

Problemy seksualne kobiet w ciąży. Część II

Sexual problems in pregnant women. Part II

Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Rzeszowski

KEY WORDS

pregnant woman, fear, sexual problems, fears

SUMMARY

Introduction. The changes in a woman's body are often the source of many concerns and may have a significant impact on sexual behavior resulting in the formation of disturbances.

Aim. The aim of the study was to know the difficulties that women face sexual sphere during pregnancy.

Material and methods. The study included 100 women who are in the third trimester of pregnancy or immediately after birth, living in the Łańcuta. Authors used a questionnaire combined with questions coming from the standardized questionnaire FSFI – Female Sexual Function Index.

Results. It was examined whether pregnancy alters the approach to sex partner. Considered the most common fears associated with the audited during sexual intercourse. We compared the test group and rated the extent to which leading gynecologist pregnant is interested in sexual problems of their patients.

Conclusions. Physicians pregnancy are not interested in erotic life of their patients. In more than half of the partners pregnancy has not changed its approach to sex. Older patients is more difficult to talk about the problems with sex. Intercourse during pregnancy causes a lot of anxiety in women.

WSTĘP

Większość kobiet doświadcza stresu związanego z wiadomością, że spodziewają się dziecka. Nawet kiedy ciąża jest planowana i oczekiwana, kobieta nie potrafi uwolnić się od nieuzasadnionych obaw. Podczas prawidłowej ciąży niskiego ryzyka, gdy nie ma żadnego powodu medycznego, nie powinno się rezygnować z radości kochania się z partnerem, ponieważ orgazm nie wpływa źle na płód, który jest chroniony przez macicę, owodnię i płyn owodniowy (1, 2). Szczególnie atrakcyjny jest II trymestr ciąży, kiedy przeminą mdłości, wymioty, a brzuch jest na tyle mały, że nie przeszkadza w czasie zbliżenia.

Kobiety często wstydzą się pytać lekarza ginekologa o to, czy ich lęki związane z odbywaniem stosunków seksualnych w ciąży są podstawne. Pacjentki unikają tego typu pytań, jakby to był temat tabu. Prowadzone badania naukowe pokazują, że przez dziewięć miesięcy jest w nich obawa, czy

współżycie nie zaszkodzi dziecku, nie wywoła poronienia, porodu przedwczesnego.

CEL PRACY

Życie seksualne odgrywa bardzo ważną rolę w życiu człowieka. Będąc w ciąży przebiegającej prawidłowo, nie ma żadnych przeciwwskazań do rezygnowania ze współżycia z partnerem, a mimo to kobiety ograniczają kontakty seksualne. Celem pracy było poznanie, jakie trudności sfery seksualnej napotykają kobiety w czasie trwania ciąży.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 100 kobiet. Warunkami włączenia do badania były: III trymestr ciąży, połóg, zgoda osoby pełnoletniej na udział w badaniu lub w przypadku braku pełnoletności zgoda osoby towarzyszącej będącej prawnym opiekunem ciężarnej. Badane zostały poinformowane

o celu i anonimowości badania. Badanie przeprowadzono w oparciu o standaryzowany kwestionariusz ankiety FSFI (ang. *Female Sexual Function Index*), z którego do autorskiego kwestionariusza dołączono kilka pytań z poszczególnych płaszczyzn, dotyczących: pożądania, podniecenia, orgazmu, satysfakcji seksualnej, zadowolenia z ogólnego życia seksualnego. Badanie przeprowadzono na terenie miasta Łącuta i w jego okolicy w 2010 roku. Do ostatecznej analizy zakwalifikowano 100 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy. Do analizy statystycznej wykorzystano program IBM SPSS Statistics 20. Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności Chi-kwadrat (χ^2). Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazując na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

WYNIKI

Wśród badanych przeważały respondentki w wieku 30 lat, średnia wieku ich partnerów wyniosła 33 lata. Porównując wiek badanych do wieku ich partnerów, wynika, że 90% ciężarnych było młodsze od partnera o średnio 3,91 roku, jedynie 5% badanych było starszych od partnera, zaś 5% populacji stanowili rówieśnicy. W zdecydowanej większości były to respondentki zamężne, pochodzące ze wsi, deklarujące średnie wykształcenie (tab. 1).

