

Seksualność kobiet w ciąży

Sexuality of pregnant women

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

Ciąża jest dynamicznie przebiegającym procesem zmian, które dotyczą poszczególnych narządów, jak również samopoczucia i psychiki kobiety. Zmianom podlegają także relacje z partnerem i dotychczasowe wzory zachowań. Kobiety szczególnie w tym czasie odczuwają potrzebę bliskości, ciepła i porozumienia. Niejednokrotnie zmianom ulegają również potrzeby aktywności seksualnej oraz ich forma. Współżycie w czasie ciąży pozostaje wciąż tematem tabu dla wielu ginekologów i położnych. Kobiety w ciąży często wstydzą się pytać lekarza o zalecane indywidualne modyfikacje ułożeń ciał partnerów w czasie stosunków płciowych w poszczególnych trymestrach ciąży lub o wpływ aktywności seksualnej na stan zdrowia noworodka. Podczas prawidłowej ciąży niskiego ryzyka ani stosunek płciowy, ani orgazm nie powinny wpływać negatywnie na stan zdrowia noworodka. Zagrożeniami związanymi z aktywnością seksualną, mającymi istotny wpływ na przebieg ciąży, mogą być infekcje układu moczowo-płciowego, ból podczas stosunku, poronienia, porody przedwczesne, przedwczesne odpływanie płynu owodniowego, skurcz macicy trwający około jednej minuty, przyspieszona częstość pracy serca dziecka.

Kobiety w ciąży przeżywają różnorakie stany emocjonalne od optymizmu i zadowolenia do skrajnego pesymizmu. Ciąża może być powodem lęków, stresów i wahań nastrojów, dlatego tak ważne jest, aby w tym szczególnym czasie kobieta mogła bez skrępowania swobodnie rozmawiać o różnorodności swoich odczuć i spotykać się z akceptacją ze strony rodziny i innych osób. Ogromne znaczenie dla samopoczucia i samooceny kobiety ciężarnej ma siła związku emocjonalnego z ojcem poczętego dziecka. W badaniach udowodniono, że im ten związek jest silniejszy, tym mniej niepokojów odczuwa kobieta.

Słowa kluczowe: ciąża, zachowania seksualne, aktywność seksualna

Seksuologia Polska 2011; 9 (2): 85–90

Abstract

Pregnancy is a dynamic process proceeding all changes that affect individual organs, as well as mood and psyche of women. These changes are also subject to the relations with a partner and past patterns of behavior. Women, especially at this time feel the need for closeness, warmth and understanding. Sometimes changes are also necessary in sexual activity and their form.

Intercourse during pregnancy is still taboo for many gynecologists and midwives. Pregnant women are often too embarrassed to ask your doctor about individual modifications of partners bodies during sexual intercourse in various trimesters of pregnancy or the impact of sexual activity on the health of the newborn.

During normal pregnancy or low risk of sexual intercourse or orgasm should not cause problems. Risks associated with sexual activity, having a significant impact on pregnancy can be infections urogenital system, pain during intercourse, miscarriage, premature births, premature amniotic fluid flows, uterine contraction lasting about one minute, fast heart rate of the child.

Pregnant women experiencing various emotional states of optimism and contentment, to extreme pessimism. Pregnancy can cause anxiety, stress and mood fluctuations, so it's important that at this particular time, a woman could feel comfortable and talk freely about the diversity of their feelings and meet with

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

acceptance from family and others. Great importance for the well-being and self-assessment of a pregnant woman has the power of emotional connection with the father of the unborn child. Studies prove that their relationship is stronger if the woman feels less anxiety.

Key words: pregnancy, sexual behavior, sexual activity

Polish Sexology 2011; 9 (2): 85–90

Współżycie w czasie ciąży

Aktywność seksualna kobiet w ciąży jest dotychczas słabo poznana. Badania naukowe są nieliczne, a ich rezultaty sprzeczne. Wykazano, że większość kobiet ciężarnych odczuwa potrzebę kontaktów seksualnych, ale ulega ona zmianom w poszczególnych trymestrach ciąży [1, 2].

