

WPŁYW MACIERZYŃSTWA NA SEKSUALNOŚĆ KOBIEC

THE IMPACT OF MOTHERHOOD ON WOMEN'S SEXUALITY

Natalia Żyśk, Paulina Durka

Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp. Macierzyństwo jest niepowtarzalnym momentem rozwojowym dla kobiety, w którym zmienia się całe dotychczasowe życie. Poczęcie i narodziny dziecka są przełomem dla seksualności kobiety, spełnieniem w wymiarze biologicznym oraz zaspokojeniem sensu życia.

Cel. Celem pracy jest opisanie fizjologii seksualności kobiet oraz zbadanie zmian ich seksualności w okresie macierzyństwa do dwóch lat po porodzie. W niniejszej pracy podjęto próbę oceny wpływu okresu okołoporodowego na kobiecą seksualność.

Materiał i metody. Przeprowadzono badania na grupie 200 kobiet do czasu dwóch lat po porodzie. Metodą, która pozwoliła na zbadanie zmian seksualności w okresie macierzyństwa była ankieta, składająca się z 8 pytań otwartych oraz z 37 pytań zamkniętych, gdzie należało zaznaczyć jedną odpowiedź.

Wyniki. Najwięcej ankietowanych podjęło współżycie seksualne w ciągu 6 tygodni po porodzie. Średni okres jaki upłynął od porodu do podjęcia współżycia seksualnego to 3,43 miesiąca. Badania własne wykazały, że 38% ankietowanych zbliżyło się do partnera po porodzie, 23% uznało, że do zbliżenia emocjonalnego nie doszło, a 39% kobiet stwierdziło, że trudno określić, czy doszło między nimi a partnerem do zbliżenia emocjonalnego.

Wnioski. Kobiety, które uznały, że życie seksualne jest dla nich istotne lub bardzo istotne częściej współżyły ze swoimi partnerami w ciąży i obecnie. Kobiety młodsze częściej odpowiadały, że po porodzie zbliżyły się emocjonalnie ze swoim partnerem.

Słowa kluczowe: ciąża, macierzyństwo, seksualność.

ABSTRACT

Introduction. The motherhood is a unique moment in women's life, which changes it completely. Birth and conception are the point of a breakthrough towards her sexuality. Yet she becomes fulfilled in the meaning of biology and sense of one's life.

Aim. The aim of this labour is to describe sexual physiology of women and to determine any changes in her own sexuality during two years after childbirth. It is here approached to characterize the impact of birth cycle on whole women's sexuality.

Material and methods. A group of two hundred women, which had their birth not more than two years ago, had been interviewed. A survey had been used as a method clarifying sexuality changes in the period of their motherhood. It consists of 8 opened and 37 yes/no questions.

Results. The majority of interviewees had re-established their sexual intercourses up to six week after birth. The average period between a birth and first intercourse is 3,43 of a month. Individual research showed, that 38% of questioned had become closer after birth with her partner, 23% declared no sexual intercourse after birth and 39% was not sure if there was any emotional rapprochement.

Conclusions. Women, who recognized sexuality as an important or very important part of one's life, resulted in more frequent sexual intercourses with their partners. Younger women more often declared, that after birth they had an emotional rapprochement with their partner.

Keywords: pregnancy, motherhood, sexuality.

Wstęp

Seksuologia (od łac. *sexus* – płeć i gr. *logos* – słowo, nauka) jest stosunkowo młodą dyscypliną naukową, a jej początki sięgają połowy XX wieku. Jest to nauka o „życiu uczuciowo-seksualnym i jego zaburzeniach oraz kształtowaniu się relacji partnerskich” [1]. Seksuologia integruje w sobie osiągnięcia i wiedzę z różnych dziedzin, stwarzając spójny obraz człowieka i ukazując wielowymiarowość jego seksualności. Seksualność jest konsekwencją podziału ludzi na dwie płcie, warunkowana jest nie tylko samą biologią, lecz także kontekstem psychicznym, społecznym i kulturowym, którego człowiek doświadcza oraz dzięki któremu kształtuje swoją osobowość.

Współżycie seksualne kobiet w ciąży jest słabo poznane, ponieważ istnieje mało badań naukowych w tym zakresie, a dostępne badania nie są jednoznaczne. Wspólnym

wykładnikiem tych badań jest stwierdzenie, że kobiety wykazują potrzeby seksualne w czasie ciąży, jednak podlegają one zmianom wraz z czasem trwania ciąży [2]. Czynniki determinującymi kontakty seksualne kobiet ciężarnych są m.in.: więź emocjonalna między kobietą a partnerem, stan zdrowia kobiety ciężarnej, jakość współżycia seksualnego przed ciążą, samoocena i poczucie atrakcyjności kobiety, lęk o dobrostan dziecka obojga rodziców, świadomość bliskości płodu oraz związana z nią bariera emocjonalna, kultura i religia, do której przynależą partnerzy [3]. Większość badań naukowych stwierdza, że w drugim trymestrze ciąży zainteresowanie inicjacją seksualną u kobiet stanowczo wzrasta, niezależnie od liczby przebytych porodów. Jest to spowodowane zmianami hormonalnymi i fizjologicznymi (przekrwienie narządów płciowych oraz zwiększona lubrykacja). Ponadto u kobiet w tym okresie zaobserwowano

większą satysfakcję seksualną ze współżycia, wzrost liczby kontaktów płciowych oraz wzbogacenie przeżyć seksualnych [4]. Bezwzględny przeciwskazaniem do współżycia seksualnego w tym okresie są: czynność skurczowa macicy leczona tokolitycznie, krwawienia z dróg rodnych, poronienia w wywiadzie położniczym [5]. W pierwszym i drugim trymestrze, gdy ciąża przebiega prawidłowo nie ma powodu do zaprzestania współżycia, jednak należy zachowywać ostrożność i zaznajomić się z bezpiecznymi i wygodnymi dla partnerów pozycjami.