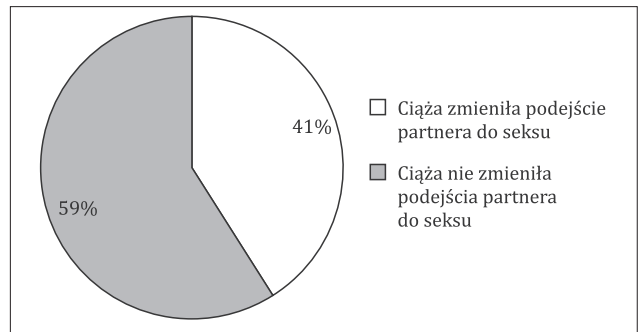
Dla kobiet ciężarnych problem stanowił fakt, że dla 59% partnerów odmienny stan partnerki nie był przyczyną do wprowadzenia pewnych modyfikacji w zakresie pozycji podczas stosunku, liczby stosunków, wydłużenia gry wstępnej. Nie mając wsparcia w partnerze z powodu różnych potrzeb seksualnych, kobiety odczuwały lęk i strach oraz

obawy przed stosunkami, co było przyczyną ograniczenia satysfakcji seksualnej.

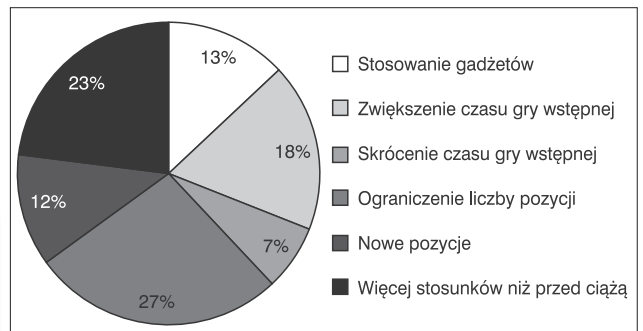
41% mężczyzn twierdzi, że ciąża partnerki zmieniła ich podejście do współżycia. Zmiana głównie dotyczyła ograniczenia niektórych niewygodnych pozycji seksualnych, a także ich liczby i zastosowania nowych bezpieczniejszych, wydłużenia czasu gry wstępnej, zwiększenia liczby stosunków płciowych (ryc. 1, 2).

Kolejno przeanalizowano zależność pomiędzy wiekiem badanych a odczuwaniem lęku przed współżyciem z powodu odpłynięcia wód płodowych ($p = 0,028$) (tab. 2).

Stwierdzono istotną zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a odczuwaniem lęku przed współżyciem z powodu urazu mechanicznego ($p = 0,045$) – zdecydowanie



Ryc. 1. Ciąża a podejście partnera do seksu.



Ryc. 2. Zmiana męskich preferencji seksualnych w czasie ciąży.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy.

Wiek badanych			
Me	$\bar{x} \pm s$	min-max	
30	30,14 ± 5,90	17-43	
Wiek partnerów			
Me	$\bar{x} \pm s$	min-max	
33	33,18 ± 7,80	16-52	
Miejsce zamieszkania			
Miasto		Wieś	
37%		63%	
Wykształcenie			
Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
3%	28%	46%	23%
Stan cywilny			
Mężatki		Panny	
94%		5%	
		Rozwódkki	
		1%	

Tabela 2. Wiek ankietowanych a odczuwanie lęku przed współżyciem z powodu odpłynięcia wód płodowych (%).

Wiek	Czy podczas współżycia seksualnego w ciąży obawiała się Pani odpłynięcia wód płodowych?	
	Nie	Tak
16-20	1	13
21-25	24	0
26-30	34	38
31-35	17	50
36-40	22	0
41-46	2	0

Tabela 3. Miejsce zamieszkania a odczuwanie lęku przed współżyciem z powodu urazu mechanicznego (%).

Miejsce zamieszkania	Czy podczas współżycia seksualnego w ciąży obawiała się Pani urazu mechanicznego?	
	Nie	Tak
Miasto	33	60
Wieś	67	40

częściej kobiety z miasta obawiają się urazu mechanicznego podczas współżycia (tab. 3).

Ciężarne mieszkające w mieście odpowiadały, że odczuwają lęk przed współżyciem, ponieważ według nich penetracja może wywołać krwawienie z dróg rodnych ($p = 0,05$) (tab. 4).

