

Uwarunkowania seksualności kobiet ciężarnych w Polsce

Determinants of pregnant women's sexual behavior in Poland

ANNA MAJDA, JOANNA ZALEWSKA-PUCHAŁA, ALICJA KAMIŃSKA, JOANNA SKLORZ

Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wstęp. Seksualność jest ściśle powiązana z pojęciem zdrowia seksualnego, którego badaniom poświęcono wiele uwagi w XX wieku. Badane były i są nadal kolejne etapy życia seksualnego człowieka, w tym kobiety ciężarne.

Cel badań. Próba identyfikacji uwarunkowań seksualności kobiet ciężarnych w Polsce.

Materiał i metody. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wykorzystano dwa narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz wystandaryzowany Kwestionariusz Wsparcia Społecznego ISSB. Badaniem za pomocą serwisu internetowego, objęto 100 kobiet z ciążą donoszoną (38 do 42 Hbd).

Wyniki. Występowanie powikłań w ciąży skutkowało rzadszym współżyciem i mniejszymi potrzebami seksualnymi. Na spadek poziomu potrzeb seksualnych znaczny wpływ miał także przyrost masy ciała w trakcie trwania ciąży. Wyznawana religia nie miała istotnego wpływu na poziom potrzeb seksualnych. Ciężarne mieszkanki wsi miały zdecydowanie większe potrzeby seksualne niż kobiety w ciąży zamieszkujące w mieście. Na częstość orgazmów wpływała stymulacja oralno-genitalna, uczucie zjednoczenia po immisji i pobudzenie narządkiem. Istotny wpływ na wzrost poziomu potrzeb seksualnych kobiet w ciąży miał wyższy poziom wsparcia emocjonalnego i informacyjnego.

Wnioski. Na uwarunkowania seksualnej sfery życia kobiet ciężarnych składały się czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczno-kulturowe.

Słowa kluczowe: seksualność, kobiety, ciąża

Introduction. Sexuality is closely related to the notion of sexual health. A lot of attention was devoted to it in the research on sexual health in the twentieth century. During this time, the stages of human sexual life, including the pregnancy period, were examined.

Aim. The attempt to identify the determinants of pregnant women's sexual behavior in Poland.

Material & Methods. A diagnostic poll method – a questionnaire technique – was used in the study. Two research tools were used: a questionnaire survey and a standardized Social Support Questionnaire ISSB. The study was conducted via the Internet and included 100 women with full-term pregnancy (38 to 42 Hbd). To study the relationship between the variables, the chi-square test and the Spearman correlation coefficient were used.

Results. The occurrence of complications associated with the current pregnancy resulted in less frequent intercourse and fewer sexual needs. Weight gain during pregnancy had a significant impact on the decline in sexual needs. The avowed religion did not have a significant influence on the level of sexual needs. Pregnant residents of villages had significantly greater sexual needs than pregnant women living in the city. The frequency of orgasms was affected by: oral genital stimulation, a feeling of unity after intercourse, and overall stimulation. A higher level of emotional and informational support had a significant impact on the increase of sexual needs of pregnant women.

Conclusions. The sexual sphere in life of pregnant women was determined by biological, psychological and socio-cultural factors.

Key words: sexuality, women, pregnant

© Hygeia Public Health 2014, 49(4): 864-869

www.h-ph.pl

Nadesłano: 14.10.2014

Zakwalifikowano do druku: 30.10.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Anna Majda

Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Collegium Medicum

Uniwersytet Jagielloński

ul. Michałowskiego 12, 31-126 Kraków

tel. 506 267 170, 12 632 48 81, e-mail: majdanna@poczta.onet.pl

Wstęp

Seksualność jest ściśle związana z pojęciem zdrowia seksualnego, które do końca dwudziestego wieku utożsamiane było ze zdolnością do prokreacji i odbywania stosunku pochwowego. Wyjątkiem była kultura chińska, w której oznaczało ono również harmonię z naturą [1]. W kulturze europejskiej zainteresowanie tematyką seksu uznawane było za patologię, piętnowano masturbację, twierdzono, iż odczuwanie przyjemności seksualnej nie dotyczy kobiet [1]. Stopniowo

poglądy te zaczęły ulegać zmianom. Seksualność zaczęła być definiowana jako „wrodzona, naturalna potrzeba i funkcja organizmu ludzkiego, podobnie jak oddychanie, procesy trawienia i inne [2]. Dziś lekarz rodzinny pyta kobietę o życie seksualne, aby ustalić czy jest z niego zadowolona, czy wymaga pomocy seksuologa, czy zaburzenia w tej sferze nie świadczą o nieprawidłowym leczeniu innych schorzeń takich, jak np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, depresja.

