

Seksualność kobiet karmiących piersią w pierwszym roku po narodzinach na podstawie wstępnej analizy klinicznej

Sexuality of breastfeeding women in the first year after birth based on initial clinical analysis

Ewa Ślizień-Kuczapska¹, Sylwia Młyńska², Michał Rabijewski³

¹Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie

²Specjalistyczny Gabinet Lekarski Profamilia 2000

³Zakład Zdrowia Prokreacyjnego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Streszczenie

Wstęp: Czas wznowienia współżycia seksualnego po porodzie, częstość oraz satysfakcja ulegają normalizacji do poziomu sprzed ciąży po około roku po porodzie.

Materiał i metody: W latach 2014–2019 przebadano grupę 103 zamężnych pierwsiaków i wieloródek, po porodach o czasie, siłami natury, zabiegowych lub drogą cięcia cesarskiego, karmiących piersią. Po wyrażeniu zgody na udział w badaniu, analizowano jakościowo i ilościowo dane z autorskiego niestandardyzowanego kwestionariusza, wypełnianego w ciągu 12 miesięcy po porodzie.

Wyniki: Pierwsze współżycie seksualne podjęto pod koniec połogu 75,8% kobiet. Częstotliwość współżycia w ciągu roku narastała od 3 zbliżeń w miesiącu do średnio 6,5 pod koniec pierwszego roku po porodzie. Im wcześniej podjęto współżycie, tym większa była częstotliwość. Nie potwierdzono korelacji pomiędzy rodnością, drogą porodu, masą noworodka, używaniem smoczków, wspólnym spaniem z dzieckiem, długością przerw między karmieniami w dzień, powrotem do pracy, pierwszym krwawieniem po porodzie a rozpoczęciem współżycia i jego częstotliwością. Obecność odchodów połogowych opóźniała pierwsze współżycie. Długość przerw nocnych w okresie powrotu pierwszej miesiączki korelowała z częstotliwością zbliżeń seksualnych pod koniec pierwszego roku.

Wnioski: Determinantą czasu rozpoczęcia współżycia seksualnego po porodzie był brak odchodów połogowych. Wiek matki i moment pierwszego współżycia wpływa na częstotliwość zbliżeń w kolejnych miesiącach. Dłuższe przerwy nocne sprzyjają współżyciu. Nie potwierdzono negatywnego wpływu drogi porodu oraz laktacji na zachowania seksualne rodziców.

Słowa kluczowe: seksualność po porodzie u kobiet karmiących piersią, pierwsze współżycie w połogu, częstość współżycia w pierwszym roku po porodzie

Seksuologia Polska 2019; 17: 28–34

Abstract

Introduction: The time of resumption of sexual intercourse after childbirth, frequency and satisfaction normalize to pre-pregnancy level after about one year after birth.

Material and methods: In the years 2014–2019, 103 married breastfeeding primiparous and multiparous women after vaginal, or instrumental birth and cesarean section were collected after agreeing to participate in the study. Data from the original non-standardized questionnaire, completed within 12 months were analyzed by statistical qualitative and quantitative means.

Results: 75.8% of women had their first sexual intercourse at the end of the puerperium (confinement.) The frequency of intercourse during the year increased from three per month to an average of 6.5 at the end of

Adres do korespondencji: Ewa Ślizień-Kuczapska

Szpital Specjalistyczny św. Zofii
ul. Żelazna 90, 01–004 Warszawa
tel. 501 376 996

e-mail: profamilia2000@gmail.com

Nadesłano: 15.01.2019

Przyjęto do druku: 20.07.2019

the first year after delivery. The earlier the first intercourse after delivery and younger women, the greater the frequency. Correlation between the way of birth, weight of newborn, use of teats, common sleeping with the child, length of breaks between feeds during the day, return to work, first bleeding after childbirth and the beginning of intercourse and its frequency were not confirmed. The presence of puerperal feces was delaying first intercourse. The length of the night breaks during the period of the return of the first menstrual period correlated with the frequency of sexual intercourses at the end of the first year.

