

# Wizyta lekarska w położeniu, metody planowania rodziny i seksualność po porodzie — jakiego typu poradnictwa oczekują kobiety?

Postpartum office visit. Methods of family planning and postpartum sexuality: what kind of counseling do women expect?

Ewa Ślizień-Kuczapska<sup>1</sup>, Sylwia Czamowicz<sup>2</sup>, Michał Rabijewski<sup>3</sup>, Małgorzata Starzec-Proserpio<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie

<sup>2</sup>Specjalistyczny Gabinet Lekarski Profamilia 2000 w Warszawie

<sup>3</sup>Zakład Zdrowia Prokreacyjnego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

<sup>4</sup>Zakład Rehabilitacji, Oddział Fizjoterapii, Wydział Lekarski Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

## Streszczenie

**Wstęp:** Przebieg wizyty lekarskiej w położeniu nie zawsze jest satysfakcjonujący dla pacjentek oczekujących, oprócz badania ginekologicznego, rozmowy lub porady, dotyczącej tempa powrotu płodności i seksualności po porodzie, wyboru metody planowania rodziny oraz innych zagadnień dotyczących zdrowia prokreacyjnego.

**Materiał i metody:** W latach 2014–2017 na podstawie autorskiego kwestionariusza, przebadano 266 kobiet w położeniu, z regionu Mazowsza, w celu uzyskania danych o poziomie satysfakcji po odbytej wizycie lekarskiej w położeniu w zakresie poradnictwa, dotyczącego metod planowania rodziny i seksualności po porodzie. Dane poddano ilościowej analizie statystycznej i weryfikacji jakościowej.

**Wyniki:** Prawie 70% ankietowanych kobiet nie rozmawiało z lekarzem na temat seksualności po porodzie. Tylko 26% kobiet było zadowolonych z informacji dotyczących powrotu płodności po porodzie. Metodę laktacyjnego braku miesiączki (LAM) rekomendowano jedynie u około 6% kobiet.

**Wnioski:** Wskazane jest opracowanie rekomendacji co do przebiegu wizyty lekarskiej w położeniu. Wzbogacenie poradnictwa położeniowego o interdyscyplinarny zespół konsultantów w składzie: lekarz, położna, fizjoterapeuta, psycholog, konsultant laktacyjny, dietetyk, doradca rodzinny i inni, może sprzyjać poprawie satysfakcji pacjentek oraz fachowej edukacji w zakresie tempa powrotu płodności, wyboru metody planowania rodziny, seksualności, rekonwalescencji dna miednicy oraz sylwetki po porodzie, problematyki laktacyjnej itd.

**Słowa kluczowe:** położenie, powrót płodności po porodzie, seksualność po porodzie, dno miednicy, laktacyjny brak miesiączki, LAM

Seksuologia Polska 2020; 18

## Abstract

**Introduction:** The course of postpartum office visit is not always satisfactory for patients who expect, apart from a gynecological examination, conversations and advice regarding the return of fertility and sexuality after childbirth, choosing a method of family planning and other issues related to reproductive health

---

**Adres do korespondencji:** lek. med. Ewa Ślizień Kuczapska  
Szpital Specjalistyczny św. Zofii  
ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa  
tel. + 48 501 376 996  
e-mail: profamilia2000@gmail.com

Nadesłano: 20.07.2020

Przyjęto do druku: 19.09.2020

**Material and methods:** In the years 2014–2017, based on the author's questionnaire, 266 women after labor from the Mazovia region were surveyed, in order to obtain data on the level of satisfaction after postpartum office visit regarding information about family planning methods and postpartum sexuality. The data was subjected to quantitative statistical analysis and qualitative verification.

**Results:** Almost 70% of women surveyed did not speak to their doctor about sex after delivery. Only 26% of women were satisfied with information regarding return of fertility after delivery. LAM Lactation amenorrhea method was recommended only in about 6% of women.

**Conclusions:** It is advisable to develop recommendations regarding the course of postpartum office visit and enriching postpartum counseling with an interdisciplinary team of consultants consisting of a doctor, midwife, physiotherapist, psychologist, lactation consultant, dietitian, family counselor and others who can help improve patient satisfaction and professional education in the field of postpartum fertility return, choice of family planning method, sexuality, pelvic floor recovery and postpartum silhouettes, lactation issues etc.