Seksualność jest sferą funkcjonowania człowieka, na którą składa się komponenta biologiczna, psychologiczna oraz społeczno-kulturowa [3]. Złożoność uwarunkowań seksualności wiąże się z istnieniem różnych norm seksualnych: prawnych, religijnych, obyczajowych, środowiskowych, kulturowych, etycznych, medycznych, statystycznych, partnerskich i indywidualnych [4]. Seksualność może wyrażać się w postaci potrzeb i zachowań seksualnych oraz częstotliwości kontaktów płciowych. To także odczuwanie orgazmu, czy poczucia atrakcyjności.

Ludzkie reakcje seksualne zależą między innymi od faktu planowania i przebiegu ciąży, doświadczeń z poprzednich ciąż, stanu zdrowia ciężarnej, poczucia własnej wartości i atrakcyjności, otrzymywanego wsparcia [1]. Zachowania seksualne w okresie macierzyństwa mają wymiar poza prokreacyjny i zależą także od wielu determinantów [5]. Wzrost masy ciała i zmiany wyglądu, mogą wpływać negatywnie na samoocenę, uniemożliwiać niektóre pozycje seksualne, prowadzić do zaprzestania, bądź ograniczenia współżycia w ciąży. W sytuacji ciąży niechcianej/nieplanowanej i negatywnej postawy partnera, częstym zjawiskiem jest niechęć do współżycia. W niektórych kulturach świata stosunki z ciężarną uważa się za konieczne dla „rozbudowy” dziecka, zachęca się małżonków do współżycia, w innych z kolei zaleca się ograniczenie, a nawet zakazuje się go. W kulturach stawiających na pierwszym miejscu komfort psychiczny i ochronę ciężarnych, istnieje większa tendencja do zaprzestania współżycia. W kulturach nastawionych na szybki tryb życia, sukces zawodowy itp. obserwuje się wyższe wskaźniki stresu i liczne zaburzenia seksualne [6, 11]. W Pakistanie i Nigerii panuje przekonanie, że spółkowanie w czasie ciąży poszerza pochwę i przyspiesza poród. W Iranie natomiast, kobiety zgłaszają lęk przed przerwaniem błony dziewiczej żeńskiego płodu, w wyniku penetracji matki [7, 8]. W Polsce wzrasta poziom samoświadomości seksualnej kobiet w ciąży [9]. Jednak mimo, zdawałoby się, rozpowszechnionej wiedzy na temat przeciwwskazań do współżycia w ciąży, nadal wśród przyszłych matek istnieje obawa o jego negatywny wpływ na dziecko. Wpływu na te obawy można doszukiwać się m.in. w wierzeniach magicznych, zabobonach, czy poglądach religijnych na temat związku zachowań seksualnych z dobrostanem dziecka [10]. Poglądy te, czy też wierzenia, nie mają żadnego oparcia w badaniach naukowych, które donoszą, iż kobiety, które były aktywne seksualnie dłużej (do ok. 32 tygodnia ciąży), rodziły dzieci z wyższą masą urodzeniową [11]. Niektórzy lekarze zalecają zaniechania współżycia w ostatnich tygodniach ciąży, z uwagi na możliwość wywołania porodu przedwczesnego, zakażenia chorobami przenoszonymi drogą

płciową [12]. Powstrzymanie się ciężarnej od współżycia jest bezwzględnie konieczne w przypadku niektórych powikłań ciąży, np. krwawienia [13]. W opinii badaczy libido zmniejsza się w pierwszym trymestrze ciąży, zwłaszcza u kobiet, które nie rodziły [14, 15]. Drugi trymestr ciąży charakteryzuje się znacznym wzrostem potrzeb seksualnych [14, 16]. Trzeci trymestr ciąży, to czas ponownej niżki libido. Istotną rolę odgrywa w niej obawa o stan dziecka i przebieg porodu, zwłaszcza jeśli poprzednie ciążę zakończyły się niekorzystnie [17, 18]. Do spadku libido w ciąży może prowadzić wzrost wytwarzania androgenów oraz hormonów tarczycy i nadnerczy oraz zwiększona ilość prolaktyny w surowicy krwi [19]. Wiele też zależy od osobowości samej ciężarnej. Przyjmuje się, że kobiety o predyspozycjach do histeryzowania, częściej odczuwają spadek libido [20]. Zauważono wyższy poziom libido, jeśli w dzieciństwie kobieta utrzymywała dobre relacje z ojcem. W przypadku więzi z matką, nie jest to, aż tak odczuwalne [7].

