stresorem jsou pro ženy v období těhotenství a po porodu tělesné změny, ovlivňující jejich psychiku, sexualitu a partnerský vztah. Partnerství a vzájemnou komunikaci ohledně sexuality v těchto obdobích považuji na základě empirických poznatků za klíčovou pro spokojenost ženy se svým

sexuálním životem. Na základě studií, zmíněných v teoretické části práce, jsem se domnívala, že participantky mohou vnímat informovanost a edukaci od lékařů ohledně sexuality v těhotenství a po porodu jako nedostačující. Ze stejného důvodu jsem dále předpokládala, že velmi důležitou složkou pro vyrovnávání se s jednotlivými změnami, které tato období přináší, je partnerská podpora.

6.3 Výzkumný problém a cíl výzkumu

Na základě studia odborné literatury, zahraničních článků a publikací vnímám, že v České republice je výzkumných zjištění týkajících se tématu sexuality v těhotenství a po porodu jen velmi malé množství. Zajímalo mě, s jakými situacemi se ženy v těhotenství a po porodu v rámci jejich sexuality potýkají, jak se sexuální život s partnerem mění, a jak tyto období zvládají.

Hlavním cílem bakalářské práce je prohloubit poznatky o tom, jaké je prožívání žen v jednotlivých obdobích z psychického i fyzického hlediska, a jak se sexualita žen, které si touto zkušeností prošly nebo procházejí mění. Dílčím cílem výzkumu je také zjistit jaký vliv má narození dítěte na partnerský vztah.

6.4 Výběr výzkumného souboru

Pro výběr výzkumného souboru jsem vybrala metodu záměrného výběru. V kvalitativním přístupu se jedná o jednu z nejrozšířenějších metod, jež spočívá v cíleném vyhledávání účastnic výzkumu na základě předem stanovených kritérií, která splňují. (Miovský, 2006).

Zkoumaný soubor tohoto výzkumu tvoří pět žen, které byly vybrány na základě těchto kritérií:

- Participantky byly těhotné a následně porodily
- Participantky mají dítě se stávajícím a dlouhodobým partnerem (jsou spolu déle než rok)
- Doba po porodu dítěte dosahuje nanejvýš tří let
- Těhotenství nebylo označeno za vysoce rizikové

Participantky jsem vzhledem k epidemické situaci v České republice získala prostřednictvím sociálních sítí, kdy jsem oslovila ženy ve svém okolí, které splňovaly všechna kritéria výzkumu a souhlasily s poskytnutím online rozhovoru k této práci.

6.5 Etické aspekty výzkumu

Nejprve jsem ženy seznámila s tématem bakalářské práce a jejím účelem. Dále jsem participantky informovala o průběhu výzkumu, přičemž si mohly vybrat mezi setkáním „na živo“ nebo v online prostoru. Participantky souhlasily s nahráváním rozhovoru přes aplikaci Zoom Meetings a následně s jeho transkripcí do textového dokumentu. Dále jsem je obeznámila s tím, že získaný materiál poslouží výhradně pro účely této bakalářské práce.

Participantky podepsaly informovaný souhlas (viz. Příloha č. 2), jehož obsahem je seznámení s tématem, účelem práce a informace o tom, že účast na výzkumu je zcela dobrovolná. Mohou odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv výzkum přerušit. V informovaném souhlasu jsem také uvedla, že všechny data včetně jejich identity budou anonymizovaná, což jsem uskutečnila změnou uvedených křestních jmen a jiných identifikačních údajů.

6.6 Scénář rozhovoru

Rozhovor (viz. Příloha č. 1) byl zaměřen na několik oblastí v rámci daného tématu. Nejdříve jsem poprosila participantky o porovnání svého sexuálního života před těhotenstvím, v těhotenství a po porodu. Participantky tak mohly volně mluvit o tom, jak tato období vnímaly a prožívaly.

Následně jsem se ptala, jaký význam má v jejich životě sex, po jaké době měly poprvé po porodu s partnerem pohlavní styk, přičemž mě zajímalo, jak tuto situaci prožívaly po psychické i fyzické stránce, a jak se potom změnila četnost a délka jejich pohlavního styku. Zpětně vnímám takto směřované otázky, nesoucí technický charakter, jako nepřislušící povaze mého výzkumu.

Několik otázek jsem věnovala tomu, jestli se ženy po porodu dítěte cítí jinak než předtím, co se týče vlastní atraktivity a sexuální přitažlivosti vůči partnerovi. Zjišťovala jsem, jak ženy prožívaly nebo prožívají fyzické změny spojené s těhotenstvím a porodem, a jakým způsobem vnímají sebe samu jako ženu po porodu dítěte.

Dále jsem se soustředila na různé sociální okruhy spojené s tímto obdobím, ptala jsem se na informovanost, komunikaci s okolím i partnerem a postoj k různým mýtům, týkajícím se sexuální aktivity v těhotenství. Mým záměrem bylo vytvořit si obraz o individuálním prožitku ženy, o tom, s čím se ženy v těhotenství a po porodu setkávají, jakým situacím čelí a jaké změny jim taková životní zkušenost přináší.

6.7 Průběh sběru dat

Pro samotný sběr dat jsem vybrala metodu polostrukturovaného rozhovoru, jež díky předem dané struktuře umožňuje dobrou orientaci v otázkách a tématech. Zároveň jsem měla možnost se v průběhu rozhovoru doptávat na doplňující informace a s ohledem na citlivost tématu a stanovené cíle výzkumu zkoumat téma do hloubky. Strukturu rozhovoru a pořadí předem daných otázek jsem upravovala dle potřeby a průběhu rozhovoru, přičemž jsem participantky usměrňovala při odklonění se od tématu. Otázkami jsem podněcovala ženy k tomu, aby se zaměřily na své prožívání, avšak vnímám, že některé otázky nebyly formulované nejlépe k tomuto účelu, z čehož si беру ponaučení.

Sběr dat byl uskutečněn v únoru roku 2021. Všechny rozhovory jsem zrealizovala z důvodu epidemie a trvajícím restrikcím online prostřednictvím platformy Zoom Meetings v předem dohodnutém čase, který byl přizpůsoben potřebám a možnostem účastnic výzkumu tak, aby zásadně nenarušoval jejich denní plán.

Poté, co byly účastnice seznámeny s výzkumem a s jeho etickými aspekty, následoval samotný rozhovor. Snažila jsem se především o vytvoření přátelské atmosféry, aby se ženy cítily příjemně. Tomu dopomohlo oboustranné zapnutí web kamery, se kterým participantky souhlasily. Rozhovory trvaly přibližně půl hodiny, přičemž žádný z nich nebyl nijak časově limitován. Na konci rozhovoru měly participantky možnost poskytnout mi zpětnou vazbu a vyjádřit se k danému tématu.

Další částí výzkumu byla transkripce zvukové stopy rozhovorů získané z nahrávání prostřednictvím komunikační platformy Zoom Meetings do textového dokumentu, který byl následně použit k analýze dat.

6.8 Metoda analýzy dat

Pro analýzu dat mého výzkumu jsem zvolila metodu tematické analýzy, kterou Braun a Clarke (2006) označují jako „metodu identifikace, analýzy a odkazování ke vzorům (tématům) v datech“. (s. 79) Předem jsem si nastudovala odbornou literaturu a široké množství vědeckých článků k dané problematice, která mi pomohla neopomenout důležité aspekty zkoumaných dat při jejich zpracování.

K výzkumu této práce jsem použila následující postup, který Braun a Clarke (2006) uvádí při práci s tematickou analýzou:

1. *Seznámení se s daty:* Dochází k transkripci dat, pročítání jejich přepisu v textovém dokumentu a zaznamenávání prvotních úvah.
2. *Generování počátečních kódů:* V této fázi si výzkumník všímá zajímavých a opakujících se kódů, které mohou být podkladem pro vytvoření témat.
3. *Hledání témat:* Výzkumník shromažďuje údaje, které jsou relevantní pro každý kód, nesoucí určitý význam. Pro lepší přehlednost se v této fázi doporučuje využití různých mentálních a tematických map.
4. *Přezkoumání témat:* Jedná se o ověření jednotlivých poznatků a vytváření hranic mezi tématy. Výzkumník kontroluje kvalitu vytvořených kódů a sleduje, jestli něco neopomenul.
5. *Definování a pojmenování témat:* V této fázi probíhá definování témat a určování vztahovosti mezi jednotlivými tématy a jejich významy.
6. *Vypracování zprávy:* Poslední fází analýzy je podání zprávy o finálních výsledcích daného výzkumu a zjištěných tématech.

Výzkumu této fázi věnuji následující kapitolu.

7 Výsledky

V této kapitole jsem uvedla výsledky výzkumu, které jsem získala metodou tematické analýzy. Po představení účastnic výzkumu jsem se věnovala jednotlivým tématům, jež se u nich společně objevily.

7.1 Představení participantů

Aneta

Anetě je 25 let, se svým partnerem je tři roky a mají devítiměsíčního chlapečka. Aneta byla před otěhotněním se svým sexuálním životem spokojená do té doby, než se začali snažit o miminko. V těhotenství měli s manželem pohlavní styk pouze jednou, jelikož byla vyčerpaná a nebylo jí to příjemné. Aneta se v těhotenství necítila přitažlivá a neměla žádné sebevědomí. Po porodu prožívala velké bolesti při pohlavním styku a nyní po devíti měsících má na sexuální aktivity méně času i chuti, partner je však chápající. Anetin sexuální život zahrnuje i masturbaci, která nebyla před otěhotněním příliš častá, ale v těhotenství ji využívala hodně, jelikož se necítila dost přitažlivá na to, aby provozovala sexuální aktivity s partnerem. Nyní na ni má opět málo času i méně chuti. Aneta byla v těhotenství od doktorky informovaná ohledně nevolnosti a pohlavního styku, pouze však povrchně. Většinu problémů řešila se svou matkou nebo hledala informace na internetu. S partnerem o problémech týkajících se sexuálních aktivit otevřeně komunikovali. Anetě se po partnerově přítomnosti u porodu odboural veškerý stud, který před ním měla. Změny svého těla Aneta vnímala velmi negativně, ze začátku se s tím nedokázala smířit a nebyla se sebou spokojená. Nyní o svých tělesných změnách komunikuje s partnerem více než předtím. Aneta mýtům ohledně sexuálních aktivit v těhotenství nevěnovala příliš pozornosti a řídila se svým vlastním rozumem.

Simona

Simoně je 26 let a má devítiměsíčního chlapečka. S partnerem jsou spolu deset let, z toho dva roky manželé. Simona byla před těhotenstvím na operaci děložního čípku, tudíž s manželem dlouho dobu nemohli provozovat pohlavní styk. V době před operací byla se svým sexuálním životem spokojená. Ze začátku těhotenství měli s manželem pohlavní styk standardně, avšak sexuální apetit neměla kvůli těhotenským nevolnostem. Po pátém měsíci těhotenství pohlavní styk neprovozovali, příčinou byly bolesti, které pokračovaly i po porodu. Nyní prožívá pohlavní styk daleko intenzivněji, i když je ze začátku bolestivý. Simona před otěhotněním prakticky nemasturbovala. Po jeho začátku masturbaci praktikovala často, nyní po porodu opět vůbec. Většinu informací Simona vyhledávala na internetu nebo od blízkého okolí,

od doktorky dostala jen základní informace, které jí stačily. S partnerem o jejich sexuálním životě otevřeně komunikují a nemají v tomto ohledu žádný problém. Tělesné změny svého těla v těhotenství Simona vnímala ze začátku pozitivně, s přibývajícím závažností však byla velmi nespokojená. Co se týče fyzických změn po porodu, Simona je prožívá hodně negativně a vnímala se jako nepřitažlivá. Měla velký strach z toho, že na ni manžel bude kvůli přítomnosti u porodu nahlížet jinak, což se však nestalo. Mýty ohledně sexuální aktivity v těhotenství zaznamenala, ale nedávala jim žádnou váhu, za to manžel měl určité obavy. Sex jako takový považuje Simona za důležitý prvek ve vztahu, ale momentálně je pro ni podstatnější péče o dítě.

Tereza

Tereze je 31 let a má patnáctiměsíčního chlapečka. S partnerem jsou spolu šest let, z toho dva roky zasnoubení. Tereza vnímá, že měla před těhotenstvím chuť na pohlavní styk mnohem více, než je tomu teď. Jeden z důvodů je únava, neustálá péče o dítě i určitá ztráta blízkosti s partnerem. Tereza popisuje, že si intimitu s manželem nahrazuje blízkostí se svým dítětem, tudíž nepocituje potřebu mít pohlavní styk. V první půlce těhotenství s manželem provozovali pohlavní styk standardně, což se později kvůli tělesným změnám a s tím i spojenou náročností pohlavní styk provozovat změnilo. Po porodu měla Tereza velké obavy z bolesti při pohlavním styku, jež porovnávala k pocítům před prvním sexem. Co se týče prožitku daného aktu, zásadně se pro ni nezměnil kromě prvního půl roku po těhotenství, kdy bylo pro Terezu obtížné dosáhnout vyvrcholení. Kvůli přítomnosti manžela u porodu vnímá, že z ní opadl veškerý stud vůči němu. Aktuálně pro ni pohlavní styk nese význam potřeby lidského uspokojení. V těhotenství byla pro Terezu masturbace podstatná, ale nyní na to už nemá dost času. Změny svého těla Tereza vnímala negativně, přišla si hodně nepřitažlivá, nehezká i kvůli problémům s váhou v minulosti. Nyní je sama se sebou velmi spokojená, je hrdá na své tělo a necítí potřebu líbit se mužům. Co se týče informovanosti, Tereza by si přála, aby se od doktorů dozvěděla více, přičemž by jí lepší komunikace při různých situacích velmi uklidnila. Od odborníků se moc nedozvěděla a chyběla jí z jejich strany i určitá poporodní péče. Případné potíže komunikovala hodně s kamarádkami. S partnerem byla komunikace velmi nejasná. Ohledně sexuální aktivity v těhotenství Tereza slyšela mnoho mýtů, včetně toho, že je sex v těhotenství nebezpečný, řídila se však vlastním rozumem.

Michaela

Michaela je 26 let, má tříletého chlapečka a aktuálně je v sedmém měsíci těhotenství. Se svým partnerem jsou spolu deset let, z toho tři roky manželé. Michaela byla se svým

sexuálním životem před těhotenstvím spokojená. Aktuálně pohlavní styk s partnerem vnímá jako intenzivnější a lepší, i když na to dříve měli více času. Michaela měla na začátku prvního těhotenství vztah k pohlavnímu styku velice kladný, což se nyní v druhém těhotenství změnilo. Teď se tomu snaží spíše vyhybat a není jí to příjemné. Michaela využívala masturbaci před těhotenstvím jen zřídka, během prvního těhotenství velmi často, nyní na masturbaci nemá ani pomyslení. Tělesné změny po porodu vnímala Michaela velmi špatně. Byla hodně dlouho sama se sebou nespokojená, pomohly jí komunikace a ujištění od partnera. V druhém těhotenství má o sobě větší pochybnosti než v prvním a necítí se pěkná. Co se týče informovanosti a komunikace s doktorem, Michaela si svého gynekologa velmi pochvaluje. Podporoval ji a informoval ji i manžela o všem, co potřebovali vědět a v čem se cítili nejistě. Další informace vyhledávala dle potřeby v mobilní aplikaci pro těhotné a v literatuře. S manželem o všem otevřeně komunikovali a v tomto ohledu neměli žádný problém. Michaela vnímá spokojenost se svým sexuálním životem za velmi důležitý aspekt šťastného vztahu.

Kateřina

Kateřině je 35 let a má dva syny, kterým je čtyři a půl roku a patnáct měsíců. Se svým partnerem jsou spolu třináct let, z toho jedenáct let manželé. Pro Kateřinu ztratil sex před oběma těhotenstvími jakési kouzlo, jelikož hlavním cílem bylo otěhotnět. V obou těhotenstvích měla problém provozovat jakékoliv sexuální aktivity, přišlo jí to divné. Cítila se velmi neatraktivní a nebyla se sebou vůbec spokojená. Pohlavní styk po prvním porodu Kateřina vnímala jako lepší, po druhém porodu to pro ni bylo kvůli poporodním komplikacím velmi bolestivé. Kateřina má chuť na pohlavní styk větší, čím jsou děti starší. Blízkost je pro ni však podstatnější než samotný akt. Vyvrcholení nyní vnímá jako intenzivnější, jednodušší a častější. Kateřina po porodu dvou dětí vnímá pozitivní změny ve své intimitě i ženskosti. Cítí se atraktivnější, i když zrovna není upravená, a přestala se věcí tolik bát. Kateřina své tělesné změny vnímala velice špatně a nebylo to pro ni lehké přijmout, jelikož s tímto tématem měla špatné zkušenosti v minulosti. Co se týče její informovanosti, Kateřina navštěvovala v prvním těhotenství těhotenský kurz, pořídila si knihy a sledovala mobilní aplikaci. V druhém těhotenství tyto informační prostředky nepotřebovala a takovou zkušenost hodnotí jako mnohem příjemnější. S komunikací s doktorem byla Kateřina velice nespokojená, když potřebovala, nedostala od nich takové informace a péči, které se dožadovala a kterou potřebovala. S partnerem o všem otevřeně komunikovali a byl jí oporou.

7.2 Popis společných témat

Z představení jednotlivých respondentek je jasné, že každá má odlišnou zkušenost se sexualitou v těhotenství a po porodu. S ohledem na individuální rozdíly každé respondentky je zřejmé, že každá žena tyto období prožívala rozdílně. Hledala jsem zejména taková témata, která se opakovala u více participantek. Nejprve jsem analyzovala jednotlivé rozhovory, poté vyhledávala společná témata.

V této výzkumné části jsem se zaměřila na popis výsledných společných témat s cílem uvést konkrétní příklady za pomoci přímých citací z jednotlivých rozhovorů. Dále jsem se s ohledem na téma a odpovědi respondentek rozhodla pro rozdělení zkoumaných okruhů do čtyř hlavních kapitol, přičemž každá z nich obsahuje několik témat, která se objevila jako společná.

7.2.1 Sexuální život před otěhotněním a v těhotenství

Zde představuji témata, jež se u participantek objevovaly v období před těhotenstvím a v těhotenství.

Snaha o dítě

Aneta a Katka považovaly období, kdy se s partnerem snažily o miminko jako méně uspokojující. Prožívání pohlavního styku nebylo stejné jako předtím. Obě ženy popisovaly, že se hlavním cílem pohlavního styku stalo početí dítěte, a veškerá soustředěnost šla tímto směrem.

„Nám jakoby, to vyhovovalo všechno. Akorát pak jsme se vlastně začali snažit o to miminko, a ten, vlastně nám to moc nešlo. Takže už to pak bylo jako takový, že spíš, když jsem měla ovulaci, tak prostě jsme si to šetřili a prostě bylo to takový, no tak dnes musíme, teď musíme prostě. Tak už to pak na konci bylo takový, jakože je to hlavně o tom, ale jako furt to bylo dobrý, ale prostě už jsem věděla, že prostě jakoby, že to dělám kvůli tomu. Nedělám to proto, že mě to baví, že jo.“ (Aneta, řádek 4)

Kateřina popisuje, že tyto pocity měla před prvním i druhým otěhotněním.