**Key words:** puerperium, postpartum fertility return, postpartum sexuality, pelvic floor muscles exam, lactation amenorrhea method, LAM

Seksuologia Polska 2020; 18

## Wstęp

Zgodnie z definicją Słomko, połóg to czas, w którym cofają się stopniowo zmiany ciążowe i poporodowe w obrębie narządów płciowych oraz zmiany ogólnoustrojowe, według Gabbe określany również IV trymestrem [1, 2]. Według Williamsa to okres od pierwszej godziny po urodzeniu łożyska do 6 tygodni [3]. Psche-rembel definiuje połóg jako czas inicjacji laktacji oraz powrotu płodności po porodzie u kobiet niekarmiących piersią [4]. Wielowiekowa tradycja w wielu krajach pozwala położnicy na czterdziestodniowy odpoczynek od ciężkiej pracy i aktywności seksualnej po porodzie [5]. Na koniec połogu zaleca się odbycie wizyty lekarskiej. W znanych podręcznikach lekarskich [4, 6], ambulatoryjna kontrola ginekologiczna jest rekomendowana już w 4. tygodniu, aby zapobiegać potencjalnym komplikacjom wczesnego połogu. W Australii i innych krajach anglosaskich, gdzie lekarz rodzinny częściej niż ginekolog przejmuje obowiązek opieki ambulatoryjnej w połogu nad matką i jej dzieckiem, podkreśla się, że dobrą praktyką lekarską jest wcześniejsza niż w 6 tygodniu konsultacja po porodzie [7, 8]. Zgodnie z najnowszym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej [9], położnica podczas wypisu ze szpitala powinna być informowana przez położną o potrzebie odbycia wizyty lekarskiej. Przyjęto, że w zależności od drogi porodu zaleca się wizytę lekarską po 4–6 tygodniach po cięciu cesarskim i około 6–8 tygodniach po porodzie siłami natury. W Polsce brakuje, jak dotąd, rekomendacji lekarskich co do przebiegu wizyty w połogu – ich powstanie mogłoby stać się przeciwwagą do rozbudowanej opieki prenatalnej w Polsce [10]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w dokumencie z 1998 roku dostrzega potrzebę objęcia opieką położnicy i jej dziecka od okresu wczesnego połogu do zakończenia 6 tygodnia oraz jej kontynuacji aż do 6 miesiąca [8].

Światowa Organizacja Zdrowia w dokumentach dotyczących standardu wizyty w połogu z 2005 i 2013 roku jako kluczowe zagadnienia dotyczące matek-położnic wymienia: przebieg i rozpoznanie potencjalnych medycznych komplikacji wczesnego i późnego połogu, problematykę laktacji, planowanie rodziny i seksualność oraz depresję poporodową. Wśród wczesnych problemów połogu WHO zwraca uwagę na: ból, gorączkę, niedokrwistość wtórną, trudności z gojeniem krocza lub rany po cięciu cesarskim, zaburzenia zwijania się narządów rodnych, zatrzymanie resztek po porodzie, połogowe zapalenie błony śluzowej macicy, zakrzepicę, zaburzenia emocjonalne, łącznie z ujawnieniem się zaburzeń psychicznych, trudności z inicjacją i stabilizacją laktacji. Wśród późniejszych problemów WHO wymienia: nietrzymanie moczu lub stolca, zagrożenia dotyczące rozwoju chorób przewlekłych, które ujawniły się podczas ciąży, na przykład cukrzyca, nadciśnienie, niedoczynność tarczycy, ponadto wznowienie współżycia po porodzie i zaburzenia libido oraz wybór metody planowania rodziny po porodzie [8, 11]. W dokumencie z 2006 roku WHO zwraca uwagę, że połóg jest idealnym czasem na przekazanie informacji, między innymi z zakresu seksualności po porodzie [12].

Prezentowana publikacja przedstawia badania autorskie dotyczące przebiegu wizyty lekarskiej w połogu oraz porady co do wyboru metody planowania rodziny i seksualności po porodzie, z uwzględnieniem zaleceń WHO z 2005, 2006 i 2013 [12–14]. Analiza danych wskazuje na potrzebę rozszerzenia poradnictwa o interdyscyplinarny zespół, który przyczyni się do podniesienia standardu usług medycznych w połogu.

## Materiał i metody

W latach 2014–2017 na podstawie autorskiego anonimowego kwestionariusza, po uzyskaniu zgody na badanie od Komisji Bioetycznej WUM i na prze-

tworzenie danych osobowych, przebadano 266 kobiet w wieku prokreacyjnym z regionu Mazowsza, od których zebrano retrospektywnie informacje dotyczące 565 porodów. Ankiety podzielono na siedem części, w tym jeden oddzielny dział poświęcono w całości wizycie lekarskiej w położu. Respondentki odpowiadały na 8 pytań zamkniętych oraz jedno otwarte. Uzyskane dane poddano ilościowej analizie statystycznej, a także weryfikacji jakościowej. Celem badania było określenie poziomu satysfakcji pacjentki po odbytej wizycie położowej w odniesieniu do poruszanej tematyki dotyczącej seksualności i metod planowania rodziny po porodzie.

## Wyniki

Położnice w 66,5% pochodziły z miasta powyżej 100 tys. mieszkańców, a w 26% ze wsi lub małego miasta. Wyższe wykształcenie posiadało 85,7% matek, średnie lub pomaturalne około 13%. Wykształcenie ojca w 78,9% było wyższe, około 19% ojców miało wykształcenie średnie lub zawodowe. W momencie pierwszego porodu wiek rodziców wynosił średnio 28 lat u matki, 29 lat u ojca. Wiek rodziców przy kolejnych porodach wahał się średnio 31–36 lat.