Conclusions: *The only determinant of the beginning of sexual intercourse after childbirth was presence of puerperal feces. Frequency of intercourse are related to the age of mother and time of resumption of intercourse after delivery. Longer night breaks promote more frequent sexual activity at the end of first year. Our data not confirmed the negative impact of the way of childbirth and lactation on the sexual activity after labour.*

Key words: *sexuality after delivery in breastfeeding women, first intercourse in the puerperium, frequency of intercourse in the first year after delivery*

Seksuologia Polska 2019; 17: 28–34

Wstęp

Narodziny są ważnym, przełomowym wydarzeniem w triadzie matka–dziecko–ojciec mającym wpływ na wiele aspektów ich wspólnego życia. Macierzyństwo stanowi istotny element kobiecości [1] zaś ojcostwo męskości. Jednym z przejawów tych relacji pomiędzy kobietą i mężczyzną jest ich wzajemna, przenikająca się seksualność definiowana według amerykańskiego słownika seksu jako doświadczenie i doznanie zmysłowe, obejmujące umysł i strefy erogenne całego ciała, nie tylko narządy płciowe. W znaczeniu tego słowa zawierają się też pragnienia i fantazje związane z seksem, otrzymywanie i dawanie przyjemności seksualnej, jak również umożliwianie prokreacji. Jest ona kształtowana przez wartości wyznawane przez danego człowieka, jego zachowania, emocje, osobowość, sposób wychowania, oraz wygląd zewnętrzny [2]. Okres ciąży, porodu oraz kolejne miesiące po narodzinach to szczególny czas dla rodziców, uwarunkowany złożonymi procesami fizjo- psycho-socjo- i endokrynnymi. Ta specyfika dotyczy również sfery seksualności wyrażonej odmiennym rytmem i intensywnością relacji intymnych w porównaniu z czasem przed ciążą. Analiza kliniczna grupy 103 kobiet z regionu Mazowsza, mężatek przeważnie z wyższym wykształceniem, karmiących piersią po porodzie, jest wstępną oceną czasu podjęcia I współżycia po porodzie oraz jego intensywności w kolejnych 12 miesiącach, uwzględniając różne zmienne mające prawdopodobny wpływ na seksualność rodziców po porodzie

Materiał i metody

Materiał badawczy z lat 2014–2019 został opracowany w oparciu o autorski niestandardyzowany kwestionariusz, którym objęto 103 matki karmiące piersią z regionu Mazowsza, po uzyskaniu zgody na udział w badaniu i przetwarzaniu ich danych. Formularz

wypełniano w ciągu roku po porodzie, odpowiadając na pytania zamknięte oraz wypełniając raz w miesiącu raport, a w podsumowaniu rocznym tak zwaną kartę matki. Uzyskane dane poddano jakościowej i ilościowej analizie statystycznej. Celem pracy było określenie czasu pierwszego współżycia po porodzie, częstotliwości zbliżeń seksualnych w pierwszym roku po porodzie oraz analiza wybranych determinantów.

Wyniki

Spośród 103 kobiet w wieku 19–42 lat, 54 to pierwszotki w wieku 19–37 lat, zaś 49 to wieloródki w wieku 23–42 lat, mające za sobą od 2 do 6 porodów (1%).

Wykształcenie wyższe posiadało 89,3% ankietowanych, 6,8% średnie, 1,9% wykształcenie zawodowe, pozostałe 2% miało wykształcenie podstawowe lub jego brak.

W grupie respondentek wszystkie kobiety urodziły o czasie tj. po 38 tygodniu ciąży, jedynie 2 noworodki było hipotrofikami o masie poniżej 2500 g. W 84,5% poród odbył się siłami natury, z czego na tak zwaną ochronę krocza, czyli bez nacięcia, urodziło 58,3% kobiet, 10,7% porodów odbyło się przez cięcie cesarskie, 4,8% stanowiły porody zabiegowe, czyli z użyciem próżnociągu (2,9%) lub kleszczy (1,9%). Siedemdziesiąt dwie kobiety (69,9%) karmiły dziecko wyłącznie piersią przez okres co najmniej 6 miesięcy. Siedemdziesiąt pięć kobiet (72,8%) spało z dzieckiem. Pięćdziesiąt kobiet (48,5%) używało smoczka dla swoich dzieci. Długość przerw nocnych w okresie powrotu pierwszej miesiączki zawierała się w przedziale od 2 do 11 godzin (M [mean] = 4,62; SD [standard deviation] = 1,60). Koniec odchodów połogowych miał miejsce w okresie od 1 do 3 miesięcy po porodzie (M = 1,72; SD = 0,62). Pierwsza miesiączka wystąpiła od 2 do 12 miesięcy po porodzie (M = 7,21; SD = 3,10), średnio około 7 miesiąca. Pierwsza deklarowana owulacja pojawiła się w okresie od 3 do 12 miesięcy po porodzie (M =

7,77; SD = 3,08), średnio około 7 miesiąca. W ciągu pierwszego roku po porodzie średnio (25,2%), czyli co czwarta badana matka wróciła do pracy.

