

Wpływ aktywności seksualnej kobiet w ciąży na stan zdrowia noworodka

The impact of sexual activity during pregnancy on infant health

Marta Makara-Studzińska¹, Artur Wdowiak², Izabela Plewik², Karolina Maria Kryś¹

¹Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wstęp. Współzycie seksualne w prawidłowo rozwijającej się ciąży nie stanowi zagrożenia dla samego płodu i jego rozwoju. Rozwijające się dziecko jest chronione wewnątrz macicy przez owodnię i płyn owodniowy, a mięśnie macicy są silne i osłaniają dziecko. Celem pracy było poznanie wpływu aktywności seksualnej kobiet w ciąży na stan zdrowia noworodka.

Materiał i metody. Badaniem objęto 200 kobiet przebywających na oddziale położniczo-noworodkowym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie w 2010–2011 roku. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką kwestionariusza ankiety.

Wyniki. Najczęściej realizowanymi formami aktywności seksualnej ciężarnych były pocałunki, pieszczoty, gra wstępna i stosunek pochwowy. Kobiety, które urodziły w 37.–40. tygodniu ciąży nieznacznie częściej współżyły w III trymestrze ciąży w porównaniu z badanymi, które urodziły do 36. tygodnia ciąży i powyżej 41. tygodnia. Stwierdzone różnice były bliskie istotności statystycznej. Masa ciała noworodków była nieznacznie wyższa u kobiet, które współżyły częściej.

Wnioski. Współzycie, przy prawidłowo przebiegającej ciąży, nie niesie zagrożenia dla płodu. Wyniki badań wykazały, że matki dzieci, które rodziły się większe, dłużej współżyły w czasie ciąży (średnio do 32,82 tygodnia ciąży). Dzieci kobiet, które częściej podejmowały aktywność seksualną w ciąży, po urodzeniu uzyskiwały wyższą punktację w skali Apgar od dzieci matek, które nie współżyły.

Słowa kluczowe: zachowania seksualne, ciąża, zdrowie noworodka

Seksuologia Polska 2011; 9 (2): 57–63

Abstract

Introduction. Sexual Intercourse in properly developing pregnancy poses no risk to the fetus and its development. Growing baby is protected inside the uterus by the amniotic sac and amniotic fluid, and uterine muscles are strong and shield the child. Aim of this study was to investigate the impact of sexual activity during pregnancy on the health of the infant.

Material and methods. The study involved 200 women residing in the obstetric ward — newborn the Regional Specialist Hospital of Cardinal Stefan Wyszyński in Lublin in 2010–2011 year. The study was performed by diagnostic survey, questionnaire technique.

Results. Most forms of sexual activity undertaken in pregnant women were kissing, petting, foreplay and vaginal. Women who have given birth in 37–40 weeks pregnant slightly more often coexisted in the third trimester of pregnancy compared with those who have given birth to 36 weeks of pregnancy and more than 41 weeks. These differences were close to statistical significance. Body weight infants was slightly higher in women who have sexual intercourse more often.

Conclusions. Sexual Intercourse in normal pregnancy, carries no risk to the fetus. Studies have shown that mothers of children who were born larger, longer sexually intercoursed during pregnancy (average of 32.82 weeks of gestation). Children of women who are more likely to take sexual activity during pregnancy, after the birth have received a higher Apgar score than children of mothers who weren't sexually intercoursed.

Key words: sexual behavior, pregnancy, infant health

Polish Sexology 2011; 9 (2): 57–63

Adres do korespondencji: mgr Karolina Maria Kryś, Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego UM, ul. Chodźki 15, 20-092 Lublin
karolinakrysum@gmail.com, tel.: 510 501 714

Wstęp

Ciąża to niewątpliwie szczególnie i wyjątkowy okres w życiu każdej kobiety. To czas niosący za sobą wiele zmian, niemal we wszystkich sferach życia przyszłej matki, również w sferze pożycia seksualnego. Życie seksualne kobiet ciężarnych zostało do tej pory słabo poznane i opisane. Istnieją koncepcje dotyczące tego zagadnienia opierające się w dużej mierze tylko na przypuszczeniach i domysłach. Nie ulega jednak wątpliwości fakt, że w przypadku zdrowej kobiety, u której ciąża przebiega w sposób prawidłowy i niezagrażony, nie ma żadnych przeciwwskazań, aby podejmować współżycie.