Wykazano istnienie relacji statystycznej między liczbą ciąż a słusnością twierdzenia, że wraz z każdą kolejną ciążą zmniejsza się poziom lęku przed wyrządzeniem nienarodzonemu potomkowi krzywdy podczas miłosnych igraszek ($p = 0,008$) (tab. 5).

Badanie wykazało, że istotnie częściej mężatki nie boją się odpłynięcia wód płodowych w trakcie stosunku seksualnego ($p = 0,05$) (tab. 6).

Lekarze nie są zainteresowani problemami seksualnymi swoich pacjentek, nie przywiązują dużej wagi do życia seksualnego kobiet ciężarnych i nie udzielają lub udzielają,

Tabela 4. Miejsce zamieszkania a odczuwanie lęku przed współżyciem z powodu krwawienia z dróg rodnych (%).

Miejsce zamieszkania	Czy podczas współżycia seksualnego podczas ciąży obawiała się Pani krwawienia z dróg rodnych?	
	Nie	Tak
Miasto	32	55
Wieś	68	45

Tabela 5. Liczba ciąż a odczuwanie lęku przed współżyciem z powodu wyrządzenia dziecku krzywdy (%).

Która jest to Pani ciąża?	Czy podczas współżycia seksualnego w ciąży obawiała się Pani wyrządzenia dziecku krzywdy?	
	Nie	Tak
Pierwsza	29	60
Druga	41	29
Trzecia	22	7
Czwarta	0	5
Piąta	2	0
Szósta	5	0

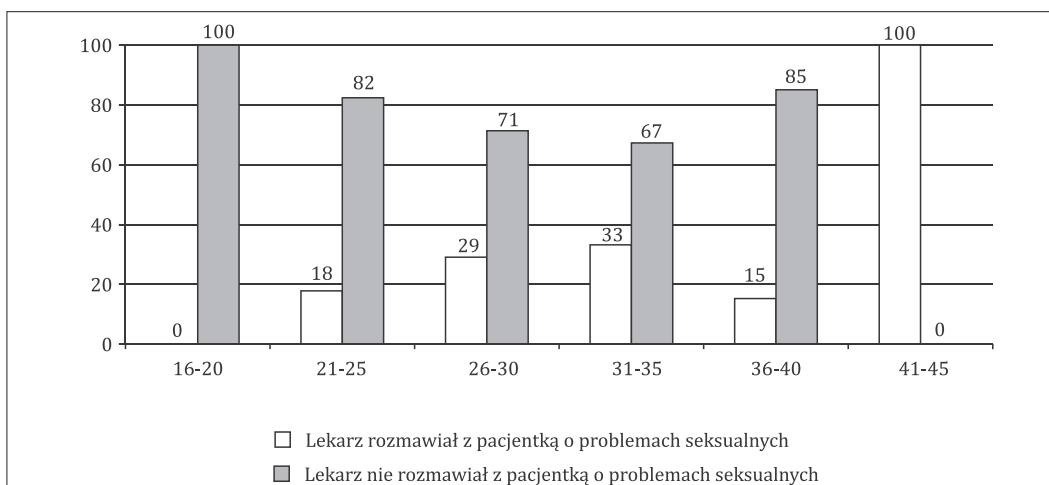
Tabela 6. Stan cywilny a odczuwanie lęku przed współżyciem z powodu odpłynięcia wód płodowych (%).

Stan cywilny	Czy podczas współżycia seksualnego w ciąży obawiała się Pani odpłynięcia wód płodowych?	
	Nie	Tak
Panna	4	25
Mężatka	95	75
Rozwódka	1	0

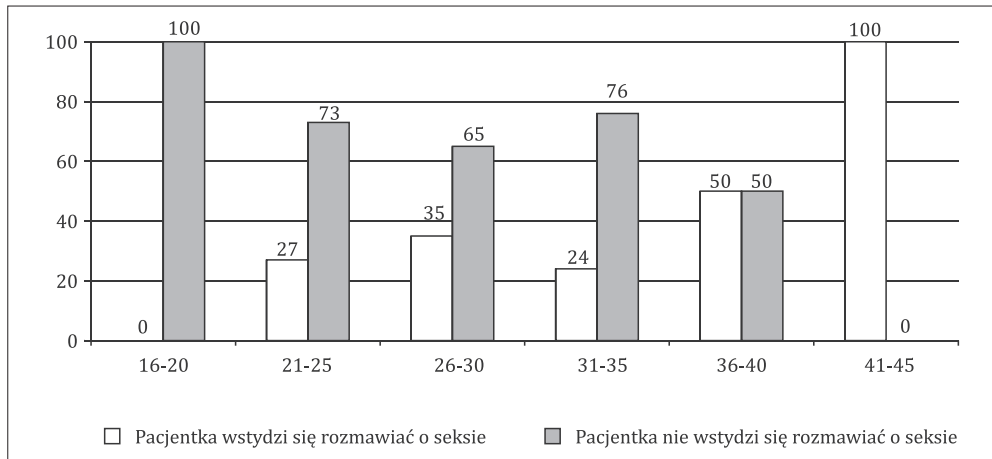
ale mało wyczerpujących informacji, które nie są w stanie rozwiązać tak poważnych obaw (ryc. 3).