Pierwsze zbliżenie seksualne miało miejsce w okresie od między 1 a 10 miesiącem po porodzie (M = 2,79; SD = 1,41) (tab. 1). Średnio przypadało na koniec okresu połogowego. Najwięcej kobiet, tj. 44,7% rozpoczęło aktywność seksualną 2 miesiące po porodzie.

Na podstawie rozkładu statystyki opisowej dla częstości zbliżeń w poszczególnych miesiącach (tab. 2) stwierdzono istnienie łagodnego trendu wskazującego na stopniowy wzrost częstości zbliżeń seksualnych w kolejnych miesiącach po porodzie. Na podstawie testu Friedmana stwierdzono, że różnice w zakresie częstości współżycia w kolejnych miesiącach były istotne statystycznie. Porównując kolejne miesiące za pomocą testu Wilcoxa, stwierdzono, że istotne statystycznie różnice zachodziły pomiędzy: 1 i 2 miesiącem, $Z = -2,03$, $p < 0,05$, 2 i 3 miesiącem, $Z = -3,69$, $p < 0,001$, pomiędzy 3 i 4 miesiącem, $Z = -3,81$, $p < 0,001$, 5 i 6 miesiącem, $Z =$

$-2,83$, $p < 0,01$, oraz 8 i 9 miesiącem, $Z = -2,68$, $p < 0,01$. Nie otrzymano natomiast istotnych statystycznie różnic pomiędzy: 4 i 5 miesiącem, $Z = -0,79$, $p > 0,05$, 6 i 7 miesiącem, $Z = -0,03$, $p > 0,05$, 7 i 8 miesiącem, $Z = -0,24$, $p > 0,05$, 9 i 10 miesiącem, $Z = -1,10$, $p > 0,05$, 10 i 11 miesiącem, $Z = -0,44$, $p > 0,05$, ani 11 i 12 miesiącem, $Z = -0,95$, $p > 0,05$.

Częstotliwość współżycia stopniowo wzrastała w pierwszych 4 miesiącach po porodzie. Kolejne wzrosty nastąpiły pomiędzy 5 i 6 miesiącem oraz pomiędzy 8 i 9 miesiącem (ryc. 1).

Współczynniki korelacji p Spearmana pomiędzy momentem rozpoczęcia aktywności seksualnej po porodzie a częstością zbliżeń po porodzie przedstawia istotne statystycznie ujemne korelacje pomiędzy momentem rozpoczęcia aktywności seksualnej a częstością zbliżeń seksualnych w okresie od 2 do 6 miesiąca po porodzie. Wynika z tego, że im wcześniejsze rozpoczęcie aktywności seksualnej, tym częstość zbliżeń w okresie od 2 do 6 miesiąca po porodzie jest większa.

Na podstawie współczynnika korelacji p Spearmana pomiędzy wiekiem osób badanych a rozpoczęciem aktywności seksualnej i częstością zbliżeń po porodzie otrzymano istotne statystycznie ujemne korelacje pomiędzy wiekiem osób badanych a częstością zbliżeń seksualnych w okresie od 4 do 12 miesiąca po porodzie. Oznacza to, że im młodsza kobieta, tym częściej podejmuje współżycie seksualne w kolejnych miesiącach po porodzie.

Nie otrzymano istotnych statystycznie różnic międzygrupowych pomiędzy liczbą porodów a rozpoczęciem współżycia i jego częstością po porodzie. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya. Zaznacza się umiarkowany trend w kierunku systematycznego narastania częstości współżycia

Tabela 1. Moment rozpoczęcia współżycia seksualnego po porodzie

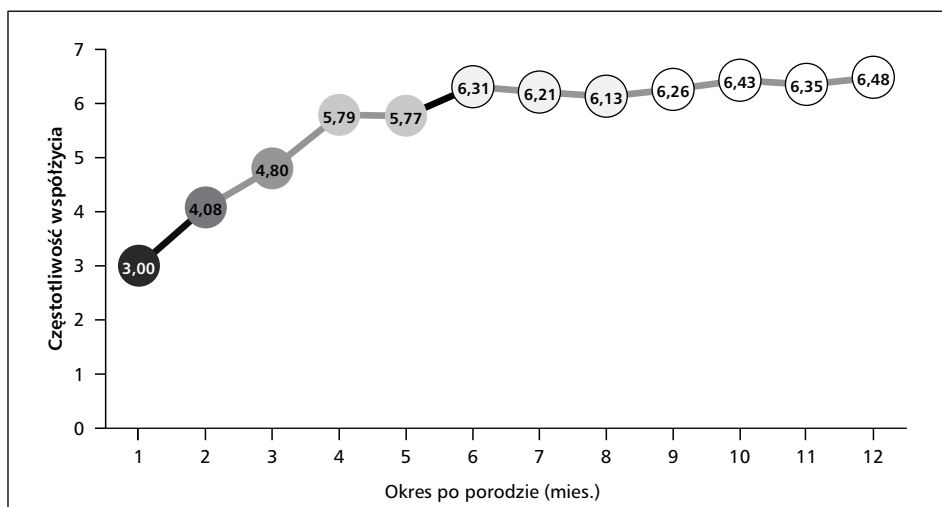
Rozpoczęcie aktywności seksualnej po porodzie (mies.)	n	%
1	6	5,8
2	46	44,7
3	32	31,1
4	11	10,7
5	3	2,9
6	3	2,9
8	1	1,0
10	1	1,0
Ogółem	103	100

