

Ocena zachowań seksualnych kobiet karmiących

The evaluation of sexual behavior of breast feeding women

Adam Sipiński¹, Małgorzata Kazimierczak¹, Beata Ciesielska²

¹Zakład Pielęgniarstwa w Ginekologii i Położnictwie Katedry Ginekologii i Położnictwa w Tychach Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

²Poradnia Zdrowia Psychicznego i Patologii Współżycia w Łodzi

Streszczenie

Wstęp. W artykule scharakteryzowano współżycie seksualne kobiet w okresie poporodowym podczas karmienia dziecka.

Materiał i metody. Badaniami objęto 100 karmiących matek w okresie do 12 miesięcy po porożu. Jako metodę zastosowano ankietę opracowaną przez autorów artykułu.

Wyniki. Zbadano częstość współżycia seksualnego, satysfakcję seksualną par oraz przyczyny trudności w tym zakresie związane z sytuacją rodziny po urodzeniu dziecka oraz dolegliwościami poporodowymi i procesem laktacji. Poznano samoocenę kobiet dotyczącą obserwacji powrotu płodności po porodzie oraz preferowane metody antykoncepcji. Oceniono poziom edukacji zdrowotnej prowadzonej przez personel medyczny na temat współżycia seksualnego w okresie poporodowym oraz stosowania antykoncepcji.

Wnioski. W okresie karmienia piersią następuje zmniejszenie potrzeb seksualnych kobiet oraz częstości współżycia. Na występowanie trudności we współżyciu wpływają zmiana stylu życia związana z karmieniem naturalnym oraz opieką nad dzieckiem, lęk przed zajściem w następną ciążę oraz typowe dolegliwości poporodowe. Większość kobiet w okresie poporodowym i podczas karmienia piersią nie prowadzi obserwacji objawów powrotu płodności. Najczęściej stosowanymi metodami antykoncepcji w tym okresie są prezerwatywy i stosunek przerywany. Większość kobiet karmiących nie uzyskała od personelu medycznego koniecznych informacji na temat współżycia seksualnego w okresie poporodowym oraz stosowania antykoncepcji.

Słowa kluczowe: współżycie seksualne, laktacja, antykoncepcja

Abstract

Introduction. We have characterized the sexual intercourse of women in the postpartum period during the breast feeding.

Material and methods. The analysis included 100 feeding mothers up to 12 months after the puerperium. As the survey method we have used our own elaborated questionnaire.

Results. We have analyzed the frequency of sexual intercourses, sexual satisfaction of the couples and the reasons of difficulties in this concern related with the family situation after childbirth, postpartum complaints and the lactation process. We have recognized women self-evaluation of the recovering to fertility after the labour and the preferred contraceptive methods.

Conclusions. The sexual needs of women and the frequency of sexual intercourses are decreased during the breast feeding. The reasons of difficulties in the sexual activities are: the change of lifestyle related to

Adres do korespondencji:

dr med. Adam Sipiński
Zakład Pielęgniarstwa w Ginekologii i Położnictwie Katedry Ginekologii
i Położnictwa Śląskiej Akademii Medycznej
ul. Edukacji 102, 43–100 Tychy
tel.: (032) 325 42 38
Nadesłano: 11.08.2005 Przyjęto do druku: 20.09.2005

breast feeding and taking care of the newborn child, fear of the next pregnancy and the typical postpartum complaints. Most women during breast feeding do not self-evaluate the signs of the recovering fertility. The most often used method of contraception is the use of condom and the intermittent intercourse. Most breast feeding women did not obtain the essential information concerning sexual activity and the contraception in the postpartum period.

Key words: sexual intercourse, lactation, contraception

Wstęp

Karmienie dziecka piersią oraz powrót do współżycia seksualnego w okresie poporodowym są typowe dla każdego związku niezależnie od czasu i miejsca, w których żyje. Zmiany występujące w tym okresie, zarówno somatyczne, jak i psychiczno-socjologiczne, oraz specyficzne problemy wpływają na obraz współżycia seksualnego pary i stanowią ciekawy temat badań.

Z ewolucyjnego punktu widzenia ciąża i okres karmienia są antytezą więzi seksualnej. Większość zwierząt nie reaguje seksualnie w okresie ciąży i karmienia młodych. U ludzi aktywność seksualna pojawia się także po porodzie. Przyczynę upatruje się w pozaprokreacyjnym znaczeniu seksu dla człowieka. Na życie seksualne wpływa złożony mechanizm socjo-psycho-endokrynny. Seksualizm charakteryzuje się wieloma determinantami, takimi jak: postawa wobec seksu, zachowania i potrzeby seksualne, reaktywność seksualna, integracja seksu z osobowością, miłością, osobą partnera [1]. Miesiące ciąży i doświadczenia zdobyte podczas porodu umacniają miłość i pozwalają lepiej niż kiedykolwiek zrozumieć wzajemne potrzeby [2].

