

Jakość współżycia płciowego kobiet 6 miesięcy po porodach drogami natury a samoocena stanu sromu i krocza

Quality of sexual life versus self-assessment of perineum and vulva
in women 6 months after vaginal delivery

Kinga Filipek, Marek E. Marcyniak, Joanna Kuran-Ohde

Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie

Streszczenie

Wstęp. Dno miednicy mniejszej, zwana krocem struktura mięśniowo-powięziowa otaczająca cewkę moczową, pochwę i odbytnicę ma szczególne znaczenie w aspekcie prawidłowości życia płciowego kobiet. Czynniki mogące zaburzyć estetykę wyglądu, jak i funkcjonalność krocza są porody drogami natury. Przejście części przodującej płodu przez drogi rodne i szparę sromową sprawia, że nigdy nie powracają one do stanu sprzed rozwiązania. Poród drogami natury powoduje nieuchronnie rozciągnięcie, a w konsekwencji trwałe zwiótnienie mięśni i powięzi stąd zadaniem położnych oraz lekarzy powinno być takie prowadzenie porodów, by to niekorzystne zjawisko maksymalnie ograniczyć.

Materiał i metody. Dane do interpretacji gromadzono w latach 2010–2014. Posłużono się specjalnie ułożoną ankietą. Kryterium doboru respondentek stanowiło odbycie przez nie pierwszego i kolejnych porodów drogami natury, co najmniej 6 miesięcy wcześniej, oraz rozpoczęcie współżycia płciowego po zakończonych porogach.

Rozdano 2000 formularzy, odzyskano 1370 (68,50%) kompletnie wypełnionych, w tym od 548 badanych (40,00%) po pierwszym rozwiązaniu, 426 (31,10%) po drugim, 396 (28,90%) po trzecim i kolejnych.

W grupie pierwiastek wyższym wykształceniem legitymowało się 396 (72,26%) respondentek. Wśród ankietowanych po drugim porodzie dyplom ukończenia wyższej uczelni posiadały 203 (47,65%) zaś po trzecim i kolejnych 145 (36,62%).

Wyniki. Między odpowiadającymi na pytania ankiety zwracała uwagę malejąca liczba wieloródek, zwłaszcza w środowisku kobiet z wyższym wykształceniem. Może to świadczyć o ogólnokrajowej tendencji lansowania coraz powszechniejszego modelu układów partnerskich w wersji „2 + 1”, co jest ewidentnym marnotrawieniem potencjału biologicznego wspomnianej grupy społecznej.

Z 548 pierwiastek jedynie 16,24% badanych deklaroowało pełne zadowolenie odnośnie do rezultatów przeprowadzonej w 6 miesięcy po porodach drogami natury samooceny anatomicznej estetyki sromu i krocza. Zgodnie z dokonaną przez 426 respondentek w pół roku po drugim rozwiązaniu samooceną stanu anatomicznego sromu i krocza konfrontowaną z wyglądem wspomnianej okolicy sprzed ostatniej ciąży aprobatę wyraziło 22,54% ankietowanych. Z 396 wieloródek po trzecim i kolejnych rozwiązaniach drogami natury jako zadowolający stan anatomiczny sromu i krocza uznało 29,80% badanych. Dla ankietowanych pierwiastek satysfakcja ze wznowionego współżycia płciowego zestawiona ze stanem sromu i krocza w porównaniu z okresem przedciążowym pozostała niezmienną w 17,88% przypadków. Satysfakcję z podjętej po drugim porogu aktywności seksualnej jako analogiczną z odczuwaną przed ostatnią ciążą określiło 25,35% uczestniczek badania. Taką samą satysfakcję ze współżycia w porównaniu z czasem sprzed poprzedniej ciąży odczuwało 28,28% kobiet po trzecim i kolejnych porogach.

