

Wpływ rodzaju porodu na satysfakcję seksualną kobiet z mediacyjną rolą lęku

Influence of the form of childbirth on women's sexual satisfaction,
with the mediation role of anxiety

Tomasz Krasuski¹, Katarzyna Barczuk²

¹Zakład Psychologii i Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Absolwentka kierunku położnictwo na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym

Streszczenie

Wstęp: Wyniki badań donoszą, że kobiety w ciąży najczęściej odczuwają lęk z powodu zbliżającego się porodu, zwłaszcza jego przewidywanej formy. Rodzaj porodu może rzutować na satysfakcję z życia seksualnego. Istotnym czynnikiem wpływającym na satysfakcję seksualną jest również poziom odczuwanego lęku porodowego. Celem pracy jest zweryfikowanie związku między przewidywaną formą porodu a satysfakcją seksualną kobiet ciężarnych, przy mediacyjnej roli lęku.

Materiały i metody: Badaniem ankietowym objęto grupę 130 kobiet w trzecim trymestrze ciąży. W badaniu zastosowano kwestionariusz dotyczący danych demograficznych, Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej i Kwestionariusz Lęku Porodowego.

Wyniki i wnioski: W badanej grupie nie występują istotne różnice między odczuwanym lękiem porodowym przez kobiety z zaplanowanym cięciem cesarskim a kobiety z przewidywanym ukończeniem ciąży poprzez poród siłami natury. Nie wykazano istotnych różnic w odczuwaniu przez kobiety satysfakcji seksualnej w zależności od przewidywanej drogi porodu, natomiast w dalszych badaniach należy uwzględnić preferowaną przez pacjentki formę porodu oraz rolę wsparcia społecznego wśród kobiet ciężarnych. Im wyższy jest poziom odczuwanego przez kobiety ciężarne lęku porodowego, tym poziom poczucia przez nie satysfakcji seksualnej będzie niższy, zwłaszcza w kontaktach fizycznych. Osoby sprawujące opiekę nad kobietą ciężarną powinny zostać wyposażone w narzędzia rozpoznające nadmierny lęk porodowy oraz szczególnie zwracać uwagę na stan emocjonalny pacjentki.

Słowa kluczowe: ciąża, satysfakcja seksualna, poziom lęku, cięcie cesarskie, poród siłami natury

Seksuologia Polska 2019; 17: 52–58

Abstract

Introduction: Research reports that pregnant women are most often anxious about the approaching delivery. The form of delivery can affect the rise of anxiety. The anticipated form of delivery can also affect sexual satisfaction. An important factor influencing sexual satisfaction is also the level of childbirth anxiety. The purpose of the work is to verify the relationship between the anticipated form of delivery and the sexual satisfaction of pregnant women, with the mediation role of anxiety.

Material and methods: The survey covered a group of 130 women who were in the third trimester of pregnancy. The study used a demographic questionnaire, Sexual Satisfaction Questionnaire and Childbirth Anxiety Questionnaire.

Results and conclusions: There were no significant differences in the feeling of anxiety by women with planned caesarean section and women with anticipated termination of pregnancy through natural delivery. There are no significant differences in the perception of sexual satisfaction by women depending on the

expected path of delivery, while further studies should take into account the preferred form of delivery by women and the role of social support among pregnant women. The higher the level of childbirth anxiety felt by pregnant women, the lower their sense of sexual satisfaction will be, especially in physical contact. Persons caring for a pregnant woman should be equipped with tools that recognize excessive labor anxiety and pay special attention to the patient's emotional state.