Wyjątkowym i radosnym momentem, wieńczącym okres ciąży, jest chwila pierwszego krzyku dziecka i pierwszego kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry”. Chwila jego urodzenia jest ukoronowaniem długiego czasu oczekiwania przyjścia na świat dziecka. Wpływ na życie seksualne po porodzie ma przede wszystkim procedura nacięcia krocza. Badania naukowe stwierdzają negatywny wpływ nacięcia krocza na późniejsze życie seksualne, objawiający się dyspareunią oraz wtórną pochwicą (niezależną od woli skurczom mięśni pochwy, utrudniającą odbywanie stosunków płciowych) [6]. U kobiet z nieuszkodzonym kroczem lub pęknięciem pierwszego stopnia stwierdza się bardziej satysfakcjonujące życie seksualne i występowanie intensywniejszych orgazmów w porównaniu z kobietami, które doznały poważnych uszkodzeń krocza lub miały wykonaną episiotomię [7]. Kobiety, które doświadczyły porodów kleszczowych lub próżniowych są bardziej narażone na wystąpienie dyspareunii, w porównaniu z kobietami, które rodziły naturalnie [8]. Wykonanie cesarskiego cięcia sprzyja szybszemu powrotowi do współżycia płciowego w porównaniu z porodami drogą pochwową [9]. Istotny wpływ na zmniejszony popęd płciowy po porodzie ma obniżenie stężenia estrogenów i podwyższenie poziomu prolaktyny w okresie karmienia piersią, poprzez co błona śluzowa pochwy jest cieńsza, a orgazmy mniej satysfakcjonujące. Kobiety uznały, że po zakończeniu karmienia piersią występujące orgazmy są bardziej intensywne od okresu sprzed ciąży [10].

Cel

Celem pracy było zbadanie zmian seksualności kobiet w okresie macierzyństwa, do dwóch lat po porodzie. Ponadto badaniu zostały poddane czynniki wpływające na rozpoczęcie współżycia seksualnego i jego jakość oraz kształtowanie się psychiki kobiet w okresie macierzyństwa.

Materiał i metody

Badaniami objęto 200 kobiet, które rodziły fizjologicznie, zabiegowo i operacyjnie w przeciągu ostatnich dwóch lat.

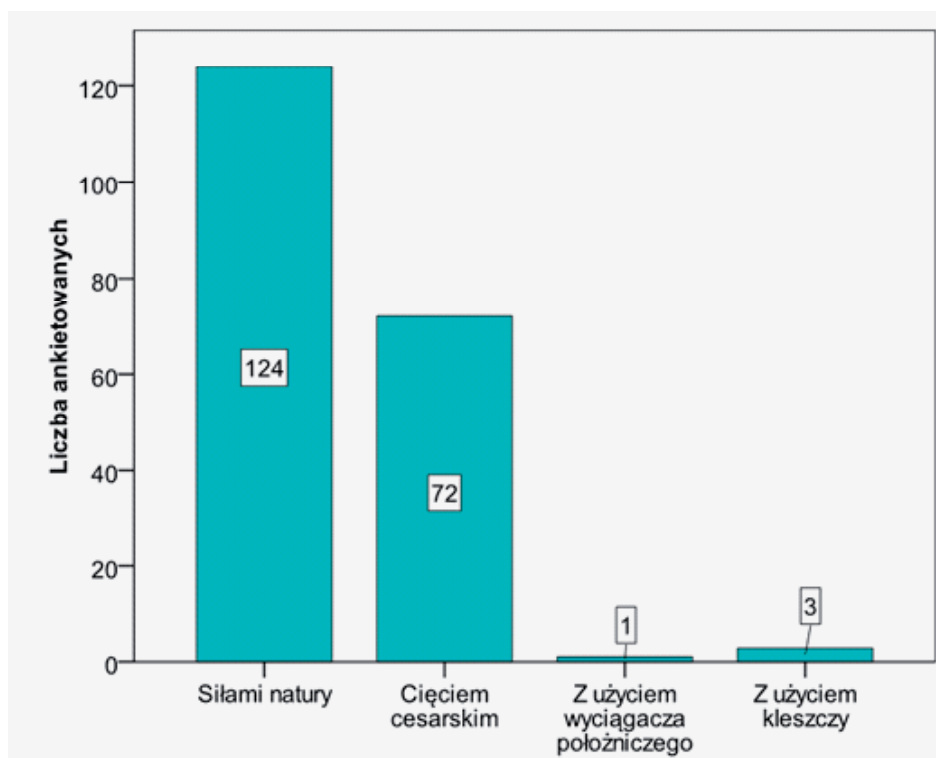
Udział kobiet w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Metodą, która pozwoliła na zbadanie zmian seksualności w okresie macierzyństwa była ankieta, składająca się z 8 pytań otwartych oraz z 37 pytań zamkniętych, gdzie należało zaznaczyć jedną odpowiedź. Ankieta zawierała pytania: metryczkowe, oceniające stan zdrowia ankietowanych, dotyczące seksualności w okresie macierzyństwa, okresu ostatniej ciąży i porodu ankietowanych, a także ich relacji z partnerem. Badanie przeprowadzono przez Internet, co pozwoliło uzyskać odpowiedzi od osób o różnym stopniu wykształcenia, w różnym wieku, zamieszkałych w miejscowościach o różnej wielkości. Średni wiek ankietowanych wyniósł 31,07 lat. Najstarsza kobieta miała 57 lat, natomiast najmłodsza 16 lat. Zdecydowana większość respondentek (165 osób) to mężatki. Kwestionariusz wypełniło również 6 rozwódek, 1 wdowa i 24 panny. Ponad połowa badanych (115 osób) pochodzi z miast, których liczba mieszkańców przekracza 100 tysięcy, 23 osoby zamieszkują średniej wielkości miasta, a 31 ankietowanych wsi oraz małe miasteczka. Wykształcenie wyższe odnotowano u 163 kobiet, średnie u 34, gimnazjalne u 2, natomiast podstawowe tylko u jednej badanej. Wraz z obojgiem rodziców dorastały 172 ankietowane kobiety, natomiast 25 respondentek w dzieciństwie nie miało kontaktu z ojcem, 2 z matką, a jedną z badanych wychowywali dziadkowie.