n — liczba osób badanych; % — procent grupy

Tabela 2. Częstość zbliżeń seksualnych w poszczególnych miesiącach po porodzie

Okres po porodzie (mies.)	Liczba zbliżeń			
	M	SD	min	max
1	3,00	2,97	0	8
2	4,08	2,97	0	12
3	4,80	3,91	1	20
4	5,79	4,25	1	20
5	5,77	4,23	1	20
6	6,31	4,15	1	20
7	6,21	4,35	1	20
8	6,13	4,66	0	20
9	6,26	4,79	1	20
10	6,43	5,11	1	20
11	6,35	5,17	0	20
12	6,48	5,40	0	21

M — wartość średnia; SD — odchylenie standardowe; min — wartość minimalna; max — wartość maksymalna



Rycina 1. Średnie wartości częstotliwości współżycia w kolejnych miesiącach po porodzie

u wieloródek do średnio 6 pod koniec pierwszego roku, zaś u pierwiastek po początkowym zwolnieniu tempa częstości zbliżeń, po 4 miesiącu zaznacza się przewaga częstości współżycia w porównaniu z wieloródkami do średnio 8 razy w miesiącu, w końcu pierwszego roku.

Nie otrzymano istotnych statystycznie różnic międzygrupowych w badaniu korelacji: sposób rozwiązania ciąży a moment rozpoczęcia i częstotliwość współżycia po porodzie. Oznacza to, że sposób rozwiązania nie jest istotnym determinantem aktywności seksualnej w badanej grupie kobiet.

Nie otrzymano istotnych statystycznie różnic międzygrupowych w podjęciu aktywności seksualnej i częstotliwości współżycia w kolejnych miesiącach po porodzie w grupie kobiet, które wróciły do pracy oraz w grupie kobiet, które nie wróciły do pracy. Oznacza to, że powrót do pracy nie stanowi istotnej zmiennej w odniesieniu do aktywności seksualnej, ale zaznacza się subtelny trend w kierunku zwiększenia tej aktywności u kobiet pracujących w ostatnich 3 miesiącach przed ukończeniem przez dziecko pierwszego roku.

Otrzymano istotne statystycznie dodatnie korelacje pomiędzy długością przerw nocnych w okresie powrotu pierwszej miesiączki a częstotliwością zbliżeń seksualnych w okresie od 10 do 11 miesiąca po porodzie. Wskazuje to, że pod koniec pierwszego roku w związku z naturalnym wydłużaniem się przerwy nocnej w karmieniu, zwiększa się częstotliwość relacji seksualnej rodziców.

Długość okresu utrzymywania się odchodów położowych korelowała dodatnio z długością okresu bez współżycia. Im dłuższy okres utrzymywania się odchodów położowych, tym dłuższy okres bez podejmowania aktywności seksualnej.

Nie otrzymano istotnych statystycznie różnic międzygrupowych w korelacji stosowania smoczka bądź

nie na rozpoczęcia aktywności seksualnej oraz jej częstotliwość.

Wspólne spanie z dzieckiem bądź nie, nie wpływa na rozpoczęcia aktywności seksualnej oraz częstotliwość zbliżeń w kolejnych miesiącach po porodzie. Nie otrzymano istotnych statystycznie różnic międzygrupowych.

Nie otrzymano korelacji istotnych statystycznie wpływu częstości karmień piersią w ciągu dnia na rozpoczęcie aktywności seksualnej oraz jej częstotliwość po porodzie.