Cel badań

Próba identyfikacji uwarunkowań seksualności kobiet ciężarnych w Polsce.

Materiał i metody

W badaniach wykorzystana została metoda sondażu diagnostycznego, technika ankietowa, obejmująca kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz Kwestionariusz Wsparcia Społecznego ISSB (*Inventory of Socially Supportive Behaviours*) [21].

Kwestionariusz ankiety własnego autorstwa składał się 27 pytań, z których 12 dotyczyło danych socjo-demograficznych. Pozostałe dotyczyły odczuć, postaw i zachowań badanych kobiet ciężarnych, oraz ich mężów/partnerów. Pytania były pytaniami zamkniętymi lub półotwartymi, jednokrotnego bądź wielokrotnego wyboru. Kwestionariusz Wsparcia Społecznego ISSB autorstwa M. Barrera w polskiej adaptacji H. Sęk składał się z 40 pytań, które odnosiły się do zdarzeń występujących w ciągu ostatniego miesiąca. Kwestionariusz określał subiektywne odczuwanie 4 rodzajów wsparcia społecznego: instrumentalnego, informacyjnego, emocjonalnego i wartościującego. Badane kobiety miały za zadanie wskazać na pięciostopniowej skali Likerta, częstotliwość występującego w pytaniu zjawiska (5 pkt – prawie codziennie, 4 pkt – kilka razy w tygodniu, 3 pkt – raz w tygodniu, 2 pkt – raz lub dwukrotnie, 1 pkt – w ogóle nie) [21-24].

Analiza statystyczna zebranego materiału została wykonana z wykorzystaniem programu R (wersja 3.0.0) w oparciu o test χ^2 , współczynnik korelacji Spearmana. Założony poziom istotności p wynosił 0,05.

Dobór grupy był celowy, kryterium włączenia do badań było deklарowanie przez ankietowane ukończenie 38 do 42 tygodnia ciąży. Badania zostały przeprowadzone za pomocą serwisu internetowego przystosowanego do tworzenia ankiet i testów, w okresie od 25 lutego do 24 marca 2013 roku. Poprzedzone były 4-dniowym badaniem pilotażowym, które miało na celu sprawdzenie stopnia zwracalności kwestionariuszy oraz zrozumiałość zawartych w nich sformułowań dla ankietowanych. Wszystkie respondenci zostały poinformowane o celu badań, ich anonimowości, sposobie wykorzystania uzyskanych wyników oraz o możliwości odstąpienia od udziału w nich, na każdym etapie wypełniania narzędzi badawczych. Analizie poddano dane uzyskane od 100 kobiet z ciążą donoszoną (38 do 42 Hbd), które odpowiedziały na wszystkie pytania zawarte w narzędziach badawczych. Średni wiek ankietowanych wynosił 27 lat (SD=4,1) i wahał się od 19 do 37 lat. Do 25 lat miało 46% badanych, 25-30 lat – 36%, a powyżej 30 lat – 18%. W mieście powyżej 100 tys. mieszkańców mieszkało 58% uczestniczek badania, na wsi 21% i również 21% w mieście do 100 tys. mieszkańców. Wykształcenie wyższe miało 82% badanych, wykształcenie średnie 17%, a podstawowe 1%. Umysłowo pracowało 62% uczestniczek badania, 26% nie pracowało, a 12% pracowało fizycznie. Jako osoby wierzące deklarowało się 90% badanych. Spośród uczestniczek, które deklarowały się jako osoby wierzące – 47% było praktykujących, 43% praktykowało rzadko, a 10% nie praktykowało w ogóle. Katolicyzm wyznawało 87% badanych, 11% badanych nie określiło wyznawanej religii, 1% badanych wyznawał prawosławie i również 1% badanych judaizm mesjanistyczny. W związku małżeńskim było 87% uczestniczek badania, w związku partnerskim 13% badanych. Dla 68% badanych była to pierwsza ciąża, dla 26% druga, a dla 6% trzecia ciąża. U 89% ankietowanych ciąża przebiegała bez powikłań, u 11% wystąpiły powikłania.

Wyniki

Mężowie/partnerzy 91% badanych pozytywnie zareagowali na wieść o ciąży, mężowie/partnerzy 5% ankietowanych zareagowali neutralnie, a mężowie/partnerzy 4% badanych negatywnie. Postawa męża/partnera wobec zajścia w ciążę żony/partnerki, nie miała istotnego wpływu ($\chi^2=6,9$; $p=0,5$) na częstotliwość współżycia w czasie ciąży.