Wyniki

Średni wiek, w jakim ankietowane po raz pierwszy odbyły stosunek seksualny to $19,54 \pm 3,591$ lat. Najwięcej respondentek współżyło seksualnie po raz pierwszy w wieku 18 lat, wartość średnikowa wyniosła 19 lat, minimalna 12 lat, a maksimum to 41 lat. Badane kobiety miały średnio w swoim życiu 4 partnerów seksualnych. Mediana w analizowanym przypadku wyniosła 3. Średnia długość związku z obecnym partnerem w analizowanej grupie badanej to $8,09 \pm 4,318$ lat.

W badanej populacji znalazło się 156 kobiet, które planowały ostatnią ciążę. Natomiast prawie połowa ankietowanych poniżej 25. roku życia nie planowała swojej ciąży, co w porównaniu z pozostałymi badanymi daje różnice istotne statystycznie, $p = 0,002$.

W przypadku większości respondentek (124 osoby) poród odbył się siłami natury, 72 ankietowane miały cesarskie cięcie, w czasie 3 porodów konieczne było użycie kleszczy, a podczas jednego – próżnością położniczego (**Rycina 1**). W czasie porodu nacięcia krocza dokonano u 71 kobiet. Wśród nich znalazły się wszystkie kobiety, u których podczas porodu używano kleszczy i próżnością położniczego oraz ponad połowa ankietowanych, które rodziły siłami natury. Ból w okolicy rany po cesarskim



Rycina 1. Sposób ukończenia ostatniej ciąży

cięciu odczuwało 25 osób z 72, które były poddane temu zabiegowi. Powikłania podczas porodu wystąpiły u 23 ankietowanych. Najczęściej występujące powikłania to: niedotlenienie płodu oraz brak postępu porodu. Powikłania w okresie połogu takie jak: krwotok, przyrośnięcie łożyska czy ropień macicy wystąpiły u 16 respondentek. Wśród badanych, u których wystąpiły powikłania w okresie porodu częściej pojawiały się również powikłania i problemy zdrowotne w okresie połogu, $p = 0,000$.

W czasie porodu nacięcia krocza dokonano u 71 kobiet. Wśród nich znalazły się wszystkie kobiety, u których podczas porodu używano kleszczy i próżniociągu położniczego oraz ponad połowa ankietowanych, które rodziły siłami natury. Ból w okolicy rany po cesarskim cięciu odczuwało 25 osób z 72, które były poddane temu zabiegowi. Powikłania podczas porodu wystąpiły u 23 ankietowanych. Najczęściej występujące powikłania to: niedotlenienie płodu oraz brak postępu porodu. Powikłania w okresie połogu

takie jak: krwotok, przyrośnięcie łożyska czy ropień macicy wystąpiły u 16 respondentek. Wśród badanych, u których wystąpiły powikłania w okresie porodu częściej pojawiały się również powikłania i problemy zdrowotne w okresie połogu, $p = 0,000$ (Tabela 1).

Z powodu depresji poporodowej cierpiało 30 badanych matek. Istotny wpływ na pojawienie się objawów depresji poporodowej u ankietowanych miały powikłania podczas porodu oraz połogu. W przypadku osób, u których wystąpiły powikłania podczas porodu i połogu zdecydowanie częściej stwierdzano objawy depresji. Analiza statystyczna w tych przypadkach wykazała istotność statystyczną, $p = 0,001$.