Dyskusja

Czas podjęcie współżycia seksualnego po porodzie ma złożony charakter, jego częstość oraz satysfakcja ulegają normalizacji do poziomu sprzed ciąży w czasie pierwszego roku po porodzie. Proces ten jest wypadkową kondycji fizycznej matki, tempa rekonwalescencji oraz stopnia zmęczenia związanego z opieką nad noworodkiem. Ma również związek ze stanem psychicznym kobiety, jej nastrojem, relacją z partnerem, ich wzajemną komunikacją werbalną i pozawerbalną w tym temperamentem seksualnym w czasie ciąży i przed poczęciem, wreszcie wiąże się ze statusem hormonalnym nieco odmiennym choć zindywidualizowanym dla kobiety karmiącej piersią i nie karmiącej [3]. Współżycie w atmosferze delikatności można podjąć już po 14 dniach, mimo niedokońzonego procesu involucji macicy (proces ten trwa około 5–8 tygodni). Rany krocza fizjologicznie goją się do 7 doby, a po 10 dniach ustępują odchody położowe, wyjątek wskazanej wstrzeźliwości stanowią przypadki krwawienia, zakażenia oraz rozejście się blizny. Wyniki badań Filipek i wsp. [4] wskazują, że na 512 układów partnerskich około 77% rozpoczęło współżycie po 6 tygodniach od

porodu, po 2 tygodniach jedynie 3,52% ankietowanych, a około 19% powyżej 6 tygodni od porodu [4]. Von Sydow [5] na podstawie metaanalizy 59 badań stwierdził, że pierwsze współżycie jest wznowiane średnio w 6–8 tygodniu po porodzie w Europie i USA. Przed 6. tygodniem tylko 9–17% kobiet podejmuje współżycie, w 6 tygodniu 50–62%, w 8 tygodniu 66–94%, a po 12 tygodniach współżycie już około 88–95%, w 7 miesiącu 95–100%. W badaniu przeprowadzonym w USA, 57% kobiet powróciło do aktywności seksualnej po około 6 tygodniach [5, 6]. Zostało to potwierdzone również w badaniu autorów. Zauważono związek pomiędzy karmieniem piersią a późniejszym podejmowaniem pierwszego współżycia po porodzie oraz obniżonym libido [7, 8]. Badania autorów wydają się tego nie potwierdzać. Kobieta w połogu często odczuwa ból, który według polskich badań dotyczy około 82% kobiet [9]. Czynniki ten może wpływać istotnie na decyzję o podjęciu pierwszego współżycia po porodzie. Jest to ból po zszyciu krocza, ból przy defekacji wywołany między innymi hemoroidami, ból i dyskomfort związany z oddawaniem moczu, ból rany po cięciu cesarskim, ból głowy i kręgosłupa po przedłużającym się II okresie porodu i znieczuleniu zewnątrzoponowym, ból spowodowany obkurczaniem się mięśnia macicy, związany z początkiem karmienia piersią lub stanem zapalnym piersi oraz ich wzmożoną tkliwością w związku z dużą liczbą karmień w ciągu dnia oraz nocy. Kompleks laktogeny warunkujący przejście laktogenezy I w II, w tym szczególnie endorfiny mogą działać łagodząco na te stany, a nawet wywoływać uczucie euforii w związku z udaną laktacją [10]. Ponadto na decyzję o pierwszym współżyciu może wpływać połogowa labilność emocjonalna matki, baby blues lub rzadziej depresja poporodowa, oraz wtórna niedokrwistość czy choroby tarczycy [11]. W badaniach Filipek i wsp. [4] pierwszemu zbliżeniu towarzyszył brak podniecenia (62%), strach (42%), niechęć do stosunku oraz ból (około 60%). Wynik badania wykazał, że 75% kobiet nie miało satysfakcji ze wznowionej aktywności seksualnej [4].

Wyniki badań kobiet w Iranie wskazują, że na częstość podejmowania relacji seksualnych mają wpływ między innymi: obniżone libido, brak nawilżenia okolic intymnych, brak satysfakcji seksualnej oraz dyspareunia zwłaszcza dotycząca kobiet rodzących drogą cięcia cesarskiego ze wskazań nagłych oraz po porodach zabiegowych [12–14]. W badaniach przeprowadzonych przez Sipińskiego i wsp. [15], powyższe przyczyny obniżonej aktywności seksualnej potwierdza 67% respondentek. Również prospektywne badanie ponad 1500 pierwiastek z 6 Australijskich szpitali położniczych potwierdziło utrzymującą się dyspareunię po 6 miesiącach oraz nadal po 18 miesiącach od porodu po