Czynnikami warunkującymi podejście do współżycia płciowego podczas ciąży są między innymi [1, 3]:

- stan zdrowia ciężarnej,
- więź emocjonalna między małżonkami,
- potrzeby seksualne,
- współżycie płciowe przed ciążą,
- poczucie własnej wartości i atrakcyjności,
- lęk o dziecko obojga partnerów,
- poczucie zażenowania związane z bliskością płodu,
- tradycje kulturowe społeczeństwa.

Poglądy dotyczące wpływu współżycia płciowego na przebieg ciąży zmieniały się znacząco na przestrzeni wieków. Już w 1926 roku Van de Velde stwierdził, że w wyniku spółkowania może dochodzić do poronień, zakażeń narządu rodowego [4], jego mechanicznych uszkodzeń oraz do przedwczesnych porodów i przedwczesnego odpływania płynu owodniowego [3].

Masters i Johnson w 1966 roku stwierdzili, że u kobiet ciężarnych w pierwszym trymestrze ciąży bezpośrednio po szczytowaniu sporadycznie występują bolesne skurcze w podbrzuszu oraz bóle w okolicy krzyżowej. Wzmoczoną pobudliwość macicy zaobserwowali natomiast podczas efektywnej stymulacji seksualnej. Pod koniec trzeciego trymestru ciąży podczas orgazmu u kobiet ciężarnych występował spastyczny skurcz macicy trwający około jednej minuty, a częstość serca płodu słuchana w tym czasie wykazywała bradykardię. Z kolei w każdym okresie ciąży stosunki płciowe mogły powodować infekcje [3, 5].

W 1976 roku Michalina Wisłocka poruszyła problem bólu odczuwanego przez kobiety podczas orgazmu w pierwszych tygodniach ciąży. Zwróciła także uwagę na temat występowania czynności skurczowej macicy w wyniku intensywnego drażnienia brodawek sutkowych u kobiet ciężarnych, co mogło prowadzić do poronień i porodu przedwczesnego. Już wtedy zauważono przydatność tej czynności w wywoływaniu porodu w ciążach przeterminowanych [3].

White i Reamy w 1982 roku przekonywali o pozytywnym wpływie stosunków płciowych w czasie ciąży na relacje małżeńskie. Stwierdzili, że ich ograniczenie może powodować seksualne frustracje i nieporozumienia małżeńskie. Zdaniem tych autorów stosunek bardzo rzadko jest przyczyną poronień. Jako pierwsi zwrócili uwagę na możliwość zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, które mogą zwiększyć matczyną, płodową oraz noworodkową śmiertelność i umieralność [3].

Aktywność seksualna w pierwszym trymestrze ciąży

Już w 1966 roku Masters i Johnson stwierdzili, że u kobiet ciężarnych w pierwszym trymestrze ciąży następuje wyraźnie obniżenie zainteresowań seksualnych, a w konsekwencji zmniejszenie częstości i stosunków seksualnych [6]. Na fakt ten wpływ mają przede wszystkim dolegliwości nieodłącznie związane z pierwszym trymestrem, takie jak: senność, bolesność piersi, nudności, wymioty, zaburzenia nastrojów oraz obawy przed uszkodzeniem zarodka lub wystąpieniem poronienia na skutek kontaktów seksualnych. Dzieje się tak zazwyczaj u kobiet, które nie rodziły, z kolei u wieloródek przeważnie nie obserwuje się zmian w aktywności płciowej w porównaniu z okresem przed ciążą [5, 7, 8].

Do czynników mających pozytywny wpływ na życie seksualne w tym okresie można zaliczyć komfort psychiczny związany z pozbyciem się lęku przed niechcianą ciążą. Istotne znaczenie mają również zmiany w narządach płciowych, które sprzyjają w przeżywaniu doznań erotycznych [9, 10].

W pierwszym trymestrze ciąży współżycie płciowe może się stać niekiedy przyczyną zakażenia rozwijającego się jaja płodowego oraz poronienia. Czynnikami świadczącymi o zagrażającym poronieniu w pierwszym trymestrze są bóle i krwawienia. Zaleca się wtedy bezwzględne zaprzestanie współżycia [11].