Wnioski. 1. Obniżenie jakości życia płciowego kobiet po porodach drogami i siłami natury związane z nabytymi w ich wyniku nieprawidłowościami sromu oraz krocza jest współcześnie częste. 2. Duża liczba

respondentek deklarujących mierne zadowolenie lub całkowity jego brak z popołogowej kondycji sromu i krocza w aspekcie wznowienia aktywności seksualnej nie stanowi wyrazu zbiorowego malkontenctwa społeczności kobiet polskich, lecz jest dowodnym potwierdzeniem aktualnie istniejącego zjawiska. 3. Wysoki odsetek kobiet miernie, bądź nieusatisfakcjonowanych wynikiem samooceny stanu sromu i krocza w zestawieniu z deklarowanym pogorszeniem jakości współżycia seksualnego po upływie 6 miesięcy od porodów drogami natury świadczy o istotnych uchybieniach w ich prowadzeniu. 4. Brak minimum edukacji z zakresu seksuologii sprawia, że zarówno położne, jak i lekarze, nadzorując rozwiązania drogami natury, nie mają na względzie podejmowanej po połogach aktywności seksualnej kobiet. 5. Zbytne, nierozważne lansowanie „naturalności” porodów, „rutynowa”, „na siłę” ochrona krocza bez przewidywania negatywnych skutków stanowią zjawiska ze wszech miar szkodliwe. 6. Nieumiejętne, nieprawidłowe nacinanie krocza w II okresie porodu z następowym zaopatrywaniem rany przez najmłodszych, niewprawnych, niedoszkolonych, nienadzorowanych asystentów zaburza w znacznym stopniu estetykę anatomiczną oraz funkcjonalność, w tym płciową, sromu i krocza. Nie było zamiarem Autorów odwołanie polskich kobiet od porodów drogami natury, ale próba uzmysłowienia położnym oraz lekarzom konieczności przejawiania szczególnej troski o stan sromu i krocza rodzących w kontekście ich życia seksualnego wznowianego po zakończonych połogach.

Słowa kluczowe: porody drogami natury, samoocena wyglądu sromu i krocza w porównaniu ze stanem sprzed ciąży, satysfakcja ze współżycia seksualnego wznowionego po położu.

Seksuologia Polska 2014; 12 (2): 59–63

Abstract

Introduction. Pelvic floor or perineum is a musculofascial structure surrounding urethra, vagina and rectum that is of high importance for women sexual function. Vaginal delivery is a factor influencing negatively aesthetics and function of perineum. Passage of the presenting part of the foetus through the birth canal and vaginal introitus causes irreversible changes to their condition. Vaginal delivery causes inevitably extension and consequently permanent relaxation of muscles and fasciae. For this reason the management of deliveries by doctors and midwives should aim at reducing this adverse effect.

Material and methods. In the years 2010–2014 the data was collected. Dedicated questionnaire was prepared and distributed to women 6 or more months postpartum who started sexual activity after delivery. Out of 2000 questionnaires 1370 (68.50%) were entirely completed. There were 548 (40.00%) primiparas, 426 (31.10%) women who gave birth for the second time and 396 (28.90%) who gave birth three or more times. In the group of primigravidas there were 396 (72.26%) with higher education. Among respondents after second delivery there were 203 (47.65%) and among those after three or more deliveries 145 (36.62%).

Results. Among respondents there is decreasing number of multiparas, especially with higher education. It can indicate at national trends to promote more common model of partnerships „two plus one”, which is evident wasting of biological potential of the mentioned social group.

In the group of 548 primiparas only 16.24% declared full satisfaction after assessment of the aesthetics of the anatomy of their perineum and vulva 6 months after delivery. Among 426 women who gave birth for the second time the satisfaction rate was 22.54% and in the group of 396 women who gave birth three or more times it was 29.80%. 17.88% of primiparas described satisfaction from sexual life (taking into account the condition of perineum and vulva) as comparable to the situation before delivery, in the group of women after second delivery the rate was 25.35% and after three or more deliveries 28.28%.

Conclusions. 1. Impairment of quality of sexual life after vaginal delivery related to changes in the perineum and vulva is a frequent phenomenon. 2. Large number of respondents declaring mediocre or lack of satisfaction from postpartum condition of perineum and vulva in relation to resuming sexual activity is not a sign of discontent of polish women but an acknowledgement of existing problem. 3. High rate of women declaring mediocre or lack of satisfaction after assessment of their perineum and vulva together with impairment of sexual life quality 6 months after vaginal delivery indicates at errors in the management of vaginal deliveries. 4. Because of lack of education in the field of sexuology, doctors and midwives managing vaginal deliveries do not take sexual life quality postpartum into account. 5. Excessive promoting of spontaneous deliveries, without episiotomy, not considering its negative impact is a harmful phenomenon. 6. Incompetent, incorrect episiotomy and its repair done by youngest, unskilled, unqualified, unsupervised doctors damages anatomical aesthetics and function, also sexual, of perineum and vulva.