W kulturach poligamicznych kobieta nie współżyła seksualnie przez cały okres trwania ciąży, a nawet do dwóch lat po porodzie. U mężczyzn aktywność seksualna pozostawała na tym samym poziomie. Współżył on z inną żoną lub poślubił kolejną.

W kulturach monogamicznych okres abstynencji trwał 6–8 tygodni po porodzie, potem bez względu na karmienie dziecka podejmowano współżycie. Aby wydłużyć okres przerwy między kolejnymi ciążami, lekarze radzili rozpoczęcie współżycia kilka tygodni po pierwszej miesiączce po porodzie [1].

Obecnie większość par po okresie połogu podejmuje współżycie seksualne w nowych warunkach, napotykać na wiele problemów, które wymagają edukacji i wsparcia ze strony personelu medycznego.

Material i metody

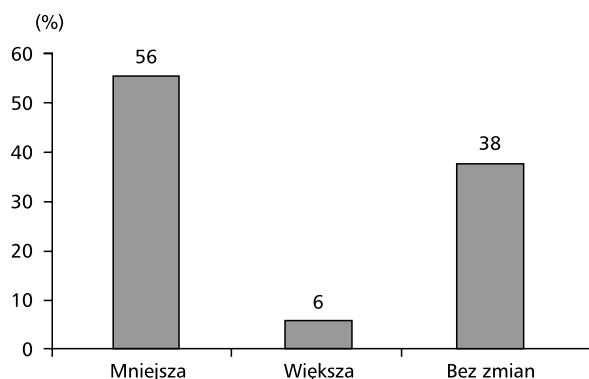
Badaniami objęto 100 kobiet karmiących dziecko piersią w okresie do 12 miesięcy po połogu. Wybrane

losowo respondentki poinformowano o anonimowości i wykorzystaniu materiałów wyłącznie do celów naukowych. Wyraziły one zgodę na udział w badaniach. Ankiety opracowali autorzy artykułu.

Celem pracy była charakterystyka grupy matek karmiących ze względu na sytuację społeczno-ekonomiczną, więź z partnerem oraz przebieg porodu i model karmienia piersią, próba oceny współżycia seksualnego w okresie karmienia piersią oraz charakterystyka trudności we współżyciu seksualnym w tym okresie, poznanie rodzaju metod regulacji płodności oraz ocena poziomu edukacji par na temat współżycia seksualnego i metod antykoncepcji w czasie karmienia piersią.

Wyniki

W badanej grupie 64% stanowiły kobiety, które po raz pierwszy urodziły dziecko, a 36% kobiety, które urodziły kolejne dziecko. Wiek kobiet: do 20. roku życia — 1%, 20–25 lat — 27%, 26–35 lat — 66%, powyżej 35 lat — 6%. Wszystkie badane kobiety są mieszkankami dużych miast województwa śląskiego. Najwięcej kobiet posiada wykształcenie średnie — 50% i wyższe — 32%, pozostałe: zawodowe — 15%, podstawowe — 3%. Warunki materialne kobiety oceniły jako dobre — 50%, wystarczające na podstawowe wydatki — 36%, bardzo dobre — 10% oraz złe — 4%. Nie pracuje 56% matek. Pozostałe częściej wykonują pracę umysłową, dojeżdżając do pracy i pracując poza domem średnio 6–8 godzin. Osiemdziesiąt pięć procent kobiet badanych żyje w związku małżeńskim, 15% w nieformalnym. Partnerzy są najczęściej starsi od kobiet, związki rówieśnicze stanowią 25%, bardzo rzadko partner jest młodszy (10%). Ostatnią ciążę planowano w 75% przypadków, a 25% — nie planowano. W 27% przypadków ciążę rozwiązano za pomocą cięcia cesarskiego, porody siłami natury — 73%, z czego rodzinne, z obecnością ojców przy porodzie, stanowiły 32%. Większość kobiet miała nacięte krocze. Poród powikłany — 8%, połóg powikłany — 10%. Wystąpiły następujące powikłania połogu: krwotok, krwiak krocza, rozejście spojenia łonowego, stan zapalny piersi. W 91% przy-



Rycina 1. Częstość współżycia w porównaniu z okresem przed ciążą

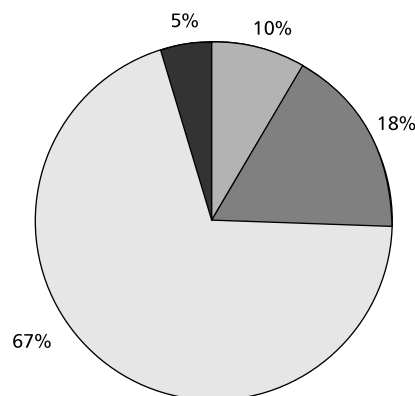
padków dziecko urodziło się zdrowe, w stanie dobrym, w 5% — dziecko było chore, wymagało leczenia, w 4% — był to wcześniak. Sześćdziesiąt procent matek karmi wyłącznie piersią „na żądanie”, 40% — dokarmia i dopaja dziecko. Siedemdziesiąt cztery procent dzieci przebywa z matkami całą dobę, w osobnym pokoju śpi 26% dzieci. Wzajemność uczuciową z partnerem zadeklarowało 80% respondentek, w 13% związków silniej jest zaangażowany uczuciowo partner, tylko w 3% partnerka, brak więzi uczuciowej zgłosiło 4% par.