Aktywność seksualna w drugim trymestrze

W drugim trymestrze ciąży u zdecydowanej większości kobiet następuje wyraźny wzrost liczby kontaktów płciowych, wzbogacenia przeżyć seksualnych

oraz fantazji i snów na tematy seksualne, niezależnie od liczby przeżytych porodów [12]. Ma to związek z zachodzącymi w tym okresie zmianami hormonalnymi i fizjologicznymi, takimi jak przekrwienie okolicy narządów płciowych, oraz intensywniejszym i szybszym zwilżaniem ścian pochwy. W tym okresie zauważono również wzrost osiągnięcia satysfakcji seksualnej [8].

Czynnikami wymagającymi zaprzestania kontaktów seksualnych w drugim trymestrze są:

- aktywność skurczowa macicy, wymagająca stosowania tokolityków,
- krwawienia z dróg rodnych [1].

Ponadto kobiety, które kilkakrotnie poroniły, powinny w tym okresie zaprzestać współżycia, ponieważ przekrwienie macicy i jej regularna czynność skurczowa podczas stosunku mogą doprowadzić do kolejnego poronienia [13].

Aktywność seksualna w trzecim trymestrze ciąży

W trzecim trymestrze ciąży zauważa się wyraźny spadek aktywności seksualnej, zmniejszenie częstotliwości stosunków oraz zdolności do przeżywania orgazmu zarówno u nieródek, jak i u wieloródek. Głównymi przyczynami tego faktu wydają się przede wszystkim wysoki poziom lęku o dziecko i przebieg porodu oraz negatywne odczucia somatyczne, takie jak: bóle okolicy krzyżowej, obrzęki, ociężałość, zmęczenie, przyrost masy ciała, wyczerpanie psychiczne [8, 14].

W ostatnich tygodniach ciąży istnieje uzasadniona konieczność zaniechania kontaktów seksualnych z uwagi na niebezpieczeństwo zakażenia i uszkodzenia pęcherza płodowego w razie wystąpienia czynności porodowej. W okresie tym istnieje niebezpieczeństwo wywołania porodu przedwczesnego z uwagi na fakt, że mięsień macicy reaguje na pobudzenie seksualne regularną czynnością skurczową trwającą nawet do pół godziny po orgazmie. Powstrzymanie się ciężarnej od współżycia jest bezwzględnie koniecznością w przypadku niektórych powikłań przebiegu ciąży, takich jak przedwczesne odpłynięcie wód płodowych, krwawienie oraz zagrożenie porodem przedwczesnym [13, 15, 16].

Wpływ aktywności seksualnej w ciąży na stan zdrowia noworodka

Podczas prawidłowej ciąży niskiego ryzyka ani stosunek płciowy, ani orgazm nie powinny wpływać negatywnie na stan zdrowia noworodka. Rozwijające się dziecko jest chronione wewnątrz macicy przez

owodnię i płyn owodniowy, a mięśnie macicy są silne i osłaniają dziecko. Zastłaniający szyjkę macicy gęsty czop śluzowy również stanowi ochronę.

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 [17].

Ponadto zakażenia wewnątrzmaciczne są częstymi przyczynami powikłań okołoporodowych u kobiet 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 [18, 19].

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* [18, 20].

W badaniach przeprowadzonych w ostatnich latach wykazano, że częstość występowania *bacterial vaginosis* dotyczy 5–41% ciężarnych i jest przyczyną wstępujących infekcji. Zauważono, że istnieje związek pomiędzy BV a zwiększonym ryzykiem przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, zapalenia błon płodowych, infekcji płynu owodniowego, porodu przedwczesnego i małej urodzeniowej masy ciała noworodków [18].

Infekcje mogą prowadzić do uszkodzenia struktury płodu, jego obumarcia, a w późniejszym okresie ciąży do powstania różnorodnych zaburzeń rozwojowych. Następstwa zakażeń wewnątrzmacicznych mogą również ujawnić się w późniejszym okresie noworodkowym, niemowlęcym, a także w dzieciństwie [19, 21].

Zaleca się używanie prezerwatyw, ograniczenie stosunków płciowych na 6 tygodni przed porodem u ciężarnych, aby nie doszło do wystąpienia reinfekcji doprowadzających do porodu przedwczesnego, wystąpienia powikłań infekcyjnych w położu, a także w wyniku przechodzenia przez zakażony kanał rodny infekcji u noworodków [22].