Ciąże 76% badanych były planowane. Planowanie ciąży nie miało istotnego wpływu ($\chi^2=6,1$; $p=0,2$) na częstotliwość współżycia w czasie ciąży. Przed zajściem w ciążę 58% badanych współżyło kilka razy w tygodniu, 17% raz w tygodniu, 16% codziennie, 7% raz w miesiącu, a 2% kilka razy w roku. Po zajściu w ciążę

29% badanych współżyło raz w tygodniu, 24% kilka razy w tygodniu, 22% nie współżyło, 21% współżyło raz w miesiącu, a 4% codziennie.

Większość badanych kobiet (65%) miało w trakcie ciąży mniejsze potrzeby seksualne niż przed nią, 22% takie same potrzeby, a 13% większe potrzeby. Niewiele ponad połowa badanych (55%) oceniła poziom swoich potrzeb seksualnych przed ciążą jako duży, 34% jako średni, 7% jako bardzo duży, 3% jako mały, a 1% jako bardzo mały. Natomiast w czasie ciąży niespełna połowa badanych (45%) oceniła poziom swoich potrzeb seksualnych jako średni, 20% jako mały, 14% jako duży, 12% jako bardzo duży, a 9% jako bardzo mały.

U 64% badanych w czasie ciąży miało miejsce zmęczenie, u 62% ból w okolicy krzyżowej, u 58% nudności, u 56% senność, u 31% tkliwość piersi, u 30% obrzęki, u 13% znaczny przyrost masy ciała, a u 15% inne dolegliwości (najczęściej bezsenność, wymioty, zgaga, rozdrażnienie i rwa kulszowa).

Na spadek poziomu potrzeb seksualnych kobiet ciężarnych nie miały wpływu: zmęczenie, senność, tkliwość piersi, ból w okolicy krzyżowej ani obrzęki. Udało się jedynie dowieść wpływu znacznego przyrostu masy ciała w ciąży na poziom potrzeb seksualnych. Badane, u których on wystąpił istotnie częściej odczuwały bardzo małe oraz bardzo duże potrzeby, a istotnie rzadziej średnie potrzeby seksualne ($\chi^2=14,9$; $p=0,005$).

Siedemdziesiąt jeden procent uczestniczek badania oceniło jakość swoich relacji z ojcem w dzieciństwie jako dobrą, 17% jako neutralną, 9% jako złą, a 3% to pytanie nie dotyczyło. Relacja z ojcem nie miała istotnego wpływu na poziom potrzeb seksualnych kobiet przed zajściem w ciążę ($\chi^2=12,3$; $p=0,1$), ani w czasie ciąży ($\chi^2=9,8$; $p=0,3$).

Niewiele ponad połowa badanych (55%) odczuwała orgazm tak samo często w ciąży jak i przed ciążą, 40% rzadziej, a 5% częściej. Przed ciążą 55% badanych często osiągało orgazm, 27% osiągało go zawsze, 13% sporadycznie, a 5% nie osiągało orgazmu wcale. Natomiast w czasie ciąży 41% uczestniczek badania często osiągało orgazm, 22% osiągało go sporadycznie, 20% nie osiągało orgazmu, a 17% osiągało go zawsze.

Osiemdziesiąt dwa procent badanych wśród zachowań, które miały miejsce w ich życiu seksualnym w ciąży, wymieniło wytrysk w pochwie, 70% pieścizoty łechtaczki, również 70% uczucie zjednoczenia po immisji, 63% pozycję boczną, 53% stymulację oralno-genitalną, 28% pozycję stojącą, 12% masturbację strumieniem wody, 9% pobudzenie narzędziem, a 3% inne zachowania.

Na częstotliwość odczuwania orgazmów w ciąży istotny wpływ miały takie zachowania, jak: stymulacja

oralno-genitalna ($\chi^2=10,6$; $p=0,01$), uczucie zjednoczenia po immisji ($\chi^2=11,2$; $p=0,01$) i pobudzenie narzędziem w czasie stosunku ($\chi^2=26,2$; $p<0,001$). Natomiast inne wymieniane przez badane zachowania seksualne, jak: pieszczoty fechtaczki, wytrysk w pochwie, pozycja boczna, pozycja stojąca, masturbacja strumieniem wody okazały się nie mieć istotnego wpływu na częstotliwość przeżywania orgazmu.

Samoocena atrakcyjności w ciąży w porównaniu do okresu przed ciążą nie zmieniła się dla 59% respondentek, natomiast 36% uważało się za mniej atrakcyjne, a 5% za bardziej atrakcyjne. Częstość odczuwania orgazmów w czasie ciąży nie była istotnie statystycznie zależna ($\chi^2=3,2$; $p=0,8$) od samooceny atrakcyjności ciężarnych.