Wśród respondentek poród siłami natury odbył się w 80,9%, drogą cięcia cesarskiego zakończono 18,1% porodów. Powikłany przebieg ciąży zgłosiło 52% ankietowanych, powikłania podczas porodu miało 9,2%. Ponad 90% kobiet podczas wizyty w położu karmiło wyłącznie piersią. Problemy laktacyjne wystąpiły u 45,7% pacjentek.

Na temat możliwych trudności występujących podczas współżycia nie rozmawiało z lekarzem prawie 70%. Rozmowę na ten temat odbyło 12,7% ankietowanych, około 17% respondentek nie pamięta, czy rozmawiało lub nie odpowiedziało na pytanie. Z informacji uzyskanej od lekarza na temat powrotu płodności po porodzie zadowolonych pacjentek było 26,2%, średnio zadowolonych 16,5%, niezadowolonych 33,3%. Nie odnotowano istotnych różnic w tym zakresie w zależności od wykształcenia kobiet lub miejsca ich zamieszkania.

Wśród proponowanych metod planowania rodziny zaleconych przez lekarza (tab. 1) najczęściej była antykoncepcja — 21,1%, metody naturalne stanowiły 18,6%. Metodę laktacyjnego braku miesiączki LAM (*lactation amenorrhea method*) polecono u 3,9%, LAM w połączeniu z metodami naturalnymi u 1,6% matek. Jedynie 14,3% kobiet zwróciło się o poradę dotyczącą rozpoznawania płodności po porodzie do doradcy rodzinnego.

Według odpowiedzi ankietowanych kobiet 70,7% uważa, że potrzebna jest rozmowa z lekarzem na temat trudności w relacji intymnej po porodzie, 12,8%

**Tabela 1. Metody planowania rodziny po porodzie, zalecone przez lekarzy**

	n	%
Laktacyjny brak miesiączki	22	3,9
Laktacyjny brak miesiączki + metody naturalne	9	1,6
Laktacyjny brak miesiączki + antykoncepcja	1	0,2
Metody naturalne	105	18,6
Antykoncepcja	119	21,1
Nie było rozmowy	196	34,7
Brak danych	69	12,2

uważa, że taka edukacja nie jest potrzebna lub nie mają zdania.

Poradę laktacyjną w czasie hospitalizacji po porodzie w szpitalu uzyskało 78,8% badanych, nie otrzymało jej prawie 16%, 5,4% nie pamięta, czy taka edukacja miała miejsce. Po wyjściu ze szpitala ponad 70% ankietowanych nie potrzebowało porady laktacyjnej, 21,6% matek skorzystało z konsultacji laktacyjnej, a u 8,1% brakuje danych.

Ankieta nie obejmowała pytań z zakresu wczesnej rehabilitacji dna miednicy po porodzie ani możliwych trudności emocjonalnych.

## Dyskusja

Zaprezentowane w pracy badania własne wskazują na niesatysfakcjonujący przebieg wizyty położowej, zwłaszcza w zakresie planowania rodziny i seksualności po porodzie. Badania innych autorów także to potwierdzają (nawet u 85% konsultowanych kobiet), główną częścią wizyty jest badanie ginekologiczne, ewentualnie krótka porada antykoncepcyjna [15–17].

Pomijanie tematyki seksualności po porodzie oraz możliwych trudności w relacjach intymnych może negatywnie korelować z jakością i czasem ponownej poporodowej inicjacji seksualnej oraz przyszłej relacji intymnej i komunikacji rodziców [18, 19].

### Problem seksualności po porodzie

Z kanadyjskiego przeglądu 123 prac, publikowanych w ciągu ostatnich 15 lat, z zakresu seksuologii perinatalnej wynika istnienie poporodowego zjawiska rocznej fluktuacji w zakresie relacji intymnych rodziców. Fenomen ten uznano za naturalne wydarzenie, uwarunkowane czynnikami fizjologicznymi i psychologicznymi u obojga partnerów seksualnych [20]. Fakt ten nie powinien zwalniać lekarza z omówienia tych zagadnień z parą. Podobnie tematyka profilaktyki okłoporodowych zaburzeń w obrębie mięśni dna miednicy, korzyści płynące z karmienia piersią i wiele innych

powinny być omówione podczas konsultacji położkowej. W naszym badaniu można jedynie przypuszczać, że na te zagadnienia zabrakło czasu, skoro nie odbyła się rozmowa na temat seksualności perinatalnej i powrocie płodności po porodzie. Część badaczy zwraca uwagę, że częściej problemy dysfunkcji seksualnych dotyczą kobiet po pierwszym porodzie, karmiących wyłącznie piersią [11, 19, 21–23].

