

Ocena współżycia seksualnego kobiet i mężczyzn w świetle porodów tradycyjnych i rodzinnych

Evaluation of women's and men's sexual life after traditional and family childbirth

Urszula Marcinkowska¹, Magdalena Kulig², Małgorzata Lichoń², Nina Rubicz²,
Edyta Wojniak², Jadwiga Joško-Ochojska¹

STRESZCZENIE

WSTĘP

Poród jest jednym z najważniejszych momentów w związkach partnerskich. Wpływa on na relacje wewnątrzrodzinne, a także na życie seksualne partnerów.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem ankietowym objęto grupę 106 kobiet (K) w wieku 21–43 lat (mediana 32) oraz 75 mężczyzn (M) w wieku 26–50 lat (mediana 35). W większości byli to mieszkańcy miast, pracujący, z wyższym i średnim wykształceniem. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz. W porodzie rodzinnym uczestniczyło 48% mężczyzn i 45% kobiet, pozostali w porodach tradycyjnych. Analizy wyników badania dokonano w programie Statistica 7,0.

WYNIKI

Zarówno mężczyźni, jak i kobiety, niezależnie od rodzaju porodu wykazują większą aktywność seksualną przed okresem ciąży kobiety. Kobiety prawie dwukrotnie częściej niż mężczyźni oceniają swój poziom satysfakcji ze współżycia po porodzie jako niższy. Kobiety znacznie częściej deklarowały występowanie u siebie zaburzeń poszczególnych etapów współżycia po ciąży niż przed nią. Mężczyźni twierdzili, że nie występowały u nich zaburzenia pożądania seksualnego przed ciążą partnerki ani po niej, ale ponad 1/3 mężczyzn oceniła, że ich partnerki mają zaburzenia pożądania seksualnego po ciąży.

WNIOSKI

Rodzaj porodu nie wpływa na etapy życia seksualnego. Subiektywna ocena satysfakcji ze współżycia seksualnego wśród kobiet, niezależnie od rodzaju porodu, jest niższa niż wśród mężczyzn. Poziom odczuwanej satysfakcji ze współżycia wśród mężczyzn obecnych przy porodzie jest niższy, gdy mężczyźni znajdowali się przy boku rodzącej kobiety.

SŁOWA KLUCZOWE

współżycie seksualne, poród, relacje partnerskie

¹Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej oraz ²Koło STN przy Katedrze i Zakładzie Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

ADRES DO KORESPONDENCJI:

Dr n. hum. Urszula Marcinkowska
Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
ul. Jordana 19
41-808 Zabrze-Rokitnica
tel. +48 32 272 28 47
e-mail: umarcinkowska@sum.edu.pl

Ann. Acad. Med. Siles. 2013, 67, 3, 179–183
Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
eISSN 1734-025X

ABSTRACT

INTRODUCTION

Childbirth is one of the most important events in a partnership. It influences not only the family relationship, but also the sex life of the partners.

MATERIAL AND METHODS

The study group consisted of 106 women (age 21–43) and 75 men (age 26–50). Most of those questioned live in a city, are employed, have higher and secondary education. 48% men and 45% women participated in family delivery, the rest participated in traditional childbirth.

RESULTS

Both the women and men had, independent of the delivery form, greater sexual activity before pregnancy. Women in comparison to men declared a lower level of sexual satisfaction after childbirth.

Women more often declared that their sexual activity was disturbed after childbirth. Men claimed that they did not have any problems with sexual desire before or after their partner's pregnancy, but 1/3 declared that their partners had problems with desire.

CONCLUSIONS

The form of delivery does not affect the stages of sexual life.

Subjective assessment of sexual satisfaction among women, regardless of the type of labor, is lower than that of men.

The level of sexual satisfaction is lower for men accompanying their partners during birth.