Popęd seksualny kobiety będącej w ciąży zmienia się w zależności od okresu oraz przebiegu ciąży. Również zmiany w wyglądzie i psychice przyszłych matek oddziałują znacząco na aktywność seksualną, satysfakcję oraz jakość życia intymnego, co po części przekłada się na częstość osiągania orgazmów.

Jednym z zagrożeń mających istotny wpływ na przebieg ciąży są infekcje układu moczowo-płciowego. Dlatego tak ważne jest przestrzeganie zasad higieniczno-zdrowotnych w okresie ciąży między innymi podczas kontaktów seksualnych z partnerem, ponieważ utrzymujące się stany zapalne mogą doprowadzić do nieprawidłowego rozwoju dziecka i zaburzyć jego adaptację do nowych warunków po porodzie [1, 2].

Również zakażenia wewnątrzmaciczne są częstymi przyczynami powikłań okołoporodowych u rodzących, płodów i noworodków. Są one odpowiedzialne za około 50% przyczyn wystąpienia porodów przedwczesnych. Do zakażenia jaja płodowego może dojść przez krew i łożysko w przypadku zakażenia ogólnego lub ognisk zakażeń objawowych u kobiet w ciąży, jak również drogą wstępującą z pochwy przez kanał szyjki macicy, na przykład podczas współżycia [3, 4].

Stwierdzono, że zakażenie jaja płodowego jest często wynikiem zespołu objawów określanego jako *bacterial vaginosis* (BV), która rozwija się w wyniku zaburzeń w składzie flory endogennej pochwy polegających na nadmiernym wzroście liczby bakterii beztlenowych i obniżeniu lub eliminacji normalnie występujących pałeczek *Lactobacillus* [3].

Wyniki badań przeprowadzone w ostatnich latach wykazały, że częstość występowania *bacterial vaginosis* dotyczy 5–41% ciężarnych i jest przyczyną infekcji wstępujących. Zauważono, że istnieje związek pomiędzy BV a zwiększonym ryzykiem przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, zapalenia błon płodowych, infekcji płynu owodniowego, porodu przedwczesnego i niskiej urodzeniowej masy ciała noworodków (LBW, *low birth weight*) [3].

Infekcje mogą prowadzić do uszkodzenia struktury płodu, jego obumarcia, a w późniejszym okresie ciąży do powstania różnych zaburzeń rozwojowych. Następstwa zakażeń wewnątrzmacicznych mogą się ujawnić również w późniejszym okresie noworodkowym, niemowlęcym, a także w dzieciństwie [4].

Bardzo ważne jest leczenie wszystkich infekcji dróg moczowo-płciowych u ciężarnych, by nie doszło do wystąpienia reinfekcji doprowadzających do porodu przedwczesnego, wystąpienia powikłań infekcyjnych w porożu, a także w wyniku przechodzenia przez zakażony kanał rodny infekcji u noworodków [2].

Każdy poród niesie za sobą bardzo duży wysiłek nie tylko dla matki, ale również dla nowonarodzonego dziecka. Szybki i dynamiczny przebieg procesów fizjologicznych zachodzących w czasie porodu może spowodować, że noworodek będzie miał problemy z adaptacją w nowym środowisku. W celu oceny stanu jego zdrowia wprowadzono kryteria klasyfikacji noworodków [5].

Materiał i metody

Celem niniejszej pracy było poznanie związku pomiędzy aktywnością seksualną w ciąży a stanem zdrowia noworodka.

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Dla zastosowanej metody wybrano technikę ankiety. W badaniach własnych posłużono się narzędziem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji.

Kwestionariusz został podzielony na cztery części. Pierwsza część kwestionariusza dotyczyła informacji metryczkowych. W części drugiej znalazły się pytania o środowisko domowe, w tym o miejsce zamieszkania, warunki mieszkaniowe oraz sytuację materialną rodziny. W trzeciej części zamieszczono pytania dotyczące przebiegu obecnej ciąży, porodu oraz stanu noworodka po urodzeniu.