W badaniu ankietowym Centrum Nauki o Laktacji (CNOL) z 2017 roku przeprowadzonym wśród 15 tysięcy polskich matek, 80% zostało zapytanych, czy karmią piersią, ale tylko 1/3 z nich zachęcano do kontynuowania karmienia naturalnego i pytano o potencjalne problemy z laktacją. Większość matek, nawet jeżeli mogła opowiedzieć o swoich problemach w karmieniu, nie uzyskała od lekarzy porady, a tylko u 15% matek zbadano piersi [24]. Wynik badania autorów niniejszej pracy potwierdził potrzebę dostępu do konsultanta laktacyjnego jeszcze podczas pobytu w szpitalu (niewielka grupa kobiet potrzebowała jej później). Większość ankietowanych matek karmiła wyłącznie piersią w 6. tygodniu połogu, co potwierdza wysoką jakość udzielanych konsultacji. Negatywna interakcja pomiędzy laktacją a seksualnością po porodzie nie jest jednoznaczna, co koreluje z badaniami własnymi [10].

Liczne dane wskazują, że coraz więcej kobiet nie chce rodzić naturalnie z powodu obaw o jakość współżycia po porodzie [25, 26]. W badaniu Pukall wsp. [27] 21% ankietowanych kobiet stwierdziło, że cięcie cesarskie uchroni je przed problemami seksualnymi, podając za źródło tej wiedzy media [27]. Być może objęcie opieką lekarską kobiety w okresie pre- i postnatalnym przez jednego lekarza prowadzącego dałoby czas na satysfakcjonującą poradę, dotyczącą seksualności i innych problemów w ciąży i połogu, i w ten sposób uchroniłoby część kobiet przed cięciem cesarskim bez rzeczywistych wskazań [25, 26]. Wyniki badań własnych nie potwierdzają jednoznacznie zależności jakości współżycia po porodzie od drogi narodzin [10]. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety, niezależnie od rodzaju porodu, wykazują większą aktywność seksualną przed ciążą. Kobiety prawie dwukrotnie częściej niż mężczyźni oceniają swój poziom satysfakcji ze współżycia po porodzie jako niższy [28, 29].

W jednym z polskich badań 34,7% ankietowanych kobiet odczuwało ból w okolicy rany po cięciu cesarskim, a od 41 do 67% kobiet zgłaszało ból krocza po naturalnym porodzie z nacięciem [30]. Ponadto, kobiety po cięciach cesarskich mają częściej problem z inicjacją laktacji, co dodatkowo może wpływać na stan ogólny położnicy [31, 32].

Według badań Sipińskiego i wsp. 76% pacjentek nie otrzymało informacji przy wypisie ze szpitala na temat

aktywności seksualnej, 14% ankietowanych zainicjowało rozmowę. Jedynie 8% uzyskało pełną informację. Podczas wizyty położkowej pełną informację na temat współżycia seksualnego otrzymało 38% ankietowanych, 12% otrzymało wiedzę na własną prośbę, a 50% nie uzyskało żadnej informacji [33]. Badanie ankietowe 100 kobiet: 43 kobiet ciężarnych oraz 57 kobiet po porodzie (położnic), w wieku 19–40 lat, przeprowadzone przez Toporską i wsp. [34], potwierdza, że dla 84 kobiet źródłem wiedzy na temat ciąży, porodu i połogu jest literatura i książki, dla 96 ankietowanych był lekarz lub położna, dla 45 pacjentek źródłem informacji była rodzina i znajomi, 12 kobiet szukało wiedzy w Internecie. Źródłem wiedzy o połogu powinny być również Szkoły Rodzenia [35]. Z 212 położnic ze Śląska wiedzę dotyczącą problematyki położkowej od lekarza uzyskało około 6% kobiet [36]. Być może niska ocena konsultacji w połogu ma również wpływ na jej jakość [14].

### Metody planowania rodziny po porodzie

Najczęściej rekomendowaną przez lekarzy metodą planowania rodziny po porodzie jest antykoncepcja hormonalna, co potwierdzają nasze obserwacje. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca jako „złoty standard” na pierwsze ½ roku życia dziecka dla matek karmiących wyłącznie piersią i niemiesiącujących, metodę LAM [37, 38]. Według badań efektywność metody LAM wynosi 98–99,3% i jest porównywalna do chirurgicznej sterylizacji [39], dlatego nie zaleca się stosowania dodatkowej antykoncepcji w celu uniknięcia efektu tak zwanej podwójnej ochrony przed nieplanowanym poczęciem dziecka. Amerykańska Agencja Międzynarodowego Rozwoju (USAID, *United States Agency for International Development*, *United States Agency for International Development*) uznaje sposoby rozpoznawania płodności, w tym LAM, za nowoczesne metody planowania rodziny ze względu na spełnianie następujących kryteriów: wysoka efektywność, bezpieczeństwo i nieszkodliwość stosowania, zasady oparte na fizjologii rozrodu, prawidłowo sformułowane protokoły dla użytkowników i dobranie grup kobiet w różnych sytuacjach [40].