Indywidualne modyfikacje ułożeń ciał partnerów w czasie stosunków płciowych w okresie ciąży

Każdy początek ciąży wiąże się nieodłącznie z aktem seksualnym. Cięża w pierwszym i drugim trymestrze, pod warunkiem że przebiega prawidłowo,

nie jest powodem do powstrzymania się od kontaktów seksualnych. Współżycie seksualne wtedy nie wywiera szkodliwego wpływu na stan płodu. Należy jednak zachować wtedy szczególną ostrożność i zapoznać się z ułożeniem ciała odpowiednim dla poszczególnych trymestrów ciąży. Indywidualne modyfikacje ułożeń ciał partnerów w czasie stosunków mają trzy podstawowe znaczenia: fizjologiczne, psychologiczne oraz kulturowe [23]. Pierwsze z nich wynika przede wszystkim z różnic w budowie partnerów. Znaczenie psychologiczne wynika z rodzaju partnerstwa i rodzaju zaspokajanych potrzeb podczas stosunków płciowych. Znaczenie kulturowe objawia się natomiast różnymi postawami przyjętymi wobec drugiej płci. Każdy więc związek partnerski powinien znaleźć dla siebie optymalne ułożenia dostosowane do wzajemnej budowy, wrażliwości psychicznej oraz potrzeb. Cięża jest sytuacją, względem której partnerzy powinni dostosować optymalne modyfikacje ułożenia ciał podczas współżycia [24].

Zbadano, że w okresie ciąży pary preferowały następujące modyfikacje ułożenia ciał partnerów w czasie stosunku płciowego: gdy kobieta leży na boku tyłem do mężczyzny, odchylona od niego, ze zgiętymi kolanami (41%), ułożenie klasyczne (26%), gdy partner leży na plecach, a partnerka siedzi na nim odwrócona przodem lub tyłem (23%), inne (9%) [8].

W pierwszym trymestrze można współżyć właściwie w każdej indywidualnej modyfikacji ułożenia ciał partnerów w czasie stosunku płciowego. Brzuch jest wtedy jeszcze płaski i nie utrudnia kontaktów seksualnych.

W ułożeniu ciała partnerów, gdy partner leży na plecach, a partnerka siedzi na nim odwrócona przodem lub tyłem, umożliwia się aktywność kobiecie, która może wykonywać ruchy miednicą we wszystkich kierunkach. Immisja członka jest głęboka i drażnienie może obejmować wszystkie ściany pochwy. Takie ułożenie ciał należy do jednych z najbardziej podniecających, przez wszechstronną zmysłową stymulację, zwłaszcza wzrokową [7, 25].

Modyfikacja ułożenia ciał partnerów, gdy kobieta leży na boku tyłem do mężczyzny, odchylona od niego, ze zgiętymi kolanami reguluje głębokość immisji; im bardziej jest odchylona, tym głębsza immisja. Powolne falowanie i brak ucisku na brzuch pozwalają obydwu partnerom czerpać przyjemność ze stosunku. Ułożenie to pozwala na aktywność obojga partnerów i jest odpowiednie dla całego okresu ciąży, jeśli nie występują przeciwwskazania [25].

W drugim trymestrze ciąży zwiększa się ukrwienie okolic miednicy mniejszej, co istotnie wpływa na ułatwienie współżycia i osiągnięcie satysfakcji seksualnej. Dozwolone są wtedy niemal wszystkie mo-

dyfikacje ułożenia ciał podczas stosunku, pod warunkiem że brzuch nie jest w nich uciskany.

W ułożeniu klasycznym partnerka leży na plecach, a partner jest pochylony nad nią. Oboje są zwrócony twarzami do siebie. Mężczyzna powinien oprzeć nogi o podłogę, aby uniknąć naciskania na brzuch kobiety. Bodźce dotykowe z pochwy i członka są przeciętnie silne. Lepiej jest pobudzana przednia ściana pochwy. Łechtaczka jest słabo drażniona. Pozycja sprzyja pieszczoniu kobiety, zjednoczeniu ciał, opiekuńczemu objęciu głowy partnerki.