- Ocena stanu noworodka odbyła się na podstawie:
- wieku płodowego, przy czym:
 - noworodek donoszony to taki, który urodził się z ciąży trwającej od 37 do 41 tygodni,
 - noworodek przedwcześnie urodzony pochodzi z ciąży trwającej poniżej 37 tygodni,
 - noworodek urodzony po terminie — po ukończeniu 42. tygodnia ciąży [5].
 - urodzeniowej masy ciała, w tym [5]:
 - makrosomia to masa ciała 4000 g i więcej,
 - prawidłowa masa ciała to 2500 do 3999 g,
 - mała urodzeniowa masa ciała poniżej 2500 g,
 - bardzo mała urodzeniowa masa ciała poniżej 1500 g,
 - skrajnie mała urodzeniowa masa ciała poniżej 1000 g.

Na podstawie badań dużych populacji noworodków opracowano siatki centylowe, uwzględniające urodzeniową masę ciała względem wieku płodowego.

Do oceny stanu ogólnego noworodka stosuje się tak zwaną skalę Apgar, opracowaną w 1952 roku przez Virginie Apgar. Jest ona powszechnie używana ze względu na swoją prostotę. Oprócz oceny czynności serca nie wymaga żadnych instrumentów. Uwzględnia ona pięć elementów ocenianych od 0 do 2 punktów w 1., 3., 5. i 10. minucie po porodzie. Im wyższa liczba punktów, tym lepszy stan dziecka [1, 6, 7].

Ocena w skali Apgar (tab. 1.) służy przede wszystkim do zidentyfikowania noworodków wymagających resuscytacji, jak również do oceny skuteczności tej czynności. Stan większości urodzonych dzieci jest bardzo dobry, na co wskazuje ocena Apgar 8–10. Noworodki w stanie umiarkowanym są oceniane w skali 4–7, a w stanie ciężki na 0–3.

W ostatniej — czwartej części kwestionariusza pytania dotyczyły aktywności seksualnej w ciąży, form aktywności seksualnych, osiągnięcia orgazmu, częstości współżycia, pozycji seksualnych, odczuć towarzyszących współżyciu, dolegliwości oraz objawów występujących podczas współżycia płciowego w okresie ciąży.

Badaniem ankietowym objęto 200 kobiet przebywających na oddziale położniczo-noworodkowym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie. Przeprowadzono je w okresie od 26 października 2010 roku do 16 lutego 2011 roku.

Przed rozpoczęciem badań każda kobieta została poinformowana o ich celu, który definiowano jako poznanie związku pomiędzy aktywnością seksualną w ciąży a stanem noworodka. Udział w badaniach był całkowicie anonimowy i dobrowolny, a dobór osób losowy. Kwestionariusz ankiety zawierał 61 pytania. Pytania miały charakter zamknięty, a przed ich rozpoczęciem projekt otrzymał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej działającej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya. Dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 .

Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono na podstawie oprogramowania komputerowego STATISTICA 9.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Grupy badanych kobiet były zróżnicowane pod względem wieku, wykształcenia, stanu cywilnego i miejsca zamieszkania. Wśród ankietowanych 37,00%, ($n = 74$) kobiet było w wieku 26–30 lat, 36,00%, ($n = 72$) w wieku 21–25 lat, zaś 19,00%, ($n = 38$) w wieku 31–35 lat, 5,00%, ($n = 10$) w wieku powyżej 36 lat i 3,00%, ($n = 6$) w wieku poniżej 20 lat. Wśród ankietowanych 84,00% ($n = 168$) stanowiły mężatki, natomiast 11,50% ($n = 23$) ankietowanych było stanu wolnego i 4,50% ($n = 9$) stanowiły rozwódki.

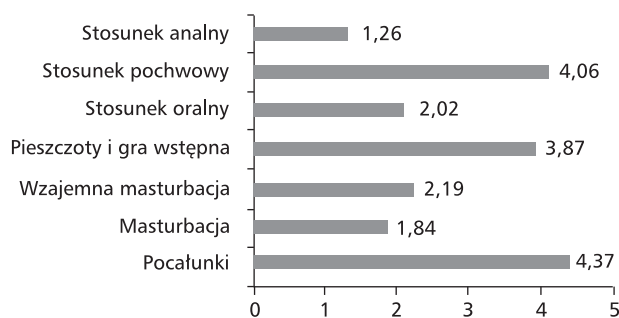
Ankietowane najczęściej miały wykształcenie wyższe ($n = 113$; 56,50%), natomiast 19,50%, ($n = 39$) ankietowanych miało wykształcenie policealne (niepełne wyższe) 13,50% ($n = 27$) średnie i 10,50% ($n = 21$) podstawowe lub zasadnicze zawodowe.