W analizowanej populacji przy porodzie uczestniczyło 135 ojców. W zajęciach Szkoły Rodzenia wraz z partnerem brało udział 81 ankietowanych, 12 Pań uczestniczyło samotnie, natomiast pozostałe kobiety nie brały udziału w opisywanych zajęciach. Ojcowie, którzy byli obecni

Tabela 1. Zależność między wystąpieniem powikłań podczas porodu a wystąpieniem powikłań podczas połogu

		Czy wystąpiły powikłania w okresie połogu?		Ogółem
		Tak	Nie	
Czy wystąpiły powikłania podczas porodu?	Tak	Liczebność 7	16	23
		% 30,4%	69,6%	100,0%
	Nie	Liczebność 9	168	177
		% 5,1%	94,9%	100,0%
Ogółem		Liczebność 16	184	200
		% 8,0%	92,0%	100,0%

przy porodzie częściej uczestniczyli w Szkole Rodzenia, $p = 0,034$. Ankietowane zamieszkujące większe miasta częściej brały udział w Szkole Rodzenia od respondentek mieszkających w mniejszych miejscowościach ($p = 0,000$) (Tabela 2). Wykazano również różnice istotne statystycznie, $p = 0,012$, pomiędzy wiekiem anietowanych a udziałem w Szkole Rodzenia; kobiety starsze częściej uczestniczyły w opisywanych zajęciach od młodszych respondentek.

W grupie badanej znalazło się 95 kobiet, które uważały, że życie seksualne jest dla nich istotne, 66 ankietowanych uznało, że jest bardzo istotne, natomiast dla 39 respondentek życie seksualne jest nieistotne. Zauważono istotny związek pomiędzy oceną istotności życia seksualnego a częstotliwością współżycia aktualnie, w I trymestrze oraz w II trymestrze. Zależność pomiędzy częstością współżycia w I trymestrze ciąży a istotnością życia seksualnego wykazuje $p = 0,023$ (Tabela 3). Zauważono rów-

Tabela 2. Zależność między miejscem zamieszkania a uczestniczeniem respondentki wraz z partnerem w Szkole Rodzenia

Miejsce zamieszkania	Wieś	Liczebność	Czy uczestniczyła Pani wraz z partnerem w Szkole Rodzenia?			Ogółem
			Tak	Nie	Uczestniczyłam sama	
		Liczebność	5	24	2	31
		%	16,1%	77,4%	6,5%	100,0%
	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Liczebność	7	22	2	31
		%	22,6%	71,0%	6,5%	100,0%
	Miasto 50–100 tys. mieszkańców	Liczebność	6	16	1	23
		%	26,1%	69,6%	4,3%	100,0%
	Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	Liczebność	63	45	7	115
		%	54,8%	39,1%	6,1%	100,0%
	Ogółem	Liczebność	81	107	12	200
		%	40,5%	53,5%	6,0%	100,0%

8

Tabela 3. Zależność między istotnością życia seksualnego a częstością współżycia respondentek w I trymestrze ciąży

Jak często współżyła Pani w I trymestrze ciąży?		Liczebność	Życie seksualne jest dla mnie:			Ogółem
			Nieistotne	Istotne	Bardzo istotne	
	Więcej niż raz w tygodniu	Liczebność	6	30	26	62
		%	9,7%	48,4%	41,9%	100,0%
	Raz w tygodniu	Liczebność	11	38	23	72
		%	15,3%	52,8%	31,9%	100,0%
	Raz w miesiącu	Liczebność	8	12	5	25
		%	32,0%	48,0%	20,0%	100,0%
	Rzadziej	Liczebność	14	15	12	41
		%	34,1%	36,6%	29,3%	100,0%
	Ogółem	Liczebność	39	95	66	200
		%	19,5%	47,5%	33,0%	100,0%

Tabela 4. Zależność między istotnością życia seksualnego a częstością współżycia w II trymestrze ciąży

Jak często współżyła Pani w II trymestrze ciąży?		Liczebność	Życie seksualne jest dla mnie:			Ogółem
			Nieistotne	Istotne	Bardzo istotne	
	Więcej niż raz w tygodniu	Liczebność	7	21	25	53
		%	13,2%	39,6%	47,2%	100,0%
	Raz w tygodniu	Liczebność	7	37	22	66
		%	10,6%	56,1%	33,3%	100,0%
	Raz w miesiącu	Liczebność	8	18	8	34
		%	23,5%	52,9%	23,5%	100,0%
	Rzadziej	Liczebność	17	19	11	47
		%	36,2%	40,4%	23,4%	100,0%
	Ogółem	Liczebność	39	95	66	200
		%	19,5%	47,5%	33,0%	100,0%

niez różnice istotne statystycznie, $p = 0,005$, pomiędzy istotnością życia seksualnego a częstością współżycia w II trymestrze (**Tabela 4**). Kobiety, które stwierdziły, że życie seksualne jest dla nich istotne lub bardzo istotne częściej współżycia ze swoimi partnerami aktualnie, istotność statystyczna w analizowanej korelacji wykazuje $p = 0,000$ (**Tabela 5**).

Zmiennymi, które miały wpływ na istotność życia seksualnego dla badanych kobiet były: satysfakcja ze współżycia przed ciążą, w ciąży oraz satysfakcja ze współżycia aktualnie. Kobiety odczuwające satysfakcję ze współżycia częściej oceniały życie seksualne jako istotne lub bardzo istotne (**Tabela 6–8**). Analiza statystyczna wykazała statystycznie istotny związek pomiędzy badanymi zmiennymi.