KEY WORDS

sexual activity, childbirth, partner's relationship

WSTĘP

Gdy nadchodzi moment przyjścia na świat dziecka, partnerzy podejmują ważną decyzję, czy poród powinien przebiegać w sposób tradycyjny, czy rodzinny. W porodzie tradycyjnym kobieta rodzi bez obecności partnera, natomiast w rodzinnym kobiecie towarzyszy partner lub inny członek rodziny. Współcześnie dąży się do tego, by poród nabrał charakteru rodzinnego. Pierwszy poród rodzinny na terenie szpitala odbył się na początku lat 70. ubiegłego wieku. Zgodnie z zaleceniami WHO, możliwość taką stworzono również w Polsce – pierwszy poród rodzinny odbył się 10.06.1983 r. w Klinice Perinatologii AM w Łodzi [1].

Wiadomo, że przez całe wieki asysta przy porodzie była domeną kobiet. Mężczyźni nie tylko nie mogli (z powodu kulturowego tabu), ale i nie chcieli brać udziału w tym wydarzeniu. Nawet lekarze mężczyźni bardzo rzadko towarzyszyli rodzącej kobiecie. Na ich pomoc mogły liczyć jedynie królowe.

Obecnie porody rodzinne są czymś powszechnym. Czy jest to jednak zjawisko korzystne? Porody ro-

dzinne mają wielu zwolenników wśród położników. Także kobiety uważają za pożądaną obecność partnera podczas porodu, są bowiem mniej osamotnione i odczuwają mniejszy strach i niepokój [2]. Dostrzega się też korzyści medyczne porodu rodzinnego: notuje się mniejszą liczbę cięć cesarskich i innych interwencji medycznych, rzadsze stosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego oraz, co ważne, lepszy ogólny stan noworodków mierzony skalą Apgar niż w przypadku porodów tradycyjnych [3]. Wciąż jednak brak badań na temat „impotencji poporodowej”, a seks pozostaje tematem wstydlwym.

W społeczeństwie zauważalne jest duże zainteresowanie rzetelnymi badaniami i fachową literaturą poruszającą aspekt życia seksualnego po porodzie rodzinnym. Pary podejmują decyzję o wspólnym przeżyciu porodu w klimacie wielu obaw o swe późniejsze życie intymne i niejednokrotnie kierują się w tym względzie obiegowymi, być może błędnymi opiniami. Warto zasygnalizować w tym miejscu także to, że zarówno ciąża, jak i poród, a także okres karmienia piersią wpływają na zachowania seksualne, zwłaszcza u kobiet. Istotne jest natomiast, by potwierdzić bądź wykluczyć różnice dotyczące aktywności seksualnej i występowania zaburzeń seksualnych u osób, które

przeżyły poród rodzinny, i tych, które nie zdecydowały się na taką formę porodu. Istotnym elementem, stanowiącym podstawę wystąpienia ewentualnych różnic może być czynnik estetyczny. Każdemu porodowi towarzyszą bowiem nieodłącznie krew, ból, widok zapłakanej, zmęczonej i krzyczącej kobiety. Czy patrzącemu na to mężczyźnie małżeńskie łóżko będzie nadal kojarzyć się z przyjemnością? Wydaje się tu słuszne zaryzykowanie hipotezy zakładającej negatywny wpływ porodu rodzinnego na jakość życia seksualnego partnerów. Jak jest naprawdę?

Autorki podjęły trudną próbę zbadania tego problemu, wybierając za cel pracy ocenę wpływu porodów tradycyjnych i rodzinnych na życie seksualne partnerów.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem ankietowym objęto grupę 106 kobiet (K) w wieku 21–43 lat (mediana 32) oraz 75 mężczyzn (M) w wieku 26–50 lat (mediana 35). W większości byli to mieszkańcy miast (K 98%, M 97%), pracujący (K 80%, M 98%) z wyższym (K 60%, M 46%) i średnim wykształceniem (K 26%, M 32%). Badanie przeprowadzono w okresie od lutego do kwietnia 2011 r.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz, gdyż w literaturze brak opracowań dotyczących badań jakości życia po porodzie rodzinnym i tradycyjnym. Ankiety rozdano osobom, których dzieci uczęszczają do przedszkoli w województwie śląskim. Grupę badaną podzielono ze względu na uczestnictwo w porodzie rodzinnym i tradycyjnym (nierodzinnym) oraz płcią. W porodzie rodzinnym uczestniczyło 48% mężczyzn i 45% kobiet, pozostali w porodach tradycyjnych.