„Předtím, než jsem otěhotněla v obou případech, tak to bylo takový, jako za cílem toho otěhotnění. Jako opravdu, pro mě to ztratilo nějaký kouzlo jako v té chvíli, protože jsme chtěli dítě, a tak jsem se soustředila na to, aby bylo dítě.“ (Kateřina, řádek 5)

Partnerova obava

Aneta, Simona a Michaela uváděly, že jejich partner měl obavy z ublížení dítěti nebo přímo jejich osoby při pohlavním styku. Ženy o této obavě mluvily především ze strany partnera, žádná z nich neuvédla, že by tuto obavu s partnerem sdílela.

„On se teda hlavně bál jako, nebo aspoň mi to tak řekl, že se prostě bojí, aby mu třeba neublížil nebo něco jo, aby mně něco neudělal.“ (Aneta, řádek 91)

„Ale jako manžel se bál, že by mu tím mohl ublížit, jako zeptal se, ale pak už jsme to jako nijak neřešili, pak už to bylo v pohodě.“ (Simona, řádek 84)

Michaela uvedla, že měl partner kvůli této obavě problém provozovat pohlavní styk. Rozhodla se, že poprosí gynekologa, aby mu situaci lépe vysvětlil a téma s ním probral.

„No v prvním těhotenství manžel semnou moc spát nechtěl, protože se hrozně bál, že ublíží miminku. Prostě jak přišla ta změna, že se to břicho zvětšilo, a že se to dítě začalo hýbat, tak se strašně jako lekl. To vím, že jsem tenkrát i jako poprosila gynekologa, jestli by s ním na toto téma mohl promluvit, protože on se strašně bál, že mi ublíží, nebo že ublíží malýmu, že by ho tam nějak mohl žduchnout.“ (Michaela, řádek 87)

Těhotenské břicho jako překážka

Tři participantky zmínily, že těhotenské břicho začalo být v jejich sexuálním životě překážkou. Některé ženy kvůli této tělesné změně postrádaly sexuální apetit a ovlivnilo to vzájemnou angažovanost v sexuálních aktivitách.

„(...) ty první měsíce jsem měla jako velkou chuť, později už ne, jak to břicho začalo být překážkou.“ (Michaela, řádek 12) „Je to horší s tím břichem najít tu polohu, někdy jako jak se poskládat jo, někdy je to vtipný.“ (Michaela, řádek 83)

„No a v těhotenství, podle mě třeba tak do půlky těhotenství to bylo stejný jako předtím a pak už se to měnilo hlavně kvůli tomu, že jak roste to břicho, tak už je to pak jako fyzicky dost náročný nebo jako jiný než předtím.“ (Tereza, řádek 7)

Aneta se zmiňuje o tom, že tato tělesná změna do jakési míry ovlivnila partnerovu angažovanost v jejich sexuálním životě.

„A pak už vlastně jak jsem rostla a všechno tak jakoby, já jsem měla chuť třeba, ale toho chlapa to úplně jako neláká, když pak jsem měla to břicho, tak je to takový, takže asi jednou jsme to zkoušeli.“ (Aneta, řádek 12)

Sexuální apetit

U mnoha žen se ukázalo, že se v těhotenství nějakým způsobem měnil jejich sexuální apetit, chuť na pohlavní styk, případně další aktivity. Níže uvedené participantky uváděly, že chuť na sex nepocíťovaly z důvodu těhotenských tělesných změn, jako je nabírání na váze, nevolnost a vyčerpání. Je důležité zmínit, že jedna z participantek při porovnání dvou těhotenství uvedla, že u prvního těhotenství pocíťovala zvýšenou chuť na pohlavní styk a u druhého naopak úplnou absenci sexuálního apetitu. Tento jev pouze potvrzuje fakt, že se jedná o velice individuální zkušenost.

„Ale prostě fakt, jak mi bylo blbě, tak jsem vůbec na to neměla ani pomyslení.“ (Aneta, řádek modrá) „V těhotenství to bylo takový blby, protože já jsem vlastně první trimestr hrozně zvracela, takže jsem a měla, byla jsem fakt hrozně vyčerpaná, takže to jsme vůbec jakoby, neměli sex, vůbec jsem na to neměla chuť.“ (Aneta, řádek 65)

„A chuť jsem měla ale až tak od toho 6. měsíce, protože jsem celou dobu zvracela do 6. měsíce, takže jsem na to neměla ani pomyslení. Takže to bylo, to se hodně jako snížila naše sexuální aktivita.“ (Simona, řádek 13)

Michaela porovnává své dvě těhotenství. V prvním těhotenství měla chuť na sex zvýšenou a nyní pocíťuje, že je tomu jinak a je jí to nepříjemné.

„V prvním těhotenství jsem měla chuť na sex velkou, ale třeba teď v tom druhém je to naopak. U druhého jsem ze začátku chtěla pořád a teď nechci vůbec. Jsem v 7 měsíci a je to, tak dobrý, tak si to odbijeme, ale vůbec na to nemám chuť. Nevím, čím to je, u prvního to bylo furt a teď ne. Je mi to částečně i nepříjemný, snažím se tomu vyhnout. Je to možná i tím, že jak už máme toho jednoho chlapečka, tak mám víc starostí. Hlavně to druhý těhotenství je náročný, já jsem 4 měsíce skoro prozvracela, nebylo mi dobře.“ (Michaela, řádek 18)

Pro Kateřinu bylo divné mít jako těhotná žena sex zejména z toho důvodu, že se necítila dobře, co se týče tělesných změn, které nastaly.

„No a během těhotenství to pro mě bylo no go, já jsem v těhotenství nemohla jako cokoli provozovat, protože mně to přišlo divný a neměla jsem na to chuť. Já jsem se strašně necítila v tom, jak jsem jako strašně ztloustla, a tak nějak jsem jenom viděla, jak mám obrovský

břicho, zadek, nohy, všechno. A prostě jsem si připadala strašně neatraktivní a tím, jak jsem byla dýl těhotná, tak mi to přišlo divnější.“ (Kateřina, řádek 8)

Masturbace

Všechny ženy uváděly masturbaci jako jednu ze sexuálních aktivit, kterou provozovaly. Z důvodu fyzické náročnosti nebo pocitů nepřítažlivosti byla masturbace u níže uvedených žen považována za komfortnější cestu, jak uspokojit své potřeby v těhotenství.

„V těhotenství potom, jak už jsem byla větší, tak už jakoby, jsem to potřebovala, takže jakoby nějakým způsobem jo.“ (Aneta, řádek 42) „Ale jako v tom těhotenství jo no, protože jsem na to měla chuť a teď prostě jsem věděla, že nejsem úplně přitažlivá, že jo. Tak prostě nějakým způsobem ty potřeby tam prostě jsou no, takže já jsem určitě jako to provozovala.“ (Aneta, řádek 45)

„Tak v těhotenství, to bylo podle mě ke konci jako jedinej způsob, jak mě to jako nějak bavilo, nebo jak to už fyzicky nešlo, tak jsem to dělala víc.“ (Tereza, řádek 60)

7.2.2 Sexuální život po porodu

Tato podkapitola si klade za cíl odpovědět na to, s jakými tématy se ženy po porodu v rámci jejich sexuality potýkají a jak následující náročné poporodní období prožívají v rámci návratu k sexuálnímu životu po šestinedělí. Inspirací pro otázky dané této oblasti sexuálního života byla kapitola „Sexualita v šestinedělí a po porodu,“ která obsahuje teoretický podklad pro danou problematiku, získaný díky studování odborné literatury, která je v teoretické části citována.

Únava a změna dynamiky partnerského vztahu

Všechny participantky uváděly, že únava po porodu, zapříčiněná starostmi o domácnost a dítě, má negativní vliv na jejich sexuální život. Dynamika partnerů se na základě nového přírůstku do rodiny zásadně mění, což v rozhovorech často uvádí jako problematičké.

„(...) jako není to žádná sláva, tak jednou za 14 dní. Zaprvé únava jo, není čas, je to takový jako, že já jdu spát třeba dřív, nebo manžel jde spát dřív, já ještě čekám na další krmení, je to, hodně se to změnilo. Fakt je to úplně něco jiného, než když jsme byli sami.“ (Simona, řádek 19) „(...) my si v podstatě ten sex teďka plánujeme, protože to jako skrz malýho, koupání, krmení, všechny tady ty věci, venčení psa, prostě všechno se teďka musí hodně plánovat dopředu,

takže mi přijde že ten sex je míň spontánní třeba, než byl dřív, o dost. Je to o dost jiný.“ (Simona, řádek 63)

Tereza zmiňuje, že se jejich partnerský vztah kvůli dítěti výrazně změnil, převážně negativně. Popisuje, že vedle únavy pociťuje i ztrátu blízkosti s partnerem.

„U mě je to dost spojený s tím, že jsem prostě strašně unavená, že jo, jako s hlídáním malýho, v noci pořádně nespí. Taky máme teď oddělený ložnice, já spím s malým a manžel v naší ložnici. No a jsem prostě strašně unavená, takže poslední věc, jako na co bych měla chuť, je jako ten sex.“ (Tereza, řádek 4) *„Z části je to kvůli únavě, jako fyzický vyčerpání, a z části taky to, že to, jak máme malýho, tak z části se ten vztah zásadně změnil jo. Takže teď prostě u nás je dlouhodobě docela dusno, nebo není nám jako úplně fajn v tom partnerským vztahu, takže když nejsem unavená jako fyzicky, tak vlastně na to ani nemám jako moc chuť.“* (Tereza, řádek 15)

Pocit, že jsem znovu panna, obavy z bolesti

Níže citované ženy při dotazu na pohlavní styk po porodu uváděly přirovnání prvního pohlavního styku po porodu k pocitům před ztrátou panenství či přímo prožívání těchto pocitů na začátku nebo v průběhu sexuální aktivity. Často zmiňovaly bolesti při prvním pohlavním styku zapříčiněné také poporodním zraněním.

„Ale po tom porodu, to prožívání bylo takový, že jsem měla velký strach z té bolesti, že to bude prostě nepříjemný, že to bylo jako něco podobnýho, jako když holka je panna a čeká ji to poprvé, tak možná takovýhle obavy.“ (Tereza, řádek 24) *„(...) je důležitý jako zmínit, že jsem měla jako celkem velký poranění po tom porodu, takže to bylo takový bolestivý, nepříjemný, a ze začátku jsem měla takový obavy, že mi nebylo komfortně v tom sexu.“* (Tereza, řádek 53)

„(...) pak jako napoprvé po porodu to bylo hrozně divný, to jsem si říkala, že je to jako přijít o panenství znova.“ (Kateřina, řádek 14)

Simona zmiňuje, že způsob, jakým ji zašili poporodní poranění, zásadně změnil její prožívání pohlavního styku, zejména co se týče začátku pohlavního styku.

„Jako přijde mi to, že mě zašili asi jako nějak víc, takže mi přijde, že jsem taková užší, tím pádem vždycky když spolu spíme, tak mi to přijde, že jsem panna. Jako, že mě to ze začátku trošku bolí, ale potom už dobrý no. Ale jako je to o hodně jiný.“ (Simona, 30)

Intenzivnější prožitek vyvrcholení

Většina žen na otázku ohledně prožívání pohlavního styku a vyvrcholení po porodu odpověděla, že jej pociťují intenzivněji. Při porodu dochází k fyziologickým změnám ženských intimních partií, což může být jedna z možností, proč k této změně dochází.

„No jako myslím si, někdy je to jakoby intenzivnější. Já jsem s tím dřív, přiznám se, měla jakoby trošku problém, že jako, trvalo mi to. Teď jako, to není tak hrozně dlouho.“ (Aneta, řádek 35)

Simona zmiňovala jako důvod intenzivnějšího prožitku méně časté sexuální aktivity s partnerem.

„Jako přijde mi to, je to intenzivnější, jako teď v tu sobotu jsem dostala i křeč do nohy. Já si hlavně myslím, že je to tím, že spolu spíme po delší době, jo, jakože člověk už je nadřezenej. Shodli jsme se s manželem na tom, že si to víc užijeme, když spolu spíme po delší době. Je to takový intenzivnější, ale nemyslím si, že s tím má porod něco společného.“ (Simona, řádek 27)

„Je to intenzivnější. Opravdu mi přijde, že je to takový lepší. Je pravda teda, že já jsem dlouho kojila, asi do 2 let. I v tom období kojení to bylo všechno takový intenzivní, bylo to lepší. A už se dokážu asi i líp tak jako odreagovat nebo líp se uvolnit. Ale po tom porodu to fakt vnímám všechno jako intenzivněji.“ (Michaela, řádek 38)

Kateřina zmiňuje jako důvod intenzivnějšího prožitku období těhotenství.

„Je to intenzivnější, častější, jednodušší. Nějakým způsobem mám pocit, že to těhotenství to ovlivnilo nebo nějak pozměnilo. Je to nějak jednodušší dosáhnout vyvrcholení, častěji a rychleji. Takže v tomhleto je ten rozdíl velikej.“ (Kateřina, řádek 51)

Přítomnost partnera u porodu, opadnutí studu

Aneta a Tereza zmiňovaly, že přítomnost manžela na porodním sále hrála významnou roli ve změně prožívání studu, ostychu. Stydlivost má i v dlouhodobém vztahu vliv na spokojenost a kvalitu sexuálního života partnerů. Níže uvedené participantky považují takovou zkušenost a změnu prožívání ke vztahu s partnerem za významnou.

„Asi se miň stydím po porodu, protože jako ten porod byl strašnej. On tam viděl naprosto všechno.“ (Aneta, řádek 75) *„Ale jako vždycky jsem měla strašnej problém sundat si podprsenku. I když jsem s tím chlapem byla už 4 roky, tak mi to vždycky dělalo hroznej problém,*

takže to se jakoby, všechno odbouralo, že teď prostě s tím fakt nemám problém. Protože ten chlap mě viděl kojít, všechno, a najednou jdou tady ty věci úplně stranou.“ (Aneta, řádek 77)

„(...) myslím si, že tím, jak byl se mnou u toho porodu a celou dobu na tom porodním sále, tak tam padla poslední jako nějaká stydlivost.“ (Tereza, řádek 63)

Přítomnost dítěte jako rušivý element při provozování pohlavního styku

Všechny participantky hovořily o tom, že kvůli přítomnosti dítěte v domácnosti, musí být při intimních chvílkách s partnerem opatrní a narušuje to kvalitu daného prožitku. Popisují, že je to daleko náročnější, než když jsou sami. Jsou tam i určité obavy z toho, že by je dítě mohlo vidět.

„Fakt je to úplně něco jiného, než když jsme byli sami. Samozřejmě předtím tady s náma spal malej v pokojíčku, teď už teda jsme ho dali pryč, tak je to trošku jakože, aji před tím dítětem nám to bylo takový blbý, takže jsme se snažili třeba na sedačce a tak, jakože někde mimo. Ale teďka už je to zase přístupnější, že s náma není v té ložnici.“ (Simona, řádek 21)

Simona a Tereza popisují negativní pocity z přítomnosti dítěte v jedné místnosti při intimních chvílích s partnerem.

„(...) taky tím, že malej nám k tomu nedá jako příležitost. Když usne a máme na to chuť, tak ale musíme být hodně rychlí, protože se pravděpodobně za chvíli zase probudí.“ (Tereza, řádek 42) *„No, ještě vím, že mě napadlo, že třeba když byl úplně malinkej a spal jako u sebe v postýlce a měli jsme ho jako třeba v ložnici, tak jsme jako spali třeba i před ním spolu, a to už jako neděláme. A vím, že jako moje kamarádky říkaly, jako, že je to malý, to mimino, že to nemůže nějak vnímat. A jako vím, že před tím mám takový jako ostych, že mi to přijde jako divný no. Že, že to bych jako nedělala, když to mimino spí.*“ (Tereza, řádek 126)

Michaela a Kateřina se zmiňují o tom, že kvůli dítěti dochází k přerušení sexuálních aktivit s partnerem.

„Jako samozřejmě někdy je to náročnější, když třeba malej se vzbudí, tak rychle to utnout.“ (Michaela, řádek 45)

„(...) když má člověk věčně u hlavy chůvičku, a každý zašumění jsme řešili. Kolikrát jsme jako spolu museli přestat, protože fakt třeba začali brečet. A pak, když kluci jako byli větší, tak zase, aby ten starší třeba nepřišel.“ (Kateřina, řádek 44)

Význam pohlavního styku pro ženy po porodu

Participantky často zmiňovaly, že se pro ně v životě role pohlavního styku změnila.

Simona hovoří o tom, že je pro ni sex důležitý ale prioritně se změnil. Porovnávala svůj současný postoj k pohlavnímu styku a potřebu jej praktikovat k období před těhotenstvím. Zdůrazňuje, že je pro ni sexuální život s partnerem důležitý a neměl by se opomíjet.

„Já si myslím, že je pro mě tak zdravě důležitěj. Nikdy jsem nebyla jako nějaká jeptiška, jako to určitě ne. Ale samozřejmě, tím, jak má člověk dítě, tak se mu hodně změní priority, ale jako pořád si myslím, že ten sex k tomu partnerství i manželství jako dost patří. Prostě je to furt věc, která by se neměla opomínat. I když je to miň krát, tak furt si bez sexu život nedokážu představit. Jako neberu sex jen tak, že se z něho stane dítě. Potřebuju ho k životu, to ano, ale nemusím ho mít každej den dvakrát, tak jak jsem ho měla, když jsem byla mladší.“ (Simona, řádek 113)

Tereza vnímá velkou změnu ve své sexuální potřebě. Sdílí, že její potřebu blízkosti naplňuje dítě a svého partnera k tomu nepotřebuje. Vyjadřuje, že před porodem to pro ni důležité bylo.

„No ted' bych právě řekla, že ho vůbec jako nepotřebuju, že jako na nějaký lidský uspokojení, jako toho pudu, to prostě, k tomu jako toho partnera nepotřebuju. A potřeby té blízkosti naplňuje jako dítě. Takže momentálně bych řekla, že kdyby to úplně vymizelo, tak asi jo, asi za čas bych byla frustrovaná, ale s čistým svědomím ted' můžu říct, že by mi to vůbec nechybělo. A před malým to důležitý bylo jako nějaká forma odreagování se a sblížení se s tím partnerem. To důležitý bylo no.“ (Tereza, řádek 118)

Kateřina ve svém rozhovoru často zmiňovala, že blízkost s partnerem je pro ni důležitější než samotný akt.