W badanej grupie wznowiono współżycie średnio po 6–10 tygodniach. W grupie badanych kobiet u 65% po porodzie wystąpiła pierwsza miesiączka, w 60% — dalsze miesiączki są nieregularne. Tylko 35% kobiet nie miesiączkuje.

Pięćdziesiąt sześć procent badanych kobiet stwierdziło, że częstość współżycia w czasie karmienia piersią dziecka jest mniejsza niż przed ciążą, 38% — nie stwierdziło zmian, a tylko 6% oceniło, że jest ona większa (ryc. 1).

Chęć do współżycia w okresie karmienia dziecka kształtowała się następująco: potrzeby przeciętne zgłaszało 67%, niekorzystną zmianę po porodzie zauważyło 18% kobiet, niechęć do współżycia odczuwało 10%, a silne potrzeby deklarowało 5% (ryc. 2).

Potrzebę współżycia codziennie zadeklarowało tylko 2% badanych. Dwadzieścia osiem procent odczuwa potrzeby kilka razy w tygodniu, 15% — raz w tygodniu, 20% — kilka razy w miesiącu, 11% — raz w miesiącu, 10% — deklaruje potrzebę rzadziej. Brak potrzeb seksualnych zgłosiło 7% młodych matek. Częstość współżycia kształtuje się następująco: codziennego współżycia nie zadeklarowała żadna z par, kilka razy w tygodniu współżyje 28%, raz w tygodniu — 15%, kilka razy w miesiącu — 25%, raz w miesiącu

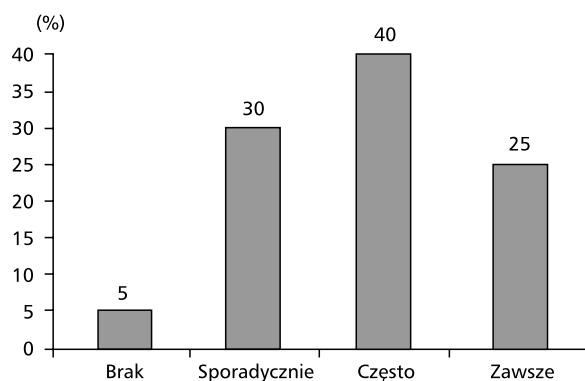


Rycina 2. Chęć do współżycia

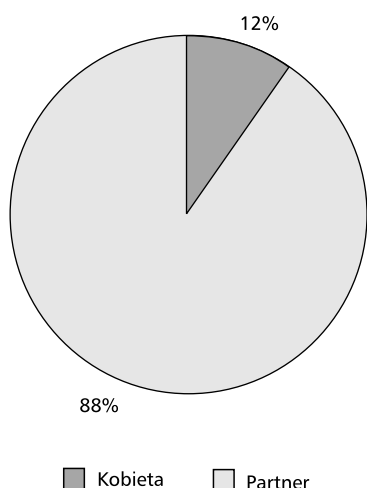
— 15%, rzadziej — 13%. Nie współżyje — 4% kobiet karmiących.

Aż 64% kobiet nie uważa, że częstość współżycia w badanym okresie jest zbyt rzadka. Czterdzieści procent kobiet często osiąga orgazm, 30% — tylko sporadycznie, 25% — zawsze, a 5% — wcale (ryc. 3). Tylko 50% kobiet nie stwierdziło problemów w realizacji roli partnerki seksualnej. Aż 35% respondentek stwierdziło, że mają mniejsze potrzeby seksualne niż przed porodem, 10% ma podobne problemy jak przed urodzeniem dziecka. Tylko 5% kobiet lepiej czuje się w roli partnerki seksualnej w obecnym okresie poporodowym niż wcześniej.

Ocena obecnej satysfakcji seksualnej u partnera przedstawia się następująco: przyjemność w każdym



Rycina 3. Liczba zadawalających stosunków



Rycina 4. Inicjowanie współżycia seksualnego

kontakcie seksualnym osiąga 60% partnerów, 30% — w większości przypadków, 7% — rzadko, a 3% — wcale. W badaniach wykazano, że w 88% współżycie seksualne w okresie poporodowym inicjuje partner, kobieta tylko w 12% jest bardziej aktywna (ryc. 4).

Kobiety najczęściej łączą przyczyny trudności ze: zmęczeniem spowodowanym zmianami trybu życia (karmienie i opieka nad dzieckiem) — 37%, brakiem wystarczającej ilości snu z powodu nocnego karmienia i opieki nad dzieckiem — 35%, skupieniem na dziecku, fascynacji macierzyństwem — 32%. Inne przyczyny to: obciążenie pracą zawodową i/lub domową — 21%, obniżone poczucie atrakcyjności — 16% oraz wyczerpanie spowodowane brakiem wsparcia w opiece nad dzieckiem — 12%.