Badany poziom wsparcia instrumentalnego i wartościującego nie wpływał na poziom potrzeb seksualnych kobiet w ciąży. Udało się jednak dowieść wpływu wsparcia emocjonalnego i informacyjnego. Im wyższe było wsparcie emocjonalne i informacyjne, tym wyższy poziom potrzeb seksualnych. Obie te zależności były słabe i dodatnie (tab. I). Poziom żadnego z rodzajów wsparcia uzyskanego przez ciężarne nie wpływał istotnie na częstotliwość odczuwania przez nie orgazmów.

Dowiedziano wpływu przebiegu ciąży na częstotliwość współżycia ($\chi^2=19,7$; $p=0,001$). Kobiety, u których w ciąży wystąpiły powikłania, współżyły rzadziej (tab. II). Natomiast na częstotliwość współżycia nie miały wpływu takie zmienne, jak: wiek ($\chi^2=11,4$; $p=0,2$), miejsce zamieszkania ($\chi^2=8,7$; $p=0,4$), wykształcenie ($\chi^2=8,2$; $p=0,08$), rodzaj wykonywanej pracy ($\chi^2=8,6$; $p=0,4$), wyznawana religia ($\chi^2=2,0$; $p=0,7$), pozostawanie w związku małżeńskim ($\chi^2=4,8$; $p=0,3$) lub partnerskim ($\chi^2=2,3$; $p=0,7$), liczba ciąż ($\chi^2=11,7$; $p=0,2$), przebieg ciąż poprzednich ($\chi^2=6,7$; $p=0,2$).

W badaniach potwierdzono wpływ miejsca zamieszkania ($\chi^2=16,1$; $p=0,04$) i wystąpienia powikłań w ciąży ($\chi^2=19,5$; $p=0,001$) na poziom potrzeb seksualnych (tab. II i III). Mieszkanki wsi miały zdecydowanie większe potrzeby seksualne niż mieszkanki miast. Kobiety, u których w ciąży wystąpiły powikłania, miały mniejsze potrzeby seksualne. Natomiast na poziom potrzeb seksualnych nie miały wpływu: wiek ($\chi^2=9,3$; $p=0,3$), wykształcenie ($\chi^2=6,9$; $p=0,1$), rodzaj wykonywanej pracy ($\chi^2=6,8$; $p=0,6$), związek małżeński ($\chi^2=2,9$; $p=0,6$), związek partnerski ($\chi^2=2,9$; $p=0,6$), liczba ciąż ($\chi^2=12,3$; $p=0,1$), przebieg ciąż poprzednich ($\chi^2=1,8$; $p=0,8$). Także zmienna wyznawana wiara nie miała istotnego wpływu na poziom potrzeb seksualnych ($\chi^2=4,7$; $p=0,3$).

Tabela I. Korelacja 4 rodzajów wsparcia z poziomem potrzeb seksualnych badanych
Table I. Correlation of 4 kinds of support with level of sexual needs of respondents

Wsparcie	Korelacja z poziomem potrzeb seksualnych			
	Współczynnik korelacji	p	Kierunek zależności	Siła zależności
Emocjonalne	0,2	0,03	dodatni	słaba
Informacyjne	0,2	0,03	dodatni	słaba
Instrumentalne	0,1	0,5	-	-
Wartościujące	0,2	0,1	-	-

Tabela II. Wpływ przebiegu obecnej ciąży badanych na częstotliwość współżycia i poziom potrzeb seksualnych
Table II. Impact of pregnancy course on frequency of sex and level of sexual needs

Cecha	Przebieg ciąży obecnej		Test chi-kwadrat p	
	Bez powikłań	Z powikłaniami		
	%	%		
Częstotliwość współżycia	Codziennie	4,5	0,0	chi ² =19,7 p=0,001
	Kilka razy w tygodniu	26,9	0,0	
	Raz w tygodniu	31,5	9,1	
	Raz w miesiącu	21,4	18,2	
	Nie współżyję	15,7	72,7	
Poziom potrzeb	Bardzo duży	13,5	0,0	chi ² =19,5 p=0,001
	Duży	14,6	9,1	
	Średni	49,4	9,1	
	Mały	16,9	45,5	
	Bardzo mały	5,6	36,4	

Tabela III. Wpływ miejsca zamieszkania badanych na częstotliwość współżycia i poziom potrzeb seksualnych
Table III. Impact of place of residence on frequency of sex and level of sexual needs