„Rozhodně je pro mě nejdůležitější ta blízkost s manželem, že jsme vlastně jako spolu, spolu. Kolikrát ve dne jsme vedle sebe jako spíš, že tam není prostor na to, být spolu. Takže když pak máme prostor, tak pro mě je to fakt jako ta blízkost, která mi kolikrát během toho dne chybí.“ (Kateřina, řádek 118)

„Roli si myslím, že hraje velkou. Pro mě, když je funkční vztah, je funkční sex. Pro mě je ve vztahu sex strašně důležitěj, protože si myslím, že to k tomu patří, a nevěřím lidem, kteří mi řeknou, že spolu v posteli jim to neklape, ale nevadí jim to. Prostě myslím si, že je to hrozně důležitý se naladit.“ (Michaela, řádek 100)

7.2.3 Vnímání sebe a svého těla v období těhotenském a poporodním v rámci intimity a sexuality

Ženám jsem také kladla otázky týkající se vnímání jejich tělesných i psychických změn v období těhotenském a poporodním. Participantky hovořily o tom, jak fyzické změny prožívaly, jak je zvládaly a popisovaly psychické změny, které u nich v sebevnímání nastaly.

Negativní prožívání fyzických změn v těhotenství

Všechny ženy si prošly fyzickými změnami v těhotenství. Tyto změny prožívaly zejména negativně a často jim trvalo, než se s nimi smířily. Participantky uvádějí nárůst na váze jako jednu z hlavních příčin, proč se cítily nespokojené.

Tereza sdílí, že měla v období těhotenství deprese. Negativní prožívání tělesných změn však nedává plně za vinu jejímu psychickému stavu, ale domnívá se, že deprese mohla k jejímu negativnímu sebevnímání přispět.

„V tom těhotenství, jsem si připadla extrémně nepřítažlivě. Já jsem teda měla deprese v těhotenství, ale ne daný tímhle, ale určitě to nepřidalo jako na tom, že jsem si nepřišla jako hezká a přitažlivá, a byla jsem strašně zavodněná, na nic jsem nestačila, zadýchávala jsem se do schodů.“ (Tereza, řádek 69)

Michaela uvádí, že tělesné změny prožívala špatně, aktuálně se s tím potýká i v druhém těhotenství.

„No, ze začátku to bylo peklo no, protože já jsem s prvním synem přibrala 18 kilo. A měla, nebo jako mám doted' strie, ale jako hodně velký strie. Hodně dlouho mi trvalo po tom porodu, než jsem najela na tu, nějak na ten, abych se mohla úplně uvolnit, protože jsem ty strie hodně vnímala a byla jsem s tím nespokojená.“ (Michaela, řádek 49) *„Takže ted'ka jako v tomhle těhotenství si nepřipadám pěkná. Dívám se prostě na to, jak mám to břicho zase větší, já teda ho asi nikdy nebudu mít jak modelky, že bych měla malinký břicho a šla rodit. Takže zase mám břicho, zase vynikly ty strie, takže ted' je to takový horší, no.“* (Michaela, řádek 64)

Kateřina zmiňuje, jakým způsobem se nakonec s negativním sebevnímáním vypořádala, a jak se smířila s fyzickými změnami v těhotenství.

„No, takže já jsem to u prvního těhotenství nesla strašně špatně, vnímala jsem každý kilo navíc. A moje máma vždycky komentovala, jak mám velký břicho, a jestli je to hodně nebo málo. A dala mi v tom hrozně zabrat. Když jsem byla těhotná podruhé, tak jsem tohle téma

otevřela na výcviku hned na začátku, protože jsem věděla, že tohleto nechci zažívat znova, a nějak jsem si ulevila. Tak prostě jsem těhotná, mám velký břicho, mám velké zadek a nedělá to mě mnou.“ (Kateřina, řádek 73)

Vyrovňávání se s fyzickými změnami po porodu

Aneta a Tereza mluvily o tom, jakým způsobem se s fyzickými změnami po porodu smířily a jak je přijímaly. Participantky často popisovaly, že se jim po porodu změnily priority a to, že porodily dítě, považují za zážitek, jež má oproti pochybnostem ohledně jejich vzhledu mnohem větší význam, hodnotu.

„To tělo, jako furt se dávám dohromady jo, co se týče kil, co se týče, mě vlastně hrozně popraskalo břicho, takže jako. A tak celkově jako jsem nebyla sama se sebou spokojená.“ (Aneta, řádek 86) „(...) ze začátku třeba 2 měsíce mi dělalo problém se s tím jako smířit, ale jako teď už to asi neřeším, protože jsem si uvědomila, že mám zdravý dítě a porodila jsem ho, dala jsem mu život, a jako to, co mám na těle a jak vypadám, je v závěru úplně prd oproti tomu, co tady potom vedle mě jako roste. Takže teď to беру úplně v pohodě.“ (Aneta, řádek 105)

Tereza zmiňuje velké změny v pohledu na své fyzické nedokonalosti po porodu. Popisuje, že cítí hrdost a obdivuje své tělo za to, jakým způsobem se po porodu dalo dohromady.

„A pak naopak po tom porodu jsem na to svoje tělo jako dost hrdá, že jsem vůbec nečekala, jak rychle se dá zpátky jako do kupy, a vlastně jako samo od sebe, že proto jako nic moc nedělám, že je to vlastně neuvěřitelný, co jako to lidský tělo spojený s tím těhotenstvím vlastně jako dokáže.“ (Tereza, řádek 87)

Změna ve vnímání sebe, své ženskosti, svých potřeb

Tereza a Kateřina zmiňovaly své psychické změny, které u nich po porodu nastaly. Každá z nich má naprosto individuální zkušenost, přičemž se témata týkají jejich ženskosti a potřeb. Popisují, že se porodem dítěte zásadně změnil jejich pohled na ně samotné.

Tereza uvedla, že po porodu syna pociťuje velkou změnu ke vztahu k mužům. Nemá potřebu líbit se. Blízkost s manželem, která momentálně chybí, si vynahrazuje blízkostí se svým synem.

„No a podle mě se taky změnilo to, že když se celý den starám o toho prcka, tak že to tak jako supluje nějakou potřebu blízkosti, té intimacy. Že prostě když jako se s ním mazlím a tak, takže vlastně pak už vůbec nepotřebuju ten kontakt někde jinde no.“ (Tereza, řádek 9) „Na

druhou stranu si myslím, že mi úplně opadlo takový to, že bych se jako chtěla líbit chlapům, nejen manželovi, ale i jako obecně. Že mám pocit, že jako když už toho malýho mám, tak jsem vlastně za vodou, že jsem jako splnila to, abych nějakýho chlapa ulovila, a teď to mám prostě tak jako na háku, že jo, že je mi to jedno.“ (Tereza, řádek 73)

Kateřina hovoří o tom, že porod dítěte změnil vnímání své ženskosti. Tvrdí, že se cítí více sebevědomá jako žena i v rámci své intimity. Popisuje, že prošla přerodem z holky v ženu.

„Jo, já určitě jsem prošla nějakým přerodem, protože když jsem byla těhotná poprvé, tak mám pocit, že byla těhotná ještě holka, že vlastně to nebyla jako dospělá ženská, i když mi bylo jako 30. Nějak mi přijde, že těhotenství mě zženštilo, zatraktivnilo a rozhodně mi to dodalo jako víc úsměvu. Nějak mám pocit, že mi mnohem víc září oči, i když nemám na sebe tolik času, jako nejsem namalovaná, nemám hotovou hlavu nebo mám na sobě jen legíny a triko, tak si připadám mnohem líp se sebou, ve svém těle a rozhodně jako. Mě přijde, že mě to pozměnilo k lepšímu, co se ženskosti i intimity týče. Nějak najednou, jako bych se přestala bát věcí, že jsem si je sama sobě dovolila, asi tím, jak jsem nabyla to sebevědomí v ženskosti, takže, rozhodně to беру pozitivně.“ (Kateřina, řádek 61)

7.2.4 Komunikace ženy s okolím a informovanost v těhotenství a po porodu

V této podkapitole se věnuji informovanosti žen ohledně jejich sexuality v těhotenství a po porodu. Participantkám jsem kladla otázky týkající se komunikace mezi nimi a odborníky, dále spokojenost s komunikací s partnerem ohledně všech aspektů týkajících se fyzických i psychických změn. Dále jsem zjišťovala, jaké zdroje informací participantky vyhledávaly a jaké bylo jejich prožívání.

Otevřená komunikace s partnerem

Všechny participantky zmiňovaly, že považují otevřenou komunikaci s partnerem nejen v rámci jejich sexuality za zásadní a důležitou věc pro spokojené fungování ve vztahu. Popisovaly, jaká komunikace byla, jak se změnila, a jak ji samy vnímaly.

Aneta hovoří o tom, že se partnera dotazovala na jeho názor. Vyjadřuje, že se postupem času komunikace s partnerem ohledně jejího těla změnila k lepšímu, a nyní o tom hovoří více než předtím. V rozhovoru sdílí, že jí partner vyjadřuje podporu.

„No jako ze začátku, to bylo takový, že nic neřekl, a když jsem se ho zeptala, tak jako, snažil se: „samozřejmě nechci tě urazit jako, ale nechci ti ani lhát,“ takže neřekl úplně jako napřímo pravdu, ale teď už říká, tak jako už jdou na mě vidět změny tak říká: „ty jo jako jo, už

jako jde to vidět, seš jako dobrá, makáš, všechno.“ Takže teď už jako to začíná být lepší no. Už začíná jako víc mluvit o té mé postavě a o tom všem jako.“ (Aneta, řádek 115)

Simona zmiňuje, že se s partnerem o jejich sexuálním životě otevřeně baví a nemají problém spolu komunikovat o intimních věcech.

„Tak jako, s manželem jako samozřejmě bavíme se o tom dost často, většinou až po sexu. Teďka jsme se o tom bavili v sobotu, protože jsme měli po čtrnácti dnech, tak jsme si říkali, že bychom to měli trošku zpravidelnit.“ (Simona, řádek 61) „S partnerem jsme spolu docela dost dlouho, takže nemáme problém se o všem bavit.“ (Simona, řádek 70)

Tereza uvádí, že s partnerem při komunikaci dochází k nedorozuměním a jejich komunikace není jasná. Vyjadřuje potřebu tento problém zlepšit, případně jej řešit v poradenském prostředí.

„No s partnerem jsme komunikovali o tom, ale úplně jsme si to nevyjasnili. Dochází k tomu, že se urazí, že já nechci, a přitom je to jenom tím, že jsem šíleně unavená nebo tak. Na tom by chtělo zapracovat určitě, ideálně v prostředí nějaké partnerské poradny, kde by byl někdo třetí a nějak to jako moderoval no.“ (Tereza, řádek 105)

Potřeba lepší komunikace s odborníky

Nespokojenost v komunikaci s odborníky se objevovala u žen, které měly poporodní komplikace nebo si nebyly v nové situaci jisté správností a “normálností“ toho, co u nich po porodu probíhá, jako je například poporodní zranění.

Tereza vyjadřuje vděk za vzdělání, které má, jinak by si nevěděla rady. Zmiňuje také, že jí chyběla poporodní péče, a kdyby byla lépe informovaná, byla by klidnější.

„Ehm, myslím si, že jako díky bohu za to, co mám za vzdělání, že o tom nějaký povědomí mám, protože jinak v té běžný péči gynekologický nebo v nemocnici, tak to člověka vůbec jako nikdo na to nepřipraví. A obecně jako gynekologové, myslím si, že je to jako součást jejich práce, ne tak jako do hloubky, ale že by něco říkat podle mě měli. A rozhodně by se tomu měli věnovat třeba v období poporodním, a jako vůbec nic nikdo semnou nic neprobíral. A jako podle mě, mě by třeba uklidnilo probrat, to by mohla udělat klidně i ta doktorka, co mě rodila, jako kdyby mě uklidnila, že ty poranění jsou běžný, a že kvůli tomu je to šestinedělí, a že se to dá zase nějak jako do kupy. A to taky vlastně nikdo nějak neřešil, neřekl. Nemluví se o tom, a nikdo mi nic neřekl.“ (Tereza, řádek 94)

Kateřina řeřila vážné rozhodnutí ohledně průběhu jejího porodu. Když se doptávala doktorů, nikdo jí nebyl schopen poradit. Vyjadřuje velkou nespokojenost s komunikací odborníků, co se týče pravidelných prohlídek i její předporodní situace.

„Doktoři v podstatě neinformují vůbec z mojí zkušenosti. Já vřdycky, když jsem řla na prohlídku, tak to bylo jako: „tak všechno je dobrý, ted' rychle ultrazvuk, tady vidíme hlavičku, ručičku, všechno dobrý, tak jo, tak na shledanou.“ (Kateřina, řádek 88) „A mně tenkrát strašně chyběla nějaká informace od doktorů, na základě kterých bych se rozhodla. Jako jestli to mám nebo nemám zkusit.“ (Kateřina, řádek 93) „Ale kdyby mi řekli, o jaké procento rizika se jedná, a co se může stát, tak by to bylo mnohem jednodušří, ale tu informaci jsem z nich nedostala, ani když jsem se jich zeptala.“ (Kateřina, řádek 93)

Způsoby vyhledávání informací v těhotenství

I přesto, že každá žena má individuální zkušenost a rozdílný názor na vyhledávání informací, všechny ženy se shodují v potřebě toto období sdílet, komunikovat nebo se informovat.

Kateřina popisuje, jakým způsobem vyhledávala informace, které potřebovala. Říká, že se její potřeba vědět a být informována v druhém těhotenství změnila a vnímá to jako příjemnější zkušenost.

„V těhotenství jsem dokonce chodila na těhotenské kurzy, ten byl jednou týdně několik týdnů. Tam jsme opravdu probírali těhotenství po každém týdnu.“ (Kateřina, řádek 82) „Koupila jsem si nějaký knížky, takže jsem v těhotenství četla. Pak jsem měla appku, která mi říkala, v jakým jsem týdnu a tohle se vyvíjí.“ (Kateřina, řádek 86) „A pak když jsem byla těhotná po druhý, tak to tam vůbec nebylo. Už jsem nepotřebovala těhotenské kurzy, už jsem věděla.“ (Kateřina, řádek 89) „(...) a nebyla tam už ta posedlost hledáním co se děje a jak se děje. Prostě nějak to je a bude. Bylo to příjemnější teda musím říct.“ (Kateřina, řádek 92)

Aneta vzhledem k jejímu dobrému vztahu s její matkou vyjadřuje, že pro ni komunikace s ní plnila roli informovanosti a sdílení.

„Já jsem to převážně řeřila s mojí mamkou, protože ona je taková moje kámořka jako převážně, takže větřinu věcí jsem řeřila s mamkou no.“ (Aneta, řádek 126)

Simona hovoří o tom, že komunikovat ohledně sexuálního života s odborníky nebo veřejností pro ni není příjemné. Sdílení svých prožitků a rady vyhledávala spíše u blízkého okolí.

„Jako nevím no, sex by měl být takovej přirozenější, a jestli se na to někoho potřebuju ptát, tak to bychom měli řešit jako spíš třeba doma s manželem, že je někde nějaký problém, ale s doktorkou, to asi ne. Já bych to spíš řešila s nejlepšíma kámoškama nebo s manželem.“
(Simona, řádek 75)

Michaela vyjadřuje velmi negativní postoj k internetovým zdrojům a za hlavní prostředek k získání informací považuje svého gynekologa, mobilní aplikaci a literaturu.

„Ehm, no tak zaprvé mám skvělýho gynekologa, takže tam opravdu devadesát procent. Nejsem matka, která by dvě hodiny se dokázala s kamarádkou, co má dítě, bavit o tom, co mě čeká. Já to bytostně nesnáším, já se vyhýbám ostatním matkám. Weby typu miminko a takový ty, to jako vůbec. Jediný, co jsem měla, jsem měla na telefonu těhotenský kalendář a mohla jsem si v aplikaci přečíst, co mě čeká. Ale prvotní informace od toho gynekologa. Mám teda i skvělou knížku, tu jsem dostala do mamky, kniha o mateřství, nejsou tam ještě takový ty bio žvásty.“
(Michaela, řádek 70)

8. Diskuze

Pomocí tematické analýzy jsem z rozhovorů zjistila celkem 17 hlavních témat, jež jsem dle vztahovosti a významu uspořádala do čtyř hlavních kategorií.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaký je sexuální život ženy v těhotenství a po porodu dítěte, jakým způsobem ženy tyto změny zvládají a jaké je jejich prožívání z hlediska psychiky i tělesnosti. V tomto okruhu jsem definovala čtrnáct témat, která se dotýkala intimity, partnerství, nově narozeného dítěte a sebevnímání.

Další témata, vztahující se k předešlým tématům, se týkala informovanosti ohledně sexuality v těchto obdobích, komunikace participantek s okolím a mýtům, která se kolem sexuální aktivity v těhotenství vyskytují.

Na základě výpovědí participantek se potvrdil můj předpoklad, získaný na základě studia literatury a odborných článků, že situace po narození dítěte je z hlediska sexuality a dynamiky partnerského vztahu zátěžová. Toto zjištění odpovídá poznatkům Perlana, Donatha a Browna (2014), podrobněji zmíněni v teoretické části práce, kteří uvádí, že spokojenost žen v intimním vztahu po porodu významně klesá. Jak uvádí poměrně nedávná studie autorů Lorenz, Ramsell a Brock (2020), zabývající se vlivem komunikace na bolestivý prožitek ženy při pohlavním styku po porodu, dobrá komunikace mezi partnery, zmiňovaná také ve výpovědích participantek, je důležitým aspektem spokojenosti ve vztahu. Uvědomuji si však, že spokojenost v intimním vztahu je velmi individuální záležitost a každá žena může její význam vnímat odlišně.

Dále jsem se domnívala, že velkým stresorem budou pro ženy fyzické změny typické pro období těhotenství a po porodu. Bancroft a Graham (2011) ve své studii informují, že fyzické změny, jako je váha po porodu, výskyt strií nebo jizev, mohou zasahovat do ženského sebevědomí, a tím i snižovat zájem o sex. Na základě výsledků práce mohu uvést, že zvládání těchto změn často vede k psychické zátěži a zásahu do sebevědomí žen nejen v intimním vztahu vůči partnerovi, ale také vůči sobě samé.

Některé ženy ve svých výpovědích uváděly, že se setkaly ze strany odborníků s neochotou vysvětlit, poradit či pomoci s nějakým problémem. Bylo vysloveno i přání o zlepšení postnatální péče, o kterém se zmiňují autoři Woolhouse, McDonald a Brown (2014), citovaní v teoretické části této práce.

Na základě několika studií uvedených v teoretické části, včetně studie od Fok, Chan a Yuen (2005), zmiňující obavy mužů a žen ohledně provozování sexuálních aktivit v těhotenství, vedoucí ke snížení sexuálního kontaktu, jsem se domnívala, že takové obavy budou pociťovat

jak ženy, tak i muži. Participantky však často uváděly, že jsou to právě muži, kteří jsou vůči mýtům zranitelnější.

Zajímavým podnětem, který se objevil ve výpovědích některých participantek, byla pozitivní změna ve vnímání své ženskosti po porodu. Tato oblast společně s oblastí mateřství, rodičovství, partnerství a sexuality muže v období těhotenství a po porodu si žádá další výzkumné bádání.