The Authors did not aim to discourage polish women from vaginal deliveries, but to help midwives and doctors realize the importance of special care for perineum and vulva condition of parturients in relation to resuming sexual activity postpartum.

Key words: vaginal delivery, assessment of own vulva and perineum appearance comparing to its condition prior to delivery, satisfaction from sexual life resumed after delivery

Polish Sexology 2014; 12 (2): 59–63

Wstęp

Dno miednicy mniejszej zwane częstokroć kroczem, będące dolnym zamknięciem jamy brzusznej, tworzą struktury mięśniowo-powięziowe otaczające cewkę moczową, pochwę i odbytnicę. Część dna miednicy mniejszej położona między odbytem a zewnętrznymi narządami płciowymi stanowi krocze (*perineum*) w ścisłym znaczeniu tej definicji [1]. Wspomniana okolica ciała, jej zachowana anatomia, funkcjonalność, estetyka ma szczególne znaczenie w aspekcie prawidłowości życia erotycznego układów partnerskich [2, 3, 4].

Czynnikami mogącym zaburzyć tak wygląd jak i stronę czynnościową dna kobiecej miednicy mniejszej (*pelvis minor*) są porody drogami natury. Przejście części przodującej płodu przez drogi rodne i szparę sromową sprawia, że nigdy nie powracają one do stanu sprzed rozwiązania. Poród drogami natury powoduje nieuchronnie rozciągnięcie, a w konsekwencji trwałe zwiotczenie mięśni i powięzi. Stąd zadaniem położnych oraz lekarzy powinno być takie prowadzenie porodów, by to niekorzystne zjawisko maksymalnie ograniczyć. Personel sal porodowych, nadzorując rozwiązanie drogami natury, koncentruje się wyłącznie na ich szczególnie istotnym efekcie końcowym, czyli sprowadzeniu na świat żywego dziecka w dobrym stanie ogólnym, rokującego prawidłowy rozwój psychofizyczny w przyszłości. Rodzące bywają częstokroć traktowane jedynie jako „opakowanie dla bezcennej zawartości”.

Kardynalnym błędem jest całkowite nieprzywiązywanie wagi do przyszłego życia erotycznego, które kobiety po zakończonych porogach będą chciały podjąć satysfakcjonująco dla siebie i partnerów.

Edukacja personelu bloków porodowych powinna być ukierunkowana na uzmysłowienie konieczności kompromisu między względami położniczymi i seksuologicznymi.

Brak skutecznie wpojonej świadomości bezwzględnego pogodzenia tych zagadnień stanowi istotną lukę w procesie szkoleniowym. Z niewiedzy na temat seksualności kobiet wynika nieokazywanie koniecznej dbałości o jakość tego jakże ważnego aspektu funkcjonowania układów partnerskich. Podejmowane próby mające na celu zmianę istniejącego stanu rzeczy spełzły na niczym [5].

Od pradziejów starsze, doświadczone kobiety („niewiasty mądre”, „baby”, „znachorki”, „szeptunki”, „wiedźmy”) dopomagały młodym w wydawaniu na świat potomstwa [6]. Starły się prowadzić rozwiązania w sposób pozwalający uniknąć mechanicznych uszkodzeń dróg rodnych — pęknięć, rozwarstwień, rozdarć, które, jeśli do nich doszło, gojono bez chirurgicznego zaopatrzenia. Tak powstała sztuka ochrony krocza (*ars protectio perinei* — Soranos z Efezu ur. 98,

zm. 138, *De arte obstetrica morbisque mulierum*), bez której, jak pisze Jakowicki „wyjątkowo nie przychodzi do głębokich pęknięć” [6, 7].

Wspomniany Autor ochronę krocza definiował jako „przeprowadzanie główki powolnym wytaczaniem przez szparę sromową, najmniejszymi wymiarami naśladowując prawidłowy mechanizm porodowy”, „główce w stanie przygięcia (fleksji), z chwilą gdy potylicą znajduje się przed spojeniem zwolna pozwala się na odginanie i wytaczanie po krocze” [7].