U wielu kobiet po porodzie istnieje lęk przed kolejną ciążą. Potwierdzają to wyniki badań Sipińskiego i wsp. [33], w których 27% ankietowanych deklaruje tę obawę. Udowodniono, że zapoznanie i wytłumaczenie kobietom zasad rozpoznawania naturalnego powrotu płodności po porodzie zmniejsza lęk i stres związany z nieplanowaną ciążą i przyczynia się do poprawy relacji małżeńskich. Według USAID zaznajomienie się obojga partnerów z naturalnymi procesami regulacji płodności podczas kursu prowadzonego przez profesjonalnie przeszkolony personel medyczny lub w Pol-

sce również przez kompetentnych dyplomowanych doradców rodzinnych oraz pozostawienie rodzicom decyzji o czasie podjęcia współżycia seksualnego, brak potrzeby stosowania dodatkowych technik antykoncepcyjnych i konieczności konsultacji lekarskiej, sprzyja ich akceptacji wśród użytkowników [40, 41]. W nieopublikowanym badaniu własnym z 2019 roku, dotyczącym zagadnień powrotu płodności po porodzie, poruszanych podczas zajęć w wybranych Szkołach Rodzenia w Polsce, wynika, że wśród 29 osób prowadzących zajęcia w Szkołach Rodzenia, tj. 25 położnych, jednej pielęgniarki oraz 3 lekarzy, 13 osób, tj. prawie 50 % telefonicznie ankietowanych, potwierdziło omówienie metody LAM w ramach tematyki regulacji poczuc lub zasad karmienia piersią. Pozostałych 16 ankietowanych nie wspomina o LAM, w związku z brakiem czasu i zainteresowania słuchaczy oraz uznaniem, że temat ten poruszy położna podczas wizyty w położu. O innych metodach planowania rodziny w ogóle się nie wspomina, pozostawiając to lekarzowi na czas wizyty w położu. Tematyka seksualności po porodzie podczas edukacji w Szkołach Rodzenia jest całkowicie pomijana [42]. Wyniki badań Sipińskiego i wsp. [33] wykazały, że 66 pacjentek na 100 przebadanych nie prowadzi obserwacji cyklu miesięczkowego, 15% karmiących piersią nie stosuje żadnej antykoncepcji i 5 pacjentek nie podejmuje współżycia seksualnego w okresie 12 miesięcy po porodzie. Spośród ankietowanych kobiet jedynie 5% stosuje naturalne metody planowania rodziny, 40% stosowało prezerwatywy, 30% stosunek przerywany, 17% kobiet karmiących stosowało antykoncepcję hormonalną. Wspólnie z partnerem decyzje o rodzaju antykoncepcji podejmowało 32% ankietowanych, 26% kobiet podejmowało decyzję samodzielnie, w 18% przypadków wpływ miał lekarz ginekolog. Braki z zakresu wiedzy o tempie powrotu płodności po porodzie oraz wyboru metody planowania rodziny, w zależności od sposobu karmienia dziecka oraz potrzeb i oczekiwań rodziców, może wypełnić jeszcze przedporodowa konsultacja z położną, lekarzem lub innym pracownikiem służby zdrowia i poradnictwa rodzinnego, a dopełnić w położu może zespół multidyscyplinarny [43, 44].

### **Fizjoterapia mięśni dna miednicy po porodzie/fizjoterapia narządu rodowego i blizny po cięciu cesarskim**

Fizjoterapeuta jest ważnym członkiem zespołu konsultantów i spełnia zadania edukacyjne w zakresie fizjoterapii kobiecego dna miednicy, które uczestniczy w procesach kontyngencji moczu i stolca, a także w reakcji seksualnej. Coraz częściej polecany jest trening mięśni dna miednicy (MDM) i terapia uroginekologicz-