Výrazným limitem mého výzkumu je malý výzkumný vzorek, tvořící vzhledem k citlivosti tématu pouze pět participantek. Věk sice nebyl jedním z kritérií výběru výzkumného vzorku, ale vzhledem k rozmezí věku účastnic 25-35 let, jsem si vědoma toho, že by se výsledky mohly lišit, pokud by byly součástí výzkumu ženy starší 35 let.

Zpětně vnímám některé dotazy ohledně četnosti a délky pohlavního styku či dotaz, jak dlouho po porodu se první pohlavní styk odehrál, vzhledem k povaze výzkumu jako bezpředmětné. Tuto skutečnost jsem si však uvědomila až v průběhu sběru dat. I přesto se domnívám, že se mi podařilo dostat se k podstatným jevům této problematiky.

Výpovědi žen byly i přes limity této práce pestré a jejich životní zkušenosti přinesly další psychologické aspekty sexuality v těhotenství a po porodu, včetně role partnerského vztahu v těchto obdobích, v čemž autorka spatřuje velký přínos.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak se sexualita žen během období těhotenství a po porodu mění. Záměrem bylo také prohloubit poznatky o tom, jak ženy vnímají fyzické i psychické změny typické pro tato období, jak probíhá komunikace o sexualitě s partnerem a zdali jsou o tomto tématu informované.

V první části bakalářské práce přibližuji téma sexuality, konkrétně ženské sexuality a sexuálního zdraví. Dále se v teoretické části zaměřuji na období těhotenství, kde seznamuji čtenáře s historií pohledu na sexuální aktivitu v tomto období, somatické a psychické změny a sexuální projevy žen v jednotlivých trimestrech těhotenství. Ve třetí kapitole se zabývám sexualitou po porodu a uvádím hormonální a psychické změny, které sexuální život mohou ovlivňovat. Ve čtvrté kapitole se věnuji partnerskému vztahu, přechodu od partnerství k rodičovství, edukaci a informovanosti párů o jejich sexualitě v období těhotenství a po porodu dítěte.

Pro výzkumné šetření práce jsem vybrala kvalitativní přístup. Výzkumný soubor tvořil pět žen, které si prošly těhotenským i poporodním obdobím. K získání dat jsem použila metodu polostrukturovaného rozhovoru a jejich zpracování jsem provedla pomocí tematické analýzy.

V praktické části jsem díky analýze odhalila 17 společných témat, která jsem dle jejich významu rozdělila do čtyř hlavních kategorií. Výsledky ukázaly, jakými změnami si ženy v rámci sexuality, partnerského vztahu a pohledu na sebe sama v období těhotenství a po porodu prochází, jaká je informovanost a komunikace s partnerem a odborníky, a kde ženy případné informace vyhledávají.

Díky rozhovorům s ženami jsem měla možnost nahlédnout do tematiky, se kterou jsem se nikdy předtím takhle nablízko nesetkala, přitom se ukazuje jako velmi důležitá a problematická v životě obou pohlaví. Prostřednictvím této zkušenosti jsem také pochopila, že jde o velmi individuální a specifickou záležitost.

Výsledkem výzkumu jsou nové poznatky, jež mohou být užitečné široké veřejnosti a všem ženám, mužům a párům, kteří se v takové situaci nachází nebo v budoucnu nacházet budou. Výzkumná zjištění této práce, týkající se nejen informovanosti žen o této problematice, mohou sloužit také jako zdroj zpětné vazby pro pracovníky z oblasti perinatální a postnatální péče.

Použitá literatura

Acele, E. Ö., & Karaçam, Z. (2012). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of clinical nursing*, 21(7-8), 929-937. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03882.x>

Ahlborg, T., Dahlöf, L. G., & Hallberg, L. R. M. (2005). Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *Journal of Sex research*, 42(2), 167-174. <https://doi.org/10.1080/00224490509552270>

Allen, L., & Fountain, L. (2007). Addressing sexuality and pregnancy in childbirth education classes. *The Journal of Perinatal Education*, 16(1), 32-36. doi: 10.1624/105812407X171076

American Psychiatric Association, A. P., & American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. ISBN: 9780890425572

Arousell, J., & Carlbon, A. (2016). Culture and religious beliefs in relation to reproductive health. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 32, 77-87. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.08.011>

Bancroft, J., & Graham, C. A. (2011). The varied nature of women's sexuality: Unresolved issues and a theoretical approach. *Hormones and Behavior*, 59(5), 717-729. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2011.01.005>

Baumeister, R. F. (2000). Gender differences in erotic plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological Bulletin*, 126(3), 347-374. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.3.347>

Bertozzi, S., Londero, A. P., Fruscalzo, A., Driul, L., & Marchesoni, D. (2010). Prevalence and risk factors for dyspareunia and unsatisfying sexual relationships in a cohort of primiparous and secondiparous women after 12 months postpartum. *International Journal of Sexual Health*, 22(1), 47-53. <https://doi.org/10.1080/19317610903408130>

Beveridge, J. K., Vannier, S. A., & Rosen, N. O. (2018). Fear-based reasons for not engaging in sexual activity during pregnancy: associations with sexual and relationship well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(2), 138-145. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1312334>

- Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2012). First-time parents' expectations about the division of childcare and play. *Journal of Family Psychology*, 26(1), 36. <https://doi.org/10.1037/a0026608>
- Blair, K. L., Pukall, C. F., Smith, K. B., & Cappell, J. (2015). Differential associations of communication and love in heterosexual, lesbian, and bisexual women's perceptions and experiences of chronic vulvar and pelvic pain. *Journal of sex & marital therapy*, 41(5), 498-524. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.931315>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Brtnicka, H., Weiss, P., & Zverina, J. (2009). Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy*, 110(7), 427-31.
- Corbacioglu Esmer, A., Akca, A., Akbayir, O., Goksedef, B. P. C., & Bakir, V. L. (2013). Female sexual function and associated factors during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(6), 1165-1172. <https://doi.org/10.1111/jog.12048>
- Corbacioglu Esmer, A., Akca, A., Akbayir, O., Goksedef, B. P. C., & Bakir, V. L. (2013). Female sexual function and associated factors during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(6), 1165-1172. <https://doi.org/10.1111/jog.12048>
- Diokno, A. C., Brown, M. B., & Herzog, A. R. (1990). Sexual function in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 150(1), 197-200. doi:[10.1001/archinte.1990.00390130161026](https://doi.org/10.1001/archinte.1990.00390130161026)
- Dennis, C. L., Heaman, M., & Vigod, S. (2012). Epidemiology of postpartum depressive symptoms among Canadian women: regional and national results from a cross-sectional survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(9), 537-546. <https://doi.org/10.1177/070674371205700904>
- DeLamater, J., & Friedrich, W. N. (2002). Human sexual development. *Journal of sex research*, 39(1), 10-14. <https://doi.org/10.1080/00224490209552113>
- Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B., & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, 14(4), 625. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.4.625>
- Erbil, N. (2018). Sexual function of pregnant women in the third trimester. *Alexandria journal of medicine*, 54(2), 139-142. doi: [10.1016/j.ajme.2017.03.004](https://doi.org/10.1016/j.ajme.2017.03.004)

- Fok, W. Y., Chan, L. Y. S., & Yuen, P. M. (2005). Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(10), 934-938. DOI: [10.1080/j.0001-6349.2005.00743.x](https://doi.org/10.1080/j.0001-6349.2005.00743.x)
- Foux, R. (2008). Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(3), 271-277. <https://doi.org/10.1080/14681990802226133>
- Gałązka, I., Drosdzol-Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M., & Skrzypulec-Plinta, V. (2015). Changes in the sexual function during pregnancy. *The journal of sexual medicine*, 12(2), 445-454. <https://doi.org/10.1111/jsm.12747>
- Golanty, E., & Edlin, G. (2011). Human sexuality: The basics. Jones & Bartlett Publishers. ISBN: 9781449639259
- Goodman, J. H., & Santangelo, G. (2011). Group treatment for postpartum depression: a systematic review. *Archives of women's mental health*, 14(4), 277-293. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0225-3>
- Güleroğlu, F. T., & Beşer, N. G. (2014). Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *The journal of sexual medicine*, 11(1), 146-153. <https://doi.org/10.1111/jsm.12347>
- Hanafy, S., Srour, N. E., & Mostafa, T. (2014). Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters: an Egyptian study. *Sexual health*, 11(3), 240-243. <https://doi.org/10.1071/SH13153>
- Harris, A. L. (2011). Media and technology in adolescent sexual education and safety. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(2), 235-242. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01218.x>
- Harwood, K., McLean, N., & Durkin, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences?. *Developmental psychology*, 43(1), 1. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.1.1>
- Heidari, M., Amin Shokravi, F., Zayeri, F., Azin, S. A., & Merghati-Khoei, E. (2018). Sexual life during pregnancy: effect of an educational intervention on the sexuality of Iranian couples: a quasiexperimental study. *Journal of sex & marital therapy*, 44(1), 45-55. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1313799>

- Hipp, L. E., Low, L. K., & van Anders, S. M. (2012). Exploring women's postpartum sexuality: Social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *The journal of sexual medicine*, 9(9), 2330-2341. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02804.x>
- Chang, S. R., Chao, Y. M., & Kenney, N. J. (2006). I am a woman and I'm pregnant: body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy. *Birth*, 33(2), 147-153. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2006.00087.x>
- Chang, S. R., Chen, K. H., Lin, H. H., & Yu, H. J. (2011). Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *The journal of sexual medicine*, 8(10), 2859-2867. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02420.x>
- Chivers, M. L., Pittini, R., Grigoriadis, S., Villegas, L., & Ross, L. E. (2011). The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: a pilot study. *The journal of sexual medicine*, 8(3), 792-799. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02154.x>
- Jamali, S., & Mosalanejad, L. (2013). Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iranian journal of reproductive medicine*, 11(6), 479. Jamali S, Mosalanejad L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iran J Reprod Med*. 2013 Jun;11(6):479-86. PMID: 24639782; PMCID: PMC3941320.
- Jawed-Wessel, S., & Sevick, E. (2017). The impact of pregnancy and childbirth on sexual behaviors: A systematic review. *The Journal of Sex Research*, 54(4-5), 411-423. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1274715>
- Jawed-Wessel, S., Santo, J., & Irwin, J. (2019). Sexual activity and attitudes as predictors of sexual satisfaction during pregnancy: a multi-level model describing the sexuality of couples in the first 12 weeks. *Archives of sexual behavior*, 48(3), 843-854. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1317-1>
- Jaworski, M., Panczyk, M., Królewicz, I., Belowska, J., Krasuski, T., & Gotlib, J. (2019). Partner's support during pregnancy as the mediator of women's sexual satisfaction after childbirth. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1575507>
- Johnson, C. E. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum (CME). *The journal of sexual medicine*, 8(5), 1267-1284. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x>

- Kar, S. K., Choudhury, A., & Singh, A. P. (2015). Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *Journal of human reproductive sciences*, 8(2), 70. doi: [10.4103/0974-1208.158594](https://doi.org/10.4103/0974-1208.158594)
- Khajehei, M., Doherty, M., Tilley, P. M., & Sauer, K. (2015). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *The journal of sexual medicine*, 12(6), 1415-1426. <https://doi.org/10.1111/jsm.12901>
- Korbel, M., Nižňanská, Z., & Redecha, M. (2011). Sexualita v gravidite. *Moderní gynekologie a porodnictví*. ISSN 1211-1058.
- Kwee, J. L., & McBride, H. L. (2016). Working together for women's empowerment: Strategies for interdisciplinary collaboration in perinatal care. *Journal of Health Psychology*, 21(11), 2742-2752. <https://doi.org/10.1177/1359105315586211>
- Lawrence, E., Nylén, K., & Cobb, R. J. (2007). Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 155. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.2.155>
- Leeman, L. M., & Rogers, R. G. (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics & Gynecology*, 119(3), 647-655. doi: [10.1097/AOG.0b013e3182479611](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182479611)
- Leite, A. P. L., Campos, A. A. S., Dias, A. R. C., Amed, A. M., De Souza, E., & Camano, L. (2009). Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(5), 563-568. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000500020>.
- Lorenz, T. K., Ramsdell, E. L., & Brock, R. L. (2020). Communication changes the effects of sexual pain on sexual frequency in the pregnancy to postpartum transition. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1826429>
- Maas, M. K., McDaniel, B. T., Feinberg, M. E., & Jones, D. E. (2018). Division of labor and multiple domains of sexual satisfaction among first-time parents. *Journal of Family Issues*, 39(1), 104-127. <https://doi.org/10.1177/0192513X15604343>
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Portál. ISBN 80-7178-747-7
- Malarewicz, A., Szymkiewicz, J., & Rogala, J. (2006). Sexuality of pregnant women. *Ginekologia Polska*, 77(9), 733-739. PMID: 17219804

- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of affective disorders*, 60(2), 75-85. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00159-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00159-7)
- McBride, H. L., & Kwee, J. L. (2017). Sex after baby: women's sexual function in the postpartum period. *Current Sexual Health Reports*, 9(3), 142-149. <https://doi.org/10.1007/s11930-017-0116-3>
- McDonald, E., Woolhouse, H., & Brown, S. J. (2017). Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery*, 55, 60-66. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1387-8>
- Meltzer, A. L., McNulty, J. K., Jackson, G. L., & Karney, B. R. (2014). Sex differences in the implications of partner physical attractiveness for the trajectory of marital satisfaction. *Journal of personality and social psychology*, 106(3), 418. <https://doi.org/10.1037/a0034424>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Mitnick, D. M., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2009). Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: a meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 848. <https://doi.org/10.1037/a0017004>
- Montesi, J. L., Fauber, R. L., Gordon, E. A., & Heimberg, R. G. (2011). The specific importance of communicating about sex to couples' sexual and overall relationship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(5), 591-609. <https://doi.org/10.1177/0265407510386833>
- Murtagh, J. (2010). Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. *Journal of midwifery & women's health*, 55(5), 438-446. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.12.006>
- Nakić Radoš, S., Soljačić Vraneš, H., & Šunjić, M. (2015). Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers?. *Journal of sex & marital therapy*, 41(3), 282-293. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.889054>
- Nik-Azin, A., Nainian, M. R., Zamani, M., Bavojdan, M. R., Bavojdan, M. R., & Motlagh, M. J. (2013). Evaluation of sexual function, quality of life, and mental and physical health in pregnant women. *Journal of family & reproductive health*, 7(4), 171. PMID: PMC4064754

- Olsavsky, A. L., Mahambrey, M. S., Berrigan, M. N., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2020). Adult attachment and jealousy of the partner–infant relationship at the transition to parenthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 37(6), 1745-1765. <https://doi.org/10.1177/0265407520908336>
- Olsson, A., Robertson, E., Falk, K., & Nissen, E. (2011). Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery*, 27(2), 195-202. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.003>
- Pacey, S. (2004). Couples and the first baby: Responding to new parents' sexual and relationship problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 19(3), 223-246. <https://doi.org/10.1080/14681990410001715391>
- Parker, K., & Wang, W. (2013). Modern parenthood. Pew Research Center's Social & Demographic Trends Project, 14.
- Pastor, Z. (2007). *Sexualita ženy*. Grada Publishing as. ISBN: 978-80-7402-070-4.
- Pauleta, J. R., Pereira, N. M., & Graça, L. M. (2010). Sexuality during pregnancy. *The journal of sexual medicine*, 7(1), 136-142. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x>
- Plháková, Alena. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-0871-3.
- Radoš, S. N., Vraneš, H. S., & Šunjić, M. (2014). Limited role of body satisfaction and body image self-consciousness in sexual frequency and satisfaction in pregnant women. *The Journal of Sex Research*, 51(5), 532-541. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.744954>
- Redelman, M. (2017). A clinical perspective on sexuality with pregnancy and postpartum. *International Journal of Reproduction, Fertility & Sexual Health*, 4(03), 105-109. ISSN: 2377-1887
- Richters, J., Grulich, A. E., de Visser, R. O., Smith, A. M., & Rissel, C. E. (2003). Sex in Australia: Sexual difficulties in a representative sample of adults. *Australian and New Zealand journal of public health*, 27(2), 164-170. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2003.tb00804.x>
- Rivas, R. E., Navío, J. F., Martínez, M. C., Miranda León, M. T., Castillo, R. F., & Hernández, O. O. (2016). Modifications in sexual behaviour during pregnancy and postpartum: Related factors. *West Indian Med J*, 10, 326. doi:[10.7727/WIMJ.2015.326](https://doi.org/10.7727/WIMJ.2015.326)
- Roztočil, A. (2008). *Moderní porodnictví*. Grada. ISBN 978-80-247-5753-7

- Rubertsson, C., Waldenström, U., & Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 113-123. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00159-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00159-7)
- Sacomori, C., & Cardoso, F. L. (2010). Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among Brazilian women: a retrospective study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36(2), 124-136. <https://doi.org/10.1080/00926230903554503>
- Sagiv-Reiss, D. M., Birnbaum, G. E., & Safir, M. P. (2012). Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 41(5), 1241-1251. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9839-9>
- Serati, M., Salvatore, S., Siesto, G., Cattoni, E., Zanirato, M., Khullar, V., ... & Bolis, P. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(8), 2782-2790. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x>
- Seven, M., Akyüz, A., & Güngör, S. (2015). Predictors of sexual function during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(7), 691-695. <https://doi.org/10.3109/01443615.2015.1006596>
- Shojaa, M., Jouybari, L., & Sanagoo, A. (2009). The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 279(3), 353-356. <https://doi.org/10.1007/s00404-008-0735-z>
- Schulz, M. S., Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2006). Promoting healthy beginnings: a randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 20. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.20>
- Sok, C., Sanders, J. N., Saltzman, H. M., & Turok, D. K. (2016). Sexual behavior, satisfaction, and contraceptive use among postpartum women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(2), 158-165. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12409>
- Southard, N. Z., & Keller, J. (2009). The importance of assessing sexuality: a patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2). doi:10.1188/09.CJON.213-217
- Tugut, N., Golbasi, Z., & Bulbul, T. (2017). Quality of sexual life and changes occurring in sexual life of women with high-risk pregnancy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(2), 132-141. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1141816>

Weiss, P. (2010). *Sexuologie*. Grada. ISBN: 978-80-247-2492-8

Wilson, H., & McAndrew, S. (Eds.). (2000). *Sexual Health: foundations for practice*. Elsevier Health Sciences.

Woolhouse, H., Gartland, D., Perlen, S., Donath, S., & Brown, S. J. (2014). Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*, 30(3), 378-384. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.006>

World Health Organization. (2010). *World health statistics 2010*. World Health Organization. ISBN: 978-92-4-156398-7

Wrobel, B., & Karasek, M. (2008). Human sexuality and sex steroids. *Neuroendocrinol Lett*, 29, 3-10. PMID: 18283257

Yenieli, A. O., & Petri, E. (2014). Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International urogynecology journal*, 25(1), 5-14. <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2118-7>

Yıldız, H. (2015). The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *Journal of sex & marital therapy*, 41(1), 49-59. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.811452>

Yıldız, H., & Dereli, E. (2012). The views and attitudes of nurses on the topic of sexual counseling. *Sexuality and Disability*, 30(1), 89-95. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9247-z>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Osnova rozhovoru

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Příloha č. 3: Rozhovor s Anetou

Příloha č. 4: Rozhovor se Simonou

Příloha č. 5: Rozhovor s Terezou

Příloha č. 6: Rozhovor s Michaelou

Příloha č. 7: Rozhovor s Kateřinou

Příloha č. 1:

Osnova rozhovoru

Jak byste porovnávala svůj sexuální život před těhotenstvím, v těhotenství a po porodu?