Z analizy materiału wynika, że im starsze pacjentki, tym trudniej im rozmawiać o sprawach intymnych (ryc. 4).

Nie stwierdzono relacji pomiędzy stażem małżeńskim a poziomem wstydu podczas rozmowy o życiu seksualnym; zauważono natomiast, że zdecydowanie częściej kobiety z dłuższym stażem małżeńskim wstydzą się rozmawiać o seksie ($p = 0,08$) (tab. 7).



Ryc. 3. Wiek badanych a podejmowanie rozmów o seksie z lekarzem ginekologiem (%).



Ryc. 4. Wiek respondentek a odczuwanie wstydu podczas rozmów o seksie (%).

Tabela 7. Staż małżeński a poziom wstydu podczas rozmowy o życiu seksualnym (%).

Jak długo jest Pani zamężna	Czy rozmowa o swoim życiu seksualnym jest dla Pani czymś wstydlivym?	
	Nie	Tak
0-5	59	50
6-10	12	29
11-15	15	3
16-20	12	18
21-25	2	0

DYSKUSJA

Ciąża powoduje zmiany w psychice, wyglądzie kobiety, co w efekcie przyczynia się do powstawania problemów natury seksualnej. Potrzeba osiągnięcia satysfakcji seksualnej przez kobiety utrzymuje się przez całą ciążę, ale na różnym poziomie i to w zależności od osobowości kobiety i przesądów kulturowych. Mają na nią wpływ sytuacje życiowe, a czasami nawet sam fakt bycia w ciąży, który wywołuje stres i negatywnie wpływa na seksualność ciężarnych kobiet (1).

Problemy związane z zaspakajaniem potrzeb seksualnych przez kobiety ciężarne są lekceważone przez wielu lekarzy – tak wynika z własnych badań, gdzie u 52% kobiet podczas wizyt kontrolnych lekarz ginekolog nigdy nie pytał o pożyście seksualne, o to, czy kobiety napotykały jakieś problemy związane z osiąganiem satysfakcji seksualnej. W grupie kobiet, z którymi lekarz ginekolog nie rozmawiał o lękach związanych z odbywaniem stosunków w ciąży, poziom lęku był dużo większy. 34% badanych kobiet nie poruszało tematów dotyczących współżycia seksualnego, ponieważ odczuwało wstyd. Kobiety, które okazywały zdenerwowanie, skrępowanie podczas badania ginekologicznego zdecydowanie rzadziej były pytane o problemy w życiu seksualnym. Wyniki wskazują, że występuje zróżnicowanie aktywności seksualnej w okresie ciąży; kobiety powinny być regularnie podda-

wane ocenie, na podstawie której będzie można stwierdzić występowanie problemów seksualnych w odniesieniu do ich seksualności. Taka ocena powinna być przeprowadzona przez lekarza prowadzącego ciążę (3). Podobne wyniki otrzymali Shojaa i wsp. W ich pracy wykazano, że badane kobiety, w razie wątpliwości dotyczących uprawiania seksu w ciąży, nie szukały porady u lekarza ginekologa, położnej – powodem takiego zachowania była nieśmiałość, wstydliwość mówienia o współżyciu w ciąży (4). Według Łukasika i wsp. często kobiety i ich mężowie byli niedoinformowani z zakresu seksualności w ciąży, aż 68% badanych matek nie przypomina sobie, by lekarz pytał o seksualność, wskazywał na alternatywne pozycje, wspominał o stymulacji ręcznej jako alternatywie stosunku (5, 6). Z kolei Malarewicz i wsp. stwierdzają, iż obawa o dziecko powstrzymuje od współżycia ok. 50% kobiet i 25% mężczyzn – jest to duży odsetek wśród badanych. Małżonkowie nie czują się komfortowo, rozmawiając o seksie w ciąży z osobą trzecią, ponieważ nie posiadają odpowiedniego poziomu wiedzy. Wynika to z niedoinformowania zainteresowanych oraz braku umiejętności w rozwiązywaniu problemów seksualnych (7, 8).