na w celu profilaktyki zaburzeń okołoporodowych [45, 46]. Jednak wciąż za mało kobiet ma tego świadomość, co potwierdzają wyniki badań — około 20–26,2% [47, 48] kobiet we wczesnym okresie położu deklaruje, że nie słyszało wcześniej nic na temat MDM. Według Vodusek i wsp. [49] oraz Bump i wsp. [50] ponad 30% zdrowych kobiet nie potrafi samodzielnie napiąć MDM. Podobnie kształtuje się sytuacja pacjentek we wczesnym okresie położu: blisko 1/3 nie potrafi świadomie uruchomić struktur MDM [47, 48, 51]. Fizjoterapeuta uroginekologiczny może być odpowiedzialny za naukę i ewaluację poprawnej aktywacji MDM, na podstawie badań palpacyjnych i biofeedback [45] oraz wdrażanie wczesnej terapii w przypadku pierwszych objawów wysiłkowego nietrzymania moczu lub tendencji do zaburzeń statyki narządu rodowego [52]. Terapią może zostać objęta także blizna po epizjotomii i cesarskim cięciu. Wizyta u fizjoterapeuty uroginekologicznego pozwala na modyfikację codziennych aktywności, trening behawioralny oraz wprowadzenie elementów autoterapii i edukacji związanej ze zdrowiem seksualnym [53], ponadto pozwala na wspólne oglądanie struktur krocza, wyjaśnienie wątpliwości związanych ze zmianami anatomicznymi oraz omówienie i przećwiczenie technik, ułatwiających powrót do aktywności seksualnej (pozycja, oddech lub odpowiednia aktywacja/relaksacja MDM). Sprzyja to zmniejszeniu lęku związanego z podjęciem aktywności seksualnej po porodzie. Odczuwany przez kobiety pośpiech, zbyt fachowe nazewnictwo medyczne oraz brak partnerskich relacji i podmiotowego traktowania z uwzględnieniem emocjonalnych aspektów związanych z okresem położu, pozostawia niedosyt po konsultacji lekarskiej [54]. Zespół interdyscyplinarny w składzie lekarz, położna, fizjoterapeuta uroginekologiczny, doradca laktacyjny, psycholog oraz doradca rodzinny i dietetyk może uzupełnić edukację poporodową i przyczyni się do podwyższenia standardu oferowanych usług w położu oraz kontynuacji w okresie późniejszym. Jest to idea spójna z 6. punktem ministerialnego programu zdrowia na lata 2016–2020 pt. „Poprawa zdrowia prokreacyjnego” [55].

### **Wnioski**

1. Prawie 2/3 badanych kobiet nie uzyskało od lekarza informacji dotyczącej seksualności po porodzie i uważa, że potrzebna jest edukacja w zakresie problematyki, dotyczącej relacji intymnej po porodzie oraz możliwych problemów.
2. Ponad 1/3 badanych kobiet nie rozmawiała z lekarzem na temat wyboru metody planowania rodziny po porodzie oraz wyrażało niezadowolenie

- z informacji uzyskanej podczas wizyty lekarskiej, dotyczącej powrotu płodności po porodzie.
- Pomimo zaleceń WHO i USAID, metodę LAM na pierwsze półrocze życia dziecka u matek karmiących wyłącznie piersią polecono sporadycznie, zaś metody rozpoznawania płodności tylko u niecałej ¼ ankietowanych kobiet.
  - Wiedza o powrocie płodności i wyborze metody planowania rodziny po porodzie może częściowo pochodzić z zajęć Szkół Rodzenia lub książek i Internetu, rzadko jest przekazywana kompetentnie podczas wizyty w położu i mniej niż 1/7 badanych zwróciła się o poradę do doradcy rodzinnego.
  - Jakość konsultacji lekarskiej w położu, w naszym badaniu i przeglądzie piśmiennictwa, jest oceniana miernie i wskazuje na wymóg podniesienia jej standardu oraz wzbogacenie o możliwość konsultacji zespołu interdyscyplinarnego, będącego w stanie współpracować i wzajemnie się uzupełniać dla dobra pacjentek i ich rodzin, co potwierdzają rekomendacje WHO i doniesienia z literatury przedmiotu.