Trzeci, ostatni trymestr ciąży, jest okresem, w którym należy dostosować ułożenie ciał partnerów podczas stosunku do wygody partnerki i do bezpieczeństwa nienarodzonego jeszcze dziecka. W ostatnim trymestrze warto wrócić do modyfikacji ułożenia ciał partnerów, gdy kobieta leży na boku tyłem do mężczyzny, odchylona od niego, ze zgiętymi kolanami. Brzuch jest wtedy bezpieczny, nie ciąży kobiecie i nie przeszkadza mężczyźnie. Jest to jedno z najodpowiedniejszych i najbezpieczniejszych ułożeń ciał podczas stosunku w trzecim trymestrze ciąży.

Tak jak już wspomniano wcześniej, współżycie seksualne u zdrowych kobiet, z prawidłowym przebiegiem ciąży, bez występowania przeciwwskazań, nie wywiera szkodliwego wpływu na stan płodu. Należy jednak zawsze pamiętać, aby podczas współżycia wybierać ułożenia ciała zapewniające komfort kobiecie, a zarazem takie, w których brzuch i piersi nie są uciskane [25, 26].

Aspekty psychologiczne przebiegu ciąży

W okresie ciąży w organizmie kobiety zachodzi wiele zmian obejmujących zarówno procesy morfologiczne, fizjologiczne, jak i psychologiczne. Przyszła matka przeżywa wtedy różnorodne stany emocjonalne od optymizmu i zadowolenia do skrajnego pesymizmu. W badaniach dowiedziono, że wpływ na intensywność i rodzaj odczuwanych potrzeb emocjonalnych zależą od indywidualnego podejścia kobiety do tematu ciąży, macierzyństwa i wiążących się z nimi zmianami i konsekwencjami. Zarówno potrzeby emocjonalne kobiet, jak i funkcjonowanie psychiczne w okresie ciąży są istotnie różne od występujących w innych okresach ich życia. Szczególnym przypadkiem jest tu pierwsza ciąża, która dla większości kobiet jest wyjątkowa, wzbudza wiele emocji i maksymalnie koncentruje uwagę kobiety na tym fakcie [27, 28].

Ciąża jest okresem zarazem pięknym, ale i trudnym, pełnym wątpliwości i niepokoju. Jest to okres tak zwanego „kryzysu psychicznego” [28]. Pociągająca za sobą wiele zmian, co może być powodem lęków,

stresów i wahań nastrojów. Dlatego tak ważne jest, aby w tym szczególnym czasie kobieta mogła bez skrępowania i swobodnie rozmawiać o różnorodności swoich odczuć i spotykać się z akceptacją ze strony rodziny i innych osób [27].

Obserwując dynamikę procesów zachodzących w ciele kobiet ciężarnych i emocjonalny przebieg ciąży, można wyróżnić trzy charakterystyczne trymestry [28].

Pierwszy trymestr trwający od poczęcia do 13. tygodnia ciąży jest niewątpliwie okresem kryzysu psychicznego. Badacze zgodnie określają, że w tym czasie kobieta jest skoncentrowana na sobie i zmianach w swoim ciele. Bardziej skupia się na fizycznych zmianach i dolegliwościach z tym związanymi, tj. poranne nudności, bóle głowy, senność, znużenie, niż na fakcie, że nosi w sobie nowe życie [27, 28]. Często przełomowym wydarzeniem, które uświadamia kobiecie realność istnienia dziecka, jest badanie USG, usłyszanie bicia serca czy wycucie pierwszych jego ruchów. W czasie całego pierwszego trymestru kobieta uświadamia sobie fakt istnienia poczętego dziecka i przechodzi proces stopniowej jego akceptacji w ciele i życiu całej rodziny [28].