Respondentki w 46,00% ($n = 92$) pracowały umysłowo, natomiast 27,00% ($n = 54$) ankietowanych pracowało fizycznie, 16,00% ($n = 32$) kobiet nie pracowało i 11,00% ($n = 22$) uczyło się.

Kobiety badane w 47,00% ($n = 94$) mieszkały w mieście wojewódzkim i w większości miały dobre warunki mieszkaniowe ($n = 107$; 53,50%).

Tabela 1. Skala Apgar [8]

Element	Ocena		
	0	1	2
Akcja serca	Brak	Poniżej 100	Powyżej 100
Oddychanie	Brak	Nieregularne, słabe	Głośnie płaczące
Napięcie mięśniowe	Brak, wiotkość	Słabe, kończyny lekko zgięte	Prawidłowe, kończyny zgięte
Reakcje na bodźce (np. wprowadzenie cewnika do nosa)	Brak	Grymas	Kaszel albo kichanie
Ukrwienie	Sinica, bledność	Kończyny sine, tułów zaróżowiony	Całe ciało różowe



Rycina 1. Nasilenie występowania form aktywności seksualnej w ciąży

Najczęściej u ankietowanych obecna ciąża przebiegała w sposób prawidłowy ($n = 184$; 92,00%), natomiast u 8,00% ($n = 16$) ankietowanych występowały powikłania (cukrzyca, nadciśnienie, zapalenie dróg moczowych, skrócenie szyjki macicy, zbyt wczesne odejście wód płodowych, płamienia, zatrucie ciążowe).

Z przeprowadzonych badań wynika, że w skali od 1 do 5 (1 — najniższa ocena, 5 — najwyższa) stwierdzono, że w czasie ciąży najczęściej występowały pocałunki, pieszczoty i gra wstępna, stosunek pochwowy, natomiast rzadziej wzajemna masturbacja, stosunek oralny i, bardzo rzadko, masturbacja oraz stosunek analny (ryc. 1).

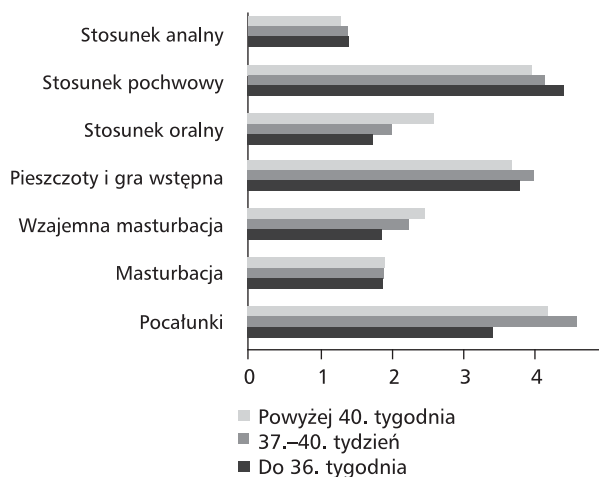
W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowane, które urodziły w terminie, częściej w ciąży preferowały pocałunki niż badane, które urodziły do 36. tygodnia ciąży i po terminie. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p = 0,0001$). Stwierdzono także, że pieszczoty i gra wstępna były bardziej nasilone u kobiet, które urodziły w 37.–40. tygodniu ciąży niż w grupie kobiet, które urodziły przed terminem i po terminie. Różnice te nie były jednak istotne statystycznie ($p = 0,18$). Kobiety, które urodziły po terminie, nieznacznie częściej w ciąży uprawiały seks oralny oraz stosowały wzajemną

masturbację niż ankietowane rodzące w terminie i przed terminem. Różnice te nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$).

Wyniki badań wykazały, że ankietowane, które urodziły przed 36. tygodniem ciąży częściej uprawiały stosunek pochwowy niż ankietowane, które urodziły o czasie i po terminie. Różnice te nie były także istotne statystycznie ($p > 0,05$). Analiza statystyczna nie wykazała także istotnych różnic w ocenie nasilenia takich form aktywności seksualnej w ciąży jak: masturbacja i stosunek analny ($p > 0,05$). Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 2 i na rycinie 2.

