

Grażyna Stadnicka¹, Celina Łepecka-Klusek², Anna Bogusława Pilewska-Kozak², Agnieszka Konstancja Pawłowska-Muc³

¹Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu

S atysfakcja seksualna kobiet po porodzie – część II

The sexual satisfaction of women after labour – part II

STRESZCZENIE

Wstęp/Cel. Celem pracy było sprawdzenie wpływu niektórych czynników na satysfakcję seksualną kobiet po urodzeniu dziecka.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 360 kobiet będących 3–6 miesięcy po porodzie. W badaniach wykorzystano specjalnie do tego celu skonstruowany kwestionariusz składający się z części autorskiej oraz standaryzowanego kwestionariusza *Sexual Quality of Life Questionnaire Female*. Opracowania statystycznego dokonano za pomocą oprogramowania komputerowego IBM SPSS Statistics wersja 21. Do analizy statystycznej zastosowano test U Manna-Whitneya.

Wyniki. Ankietowane kobiety były w wieku 18–43 lat. Dla ponad połowy badanych (226; 62,77%) był to pierwszy poród, a dla pozostałych (134; 37,23%) drugi lub kolejny. Ciąża zakończyła się porodem drogami natury u 242 (67,22%) badanych kobiet, a u 118 (32,78%) poprzez cięcie cesarskie. Pierworódki cieszyły się lepszą jakością życia seksualnego w porównaniu z wieloródkami ($p = 0,001$). Najwyższą satysfakcję seksualną deklarowały kobiety po porodzie naturalnym bez nacięcia krocza ($Me = 92,00$). Stwierdzono istotne statystycznie różnice ($p = 0,012$) na poziomie satysfakcji seksualnej pomiędzy grupą badanych kobiet bez objawów i z objawami nietrzymania moczu.

Wnioski. Subiektywna ocena satysfakcji seksualnej kobiet po porodzie zależy od liczby porodów, sposobu ukończenia ciąży oraz występowania objawów wysiłkowego nietrzymania moczu.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (3): 362–366

Słowa kluczowe: poród; aktywność seksualna; satysfakcja

ABSTRACT

Introduction/Aim. The aim of this research to check the influence of some factors on sexual satisfaction of women after childbirth.

Material and methods. Research has been carried out amongst 360 women in the period of 3–6 months after labour. The authorial questionnaire as well as the survey questionnaire (*Sexual Quality of Life Questionnaire Female*) have both been used in the research. The statistical analysis has been carried out with the help of the computer software IBM SPSS Statistics version 21. The Mann-Whitney U test has been used in the statistical analysis.

Results. The ages of the participants of the survey ranged between 18 to 43 years. For more than half of the research participants 62.77% ($n = 226$) it was their first labour, while for the remaining women 37.23% ($n = 134$) their second or the following one. 67.22% ($n = 242$) of the women gave birth to their children through vaginal delivery, while 32.78% ($n = 118$) through a Caesarean section. Primiparas experienced a better quality of the sexual life when compared to multiparas ($p = 0.001$). The women who have experienced a vaginal delivery without the need for episiotomy have reported the highest satisfaction with their sexual lives ($Me = 92.00$). The observed statistically significant differences ($p = 0.012$) in the level of

Adres do korespondencji: dr n. med. Grażyna Stadnicka, Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Uniwersytet Medyczny, ul. Staszica 4/6, 10-081 Lublin, e-mail: grazyna.stadnicka@umlub.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0059

the sexual satisfaction between the groups of the research participants without the symptoms of and those suffering from the symptoms of stress urinary incontinence.

Conclusions. The subjective evaluation of the satisfaction with the sexual intercourse amongst women in the post-partum period seems to be dependent on the number of births, the method of child delivery, and the occurrence of symptoms of stress urinary incontinence.

Nursing Topics 2015; 23 (3): 362–366

Key words: childbirth; sexual activity; satisfaction

Wstęp

Seksualność kobiet jest wieloczynnikowa, dobrze zakorzeniona w biologii oraz w aspekcie psychoseksualnym. Przejawia się nie tylko zainteresowaniem partnerem, ale pozostaje również w łączności z rodziną/dziećmi. Natomiast funkcjonowanie seksualne i wzajemne relacje partnerskie przekładają się bezpośrednio na zdrowie seksualne [1, 2].