cesarskim cięciu ze wskazań nagłych lub po porodach zabiegowych w porównaniu z kobietami, po porodach naturalnych z ochroną krocza lub z małym pęknięciem. W badanej grupie nie potwierdzono różnicy pomiędzy czasem rozpoczęcia współżycia oraz jego częstością a drogą rozwiązania porodu. Ból podczas pierwszego współżycia po porodzie zgłaszało 85% kobiet z australijskiego badania. Dyspareunię zgłaszało 44,7% kobiet w 3. miesiącu, stopniowo odsetek kobiet zgłaszających ból malał do 28,1% kobiet w 12. miesiącu po porodzie oraz nadal około 23% w 18. miesiącu. Bolesne współżycie jeszcze przed ciążą zgłaszało 27,4% kobiet. Innymi ważnymi czynnikami sprzyjającymi dyspareunii w 18. miesiącu były przemoc seksualna partnera, zaburzenia depresyjne oraz zgłaszany ból jeszcze przed ciążą. Sugeruje to potrzebę szczególnej troski o tę grupę kobiet oraz większą uwagę poświęconą sprawom seksualności podczas wizyt w połogu i kolejnych [16].

Ponadto w badaniach Sipińskiego [15] ankietowane kobiety za przyczynę rzadszych stosunków płciowych uważało zmianę funkcji piersi z seksualnej na użytkową, lęk przed kolejną ciążą, problemy i konflikty z partnerem [15]. Na częstość zbliżeń i komfort psychiczny kobiety ma wpływ zmieniony wygląd sromu i krocza po porodzie siłami natury oraz zaburzenia w ich funkcjonowaniu. W badaniu [17] wykazano, że prawie 84% respondentek było miernie lub całkowicie niezadowolonych z wyglądu sromu i krocza. Około 55% kobiet zaznaczyło, że satysfakcja ze współżycia jest wyraźnie słabsza po pierwszym połogu. Około 28% wieloródek zaznaczyło, że satysfakcja ze współżycia po porodach nie zmieniła się, a około 48% respondentek postrzega ją jako słabszą. Wiele pacjentek skarży się na uczucie „rozluźnienia”/rozcignięcia ścian pochwy oraz na złe zaopatrzoną ranę krocza. Coraz częściej zauważa się, że kobiety wybierają rozwiązanie ciąży drogą cięcia cesarskiego dla zachowania niezmiennego krocza oraz dla satysfakcji seksualnej sprzed ciąży. W innym badaniu oceniającym poczucie atrakcyjności seksualnej kobiet po porodzie [18], w który nie brano pod uwagę nacięcia krocza, 52,2% ankietowanych uważa swoje narządy płciowe za mniej atrakcyjne niż przed porodem. Wpływają na to powiększenie warg sromowych, zmiana zapachu i wydzieliny pochwowej, jej ilości i konsystencji.

Wymienione liczne przyczyny odmienności relacji seksualnej po porodzie są związane z przejściowym poporodowym hipogonadyzmem hipogonadotropowym, zwłaszcza hipooestrogeniemią, hipotestosteronemią i hiperprolaktynemią, zwłaszcza u matek karmiących [19]. Z doświadczeń klinicznych autorów oraz literatury wynika, korzystny wpływ prolaktyny i oksytocyny oraz serotoniny na rozwój takich uczuć, jak przywiązanie,

poczucie stabilizacji, bezpieczeństwa i zadowolenia oraz potrzeby bliskości i intymności z partnerem. Stan ten, towarzyszący zwłaszcza spełnionej mamie karmiącej, może rekompensować częściowo czasowy spadek pożądania seksualnego oraz odkładanie pełnej relacji seksualnej na korzyść bliskości i przebywania wspólnie razem z dzieckiem i mężem. Endorfiny i noradrenalina uwalniane podczas laktacji i wchodzące w skład kompleksu laktogennego mogą zmniejszać lęk przed bólem i wyzwać przyjemne odczucia podczas laktacji [20]. Dzieje się tak prawdopodobnie zwłaszcza u wieloródek, które z reguły podejmują współżycie z mężem szybciej w odróżnieniu od pierwiastek, którym często towarzyszą lęk i stres w związku z licznymi nowymi wyzwaniem oraz dolegliwościami [21].

Doświadczenie kliniczne oraz dane z literatury potwierdzają, że ciąża fizjologiczna nie stanowi przeszkody w podejmowaniu aktywności seksualnej wśród kobiet, a nawet może służyć budowaniu poczucia atrakcyjności poprzez stawianie się matką oraz częściowo rekompensować poporodowy spadek aktywności seksualnej [22].