SZ przeprowadzonych badań wynika, że ankietowane, które rodziły naturalnie, nieznacznie częściej jako aktywność seksualną w ciąży stosowały pocałunki, pieszczoty i grę wstępną, stosunek pochwowy niż ankietowane, które urodziły poprzez cesarskie cięcie. Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$).

Wyniki badań wykazały, że ankietowane, które urodziły dzieci do 2500 g, miały bardziej nasilone



Rycina 2. Nasilenie występowania form aktywności seksualnej w ciąży z uwzględnieniem tygodnia porodu

Tabela 2. Nasilenie form aktywności seksualnej w ciąży z uwzględnieniem tygodnia porodu

Formy aktywności seksualnej	Do 36. tygodnia			37.–40. tydzień			Powyżej 40. tygodnia			Analiza statystyczna
	Średnia	Mediana	odch. std.	Średnia	Mediana	odch. std.	Średnia	Mediana	odch. std.	
Pocałunki	3,36	3,00	1,39	4,53	5,00	0,84	4,13	4,00	0,99	$H = 17,85$; $p = 0,0001$
Masturbacja	1,79	1,50	1,12	1,84	1,00	1,16	1,82	1,00	1,18	$H = 0,06$; $p = 0,97$
Wzajemna masturbacja	1,79	1,50	1,12	2,17	2,00	1,27	2,42	2,00	1,59	$H = 1,44$; $p = 0,49$
Pieszczoty i gra wstępna	3,71	4,00	1,49	3,94	4,00	1,17	3,63	4,00	1,08	$H = 3,38$; $p = 0,18$
Stosunek oralny	1,64	1,00	1,22	1,94	1,00	1,39	2,47	2,00	1,59	$H = 5,26$; $p = 0,07$
Stosunek pochwowy	4,36	5,00	1,15	4,07	4,50	1,12	3,92	4,00	1,10	$H = 2,47$; $p = 0,29$
Stosunek analny	1,29	1,00	1,07	1,28	1,00	0,81	1,18	1,00	0,73	$H = 1,09$; $p = 0,58$

Tabela 3. Nasilenie form aktywności seksualnej w ciąży z uwzględnieniem masy ciała noworodka

Formy aktywności seksualnej	Do 2500 g			2600–4000 g			Powyżej 4000 g			Analiza statystyczna
	Średnia	Mediana	SD	Średnia	Mediana	SD	Średnia	Mediana	SD	
Pocałunki	3,85	4,00	1,31	4,43	5,00	0,91	4,41	5,00	0,87	H = 5,22; p = 0,07
Masturbacja	2,15	1,50	1,42	1,79	1,00	1,12	1,88	1,00	1,17	H = 1,06; p = 0,59
Wzajemna masturbacja	2,00	1,50	1,34	2,18	2,00	1,31	2,47	2,00	1,59	H = 0,89; p = 0,64
Pieszczoty i gra wstępna	3,85	4,00	1,35	3,86	4,00	1,14	3,94	4,00	1,39	H = 0,49; p = 0,78
Stosunek oralny	2,40	1,50	1,67	2,04	1,00	1,42	1,35	1,00	1,06	H = 6,27; p = 0,04
Stosunek pochwowy	4,30	5,00	1,08	4,05	4,00	1,08	3,88	5,00	1,50	H = 1,28; p = 0,53
Stosunek analny	1,35	1,00	1,09	1,24	1,00	0,75	1,35	1,00	1,00	H = 0,03; p = 0,98

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe**Tabela 4.** Nasilenie form aktywności seksualnej w ciąży z uwzględnieniem oceny stanu noworodka w skali Apgar

Formy aktywności seksualnej	Do 8 pkt			9 pkt			10 pkt			Analiza statystyczna
	Średnia	Mediana	SD	Średnia	Mediana	SD	Średnia	Mediana	SD	
Pocałunki	4,07	5,00	1,27	4,30	5,00	0,91	4,45	5,00	0,90	H = 2,71; p = 0,26
Masturbacja	1,96	1,00	1,26	1,49	1,00	0,80	1,90	1,00	1,21	H = 3,24; p = 0,20
Wzajemna masturbacja	2,19	2,00	1,44	1,95	2,00	1,18	2,26	2,00	1,35	H = 1,38; p = 0,50
Pieszczoty i gra wstępna	3,93	4,00	1,36	3,62	4,00	1,14	3,92	4,00	1,15	H = 3,03; p = 0,22
Stosunek oralny	2,26	1,00	1,63	1,73	1,00	1,30	2,05	1,00	1,42	H = 2,44; p = 0,29
Stosunek pochwowy	4,22	5,00	1,25	3,78	4,00	1,20	4,10	4,00	1,06	H = 3,77; p = 0,15
Stosunek analny	1,30	1,00	0,95	1,16	1,00	0,60	1,28	1,00	0,83	H = 0,73; p = 0,69