Jak to je s Vaší sexuální touhou/vzrušením teď po porodu dítěte, jak to prožíváte?

Změnil se Váš sexuální apetit/chuť na sex? Jak?

Pokud zahrnuje Váš sexuální život i sebeuspokojování/masturbace, liší se nějakým způsobem teď oproti tomu, kdy jste byla těhotná nebo po porodu?

Jak jste prožívala svůj první pohlavní styk po porodu?

Lišila se u Vás četnost pohlavního styku před těhotenstvím, v těhotenství a po porodu? Jak?

Jaké je teď pro Vás po porodu prožívání vyvrcholení?

V porovnání se sexuálním životem před těhotenstvím, jak se změnila délka pohlavního styku?

Jak vnímáte sebe samu jako ženu po porodu dítěte, co se týče intimity, přitažlivosti a sexuality?

Jak jste vnímala/vnímáte změny svého těla v těhotenství a po porodu?

Jakou roli hraje ve Vašem životě sex? Jak a v čem je pro Vás důležitý?

Byla jste dostatečně informovaná o případné změně ve vaší sexualitě? Jaké byly Vaše zdroje informovanosti? Potřebovala byste něco změnit v komunikaci s vaším doktorem a Vámi?

Vnímáte komunikaci s partnerem nebo doktorem jako něco, co může mít vliv na kvalitu Vašeho sexuálního života?

Setkala jste se s nějakými mýty ohledně sexuální aktivity v těhotenství? Jaký je Váš postoj k nim? (například strach z ublížení dítěti sexem)

Příloha č. 2:

Informovaný souhlas

Byla jste přizvána k rozhovoru za účelem získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k bakalářské práci Markéty Holátkové. Výzkum probíhá v rámci bakalářského studia v oboru psychologie na Pražské vysoké škole psychosociálních studií v Praze.

Tématem práce je zkoumání sexuality žen v těhotenství a období po porodu. Cílem této práce je prohloubit poznatky o prožívání žen, které touto zkušeností prošly. Zjištěné poznatky by měly dále rozšířit povědomí o případné problematice v oblasti sexuality v těhotenství a po porodu. Výzkum by měl dále rozšířit znalosti ohledně změn, s jakými se ženy v rámci vlastní i partnerské intimity potýkají a jaké je jejich vnímání svých tělesných i psychických změn.

Vaše spolupráce na projektu je dobrovolná. Účast na projektu spočívá v nahrávaném online rozhovoru. Vaše identita, případně identita dalších lidí zmíněných v rozhovoru, zůstane v plné anonymitě. Vaše odpovědi jsou důvěrné, určené pouze pro potřeby této výzkumné práce. Rozhovor bude nahráván prostřednictvím online komunikační platformy Zoom Meetings a do jednoho roka od ukončení projektu budou nahrávky i poznámky k němu zničeny. Na jakoukoliv otázku můžete odmítnout odpovědět a kdykoliv můžete od rozhovoru odstoupit. Vaše účast na projektu pro Vás nenese žádná rizika.

V případě dotazů mě můžete kontaktovat na email marketa.holatkova@gmail.com

Svým podpisem souhlasíte s poskytnutím rozhovoru a s využitím získaného materiálu, za výše uvedených podmínek, pro účely bakalářské práce Markéty Holátkové. Jedna kopie tohoto formuláře náleží Vám.

V:

Dne:

Jméno:

Jméno: Markéta Holátková

Podpis:

Podpis:

Příloha č. 3

Rozhovor s Anetou

1 *T: Takže můžeme klidně začít s otázkou, jak byste porovнала ten váš sexuální život před*
2 *těhotenstvím, v těhotenství a po porodu?*

3 P: Takže před jo, no jakoby, tak my jsme spolu se partnerem 3 roky, takže dejme tomu, že my
4 jsme jakoby, měli sex dobřej. Nám jakoby, to vyhovovalo všechno. Akorát pak jsme se vlastně
5 začali snažit o to miminko, a ten, vlastně nám to moc nešlo. Takže už to pak bylo jako takový,
6 že spíš, když jsem měla ovulaci, tak prostě jsme si to šetřili a prostě bylo to takový, no tak dnes
7 musíme, teď musíme prostě. Tak už to pak na konci bylo takový, jakože je to hlavně o tom, ale
8 jako furt to bylo dobrý, ale prostě už jsem věděla, že prostě jakoby, že to dělám kvůli tomu.
9 Nedělám to proto, že mě to baví, že jo. Takže jako takhle.

10 V těhotenství to bylo takový blby, protože já jsem vlastně první trimestr hrozně zvracela, takže
11 jsem a měla, byla jsem fakt hrozně vyčerpaná, takže to jsme vůbec jakoby, neměli sex, vůbec
12 jsem na to neměla chuť. A pak už vlastně jak jsem rostla a všechno tak jakoby, tak jakoby, já
13 jsem měla chuť třeba, ale toho chlapa to úplně jako neláká, když pak jsem měla to břicho, tak
14 je to takový, takže asi jednou jsme to zkoušeli. A tu ženskou to i bolí prostě, je to takový jako.
15 Takže za těhotenství jednou a ani jsme to asi nedodělali si myslím. Takže vůbec nedokážu říct,
16 jestli to, ale nebylo to dobrý jako, kvalitně špatný. A i já sama jsem se necítila dobře, že jo.
17 Byla jsem velká, toto prostě, no naprd že jakoby. A neměla jsem žádný sebevědomí, nic. A
18 abych někde tady na někom rajtovala.

19 A po těhotenství ty jo, tak v šestinedělí vlastně jsem nesměla. Takže jakoby, to jsem zbytečně
20 neriskovala no a po šestinedělí, jako, asi tak ti to řeknu. Jo jako spíme spolu normálně prostě
21 ale není to tak často a vlastně jako asi ten chlap by chtěl ale ví, že prostě toho mám za ten celý
22 den tolik a prostě, vím že uspím malého a jdu, jsem ráda, že si jdu taky lehnout, protože vím,
23 že v noci k němu vstávám. Ale jako kvalitně si myslím, že je to jako stejný, než jsme se začali
24 snažit o malého.

25 *T: Jakože to prožívání toho sexu je stejný jo? Jakože na to máte stejnou chuť teď jako předtím?*

26 P: Tak chuťově to se říct nedá, jak říkám prostě to je takový, jakože jsem ráda, že jsem prostě,
27 protože fakt s tím malým se od rána nezastavím a prostě večer už si lehám a říkám si, no ty jo
28 tak teď jako. Musím, musím se přemlouvát kolikrát jo. Ale jako někdy se musím přemlouvát a
29 někdy si říkám úplně, jo tak teď bych jako chtěla ale to zas třeba nechce on jo, takže ne pokaždě

30 se sejdeme. Takže chuť mám i nemám, fakt se to jakoby strašně střídá. Jak jsem jako vyčerpaná
31 a ve stresu je to takový prostě různý. Ale jako když na to chuť mám, tak je to jako dobrý. Tak
32 je to zase jako dřív. Ze začátku to samozřejmě bylo i jako hrozný, protože je to bolestivý všecko.
33 Ono, než se to tam dá všechno zase zpátky do normálu, tak je to takový prostě.

34 *T: Jasně, a co se týče prožívání vyvrcholení, to je u vás jak, pociťujete něco jinak?*

35 P: Jo, jo, jo. Je to takový intenzivnější i někdy. No jako myslím si, někdy je to jakoby
36 intenzivnější. Já jsem s tím dřív, přiznám se, měla jakoby trošku problém, že jako, trvalo mi to.
37 Teď jako, to není tak hrozně dlouho.

38 *T: Takže byste řekla, že toho vyvrcholení dosahujete snadněji než předtím?*

39 P: Jo, dá se říct, že jo.

40 *T: Přemýšlím. Jo. Co se týče sebe uspokojování, jak se tohle u vás změnilo, co se týče*
41 *jednotlivých období?*

42 P: Jo. Předtím, než jsem otěhotněla, jsem to moc nedělala. V těhotenství potom, jak už jsem
43 byla větší, tak už jakoby, jsem to potřebovala, takže jakoby nějakým způsobem jo. K tomu
44 konci úplně ne, ale vím, že jakoby v tom druhém trimestru jo docela. A teď už ne, protože na
45 to nemám čas. Ale jako v tom těhotenství jo no, protože jsem na to měla chuť a teď prostě jsem
46 věděla, že nejsem úplně přitažlivá, že jo. Tak prostě nějakým způsobem ty potřeby tam prostě
47 jsou no, takže já jsem určitě jako, to provozovala.

48 *T: Po jaké době jste měli první pohlavní styk po tom porodu, pamatujete si?*

49 P: Já jsem skončila to šestinedělí a trvalo mi ještě dva týdny, než jsem šla k doktorce. A po té
50 doktorce další dva týdny to trvalo, než jsme si řekli tak jo. Takže si myslím, že tak 10 týdnů po
51 porodu.

52 *T: A jaká byla ta informovanost od těch doktorů?*

53 P: Jako myslím si, že mi ani nikdo nic neříkal.

54 *T: A sháněla jste si někde informace nebo ptala jste se někde?*

55 P: Jako já jsem si, je pravda, že na internetu jsem si četla nějaký věci, ale jako že bych to nějak
56 řešila, jako že bych to neočekávala, že to tak bude, tak spíš jsem to moc neřešila no.

57 *T: Takže na tom internetu jo?*

58 P: Jo, jo. Já jsem to nějak až tak neřešila, jakože bych z toho byla paf, že bych to potřebovala
59 s někým probrat.

60 *T: A s přítelem jste ten váš sexuální život nějak komunikovali?*

61 P: Jako tak bavili jsme se, že třeba no víš prostě, nemám na to chuť nebo víš no prostě seš. On
62 se teda hlavně bál jako, nebo aspoň mi to tak řekl, že se prostě bojí, aby mu třeba neublížil nebo
63 něco jo, aby mě něco neudělal. Hlavně jako bavili jsme se asi mezi sebou no.

64 *T: Takže ta obava byla hlavně z jeho strany jo?*

65 P: Jo, tak já jsem věděla od doktorky, že normálně můžeme. Ale prostě fakt, jak mi bylo blbě,
66 tak jsem vůbec na to neměla ani pomyšlení a pak když jsem chtěla tak on, že fakt radši, že se
67 bojí, že radši ne, že to radši vydržíme a nebudeme to riskovat no.

68 *T: Jasně. Změnila se nějak délka a celkový ten prožitek z toho pohlavního styku?*

69 P: No tak zkrátila se samozřejmě. Protože tím, že to neděláme pravidelně, tak ten chlap nemá
70 takovou výdrž. Takže jakoby, se zkrátila no. A i teď, protože to nemáme tak často, jak předtím,
71 když jsme neměli toho malého, tak prostě je to kratší že. Ale jako ten chlap se snaží to udržet
72 jako co nejdéle, ale nepočítám to, takže nedokážu přesně říct. Ale jo kratší si myslím, no.

73 *T: Jasně. Já ještě přemýšlím. Jo, jak se změnilo vnímání vás samotné po tom porodu? Co se
74 týče nějaké intimity, přitažlivosti apod.*

75 P: Jako z jeho strany?

76 *T: No z vaší i z jeho vůči vám klidně můžete říct.*

77 P: Ty jo no jako. Asi se míň stydím po porodu, protože jako ten porod byl strašnej. On tam
78 viděl naprosto všecko. A jako viděl mě prostě nahatou a jako je pravda, že já jsem celkem
79 stydlivá, teda co se týče jako vrchu, spodku ani tak ne. Ale jako vždycky jsem měla strašnej
80 problém sundat si podprsenku. I když jsem s tím chlapem byla už 4 roky, tak mi to vždycky
81 dělalo hroznej problém, takže to se jakoby, všechno odbouralo, že teď prostě s tím fakt nemám
82 problém. Protože ten chlap mě viděl kojit, všecko a najednou jdou tady ty věci úplně stranou.
83 Hlavně jako když jsem viděla, co se děje na tom porodním sále, tak si říkám, že to, co se děje
84 doma je vlastně totálně nádherný a je mi to pak úplně jedno no. Takže asi se už nestydím.

85 *T: A co se týče přitažlivosti vaší, jako sama pro sebe?*

86 P: Jako myslím si, že tohle je horší. To tělo, jako furt se dávám dohromady jo, co se týče kil,
87 co se týče, mě vlastně hrozně popraskalo břicho, takže jako. A tak celkově jako jsem nebyla
88 sama se sebou spokojená. Ptáte se tady na tohle?

89 T: *Jo, jo, jo.*

90 P: Jo, takže samozřejmě je na čem pracovat, jo tak co si budem vykládat přibrala jsem 18 kilo
91 a prostě do vlastně konce prosince teďka jsem vlastně furt žrala a žrala a myslím si, že jsem
92 možná ještě i přibrala. A teď už cvičím, protože chci se líbit sama sobě, že. Takže prostě snažím
93 se dát se zpátky dohromady no, abych prostě se líbila sama sobě. Ze začátku, když jsem přišla
94 z té porodnice, tak to bylo takový, že jsem se znala vlastně hubenou prostě před tím porodem,
95 neměla jsem na sobě žádnou strii a byla jsem úplně v pohodě prostě a já jsem cvičila předtím,
96 než jsem otěhotněla, takže jsem byla spokojená sama se sebou.

97 T: *Jo. A vnímala jste ty změny jako v negativním slova smyslu nebo jste to brala tak jako, že to*
98 *tak je, jsem těhotná a patří to k tomu?*

99 P: No jako ze začátku jak jsem přišla z té nemocnice, tak to bylo takový, že, jsem se znala jako
100 hubenou jo před tím porodem, neměla jsem prostě na sobě žádnou strii a byla jsem úplně
101 v pohodě prostě. A já jsem cvičila předtím, než jsem otěhotněla, takže jsem byla spokojená
102 sama se sebou. A pak jak jsem přibrala, tak prostě...teď jsem zapomněla tu otázku?

103 T: *Jo. No jako jestli jste ty změny toho těla vnímala negativně, nebo jak jste to prožívala?*

104 P: Jo, jo. No, ze začátku jsem to obřečela teda hodně, protože to jako to břicho jsem měla a furt
105 jsem byla nafouklá ještě a jak se 9 měsíců tělo roztahuje, tak se prostě stahuje, takže ze začátku
106 třeba 2 měsíce mi dělalo problém se s tím jako smířit, ale jako teď už to asi neřeším, protože
107 jsem si uvědomila, že mám zdravý dítě a porodila jsem ho, dala jsem mu život, a jako to, co
108 mám na těle a jak vypadám, je v závěru úplně prd oproti tomu, co tady potom vedle mě jako
109 roste. Takže teď to беру úplně v pohodě a jako jak říkám, jak se roztahuje, tak se stahuje stejně
110 prostě a je jenom na mě, jak vypadám. Jestli jsem byla hubená před porodem, můžu být i po
111 porodu, ale musím prostě makat no, takže já se prostě snažím, cvičím, jím zdravě a snažím se
112 se sebou zase něco udělat, aby to prostě bylo jako dřív, no. A samozřejmě i chci se líbit přítelovi,
113 protože jako, tak je to takový, že nevím.

114 T: *A z jeho pohledu?*

115 P: No jako ze začátku, to bylo takový, že nic neřekl a když jsem se ho zeptala, tak jako, snažil
116 se: „samozřejmě nechci tě urazit jako, ale nechci ti ani lhát,“ takže neřekl úplně jako napřímo

117 pravdu, ale teď už říká, tak jako už jdou na mě vidět změny tak říká: „tyjo jako jo, už jako jde
118 to vidět, seš jako dobrá, makáš, všecko.“ Takže teď už jako to začíná být lepší no. Už začíná
119 jako víc mluvit o té mé postavě a o tom všem jako.

120 *T: A tak vlastně spolu jste komunikovali teda dobře?*

121 P: Jo, jo. Tak já jsem hrozně žrala, takže jsem strašně přibrala, ale až na konci no, ze začátku
122 právě že vůbec ne a potom. Jako nikdo to nečekal a pak najednou se ze mě stala koule jak prase
123 a jako bylo to šílený. Já už jsem se potom ani neunesla.

124 *T: No a bavila jste se o tom třeba s rodinou nebo s kamarádkami? Jako když jste měla třeba
125 nějaký problém nebo něco?*

126 P: Já jsem to převážně řešila s mojí mamkou, protože ona je taková moje kámoška jako
127 převážně, takže většinu věcí jsem řešila s mamkou no. Ze začátku moc nebylo co, ta nevolnost,
128 řešila jsem, co nemůžu jíst a různý takový věci, jako spíš drobnosti. Po konzultaci s doktorkou,
129 když jsem věděla, že je všechno v pohodě, tak jsem si dala třeba i deci vína jako, nebála jsem
130 se, když jsem věděla, že je všechno v pořádku.

131 *T: Já se kouknu ještě, jestli je tady něco, co jsme neřekli. Jo, setkala jste se s nějakými mýty
132 ohledně sexuální aktivity v těhotenství?*

133 P: Jo jako asi ne. Je pravda, že mám kolem sebe asi dvě kamarádky, co mají mimina, ale jako
134 todle jsem s nima neřešila. Jako já nevím to prostě asi nějak ta ženská ví, že prostě šestinedělí
135 nemůže a pak už jako asi normálně může, pokud samozřejmě na gyndě všechno v pořádku. To
136 by mi prostě doktorka řekla, kdybych prostě nemohla a já jsem měla všechno v pohodě, takže
137 jako. Takže jsem tohle vůbec jako neřešila. Nebylo jako potřeba.