Połów, podobnie jak ciąża, jest przełomowym czasem dla rodziców i wiąże się z licznymi zachodzącymi zmianami w organizmie kobiety [23–25]. W Polsce i w innych krajach o odmiennych tradycjach oraz kulturze i religii, podejmowania współżycia po porodzie nie zaleca się wcześniej niż po zakończonym porożu, to znaczy po 6–8 tygodniach dawniej określanym jako 40 dni „ochrony matki” zwłaszcza przed ciężką pracą [4, 24]. Rekomendacja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) z 2013 roku również wyznacza czas wznowienia aktywności seksualnej na 2–6 tygodni po porodzie w zależności od sposobu rozwiązania ciąży [26, 27]. Czas ten zbiega się z odbyciem kontroli lekarskiej po porodzie, dobrze by owa konsultacja zawierała elementy edukacyjne i doradcze w zakresie karmienia piersią dziecka, powrotu płodności po porodzie oraz powracającej seksualności. Wielu badaczy wskazuje na niedostateczną komunikację z lekarzem w tym zakresie [4, 28, 29]. Poświęcenie podczas wizyty lekarskiej czasu zagadnieniom seksualności ma bowiem znaczenie. Według niektórych doniesień pierwsze współżycie po porodzie porównuje się do ponownej inicjacji seksualnej, co ma istotne znaczenie w dalszej relacji intymnej i komunikacji rodziców [30].

Wnioski

1. Nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do podjęcia współżycia seksualnego w okresie porożu.
2. Proces porodowej rekonwalescencji jest zindywidualizowany, komfort fizyczny i psychiczny matki

sprzyjają wznowieniu aktywności seksualnej.

3. W badanej grupie 103 kobiet 75,8% pierwsze współżycie seksualne podjęło w okresie końca porożu, czyli między 2 a 3 miesiącem, co jest zgodne z innymi badaniami.
4. Nie potwierdzono różnic, w czasie podjęcia pierwszego współżycia, w zależności od wieku matki, rodności lub sposobu rozwiązania.
5. Jedynym determinantem inicjacji seksualnej po porodzie jest brak odchodów porożowych.
6. Częstość współżycia seksualnego stopniowo narastała w ciągu pierwszego roku po porodzie od 3 do średnio ponad 6 stosunków seksualnych na miesiąc.
7. Im młodsza matka i wcześniejsza inicjacja seksualna w porożu, tym częstotliwość współżycia była większa w ciągu pierwszego roku.
8. Nie potwierdzono różnic, w czasie podjęcia pierwszego współżycia oraz jego częstotliwości, w zależności od spania z dzieckiem, używaniem smoczka, wydłużaniem przerw pomiędzy karmieniami w dzień, pierwszym krwawieniem po porodzie.
9. Pod koniec pierwszego roku zaznaczyła się dodatnia korelacja pomiędzy powrotem do pracy i wydłużeniem przerw nocnych a częstością współżycia.

W badaniu nie oceniano korelacji aktywności seksualnej po porodzie z planami prokreacyjnymi rodziców.

Tempo narastania aktywności seksualnej po porodzie ma liczne uwarunkowania, z których jedynie część została objęta badaniem. Temperament seksualny rodziców oraz ich wzajemna komunikacja w zakresie potrzeb i oczekiwań wymaga oddzielnego omówienia. Doświadczenia kliniczne autorów wskazują, że czas po porodzie sprzyja wyrażaniu seksualności drogą pozagenitalną. Prawdopodobnie od wieków czas ten służył wzmocnieniu więzów rodzinnych i budowaniu relacji z dziećmi.

Piśmiennictwo:

1. O'Brien J. *Encyclopedia of gender and society*. Sage Publications. 2009.
2. Goldenson R, Anderson K., *Dictionary of Sex*. Wordsworth Reference, Ware. 1994.
3. LaMarre AK, Paterson LQ, Gorzalka B. Breastfeeding and maternal postpartum functioning – review. *Canadian Journal of Human Sexuality*. 2004; 12(3-4): 151–169.
4. Filipek K, Marcyniak M, Kuran J. Rozpoczęcie współżycia płciowego po zakończonym porożu. *Seksuologia Polska*. 2014; 12(1): 8–14.
5. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res*. 1999; 47(1): 27–49, indexed in Pubmed: [10511419](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10511419/).
6. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005; 16(4): 263–267, doi: [10.1007/s00192-005-1293-6](https://doi.org/10.1007/s00192-005-1293-6), indexed in Pubmed: [15838587](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15838587/).