Jeden z Ojców nowoczesnego położnictwa polskiego, prof. Ireneusz Roszkowski, do tych zasad przydał jedynie zalecenie dokonywania poczynañ „pod koniec skurczu macicy”. Ochronić można każde krocze, zarówno u pierwiastek, jak i wieloródek, stosując różne chwyt — „masaż”, „podpieranie”, a zwłaszcza doprowadzając do nadmiernej, szkodliwej adaptacji główki poprzez długotrwałe przytrzymywanie jej w szparze sromowej. Zachowuje się jednak tylko *de facto* ciągłość skóry, a nie zapobiega uszkodzeniom znajdujących się pod nią struktur (mięśnie, powięzie).

Przerażenie niecą pełne pychy opowieści tkniętych przekleństwem rutynizacji eksperientnych skądinąd położnych relacjonujących prowadzone przez siebie „naturalne”, „fizjologiczne”, „z ochroną krocza” porody dzieci o znacznej masie ciała. Nie są to przypadki odosobnione. Współcześnie wyraźnie zaznacza się modna tendencja do „fizjologicznych”, „naturalnych” porodów.

Dlatego też coraz więcej kobiet, lękając się pogorszenia jakości życia seksualnego w wyniku porodów drogami natury, dąży do rozwiązań poprzez cięcia cesarskie. Liczne przyszłe matki przedkładają „panieński” stan sromu i krocza nad małą, praktycznie niewidoczną, poprzeczną bliznę (Hermann Pfannenstiel) usytuowaną bardzo nisko nad spojeniem łonowym. Oficjalnie w placówkach położniczych wszelkiego autoramentu cięcie cesarskich „na żądanie” nie wykonuje się. Mnożą się jednak niepomiernie operacje z wykazywanych w dokumentacjach wskazań nieweryfikowalnych po wydobyciu dziecka, jak przykładowo: wysokie proste stanie główki, rzekomo zagrażająca zamartwica płodu czy tokofobia.

W obecnej dobie, podczas rozwiązań u kobiet rodzących po raz kolejny obserwowany jest trend do ochrony krocza, świadomej rezygnacji z jego nacięcia, co ewidentnie pogarsza anatomię i funkcjonalność, w tym seksualną po porogu, wspomnianej okolice ciała.

Doświadczony położnik, zeszywając u wieloródki nacięte w „starej bliźnie” krocze może zrealizować poczynania plastyczne wiodące do poprawy nie tylko

estetyki ale i z dużym prawdopodobieństwem aspektu czynnościowego, łącznie z seksualnym sromu i krocza.

W ostatnich latach bujnie rozwijają się instytucje zajmujące się „naprawianiem” wyglądu oraz funkcjonalności jakoby także seksualnej dna miednicy mniejszej.

Wyrazem troski o jakość życia seksualnego kobiet po zakończeniu porodu jest nacięcie krocza dokonywane w II okresie porodu [2–4, 8]. Jakowicki opisuje trzy rodzaje nacięcia: boczne – lewo bądź prawostronne (*episiotomia lateralis*), obustronne boczne (*episiotomia bilateralis*), lub w linii pośrodkowej (*episiotomia mediana*, s. *centralis*) [7, 9]. „[...] Czekamy na ból, wreszcie w chwili największego napięcia krocza jednym uderzeniem nożyc przecinamy całą grubość tkanek na głębokość 3–4 cm”. „Przeciąć należy nie tylko skórę i błonę śluzową, ale i mięśnie aż do dźwigacza odbytu”. „Ochrona krocza po nacięciu również obowiązuje — może bowiem dojść do dalszego przedarcia” [7].

Nagminnie wykonywane nacięcie boczne prawostronne „zaczęte na brzegu szpary sromowej i prowadzone skośnie w kierunku guza siedzeniowego (*tuber ischii*)” wymaga chirurgicznego zaopatrzenia „... ranę zeszywamy, szyjąc katgutem osobno błonę śluzową, osobno szwami węzełkowymi mięśnie, wreszcie dajemy szwy lub klamerki na skórę. Po 5 dniach szwy zdejmujemy” [7].