Příloha č. 4

Rozhovor se Simonou

1 *T: Tak jo. Už nahrávám. Můžeme klidně začít takovou první otázkou. Jak se vlastně u vás*
2 *změnila ta kvalita toho sexuálního života před těhotenstvím, v těhotenství a po porodu?*

3 P: Takže před, no. My jsme to měli trošku komplikovanější, protože ještě předtím, než jsme
4 měli mimino jsem byla na operaci s čípkem. Takže jsme dlouho potom nemohli jako souložit.
5 Potom jsme teda to zkusili po svatbě na líbáncích a vlastně hned jsem otěhotněla, takže to bylo
6 takový na první pokus, takže to bylo takový jako. My jsme spolu vždycky spali nějak normálně
7 jako ne třeba 4x týdně ale tak 2x týdně určitě. A když jsme se jako snažili o mimino, tak jsme
8 to nějak neřešili, protože mě řekli, že to nepůjde tak lehce po té operaci, což jsem, nebyla
9 pravda, ale tak jsme to nějak neřešili, prostě jsme to nechali plynout. Takže jsme tak normálně
10 2x do týdne. Pak jsem otěhotněla, ze začátku to přišlo normálně, ale potom, tím, že jsem vlastně,
11 mám ten čípek níž, tak tím, jak byl malej větší a větší, tak se mi ten čípek snižoval, takže potom
12 už jsme asi od 5. měsíce, od 6. už jsme spolu vůbec nemohli spát, protože jsem měla šílený
13 bolesti, takže jsme prostě jenom ruční práce, a to bylo tak všecko. A chuť jsem měla ale až tak
14 od toho 6. měsíce, protože jsem celou dobu zvracela do 6. měsíce, takže jsem na to neměla ani
15 pomyslení. Takže to bylo, to se hodně jako snížila naše sexuální aktivita. A po porodu, já jsem
16 vlastně porodila v květnu a spali jsme spolu asi až po 2 měsících, protože jsem měla po tom
17 těžkým porodu, měla jsem těžký porod, takže jsem byla hodně zašitá, měla jsem, měla jsem
18 problémy, mám problémy do teďka. Takže jsme spíš jako až po těch 2 měsících a potom teďka
19 tak, jako není to žádná sláva, tak jednou za 14 dní. Zaprvé únava jo, není čas, je to takový jako,
20 že já jdu spát třeba dřív nebo manžel jde spát dřív, já ještě čekám na další krmení je to, hodně
21 se to změnilo. Fakt je to úplně něco jiného, než když jsme byli sami. Samozřejmě předtím tady
22 s námi spal malej v pokojíčku, teď už teda jsme ho dali pryč, tak je to trošku jakože, aji před
23 tím dítětem nám to bylo takový blby, takže jsme se snažili třeba na sedačce a tak, jakože někde
24 mimo. Ale teďka už je to zase přístupnější, že s námi není v té ložnici. Tak se snažíme aspoň
25 jednou týdně no, ale to jako záleží, záleží. – přítomnost dítěte

26 *T: A jaký to je? Jako jaký je to prožívání po tom porodu?*

27 P: Jako přijde mi to, je to intenzivnější, jako teď v tu sobotu jsem dostala i křeč do nohy. Já si
28 hlavně myslím, že je to tím, že spolu spíme po delší době, jo, jakože člověk už je nadrženej.
29 Shodli jsme se s manželem na tom, že si to víc užijeme, když spolu spíme po delší době. Je to

30 takový intenzivnější, ale nemyslím si, že s tím má porod něco společného. Jako přijde mi to, že
31 mě zašili asi jako nějak víc, takže mi přijde, že jsem taková užší, tím pádem vždycky když spolu
32 spíme, tak mi to přijde, že jsem panna. Jako, že mě to zezačátku trochu bolí, ale potom už dobrý
33 no. Ale jako je to o hodně jiný. Řekla bych i že orgasmus je možná trochu, když je to třeba po
34 té delší době. Ale i tím vlastně, že mě tam asi fakt zašili víc, tak předtím mě to vůbec, vůbec
35 mě to nebolelo a teďka fakt jako zezačátku vždycky, chvílku musíme pomaličku a pak se to
36 teprve může rozjet.

37 *T: Jo, jo, jo. Chápu. A jaký je ten průběh sexu, změnilo se to nějak?*

38 P: Jo, je kratší ten sex, protože spolu spíme po delší době, takže manžel nemá takovou výdrž,
39 ale když spolu spíme třeba jako dvakrát do týdne, tak jako samozřejmě je to delší, ale když
40 spolu spíme jednou za 14 dní tak to jako, to vybuchuje, že jako. Takže to spíš záleží na něm
41 než na mě že.

42 *T: Jasně. A co se týče sebeuspokojování u vás, liší se nějakým způsobem teď oproti tomu, kdy
43 jste byla těhotná nebo po porodu?*

44 P: No já jsem na to nikdy jako nějak extra nebyla. Já prostě když jsem měla chuť, tak jsem
45 skočila na manžela, že, když už ho mám teda. Ale v těhotenství je pravda, že někdy jsem měla
46 víc chuť třeba ráno a manžel byl práci, tak jsem si dala třeba kolečko, že jsem měla třeba nějakéj
47 dobřej sen. Ale teďka po porodu vůbec. To já jsem ráda, že si vzpomenu, že bychom jako měli
48 mít sex, natož jako abych měla ještě, to ne no. Teďka vůbec jako.

49 *T: Hm, hm. Jasně. A byla jste dostatečně informovaná o nějakým případných změnách v tom
50 sexuálním životě? Jako jestli jste se o tom bavila s kamarádkami třeba nebo od doktora, nebo
51 jaký byl ten zdroj informací?*

52 P: Jako popravdě jsem se na to nikde nedívala. Ale jako, na internetu třeba. Od doktorů vůbec
53 jako nic. Jako moje gyndařka říkala, že spolu můžeme spát, samozřejmě nějak opatrně. Ale
54 jako samozřejmě s holkama, co už mají děti, jako s těma mýma kamarádkama tady toto
55 konzultujeme jako co a jak se změnilo takhle ale, jako zase, každá to máme jinak. Každá máme
56 jiný chlapy, jiný chutě, takže je to takový hodně individuální. My prostě i když jsme třeba
57 unavení, tak na to vlítnem, ale pak už kolikrát na to fakt není chuť, nálada, prostě blbej den,
58 malej má blbou náladu, tak se nám ani nechce jo. Takže ta informovanost spíš od toho blízkého
59 okruhu ne veřejnosti nebo tak jako okolí.

60 *T: Bavíte se o tom nějak s manželem, komunikujete o tom sexuálním životě spolu?*

61 P: Tak jako, s manželem jako samozřejmě bavíme se o tom dost často, většinou až po sexu.
62 Teďka jsme se o tom bavili v sobotu, protože jsme měli po 14 dnech, tak jsme si říkali, že
63 bychom to měli trošku spravidelnit. Ale prostě to jsou věci který, my si v podstatě ten sex teďka
64 plánujeme, protože to jako skrz malého, koupání, krmení, všecky tady ty věci, venčení psa,
65 prostě všecko se teďka musí hodně plánovat dopředu, takže my přijde že ten sex je míň
66 spontánní třeba, než byl dřív, o dost. Je to o dost jiný, všecko se s tím děckem mění, že. I předtím
67 to, že tady spal s náma, tak jako unavení, nepříjemní na začátku, teď já jsem měla bolesti,
68 krvácení, všecky tady ty věci než se to všechno ustálý, tak tady toto hraje strašně velkou roli.
69 U nás největší roli hraje únava no.

70 S manželem jsme spolu docela dost dlouho, takže nemáme problém se o všem bavit.
71 S doktorkou, já mám naštěstí gyndařku takovou, že kdybych se jí na to zeptala, kdyby mě to
72 zajímalo, tak ona se dost vyzná v tady těch věcech, takže by mi poradila, ale já jsem neměla
73 potřebu to nikdy jakoby řešit. Spíš jako, jo v tom těhotenství skrz ten čípek tak to mě jako
74 zajímalo jako jestli vůbec můžeme. Samozřejmě že pak když už to nebylo možný, už prostě to
75 nešlo, ale to bylo proto, že mě to bolelo. Jako nevím no, sex by měl být takovej přirozenější, a
76 jestli se na to někoho potřebuju ptát, tak to bychom měli řešit jako spíš třeba doma s manželem,
77 že je někde nějaký problém, ale s doktorkou, to asi ne. Já bych to spíš řešila s nejlepšíma
78 kámoškama nebo s manželem.

79 *T: Jo. A setkala jste se s nějakými mýty ohledně sexuální aktivity v těhotenství?*

80 P: No setkala jsem se vlastně jenom s tím, že sex vyvolává porod. Což u nás teda neplatilo ale,
81 protože jsme to zkoušeli teda, když už jsem měla, no, před termínem, tak jsme to zkoušeli ale
82 nepomohlo to. Jinak asi nic. Na to, že by sex mohl dítěti ublížit jsme nebrali zřetel, protože
83 jsme věděli, že je to jako nereálný, že mu to nějak ublíží, se to k němu ani nedostane. Zás jsme
84 stály trošku nohama na zemi tady v tomhle. Ale jako manžel se bál, že by mu tím mohl ublížit,
85 jako zeptal se, ale pak už jsme to jako nijak neřešili, pak už to bylo v pohodě.

86 *T: Jo. Tady mám ještě takový okruh otázek na vnímání sebe. Tak jak jste se vnímala sebe samu*
87 *jako ženu po porodu dítěte jako co se týče intimity, přitažlivosti nebo sexuality celkově?*

88 P: Hrozně, hrozně. Hlavně jsem měla i strach z toho, že když byl manžel u porodu, on teda stál
89 za hlavou, tak jsem měla strach, že jako nebude chtít sex, tím že jako ví, že odtamtud vylezlo
90 naše dítě, tak z toho jsem měla strach. Naštěstí teda se to nestalo, ale myslím, že kdyby to viděl
91 jako z přímého přenosu, tak že by ho to moc rychle přešlo. Spíš tak jako celkově jsem si
92 připadala nechutná. No, jakože nepřitažlivá, dost nepřitažlivá, protože to mi fakt skleslo všecko,

93 všechno možný. A taky jsem chtěla, až jsem se tam mohla normálně podívat, jako jestli to tam
94 je všechno v pořádku, tak jak to tam bylo, jestli ta jizva to. Tak ze začátku jsem tam měla ty
95 stehy, a tak tak to jsem nechtěla ani, aby jako manžel viděl. Nebo prostě aby mě viděl
96 v kalhotkách a tak, tak to vůbec, to jsem nechtěla. Často jsme se o tom bavili ale určitě bych
97 nechtěla, aby to viděl, aji kdyby nevím co, ale bavili jsme se o tom otevřeně o všem. Ale teď
98 už jsem, co se týče spodku spokojená, než jak to bylo předtím.

99 *T: Jo. A jak jste vnímala změny toho svého těla, teď myslím v těhotenství a po porodu?*

100 P: No já tím, že jsem vlastně do půlky šestýho měsíce dost zvracela, takže já jsem skoro nic
101 nepřibrala. Já jsem přibrala až 8-9 měsíc. Takže na mě ze začátku vůbec nešlo vidět, že jsem
102 těhotná. Mě se to líbilo to břicho. Měla jsem ho maličký, roztomilý. Ale potom jak už jsem byla
103 v tom 8-9, jak už jsem byla jako fakt taková velká, všechno mě tak tlačilo, to dítě mě tam tlačilo.
104 A předtím porodem jsem se začala hodně hodně zavodňovat, tak to už bylo jako nechutný no.
105 Jako že bych si vzala plavky nebo krátký šortky tak to vůbec jako. I když mám dlouhý hubený
106 nohy, tak prostě necítla jsem se, měla jsem zavodněný, prsty jsem měla jak klobásky. Jako
107 naštěstí jsem měla to břicho fakt maličký, ale už bych to jako třeba nezopakovala. Už bych to
108 nechtěla znova. Už bych nechtěla být těhotná, já jsem měla zrovna všechno možný, co existuje.
109 Já jsem fakt jako skoro 4 měsíce musela ležet doma. To bylo jako fakt šílený, jak už jsem
110 nevěděla, co mám dělat, prostě jsem jen ležela. Nechtěla bych tady toto už znova zažít.

111 *T: Jasně. Chápu. Ještě tady mám takovou poslední otázku, jakou roli hraje ve vašem životě sex?*
112 *Jako jak a v čem je pro vás důležitý třeba?*

113 P: Já si myslím, že je pro mě tak zdravě důležitěj. Nikdy jsem nebyla jako nějaká jeptiška, jako
114 to určitě ne. Ale samozřejmě, tím, jak má člověk dítě, tak se mu hodně změní priority, ale jako
115 pořád si myslím, že ten sex k tomu partnerství i manželství jako dost patří. Prostě je to furt věc,
116 která by se neměla opomínat. I když je to míň krát, tak furt si bez sexu život nedokážu
117 představit. Jako neberu sex jen tak, že se z něho stane dítě. Potřebuju ho k životu, to ano, ale
118 nemusím ho mít každej den dvakrát, tak jak jsem ho měla, když jsem byla mladší. Teďka prostě
119 myslím na jiný věci a mám tak zahalenej mozek a jsem tak unavená, že jsem ráda samozřejmě,
120 že ten sex je, ale že bych na něj myslela dennodenně ne, to vůbec.

121 *T: Jo. Já to jenom zkontroluji, jestli je ještě něco. No napadá mě, je něco, co jsem třeba*
122 *nezmínila, nějaký okruh, co se týče sexuality nebo i tak celkově a je pro vás důležitý? Něco, co*
123 *mě třeba nenapadlo, co vás napadá?*

124 P: Ne, já si myslím, že jste asi nějak jako se zeptala na všechno. Napadá mě teda třeba, jako ti
125 partneri, jestli když ten sex nemají v tom těhotenství, tak jestli si to vynahrazují třeba jinak.
126 Jako my jsme třeba měli ten orální sex, ale nevím, ne každému to v tom těhotenství asi jde no.

127 *T: Jako myslíte ze strany té ženy, že jí to nejde?*

128 P: No ne myslím, že spíš jako jestli ten partner, třeba mu to dělá problém, s tou ženskou spát,
129 když je těhotná, že má velký břicho, že je tlustá, a tak jako. Tak třeba tady toto, ale doufám, že
130 chlapi jsou normální, většina teda.

131 *T: Jasně. Asi je to individuální no.*

132 P: Jo, u nás to bylo naštěstí v pohodě, ale tak já jsem byla tlustá no. Takže, manžel s tím ale
133 neměl problém.

134 *T: Aha, to je ale dobře. Dobře, moc děkuji.*

Příloha 5.

Rozhovor s Terezou

1 *T: Jo, už. Tak jo. První otázka, kterou mám je, jak byste porovnala váš sexuální život před*
2 *těhotenstvím, v průběhu těhotenství a po porodu?*

3 P: Tak je to teda stejnej partner a řekla bych, že největší rozdíl je, že před tím těhotenstvím jsem
4 chtěla sex víc já a teď po porodu se to otočilo. U mě je to dost spojený s tím, že jsem prostě
5 strašně unavená, že jo jako s hlídáním malého, v noci pořádně nespí. Taky máme teď oddělený
6 ložnice, já spím s malým a manžel v naší ložnici. No a jsem prostě strašně unavená, takže
7 poslední věc jako na co bych měla chuť je jako ten sex. No a v těhotenství, podle mě třeba tak
8 do půlky těhotenství to bylo stejný jako předtím a pak už se to měnilo hlavně kvůli tomu, že jak
9 roste to břicho, tak už je to pak jako fyzicky dost náročný nebo jako jiný než předtím. No a
10 podle mě se taky změnilo to, že když se celej den starám o toho prcka, tak že to tak jako supluje
11 nějakou potřebu blízkosti, té intimity. Že prostě když jako se s ním mazlím a tak, takže vlastně
12 pak už vůbec nepotřebuju ten kontakt někde jinde no.

13 *T: A jak se změnilo prožívání toho pohlavního styku, jako nějaká chuť, touha po tom? Říkala*
14 *jste, že na to máte menší chuť, než jste mívala, že?*

15 P: No, jo jo jo. Z části je to kvůli únavě, jako fyzický vyčerpání, a z části taky to, že to, jak
16 máme malého, tak z části ten vztah zásadně změnil jo. Takže teď prostě u nás je dlouhodobě
17 docela dusno, nebo není nám jako úplně fajn v tom partnerským vztahu, takže když nejsem
18 unavená jako fyzicky, tak vlastně na to ani nemám jako moc chuť. Prostě teď k sobě nemáme
19 blízko no.

20 *T: A když už na to třeba došlo, tak bylo to prožívání jiný, jako třeba po porodu? Vlastně po jaké*
21 *době jste spolu měli pohlavní styk poprvé po tom porodu?*

22 P: Jo, jo, myslím si, že to mohlo být tak tři týdny po tom porodu. No jako že jsme to zkoušeli
23 ale jako nešlo to a pak teda asi až po tom šestinedělí a pak byla jako nějakou delší dobu pauza,
24 protože jsem měla nějaký zdravotní problémy, nějaký jako záněty a tak. Ale po tom porodu to
25 prožívání bylo takový, že jsem měla velký strach z té bolesti, že to bude prostě nepříjemný, že
26 to bylo jako něco podobnýho, jako když holka je panna a čeká jí to poprvé, tak možná takovýhle
27 obavy. Ale řekla bych jinak, že to zažívání jako přímo přítom se nějak zásadně jako neliší.

28 *T: Jasně. A dokázala byste říct, jak se vlastně lišila ta četnost toho pohlavního styku před*
29 *těhotenstvím, v těhotenství a po porodu?*

30 P: No, co se týče těhotenství tak si to moc nepamatuju, ale ke konci jsem měla rizikový
31 těhotenství, tak to jsme spolu nespali vůbec a taky přes to velký břicho to už jako prostě nebylo
32 pohodlný. A mimo teda to, že jsem přenášela a gynekoložka doporučovala před porodem na
33 vyvolání porodu, že je dobrý teda mít sex, třeba těsně po tom termínu, že ten ejakulát, ty spermie
34 prostře nějak uvolňují to děložní hrdlo, že by to jako mohlo spustit porod, tak to jsme jako
35 měli. No a před tím těhotenstvím ta četnost mohla být tak 2-3 v týdnu a převážně jako večer a
36 po tom těhotenství jako určitě ne víc jako jednou týdně a spíš než večer tak jako ráno nebo
37 odpoledne, když malej spí a zrovna se sejdem doma, žádná romantika, večer svíčky no.

38 *T: Jasně. A v porovnání s tím, jak to bylo před těhotenstvím, tak změnila se nějak délka toho*
39 *vašeho pohlavního styku? Vnímáte nějakou změnu v tom průběhu?*

40 P: Jo, je kratší určitě. Podle mě je to jako víc věcí dohromady. Podle mě je to i tím, že teď
41 nemáme k sobě tak blízko a jde o uspokojení nějaký jako lidský potřeby, ale už tam není to
42 hladit se, povídat si v tý posteli a tak. Potom to bude určitě tou únavou a taky tím, že malej nám
43 k tomu nedá jako příležitost. Když usne, a máme na to chuť, tak ale musíme být hodně rychlí,
44 protože se pravděpodobně za chvíli zase probudí. Jo a pak jsem ještě přemýšlela ale to nevím,
45 to je taková moje fantazie, jakože nedokážu si představit, že bych teď měla jako druhého prcka,
46 je to prostě jako extrémně náročný a jako nechráníme se nějak, neberu léky jako už spoustu let,
47 takže možná je v tom i nějaký jako nevědomý odpor, že mám strach z toho otěhotnění, ale
48 nevím, to je jako nějaká moje fantazie.