Dolegliwości poporodowe oraz odczucia zaburzające współżycie w okresie karmienia piersią badane kobiety scharakteryzowały następująco: najczęściej uskarżają się na zmniejszone potrzeby seksualne lub ich brak — 32% oraz lęk przed zajściem w kolejną ciążę — 27%. Następnie na dolegliwości: odczuwanie bolesności podczas stosunku — 17%, zmniejszenie ilości wydzieliny pochwowej — 15%, uczucie niedopasowania narządów płciowych — 9%, trudności w osiągnięciu orgazmu — 9%, bolesność piersi — 8%. Nie podano żadnych problemów seksualnych ze strony partnera występujących w tym okresie (tab. 1).

Siedemdziesiąt sześć procent kobiet podczas pobytu w szpitalu po porodzie (średnio 3–6 dni) nie uzyskało żadnych informacji na temat współżycia seksualnego w okresie poporodowym. Na temat zakazu współżycia w okresie połogu poinformowano tylko 14% badanych, na własną prośbę — 2%. Pełną informację uzyskało tylko 8% matek. Informacji najczęściej

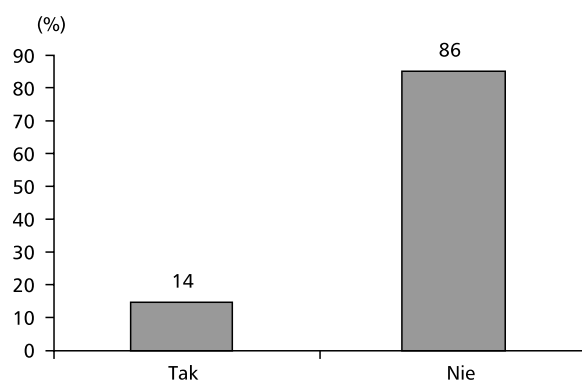
Tabela 1. Dolegliwości poporodowe wpływające na występowanie trudności we współżyciu seksualnym

Dolegliwości poporodowe	Procent (%)
Zmniejszone potrzeby seksualne lub ich brak	32
Zmniejszenie ilości wydzieliny pochwowej	15
Odczuwanie bolesności podczas stosunku	17
Odczucie niedopasowania narządów płciowych	9
Bolesność piersi	8
Trudności w osiągnięciu orgazmu	9
Lęk przed zajściem w kolejną ciążę	27

udzielał lekarz ginekolog oraz położne. Aż 86% kobiet w okresie poporodowym nigdy nie słyszała o ćwiczeniach mięśni dna miednicy (Kegla), nie prowadzono żadnej edukacji na ten temat w sali porodowej i na oddziałach położniczych. Tylko 14% kobiet udzielono informacji na ten temat. W większości przypadków edukację prowadziły położne (ryc. 5).

W badaniach wykazano, że aż 66% kobiet nie prowadzi obserwacji cyklu miesięcznego. Aż 15% karmiących matek nie stosuje żadnych metod antykoncepcji podczas karmienia piersią, a 5% nie współżyje. Pozostałe najczęściej stosują prezerwatywy — 40% oraz stosunek przerywany — 30%. Antykoncepcję hormonalną stosuje 17% karmiących kobiet. Bardzo rzadko kobiety stosują metody naturalne — 5%, oraz wkładkę wewnątrzmaciczną — 2%. Żadna nie stosowała globulek i wkładek dopochwowych (tab. 2).

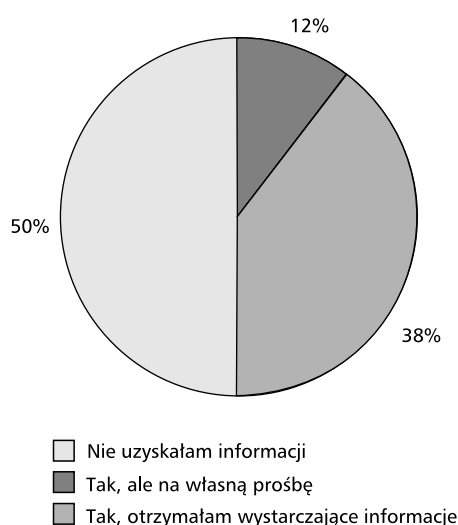
Na wybór sposobu antykoncepcji tylko w 18% wpływa lekarz ginekolog. Są to przypadki stosowania leków hormonalnych oraz wkładki domacicznej (WWA). Pozostałe pary podejmują decyzję wspólnie — 32% lub czyni to sama kobieta — 26%. Tylko w 3% przypadków sposób antykoncepcji (prezerwatywa) wybiera sam partner. Bardzo rzadko pary korzystają z prasy (1%), literatu-



Rycina 5. Informacje na temat ćwiczeń Kegla

Tabela 2. Metody regulowania płodności stosowane podczas karmienia piersią

Metody regulowania płodności	Procent (%)
Stosunek przerywany	30
Metody naturalne	5
Prezerwatywy	40
Globulki dopochwowe	0
Kapturki (wkładki) dopochwowe	0
Wkładka domaciczna (WWA)	2
Tabletki hormonalne	17
Niestosowanie żadnych metod	20

**Rycina 6.** Informacje dotyczące współżycia seksualnego po położeniu oraz stosowania antykoncepcji

ry medycznej (2%), doświadczeń innych kobiet (2%). Żadna z respondentek nie uzyskała informacji na ten temat od położnej.