Tabela 5. Zależność między istotnością życia seksualnego a częstością współżycia aktualnie

		Życie seksualne jest dla mnie:			Ogółem	
		Nieistotne	Istotne	Bardzo istotne		
Jak często współżycie Pani aktualnie?	Więcej niż raz w tygodniu	Liczebność	3	24	36	63
		%	4,8%	38,1%	57,1%	100,0%
	Raz w tygodniu	Liczebność	6	39	18	63
		%	9,5%	61,9%	28,6%	100,0%
	Raz w miesiącu	Liczebność	13	16	7	36
		%	36,1%	44,4%	19,4%	100,0%
	Rzadziej	Liczebność	10	7	2	19
		%	52,6%	36,8%	10,5%	100,0%
	Nie współżycie seksualnie	Liczebność	7	9	3	19
		%	36,8%	47,4%	15,8%	100,0%
Ogółem	Liczebność	39	95	66	200	
	%	19,5%	47,5%	33,0%	100,0%	

Tabela 6. Zależność między istotnością życia seksualnego a odczuwaniem satysfakcji ze współżycia przed ciążą

		Życie seksualne jest dla mnie:			Ogółem	
		Nieistotne	Istotne	Bardzo istotne		
Czy czuła Pani satysfakcję ze współżycia przed ciążą?	Tak	Liczebność	26	87	60	173
		%	15,0%	50,3%	34,7%	100,0%
	Nie	Liczebność	13	8	6	27
		%	48,1%	29,6%	22,2%	100,0%
Ogółem	Liczebność	39	95	66	200	
	%	19,5%	47,5%	33,0%	100,0%	

Tabela 7. Zależność między istotnością życia seksualnego a odczuwaniem satysfakcji ze współżycia w ciąży

		Życie seksualne jest dla mnie:			Ogółem	
		Nieistotne	Istotne	Bardzo istotne		
Czy czuła Pani satysfakcję ze współżycia w ciąży?	Tak	Liczebność	14	74	46	134
		%	10,4%	55,2%	34,3%	100,0%
	Nie	Liczebność	25	21	20	66
		%	37,9%	31,8%	30,3%	100,0%
Ogółem	Liczebność	39	95	66	200	
	%	19,5%	47,5%	33,0%	100,0%	

Tabela 8. Zależność między istotnością życia seksualnego a odczuwaniem satysfakcji ze współżycia aktualnie

		Życie seksualne jest dla mnie:			Ogółem	
		Nieistotne	Istotne	Bardzo istotne		
Czy czuje Pani satysfakcję ze współżycia aktualnie?	Tak	Liczebność	8	76	53	137
		%	5,8%	55,5%	38,7%	100,0%
	Nie	Liczebność	31	19	13	63
		%	49,2%	30,2%	20,6%	100,0%
Ogółem	Liczebność	39	95	66	200	
	%	19,5%	47,5%	33,0%	100,0%	

Tabela 9. Zależność między zmianą relacji z partnerem po porodzie a częstością współżycia aktualnie

			Czy po porodzie Pani relacje z partnerem uległy zmianie?			Ogółem
			Zmieniły się na lepsze	Zmieniły się na gorsze	Nie uległy zmianie	
Jak często współżyje Pani aktualnie?	Więcej niż raz w tygodniu	Liczebność	24	7	32	63
		%	38,1%	11,1%	50,8%	100,0%
	Raz w tygodniu	Liczebność	18	11	34	63
		%	28,6%	17,5%	54,0%	100,0%
	Raz w miesiącu	Liczebność	8	12	16	36
		%	22,2%	33,3%	44,4%	100,0%
	Rzadziej	Liczebność	2	7	10	19
		%	10,5%	36,8%	52,6%	100,0%
	Nie współżyję seksualnie	Liczebność	4	7	8	19
		%	21,1%	36,8%	42,1%	100,0%
Ogółem	Liczebność	56	44	100	200	
	%	28,0%	22,0%	50,0%	100,0%	

Wartość poziomu istotności statystycznej dla korelacji istotności życia seksualnego kobiet z satysfakcją ze współżycia przed ciążą, w ciąży, jak i aktualnie wykazuje $p = 0,000$.

Tylko 14 ankietowanych nie współżyło seksualnie po porodzie. Najwięcej ankietowanych rozpoczęło współżycie po upływie 6 tygodni od porodu. Średnia w analizowanym przypadku wyniosła 5,85 tygodni \pm 2,242 tygodnie. Wśród osób, które w miesiącach przedstawiły okres jaki upłynął od porodu do podjęcia współżycia seksualnego średnia wyniosła 3,43 miesiąca. Wśród ankietowanych, które nie odczuwały satysfakcji z życia seksualnego przed ciążą prawie wszystkie kobiety również nie odczuwały satysfakcji ze współżycia w ciąży, a także nie odczuwają satysfakcji obecnie, o czym świadczy analiza statystyczna przy $p = 0,000$. Istotnym czynnikiem wpływającym na satysfakcję ze współżycia po porodzie okazał się wiek ankietowanych. Młodsze ankietowane częściej były usatysfakcjonowane z aktualnego życia seksualnego niż starsze kobiety, $p = 0,004$.