Ogromne znaczenie dla samopoczucia i samooceny kobiety ciężarnej ma siła związku emocjonalnego z ojcem poczętego dziecka. W badaniach wykazano, że im ten związek jest silniejszym, tym mniej niepokojów odczuwa kobieta. Czerpie zatem więcej satysfakcji psychicznych z faktu zajścia w ciążę, utożsamiając ten fakt z ucieleśnieniem jej więzi duchowych z ojcem dziecka. Mimo tego uczucia kobiety są również głęboko związane z funkcjonowaniem jej ciała. Syndromy, takie jak zatrzymanie miesiączki i zwiększenie rozmiarów ciała, mogą się przyczyniać do poczucia lęku i odrazy, a tym samym do problemów z akceptacją dziecka i trudnościami w nawiązaniu więzi uczuciowej [27]. W czasie, gdy obecność dziecka jest jeszcze niewyczuwalna, kobieta doświadczająca jedynie symptomów i dolegliwości swego ciała przeżywa różnorakie odczucia lękowe. Można do nich zaliczyć:

- strach przed nienarodzonym dzieckiem,
- obawa o zdrowie swoje i dziecka,
- lęk przed utratą ciąży,
- strach przed porodem i związanym z nim bólem,
- niepewność związana z przyszłością po narodzeniu dziecka [27].

Są jednak kobiety, które doświadczają przeżyć odmiennych. Wiadomość o poczęciu dziecka staje się dla nich impulsem do nowego lepszego życia oraz radosnego przeżywania kolejnych 9 miesięcy. Reakcja na ciążę jest często wynikiem kultury, w jakiej przyszła matka się wychowywała i osobowości, jaką posiada. Najlepszą szkołą dla przyszłej matki jest wtedy obserwacja innych kobiet będących w ciąży, sto-

sunek otoczenia dla kobiet ciężarnych oraz rozmowa z własną matką, jeśli przedstawia ona ciążę jako naturalne i piękne doświadczenie w życiu każdej kobiety. Dziecko jest wtedy dla kobiety sposobem na zaspokojenie jej wielu osobistych potrzeb [27]. Należą do nich przede wszystkim:

- potrzeba sensu życia — dziecko daje poczucie, że dalsze życie ma sens i jest dla kogo się trudzić,
- potrzeba dodatkowej samooceny — fakt poczęcia dziecka świadczy o sprawności fizycznej organizmu,
- potrzeba bezpieczeństwa — dziecko w perspektywie czasu stanie się opiekunem w starości lub chorobie,
- potrzeba nieśmiertelności — dziecko jako przedłużenie życia gatunku i dziedzic bogactwa materialnego i psychicznego rodziców [27].

Drugi trymestr zmienia zazwyczaj poglądy i odczucia kobiet na ciążę i macierzyństwo. Jest to okres hormonalnej i emocjonalnej stabilizacji. Zazwyczaj mijają przykre doświadczenia pierwszego trymestru, co pozwala w pełni skoncentrować się na dziecku. Możliwe jest już zobaczenie dziecka na obrazie ultrasonograficznym, wysłuchanie bicia jego serca i wycucie pierwszych jego ruchów. Fakty te sprawiają, że w miarę upływu kolejnych miesięcy pogłębia się więź emocjonalna i duchowa z dzieckiem, a przyszła mama nabiera poczucia wewnętrznej siły i życiowej energii [28]. Powiększający się powoli brzuch nie ogranicza jeszcze zbyt ruchów, a daleki w perspektywie czasu poród nie skupia uwagi. Ciąża staje się powodem do dumy. Drugi trymestr ciąży można śmiało nazwać „najprzyjemniejszym okresem ciąży” [28]. Negatywne odczucia występujące w tym czasie są związane przede wszystkim z różnym przeżywaniem ciąży przez kobietę i jej partnera. Kobieta całą swoją uwagę skupia na nienarodzonym jeszcze dziecku, przez co partner może odczuwać mniejsze zainteresowanie ciążą i w mniejszym stopniu angażuje się w jej przeżywanie [28].