Cecha	Miejsce zamieszkania			Test chi-kwadrat p	
	Wieś	Miasto do 100 tys. mieszk.	Miasto ponad 100 tys. mieszk.		
	%	%	%		
Częstotliwość współżycia	Codziennie	9,5	0,0	3,5	chi ² =8,7 p=0,4
	Kilka razy w tygodniu	38,1	23,8	18,9	
	Raz w tygodniu	14,3	38,1	31,0	
	Raz w miesiącu	14,3	14,3	25,9	
	Nie współżyję	23,8	23,8	20,7	
Poziom potrzeb	Bardzo duży	23,8	9,5	8,6	chi ² =16,1 p=0,04
	Duży	19,1	4,8	15,5	
	Średni	23,8	38,1	55,2	
	Mały	23,8	23,8	17,2	
	Bardzo mały	9,5	23,8	3,5	

Dyskusja

Seksualność kobiety jest sferą funkcjonowania, która ulega zmianom w ciągu całego jej życia, w tym również w ciąży [2, 3]. Od czasu opublikowania w latach 50. ubiegłego stulecia przez A. Kinseya raportu o seksualności kobiet, nastąpił – zwłaszcza w krajach zachodnich – rozwój badań w tej tematyce, trwający aż do dziś [za: 25]. Mimo to pozostało wiele wątków

mało zbadanych, zwłaszcza w Polsce, które mogą mieć wpływ na życie każdej kobiety. Przykładem jednego z nich jest seksualność kobiety ciężarnej. Często też rezultaty badań naukowych w tym zakresie są ze sobą sprzeczne.

Po dokonaniu analizy zebranego materiału badawczego stwierdzić można, że na częstotliwość współżycia seksualnego nie miała istotnego wpływu pozytywna postawa 91% mężczyzn/partnerów wobec zajścia w ciążę żony/partnerki, ani planowanie ciąży. Fakty te nie pokrywają się z danymi źródłowymi, które mówią, że ciąża planowana skutkuje kontynuacją dotychczas podejmowanej aktywności seksualnej, zaś ciąża nieoczekiwana ujemnie wpływa na sferę seksualną, podobnie jak negatywna postawa męża/partnera wobec ciąży [6, 7, 14].

Poziom potrzeb seksualnych ciężarnych zmalał u 65% badanych, nie zmienił się u 22%, a jego wzrost zadeklarowało 13%. Również nieco ponad połowa badanych (53%), zgłosiła spadek libido po zajściu w ciążę w badaniach A. Hameli-Olkowskiej i wsp. [26]. W badaniach własnych zbadano też wpływ dolegliwości odczuwanych przez kobiety w ciąży na poziom potrzeb. Spośród 6 zmiennych zaczerpniętych z materiałów źródłowych [13, 26] takich, jak: zmęczenie, senność, tkliwość piersi, ból w okolicy krzyżowej, obrzęki, znaczny przyrost masy ciała, istotny statystycznie okazał się jedynie znaczny przyrost masy ciała ($p=0,005$). W badaniach A. Hameli-Olkowskiej i wsp. [26] 32,5% badanych deklaruowało odczuwanie bólu w okolicy krzyżowej podczas, gdy w badaniach własnych ten typ dolegliwości zaznaczyło 62% kobiet. W badaniach A. Kremskiej i wsp. [27] czynnikami ograniczającymi aktywność seksualną były: zmęczenie, niechęć partnera, obawa o ciążę, obniżona samoocena sprawności fizycznej.

Zbadany wpływ relacji z ojcem w dzieciństwie na poziom potrzeb seksualnych przed i w ciąży, również nie okazał się istotny statystycznie (kolejno $p=0,1$; $p=0,3$), wbrew twierdzeniom Z. Lwa-Starowicza i wsp. [7]. Kolejnym badanym elementem była różnica w osiąganiu orgazmów przed i po zajściu w ciążę. Otóż 55% ciężarnych osiągało orgazmy z taką samą, 40% badanych z mniejszą, 5% z większą częstotliwością niż przed ciążą. Samoocena atrakcyjności nie miała istotnego wpływu na częstość orgazmów w czasie ciąży, wbrew doniesieniom z piśmiennictwa przedmiotu [7, 14]. Ponad połowa badanych respondentek (59%) czuła się w ciąży tak samo atrakcyjna jak przed nią. W. Ślusarz [16] zbadał Skalą Bodźców Seksualnych autorstwa Z. Lwa-Starowicza 200 studentów studiów zaocznych wyższych uczelni we Wrocławiu, w wieku od 25 do 40 lat, będących w związku małżeńskim. Autor w badaniach wykazał, że orgazm kobiety koreluje dodatkowo z uczuciem zjednoczenia po immisji, stymu-