Doświadczenia związane z macierzyństwem są ważnym czynnikiem kształtującym rozwój psychoseksualny kobiety. Ich wpływ polega przede wszystkim na wzmacnianiu więzi z partnerem oraz na tworzeniu dobrych relacji w rodzinie [2]. Wiele jednak kobiet doświadcza po porodzie różnorodnych problemów związanych ze współżyciem płciowym [1]. Według danych epidemiologicznych zaburzenia seksualne w pierwszym roku po porodzie występują u 26–46 % kobiet [3, 4]. Przyczyny tego mogą być różne, niekiedy bardzo złożone oraz trudne do wykrycia.

Podczas porodu dochodzi do wielu zmian w obrębie narządu rodnego oraz mięśniach dna miednicy, które mogą wpływać na aktywność i zachowanie seksualne kobiet w okresie późniejszym [3, 5]. Już samo podjęcie decyzji o rozpoczęciu współżycia płciowego po porodzie może stanowić problem dla wielu z nich.

Celem pracy było sprawdzenie wpływu niektórych czynników na satysfakcję seksualną kobiet po urodzeniu dziecka.

Material i metody

Badania prowadzono w okresie od stycznia do grudnia 2014 roku. Objęto nimi 360 kobiet. Kryteriami włączenia do grupy były: okres 3–6 miesięcy po porodzie, wspólne mieszkanie z partnerem oraz rozpoczęte współżycie płciowe w okresie poporodowym.

W badaniach wykorzystano specjalnie do tego celu skonstruowany kwestionariusz składający się z części autorskiej oraz standaryzowanego kwestionariusza *Sexual Quality of Life Questionnaire Female* (SQoL-F). Część autorska kwestionariusza miała na celu zebranie danych dotyczących wieku, wykształcenia i sytuacji materialnej badanych. Oprócz tego liczby przeżytych porodów, przebiegu ostatniej ciąży i sposobu jej zakończenia oraz pojawienia się objawów nietrzymania moczu po porodzie.

Kwestionariusz SQoL-F składał się ze stwierdzeń, z których każde dotyczyło myśli i uczuć, jakie mogą się pojawić u kobiety w związku z jej życiem seksualnym. Szerszy opis tego kwestionariusza zamieszczono w I części pracy (Probl. Piel. 3/2015).

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test nieparametryczny U Manna-Whitneya. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic. Opracowania statystycznego dokonano za pomocą oprogramowania komputerowego IBM SPSS Statistics wersja 21.

Wyniki

Średnia wieku ankietowanych wynosiła 28,06 lat. Kobiety podzielono na cztery kategorie wiekowe. Najliczniejszą grupę stanowiły ankietowane w wieku 2–30 lat (144; 40,00%). Następnie w wieku do 25 lat (116; 32,22%), 31–40 lat (94; 26,11%) oraz 41 lat i więcej (6; 1,67%). Respondentki w większości posiadały wykształcenie wyższe (182; 50,56%). Wykształcenie licencjackie i średnie deklarowała taka sama grupa badanych (80; 22,22%), natomiast wykształcenie zawodowe posiadał znikomy odsetek (18; 5,00%). Zdecydowana większość (270; 75,00%) ankietowanych swoją sytuację materialną określiła jako dobra lub bardzo dobra. Według 250 (69,44%) respondentek, ciąża przebiegała fizjologicznie, bez powikłań. Inne kobiety (56; 15,55%) miały ciążę zagrożoną poronieniem lub porodem przedwczesnym, a jeszcze inne (54; 9,45%) nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą.

Podział kobiet ze względu na wiek, wykształcenie, subiektywną ocenę sytuacji materialnej i przebieg ciąży nie różnicował istotnie ich satysfakcji z życia seksualnego ($p > 0,05$). Uzyskana średnia w poszczególnych grupach oscylowała wokół wyniku dla ogółu badanych (około $M = 75$).