49 *T: Hm, jo. Ehm, vnímáte po porodu nějakou změnu v prožívání toho vyvrcholení?*

50 P: Hm, teď už ne. Ale když to bylo půl roku po porodu, tak ne že by to vyvrcholení nebylo
51 možný, ale mnohem hůř jsem ho dosahovala, protože jak tam ty orgány byly po tom porodu
52 poničený, jako bolavý, tak si myslím, že se to muselo jako dát nějak fyziologicky doporádku.
53 Takže spíš, než jako psychicky to bylo spíš daný tím, že to tam bylo jako potrhaný a tak. A je
54 důležitý jako zmínit, že jsem měla jako celkem velký poranění po tom porodu, takže to bylo
55 takový bolestivý, nepříjemný, a ze začátku jsem měla takový obavy, že mi nebylo komfortně
56 v tom sexu.

57 *T: Jo. Jasně. Ještě tady mám takovou otázku, co se týče té sexuality, jestli zahrnuje váš sexuální*
58 *život i sebeuspokojování, liší se nějakým způsobem teď oproti tomu, kdy jste byla těhotná nebo*
59 *po porodu?*

60 P: Jo. Tak v těhotenství, to bylo podle mě ke konci jako jedinej způsob, jak mě to jako nějak
61 bavilo, nebo jak to už fyzicky nešlo, tak jsem to dělala víc. Teď skoro na to jako nemám náladu,
62 mnohem víc jsem to dělala před těhotenstvím. Napadá mě, že se u mě taky proměnila ta
63 sexualita, jako s manželem jsem dlouho, takže já se před ním jako vůbec nestydím, ale myslím
64 si, že tím, jak byl semnou u toho porodu a celou dobu na tom porodním sále, tak tam padla
65 poslední jako nějaká stydlivost.

66 *T: Jo, chápu. Takže i, tady mám právě otázku na vnímání sebe, jak vnímáte sebe samu jako*
67 *ženu po porodu dítěte, co se týče intimity, přitažlivosti nebo sexuality třeba? Vy jste vlastně*
68 *říkala, že jste se necítila úplně komfortně při tom sexu, nebo tak.*

69 P: Jo, no k tomu se váže několik věcí. V tom těhotenství, jsem si připadla extrémně nepřitažlivě.
70 Já jsem teda měla deprese v těhotenství, ale ne daný tímhle, ale určitě to nepřidalo jako na tom,
71 že jsem si nepřišla jako hezká a přitažlivá, a byla jsem strašně zavodněná, na nic jsem nestačila,
72 zadýchávala jsem se do schodů. Takže jako určitě oproti těhotenství a asi jako i před
73 těhotenstvím jsem teď spokojená i s tělem a sama se sebou. Na druhou stranu si myslím, že mi
74 úplně opadlo takový to, že bych se jako chtěla líbit chlapům, nejen manželovi ale jako obecně.
75 Že mám pocit, že jako když už toho malýho mám, tak jsem vlastně za vodou, že jsem jako
76 splnila to, abych nějakýho chlapa ulovila, a teď to mám prostě tak jako na háku, že jo, že je mi
77 to jedno. Nevím jako jestli jsem srozumitelná.

78 *T: Jo, jo jste určitě. A jak jste vnímala ty změny svého těla v těhotenství a po porodu, jak jste*
79 *tohle prožívala?*

80 P: No špatně. V tom těhotenství jsem to prožívala jako fakt špatně, asi se k tomu váže i to, že
81 jsem jako v dospívání hodně bojovala s váhou s nějakým jako sebeobrazem a nebyla jsem jako
82 sama se sebou spokojená. Pak jsem z toho nějak jako vyrostla a jako bylo mi celkem dobře. No
83 a teď ve chvíli, kdy je mi dobře a mám partnera a jsem šťastná, že s ním čekám dítě, tak
84 najednou bez toho, aniž bych to nějak zapříčinila se začnu jako měnit před očima a začnu být
85 pro sebe čím dál tím horší a horší. Takže fakt jako to těhotenství, pro mě to bylo jako docela
86 peklo. Jak jsem vlastně jako ztloustla, byla jsem nateklá, nemohla jsem chodit, no, takže jako
87 to bylo špatný. A pak naopak po tom porodu jsem na to svoje tělo jako dost hrdá, že jsem vůbec
88 nečekala, jak rychle se dá zpátky jako do kupy a vlastně jako samo od sebe, že proto jako nic

89 moc nedělám, že je to vlastně neuvěřitelný, co jako to lidský tělo spojený s tím těhotenstvím
90 vlastně jako dokáže.

91 *T: To souhlasím. No a co se týče informovanosti. Byla jste dostatečně informovaná ohledně té*
92 *sexuality v těhotenství? Jako jaké byly zdroje té informovanosti? Jestli jste se dívala třeba na*
93 *internet, nebo doktorky jste se ptala, nebo někoho blízkého?*

94 P: Ehm, myslím si, že jako díky bohu za to, co mám za vzdělání, že o tom nějaký povědomí
95 mám, protože jinak v té běžný péči gynekologický nebo v nemocnic, tak to člověka vůbec jako
96 nikdo na to nepřipraví. A obecně jako gynekologové, myslím si, že je to jako součást jejich
97 práce, ne tak jako do hloubky, ale že by něco říkat podle mě měli. A rozhodně by se tomu měli
98 věnovat třeba v období poporodním, a jako vůbec nic nikdo semnou nic neprobíral. A jako
99 podle mě, mě by třeba uklidnilo probrat, to by mohla udělat klidně i ta doktorka, co mě rodila,
100 jako kdyby mě uklidnila, že ty poranění jsou běžný, a že kvůli tomu je to šestinedělí, a že se to
101 dá zase nějak jako do kupy. A to taky vlastně nikdo nějak neřešil, neřekl. Nemluví se o tom, a
102 nikdo mi nic neřekl.

103 *T: Jo. Jasně. A vnímáte nějaký vliv na to i komunikaci s partnerem třeba? Jak tohle tam*
104 *probíhalo?*

105 P: No, s partnerem jsme komunikovali o tom, ale úplně jsme si to nevyjasnili. Dochází k tomu,
106 že se urazí, že já nechci, a přitom je to jenom tím, že jsem šíleně unavená nebo tak. Na tom by
107 chtělo zapracovat určitě, ideálně v prostředí nějaké partnerské poradny, kde by byl někdo třetí
108 a nějak to jako moderoval no.

109 *T: Jo. Ehm, setkala jste se s nějakými mýty ohledně sexuální aktivity v těhotenství?*

110 P: Jo, ehm, podle mě velikej rozšířenej mýtus je, že je ten sex zapovězenej, že je nebezpečnej.
111 A to úplně pomínu jako nějaký mýty křesťanský, že je sex v těhotenství hříšnej nebo tak. Ale
112 s tím jsem se nesetkala, jenom jsem to někde slyšela. Ale to, že je to nebezpečný, to i nějaký
113 moje kamarádky řešili. Ale to vím, že pokud je to těhotenství v pohodě, tak můžeš mít sex až
114 do porodu v podstatě. No, takže asi to je ten mýtus. Ještě taky hodně, že poloha při sexu ti může
115 říct, jestli to bude holka nebo kluk.

116 *T: Jo, jo. Mám tady teď poslední otázku, který se týká toho, jakou roli hraje ve vašem životě*
117 *sex? Jak a v čem je pro vás důležitý?*

118 P: No teď bych právě řekla, že ho vůbec jako nepotřebuju, že jako na nějaký lidský uspokojení,
119 jako toho pudu, to prostě, k tomu jako toho partnera nepotřebuju. A potřeby té blízkosti

120 naplňuje jako dítě. Takže momentálně bych řekla, že kdyby to úplně vymizelo, tak asi jo, asi
121 za čas bych byla frustrovaná, ale s čistým svědomím teď můžu říct, že by mi to vůbec
122 nechybělo. A před malým to důležitý bylo jako nějaká forma odreagování se a sblížení se s tím
123 partnerem. To důležitý bylo no.

124 *T: Jo. Ještě se chci zeptat, když už jsme takhle na konci, je něco, co jsem třeba nezmínila,*
125 *neřekla, co vás napadá třeba?*

126 P: No, ještě vím, že mě napadlo, že třeba když byl malej úplně malinkej a spal jako u sebe
127 v postýlce, a měli jsme ho jako třeba v ložnici, tak jsme jako spali třeba i před ním spolu, a to
128 už jako neděláme. A vím, že jako moje kamarádky říkaly, jako že je to malý to mimino, že to
129 nemůže nějak vnímat. A jako vím, že před tím mám takový jako ostych, že mi to přijde jako
130 divný no. Že, že to bych jako nedělala, když to mimino spí.

131 *T: Točí se to kolem toho mimina, že. (smích)*

132 P: No, jo, to se prostě změní celý svět. (smích)

133 *T: Tak jo, to je vážně asi všechno. Tak moc děkuju.*

Příloha č. 6

Rozhovor s Michaelou

1 *T: Tak první otázka je, jak byste porovнала váš sexuální život před těhotenstvím, v těhotenství*
2 *a po porodu?*

3 P: Před těhotenstvím na to bylo víc času. To určitě. Během těhotenství je to všechno hrozně
4 intenzivní, je to jakože, nevím, jak to popsat, je to lepší, nevím proč, asi jak je člověk
5 prokrvenej. Samozřejmě pozdní fáze těhotenství už je potom problém, to už potom není moc o
6 tom prožitku. Po těhotenství supr, řekla bych že možná, nevím, přijde mi to teda lepší, když
7 teda u sebe nemáme dítě. Přijde mi, že si to jako víc užíváme. Nevím, čím je to způsobený ale
8 přijde mi to lepší.

9 *T: A kdy byste měla porovnat, jak často spolu máte pohlavní styk ve srovnání s tady téma 3*
10 *obdobími?*

11 P: No tak před těhotenstvím tak 2x týdně. Během těhotenství, během prvního těhotenství to
12 bylo třeba i 4x týdně protože jsem na to ty první měsíce měla jako velkou chuť, později už ne,
13 jak to břicho začalo být překážkou. Ale ze začátku jsem partnera i nutila skoro furt a po
14 těhotenství. No, jak byl malej miminko, taky jsme se k tomu vrátili tak 2x týdně a teď jak už
15 má skoro ty 4 roky, tak je to takový, že si musíme dávat hodně pozor a jako jo furt držíme ten
16 standart 1-2x týdně. Ta četnost se nezměnila.

17 *T: Takže s tou sexuální touhou jste říkala, že jste na to v těhotenství měla větší chuť jo?*

18 P: Jo. V prvním těhotenství jsem měla chuť na sex velkou, ale třeba teď v tom druhým je to
19 naopak. U druhého jsem ze začátku chtěla pořád a teď nechci vůbec. Jsem v 7 měsíci a je to, tak
20 dobrý, tak si to odbijeme, ale vůbec na to nemám chuť. Nevím, čím to je, u prvního to bylo furt
21 a teď ne. Je mi to částečně i nepříjemný, snažím se tomu vyhnout. Je to možná i tím, že jak už
22 máme toho jednoho chlapečka, tak mám víc starostí. Hlavně to druhý těhotenství je náročný, já
23 jsem 4 měsíce skoro prozvracela, nebylo mi dobře. Teď je mi dobře, ale vůbec necítím nějakou
24 potřebu, vůbec na to nemám chuť. Nevím, čím to může být. Možná i ta psychická zátěž z toho
25 koronaviru, tím, že jsem pořád doma. Takže i kvůli té psychické stránce. Prostě hrozná nuda,
26 kdybych chodila do práce a normálně fungovala, tak to asi bude jinak.

27 *T: Jasně. A pokud zahrnuje váš sexuální život i sebeuspokojování lišilo se nějakým způsobem*
28 *teď oproti tomu, kdy jste byla těhotná nebo po porodu?*

29 P: No v těhotenství hodně. To jsem vyžadovala oboje, když manžel nebyl doma, tak jsem si
30 pomohla sama. Před těhotenství asi tím, že jsme byli sami doma, tak jsem neměla tu potřebu
31 sebeuspokojení, protože když jsme měli chuť a byli jsme doma, tak nám v tom nic nebránilo.
32 Říkám, potom těhotenství je to všechno takový intenzivnější, jak ten sex nebo to
33 sebeuspokojení je prostě takový intenzivnější. Ale teď momentálně nemám chuť vůbec na nic.
34 Jako teď v tom těhotenství za 7 měsíců, jestli 4x. Jako fakt nemám prostě nemám. Psychicky
35 jsem celkem odrovnaná, jak byl kluk menší, já jsem chodila do kavárny pracovat, byla jsem
36 zvyklá žít aktivně, vídat se s lidma a teď opravdu odříznutá doma.

37 *T: Aha, jo, jo. A vnímáte teď třeba po porodu nějakou změnu v prožívání toho vyvrcholení?*

38 P: Je to intenzivnější. Opravdu mi přijde, že je to takový lepší. Je pravda teda, že já jsem dlouho
39 kojila, asi do 2 let. I v tom období kojení to bylo všechno takový intenzivní, bylo to lepší. A už
40 se dokážu asi i líp tak jako odreagovat nebo líp se uvolnit. Ale po tom porodu to fakt vnímám
41 všechno jako intenzivněji. Nevím proč, nevím, jak je to způsobený, ale.

42 *T: Ehm. A v porovnání s tím, jak to bylo před těhotenstvím, změnila se nějak délka toho*
43 *pohlavního styku?*

44 P: Ne, ne, ne. Já si myslím, že pořád si držíme nějak ten standart. Jako samozřejmě někdy je to
45 náročnější, když třeba malej se vzbudí, tak rychle to utnout. Ale když je na to normálně čas, tak
46 se to nezměnilo vůbec.

47 *T: Jo. A jak vnímáte sebe samu jako ženu po porodu toho dítěte? Myslím, co se týče intimacy,*
48 *sexuality a přitažlivosti.*

49 P: No, ze začátku to bylo peklo no, protože já jsem s prvním synem přibrala 18 kilo. A měla,
50 nebo jako mám doteď strie, ale jako hodně velký strie. Hodně dlouho mi trvalo po tom porodu,
51 než jsem najela na tu, nějak na ten, abych se mohla úplně uvolnit, protože jsem ty strie hodně
52 vnímala a byla jsem s tím nespokojená. Naštěstí manžel mi nikdy nedal najevo jako nebo, jako
53 vždycky mě ujistil v tom, že vlastně to není, a pak jsem to i začala já tak brát, že to není nic
54 ostudného, že jsem porodila dítě a strie prostě jsou a budou. Ale potom porodu to fakt bylo, že
55 jsem se bála, jestli manžel necítí, že jsem tam dole zašitá, nebo jestli to jde vidět. Ale to bylo
56 jako hnedka ty první styky po tom porodu jo, potom už to samozřejmě bylo dobrý.

57 *T: Jo. A jak jste vnímala tohle z hlediska těch tělesných změn v tom těhotenství nebo po porodu?*

58 P: No u první syna jsem fakt jako hodně přibrala. Nejdřív jsem byla jako hubená, hubená, pak
59 jsem přibrala, a to mi popraskalo to břicho. Ale jako vlasy nehty pleť, to byla nádhera. To mi
60 všichni říkali, že jsem vypadala snad jako nejlíp ve svém životě. Já jsem se opravdu cítila
61 krásná, až na to velký břicho, že si lidi dělali srandu, kolik čekám dětí, ale já fakt takhle jsem
62 se cítila krásně. Teďka u toho druhého těhotenství, tím, že jsem 4 měsíce zvracela, ještě mi jako
63 není úplně dobře, je to takový jako úplně jiný. Pleť nemám lepší, vlasy nemám lepší, je to teď
64 zase jako naopak. Takže teďka jako v tomhle těhotenství si nepřipadám pěkná. Dívám se prostě
65 na to, jak mám to břicho zase větší, já teda ho asi nikdy nebudu mít jak modelky, že bych měla
66 malinký břicho a šla rodit. Takže zase mám břicho, zase vynikly ty strie, takže teď je to takový
67 horší, no.

68 *T: A byla jste dostatečně informovaná o nějaké případné změně v té sexualitě, nebo kde jste*
69 *hledala informace, když jste se chtěla něco dozvědět?*

70 P: Ehm, no tak zaprvé mám skvělého gynekologa, takže tam opravdu devadesát procent.
71 Nejsm matka, která by dvě hodiny se dokázala s kamarádkou, co má dítě, bavit o tom, co mě
72 čeká. Já to bytostně nesnáším, já se vyhýbám ostatním matkám. Weby typu miminko a takový
73 ty, to jako vůbec. Jediný, co jsem měla, jsem měla na telefonu těhotenský kalendář a mohla
74 jsem si v aplikaci přečíst, co mě čeká. Ale prvotní informace od toho gynekologa. Mám teda i
75 skvělou knížku, tu jsem dostala do mamky, kniha o mateřství, nejsou tam ještě takový ty bio
76 žvásty. Je to braný v klidu, jako toto se stane a toto se stane, ne to nemůžete a tak. Takže
77 gynekolog, aplikace a knížka.

78 *T: Jasně. A s partnerem jste to jak komunikovali?*

79 P: S manželem jsme se bavili, že třeba v té aplikaci bylo rada pro tatínka, tak si to četl, ale
80 myslím si, že dokud je to dítě v tom břichu, tak to toho chlapa úplně tak jako nezajímá. Jinak
81 s manželem jako hodně komunikujeme, on mě pořád ujišťuje, že se mu jako líbím, protože
82 mám velký prsa, jo, to on má prostě rád. Takže ho to svým způsobem možná i mrzí, že se na to
83 teď necítím, protože on mi nikdy nedal najevo nic. Je to horší s tím břichem najít tu polohu,
84 někdy jako jak se poskládat jo, někdy je to vtipný. Ale nedal mi nikdy záminku, abych se cítila
85 nějak blbě nebo nepřitažlivě.

86 *T: Jasně, a setkala jste se s nějakými mýty ohledně té sexuální, sexuální aktivity v těhotenství?*

87 P: No v prvním těhotenství manžel semnou moc spát nechtěl, protože se hrozně bál, že ublíží
88 miminku. Prostě jak přišla ta změna, že se to břicho zvětšilo a že se to dítě začalo hýbat, tak se

89 strašně jako lekl. To vím, že jsem tenkrát i jako poprosila gynekologa, jestli by s ním na toto
90 téma mohl promluvit, protože on se strašně bál, že mi ublíží, nebo že ublíží malýmu, že by ho
91 tam nějak mohl žduchnout, že i kluci jeho kamarádi, co už měli taky děti mu říkali, no kámo já
92 jsem se taky bál. Jo, že mi přijde, že ti chlapy tak všeobecně se jako toho trošku děsí, jo, že se
93 bojí, že ublíží. I teď jako u toho sexu se ujišťuje, jestli mě nebouchl nebo nekopl. Je ten chlap
94 takovej opatrnější. Jako v prvním těhotenství přišla pauza, že jako manžel 2 měsíce vůbec
95 nechtěl, že jako ne, že malýmu ublíží, ale teď u toho druhého těhotenství úplně v pohodě. Ale
96 manžel semnou chodil jako na všechny ultrazvuky a všechno jsme prožívali spolu. Já mám fakt
97 doktora, kterej prostě všechno vysvětlí, řekne. V tom já mám velkou výhodu asi.