lacją oralno-genitalną, wytryskiem w pochwie, pozycją boczną i stojącą oraz masturbacją strumieniem wody bądź narzędziem. W badaniach własnych potwierdzono istotny wpływ na częstość odczuwania orgazmów stymulacji oralno-genitalnej, uczucia zjednoczenia po immisji i pobudzenia narzędziem. Zachowania te pre-dysponowały do częstszych orgazmów u kobiet ciężarnych. Porównując w powyższej kwestii wyniki badań własnych z doniesieniami W. Ślusarz [16, 25], trzeba zaznaczyć znaczną rozbieżność doboru grup. Według badań własnych, w życiu seksualnym zdecydowanej większości ankietowanych (82%) występował wytrysk w pochwie, u większości pieśczoły łechtaczki (70%) i uczucie zjednoczenia po immisji (70%), a kolejno 63% i 53% zaznaczyło pozycję boczną i stymulację oralno-genitalną. Pozycję stojącą stosowało 28%, masturbację strumieniem wody 12%, a pobudzenie narzędziem 9% ankietowanych. Z badań przeprowadzonych przez Hollender i McGehee [za: 28] wynika, że kobiety będące w ciąży preferowały: niegenitalne pieśczoły, stymulację łechtaczki, stymulację piersi, stymulację pochwy, stymulację oralną, stymulację analną, masturbację. Z kolei Von Sydow [za: 28] uważał, że kobiety ciężarne największą przyjemność odczuwają w pieśczołach i grze wstępnej, przeżywaniu fantazji i marzeń erotycznych. W badaniach Markary-Studzińskiej i wsp. [11] kobiety ciężarne wśród form aktywności seksualnej najczęściej deklaruowały pocałunki, pieśczoły i grę wstępną, stosunek pochwo- wy, natomiast rzadziej masturbację i stosunek oralny, bardzo rzadko masturbację i stosunek analny.

W literaturze polskiej nie napotkano na badania dotyczące wsparcia społecznego kobiet ciężarnych – wobec czego trudno odwołać się do istniejących wyników czy podobnych w tej tematyce opracowań. W badaniach własnych nie stwierdzono wpływu żadnego z wyróżnionych rodzajów wsparcia na częstotliwość występowania orgazmów. Stwierdzono natomiast, istotny statystycznie wpływ poziomu wsparcia emocjonalnego i informacyjnego na poziom potrzeb seksualnych.

W materiałach źródłowych [5, 14, 26] stwierdzono brak wpływu wieku kobiety i liczby przebytych przez nią porodów na częstotliwość kontaktów płciowych. Wyniki badań własnych pokrywają się z tymi danymi. Dodatkowo pokazują brak wpływu wykształcenia, rodzaju wykonywanej pracy, wiary, związku małżeńskiego, przebiegu poprzednich ciąż na poziom potrzeb seksualnych, jak i częstotliwość orgazmów, przy istotnym jedynie oddziaływaniu przebiegu obecnej ciąży oraz miejsca zamieszkania na poziom potrzeb seksualnych. Kobiety, u których w ciąży wystąpiły powikłania, miały mniejsze potrzeby seksualne, co mogło wynikać z obaw o stan zdrowia noworodka. Mieszkancki wsi wykazywały zdecydowa-

nie większe potrzeby seksualne niż mieszkanki miast. Różnice te można byłoby próbować tłumaczyć, np. odmiennym stylem życia. Bądź domniemywać, że stan ciąży wpływa pozytywnie na postrzeganie kobiecej seksualności, brak skrępowania w kontaktach seksualnych, wyzbycie się lęku przed nieplanowaną ciążą oraz daje zadowolenie z bycia matką, które w kulturze polskiej jest jednym z atrybutów kobiecości. Natomiast na poziom potrzeb seksualnych nie miał istotnego wpływu wiek, związek partnerski czy małżeński. Inne wyniki przynoszą badania A. Kremskiej i wsp. [27], które donoszą, że wyższy poziom pożądaną deklarują młodsze kobiety ciężarne, z krótszym stażem partnerskim.

Przy tak zróżnicowanych wynikach badań, koniecznym wydaje się kontynuowanie badań i zgłębianie wiedzy na temat uwarunkowań seksualnej sfery

życia kobiet. Biorąc pod uwagę fakt, że ich zrozumienie pozwoli na efektywną edukację, wpłynie na udane życie seksualne kobiet. To z kolei rzutować będzie na długość życia, zmniejszy ryzyko chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, depresji, migreny, przewlekłych zespołów bólowych, a także przyczyni się do lepszej jakości życia kobiet [1, 25].