Dla popołogowej seksualności kobiet szczególną wagę ma prawidłowe zeszywanie krocza z baczeniem na estetykę anatomiczną i funkcjonalność. Oba te aspekty nie są zwykle brane pod uwagę [4]. Jedyną troską zeszywających nacięte w trakcie porodu krocza jest uzyskanie zagojenia się rany.

Wysoce niekorzystne zmiany wyglądu oraz funkcjonalności sromu i krocza w wyniku porodów drogami natury, upośledzające jakość życia seksualnego całkowicie spełniają kryteria kalectwa. Może to w najbliższej przyszłości spowodować falę procesów z oskarżenia o jego spowodowanie. Brak, jak dotąd, gremialnych protestów kobiet dowodzi z jednej strony nieświadomości wyrządzanej im wadliwym postępowaniem krzywdy, z drugiej zaś ich cierpiętniczej postawy, skłaniającej do pełnego rezygnacji pogodzenia się z zaistniałym stanem rzeczy („tak pewnie musi być”, „mała cena płacona za radość bycia matką”).

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie satysfakcji ze współżycia płciowego pierwiastek i wieloródek po 6 miesiącach od rozwiązań drogami natury w kontekście samooceny estetyki anatomicznej oraz aspektu czynnościowego sromu i krocza.

Materiał i metody

Dane do interpretacji gromadzono w latach 2010–2014. Posłużono się specjalnie ułożoną ankietą. Kryterium doboru respondentek stanowiło odbycie przez nie pierwszego i kolejnych porodów drogami natury, co najmniej 6 miesięcy wcześniej oraz rozpoczęcie współżycia płciowego po zakończonych porogach.

Rozdano 2000 formularzy, odzyskano 1370 (68,50%) kompletnie wypełnionych, w tym od 548 badanych (40,00%) po pierwszym rozwiązaniu, 426 (31,10%) po drugim, 396 (28,90%) po trzecim i kolejnych (tab. 1).

W grupie pierwiastek wyższym wykształceniem legitymowało się 396 (72,26%) respondentek. Wśród ankietowanych po drugim porodzie dyplom ukończenia wyższej uczelni posiadały 203 (47,65%) zaś po trzecim i kolejnych 145 (36,62%).

Wyniki

Wśród odpowiadających na pytania ankiety zwraca uwagę malejąca liczba wieloródek, zwłaszcza w środowisku kobiet z wyższym wykształceniem. Może to świadczyć o ogólnokrajowej tendencji lansowania coraz powszechniejszego modelu układów partnerskich w wersji „2 + 1”, będąc ewidentnym marnotrawieniem potencjału biologicznego wspomnianej grupy społecznej.

Wyniki samooceny wyglądu sromu i krocza dokonywanej 6 miesięcy po pierwszych porodach drogami i siłami natury świadczą o przeżytych przez respondentki szoku. Jedynie 89 (16,24%) ankietowanych deklaroowało pełne zadowolenie z anatomicznej estetyki wspomnianej okolicy ciała. Mierne ukontentowanie stało się udziałem 263 (47,99%) badanych. Całkowity brak akceptacji przejawiało 196 (35,77%) respondentek.

Tabela 1. Liczba respondentek uczestniczących w badaniu

Respondentki w co najmniej 6 miesięcy po porodach fizjologicznych drogami natury	Liczba badanych	Odsetek
Po pierwszym	548	40,00
Po drugim	426	31,10
Po trzecim i kolejnych	396	28,90
łącznie	1370	100

Tabela 2. Samoocena estetyki wyglądu sromu i krocza w porównaniu ze stanem sprzed ciąży dokonywana przez respondentki po pierwszym porodzie

Samoocena estetyki wyglądu sromu i krocza w porównaniu ze stanem sprzed ciąży dokonywana przez respondentki po pierwszym porodzie	Liczba badanych	Odsetek
Wygląd zadowalający	89	16,24
Wygląd miernie zadowalający	263	47,99
Wygląd całkowicie niezadowalający	196	35,77
Łącznie	548	100

Tabela 3. Satysfakcja ze współżycia seksualnego porównywana z okresem przedciążowym w odniesieniu do stanu sromu i krocza po pierwszym połogu