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

w porównaniu z kobietami, które urodziły dzieci o wadze 2660–4000 g i powyżej 4000 g zachowania seksualne, takie jak: stosunek pochwowy stosunek oralny i masturbacja. Różnice te nie były jednak istotne statystycznie ($p > 0,05$) z wyjątkiem oceny częstości stosunku oralnego ($p = 0,04$). Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie częstości występowania form aktywności seksualnej w ciąży pomiędzy grupami uwzględniającymi ocenę noworodka w skali Apgar ($p > 0,05$). Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowane, których dzieci po porodzie otrzymały 10 pkt w skali Apgar, nieznacznie częściej współżyły w III trymestrze ciąży w porównaniu z badanymi, które urodziły dzieci, które otrzymały 9 pkt lub do 8 pkt. Stwierdzone różnice nie były jednak istotne statystycznie ($p = 0,26$).

Wyniki badań wykazały, że noworodki kobiet, które odczuwały podniecenie lub miały dużą ochotę na kontakt seksualny podczas podejmowania stosunków płciowych, częściej otrzymywały 10 pkt w skali Apgar (69,82%) niż noworodki kobiet, które odczuwały

obojętność lub nieznaczne podniecenie (58,06%). Stwierdzone różnice nie były jednak istotne statystycznie ($p = 0,25$) (tab. 5).

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowane, które urodziły powyżej 41. tygodnia ciąży, istotnie dłużej współżyły do czasu porodu w porównaniu z badanymi, które urodziły między 37. a 40. tygodniem ciąży i do 36. tygodnia. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p = 0,001$). Ankietowane, które rodziły naturalnie, nieznacznie dłużej współżyły w ciąży niż ankietowane, które miały wykonane cesarskie cięcie. Stwierdzone różnice nie były jednak istotne statystycznie ($p = 0,84$).

Dyskusja

Seksualność kobiet w ciąży jest bardzo indywidualna i zależy od wielu czynników biologicznych, psychologicznych i socjologicznych. Dla wielu par może przynosić więcej przyjemności niż dotychczas dla innych może przestać istnieć. Do dziś toczą się spory co do wpływu ciąży na seksualność kobiety i współżycia seksualnego na przebieg ciąży.

Tabela 5. Rodzaje odczuć jakie towarzyszyły ankietowanym podczas podejmowania stosunków płciowych z uwzględnieniem oceny noworodka w skali Apgar

Odczucia	Ocena w skali Apgar			Ogółem
	Do 8 punktów	9 punktów	10 punktów	
	n %	n %	n %	n %
Obojętność/nieznacznie podniecenie	4 (12,90)	9 (29,03)	18 (58,06)	31 (100,00)
Podniecenie/duża ochota na kontakt seksualny	23 (13,61)	28 (16,57)	118 (69,82)	169 (100,00)
Razem	27 (13,50)	37 (18,50)	136 (68,00)	200 (100,00)

Analiza statystyczna: $\chi^2 = 2,74$; $p = 0,25$

Wyniki badań wykazały, że ankietowane współżyły średnio do $32,07 \pm 7,92$ tygodnia ciąży (4–41 tyg.).

Powszechnie uważa się, że aktywność seksualna kobiety ciężarnej zależy od tradycji kulturowych społeczeństwa. W niektórych kulturach świata zachęca się małżonków do współżycia, w innych z kolei zaleca się ograniczenie, a nawet zakazuje się go. Margaret Mead opisuje grupy etniczne, w których zbliżenie seksualne z kobietą ciężarną jest zabronione oraz społeczeństwa, w których stosunki z ciężarną uważa się za konieczne dla „rozbudowy” dziecka [9, 10].