Trzeci trymestr ciąży to czas, kiedy do porodu pozostało już mniej niż 3 miesiące, dlatego pojawiają się wtedy ponownie lęk i niepokój. Źródłem tych odczuć są już częściej zbliżający się poród i związane z nim: ból, lęk przed powikłaniami okołoporodowymi oraz obawa o zdrowie i bezpieczeństwo swoje i dziecka. Dodatkowe negatywne odczucia są również wywołane zmianami fizycznymi w ciele kobiety. Duży brzuch utrudnia oddychanie, poruszanie się, zmianę pozycji i powoduje większą męczliwość. Wśród innych dolegliwości mogą wystąpić w tym czasie: bóle krzyża, zaparcia, uczucie duszności, skurcze macicy. Wszystkie te niedogodności, stesy i zmiany hormonalne przygotowującego się do porodu organizmu powodują zazwyczaj u kobiet pobudliwość, rozdrażnienie, podatność na stres i huśtawkę nastrojów. Ba-

dacze zgodnie podkreślają, że stres przeżywany w czasie ciąży może być przyczyną wielu okołoporodowych komplikacji. Ostatni trymestr ciąży jest również czasem, w którym buduje się najsilniejsza więź emocjonalna matki z dzieckiem. Kobiety często snują wtedy plany i fantazje związane z dzieckiem i zaczynają wyobrażać sobie je jako konkretną osobę. Jest to wzmożony okres przygotowywania się całej rodziny jak również domu na przyjście dziecka na świat [27–29].

Podsumowując opisane powyżej psychologiczne aspekty przebiegu ciąży w poszczególnych trymestrach, można stwierdzić, że każda ciąża jest źródłem wielu stresów i niepokojów. Istnieją jednak czynniki, które mają mniejszy lub większy wpływ na ich intensywność. Należy tu wymienić przede wszystkim następujące aspekty:

- kultura, pod wpływem której kobieta została wychowana,
- fakt, czy ciąża była pożądana, czy przypadkowa,
- liczba poprzedzających ciąż u kobiety,
- rola, jaką kobieta pełni w życiu,
- struktura osobowości oraz konflikty wewnętrzne kobiety,
- wsparcie, jakie kobieta otrzymuje od rodziny, personelu medycznego oraz najbliższego otoczenia.

Każda para małżeńska podchodzi do zagadnienia współżycia płciowego w okresie ciąży w sobie właściwy sposób: jednym sprawia ono przyjemność, innym nie, jeszcze innym dąoby może wiele satysfakcji, lecz chociaż chcą, nie mogą współżyć z różnych przyczyn. Dla jeszcze innych może się wydawać niewygodnym zobowiązaniem. W każdym przypadku powinno się traktować ten problem naturalnie. Niestety, panuje wiele stereotypów myślowych dotyczących współżycia płciowego w okresie ciąży i to zarówno u lekarzy, jak i ogółu społeczeństwa. Często lekarze nie udzielają rodzicom oczekującym narodzin dziecka informacji, jakich zmian mogą oczekiwać w intymnej sferze życia. Zrozumienie, w jaki sposób kontakty seksualne w okresie ciąży ulegają zmianie, pozwala na pozbycie się obaw i niepokojów, a często sprawia, że współżycie staje się łatwiejsze do zaakceptowania i bardziej satysfakcjonujące. Wiedza pozwala także podjąć wysiłki mające na celu zmniejszenie negatywnych czynników wpływających na wzajemne relacje i akceptację tych, których zmienić się nie da [27, 28].

Piśmiennictwo

1. Smoliński R. Seksualność kobiet w ciąży i w porożu. W: Lew-Starowicz Z., Skrzypulec V. (red.). Podstawy seksuologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 133–137.
2. Sipiński A., Kazimierzczak M., Buchacz P., Sipińska K. Sexual behaviors of pregnant women. *Wiad. Lek.* 2004; 57 (supl. 1): 281–284.
3. 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.