## Piśmiennictwo:

- Katz V. Postpartum care. In: Gabbe SG. ed. *Obstetrics: normal and problem pregnancies*. Churchill Livingstone 1986: 623–647.
- Słomko Z. *Medycyna perinatalna*. PZWL, Warszawa 1986.
- Pritchard AP, MacDonald PC, Gant NF. *The puerperium*. Williams Obstetrics: Appleton-Century-Crofts/Norwalk, Connecticut USA. 1985; 17: 367.
- Pschyrembel W, Dudenhausen J. *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*. PZWL, Warszawa 1997.
- Filipek K, Marcyniak ME, Kuran J. Rozpoczęcie współżycia płciowego po zakończonym położu. *Seksuologia Polska*. 2014; 12(1).
- Benson RC. *Położnictwo i ginekologia*. Warszawa 1988: 230.
- 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/).
- Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. 1998. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66439/WHO\\_RHT\\_MSM\\_98.3.pdf;jsessionid=FF2FADBF2747D8BD-C32B01EC9011C6D9?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66439/WHO_RHT_MSM_98.3.pdf;jsessionid=FF2FADBF2747D8BD-C32B01EC9011C6D9?sequence=1). Accessed 31.01.2020..
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozdział XIV pkt 10.10.
- Ślizień-Kuczapska E, Młyńska S, Rabijewski M. Seksualność kobiet karmiących piersią w pierwszym roku po narodzinach na podstawie wstępnej analizy klinicznej. 2019; 17: 28–34.
- Botros SM, Abramov Y, Miller JJR, et al. Effect of parity on sexual function: an identical twin study. *Obstet Gynecol*. 2006; 107(4): 765–770, doi: [10.1097/01.AOG.0000207677.03235.76](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000207677.03235.76), indexed in Pubmed: [16582110](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16582110/).
- Fort, AL, Kothari, MT, Abderrahim N, Postpartum care: levels and determinants in developing countries. Calverton, Maryland, USA, Macro International, 2006. [http://www.measuredhs.com/pubs/pub\\_details.cfm?ID=676](http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=676).
- The world health report 2005: make every mother and child count. Geneva, World Health Organization, 2005.
- WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013. [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/) (31.01.2020).
- Barrett G, Pendry E, Peacock J, et al. Women's sexual health after childbirth. *BJOG*. 2000; 107(2): 186–195.
- Basirnia A, Sahimi-Izadian E, Arbabi M, et al. Systematic review of prevalence of sexual disorders in Iran. *Iran J Psychiatry*. 2007; 2(4): 151–156.
- Symon A, MacKay A, Ruta D. Postnatal quality of life: a pilot study using the mother-generated Index. *J Adv Nurs*. 2003; 42(1): 21–29, doi: [10.1046/j.1365-2648.2003.02575.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02575.x), indexed in Pubmed: [12641808](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12641808/).
- Smoliński R. Seksualność kobiet w ciąży i położu. In: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. ed. *Podstawy seksuologii*. PZWL, Warszawa 2010: 133–138.
- 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/).
- Pierrepont Cde, Polomeno V, Bouchard L, et al. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité — Partie 2. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2016; 45(8): 809–820, doi: [10.1016/j.jgyn.2015.11.001](https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.11.001).
- Szajewska H, Horvath A, Rybak A, et al. Karmienie piersią — stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. *Standardy Medyczne/Pediatrics*. 2016(13): 9–24.
- WHO UNICEF. Tracking progress for breastfeeding policies and programmes: Global breastfeeding scorecard 2017. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017/en/> (31.01.2020).
- Holanda J, Abuchaim E, Coca K, et al. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2014; 27(6): 573–578, doi: [10.1590/1982-0194201400093](https://doi.org/10.1590/1982-0194201400093).
- Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej? Wizyty położne podstawowej opieki zdrowotnej i u ginekologa położnika. Raport z badania ankietowego 2017. Centrum Nauki o Laktacji. [http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/raport\\_2017.pdf](http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/raport_2017.pdf) (31.01.2020).
- Kalbarczyk B, Bobiński M, Szatanek M, et al. Seksualność kobiety w położu. *Wiadomości Lekarskie*. 2018; 2(II): 424.
- Machaj A, Stankowska I. Poczucie atrakcyjności seksualnej kobiet w wieku prokreacyjnym po przebiegu ciąży i okresu karmienia piersią. *Nowiny Lekarskie*. 2011; 80(5): 323–333.
- Cappell J, Pukall CF. Perceptions of the effects of childbirth on sexuality among nulliparous individuals. *Birth*. 2018; 45(1): 55–63, doi: [10.1111/birt.12321](https://doi.org/10.1111/birt.12321), indexed in Pubmed: [29164677](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29164677/).
- Marcinkowska U, Kulig M, Lichoń M, et al. Ocena współżycia seksualnego kobiet i mężczyzn w świetle porodów tradycyjnych i rodzinnych. *Ann Acad Med Siles*. 2013; 67(3): 179–183.
- Yee LM, Kaimal AJ, Nakagawa S, et al. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *J Midwifery Womens Health*. 2013; 58(6): 654–661, doi: [10.1111/jmwh.12068](https://doi.org/10.1111/jmwh.12068), indexed in Pubmed: [24325662](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24325662/).
- Zyśk N, P D. Wpływ macierzyństwa na seksualność kobiet. *Pol Prz Nauk Zdr*. 2015; 1(42): 5–12.
- Ślizień-Kuczapska E, Nehring-Gugulska M. Regulacja procesu wytwarzania pokarmu. In: Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. ed. *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017: 43–50.
- Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16: 90, doi: [10.1186/s12884-016-0876-1](https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1), indexed in Pubmed: [27118118](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27118118/).
- Sipiński A, Kazimierzczak M, Ciesielska B. Zachowania seksualne kobiet karmiących. *Seksuologia Polska*. 2005; 3(2): 52–59.
- Toporska A. Wiedza kobiet na temat zachowań zdrowotnych w okresie ciąży i położu. *Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego*. 2008; 31(2): 79–94.