Ponad połowa badanych (226; 62,77%) przeżyła pierwszy w życiu poród, a pozostałe (134; 37,23%) drugi lub kolejny. U około jednej trzeciej (118; 32,78%) respondentek ciążę ukończono poprzez cięcie cesarskie. Poród drogami natury odbył się u 242 (67,22%) badanych, w tym z nacięciem krocza

Tabela 1. Satysfakcja z życia seksualnego kształtowana przez czynniki związane z porodem**Table 1.** Satisfaction with sexual life is shaped by factors related to childbirth

Czynniki związane z porodem		Satysfakcja z życia seksualnego				
		Min.	Maks.	M	SD	Me
Liczba porodów	Jeden	12	100,00	79,75	20,34	87,00
	Dwa	18,00	100,00	77,21	24,22	88,00
	Trzy lub więcej	11,00	98,00	63,57	24,54	63,00
Analiza statystyczna		Z = 11,742 p = 0,003				
Rodzaj porodu	Drogami natury bez uszkodzeń krocza	22,00	100,00	84,10	21,83	92,00
	Drogami natury z nacięciem krocza	20,00	100,00	72,84	22,22	81,00
	Drogami natury z pęknięciem krocza	12,00	98,00	65,87	28,68	77,00
	Cesarskie cięcie	11,00	100,00	77,85	21,68	87,00
Analiza statystyczna		Z = 11,238, p = 0,011				
Nietrzymanie moczu	Tak	36,00	93,00	66,3	22,06	64,00
	Nie	11,00	100,00	77,64	22,59	87,00
Analiza statystyczna		Z = -2,502 p = 0,012				

Min. — wartość minimalna; Maks. — wartość maksymalna; M — średnia; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; Me — mediana

u 140 (57,85%), a z pęknięciem krocza u 28 (11,57%). U pozostałych 74 (30,58%) ankietowanych urazu krocza podczas porodu nie było. Trudności z utrzymaniem moczu po porodzie pojawiły się u 58 (16,39%) badanych kobiet.

Zależność między satysfakcją z życia seksualnego w okresie 3,6 miesięcy po porodzie a liczbą przeżytych porodów, sposobem zakończenia ostatniej ciąży i występowaniem nietrzymania moczu przedstawiono w tabeli 1.

Jakość życia seksualnego okazała się zależna od liczby przeżytych porodów ($p = 0,003$). Pierworódki cieszyły się lepszą jakością tej sfery życia, w porównaniu z wieloródkami. Najbardziej zadowolone ze swojego życia seksualnego były kobiety po porodzie drogami natury, bez nacięcia krocza ($M = 84,10$). Wśród kobiet z pęknięciem krocza średnia arytmetyczna wynosiła 65,87 i była najniższa spośród innych grup ankietowanych. Zaś wśród kobiet po cięciu cesarskim średnia arytmetyczna wyniosła 77,85 ($\pm 21,68$).

Analiza statystyczna pokazała także, że podział badanej grupy, ze względu na rodzaj ostatnio przeżytego porodu, istotnie różnicował jakość życia seksualnego kobiet ($p = 0,011$). Podobnie było, gdy uwzględniono problem nietrzymania moczu ($p = 0,012$). W grupie

kobiet deklarujących pojawienie się objawów nietrzymania moczu po porodzie, jakość tej sfery życia okazała się niższa, w porównaniu z tymi, które ich nie miały (tab. 1).

Dyskusja

W pracy dokonano próby oceny wpływu liczby przeżytych porodów, metody ukończenia ostatniej ciąży oraz wydolności mięśni dna miednicy na satysfakcję seksualną kobiet. Okazało się, że respondentki, które odbyły trzy lub więcej porodów, miały znacznie gorszą satysfakcję seksualną ($M = 63,77$) w porównaniu z tymi, które rodziły jeden ($M = 79,75$) lub dwa razy ($M = 77,21$). Z kolei Yee i wsp. dostrzegli, że to pierworódki mają więcej problemów z osiągnięciem orgazmu, częściej odczuwają dyskomfort w trakcie stosunku seksualnego oraz mają niższą, ogólną satysfakcję z życia seksualnego, w porównaniu z wieloródkami [7].