4. Weinstock H., Berman S., Cates W. i wsp. Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspectives on Reproductive & Sexual Health* 2004; 36 (1): 6–10.
5. Glenc F. Niektóre zagadnienia seksualne u kobiet ciężarnych. *Wiad. Lek.* 1973; XXVI, 2, 145–148.
6. Sacomori C., Cardoso F.L. Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among Brazilian women: a retrospective study. *J. Sex Marital. Ther.* 2010; 36 (2): 124–136.
7. 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.
8. Sipiński A., Kazimierzczak M., Skiba W., Sipińska K. i wsp. Seksualność kobiet w okresie perinatalnym. *Prz. Seksuol.* 2007; 12: 5–15
9. Sowińska-Przepiera E., Jarząbek G. Zdrowie seksualne w aspekcie ginekologii wieku rozwojowego. *Ginek. Prakt.* 2007; 93 (2): 39–42.
10. Błażejewska A., Lew-Starowicz Z. Przegląd światowej prasy seksuologicznej 2009 — seksualność kobiet. *Prz. Seksuol.* 2010; 6 (1): 18–21.
11. Malarewicz A., Szymkiewicz J., Rogala J. Seksualność kobiet w ciąży. *Gin. Pol.* 2006; 77 (7): 733–737.
12. Patricia Maybruck. An Exploratory Study of the Dreams of Pregnant Women. Ph.D. diss., Saybrook University, San Francisco, 1986. For architectural symbols, s. 68–72.
13. Smolińska E. Zdrowy styl życia ciężarnej. *Mag. Piel. Położ.* 1999; 2: 34–35.
14. Schaffir J. Sexual intercourse at term and onset of labor. *Obstet. Gynecol.* 2006; 107: 1310.
15. Sayle A.E., Savitz D.A., Thorp J.M., Hertz-Picciotto I., Wilcox A.J. i wsp. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet. Gynecol.* 2001; 97 (2): 283–289.
16. Strzyżewski J. Zjawiska seksualne w położnictwie. Wpływ przebiegu ciąży na zjawiska płciowe. W: Bilkiewicz T., Imieliński K. (red.). Seksuologia kliniczna. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1978: 559–561.
17. Dymczyk K., Calus I., Leszczyńska K., Śmiejkowska-Jasińska A. Przebieg ciąży a stan dzieci po porodzie. *Wiad. Lek.* 2002; 55 supl. 1 (2): 655–661.
18. Kalinka J., Hanke W., Misiak G., Wasiela M. Ocena wpływu bacterial vaginosis na występowanie porodu przedwczesnego oraz małej urodzeniowej masy ciała noworodka. *Ginek. Prakt.* 2001; 9 (7): 100–103.
19. Kalinka J., Hanke W., Wasiela M. Ocena częstości oraz wpływu infekcji Chlamydia trachomatis na ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego oraz małej urodzeniowej masy ciała. *Ginek. Prakt.* 2001; 9 (5): 15–18.
20. Robinson J.N. Robinson J.N., Norwitz E.R. i wsp. Risk factors for preterm labor and delivery. <http://www.uptodate.com/home/index.html>. Accessed Feb. 2010: 12.
21. Johnson T.R., Gregory K.D., Niebyl J.R. i wsp. Preconception and prenatal care: Part of the continuum. W: Gabbe S.G. i wsp. (red.). *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 5th ed. Churchill Livingstone, Philadelphia, Pa, 2007. http://www.mdconsult.com/das/book/body/183344833-4/952429201/1528/58.html#4-u1.0-B978-0-443-06930-7..50007-4—cesec17_174. Accessed Feb. 12, 2010.
22. Tulandi T. Al-Fozan H.M. i wsp. Definition and etiology of recurrent pregnancy loss. <http://www.uptodate.com/home/index.html>. Accessed Feb. 2010: 12.
23. Lee J.T., Lin C.L., Wan G.H., Liang C.C. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *J. Sex. Marital. Ther.* 2010; 36 (5): 408–420.
24. Stadnicka G., Iwanowicz-Palus G. Psychoseksualne aspekty życia dojrzałej kobiety. W: Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. (red.). *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009: 122–133.
25. Lew-Starowicz Z. Seks partnerski. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1983: 136–149.
26. Sexuality and sexual problems. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. http://www.acog.org/publications/patient_education/bp072.cfm. Accessed Feb. 2010: 12.
27. Lepiarz A. Zmiany psychiczne doświadczane przez kobiety oczekujące narodzin dziecka. *Ginek. Prakt.* 2010; 1: 54–57.
28. Libera A. Problemy psychologiczne okresu ciąży. Psychologiczne aspekty ciąży. W: Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. (red.). *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 154–157.
29. Iwanowicz-Palus G., Bień A. Psychoprofilaktyka u kobiet w ciąży. Psychologiczne aspekty ciąży i porodu — charakterystyka stanów emocjonalnych kobiet w ciąży. W: Bień A. (red.). *Opieka nad kobietą ciężarną*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 342–348.