Za kobiety atrakcyjne uważa się 144 ankietowanych. Respondentki z wyższym poczuciem atrakcyjności częściej odczuwały satysfakcję ze współżycia w ciąży, $p = 0,029$ oraz częściej odczuwają satysfakcję z życia seksualnego aktualnie, $p = 0,000$. Czynniki istotnie wpływającymi na samoocenę ankietowanych były ich wiek ($p = 0,016$) oraz miejsce zamieszkania ($p = 0,008$). Ankietowane starsze, a także zamieszkujące większe miejscowości, częściej uważały się za atrakcyjne kobiety.

Zdecydowana większość badanych kobiet swoje relacje z partnerem ocenia bardzo dobrze lub dobrze. Najliczniejszą grupę stanowiły ankietowane, które były raczej zadowolone ze swojego ciała (78 osób), a 57 respondentek było zadowolonych z własnego wyglądu. Po porodzie relacje z partnerem nie uległy zmianie w przypadku 100

kobiet, 56 ankietowanych uznało, że relacje zmieniły się na lepsze, a pozostałe stwierdziły, że kontakt z partnerem się pogorszył. Kobiety, których relacje z partnerem pogorszyły się współżyją rzadziej od respondentek, które mają dobry kontakt z partnerami, $p = 0,047$ (Tabela 9). Po urodzeniu dziecka do swoich partnerów emocjonalnie zbliżyło się 76 ankietowanych, natomiast 78 stwierdziło, że trudno określić czy doszło do zbliżenia emocjonalnego, pozostałe nie zauważyły w tej kwestii zmiany na lepsze. Kobiety młodsze częściej odpowiadały, że doszło w ich związku do zbliżenia emocjonalnego, co potwierdza poziom istotności $p = 0,021$.

Dyskusja

Przedstawione wyniki badań uzasadniają, że macierzyństwo ma wpływ na seksualność kobiet. Temat ten budzi wiele kontrowersji i wciąż jest nie do końca poznany, dlatego nie bez powodu badacze zgłębiają to zagadnienie, przeprowadzając badania kobiet po porodzie, co pozwala pozyskać nową wiedzę i porównać ją z istniejącymi wynikami. Zagadnienie aktywności seksualnej kobiet w ciąży uzyskuje w badaniach bardzo odmienne wyniki, odnosząc się do poszczególnych trymestrów ciąży. Sottner *et al.* stwierdzili, że w pierwszym trymestrze ciąży zainteresowanie współżyciem seksualnym nie zmienia się lub osłabia się w niewielkim stopniu, a wraz z czasem trwania ciąży zdecydowanie się zmniejsza [8]. Inne badania wykazują, że 37% kobiet w ciąży stwierdza zwiększenie zainteresowania kontaktem seksualnym wraz z czasem trwania ciąży [11]. Hamela-Olkowska w swoim badaniu wykazała, że podejmowanie współżycia seksualnego w ciąży ma charakter spadkowy, zmniejsza się wraz z czasem jej trwania, rozkładając się procentowo w następujący sposób: w pierwszej połowie ciąży kontakty seksualne podejmuje

70% kobiet, a w drugiej połowie trwania ciąży już tylko 47% badanych kobiet [12].

W drugim trymestrze ciąży rozkład procentowy kształtuje się podobnie jak w pierwszym trymestrze. W ostatnim trymestrze ciąży jedynie u 13% kobiet zainteresowanie współżyciem seksualnym zwiększyło się, u 11% kobiet nie zmieniło się, a u większości kobiet zmniejszyło się [13]. W badaniach własnych wykazano stopniowy spadek częstotliwości współżycia seksualnego wraz z upływem trwania ciąży. Więcej niż raz w tygodniu, przed zajściem w ciążę, współżyło aż 58% kobiet, w pierwszym trymestrze ciąży współżyło 31% kobiet, w drugim trymestrze 26,5% kobiet, natomiast w trzecim trymestrze tylko 16,5% kobiet. Raz w tygodniu, przed zajściem w ciążę, współżyło 30,5% kobiet, w pierwszym trymestrze ciąży 36% ankietowanych, w drugim trymestrze ciąży 33% respondentek, a w ostatnim trymestrze ciąży już tylko 25% kobiet. Istotną zależnością w analizowanym materiale badawczym jest to, że kobiety, które uznały, że życie seksualne jest dla nich istotne lub bardzo istotne częściej współżyły ze swoimi partnerami w pierwszym i drugim trymestrze.

Robson *et al.* udowodnili, że zainteresowanie współżyciem seksualnym wraca u kobiet znacznie wcześniej niż faktyczne odbycie stosunków seksualnych i to właśnie tutaj naukowcy stwierdzają przyczynę zmniejszenia satysfakcji ze współżycia po porodzie [14]. W badaniach własnych stwierdzono, że satysfakcję ze współżycia seksualnego odczuwało 86,5% kobiet przed zajściem w ciążę, 67% kobiet w ciąży, a 68,5% kobiet odczuwa aktualnie. Młodsze kobiety częściej były usatysfakcjonowane z życia seksualnego niż starsze kobiety, $p = 0,004$. Z badań Erol *et al.* wynika, że satysfakcję ze współżycia odczuwa 77% kobiet przed ciążą, 59% kobiet w pierwszym trymestrze ciąży, 79% kobiet w drugim trymestrze ciąży, a w ostatnim trymestrze ciąży tylko 40% [15].