Z analizy literatury, dokonanej przez Hicksa i wsp., wynika, że krótkotrwałe zaburzenia seksualne występują u 22% do nawet 86% kobiet po porodzie i są związane z metodą ukończenia ciąży i urazem krocza podczas porodu [8]. Inne badania sugerują, że cięcie cesarskie zapobiega występowaniu zaburzeń seksualnych w okresie poporodowym [7]. Natomiast

z badań własnych wynika, że najwyższą satysfakcję seksualną miały kobiety po porodzie drogami natury, bez nacięcia krocza ($Me = 92,00$). Według Hosseini i wsp. sposób ukończenia ciąży nie ma wpływu na pobudzenie seksualne, lubrykalizację, przeżywanie orgazmu, występowanie dyspareunii czy ogólną satysfakcję seksualną. Na pytanie bowiem, jaki sposób porodu miał negatywnie wpłynąć na seksualność 80,7% respondentek odpowiedziało, że poród spowodował rozejście się ścian pochwy i ten stan u 14,9% z nich wpłynął negatywnie na doznania seksualne [9]. Inny materiał zgromadzili Dean i wsp. [3], badając (w latach 2009–2014) 1024 respondentów, czyli 512 związków partnerskich. Posługiwano się wówczas specjalnie do tego celu skonstruowanym kwestionariuszem ankiety, zawierającym 13 pytań na temat współżycia seksualnego po porodzie. Wyniki tych badań pokazały, że główny powód braku satysfakcji seksualnej u 75,00% badanych był związany z podjęciem aktywności seksualnej po urodzeniu dziecka [3]. Leeman i Rogers natomiast doszli do wniosku, że istnieje wiele czynników związanych z porodem, które determinują funkcje seksualne kobiet i jakość ich życia seksualnego [4].

Wpływ porodu na aktywność i satysfakcję seksualną kobiet ciągle budzi wiele kontrowersji, gdyż badania w tym zakresie są nieliczne, a ich wyniki niekiedy sprzeczne [1]. Bezsporny jest jednak fakt, że podczas porodu dochodzi do uszkodzenia mięśni dna miednicy [5, 10, 11]. Prawidłowa kurczliwość poszczególnych wiązek mięśniowych dna miednicy, podczas aktu płciowego, powoduje zwężenie i wydłużenie pochwy, uniesienie macicy oraz ułatwia osiągnięcie orgazmu [12, 13]. Natomiast dysfunkcja tych mięśni wiąże się z występowaniem objawów wysiłkowego nietrzymania moczu i skutkuje mniejszą satysfakcją z życia seksualnego [14]. Stwierdzenie to okazało się zgodne z wynikami badań własnych. Kobiety, których ta dolegliwość nie dotyczyła, uzyskały istotnie wyższy ($p = 0,012$) wynik w skali *Sexual Quality of Life-Female* (świadczący o większej satysfakcji) niż borykające się z tym problemem. Niekorzystny wpływ nietrzymania moczu na jakość życia seksualnego kobiet obserwowali w swoim materiale także inni autorzy [5, 13, 15]. Podkreślili oni również, że wiele kobiet gubiących moczu unika kontaktów seksualnych, w obawie przed odrzuceniem ze strony partnera czy dyspareunią [15, 16]. Większość badaczy zauważa jednak, że zaburzenia seksualne, pojawiające po porodzie, ustępują w ciągu jednego roku [1, 8, 17, 18]. Przeciwnicy tej tezy twierdzą, że dysfunkcje seksualne związane z porodem, mogą utrzymywać się znacznie dłużej [16, 19]. Warto jednak pamiętać, że zmiany zachodzące

w okresie poporodowym, zarówno w sferze somatycznej, psychologicznej, jak i społeczno-kulturowej oraz specyficzne problemy tego okresu są bardzo złożone. Dlatego ich identyfikowanie oraz promowanie zdrowia seksualnego po porodzie powinno być ważnym elementem opieki, sprawowanej przez położne/pielęgniarki.