Wśród badanej grupy kobiet 40% rodziło po raz pierwszy, 47% po raz drugi, pozostałe 3 i więcej razy (na pytanie o liczbę porodów odpowiedziało 99 na 106 kobiet). Ankietowani deklaruwali, że poród w 83% odbył się bez komplikacji ze strony dziecka. Analizy wyników badania dokonano w programie komputerowym Statistica 7,0.

WYNIKI

Pierwszą kwestią poddaną ocenie było określenie poziomu satysfakcji osiągniętej ze współżycia seksualnego.

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni mieli określić w skali 0–10 satysfakcję ze współżycia przed porodem oraz po porodzie. Różnica w wyniku wskazywała na zmianę poziomu satysfakcji. Zmiana ta zawierała się w przedziale od -10 do 10, gdzie wartości ujemne świadczyły o spadku satysfakcji po porodzie rodzinnym lub tradycyjnym (nierodzinnym). Jak wynika z uzyskanych danych, u obu płci nastąpił spadek sa-

tysfakcji ze współżycia po porodzie, zarówno rodzinnym, jak i tradycyjnym, przy czym spadek ów był większy wśród kobiet (tab. I).

Tabela I. Spadek uzyskiwanej satysfakcji seksualnej podczas współżycia po porodzie
Table I. Decrease in sexual satisfaction obtained during intercourse after childbirth

| Płeć | Poród rodzinny | Poród tradycyjny |
|-----------|----------------|------------------|
| Kobiety | 42% | 48% |
| Mężczyźni | 23% | 35% |

W celu określenia, czy zmiana uzyskiwanej satysfakcji ze współżycia po porodzie tradycyjnym (nierodzinnym) była istotnie różna od zmiany uzyskiwanej satysfakcji po porodzie rodzinnym, dokonano porównania statystycznego.

Obliczenia przeprowadzono osobno dla kobiet oraz mężczyzn, posługując się testem U Manna-Whitneya.

Wyniki były następujące: w grupie kobiet $U = 1279,500$; $p = 0,477173$, natomiast w grupie mężczyzn $U = 546,5000$; $p = 0,257510$. Rezultaty analizy statystycznej wykazały, że rodzaj porodu nie wpływa na zmianę osiągniętej satysfakcji ze współżycia.

Z punktu widzenia uczestnictwa mężczyzny w porodzie istotne wydaje się zajmowane przez niego miejsce przy partnerce podczas porodu. Dokonano oceny spadku uzyskiwanej satysfakcji w grupie osób uczestniczących w porodzie rodzinnym w zależności od miejsca, w jakim znajdował się partner. Odnotowano spadek satysfakcji na poziomie 8% w grupie mężczyzn uczestniczących w porodzie rodzinnym, stojących przy głowie rodzącej, natomiast w grupie stojących przy boku rodzącej spadek ten był 4-krotnie wyższy.

Kolejnym aspektem poddanym analizie była ocena zaburzeń życia seksualnego na podstawie zamieszczonych w kwestionariuszu tabel, w których badane osoby miały określić zaburzenia sfery seksualnej u siebie oraz u partnera/partnerki. Wyniki dotyczące kobiet prezentuje tabela II.