Key words: pregnancy, sexual satisfaction, level of anxiety, caesarean section, vaginal delivery

Seksuologia Polska 2019; 17: 52–58

Wstęp

Ciąża powoduje w organizmie kobiety wiele zmian, które w istotny sposób ingerują w jej seksualność oraz relacje z partnerem. Życie seksualne w tym okresie zależy od wielu czynników — stanu zdrowia ciężarnej, przez psychiczne podłoże ciąży, po przekonania pary na temat seksualności i poboczne aspekty życia codziennego [1]. Poród jest wydarzeniem wywołującym u ciężarnych najwięcej emocji, w tym silnego lęku [2]. Jednym z czynników wzmagających lęk jest przewidywana forma porodu, która może potencjalnie wpłynąć na doświadczanie przez kobiety satysfakcji seksualnej.

Potrzeba kontaktów seksualnych ulega zmianie wraz z poszczególnymi trymestrami ciąży. W pierwszym trymestrze z powodu jego charakterystycznych dolegliwości następuje spadek zainteresowania seksem i zmniejszenie częstości podejmowania stosunków seksualnych. Drugi trymestr u większości ciężarnych obfituje w kontakty płciowe. Największy wpływ mają na to przekrwienie okolicy narządów płciowych oraz szybsze i nasilone zwilżenie ścian pochwy, spowodowane zmianami hormonalnymi w ciele kobiety. Aktywność seksualna w trzecim trymestrze ciąży spada, głównie z powodu zwiększenia lęku o dziecko i przebieg porodu, a także negatywne odczucia somatyczne [1, 3–6].

W porównaniu z czasem sprzed ciąży zmienia się liczba i długość stosunków — w zależności od momentu trwania ciąży wzrasta lub maleje. W czasie ciąży ulegają zmianie także preferowane pozycje seksualne, zależne od rozwoju ciąży i związanych z nią zmian fizjologicznych. Większość ciężarnych uznaje podejmowanie współżycia seksualnego za możliwe oraz nie żywi związanych z nim obaw [1, 6, 7].

W fizjologicznym przebiegu ciąży nie ma przeciwwskazań do utrzymywania kontaktów seksualnych, jednak konieczność ograniczenia aktywności seksualnej mogą stanowić patologie ciąży [1]. Współżycie przy prawidłowo przebiegającej ciąży nie wpływa negatywnie na płód. Dodatkowo dzieci matek, które w ciąży wykazywały aktywność seksualną otrzymują wyższą punktację w skali Apgar, w porównaniu z dziećmi matek, które takiej aktywności nie wykazywały [8].

Poród jest dla kobiet w ciąży głównym czynnikiem wywołującym lęk. Może mieć różną genezę [9]. Lęk porodowy jest spowodowany głównie efektem społecznego uczenia się — widząc lub słuchając problemów innych kobiet występujących podczas porodu, zaczynając się obawiać wystąpienia podobnych wydarzeń w swoim przypadku [2]. Istotną rolę w tym procesie stanowi brak profesjonalnego przygotowania do porodu i wiedzy na jego temat, przez co większy lęk będą wykazywać kobiety rodzące po raz pierwszy. Lęk może wpłynąć na przebieg porodu, utrudniając akcję porodową, sprzyjając powikłaniom położniczym oraz wzmagając odczucia bólowe. Obniżenie lęku w ciąży może zatem pozytywnie wpłynąć na przebieg porodu [2].

Najczęstszym źródłem lęku porodowego jest strach przed bólem [10]. Bóle nasilają się wraz z rozwojem ciąży, a ich występowanie może mieć przetrwałe konsekwencje również po ciąży. Podczas porodu sam ból jest zjawiskiem, na który wpływa wiele czynników, a w swoich konsekwencjach może wpłynąć na jego przebieg [11]. Lęk porodowy znacząco zwiększa napięcie mięśniowe, wpływa na odczuwanie doznań psychicznych oraz somatycznych, zwiększając tym doznania bólowe, dlatego tak ważna jest redukcja lęku przed porodem [12]. Negatywne wspomnienia dotyczące poprzednich porodów będą kolejnym czynnikiem powodującym lęk przed następnym [13]. Doświadczenie przebitego traumatycznego porodu może powodować ostrą reakcję stresową albo zaburzenia stresu pourazowego. Kobiety doświadczające traumy podczas porodu częściej w przeszłości doświadczały mniejszego wsparcia społecznego, ujawniały wysoki poziom cechy lęku i niski poziom zdolności zaradczych, doświadczały nadużycia fizycznego i seksualnego [14].