7. Rowland M, Foxcroft L, Hopman W, et al. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physician*. 2005; 51: 136.
8. Rezaei N, Azadi A, Sayehmiri K, et al. Postpartum Sexual Functioning and Its Predicting Factors among Iranian Women. *Malays J Med Sci*. 2017; 24(1): 94–103, doi: [10.21315/mjms2017.24.1.10](https://doi.org/10.21315/mjms2017.24.1.10), indexed in Pubmed: [28381932](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28381932/).
9. Kaźmierczak M, Gebuza G, Gierszewska M, et al. Problemy kobiet w połogu i ich przyczyny. *Perinatol Neonatol Ginekol*. 2010; 3(4): 290.
10. Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis. The transition from pregnancy to lactation. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48(1): 35–52, indexed in Pubmed: [11236732](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11236732/).
11. Piejko E. The postpartum visit--why wait 6 weeks? *Aust Fam Physician*. 2006; 35(9): 674–678, indexed in Pubmed: [16969434](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16969434/).
12. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009; 145(2): 133–137, doi: [10.1016/j.ejogrb.2009.04.014](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.04.014), indexed in Pubmed: [19481858](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19481858/).
13. Banaei M, Torkzahrani S, Ozgoli G, et al. Addressing the Sexual Function of Women During First Six Month After Delivery: Aquasi-Experimental Study. *Mater Sociomed*. 2018; 30(2): 136–140, doi: [10.5455/msm.2018.30.136-140](https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.136-140), indexed in Pubmed: [30061806](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30061806/).
14. Serati M, Salvatore S, Siesto G, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med*. 2010; 7(8): 2782–2790, doi: [10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x), indexed in Pubmed: [20626601](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20626601/).
15. Sipiński A, Kaźmierczak M, Ciesielska B. Ocena zachowań seksualnych kobiet karmiących. *Seksuologia Polska*. 2005; 3(2): 52–59.
16. McDonald EA, Gartland D, Small R, et al. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG*. 2015; 122(5): 672–679, doi: [10.1111/1471-0528.13263](https://doi.org/10.1111/1471-0528.13263), indexed in Pubmed: [25605464](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25605464/).
17. Filipek K, Marcyniak M, Kuran-Ohde J. Jakość współżycia płciowego kobiet 6 miesięcy po porodach drogami natury a samoocena stanu sromu i krocza. *Seksuologia Polska*. 2014; 12(2): 58–63.
18. Machaj A, Stankowska I. Poczucie atrakcyjności seksualnej kobiet w wieku prokreacyjnym po przebyciu ciąży I okresu karmienia piersią. *Nowiny Lekarskie*. 2011; 80(5): 323–333.
19. Gomuła A. Wpływ hormonów płciowych i neurotransmiterów na funkcje i zachowania seksualne. *Seksuologia Polska*. 2006; 4(1): 21–33.
20. Neville MC, Morton J. Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis II. *J Nutr*. 2001; 131(11): 3005S–8S, doi: [10.1093/jn/131.11.3005S](https://doi.org/10.1093/jn/131.11.3005S), indexed in Pubmed: [11694636](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11694636/).
21. Galbally M, Lewis AJ, Ijzendoorn Mv, et al. The role of oxytocin in mother-infant relations: a systematic review of human studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2011; 19(1): 1–14, doi: [10.3109/10673229.2011.549771](https://doi.org/10.3109/10673229.2011.549771), indexed in Pubmed: [21250892](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21250892/).
22. Kucharska M, Kossakowska K, Janicka K. Czy jest nadzieja na seks przy nadziei? Seksualność a ciąża. *Seksuologia Polska*. 2013; 11(2): 17–23.
23. Sipiński A, Kaźmierczak M, Ciesielska B. Ocena zachowań seksualnych kobiet karmiących. *Seksuologia Polska*. 2005; 3(2): 52–59.
24. Safe Motherhood, Postpartum care of the Mother and Newborn: practical guide WHO/RHT/MSM/98.3. 1998.
25. Ronin-Walknowska E. Połóg. In: Bręborowicz G. ed. *Położnictwo i Ginekologia*. PZWL, Warszawa 2007: 419.
26. Kennedy KI. Post-partum contraception. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1996; 10(1): 25–41, indexed in Pubmed: [8736720](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8736720/).
27. Czerwińska-Osipiak A, Pięta B, Kamińska J. Opieka nad kobietą w połogu w świetle polskich i światowych zaleceń. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2018; 17(3): 65–68.
28. Synowiec-Płat M. Percepcja umiejętności interpersonalnych (komunikacyjnych) lekarzy ginekologów. *Ginekologia Praktyczna*. 2003; 11(3): 19–25.
29. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Plewik I, et al. Czy jest nadzieja na seks przy nadziei? Seksualność a ciąża w opinii kobiet. *Seksuologia Polska*. 2013; 11(2): 17–23.
30. Smoliński R. Seksualność kobiet w ciąży i połogu. In: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. ed. *Podstawy seksuologii*. PZWL, Warszawa 2010: 133–138.