Satysfakcja ze współżycia seksualnego porównywana z okresem przedciążowym w odniesieniu do stanu sromu i krocza po pierwszym połogu	Liczba badanych	Odsetek
Bez zmian w porównaniu z okresem przedciążowym	98	17,88
Wyraźnie słabsza	301	54,93
Brak	149	27,19
Łącznie	548	100

Tabela 4. Samoocena estetyki wyglądu sromu i krocza w porównaniu ze stanem sprzed ostatniej ciąży dokonywana przez respondentki po drugim porodzie

Samoocena estetyki wyglądu sromu i krocza w porównaniu ze stanem sprzed ostatniej ciąży po drugim porodzie	Liczba badanych	Odsetek
Wygląd zadowalający	96	22,54
Wygląd miernie zadowalający	262	61,50
Wygląd całkowicie niezadowalający	68	15,96
Łącznie	426	100

Tabela 5. Satysfakcja ze współżycia seksualnego w porównaniu z okresem sprzed ostatniej ciąży w odniesieniu do stanu sromu i krocza po drugim połogu

Satysfakcja ze współżycia seksualnego w porównaniu z okresem sprzed ostatniej ciąży w odniesieniu do stanu sromu i krocza po drugim połogu	Liczba badanych	Odsetek
Bez zmian w porównaniu z okresem przedciążowym	108	25,35
Wyraźnie słabsza	207	48,59
Brak	111	26,06
Łącznie	426	100

Wśród kobiet z ostatniej grupy najczęściej zgłaszane zastrzeżenia dotyczyły ziania o różnym nasileniu szpary sromowej przy odwiedzionych udach — 98 (50%) przypadków; jej nieprawidłowego kształtu — 64 (32,65%) osoby (trójkąt z wierzchołkiem pod łechtaczką, o podstawie w rzucie wędzidełka tylnego; przemieszczenie w kierunku nacięcia cyt. „Bolesław Krzywousty”); brak odtworzenia przeciwległych struktur anatomicznych (strzępki hymenu, granica przedsionka sromu i skóry krocza) — 45 (22,96%) ankietowanych; niesatysfakcjonująca, „brzydka” blizna (zła adaptacja skóry „na zakładkę”, „drabinki” ślad po zbyt mocno docięniętych szwach) — 112 (57,14%) kobiet (tab. 2).

Wśród odpowiadających na pytania ankiety pierwszeństwem satysfakcja ze wznowionego współżycia płciowego zestawiona ze stanem sromu i krocza w porównaniu

z okresem przedciążowym pozostała niezmienną w 98 (17,88%) przypadkach. Wyraźnie osłabła w relacji 301 respondentek (54,93%). Całkowity jej zanik deklarowało 149 (27,19%) uczestniczek badania (tab. 3).

Zgodnie z dokonaną przez respondentki w 6 miesięcy po drugim rozwiązaniu samooceną stanu anatomicznego sromu i krocza konfrontowaną z wyglądem wspomnianej okolicy sprzed ostatniej ciąży aprobatę wyraziło 96 (22,54%) badanych. Mierne zadowolenie deklarowały 262 (61,50%) ankietowane, a całkowity jego brak — 68 (15,96%) kobiet (tab. 4).

Satysfakcję ze wznowionego współżycia płciowego jako analogiczną w porównaniu z okresem poprzedzającym ostatnią ciążę określiło 108 (25,35%) uczestniczek badania, za wyraźnie słabszą uznało 207 (48,59%) kobiet, zaś całkowity brak zgłosiło 111 (26,06%) respondentek (tab. 5).

Tabela 6. Samoocena estetyki wyglądu sromu oraz krocza w porównaniu ze stanem sprzed ostatniej ciąży dokonywana przez respondentki po trzecim i kolejnych porodach

Samoocena estetyki wyglądu sromu oraz krocza w porównaniu ze stanem sprzed ostatniej ciąży po trzecim i kolejnych porodach	Liczba badanych	Odsetek
Wygląd zadowalający	118	29,80
Wygląd miernie zadowalający	171	43,18
Wygląd całkowicie niezadowalający	107	27,02
Łącznie	396	100

Tabela 7. Satysfakcja ze współżycia seksualnego w porównaniu z okresem sprzed ostatniej ciąży w odniesieniu do stanu sromu oraz krocza po trzecim i kolejnych porogach