Doświadczanie lęku w ciąży może zwiększać ryzyko występowania depresji poporodowej, trudności z karmieniem piersią oraz zaburzeń w rozwoju macierzyńskiego przywiązania [14, 15].

Profilaktyka lęku przed porodem jest bardzo ważna, ze względu na możliwe złagodzenie determinujących go czynników. Może być realizowana poprzez szkoły rodzenia, a także zależeć od otrzymanego przez ciężarną wsparcia społecznego [10, 16, 17]. Niekiedy istotne jest omówienie kwestii medycznych czy za-

proponowanie psychoedukacji oraz zorganizowanie konsultacji psychiatrycznej. Jest to szczególnie istotne przy podejmowaniu decyzji o formie porodu [13, 18–20].

Celem pracy jest zweryfikowanie związku między przewidywaną formą porodu a satysfakcją seksualną kobiet ciężarnych, przy mediacyjnej roli lęku. Badanie ma zweryfikować następujące hipotezy badawcze:

1. Ciężarne kobiety odczuwają mniejszy lęk przez zaplanowanym cięciem cesarskim niż w przypadku przewidywanego porodu siłami natury.
2. Kobiety będą odczuwały wyższy poziom satysfakcji seksualnej w przypadku zaplanowanego ukończenia ciąży przez cięcie cesarskie, w porównaniu z przewidywanym rozwiązaniem poprzez poród siłami natury.
3. Im wyższy jest poziom odczuwanego przez kobiety ciężarne lęku porodowego, tym poziom poczucia przez nie satysfakcji seksualnej będzie niższy.

Materiał i metody

Materiał badawczy uzyskano metodą ilościową sondażu diagnostycznego. Wykorzystano kwestionariusz składający się z trzech części: metryczki (narzędzie własne zbierające dane demograficzne oraz dotyczące ciąży), Kwestionariusza Satysfakcji Seksualnej i Kwestionariusza Lęku Porodowego.

Pierwsze z wystandaryzowanych narzędzi składa się z dziesięciu stwierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się poprzez zaznaczenie wybranej pozycji na dymensji 0–5. Jest to narzędzie trzyczynnikowe, które odczuwaną przez badanego satysfakcję seksualną wyraża na wymiarach: bliskość, pieszczoty, seks. Pierwszy jest związany z oceną satysfakcji z relacji bliskości o charakterze romantycznym, czynnik seks ocenia stosunek seksualny oraz satysfakcję z orgazmu, czynnik pieszczoty wiąże się z oceną satysfakcji z kontaktów fizycznych poza stosunkiem seksualnym [21].

Kwestionariusz Lęku Porodowego jest narzędziem składającym się z dziewięciu stwierdzeń. Badana kobieta wybiera odpowiedź na skali czterostopniowej. Wyższy wynik wskazuje na większe natężenie lęku porodowego [12].

Procedura badawcza

Badanie przeprowadzono w 2019 roku w internetowej grupie dla matek na portalu społecznościowym. Została nim objęta grupa 130 kobiet w trzecim tryestrze ciąży. Ankieta była anonimowa, a jej charakter dobrowolny. Do analizy danych uzyskanych w badaniu posłużył pakiet statystyczny SPSS Statistics 21.0 i JASP 0.9.2. Wyniki badań poddano analizie testem istotności Chi-kwadrat oraz analizą czynnikową ANOVA.