Pierwsze pytanie dotyczyło pożądania seksualnego. Zaburzenia pożądania po porodzie podawało 16 (n_1) spośród 48 kobiet, które odbywały poród rodzinny oraz 15 (n_2) spośród 58 rodzących tradycyjnie. Widoczne jest zatem występowanie zaburzeń tej fazy aktywności seksualnej, przy czym były one 8-krotnie częstsze po porodzie rodzinnym oraz 3-krotnie częstsze po porodzie tradycyjnym w porównaniu z okresem sprzed ciąży.

Drugie pytanie obejmowało zagadnienie podniecenia seksualnego. Zaburzenia podniecenia po porodzie wskazało 16 (n_1) spośród 48 kobiet, które odbywały poród rodzinny, oraz 12 (n_2) spośród 58 rodzących tradycyjnie. Co zaskakujące, 1/3 kobiet rodzących w towarzystwie partnera deklaruwała zaburzenia podniecenia po ciąży, zaś przed ciążą nie odczuwała w ogóle tego rodzaju dysfunkcji.

Tabela II. Procentowy rozkład odpowiedzi dotyczących zaburzeń seksualnych kobiet
Table II. Percentage distribution of responses for female sexual dysfunction

| Pytanie | Poród tradycyjny | | Poród rodzinny | |
|---|------------------|----------|----------------|----------|
| | przed ciążą | po ciąży | przed ciążą | po ciąży |
| Czy występowały u Pani zaburzenia pożądania seksualnego? | 6,9% | 25,9% | 4,2% | 33,3% |
| Czy występowały u Pani zaburzenia podniecenia seksualnego? | 5,2% | 27% | 0% | 33,3% |
| Czy występowały u Pani zaburzenia orgazmu? | 3,4% | 22,4% | 6,2% | 14,6% |
| Czy u męża/partnera występowały zaburzenia pożądania seksualnego? | 1,7% | 10,3% | 0% | 6,3% |

Tabela III. Procentowy rozkład odpowiedzi dotyczących zaburzeń seksualnych mężczyzn
Table III. Percentage distribution of responses for male sexual dysfunction

| Pytanie | Poród tradycyjny | | Poród rodzinny | |
|--|------------------|----------|----------------|----------|
| | przed ciążą | po ciąży | przed ciążą | po ciąży |
| Czy występowały u Pana zaburzenia pożądania seksualnego? | 0% | 2,6% | 0% | 2,8% |
| Czy występowały u Pana zaburzenia podniecenia seksualnego? | 0% | 5,3% | 0% | 2,8% |
| Czy występowały u Pana zaburzenia orgazmu? | 0% | 2,6% | 0% | 0% |
| Czy występowały u Pana zaburzenia erekcji? | 0% | 0% | 0% | 2,8% |
| Czy u żony/partnerki występowały zaburzenia pożądania seksualnego? | 0% | 31,6% | 0% | 31,4% |

Trzecie pytanie dotyczyło problemów z osiągnięciem orgazmu. Na zaburzenia po porodzie wskazywało tu 7 (n_1) spośród 48 kobiet, które odbywały poród rodzinny, oraz 13 (n_2) spośród 58 rodzących tradycyjnie.

Czwarte pytanie poruszało problem występowania zaburzeń pożądania seksualnego u partnera po porodzie. Zaburzenia takie podały 3 (n_1) spośród 48 kobiet, które odbywały poród rodzinny, oraz 6 (n_2) spośród 58 rodzących tradycyjnie.

W odniesieniu do każdego z powyższych elementów współżycia seksualnego postawiono pytanie, czy rodzaj porodu miał istotny wpływ na występowanie zaburzeń? Po dokonaniu analiz statystycznych stwierdzono brak istotnie statystycznego wpływu rodzaju porodu zarówno na zaburzenia pożądania, podniecenia czy przeżywanie orgazmu u kobiet, jak i na zaburzenia pożądania seksualnego u partnera.

Te same pytania zadano mężczyznom asystującym lub nieobecny przy porodzie. Uzyskane zawiera tabela III.

Dane dotyczące zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu i erekcji nie były istotne statystycznie. Na uwagę zasługuje natomiast ocena zaburzenia pożądania seksualnego kobiet wyrażona w opiniach mężczyzn.