Wielu mężczyzn uznaje, że ich partnerki są bardzo atrakcyjne i pociągające w odmiennym stanie, ale są też tacy, którzy podchodzą do tego z dużą rezerwą i czasami nie podoba im się widok zmienionego ciała żony. Często panowie oraz ich partnerki odczuwają strach przed współżyciem z obawy przed zrobieniem dziecku krzywdy. Wyobrażają sobie, że podczas stosunku mogą dotknąć dziecko penisem. Niekiedy powodem lęku jest onieśmienie ogromem zmian fizycznych, jakie zachodzą w organizmie kobiety, strach przed wywołaniem poronienia. Należy wtedy poinformować partnera, że dziecko jest bezpieczne, ponieważ jest otoczone błonami płodowymi i płynem owodniowym, które amortyzują urazy brzucha. Czasami mężczyźni traktują dziecko jako osobę trzecią, która ogranicza ich intymność. W II trymestrze mężczyźni doświadczają zmian w sferze emocjonalnej i fizycznej, gdy ciąża jest już widoczna i odczuwają ruchy dziecka. Muszą się uporać z faktem, że po urodzeniu potomka zostaną odsunięci na dalszy plan, stąd

pojawiają się u nich zaburzenia erekcji lub przedwczesny wytrysk. Zmniejszona częstotliwość współżycia, abstynencja seksualna z przyczyn medycznych lub będąca wynikiem obaw o małżeństwo wywołują u partnerów duży stres oraz frustrację. Takie zaburzenia mają charakter przejściowy. Panowie potrzebują wtedy, aby kobiety rozmawiały z nimi i okazywały zainteresowanie ich osobą, powtarzały, że są seksowni. Kobiety muszą się uzbroić w cierpliwość i pomóc przejść partnerowi przez ten równie trudny dla niego okres. Muszą się nauczyć nowych sposobów zaspakajania swoich potrzeb seksualnych (9, 10).

Kobiety zastanawiają się, czy penetracja członka podczas stosunku nie spowoduje uszkodzenia zarodka, a później płodu. Odczuwany lęk nie pozwala im się odprężyć i nie są w stanie osiągać orgazmu. Badanie własne wykazało, że ciężarne miały problemy w osiąganiu orgazmu, a główną przyczyną była obawa przed wyrządzeniem dziecku krzywdy (28% respondentek). W następnej kolejności wymieniały: poród przedwczesny (17%), poronienie (16%), krwawienie z dróg rodnych (15%), uraz mechaniczny (10%), a jedynie 5% wskazało odpłynięcie wód płodowych. 9% ankietowanych nie miało żadnych obaw. Pomimo tak wielu lęków, zainteresowanie lekarzy problemami seksualnymi swych pacjentek jest małe. Oznaczać to może, że doktorzy nie przywiązują dużej wagi do życia seksualnego kobiet ciężarnych i nie udzielają lub udzielają, ale mało wyczerpujących informacji, które nie są w stanie rozwiązać tak poważnych lęków. Okres ciąży powinien pozytywnie wpłynąć na życie seksualne, ponieważ w związku pojawia się komfort psychiczny związany z pozbyciem się lęku przed niechcianą ciążą. Istotne znaczenie mają również zmiany w narządach płciowych, które sprzyjają w przeżywaniu doznań erotycznych u obojga partnerów. W badaniu Sipińskiego i wsp. aż 34% kobiet deklaroowało, iż lęka się krwawienia z dróg rodnych, 24% poronienia, 23% wyrządzenia dziecku krzywdy, 22% porodu przedwczesnego, 4% odpłynięcia wód płodowych (11, 12). Według Wasinee i wsp. występowanie obaw zależy od poszczególnych trymestrów ciąży. I trymestr charakteryzuje się lękiem o poronienie, II o przedwczesne pęknięcie wód płodowych, III trymestr o poród przedwczesny (13). Mało jest kobiet, które nie mają obaw przed współżyciem i kochają się z partnerem bez ograniczeń. Makara-Studzińska i wsp. zauważyli, iż kobiety uczęszczające do Szkoły Rodzenia rzadziej odczuwały obawy przed współżyciem (14).