Podczas wizyt kontrolnych po porodzie 50% kobiet nie uzyskało porad dotyczących współżycia seksualnego po położeniu oraz stosowania antykoncepcji w okresie karmienia piersią. Wystarczające informacje na ten temat uzyskało 38% badanych, tylko na własną prośbę — 12% (ryc. 6).

Dyskusja

Podczas położenia nie zaleca się współżycia seksualnego przez 6 tygodni. Zmiany w narządzie rodnym uniemożliwiają rozpoczęcie współżycia. Należy je poprzedzić decyzją lekarza ginekologa po cofnięciu się zmian wywołanych ciążą i porodem. Prawie

wszystkie kobiety rozpoczynają współżycie do 12 tygodnia po porodzie. W badanej grupie wznowiono współżycie średnio po 6–10 tygodniach. Nie wykazano różnic w czasie rozpoczęcia współżycia między kobietami, które po raz pierwszy urodziły dziecko, a kobietami, które urodziły kolejne dziecko.

Częstość współżycia zmniejsza się w porównaniu z okresem przed ciążą [1], co potwierdzono w badaniach. Spośród badanych kobiet 56% stwierdziło, że częstość współżycia podczas karmienia piersią dziecka jest mniejsza niż przed ciążą.

U wielu kobiet w okresie laktacji występuje obniżona pobudliwość seksualna, osłabienie i spowolnienie reakcji seksualnych; następuje zmniejszenie zainteresowania seksem, a nawet brak potrzeby współżycia. Bardzo znaczącym czynnikiem wpływającym na reakcje seksualne kobiet w porównaniu z okresem przed ciążą jest okres braku miesiączki w czasie karmienia piersią. W grupie badanych kobiet u 65% wystąpiła po porodzie miesiączka. Ponadto, dalsze cykle miesiączkowe często są nieregularne.

Większość kobiet w okresie karmienia odczuwa zmniejszenie potrzeb seksualnych. Na zaobserwowane zmniejszenie libido i reakcji seksualnych u kobiet po porodzie wpływa wiele czynników: biologicznych, hormonalnych, psychicznych i kulturowych. W badanej grupie kobiety oceniały u siebie chęć do współżycia oraz częstość odczuwania potrzeby współżycia seksualnego. Większość kobiet określiła swoje potrzeby jako przeciętne. Część badanych zaobserwowało niekorzystną zmianę po porodzie oraz niechęć do współżycia. Silne potrzeby deklarowała niewielka liczba badanych (5%). Stwierdzono, że odczucia potrzeby współżycia korelują z częstością stosunków seksualnych w tym okresie. Niewielki odsetek młodych matek deklarował brak potrzeb seksualnych lub nawet zaprzestanie współżycia seksualnego. Sześćdziesiąt cztery procent kobiet uważało, że częstość współżycia w badanym okresie była dla nich wystarczająca i nie powodowała dyskomfortu. Kobiety wymieniały następujące przyczyny wpływające na współżycie: zmęczenie, lęk przed kolejną ciążą, utratę wrażliwości zmysłowej piersi, problemy i konflikty między partnerami, wpływ stereotypów i obyczajowego tabu [1].

Wśród mechanizmów hormonalnych zarówno estrogeny, jak i hormony androgenne determinują zachowania seksualne kobiet. Hormony odpowiedzialne za laktację hamują libido. Jest to spowodowane niskim stężeniem estrogenów wywierających pozytywny wpływ na pożądanie, przyjemność, *lubricatio*, częstość orgazmów oraz podwyższonym stężeniem prolaktyny. Hormony estrogenne pobu-