Osoby badane

Wiek respondentek w 50% mieścił się w przedziale 27–35 lat, 46,2% stanowiły kobiety w wieku 18–26 lat. Większość badanych kobiet posiadała wyższe wykształcenie, w tym wyższe magisterskie (40,8%), wyższe licencjackie (26,9%). Następną grupę stanowiły kobiety z wykształceniem średnim (25,4%). Najlicniejszą grupę respondentek stanowiły kobiety mieszkające w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców (34,6%), drugą co do liczności grupę stanowiły kobiety mieszkające na wsi (26,2%). Wśród respondentek największą grupę stanowiły kobiety w związku małżeńskim (70,8%), następnie znajdujące się w związku nieformalnym (22,3%). Szczegółowe informacje przedstawiono w tabeli 1.

Kobiety w ciąży po raz pierwszy (46,2%) oraz kobiety, które przeżyły już jedną ciążę (33,1%) stanowiły najliczniejsze grupy. Wśród kobiet biorących udział w badaniu większość będzie rodziła po raz pierwszy (66,9%). Pozostałe respondenci rodziły co najmniej jednokrotnie (24,6%). U zdecydowanej większości kobiet (86,9%) przewiduje się ukończenie aktualnej ciąży porodem siłami natury.

Tabela 1. Dane socjodemograficzne

Zmienne		n	%
Wiek	18–26 lat	60	46,2
	27–35 lat	65	50
	> 36 lat	5	3,8
	Ogółem	130	100
Wykształcenie	Gimnazjalne	1	0,8
	Podstawowe	1	0,8
	Średnie	33	25,4
	Wyższe licencjackie	35	26,9
	Wyższe magisterskie	53	40,8
	Zasadnicze zawodowe	7	5,4
	Ogółem	130	100
Miejsce zamieszkania	Wieś	34	26,2
	Miasto do 50 tys. mieszkańców	16	12,3
	Miasto do 150 tys. mieszkańców	20	15,4
	Miasto do 500 tys. mieszkańców	15	11,5
	Miasto pow. 500 tys. mieszkańców	45	34,6
	Ogółem	130	100
Stan cywilny	Mężatka	92	70,8
	Panna	6	4,6
	Rozwódka	3	2,3
	W związku nieformalnym	29	22,3
	Ogółem	130	100

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; F — wynik testu ANOVA; KLP — Kwestionariusz Lęku Porodowego; KSS — Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej

U 81,5% respondentek w obecnej ciąży nie wystąpiły przeciwwskazania do kontaktów seksualnych. Wszystkie informacje dotyczące danych klinicznych zebrano w tabeli 2.

Wyniki

Odczuwany przez kobiety poziom satysfakcji seksualnej wahał się od najniższego wyniku 2 pkt., do

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna badanych

Zmienne		n	%
Liczba przebytych ciąż	0	43	33,1
	1	60	46,2
	2	16	12,3
	3	8	6,2
	4	3	2,3
	Ogółem	130	100
Liczba przebytych porodów	0	87	66,9
	1	32	24,6
	2	7	5,4
	3	4	3,1
	Ogółem	130	100
Przewidywana droga ukończenia aktualnej ciąży:	Poród siłami natury	113	86,9
	Cięcie cesarskie	17	13,1
	Ogółem	130	100
Przeciwwskazania do kontaktów seksualnych	Nie	106	81,5
	Tak	24	18,5
	Ogółem	130	100

Tabela 3. Średnia satysfakcja seksualna, wyrażona na trzech wymiarach

Zmienne	M	n	SD
Bliskość	19,0692	130	7,57514
Pieszczoty	6,1538	130	3,06129
Seks	6,6615	130	3,38843

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

najwyższego 50 pkt., z czego średni wynik wynosił $M = 32$. Respondentki odczuwały satysfakcję seksualną w wymiarze bliskości na średnim poziomie $M = 19$, z 30 punktów możliwych do uzyskania. Natomiast odczuwana przez nie satysfakcja seksualna w wymiarze pieszczot wynosiła $M = 6,1$ oraz w wymiarze seksu $M = 6,7$ z maksymalnych 10 punktów które można było uzyskać (tab. 3).