Według niektórych źródeł kobiety ciężarne przyznają, iż aktywność seksualna w III trymestrze ciąży ulega zmniejszeniu. Przyczyną tego może być istniejące do dzisiaj błędne przekonanie, że współżycie płciowe szkodzi ciąży, powodując zakażenia płodu, poronienia, porody przedwczesne poprzez obecne w nasieniu prostaglandyny oraz orgazmy przeżywane podczas stosunków płciowych (7). Makara-Studzińska i wsp. przedstawiają, jak na przestrzeni wieków zmieniały się poglądy dotyczące wpływu współżycia płciowego na przebieg ciąży. Począwszy od roku 1926, gdy Van de Velde stwierdził, że w wyniku spółkowania może dochodzić do poronień, zakażeń narządu rodowego, jego

mechanicznych uszkodzeń oraz do przedwczesnych poro-
dów i przedwczesnego odpływania płynu owodniowego. W 1966 roku Masters i Johanson byli zdania, że stosunki w ciąży powodują poronienia, porody przedwczesne oraz zakażenia narządu rodowego. Autorzy stwierdzili, iż u kobiet ciężarnych w pierwszym trymestrze ciąży bezpośrednio po szczytowaniu sporadycznie występują bolesne skurcze w podbrzuszu oraz bóle w okolicy krzyżowej. Wzmoczoną pobudliwość macicy zaobserwowali natomiast podczas efektywnej stymulacji seksualnej. Pod koniec III trymestru ciąży podczas orgazmu u kobiet ciężarnych występował spastyczny skurcz macicy trwający około jednej minuty, a częstość serca płodu słuchana w tym czasie wykazywała bradykardię. Z kolei w każdym okresie ciąży stosunki płciowe mogły powodować infekcje (15, 16). Podobnego zdania była Michalina Wiśłocka, która w roku 1976 zwróciła uwagę na powstawanie czynności skurczowej macicy podczas drażnienia brodawek sutkowych. Ten fakt wykorzystywano do wywoływania porodu w ciążach przeterminowanych. Natomiast w roku 1982 White i Reamy przedstawili całkiem odmienny – wręcz pozytywny – wpływ stosunków płciowych w czasie ciąży. Według autorów stosunek bardzo rzadko jest przyczyną poronień, dlatego jego ograniczenie może niekorzystnie wpływać na relacje małżeńskie. Makara-Studzińska i wsp. w pracy z roku 2011 stwierdzili, iż podczas prawidłowej ciąży niskiego ryzyka stosunek płciowy i orgazm nie powinny źle wpływać na płód, ponieważ jest on chroniony przez macicę, owodnię i płyn owodniowy. Ważne jest jednak przestrzeganie zasad higieny podczas kontaktów seksualnych z partnerem, ponieważ utrzymujące się stany zapalne pochwy, np. *bacterial vaginosis*, mogą być przyczyną zapalenia błon płodowych, porodu przedwczesnego, małej urodzeniowej masy ciała noworodka. Autorzy zalecają używanie prezerwatyw oraz ograniczenie stosunków płciowych na 6 tygodni przed porodem (2, 15). Pokrywa się to z opinią Bręborowicz, Andersena i Fuchsa (7).

Kobiety ciężarne niechętnie rozmawiają o swoich problemach seksualnych. Badania wykazały, iż 34% wstydzi się rozmawiać o swoim życiu seksualnym z obcą sobie osobą, np. lekarzem, 27% ciężarnych nie rozmawia nawet ze swoim partnerem, 39% jest w stanie poruszyć temat dotyczący wprowadzenia pewnych zmian w życiu seksualnym, ale robi to bardzo rzadko. W badaniu własnym zauważono, że zdecydowanie częściej kobiety starsze oraz z dłuższym stażem małżeńskim wstydzą się rozmawiać o seksie. Giza-Poleszczuk również otrzymała podobny wynik w swoim badaniu, a mianowicie dla 23% polskich kobiet życie erotyczne jest wciąż tematem, o którym z nikim się nie rozmawia, nawet z partnerem (1, 5).