35. Iwanowicz-Palus G, Jędrzejewska L. Czy warto certyfikować szkoły rodzenia? *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2016(11): 33–35.
36. Czerwińska-Osipiak A, Pięta B, Kamińska J, et al. Opieka nad kobietą w położu w świetle polskich i światowych zaleceń. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2018; 17(3): 65–68.
37. Breastfeeding as a family planning method. *The Lancet*. 1988; 332(8621): 1204–1205, doi: [10.1016/s0140-6736\(88\)90279-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(88)90279-6).
38. Lobbok MH, Perez A, Valdes V, et al. The Lactational Amenorrhea Method (LAM): a postpartum introductory family planning method with policy and program implications. *Adv Contracept*. 1994; 10(2): 93–109, doi: [10.1007/BF01978103](https://doi.org/10.1007/BF01978103), indexed in Pubmed: [7942265](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7942265/).
39. Lewandowska A. Powrót płodności po porodzie oraz LAM — Lactational Amenorrhea Method. [http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/LAM-Lactational-Amenorrhea-Method-oraz\\_powr%C3%B3t-p%C5%82odno%C5%9Bci-po-porodzie-Aleksandra\\_Lewandowska.docx](http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/LAM-Lactational-Amenorrhea-Method-oraz_powr%C3%B3t-p%C5%82odno%C5%9Bci-po-porodzie-Aleksandra_Lewandowska.docx). (31.01.2020).
40. Malarcher S, Spieler J, Fabic M, et al. Fertility awareness methods: distinctive modern contraceptives. *Global Health: Science and Practice*. 2016; 4(1): 13–15, doi: [10.9745/ghsp-d-15-00297](https://doi.org/10.9745/ghsp-d-15-00297).
41. Cerańska-Goszczyńska H. Karmienie piersią. Laktacyjna niepłodność poporodowa. In: Troszyński M. ed. *Rozpoznawanie płodności. Materiały edukacyjno-dydaktyczne dla nauczycieli NPR, pracowników służby zdrowia oraz zainteresowanych zdrowiem prokreacyjnym*. Bonami, Warszawa 2013: 191–196.
42. Ślizień Kuczapska E., Piątkowska J. Nieopublikowane badanie własne. Zagadnienia powrotu płodności po porodzie, metod planowania rodziny i seksualności zawarte w programach wybranych Szkół Rodzenia w Polsce, 2019.
43. Kaźmierczak M, Gebuza G, Gierszewska M, et al. Ocena poziomu wiedzy położnic na temat okresu położu. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*. 2010; 3(4): 296–301.
44. Ślizień-Kuczapska E, Żukowska-Rubik M, Sys DW. W trosce o rozwój zdrowia prokreacyjnego rodziny. *Poradnictwo medyczne i pozamedyczne w promocji karmienia piersią oraz zagadnień naturalnego powrotu płodności po porodzie Fides et Ratio*. 2018; 2(34): 50–73.
45. Butler R. Clinical Updates in Women's Health Care Summary: The Role of Physical Therapy in Obstetric-Gynecologic Practice: Primary and Preventive Care Review. *Obstet Gynecol*. 2018; 132(3): 809, doi: [10.1097/AOG.0000000000002823](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002823), indexed in Pubmed: [30134423](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30134423/).
46. Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019; 31(6): 485–493, doi: [10.1097/GCO.0000000000000584](https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000584), indexed in Pubmed: [31609735](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31609735/).
47. Łataś-Zagrajek K, Starzec M, Sierdziński J, et al. Ability to activate pelvic floor muscles among women during the early postpartum period – initial findings. *Rehabilitacja Medyczna*. 2019; 23(1): 23–28.
48. Vermandel A, De Wachter S, Beyltsens T, et al. Pelvic floor awareness and the positive effect of verbal instructions in 958 women early postdelivery. *Int Urogynecol J*. 2015; 26(2): 223–228, doi: [10.1007/s00192-014-2483-x](https://doi.org/10.1007/s00192-014-2483-x), indexed in Pubmed: [25062656](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25062656/).
49. Vodušek D. Neuroanatomy and neurophysiology of pelvic floor muscles. *Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor*. 2015: 35–42, doi: [10.1016/b978-0-7020-4443-4.00004-2](https://doi.org/10.1016/b978-0-7020-4443-4.00004-2).
50. Bump R, Hurt WG, Fantl JA, et al. Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1991; 165(2): 322–329, doi: [10.1016/0002-9378\(91\)90085-6](https://doi.org/10.1016/0002-9378(91)90085-6).
51. Sriboonreung T, Wongtrangan S, Eungpinichpong W, et al. Effectiveness of pelvic floor muscle training in incontinent women at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital: a randomized controlled trial. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2011; 94(1): 1–7.
52. McKinney J, Keyser L, Clinton S, et al. ACOG Committee Opinion No. 736 Summary: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*. 2018; 131(5): 949–951, doi: [10.1097/AOG.0000000000002628](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002628), indexed in Pubmed: [29683906](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29683906/).
53. McKinney J, Keyser L, Clinton S, et al. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*. 2018; 132(3): 784–785, doi: [10.1097/AOG.0000000000002849](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002849), indexed in Pubmed: [30134408](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30134408/).
54. Synowiec-Piłat M. Percepcja umiejętności interpersonalnych (komunikacyjnych) lekarzy ginekologów. *Gin Prakt*. 2003; 11(3): 19–24.
55. Ministerialny Program Zdrowia na lata 2016-2020. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/6-poprawa-zdrowia-prokreacyjnego>.