Na seksualność kobiety mają również wpływ: relacje psychoseksualne sprzed okresu ciąży, związku emocjonalne pomiędzy partnerami, umiejętność porozumiewania się, wyrozumiałości, potrzeby seksualne, stan zdrowia ciężarnej, przebieg ciąży, poczucie własnej wartości i atrakcyjności, warunki życiowe kobiety, lęk o dziecko obojga rodziców, a także to, czy ciąża była planowana czy niepożądana [9, 11, 12].

Przeprowadzone wyniki badań wykazują, że ankietowane w 66,50% ($n = 133$) przyznały, że seks pełni ważną rolę w ich życiu i ankietowane najczęściej planowały obecną ciążę ($n = 126$; 63,00%).

Najczęściej u ankietowanych obecna ciąża przebiegała w sposób prawidłowy, natomiast z badań wynika, że 51,00% ($n = 102$) ankietowanych bało się współżyć w czasie ciąży, a 49,00%, ($n = 98$) badanych kobiet nie miało obaw.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowane, które uczęszczały do Szkoły Rodzenia istotnie częściej nie obawiały się współżycia w ciąży (70,00%) w porównaniu z ankietowanymi, które nie chodziły do Szkoły Rodzenia (42,00%), ($p = 0,0006$).

Z badań przeprowadzonych przez Hollender i McGehee wynika, że kobiety będące w ciąży preferują takie rodzaje zachowań seksualnych, jak [13]:

- niegenitalne pieszczoty (41–53%),
- stymulację lechtaczki (25–32%),
- stymulację piersi (23–30%),

- stymulację pochwy (15–30%),
- stymulację oralną gdy aktywny jest mężczyzna (6–16%),
- stymulację oralną, gdy aktywna jest kobieta (4–11%),
- stymulację analną (3%),
- masturbację (8–31%).

Z kolei Von Sydow uważał, że wiele kobiet ciężarnych największą przyjemność seksualną odczuwały w pieszczotach i grze wstępnej oraz przeżywaniu fantazji i marzeń erotycznych. Ponadto kobiety przywiązują dużą wagę do czułości partnera w trakcie wszystkich zachowań seksualnych [13].

Z przeprowadzonych badań wynika, że w skali od 1 do 5 (1 — najniższa ocena, 5 — najwyższa) stwierdzono, że w czasie ciąży najczęściej występowały pocałunki, pieszczoty i gra wstępna, stosunek pochwy, natomiast rzadziej wzajemna masturbacja, stosunek oralny, i bardzo rzadko masturbacja i stosunek analny.

Wyniki badań własnych wykazały, że dla 20,50% ($n = 41$) ankietowanych podczas aktywności seksualnej najważniejszy był stosunek płciowy, natomiast dla 24,50% ($n = 49$) pieszczoty, pocałunki, dla 0,50% ($n = 1$) fantazje erotyczne, dla 9,50% ($n = 19$) orgazm i dla 45,00%, ($n = 90$) respondentek wszystkie wymienione powyżej aktywności były ważne.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowane, które urodziły w terminie, częściej w ciąży preferowały pocałunki niż badane, które urodziły do 36. tygodnia ciąży i po terminie. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p = 0,0001$).

Stwierdzono także, że pieszczoty i gra wstępna były bardziej nasilone u kobiet, które urodziły w 37.–40. tygodniu ciąży, niż w grupie kobiet, które urodziły przed terminem i po terminie. Różnice te nie były jednak istotne statystycznie ($p = 0,18$).

Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowane, które rodziły naturalnie, nieznacznie częściej jako aktywność seksualną w ciąży stosowały pocałunki, piesz-

czoty i grę wstępną, stosunek pochwowy niż ankietowane, które urodziły poprzez cesarskie cięcie. Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$).

Dotychczas nie poznano dobrze zmian w seksualności ciężarnych, a tym bardziej jej wpływu na stan noworodka. Na podstawie nielicznych wzmianek w literaturze można jednak stwierdzić, że samo współżycie przy prawidłowo przebiegającej ciąży nie niesie zagrożenia dla płodu.

Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie częstości występowania form aktywności seksualnej w ciąży pomiędzy grupami uwzględniającymi ocenę noworodka w skali Apgar ($p > 0,05$).