Satysfakcja ze współżycia seksualnego w porównaniu z okresem sprzed ostatniej ciąży w odniesieniu do stanu sromu oraz krocza po trzecim i kolejnych porogach	Liczba badanych	Odsetek
Bez zmian w porównaniu z okresem przedciążowym	112	28,28
Wyraźnie słabsza	190	47,98
Brak	94	23,74
Łącznie	396	100

Wśród wieloródek po trzecim i kolejnych rozwiązaniach drogami natury jako zadowalający stan anatomiczny sromu oraz krocza uznało 118 (29,80%) badanych. Miernie zadowolenie przejawiało 171 (43,18%) ankietowanych, a całkowity brak 107 (27,02%) kobiet (tab. 6).

Taką samą satysfakcję ze współżycia w porównaniu z czasem sprzed ostatniej ciąży odczuwało 112 (28,28%) uczestniczek badania, wyraźnie słabszą 190 (47,98%) respondentek, całkowity brak zgłaszany był w 94 (23,74%) przypadkach (tab. 7).

Wnioski

1. Obniżenie jakości życia płciowego kobiet po porodach drogami i siłami natury związane z nabytymi w ich wyniku nieprawidłowościami sromu oraz krocza jest współcześnie częste.
2. Duża liczba respondentek deklarujących miernie zadowolenie lub całkowity jego brak z poporogowej kondycji sromu i krocza w aspekcie wznowienia aktywności seksualnej nie stanowi wyrazu zbiorowego malkontenctwa społeczności kobiet polskich, lecz jest dowodnym potwierdzeniem aktualnie istniejącego zjawiska.
3. Wysoki odsetek kobiet miernie bądź nieusatisfakcjonowanych wynikiem samooceny stanu sromu i krocza w zestawieniu z deklarowanym pogorszeniem jakości współżycia seksualnego po upływie 6 miesięcy od porodów drogami natury świadczy o istotnych uchybieniach w ich prowadzeniu.
4. Brak minimum edukacji z zakresu seksuologii sprawia, że zarówno położne, jak i lekarze, nadzorując rozwiązania drogami natury, nie mają na względzie podejmowanej po porogach aktywności seksualnej kobiet.

5. Zbytnie, nierozważne lansowanie „naturalności” porodów, „rutynowa”, „na siłę” ochrona krocza bez przewidywania negatywnych skutków stanowią zjawiska ze wszech miar szkodliwe.
6. Nieumiejętne, nieprawidłowe nacinanie krocza w II okresie porodu z następowym zaopatrywaniem rany przez najmłodszych, niewprawnych, niedoszkolonych, nienadzorowanych asystentów zaburza w znacznym stopniu estetykę anatomiczną oraz funkcjonalność, w tym płciową, sromu i krocza. Nie było zamiarem Autorów odwołanie kobiet polskich od porodów drogami natury, ale próba uzmysłowienia położnym oraz lekarzom konieczności przejawiania szczególnej troski o stan sromu i krocza rodzących w kontekście ich życia seksualnego wznowianego po zakończonych porogach.

Piśmiennictwo

1. Bochenek A., Reicher M. Anatomia człowieka. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1969; 2: 730–760.
2. Bancroft J. Seksualność człowieka. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011; 458.
3. Pisarski T. (red.). Położnictwo i ginekologia. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2002; 595–596.
4. Filipiek K., Marcyniak M.E., Kuran J. Rozpoczęcie współżycia płciowego po zakończonym porogu. Seksuologia Polska 2014; 12: 8–14.
5. Sawicka E. Edukacja seksualna studentów Wydziału Nauki o Zdrowiu kierunku Położnictwo w Warszawie w latach 2000–2008, praca magisterska, Warszawski Uniwersytet Medyczny 2009.
6. Waszyński E. Historia położnictwa i ginekologii w Polsce. Cor-netis, Wrocław 2012; 1–9.
7. Jakowicki W. Operacje położnicze. Wyd. Dr Antoni Bombel, Warszawa 1927; 47–50.
8. Troszyński M. Ćwiczenia położnicze. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986; 194–198.
9. Miller A.W.F., Hanretty K.P. Położnictwo ilustrowane. Wydawnictwo Libramed, Warszawa 2000; 296–297.