Wyniki kwestionariusza lęku porodowego wahały się od 0 do 24 punktów, średnim wynikiem było $M = 13$. Badane najczęściej obawiały się, że ich poród będzie bolesny (tab. 4). Respondentki najczęściej odczuwały niski poziom lęku porodowego (54,6%), pozostała część badanych odczuwała lekko podwyższony (17,7%), wysoki (14,6%) i bardzo wysoki poziom lęku porodowego (13,1%).

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy przewidywaną drogą porodu a poziomem odczuwanego przez ciężarne kobiety lęku porodowego. Podobnie nie stwierdzono istotności pomiędzy przewidywaną drogą ukończenia ciąży a poziomem satysfakcji seksualnej.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy poziomem odczuwanego lęku porodowego a poziomem satysfakcji seksualnej w wymiarze pieszczot odczuwanej przez kobiety w ciąży. Im wyższy jest poziom odczuwanego przez kobiety ciężarne lęku porodowego, tym niższy poziom poczucia przez nie satysfakcji seksualnej w wymiarze seksu oraz pieszczot. Równocześnie nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy poziomem odczuwanego lęku porodowego, a poziomem satysfakcji seksualnej w wymiarze bliskości odczuwanej przez kobiety w ciąży (tab. 5).

Dyskusja

Uzyskane wyniki nie wykazały istotnych statystycznie różnic w odczuwaniu lęku przez kobiety ciężarne

Tabela 4. Odpowiedzi respondentek udzielonych w kwestionariuszu lęku porodowego

Pytanie	M	n	SD
Obawiam się, że mój poród będzie długi	1,4923	130	,78004
Wiem, że w trakcie porodu będę całkowicie panowała nad sytuacją	1,6077	130	,72064
Martwię się, że moje dziecko może urodzić się z jakąś wadą	1,2538	130	,89192
Czuję, że w trakcie porodu zajdą jakieś nieprzewidziane komplikacje	1,1923	130	,71632
Jestem przekonana, że w trakcie porodu będę spokojna i opanowana	1,6923	130	,76600
Boję się, że mój poród będzie bolesny	2,0769	130	,84096
Jestem przekonana, że po porodzie szybko dojdę do siebie	1,0846	130	,71566
Obawiam się, że moje dziecko może zostać uszkodzone w trakcie porodu	1,1615	130	,79537
Oczekiwanie na poród to dla mnie bardzo radosny okres	1,1692	130	,91616
Ogółem	12,7308	130	4,65523

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

Tabela 5. Poziom lęku porodowego, a średnia satysfakcja seksualna

Wymiar odczuwania satysfakcji seksualnej	Poziom lęku porodowego	n	M	SD	Min.	Maks.	F	p
Bliskość	Niski	71	20,0282	7,65128	0,00	30,00	2,890	,211
	Lekko	23	19,0000	7,82769	6,00	30,00		
	podwyższony							
	Wysoki	19	20,5263	5,25324	10,00	28,00		
	Bardzo wysoki	17	13,5294	7,21212	0,00	24,00		
	Ogółem	130	19,0692	7,57514	0,00	30,00		
Pieszczoty	Niski	71	6,7324	2,79774	0,00	10,00	6,458	,000
	Lekko	23	5,8696	3,42855	0,00	10,00		
	podwyższony							
	Wysoki	19	6,7895	1,68585	2,00	8,00		
	Bardzo wysoki	17	3,4118	3,44708	0,00	9,00		
	Ogółem	130	6,1538	3,06129	0,00	10,00		
Seks	Niski	71	7,4648	3,10222	0,00	10,00	9,860	,000
	Lekko	23	5,9565	3,50945	0,00	10,00		
	podwyższony							
	Wysoki	19	7,6316	2,26594	2,00	10,00		
	Bardzo wysoki	17	3,1765	3,18660	0,00	8,00		
	Ogółem	130	6,6615	3,38843	0,00	10,00		