dzają pracę gruczołów szyjki macicy, zwiększają regenerację nabłonka pochwy, wpływają na układ naczyniowy i nerwowy, poprawiając ukrwienie narządów rodnych. W okresie laktacji stan hormonalny jest porównywalny z okresem starości. Przekrwienie narządów rodnych jest niedostateczne, wydzielanie śluzu jest skąpe, nabłonek pochwy jest bardzo cienki i wrażliwy, łatwo ulega ocieraniu i uszkodzeniu oraz jest podatny na zakażenia. Stwierdzono, że w przypadku gdy karmienie piersią trwa ponad 6 miesięcy i nie występuje owulacja, pojawiają się zmiany zanikowe w pochwie. Dlatego reakcje fizyczne okolicy genitalnej są osłabione w zakresie zarówno szybkości, jak i intensywności. Większość badanych kobiet stwierdziła, że mają trudności w osiągnięciu orgazmu w porównaniu z okresem sprzed ciąży [1, 3]. Zbadano liczbę zadawałających kobiety stosunków seksualnych, zaznaczając, że za całkowite zadowolenie uważa się wystąpienie pożądanego przez badaną kobietę orgazmu. W okresie poporodowym największa grupa kobiet często osiąga orgazm, jedna czwarta badanych — zawsze, 30% — sporadycznie, a 5% — wcale. Tylko u połowy kobiet nie stwierdzono problemów w samoocenie w roli partnerki seksualnej. U 35% respondentek występowało obniżenie poziomu potrzeb seksualnych i nasilenie wątpliwości w porównaniu z okresem przed porodem. Ocena satysfakcji seksualnej u partnera wskazuje na brak poważnych problemów w tym zakresie.

Niekorzystne zmiany związane z osiągnięciem orgazmu wiąże się także z odczuciem luźniejszej pochwy, zmian w piersiach, zmęczeniem, lękiem przed ciążą. Na poporodowe zmiany rozmiarów pochwy zaleca się ćwiczenia mięśni dna miednicy (Kegla), które można stosować już w okresie połogowym. Ćwiczenia te po udzieleniu właściwej instrukcji są bardzo dobrym, nieinwazyjnym sposobem uzyskania optymalnych rozmiarów pochwy. Może je wykonać każda kobieta w każdej sytuacji. Bardziej radykalnymi metodami są elektrostymulacja mięśni pochwy, a nawet w ostateczności operacja plastyczna mięśni pochwy i krocza [3, 4].

Niestety, w badaniach wykazano niski poziom edukacji seksualnej prowadzonej przez personel medyczny podczas pobytu w sali porodowej i oddziałach położniczych. Spośród badanych kobiet 76% nie uzyskało żadnych informacji na temat współżycia seksualnego w okresie popołogowym oraz 86% na temat stosowania ćwiczeń Kegla. Tylko niewielki procent położnic otrzymał potrzebne informacje, w tym część wyłącznie na własną prośbę. Informacji najczęściej udzielali lekarz ginekolog oraz położne.

Zanik naturalnej wydzieliny zwilżającej pochwę w momencie podniecenia płciowego utrudnia wprowadzenie członka i jego ruch, a także przysparza kobiecie dolegliwości bólowych podczas stosunku. Zaleca się czułą i wydłużoną w czasie grę wstępną, stosowanie środków zwilżających pochwę (np. Feminum żel), chemicznych środków antykoncepcyjnych oraz kremów lub gałek dopochwowych z estrogenami. Hormony nawilżają i uelastyczniają tkanki pochwy, zwiększają ukrwienie i podnoszą komfort współżycia. W przypadku stosowania prezerwatywy należy się upewnić, czy pochwa jest dostatecznie nawilżona i czy na prezerwatywie jest dosyć kremu, ponieważ kontakt suchych i tkliwych tkanek pochwy z gumą jest bolesny [2].

U niektórych kobiet stwierdza się tak zwany „efekt ciążyowy”, który umożliwia osiągnięcie orgazmu pierwszy raz po porodzie. Przyczyną jest wpływ androgenów i związanych z nim działanie produktów metabolizmu progesteronu wydzielanych podczas ciąży oraz wzrost unaczynienia miednicy w wyniku ciąży [1]. W badaniach wykazano, że tylko 5% kobiet w okresie poporodowym czuje się lepiej w roli partnerki seksualnej niż wcześniej.

Po porodzie następuje karmienie i fizyczna więź z dzieckiem, a te uczucia są powiązane z seksualnością, z jajeczkowaniem i miesiączkami, a także pragnieniem seksualnym. Wiele kobiet po raz pierwszy doświadcza orgazmu po porodzie lub jest pobudzana erotycznie podczas karmienia. W badaniach potwierdzono erotyczne odczucia kobiet po porodzie. Ponieważ istnieje silna kulturowa tendencja do odseksualniania kobiet jako matek, odczucia orgazmu podczas porodu czy też karmienia piersią były prawdopodobnie aż do niedawna zupełnie negowane nawet przez kobiety, które ich doświadczały, lub też wywoływały poczucie winy [5]. W badaniach wykazano, że partnerzy wykazują znacznie większą aktywność w inicjowaniu współżycia; kobiety wykazują bierność.