Wnioski

Subiektywną ocenę satysfakcji seksualnej kobiety po porodzie warunkuje liczba przebytych przez nią porodów, sposób zakończenia ostatniej ciąży oraz pojawienie się objawów nietrzymania moczu.

Piśmiennictwo

1. Abdool Z., Thakar R., Sultan A.H. Postpartum female sexual function. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2009; 145: 133–137.
2. Matusiak-Kita M., Zdrojewicz Z. Seksualność kobiet w ciąży, w okresie poporodowym i karmienia piersią. *Prz. Seksuol.* 2010; 6 (1): 12–16.
3. Dean N., Wilson D., Herbison P., Glazener C., Aung T., Macarthur C. Sexual function, delivery mode history, pelvic floor muscle exercise and incontinence: A cross-sectional study six years post-partum. *J. Obst. Gynecol.* 2008; 48: 302–311.
4. Leeman L.M., Rogers R.G. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet. Gynecol.* 2012; 119: 647–655.
5. Józwick M., Józwick M. Editorial: Partial denervation of the pelvic floor during term vaginal delivery. *Int. Urogynecol J. Pelvic Floor Dysfunction.* 2001; 12: 81–82.
6. Sexual Quality of Life Questionnaire Female (SQoL-F). Pfizel LDT, Ramagate Rd, Sandwich, Kent, CT139 NJ. Copyright 2006. Mapi Research Institute. (Polish version).
7. Yee L.M., Kaimal A.J., Nakagawa S., Houston K., Kuppermann M. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *J. Midwifery Womens Health.* 2013; 58 (6): 654–661.
8. Hicks T.L., Goodall S.F., Quattrone E.M., Lydon-Rochelle M.T. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J. Midwifery Womens Health.* 2004; 49 (5): 430–436.
9. Hosseini L., Iran-Pour E., Safarinejad M.R. Sexual function of primiparous women after elective cesarean section and normal vaginal delivery. *Urol. J.* 2012; 9: 498–504.
10. Rathfisch G., Dikencik B.K., Kizilkaya Beji N., Comert N., Tekirdag A.I., Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J. Adv. Nurs.* 2010; 66 (12): 2640–2649.
11. Handa V.L., Blomquist J.L., McDermott K.C., Friedman S., Munoz A. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet. Gynecol.* 2012; 119: 233–239.
12. Yang S.H., Yang J.M., Wang K.H., Huang W.C. Biologic correlates of sexual function in women with stress urinary incontinence. *J. Sex. Med.* 2008; 5: 2871–2879.
13. Shafiq A. The role of the levatoranimuscule in evacuation sexual performance and pelvic floor disorder s. *INT Urogynecol J. Pelvic Floor Dysfunct.* 2000; 11: 361–376.
14. Klein K., Worda C., Leipold H., Gruber C., Husslein P., Wenzl R. Does the mode of delivery influence sexual

- function after childbirth? *J. Womens Health*. 2009; 18: 1227–1231.
15. Whitford H.M., Alder B., Jones M. A cross-sectional study of knowledge and practice of pelvic floor exercises during pregnancy and associated symptoms of stress urinary incontinence in North-East Scotland. *Midwifery* 2007; 23: 204–217.
 16. Whitford H.M., Alder B., Jones M. A longitudinal follow up of women in their practice of perinatal pelvic floor exercises and stress urinary incontinence in North-East Scotland. *Midwifery* 2007; 23: 298–308.
 17. Acele E.Ö., Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J. Clin. Nurs*. 2012; 21 (7–8): 929–37.
 18. Lukacz E.S., Lawrence J.M., Contreras R., Nager C.W., Luber K.M. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet. Gynecol*. 2006; 107 (6): 1253–1260.
 19. Woolhouse H., McDonald E., Stephanie J., Brown S.J. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Aust. J. Prim. Health*. 2013; 20 (3): 298–304.