W okresie ciąży w organizmie kobiety zachodzi wiele zmian. Przyszła matka przeżywa wtedy różnorakie stany emocjonalne, od optymizmu i zadowolenia do skrajnego pesymizmu. W badaniach dowiedziono, że intensywność i rodzaj odczuwanych potrzeb emocjonalnych zależą od podejścia kobiety do ciąży, macierzyństwa i wiążących się z nimi zmian. Potrzeby emocjonalne kobiet, jak i funkcjonowanie

psychiczne w okresie ciąży są znacząco różne od występujących w innych okresach ich życia. Pierwsza ciąża dla większości kobiet jest wyjątkowa, wzbudza wiele emocji (17-20). Pociąga za sobą wiele zmian, co może być powodem lęków i wahań nastrojów. Dlatego tak ważne jest, aby w tym szczególnym czasie kobieta mogła bez skrępowania i swobodnie rozmawiać o różnorodności swoich odczuć i spotykać się z akceptacją ze strony rodziny i innych osób, w tym personelu medycznego (16). Biorąc pod uwagę emocjonalny przebieg ciąży, można wyróżnić trzy charakterystyczne trymestry.

Pierwszy trymestr jest okresem kryzysu psychicznego. W czasie, gdy obecność dziecka jest jeszcze niewyczuwalna, kobieta doświadczająca jedynie symptomów i dolegliwości swego ciała przeżywa różnorakie odczucia lękowe. Można do nich zaliczyć strach przed nienarodzonym dzieckiem, lęk przed utratą ciąży oraz niepewność związaną z przyszłością po narodzeniu dziecka. Badacze zgodnie określają, że w tym czasie kobieta jest skoncentrowana na sobie i zmianach w swoim ciele. Bardziej skupia się na fizycznych zmianach i dolegliwościach z tym związanymi, tj. poranne nudności, niż na fakcie, że nosi w sobie nowe życie. W czasie całego pierwszego trymestru kobieta uświadamia sobie fakt istnienia poczętego dziecka i przechodzi proces jego akceptacji w ciele i życiu całej rodziny (16, 18, 19). Ogromne znaczenie dla samopoczucia kobiety ciężarnej ma siła związku emocjonalnego z ojcem poczętego dziecka. Im ten związek jest silniejszym, tym mniej niepokojów odczuwa kobieta (18).

Drugi trymestr zmienia odczucia kobiet związane z ciążą i macierzyństwem. Jest to okres hormonalnej i emocjonalnej stabilizacji. Kobieta całą swoją uwagę skupia na nienarodzonym jeszcze dziecku, przez co partner może okazywać mniejsze zainteresowanie ciążą i w mniejszym stopniu an-

gażuje się w jej przeżywanie. Taka sytuacja może być mylnie odbierana przez kobietę jako brak zainteresowania, a to skutkuje brakiem poczucia bezpieczeństwa.

Trzeci trymestr ciąży to czas, kiedy ponownie pojawiają się lęk i niepokój. Źródłem tych odczuć jest lęk przed porodem, przed powikłaniami okołoporodowymi oraz obawa o zdrowie i bezpieczeństwo swoje i dziecka (19).

Istnieją czynniki, które mają mniejszy lub większy wpływ na intensywność odczuć lękowych podczas ciąży. Należy tu wymienić przede wszystkim fakt, czy ciąża była pożądana, czy przypadkowa, liczba poprzedzających ciąż u kobiety, struktura osobowości oraz konflikty wewnętrzne kobiety, wsparcie, jakie kobieta otrzymuje od rodziny, personelu medycznego oraz najbliższego otoczenia (18, 19).

Ostatnie badania pokazują, że na życie seksualne kobiet w ciąży również negatywnie wpływają takie czynniki, jak: ciąża w późnym wieku, niski poziom wykształcenia, małżeństwa trwające dłużej niż 10 lat, fakt, że ciąża była ciążą niechcianą, przebieg poszczególnych trymestrów ciąży, ale także problemy związane ze zdrowiem, które głównie dotyczą: bólów pleców, zapaść, trudności oddechowych, bólu nóg, skurczów łydek, będące w niektórych przypadkach główną przyczyną problemów w każdej sferze (21, 22).

WNIOSKI

1. Ginekolodzy prowadzący ciążę nie interesują się życiem erotycznym swoich pacjentek.
2. U ponad połowy partnerów ciąża nie zmieniła podejście do seksu.
3. Starszym pacjentkom trudniej jest rozmawiać o problemach z seksem.
4. Współżycie w czasie ciąży wywołuje wiele lęków u kobiet.