Zaburzenia pożądania seksualnego u partnerek po porodzie stwierdziło 11 (n_1) spośród 36 mężczyzn, którzy towarzyszyli przy porodzie, oraz 12 (n_2) spośród 38 niebędących przy porodzie. Analiza statystyczna wykazała brak istotnego wpływu rodzaju porodu na występowanie zaburzeń współżycia seksualnego po porodzie.

DYSKUSJA

Uzyskane wyniki badań własnych korespondują z rezultatami zawartymi w innych opracowaniach. Co jednak wydaje się istotne, większość badań podejmujących problematykę wpływu ciąży i porodu na życie seksualne partnerów koncentruje się na seksualności kobiet oraz nie ujmuje rozróżnienia na poród rodzinny i tradycyjny.

Najczęściej analizowaną kwestią jest zagadnienie dotyczące pożądania seksualnego przed, w trakcie i po ciąży. Badania na ten temat prowadzone były już od lat 40. ubiegłego wieku, głównie w USA. Prawdopodobnością jest spadek zainteresowania seksem w dwóch okresach: podczas ciąży oraz w okresie połogu. Jeśli chodzi o ciążę, to obniżenie zainteresowania współżyciem jest odwrotnie proporcjonalne do zaawansowania ciąży. I tak w I trymestrze spadek deklaruje 10% kobiet, w II trymestrze 31,6%, zaś w III trymestrze aż 67,8% [4]. Znaczny spadek funkcji seksualnych w III trymestrze potwierdzają także inne badania [5].

Biorąc pod uwagę stan współżycia w odniesieniu do okresu sprzed i po ciąży, stwierdzono, że typowe dla okresu połogu są: mniejsze pożądanie seksualne lub jego brak oraz redukcja aktywności seksualnej w okresie kilku miesięcy po porodzie w stosunku do okresu przed ciążą [6,7]. Zmiany te dotyczą większości elementów aktywności seksualnej.

W odniesieniu do pożądania 60% kobiet deklaruowało zmiany (66% odczuwało zmniejszenie pożądania po ciąży w stosunku do okresu przed nią) oraz 30% mężczyzn (po połowie twierdzili, że pożądanie wzrosło

lub spadło). Jeśli chodzi o częstotliwość współżycia, spadek deklarowało 40% kobiet i 45% mężczyzn, natomiast zmiany nie nastąpiły w częstotliwości współżycia u 45% kobiet i 40% mężczyzn. Modyfikacji uległa również satysfakcja odczuwana ze współżycia – spadek komunikowało 30% kobiet i 15% mężczyzn, wzrost natomiast odpowiednio 15% kobiet i 40% mężczyzn [8].

Zmiany te wpływają na występowanie współżycia w trakcie ciąży. Większość par współżyje do 7 miesiąca ciąży, 25–50% do 8 miesiąca, a 1/3 do 9 miesiąca; 10% powstrzymuje się od współżycia od początku trwania ciąży [6,9]. Na aktywność seksualną ciężarnych wpływa wiele czynników, począwszy od biologicznych, na socjokulturowych skończywszy. Najczęściej jednak pojawiają się obawy o indywidualnym charakterze. Z medycznego punktu widzenia istnieją bowiem dwa przeciwwskazania do stosunków genitalnych: odpłynięcie wód płodowych i przodowanie łożyska, ograniczanie współżycia zaleca się natomiast kobietom, których ciąży są zagrożone przedwczesnym porodem [10]. Mimo to niepokój dotyczący aktywności seksualnej w ciąży występuje często i, co interesujące, ma charakter antycypacyjny, gdyż pojawia się jeszcze przed jej rozpoczęciem. Przed ciążą 38% respondentek spodziewało się problemów seksualnych, przy czym 80% z nich oczekiwało więcej niż jednego zaburzenia w ciągu 3 pierwszych miesięcy po porodzie. Obawy najczęściej dotyczyły zainteresowania seksem, suchości pochwy oraz bólu [11]. Dlatego istotne wydaje się zwrócenie uwagi na ponowne rozpoczęcie współżycia po ciąży. Nie bez przyczyny twierdzi się bowiem, że „pierwsze” zbliżenie po poro-