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że noworodki kobiet, które odczuwały podniecenie lub miały dużą ochotę na kontakt seksualny podczas podejmowania stosunków płciowych częściej otrzymywały 10 pkt w skali Apgar (69,82%) niż noworodki kobiet, które odczuwały obojętność lub nieznaczne podniecenie (58,06%). Stwierdzone różnice nie były jednak istotne statystycznie ($p = 0,25$).

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowane, które urodziły powyżej 41. tygodnia ciąży istotnie dłużej współżyły do czasu porodu w porównaniu z badanymi, które urodziły między 37.–40. tygodniem ciąży i do 36. tygodnia. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p = 0,001$).

Wnioski

1. W czasie ciąży najczęściej były realizowane następujące formy aktywności seksualnej: pocałunki, pieszczoty i gra wstępna, stosunek pochwowy, natomiast rzadziej wzajemna masturbacja, stosunek oralny, bardzo rzadko masturbacja i stosunek analny.
2. Matki dzieci, które rodziły się większe, dłużej współżyły w czasie ciąży (śr. do 32,82 tyg.) od kobiet które rodziły mniejsze dzieci (do 30,55 tyg.).

3. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie częstości występowania form aktywności seksualnej w ciąży w odniesieniu do oceny noworodka w skali Apgar ($p > 0,05$).
4. Noworodki kobiet, które odczuwały podniecenie lub miały dużą ochotę na kontakt seksualny podczas podejmowania stosunków płciowych, częściej otrzymywały 10 punktów w skali Apgar, ale statystycznie zależność ta nie była istotna.

Piśmiennictwo

1. Dymczyk K., Całus I., Leszczyńska K., Śmiejkowska-Jasińska A. Przebieg ciąży a stan dzieci po porodzie. *Wiadomości Lekarskie* 2002; 55 (supl. 1 (2)): 655–661.
2. Olech K., Janik J., Dyrek B. Przebieg ciąży, porodu i połogu u ciężarnych z nieprawidłową florą bakteryjną pochwy oraz ocena stanu noworodków urodzonych przez te ciężarne. *Ginekologia Polska* 1994; 65 (supl. 3): 1353–1357.
3. Kalinka J., Hanke W., Misiak G., Wasiela M. Ocena wpływu *bacterial vaginosis* na występowanie porodu przedwczesnego oraz małej urodzeniowej masy ciała noworodka. *Ginekologia Praktyczna* 2001; 9 (7): 100–103.
4. Kalinka J., Hanke W., Wasiela M. Ocena częstości oraz wpływu infekcji *Chlamydia trachomatis* na ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego oraz małej urodzeniowej masy ciała. *Ginekologia Praktyczna* 2001; 9 (5): 15–18.
5. Sawulicka-Oleszczuk H. Noworodek donoszony. Ocena stanu ogólnego noworodka. W: Łepecka-Klusek C. (red.). *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2003; 271.
6. Klimek R., Wolski H. Skala Apgar — historia i rzeczywistość. *Ginekologia Polska* 2003; 74 (1): 73–77.
7. Kornacka K., Olkiewicz Z. Systemy oceny noworodka po porodzie. W: Słomko Z. (red.). *Kliniczna perinatologia i ginekologia*. Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej 1997; 20: 50–58.
8. Sawulicka-Oleszczuk H. Noworodek. Klasyfikacja noworodków. W: Łepecka-Klusek C. (red.). *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Wyd. CZELEJ, Lublin 2003; 259.
9. Sipiński A., Kazimierczak M., Skiba W., Sipińska K. Seksualność kobiet w okresie perinatalnym. *Przegląd Seksuologiczny* 2007; 12: 5–15.
10. Skrzypulec V., Wit M., Kowalczyk R., Jabłoński K., Droszdol A. Jakość życia seksualnego w okresie ciąży. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2005; 59 (5): 373–376.
11. Marcyniak M., Hamela-Olkowska A., Czajkowski K. Współżycie płciowe podczas ciąży a ryzyko porodu przedwczesnego. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2003; 7 (supl. 1): 167–173.
12. Smoliński R. Seksualność kobiet w ciąży i w połogu. W: Lew-Starowicz Z., Skrzypulec V. *Podstawy seksuologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWŁ, Warszawa 2010: 133–137.
13. Malarewicz A., Szymkiewicz J., Rogala J. Seksualność kobiet w ciąży. *Ginekologia Polska* 2006; 77 (7): 733–737.