Skrzypulec w swoich badaniach udowadnia, że 70% kobiet podejmuje współżycie płciowe w przeciągu 3 miesięcy od porodu, a 14% kobiet jeszcze w okresie połogu [16]. W porównaniu z okresem przed ciążą i w ciąży reaktywność seksualna po porodzie znacznie spada [17]. W badaniach własnych stwierdzono, iż najwięcej ankietowanych podjęło współżycie seksualne w ciągu 6 tygodni po porodzie. Średni okres jaki upłynął od porodu do podjęcia współżycia seksualnego to 3,43 miesiąca. Obecnie więcej niż raz w tygodniu, a także raz w tygodniu współżyje po 31,5% kobiet, raz w miesiącu współżyje 18% ankietowanych, rzadziej niż raz w miesiącu współżyje 9,5% kobiet, a wcale nie współżyje seksualnie 9,5% kobiet. Kobiety, które twierdzą, że życie seksualne jest dla nich istotne lub bardzo istotne, obecnie częściej współżyją seksualnie.

Z badań w USA na temat wpływu jakości relacji partnerskiej na satysfakcję seksualną wynika, że częstotliwość współżycia seksualnego jest uzależniona od satysfakcji kobiety ze związku [18].

W Stanach Zjednoczonych odsetek cięć cesarskich wynosi 32%. W niektórych obszarach Ameryki Łacińskiej odsetek cięć cesarskich wynosi aż prawie 50%, w Polsce aktualnie obserwuje się podobne tendencje [19]. W badaniach własnych odsetek cięć cesarskich wynosi 36%, jest więc to niewiele więcej niż w Stanach Zjednoczonych. Według badań własnych ból w okolicy rany po cięciu cesarskim odczuwa aż 34,7% kobiet. Wśród ankietowanych, które rodziły drogami natury nacięte krocze miało 35,5% kobiet. U kobiet, które rodziły drogami natury i miały nacięte krocze może pojawić się ból krocza i wynikająca z tego dyspareunia u 41–67% kobiet [20]. W badaniach własnych respondentki nie podawały powikłań poporodowych w postaci wystąpienia dyspareunii oraz nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między sposobem ukończenia ciąży a częstotliwością współżycia po porodzie oraz odczuwaniem satysfakcji. Wśród najczęstszych powikłań występujących podczas porodu respondentki wymieniały: niedotlenienie płodu oraz brak postępu porodu, z kolei podczas połogu kobiety zmagają się z takimi powikłaniami jak: krwotok, przyrośnięcie łożyska oraz ropień macicy. Sposób ukończenia ciąży ma także wpływ na stan ogólny kobiety i jej samopoczucie, które kształtuje się zdecydowanie lepiej po porodach drogami natury [21].

De Judicibus i Mc Cabe zbadały poziom satysfakcji w związku w okresie okołoporodowym i stwierdziły, że satysfakcja w związku zwiększyła się w czasie ciąży, po 12 tygodniach po porodzie zmniejszyła się, a w okresie 6 miesięcy po porodzie wróciła do poziomu sprzed ciąży. Badaczki udowodniły też, że częstość stosunków oraz satysfakcja seksualna w ciąży, obniżyły się w porównaniu do okresu przed ciążą. 12 tygodni po porodzie częstość stosunków i satysfakcja seksualna porównywalne były do okresu przed zajściem w ciążę, jednak częstość stosunków i satysfakcja seksualna zwiększyły się w porównaniu z czasem ciąży [22]. Badania własne wykazały, że u 28% kobiet relacje z partnerem zmieniły się na lepsze, u 22% zmieniły się na gorsze, a u 50% kobiet nie uległy zmianie. Kobiety, których relacje z partnerem pogorszyły się współżyją rzadziej od respondentek, które mają dobry kontakt z partnerami, $p = 0,047$. Badania własne wykazały, że 38% ankietowanych zbliżyło się do partnera po porodzie, 23% uznało, że do zbliżenia emocjonalnego nie doszło, a 39% kobiet stwierdziło, że trudno określić czy doszło między nimi a partnerami do zbliżenia emocjonalnego. Kobiety młodsze rzadziej odpowiadały, że do zbliżenia emocjonal-

nego z partnerem nie doszło, $p = 0,021$. W badaniach własnych stwierdzono, iż 19,75% kobiet uznało, że życie seksualne jest dla nich nieistotne, 47,5% kobiet stwierdziło, że życie seksualne jest dla nich istotne, a 33% kobiet twierdzi, że życie seksualne jest bardzo istotne w ich życiu. Kobiety, które uznały, że życie seksualne jest dla nich istotne lub bardzo istotne częściej odczuwały większą satysfakcję ze współżycia przed ciążą, w ciąży oraz obecnie.

Z analizy badań własnych i zestawieniu z innymi badaniami wynika, że seksualność kobiet po porodzie jest problemem wieloaspektowym, a prawidłowe jej funkcjonowanie zależy od wielu czynników. Kobiety po porodzie często zaniedbują to zagadnienie, mając na względzie ważniejsze dla nich kwestie w aspekcie macierzyństwa i codziennych obowiązków. Z przytoczonego piśmiennictwa na temat seksualności kobiet w okresie macierzyństwa można wnosić, że świadomość społeczna powoli zaczyna ewoluować, a zagadnienie to zaczyna być tematem szeroko analizowanym. Kobiety chcą czerpać satysfakcję ze współżycia seksualnego, która pozytywnie oddziałuje na jakość życia, dlatego przeprowadzanie badań naukowych na ten temat jest uzasadnione, aby zapobiegać lub rozwiązywać problemy w analizowanym temacie.