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; F — wynik testu ANOVA

w związku z przewidywaną formą porodu, co nie potwierdziło przedstawionej hipotezy. Natomiast badania Demšar i wsp. [22] dowodzą, że kobiety z wyższym poziomem lęku porodowego preferują rozwiązanie ciąży za pomocą cięcia cesarskiego, natomiast kobiety z niższym poziomem lęku — poród drogami natury lub droga porodu nie ma dla nich znaczenia. Badanie Størksen i wsp. [13] potwierdza tezę, że kobiety silniej odczuwające lęk, częściej starają się o ukończenie ciąży poprzez cięcie cesarskie, wyjaśniając to wcześniejszymi traumatycznymi doświadczeniami podczas porodu. Lęk występuje w populacji kobiet ciężarnych niezależnie od przewidywanej dla nich formy porodu, jednak jego poziom może wpłynąć na ich preferencje co do sposobu ukończenia ciąży. Nieuwzględnienie tego czynnika może wiązać się ze zwiększonym występowaniem depresji poporodowej [19, 20].

Badanie weryfikowało hipotezę, według której kobiety będą odczuwały wyższy poziom satysfakcji seksualnej w przypadku zaplanowanego ukończenia ciąży przez cięcie cesarskie, w porównaniu z przewidywanym rozwiązaniem poprzez poród siłami natury. Ona również nie została potwierdzona. Według Bączyk i wsp. [10] drugą przyczyną lęku porodowego zaraz po bólu jest sam przebieg porodu. Wielokrotnie przekłada się on na odczuwaną przez nie satysfakcję seksualną. W swoim badaniu Gałązka i wsp. [23] przedstawili, że kobiety ciężarne z zaplanowanym cięciem cesarskim częściej wyrażają zadowolenie z kontaktów intymnych

przed porodem w porównaniu z kobietami rodzącymi drogami natury. Sama forma porodu w grupie kobiet ciężarnych nie będzie miała więc większego znaczenia dla odczuwanej przez nie satysfakcji seksualnej, natomiast mogą na nią wpływać czynniki, które dana droga ukończenia ciąży predysponuje. Różnica pomiędzy porodem drogami natury a cięciem cesarskim, również po porodzie, nie wywiera wpływu na odczuwaną przez kobiety satysfakcję seksualną, co znajduje odzwierciedlenie w licznych badaniach [24–27].

Odczuwany przez ciężarne kobiety lęk porodowy będzie wpływał na odczuwaną przez nie satysfakcję seksualną. Im wyższy poziom lęku porodowego, tym kobiety będą odczuwały niższą satysfakcję seksualną w wymiarze pieszczot i seksu. Natomiast w wymiarze bliskości nie wykazano istotnej zależności pomiędzy odczuwanym lękiem a satysfakcją seksualną. Lęk porodowy będzie więc wpływał negatywnie głównie na poczucie satysfakcji seksualnej zwłaszcza w kontaktach fizycznych. Wyniki te stanowią częściowe potwierdzenie hipotezy badawczej. Podwyższony poziom lęku jest zmienną wiążącą się z niższą satysfakcją seksualną [21]. Lęk przed porodem znacząco wpływa na odczuwanie satysfakcji seksualnej. Im kobiety wykazywały większą aktywność seksualną przed ciążą oraz w jej trakcie, tym lęk przed porodem był mniejszy [22].

Wynik badania wykazał, że istotnym czynnikiem korelującym z poziomem odczuwanego lęku porodo-

wego jest stan cywilny. Największy odsetek respondentek odczuwających niski poziom lęku porodowego występował w grupie kobiet zamężnych. Natomiast największy odsetek ciężarnych odczuwających bardzo wysoki poziom lęku porodowego wystąpił w grupie kobiet rozwiedzionych. Wynik ten może świadczyć o wspomnianym pozytywnym wpływie wsparcia społecznego na odczuwanie przez ciężarną lęku [13, 17]. Być może lęk związany z porodem koreluje z innymi przeżyciami związanymi z sytuacją życiową. Wydaje się to istotną informacją w kontekście zbierania wywiadu oraz wspierania kobiet w ciąży przez personel w kontekście doświadczanego lęku porodowego.