Wnioski

Na uwarunkowania seksualnej sfery życia kobiet ciężarnych w sposób znaczący składały się:

- czynniki biologiczne, jak przyrost masy ciała, występowanie powikłań,
- psychologiczne, jak wsparcie informacyjne i emocjonalne,
- społeczno-kulturowe, jak preferowane zachowania seksualne, miejsce zamieszkania.

Piśmiennictwo / References

1. Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V (red). Podstawy seksuologii. PZWL, Warszawa 2010.
2. Imieliński K (red). Seksuologia zarys encyklopedyczny. PWN, Warszawa 1985: 344.
3. Machaj A. Aktywność seksualna kobiet w okresie prokreacyjnym. Prozdrowotne i ryzykowne zachowania kobiet. WSB, Poznań 2011.
4. Szumski F. Zdrowie seksualne – pojęcie uniwersalne czy wytwór kultury zachodniej? Prz Seksuol 2008, 3: 26-30.
5. Sipiński A, Kazimierczak M, Skiba W i wsp. Seksualność kobiet w okresie perinatalnym. Prz Seksuol 2007, 4: 5-15.
6. Zdrojewicz Z, Lelakowska K. Rola stresu w problemach, zaburzeniach i preferencjach seksualnych. Seksuol Pol 2006, 2: 69-79.
7. Lew-Starowicz Z, Szymańska M, Włodarczyk M. Uwarunkowania seksualności kobiet w czasie ciąży. Prz Seksuol 2011, 3: 3-7.
8. Mońka KM, Szymańska M, Lew-Starowicz Z. Reaktywność seksualna kobiet a samoocena, obraz ciała i umiejscowienie poczucia kontroli. Prz Seksuol 2012, 4: 17-28.
9. Lew-Starowicz Z. Seksualność Polek 1992-2005. Prz Seksuol 2005, 4: 19-23.
10. Filipek K, Marcyniak ME. Zastosowanie magii jako jeden z najczęstszych przesądów seksualnych w Polsce w pierwszej dekadzie XXI wieku. Prz Seksuol 2008, 1: 44-49.
11. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Plewik I, Kryś KM. Wpływ aktywności seksualnej kobiet w ciąży na stan zdrowia noworodka. Prz Seksuol 2011, 2: 57-63.
12. Marcyniak M, Hamela-Olkowska A, Czajkowski K. Współżycie płciowe podczas ciąży a ryzyko porodu przedwczesnego. Med Wieku Rozw 2003, 7(3)(supl. 1): 167-173.
13. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM, et al. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. Obstet Gynecol 2001, 97(2): 283-289.
14. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Plewik I, Kryś KM. Seksualność kobiet w ciąży. Seksuol Pol 2011, 2: 85-90.
15. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. Arch Gynecol Obstet 2009, 279(3): 353-356.
16. Ślósarz W. Zależność między potrzebą seksualną a wyznacznikami aktywności seksualnej. Seksuol Pol 2003, 2: 63-68.
17. Bielan Z, Machaj A, Stankowska A. Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu. Prz Seksuol 2010, 1: 41-46.
18. Shaffir J. Sexual intercourse at term and onset of labor. Obstet Gynecol 2006, 107: 1310.
19. Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. J Sex Med 2010, 1: 136-142.
20. Lew-Starowicz Z. Seksualność, a jakość życia człowieka. Prz Seksuol 2006, 1: 21-26.
21. Barrera M, Sandler IN, Ramsey TB. Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. Am J Community Psychol 1981, 9: 435-447.
22. Kawczyńska-Butrym Z (red). Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie. CMDNŚSM, Warszawa 1994.
23. Kmiecik-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. Prz Psychol 1995, 1: 201-214.
24. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN, Warszawa 2006.
25. Ślósarz W. Analiza struktury preferencji zachowań seksualnych. Prz Seksuol 2003, 1: 9-16.
26. Hamela-Olkowska A, Marcyniak M, Sieńko J i wsp. Seksualizm kobiet w ciąży. Med Wieku Rozw 2003, 3(supl. 1): 175-180.
27. Kremaska A, Wróbel R, Kołodziej B, Barnaś E. Zachowania seksualne kobiet w ciąży. Prz Med Uniw Rzeszowskiego i NIL w Warszawie 2013, 1: 75-85.
28. Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J. Seksualność kobiet w ciąży. Ginek Pol 2006, 77(7): 733-737.