Wnioski

1. Wraz z upływem czasu trwania ciąży stwierdza się zależność spadkową co do częstotliwości współżycia seksualnego. Kobiety, które uznały, że życie seksualne jest dla nich istotne lub bardzo istotne częściej współżyły ze swoimi partnerami.
2. Poczucie satysfakcji ze współżycia seksualnego odczuwało najwięcej kobiet przed zajściem w ciążę, w ciąży satysfakcja się zmniejszała, a po porodzie była mniejsza niż przed ciążą, a większa niż w czasie ciąży. Młodsze kobiety częściej były usatysfakcjonowane z życia intymnego niż starsze. Kobiety, które uznały, że życie seksualne jest dla nich istotne lub bardzo istotne częściej odczuwały większą satysfakcję ze współżycia seksualnego przed ciążą, w ciąży oraz obecnie.
3. Najwięcej kobiet podjęło współżycie seksualne 6 tygodni po porodzie. Wśród kobiet, które w miesiącach przedstawiły okres, jaki upłynął od porodu do podjęcia współżycia seksualnego wyniósł średnio 3,43 miesiąca. Kobiety, które twierdzą, że życie seksualne jest dla nich istotne lub bardzo istotne obecnie częściej współżyją seksualnie.
4. U kobiet, których relacje z partnerem po porodzie pogorszyły się współżyją rzadziej od respondentek, które mają dobry kontakt z partnerami. Kobiety młodsze

częściej odpowiadały, że po porodzie zbliżyły się emocjonalnie ze swoim partnerem.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Lew-Starowicz Z. Seksualność człowieka w ujęciu wieloaspektowym. Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa 2009.
2. Sipiński A, Kazimierzczak M, Buchacz P *et al.* Sexual behaviors of pregnant women. *Wiad Lek.* 2004;57:281–284.
3. Marcyniak M, Hamela Olkowska A, Czajkowski K. Współżycie płciowe podczas ciąży a ryzyko porodu przedwczesnego. *Medycyna Wieku Rozwojowego.* 2003;7(3):167–173.
4. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Plewik I, Kryś KM. Seksualność kobiet w ciąży. *Seksuologia Polska. Via Medica, Gdańsk* 2011.
5. Smolińska E. Zdrowy styl życia ciężarnej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej.* 1999;2:34–35.
6. Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T *et al.* A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and caesarean birth. *Obstetrics & Gynecology.* 2005;27:332–339.
7. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E. Women's thoughts about sexual life after childbirth. *Scand J Caring Sci Str.* 2005;19:381–387.
8. Sottner O, Zahumensky J, Bartnicka H. Pregnancy and delivery after estopic pregnancy in a caesarean section scar. *Geburtshilf Frauenheilkd.* 2008;68:389–392.
9. Barrett G, Peacock J, Victor CR *et al.* Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth.* 2005;32:306–311.
10. Sottner O, Zahumensky J, Krcmar M. Urinary incontinence in a group of primiparous women in Czech Republic. *Obstetrics & Gynecology.* 2006;61:33–37.
11. Khamis MA, Mustafa MF, Mohamed SN. Influence of gestational period on sexual behavior. *Journal Egypt Public Health.* 2007;82(1–2):65–90.
12. Hamela-Olkowska A, Marcyniak M, Sieńko J. Seksualizm kobiet w ciąży. *Medycyna Wieku Rozwojowego.* 2003;7(3):175–180.
13. Lew-Starowicz Z, Szymańska M, Włodarczyk M. Uwarunkowania seksualne kobiet w czasie ciąży. *Przegląd Seksuologiczny.* 2011;7:27.
14. Robson KM, Brant HA, Kumpar R. Maternal sexuality during first pregnancy and after child birth. *British Journal Obstetrics Gynaecology.* 1981;882–889.
15. Erol B, Sanli O, Korkmaz D. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *Journal Sex Medicine.* 2007;4:1381–1387.
16. Skrzypulec V, Wit M, Kowalczyk R. Jakość życia seksualnego kobiety w okresie roku od porodu. *Ann Acad Siles.* 2005;59(5):377–380.
17. Pastore L, Owens A, Raymond C. Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. Academic Hospital. *Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. Academic Hospital.* 2007;4:115–123.
18. Mazur A, Mueller U, Krause W. Causes of sexual decline in aging married men: Germany and America. *International Journal of Impotence Research.* 2002;14(2):101–106.

19. Drews K, Seremak-Mrozikiewicz A, Barlik M. Elektywne cięcie cesarskie – wybór terminu. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*. 2013;6(3):131–135.
20. Barrett G, Pendry E, Peacock J. Women's sexual health after childbirth. *British Journal Obstetrics Gynaecology*. 2000;107:186–195.
21. Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM *et al*. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health*. 2004:430–6.

22. De Judibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Research*. 2002;39(2):94–103.

Zaakceptowano do edycji: 2015–02–10
Zaakceptowano do publikacji: 2015–03–30

Adres do korespondencji:

Paulina Durka
ul. Fabryczna 32/25
05-500 Piaseczno
e-mail: paulinalaskus@gmail.com