dzie można porównać z inicjacją seksualną. To, „jak wyjdzie”, może rzutować na życie płciowe małżonków w przyszłości [10]. Nie tylko ponowna, jednorazowa inicjacja poporodowa stanowi istotę zmian, przemiany te mają charakter procesu. Jak się okazuje, po okresie ciąży i porożu następuje stopniowy powrót do aktywności seksualnej i częstotliwości współżycia sprzed ciąży. Powrót ten trwa około roku [12] i z czasem większość kobiet osiąga podobny lub wyższy poziom pożądania seksualnego niż przed ciążą [13].

WNIOSKI

Zarówno mężczyźni jak i kobiety, niezależnie od rodzaju porodu, wykazują większą aktywność seksualną przed okresem ciąży kobiety.

Subiektywna ocena satysfakcji ze współżycia seksualnego wśród kobiet, niezależnie od rodzaju porodu, jest niższa niż wśród mężczyzn. Kobiety w porównaniu z mężczyznami prawie dwukrotnie częściej oceniają swój poziom satysfakcji ze współżycia po porodzie jako niższy.

Poziom odczuwanej satysfakcji ze współżycia wśród mężczyzn obecnych przy porodzie jest niższy, gdy mężczyźni znajdowali się przy boku rodzącej kobiety. Mężczyźni nie dostrzegają u siebie zaburzeń pożądania seksualnego przed ciążą partnerki ani po niej, ale ponad 1/3 mężczyzn ocenia, że ich partnerki mają zaburzenia pożądania seksualnego po ciąży.

Rodzaj porodu nie wpływa na etapy współżycia seksualnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Ludański T., Fijałkowski W., Dec W., Zdziennicki A. Poród rodzinny w warunkach szpitalnych. *Ann. Acad. Med. Bydg.* 1992; 5: 141–145.
2. Witczak J. *Ojcostwo bez tajemnic*. IWZZ, Warszawa 1987; 39–40.
3. Więznowska-Mączyńska K., Pięta B., Opala T. Za i przeciw porodu rodzinnego. *Prz. Ginekol.-Położ.* 2005; 5(6): 351–355.
4. Perkins R.P. Sexuality in pregnancy: what determines behaviour? *Obstet. Gynecol.* 1982; 59: 189–198.
5. Leite A.P., Campos A.A., Dias A.R., Amed A.M., De Souza E., Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2009; 55(5): 563–568.
6. Von Sydow K., Ulmeyer M., Happ N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the Sexual Preferences Questionnaire. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2001; 22(1): 29–40.
7. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J. Psychosom. Res.* 1999; 47(1): 27–49.
8. Gordon J.B., Carty E. Sexual adjustment of postpartum couples. *Can. Fam. Physic. 1978; 24: 1191–1198.*
9. Witting K., Stilla P. Alanko K. Female sexual function and its association with number of children, pregnancies and relationship satisfaction. *J. Sex Marital Ther.* 2008; 34(2): 89–106.
10. Smoliński R. Seksualność kobiet w ciąży i porożu. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec. *Podstawy seksuologii*. PZWL, Warszawa 2010; s. 133–138.
11. Botros S., Abramov Y., Miller J. i wsp. Effect of Parity on Sexual Function: An Identical Twin Study. *Obstet. Gynecol.* 2006; 107: 765–770.
12. Reamy K.J., White S.E. Sexuality in the puerperium: a review. *Arch. Sex. Behav.* 1987; 16(2): 165–186.
13. Lumley J. Sexual feelings in pregnancy and after childbirth. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1978; 18: 114–117.