Badania dotyczyły także wpływu nacięcia krocza na przebieg współżycia. Należy rozpocząć współżycie dopiero po zagojeniu się rany po epizjotomii lub pęknięciu krocza. Gdy kobieta obawia się trudności z odbyciem stosunku lub bólu, należy się wstrzymać przed penetracją lub zmienić technikę stosunku. Założenie szwów na boczne nacięcie krocza wpływa na podrażnienie i usztywnienie tylnej ściany pochwy. Ten obszar w trakcie stosunku jest narażony na odczucie dyskomfortu, a nawet bolesność. W trakcie stosunków po porodzie należy wywierać nacisk na przednią ścianę pochwy, przednie końce warg mniejszych oraz nasadę łechtaczki [2]. Rozpoczęcie współżycia

nie wpływa na sposób gojenia się krocza. Stwierdzono, że odchody z pochwy działały hamująco ze względu na dyskomfort kobiety i obawę przed infekcją [1].

Wpływ zmian w piersiach na aktywność seksualną jest zróżnicowany. Istotne jest, aby unikać ucisku na piersi, gdyż są one tkliwe, obrzmiałe i pełne, bardzo wrażliwe na dotyk, pobudzenie ich, a także orgazm może wywołać wypływ pokarmu. Należy dobrać pozycję współżycia, uwalniającą od ucisku i dającą swobodę poruszania się [3].

Zbadano wpływ zmian w stylu życia spowodowanych specyfiką okresu poporodowego, karmieniem piersią, sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz dolegliwości poporodowych na występowanie trudności we współżyciu seksualnym. Stwierdzono, że najczęściej trudności we współżyciu wynikały ze zmęczenia spowodowanego karmieniem piersią na żądanie i opieką nad dzieckiem, z braku wystarczającej ilości snu, fascynacji macierzyństwem, obciążenia obowiązkami oraz obniżonego poczucia atrakcyjności.

W okresie karmienia piersią pojawiają się dolegliwości poporodowe oraz negatywne odczucia zaburzące współżycie. Dużym problemem dla par w tym okresie jest zmniejszenie potrzeb seksualnych kobiet oraz lęk przed zajściem w kolejną ciążę. Utrudnieniem w udanym współżyciu seksualnym jest wystąpienie dolegliwości związanych z przebytych porodem, takich jak: zmniejszenie ilości wydzieliny pochwowej, dyspareunia, uczucie niedopasowania narządów płciowych czy bolesność piersi.

Kobiety, które niedawno urodziły dziecko i karmią je piersią, mają potrzebę odłożenia na później kolejnej ciąży. Karmienie piersią od wieków wykorzystuje się jako metodę naturalnego planowania rodziny. W przeszłości powszechne było fałszywe przekonanie, że kobieta, która karmi i nie miesiączkuje, nie zachodzi w ciążę. W wielu krajach, gdzie powszechne jest długie karmienie piersią, dzieci rodzą się w odstępach kilkuletnich. Częste karmienie piersią „na żądanie” u kobiet, u których nie doszło jeszcze do przywrócenia miesiączkowania, należy do naturalnych i sprawdzonych przez wieki metod zwiększenia okresu pomiędzy kolejnymi ciążami i porodami. Wydłużenie dostępow między kolejnymi ciążami jest korzystne dla kobiety, pozwala odbudować rezerwy organizmu po przebytej ciąży, lepiej opiekować się dziećmi. Dzieciom zapewnia lepszy rozwój w okresie płodowym, a także więcej czasu i środków, rodzinie umożliwia lepsze planowanie rodziny i poprawę sytuacji ekonomicznej [6]. Wydłużenie czasu karmienia przez kilkanaście i więcej miesięcy oraz rozpowszechnienie karmienia sztucznego wiąże się z częstym zachodzeniem

w ciążę. Dowodzą tego badania prowadzone w populacji matek eskimoskich. Kobiety te nie poddały się wpływom cywilizacji, żyły z dala od miast i karmiły dzieci przez 2–4 lata, a kolejne dzieci rodziły w odstępach 3-letnich. Wśród Eskimosek, które osiedliły się w miastach i wprowadziły karmienie sztuczne, poczęcia następowały po 2–4 miesiącach od porodu, a przyrost naturalny wzrósł o 50%. Jeżeli kobieta ignoruje objawy powracającej płodności, to po porodzie, nawet podczas pełnego karmienia piersią, może zajść w kolejną ciążę [7]. Dokładny czas powrotu cykli miesięczkowych po porodzie jest najczęściej nieprzewidywalny. W literaturze przedmiotu okres poporodowego braku miesiączki, określany dla wielu populacji kobiet karmiących, wynosi 6,5–10 miesięcy [8, 6].