98 *T: Super, jo. A mám tady poslední otázku takovou, jakou roli hraje ve vašem životě sex a jak a*
99 *v čem je pro vás důležitý?*

100 P: Roli si myslím, že hraje velkou. Pro mě, když je funkční vztah, je funkční sex. Pro mě je ve
101 vztahu sex strašně důležitý, protože si myslím, že to k tomu patří, a nevěřím lidem, kteří mi
102 řeknou, že spolu v posteli jim to neklape, ale nevadí jim to. Prostě myslím si, že je to hrozně
103 důležitý se naladit. My jsme s manželem jako od začátku komunikovali, řekla jsem mu hned co
104 mi vadí, co má dělat a co nemá dělat. My jsme spolu začali chodit v osmnácti, takže ty
105 zkušenosti byly opravdu minimální, my jsme si všechno řekli, takže mi teď nemáme problém.
106 Já jsem za 10 let nezažila špatnej sex. My jsme zvyklý si všechno říkat narovinu. Pro mě sex
107 hraje velkou roli.

108 *T: To je fajn. Tak, já myslím, že jsme vyčerpali otázky. Ještě se takhle na závěr zeptám, jestli*
109 *vás k tomu něco napadá, třeba něco, co jsem nezmínila, nebo cokoliv?*

110 P: Ne, já si myslím, že ty otázky byly super, ale myslím si, že tohle je strašně individuální téma
111 a že to každá ženská má úplně jinak.

112 *T: Jo, jo. To souhlasím. Tak super, děkuju.*

Příloha č. 7

Rozhovor s Kateřinou

1 *T: Tak jo. Začala jsem nahrávat. Je tady pár otázek a vždycky když třeba vyčerpáte odpověď,*
2 *tak se zeptám na další otázku. Tak já začnu první otázkou, který se týká toho, jak byste*
3 *porovнала váš sexuální život před těhotenstvím, v těhotenství a po porodu?*

4 P: Jo, no. To je fakt jako docela těžký porovnat, zvlášť, když mám za sebou ty dvě těhotenství,
5 protože jiný to bylo poprvé a jiný to bylo po druhý. Ale asi, předtím, než jsem otěhotněla v obou
6 případech, tak to bylo takový, jako za cílem toho otěhotnění. Jako opravdu, pro mě to ztratilo
7 nějaký kouzlo jako v té chvíli, protože jsme chtěli dítě, a tak jsem se soustředila na to, aby bylo
8 dítě. To bylo v obou případech. No a během těhotenství to pro mě bylo no go, já jsem
9 v těhotenství nemohla jako cokoliv provozovat, protože mě to přišlo divný a neměla jsem na to
10 chuť. Já jsem se strašně necítila v tom, jak jsem jako strašně tloustla, a tak nějak jsem jenom
11 viděla, jak mám obrovský břicho, zadek, nohy, všechno. A prostě jsem si připadala strašně
12 neatraktivní a tím, jak jsem byla dýl těhotná, tak mi to přišlo divnější. Prostě mi to přišlo divný,
13 takže jsem se minimálně, minimálně zapojovala do nějakých aktivit. A po porodu vlastně to
14 bylo vždycky lepší. Po tom prvním to šlo líp, pak jako napoprvé po porodu to bylo hrozně
15 divný, to jsem si říkala, že je to jako přijít o panenství znova. Ale bylo to moc fajn musím říct
16 a tím, jak se nám úplně jako změnil život, najednou nám zbyl jenom obývací, takže to bylo
17 takový hravější, lepší. Potom jsem měla já problém, protože jak jsem měla oba dva kluky
18 císařem, tak na po druhý mi tam nechali trošičku pupeční šňůry v břiše, takže jsem měla hrozný
19 bolesti. Takže to trvalo delší dobu, ale pak to bylo zase lepší.

20 *T: Hm, a jak to bylo u vás s tou sexuální touhu teď po porodu dítěte než předtím?*

21 P: Jiný. Rozhodně jiný. Ono to hodně záleží, v jaké fázi. Chvíli po porodu jsem byla jako fakt
22 vyčerpaná, to bylo asi to poslední, na co jsem měla náladu, takže to jako fakt nešlo. Ale vlastně
23 čím byli kluci starší, tím to bylo lepší a ta touha se mi pak jako vracela, ale spíš než po sexu,
24 tak spíš po nějaký tělesný blízkosti, protože je mi to bližší než ten samotný akt.

25 *T: Jo, jo. A pokud zahrnuje váš sexuální život i sebeuspokojování, tak tam to bylo jak, jak se*
26 *tohle měnilo?*

27 P: No, asi to bylo jako v podstatě stejný, že ze začátku po porodu vůbec nic a pak vlastně jakoby,
28 byla spíš touha po té blízkosti s manželem. Jako tak odhadem ty první 3 měsíce byly fakt jako

29 náročný, pak se prodlužovalo to spaní, tak tam asi byly ty změny. Ale tím, že jsem běhala okolo
30 dětí, tak jsem pak spíš chtěla tu blízkost než jako, než orgasmus nebo tak, no.

31 *T: Jasně, jo, jo, jo. A po jaké té době jste se s partnerem poprvé milovali po tom porodu a jak*
32 *jste to prožívala? Vy už jste to trochu naznačila, tak jen jestli to můžete nějak rozvést?*

33 P: S prvním to bylo po 6 týdnech, a to jsem si připadala fakt jak panna. Bylo to fakt jako jiný,
34 i když jsem rodila císařem, tak přece jenom tam k nějakým změnám asi došlo. A bylo to
35 intenzivnější asi jako zajímavější a v pohodě. A ten první sex byl v klidu a jako fajn. U toho
36 druhého to bylo peklo, protože mě to šíleně bolelo a brečela jsem a museli jsme přestat, protože
37 to nešlo. Takže jsem šla i k doktorce jako co to je, a ta právě řekla, že tam je nějaký problém
38 s tou pupeční šňůrou. Takže mě dali stopku a myslím, že až tak 3 měsíce po porodu, že jsme
39 mohli a já jsem se hrozně bála, aby to zase nebolelo a byla jsem hrozně nervní a nesvá a asi
40 jako prkenná a fakt se mi do toho jako nechtělo, ale pak když to bylo v pohodě, tak to bylo fajn.

41 *T: Hm, hm, jo. A lišila se nějak ta četnost nebo průběh toho pohlavního styku před těhotenstvím,*
42 *v a po porodu?*

43 P: Jo, to jo. Jako před těhotenstvím to bylo vždycky takový jako spontánní a nějak jsem nad
44 tím nepřemýšlela ale s oběma klukama, když má člověk věčně u hlavy chůvičku, a každý
45 zašumění jsme řešili. Kolikrát jsme jako spolu museli přestat, protože fakt třeba začali brečet.
46 A pak, když kluci jako byli větší, tak zase, aby Filip třeba nepřišel. Takže to bylo opravdu
47 takový, teď je jako trochu času, tak bychom asi mohli a nebylo to jako úplně to pravý ořechový
48 ohledně toho časového hlediska i z té četnosti, nebyl úplně prostor. Ale časem se to změnilo a
49 teď už je to zase lepší.

50 *T: Jo. A, a vnímala jste nějak po porodu nějakou změnu v tom prožívání toho vyvrcholení?*

51 P: Jo to určitě. Je to intenzivnější, častější, jednodušší. Nějakým způsobem mám pocit, že to
52 těhotenství to ovlivnilo nebo nějak pozměnilo. Je to nějak jednodušší dosáhnout vyvrcholení,
53 častěji a rychleji. Takže v tomhleto je ten rozdíl velikej.

54 *T: Jo, no a změnilo se nějak trvání toho pohlavního styku?*

55 P: No, jo. Protože když jsme byli chvíli po porodu, když jsem se vrátili k sexu, tak to bylo
56 honem rychle, než se kluci probudí, takže jsme vynechávali předeheru a opravdu to bylo prostě
57 šup šup a vyřízený. Ale teď jak spí celou noc, tak je to jako jiný, lepší, delší přede hry a všechno,
58 takže je to fajn. Ale je to tím, že kluci spí celou noc, kdyby nespali, tak to tak nepůjde.

59 *T: Jo, jo, jo. A hm, jak vlastně vnímáte sebe jako ženu po tom porodu, jakože co se týče intimity,*
60 *přitažlivosti a sexuality?*

61 P: Jo, já určitě jsem prošla nějakým přerodem, protože když jsem byla těhotná poprvé, tak mám
62 pocit, že byla těhotná ještě holka, že vlastně to nebyla jako dospělá ženská, i když mi bylo jako
63 30. Nějak mi přijde, že těhotenství mě zženštilo, zatraktivnilo a rozhodně mi to dodalo jako víc
64 úsměvu. Nějak mám pocit, že mi mnohem víc září oči, i když nemám na sebe tolik času, jako
65 nejsem namalovaná, nemám hotovou hlavu nebo mám na sobě jen legíny a triko, tak si
66 připadám mnohem líp se sebou, ve svém těle a rozhodně jako. Mě přijde, že mě to pozměnilo
67 k lepšímu, co se ženskosti i intimity týče. Nějak najednou, jako bych se přestala bát věcí, že
68 jsem si je sama sobě dovolila, asi tím, jak jsem nabíla to sebevědomí v ženskosti, takže,
69 rozhodně to беру pozitivně.

70 *T: Jo. Jo. A jak jste vnímala ty změny toho těla jako v průběhu toho těhotenství?*

71 P: Hodně, já jakoby přemýšlím, protože pro mě je tohle docela velký téma i třeba ve výcviku,
72 protože moje máma mi vnucovala vždycky že jsem tlustá, musím zhubnout. A když jsem byla
73 těhotná, tak mi říkala, že nejhorší jsou ty matky, který nezhubnou po porodu. No, takže já jsem
74 to u prvního těhotenství nesla strašně špatně, vnímala jsem každý kilo navíc. A moje máma
75 vždycky komentovala, jak mám velký břicho, a jestli je to hodně nebo málo. A dala mi v tom
76 hrozně zabrat. Když jsem byla těhotná podruhé, tak jsem tohle téma otevřela na výcviku hned
77 na začátku, protože jsem věděla, že tohleto nechci zažívat znova, a nějak jsem si ulevila. Tak
78 prostě jsem těhotná, mám velký břicho, mám velké zadek a nedělá to mě mnou. Takže jsem
79 pak mámu posílala s těmahle kecama do prdele.

80 *T: Jo, chápu. A byla jste dostatečně informovaná, jakože co se týče třeba od doktorů nebo jestli*
81 *jste měla zdroje někde jinde?*

82 P: Jo, to já. V těhotenství jsem dokonce chodila na těhotenskej kurz, ten byl jednou týdně
83 několik týdnů. Tam jsme opravdu probírali těhotenství po každým týdnem. Pak dokonce se tam
84 nacvičovali dechy pro porod, jsme tam kolektivně hekaly, pak tam přišli manželé a hekali
85 s náma, pak se tam učili u porodu masírovat, takže to bylo vtipný, to jsem určitě absolvovala.
86 Koupila jsem si nějaký knížky, takže jsem v těhotenství četla. Pak jsem měla appku, která mi
87 říkala, v jakým jsem týdnem a tohle se vyvíjí. Jsem byla vždycky strašně nadšená. Jsem to
88 opravdu strašně prožívala, každej ten tejden a každou jeho změnu. Ty svoje změny potom
89 negativně samozřejmě. A pak když jsem byla těhotná po druhý, tak to tam vůbec nebylo. Už
90 jsem nepotřebovala těhotenskej kurz, už jsem věděla. Zároveň to bylo takový hezký, jakože jo

91 roste ale nepotřebuju vědět přesně kolik má centimetrů, co se vyvíjí, důležitý pro mě bylo, že
92 se to vyvíjí, tak jak má a nebyla tam už ta posedlost hledáním co se děje a jak se děje. Prostě
93 nějak to je a bude. Bylo to příjemnější teda musím říct. Doktoři v podstatě neinformují vůbec
94 z mojí zkušenosti. Já vždycky když jsem šla na prohlídku, tak to bylo jako, tak všechno je dobrý
95 teď rychle ultrazvuk, tady vidíme hlavičku, ručičku, všechno dobrý, tak jo, tak na shledanou.
96 Takže od nich nic nepřišlo. A třeba když jsem měla rodit po druhý, tak tím že jsem poprvé
97 rodila císařem, tak mi nebylo doporučováno, abych teď rodila normálně, protože by mi mohla
98 prasknout děloha, a že rozhodnutí je na mě. A mě tenkrát strašně chyběla nějaká informace od
99 doktorů, na základě, který bych se rozhodla. Jako jestli to mám nebo nemám zkusit. Jak velká
100 nebo tenká je ta jizva, jaký je procento toho, že ta děloha praskne, protože kdybych věděla, že
101 je to 5 %, tak to risknu. A já jsem se jako rozhodovala, bylo to pro mě hrozně těžký a tu
102 informaci mi prostě nedali s tím, že to rozhodnutí je prostě na mě a já jsem se nakonec rozhodla
103 že nebudu riskovat zdraví dítěte a radši zdraví sebe, a tak jsem šla na ten císařák, ale je to proto,
104 že jsem neměla dost těch informací. Ale kdyby mi řekli, o jaké procento rizika se jedná a co se
105 může stát, tak by to bylo mnohem jednodušší ale tu informaci jsem z nich nedostala ani když
106 jsem se jich zeptala.

107 *T: Ehm, jo, jasně. A komunikovali jste o tomto i s partnerem? Nebo jak u vás probíhala ta*
108 *komunikace?*

109 P: S partnerem jsme vždycky o všem otevřeně, cokoliv sdílet, cokoliv pomoc rozhodovat. I
110 ohledně té sexuality, že já jsem říkala třeba hele já se necítím, přijde mi to divný a proč a on to
111 jako bral a nebyl s tím problém. V tomhle komunikujeme dost.

112 *T: Jo, a setkala jste se s nějakými mýty ohledně sexuální aktivity v těhotenství, nebo jaký je váš*
113 *postoj k nim, pokud jste nějaké slyšela?*

114 P: Mýty nevím. Tady to šlo vždycky jako mimo mě. Já jako něco, co není ověřený, tak to
115 vypouštím. Ale bavila jsem se o tomhle s kamarádkama a manžel taky s ničím neměl problém.

116 *T: Tak, mám tady poslední otázku a ta otázka je jakou roli hraje ve vašem životě sex a jak a*
117 *v čem je pro vás důležitý?*

118 P: No. (smích) Rozhodně je pro mě nejdůležitější ta blízkost s manželem. Že jsme vlastně jako
119 spolu, spolu. Kolikrát ve dne jsme vedle sebe jako spíš, že tam není prostor na to, být spolu.
120 Takže když pak máme prostor, tak pro mě je to fakt jako ta blízkost, která mi kolikrát během
121 toho dne chybí.

- 122 *T: Jo. Ještě se chci zeptat takhle na závěr, jestli vás k tomu napadá něco, co jsem opomněla*
123 *třeba?*
- 124 *P: Ne, nic mě nenapadá nějak asi.*
- 125 *T: Dobře, jo. Tak, já už vypnu nahrávání jenom, děkuji.*

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Markéta Holátková

Studijní program: Psychologie

Název práce: Sexualita žen v těhotenství a po porodu

Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková

Rok dokončení práce: 2021

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 17 123

Ostatní text: 97 773

Celkový počet znaků: 114 896

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: BP_Holatkova_2021.pdf

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX: BP_Holatkova_2021.docx

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Markéta Holátková
Obor studia: psychologie
Název práce: Sexualita žen v těhotenství a po porodu
Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

--	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V závěru práce píšete: „Výzkumná zjištění této práce, týkající se nejen informovanosti žen o této problematice, mohou sloužit také jako zdroj zpětné vazby pro pracovníky z oblasti perinatální a postnatální péče.“ Jaká zjištění a v čem by podle Vás mohla být zdrojem této zpětné vazby?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka si zvolila téma sexuality u žen během těhotenství a po porodu, které považuji za zajímavé a z hlediska studijního oboru adekvátní.

V teoretické části se zaměřila na ženskou sexualitu jako takovou a její specifika v průběhu těhotenství a po porodu. Popsala hormonální a psychické změny s těhotenstvím a porodem spojené, nezapomněla na změny v partnerství, které toto období provázejí. V textu se odvolává na řadu především zahraničních studií, prokazuje svou schopnost pracovat s původními prameny i interpretovat realizované výzkumy. V textu převažuje sexuologické hledisko, ke podle mě škoda, že akcent nebyl položen spíše na vztahovou stránku sexuality.

Podobná výtka se týká i praktické části. Podoba otázek mnohdy vedla participantky spíše k popisu vnějších změn, nikoliv k detailnějšímu zachycení jejich prožívání. Vzhledem k povaze celého textu je ale vlastně celá práce v tomto ohledu konzistentní. Kromě toho musím ocenit autorčinu píli a snahu zapracovat mé připomínky, stejně jako její schopnost vyjadřovat se kultivovaným jazykem a psát gramaticky i stylisticky správně. Práci doporučuji k obhajobě s hodnocením výborně.

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:

30 -04- 2021

* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Markéta Holátková
Obor studia: Psychologie
Název práce: Sexualita žen v těhotenství a po porodu
Vedoucí/oponent* práce: doc. PhDr. Alena Kajanová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 64
Počet stránek příloh: 18
Počet titulů v seznamu literatury: 87

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

0				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaká jsou možná negativa výběru výzkumného souboru na základě dostupnosti, který autorka zvolila? A jak tato mohou ovlivnit výsledky práce?

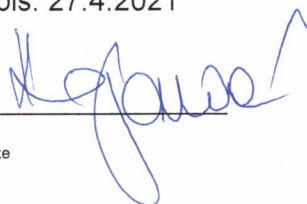
Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část práce je velmi pěkně a precizně zpracovaná, autorka pracuje s nadstandardním počtem odborných zdrojů a to převážně zahraničních. Metodická část práce začíná poněkud neobvykle a to popisem výzkumné strategie. Doporučovala bych začít výzkumným problémem, cílem, VO, atp. Taková je posloupnost, protože strategie se z tohoto odvíjí. Dále pak mám výtku ohledně způsobu výběru výzkumného souboru (viz otázky a náměty k diskusi při obhajobě). Metody a techniky sběru dat jsou zvoleny vhodně s ohledem na cíl práce. U seznamu otázek bych ale očekávala větší psychologický přesah, takto se jeví, že je práce z větší části spíše sexuologického charakteru (tyto otázky převažují). To je škoda, neboť informantky se poměrně dost samy rozmluvily právě o té psychologické stránce přirozeně a šlo očekávat, že dobře nasměrované otázky by toto ještě prohloubily. Oceňuji popis etiky, nicméně přepisy rozhovorů bych do příloh nedávala. Výsledky jsou presentovány čtivě a srozumitelně, analýza je dostačující. Diskuse by mohla být delší.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: 27.4.2021



* nehodící se, škrtněte