Stwierdzono istotną zależność statystyczną między przewidywaną formą porodu a wiekiem i liczbą przeżytych porodów respondentek. Odsetek przewidywanego cięcia cesarskiego wzrasta wraz z wiekiem badanych. Można przypuszczać, że wynika to z faktu współistniejących chorób występujących wraz z wiekiem ciężarnych, jednak doprecyzowanie tego trendu wymaga dalszych badań. Największy odsetek przewidywanych cięć cesarskich występuje wśród respondentek, które przeżyły jeden poród. Może to wynikać z faktu, że jedną z głównych przyczyn preferowania przez pacjentki rozwiązania ciąży poprzez cięcie cesarskie są negatywne wspomnienia związane z poprzednim porodem [13].

Ograniczenia występujące w analizie wyników badań własnych mogą wynikać ze stosunkowo małej grupy badawczej. W przyszłości podobne badania należałoby opierać na większej grupie badanych. W badaniu nie ujęto preferowanej przez pacjentki formy porodu, co jak się okazało w dyskusji mogło być zależne od odczuwanego przez nie lęku porodowego, w zamian przewidywanej formy porodu.

Wnioski

Na podstawie wyników badań własnych można stwierdzić, że:

1. Nie stwierdzono istotnych różnic między odczuwanym lękiem porodowym przez kobiety z zaplanowanym cięciem cesarskim a kobiety z przewidywanym ukończeniem ciąży poprzez poród siłami natury.
2. Satysfakcja seksualna kobiet nie jest zależna od przewidywanej drogi porodu.
3. Im wyższy jest poziom odczuwanego przez kobiety ciężarne lęku porodowego, tym poziom poczucia przez nie satysfakcji seksualnej będzie niższy, zwłaszcza w kontaktach fizycznych.
4. Osoby sprawujące opiekę nad kobietą ciężarną powinny zostać wyposażone w narzędzia rozpoznające nadmierny lęk porodowy oraz szczególnie zwracać uwagę na stan emocjonalny pacjentki.

Piśmiennictwo:

1. Skrzypulec-Plinta V. Zachowania seksualne w czasie ciąży. In: Bręborowicz G. ed. Położnictwo. Tom 1. Fizjologia Ciąży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 195–199.
2. Błaszczak A, Pilch D, Szamlewska B. Badanie poziomu lęku kwestionariuszem STAI C.D. Spielberga u kobiet w okresie okołoporodowym. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2011; 4(3): 163–168.
3. Lew-Starowicz Z, Lew-Starowicz M, Skrzypulec-Plinta V. Seksuologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: Warszawa.
4. Makara-St, Wdowiak A, Plewik I. Seksualność kobiet w ciąży. *Seksuol Pol.* 2011; 9(2): 85–90.
5. Kremska A, Wróbel R, Kołodziej B. Zachowania seksualne kobiet w ciąży. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków.* 2013; 1: 75–85.
6. Brzęczek P, Pilarczyk R, Rogoziński T. Seksualność kobiet w ciąży. *Prz Seksuol.* 2016; 46(2): 19–24.
7. Lee JT, Lin CL, Wan GH, et al. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *J Sex Marital Ther.* 2010; 36(5): 408–420, doi: [10.1080/0092623X.2010.510776](https://doi.org/10.1080/0092623X.2010.510776), indexed in Pubmed: [20924936](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20924936/).
8. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Plewik I. Wpływ aktywności seksualnej kobiet w ciąży na stan zdrowia noworodka. *Seksuol Pol.* 2011; 9(2): 57–63.
9. Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. *J Anxiety Disord.* 2016; 44: 80–91, doi: [10.1016/j.janxdis.2016.10.007](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.007), indexed in Pubmed: [27788373](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27788373/).
10. Bączek G, Cebulka V, Koźlak V. Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży. *Problemy Higieny i Epidemiologii.* 2011; 92(4): 774–777.
11. Shnol H, Paul N, Belfer I. Labor pain mechanisms. *Int Anesthesiol Clin.* 2014; 52(3): 1–17, doi: [10.1097/AIA.0000000000000019](https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000019), indexed in Pubmed: [24946040](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24946040/).
12. Putyński L, Paciorek M. Kwestionariusz Lęku Porodowego (KLP II) Wersja Zrewidowana – konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica.* 2008; 12(129): 132, doi: [10.18778/1427-969x](https://doi.org/10.18778/1427-969x).
13. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, et al. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15: 221, doi: [10.1186/s12884-015-0655-4](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0655-4), indexed in Pubmed: [26382746](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26382746/).
14. Guskowska M. Lęk przed porodem i determinujące go czynniki – przegląd literatury. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2012; 5(3): 154–161.
15. Mojs E, Czarnecka-Iwańczuk M, Głowacka MD. Poziom lęku jako stanu i jako cechy oraz depresji we wczesnym pociąg — doniesienie wstępne. *Psychiatr Pol.* 2013; 47(1): 31–40.
16. Kowalska J, Olszowa D, Markowska D, et al. Physical activity and childbirth classes during a pregnancy and the level of perceived stress and depressive symptoms in women after childbirth. *Psychiatria Polska.* 2014; 48: 889–900, doi: [10.12740/pp/24984](https://doi.org/10.12740/pp/24984).
17. Gebuza G, Kaźmierczak M, Gierszewska M. Lęk przed porodem w III trymestrze ciąży i jego powiązania ze stanem noworodka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2015; 21(1): 39–44, doi: [10.5604/20834543](https://doi.org/10.5604/20834543).
18. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, et al. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG.* 2009; 116(5): 672–680, doi: [10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x), indexed in Pubmed: [19220236](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19220236/).
19. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, et al. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1): 195, doi: [10.1186/s12884-017-1371-z](https://doi.org/10.1186/s12884-017-1371-z), indexed in Pubmed: [28629393](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28629393/).
20. Holka-Pokorska J, Jarema M, Stefanowicz A. Elektywne cięcie cesarskie ze wskazań psychiatrycznych — analiza zjawiska, opis dwóch przypadków oraz rekomendacje kliniczne. *Psychiatr Pol.* 2016; 50(5): 357–373.

21. Plopa M. Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej, *Pol Forum Psychol.* 2017; 22(4): 519–543.
22. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, et al. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med.* 2018; 46(2): 151–154, doi: [10.1515/jpm-2016-0282](https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0282), indexed in Pubmed: [28379837](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28379837/).
23. Gałązka I, Porembska K, Kobiółka A. Porównanie zachowań intymnych kobiet w okresie przed ciążą i po porodzie. *Zdrowie i dobrostan.* 2013; 3: 53–69.
24. Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, et al. The relationship between mode of delivery and sexual health outcomes after childbirth. *J Sex Med.* 2015; 12(5): 1212–1220, doi: [10.1111/jsm.12883](https://doi.org/10.1111/jsm.12883), indexed in Pubmed: [25856338](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25856338/).
25. Kahramanoglu I, Baktiroglu M, Hamzaoglu K, et al. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2017; 295(4): 907–916, doi: [10.1007/s00404-017-4299-7](https://doi.org/10.1007/s00404-017-4299-7), indexed in Pubmed: [28168656](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28168656/).
26. Fan D, Li S, Wang W, et al. Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1): 408, doi: [10.1186/s12884-017-1583-2](https://doi.org/10.1186/s12884-017-1583-2), indexed in Pubmed: [29212464](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29212464/).
27. Saleh DM, Hosam F, Mohamed TM. Effect of mode of delivery on female sexual function: A cross-sectional study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019; 45(6): 1143–1147, doi: [10.1111/jog.13962](https://doi.org/10.1111/jog.13962), indexed in Pubmed: [30916470](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30916470/).