W Polsce w latach 90. XX wieku nastąpiło zmniejszenie się liczby urodzeń, upowszechnienie karmienia piersią i wydłużenie tego okresu u większości kobiet rodzących dzieci. Z czasem mniej skuteczne staje się zabezpieczenie przed kolejną ciążą. Zwiększyło się zainteresowanie metodami zapobiegania niepożądanym ciążom. Po porodzie, gdy można już podjąć współżycie seksualne, ważne jest, aby kobieta świadomie wybrała metodę antykoncepcji oraz omówiła swój wybór z lekarzem ginekologiem podczas wizyty kontrolnej po okresie połogu. Problem ten dotyczy populacji około 100 tysięcy kobiet będących w okresie laktacji [9]. Model stosowanych metod jest zbliżony do modelu krajów rozwijających się, z przewagą metod naturalnych i prezerwatyw. Część kobiet, często kierując się opinią o obniżonej płodności po porodzie, wybiera stosunek przerywany. Prezerwatywa może być stosowana po porodzie, ponieważ chroni przed zakażeniami pochwy, nie ma wpływu na skład i ilość pokarmu. Najbardziej skuteczne metody w tym okresie to wkładka wewnątrzmaciczna i antykoncepcja hormonalna (o właściwym składzie). Wkładka nie wpływa negatywnie na laktację, jej założenie może nastąpić już podczas wizyty kontrolnej po połogu, czyli około 6 tygodnia po porodzie [9, 10].

Zbadano, czy kobiety po porodzie prowadzą obserwację cyklu miesięcznego w kierunku powrotu objawów płodności (cechy płodności: obserwacja wydzieliny z dróg rodnych, pomiar temperatury). W badaniach wykazano, że 66% kobiet nie dokonuje tych obserwacji i nie orientuje się w przebiegu zmian hormonalnych związanych z płodnością, mimo wznowienia współżycia seksualnego i lęku przed zajściem w kolejną ciążę. Aby zapobiec niepożądanym ciążom, pary stosują prezerwatywy oraz stosunek przerywany. Potwierdzają to dane z literatury przedmiotu. Spo-

śród karmiących kobiet 17% stosuje antykoncepcję hormonalną, niewielki procent — metody naturalne oraz wkładkę wewnątrzmaciczną. Kobiety nie stosują globulek i wkładek dopochwowych.

Decyzję o wyborze antykoncepcji kobieta podejmuje wspólnie z partnerem lub sama. W niewielkim procencie przypadków lekarz ginekolog zaleca rodzaj antykoncepcji w przypadku wyboru leków hormonalnych lub wkładki domaciczej (WWA). Wybierając sposób antykoncepcji, pary rzadko kierują się informacjami z literatury medycznej (2%), prasy (1%) czy doświadczeniami innych kobiet (2%).

Niepokojący jest fakt, że w podczas wizyt kontrolnych po porodzie połowa badanych kobiet nie uzyskała porad na temat współżycia seksualnego po porożu oraz stosowania antykoncepcji w okresie karmienia piersią. Uznały one, że wymagają uzupełnienia wiedzy oraz uzyskania porad praktycznych.

Wyniki te potwierdzają niedostateczne działania z zakresu edukacji zdrowotnej, a także brak wsparcia informacyjnego ze strony personelu medycznego. Są to istotne zaniedbania, negatywnie wpływające na przebieg współżycia seksualnego w okresie karmienia piersią oraz pogłębiające dyskomfort pary w tym zakresie.

Wnioski

1. W okresie karmienia piersią następuje zmniejszenie potrzeb seksualnych kobiet oraz częstości współżycia.
2. Na występowanie trudności we współżyciu w tym okresie wpływają zmiana stylu życia, związana z karmieniem naturalnym oraz opieką nad dzieckiem, lęk przed zajściem w kolejną ciążę oraz typowe dolegliwości poporodowe.
3. Większość kobiet w okresie poporodowym i w trakcie karmienia piersią nie prowadzi obserwacji objawów powrotu płodności, mimo wznowienia współżycia seksualnego.
4. Dominującymi metodami antykoncepcji w okresie karmienia piersią są prezerwatywy i stosunek przerywany.
5. Większość kobiet karmiących nie uzyskała od personelu medycznego koniecznych informacji dotyczących współżycia seksualnego w okresie poporodowym oraz stosowania antykoncepcji.

Piśmiennictwo

1. Starowicz Z.L. Kobieta i eros. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1991.
2. Kitzinger S. Szkoła rodzenia. Wydawnictwo Wojciech Pogonowski, Warszawa 1996.
3. Wisłocka M. Sztuka kochania. Witamina „M”. Iskry, Warszawa 1991.
4. Thorn G. Cięża i narodziny. Prószyński i S-ka, Warszawa 1998.
5. Rich A. Zrodzone z kobiety. Macierzyństwo jako doświadczenie i instytucja. Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2000.
6. Mikiel-Kostyra K. Karmienie piersią jako element cyklu rozrodczego kobiety. *Ginekologia Polska* 2000; 7: 641–647.
7. Nehring-Gugulska M. Warto karmić piersią. Optima, Warszawa 2002.
8. Baszak E., Radomański T., Sikorski R. Powrót cykli miesięczkowych po porodzie u kobiet karmiących piersią. *Ginekologia Polska* 2000; 9: 1001–1006.
9. Medard L. Zapobieganie niepożądaney ciąży u kobiet karmiących piersią. *Ginekologia Praktyczna* 1999; 7 (6): 19–20.
10. Gałęziowska E. Fiziologia powrotu płodności po porodzie. *Pielęgniarka i Położna* 2002; 4: 8–21.