Adres do korespondencji:

Anna Kremska
Instytut Położnictwa i Ratownictwa
Medycznego
Uniwersytet Rzeszowski
ul. Pigionia 6, 35-310 Rzeszów
tel. +48 665-944-433
baranna09@tlen.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Giza-Poleszczuk A: Komentarz do badania opinii społecznej. Życie seksualne i antykoncepcja w Polsce. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2007; 1: 58-61.
2. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Plewik I, Kryś KM: Seksualność kobiet w ciąży. *Seksuologia Polska* 2011; 9(2): 85-90.
3. Kisa S, Zeyneloğlu S, Yilmaz D, Güner T: Quality of Sexual Life and Its Effect on Marital Adjustment of Turkish Women In Pregnancy. *J Sex Marital Ther* 2013 Jun 14: 22-26.
4. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A: The sexual activity during pregnancy among a group of Iran women. *Arch Gynecol & Obstet* 2009; 279(3): 353.
5. Łukasik R, Waksmańska W, Golańska Ż, Woś H: Różnice w wyobrażeniach matki i ojca o życiu prenatalnym dziecka. *Probl Pielęg* 2007; 15: 254-261.
6. Bartellas E, Crane JM, Daley M et al.: Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG* 2000; 107(8): 964-968.
7. Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J: Seksualność kobiet w ciąży. *Ginekologia Polska* 2006; 77(7): 733-739.
8. Vieira TC, de Souza E, Abdo CH et al.: Brazilian residents' attitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients. *J Sex Med* 2012 Oct; 9(10): 2516-2524.
9. Kosińska-Krychowska A, Wielgoś M, Myszevska A, Przyboś A: Postawy ciężarnych wobec porodu – analiza form, przygotowania i preferencji. *Ginekologia Polska* 2005; 76(12): 973- 979.
10. Paget L: Udany seks podczas ciąży. Wydawnictwo MUZA SA, Warszawa 2006: 21-180.
11. Sipiński A, Kazimierczak M, Buchacz P, Sipińska K: Zachowania seksualne kobiet ciężarnych. *Wiad Lek* 2004; LVII (supl. 1): 281-284.
12. Senkumwong N, Chaovisitsaree S, Ruggao S et al.: The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2006 Oct; 89 (supl. 4): S124.
13. Wasinee U, Thanapan Ch: Sexuality and sexual activity in pregnant women. *J Med Assoc Thai* 2004; 87(3): 45-49.
14. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Plewik I, Kryś KM: Wpływ aktywności

seksualnej kobiet w ciąży na stan zdrowia noworodka. Seksuologia Polska 2011; 9(2): 57-63. 15. Marcyniak M, Hamela-Olkowska A, Czajkowski K: Współżycie płciowe podczas ciąży a ryzyko porodu przedwczesnego. Med Wieku Rozw 2003; 7(3) (supl. 1): 167-173. 16. Glenc F: Niektóre zagadnienia seksualne u kobiet ciężarnych. Wiad Lek 1973; XXVI(2): 145-148. 17. Sexuality and sexual problems. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. http://www.acog.org/publications/patient_education/bp072.cfm. Accessed Feb 2010: 12. 18. Lepiarz A: Zmiany psychiczne doświadczane przez kobiety oczekujące narodzin dziecka. Ginekol Prakt 2010; 1: 54-57. 19. Libera A: Problemy psychologiczne okresu ciąży. Psychologiczne aspekty ciąży. [W:] Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G (red.): Psychologia w położnictwie i ginekologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 154-157. 20. Iwanowicz-Palus G, Bień A: Psychoprofilaktyka u kobiet w ciąży. Psychologiczne aspekty ciąży i porodu – charakterystyka stanów emocjonalnych kobiet w ciąży. [W:] Bień A (red.): Opieka nad kobietą ciężarną. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 342-348. 21. Tosun Güleroglu F, Gördeles Beşer N: Evaluation of sexual functions of the pregnant women. J Sex Med 2014 Jan; 11(1): 146-153. 22. Clayton AH, Groth J: Etiology of female sexual dysfunction. Womens Health 2013 Mar; 9(2): 135-137.

nadesłano: 13.11.2014
zaakceptowano do druku: 10.12.2014