

Seksualność kobiet w okresie ciąży

Women's sexuality during pregnancy

Krystian Wdowiak¹, Agnieszka Maciocha², Julia Wąż³

¹ Szkoła Doktorska, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Summary

Pregnancy induces significant physiological and anatomical changes in a woman's body, which inevitably impact the sexual life of couples, leading to fluctuations in levels of desire and sexual satisfaction for both women and their partners. Sexual desire in pregnant women significantly decreases during the first trimester, increases during the second trimester, and declines again during the third trimester. Women report the lowest sexual desire during the first trimester, while their partners experience the lowest levels during the third trimester. Many couples completely abstain from sexual activity during the third trimester due to concerns about the baby's health and the potential risk of preterm labor. The main risks associated with sexual activity during pregnancy include the possibility of inducing preterm labor, pelvic inflammatory disease, hemorrhage, and (rarely) air embolism.

Studies on the impact of sexual activity during pregnancy on preterm labor induction are contradictory, and evidence regarding other complications remains limited. Various sexual problems, primarily related to pain during intercourse and difficulties in achieving orgasm, appear to be common in pregnant and postpartum women. During the postpartum period, these issues may affect up to 90% of women, with pain during intercourse being the most frequently reported problem. Numerous studies have shown that approximately 20% of pregnant women experience mental health disorders, which also contribute to sexual problems within this group.

These findings highlight the need for further research and educational support for expecting couples, which could improve their sexual well-being during pregnancy and after childbirth.

Słowa kluczowe: seksualność, ciąża, kobiety

Key words: sexuality, pregnancy, women

Wstęp

Seksualność jest ważnym elementem tożsamości i życia człowieka, wiążącym się między innymi z prokreacją oraz przyjemnością, przy czym ten drugi aspekt wydaje się znacznie bardziej złożony [1]. Podejście do owych sfer seksualności różni się u poszczególnych osób, co jest wynikiem poglądów danej jednostki i postrzegania seksualności w społeczeństwie [2]. Według Bullougha [3] społeczeństwa można podzielić na sekspozytywne (skupiające się na aspekcie przyjemności) oraz seksnegatywne (skupiające się na aspekcie prokreacji). Wśród czynników kulturowych silnie wpływających na postrzeganie seksualności należy wymienić np. religie, które w wielu wypadkach sprowadzają seksualność do jej aspektu prokreacyjnego lub piętnują różne aktywności seksualne [4]. Według niektórych badaczy głównym elementem seksualności jest pociąg seksualny, który najczęściej skierowany jest do osób płci przeciwnej [5].

Ciążą nazywany jest stan, w którego trakcie w ciele kobiety rozwija się zarodek, a następnie płód [6]. Ciąża związana jest z licznymi zmianami anatomicznymi, fizjologicznymi i emocjonalnymi u kobiety, które nie pozostają bez wpływu na jej seksualność [7]. Praktycznie wszystkie pary deklarują podejmowanie aktywności seksualnej w trakcie ciąży [7–9], jednakże według większości badań [7–10] okres ten przekłada się na zmniejszony popęd seksualny i zmniejszoną aktywność seksualną (bez względu na ich rodzaj), co oddziałuje na stan emocjonalny partnerów. Ograniczona aktywność seksualna kobiet w ciąży wynika zarówno ze zmian fizjologiczno-anatomicznych typowych dla tego okresu, jak i z obaw związanych z licznymi przesadami na temat wpływu aktywności seksualnej w trakcie ciąży na rozwój dziecka [9, 11]. Biorąc pod uwagę istotny wpływ seksualności na jakość życia, funkcjonowanie seksualne kobiet w czasie ciąży wydaje się ważnym społecznie tematem [10, 11].

1. Cel

Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie dostępnej obecnie wiedzy na temat funkcjonowania seksualnego kobiet ciężarnych oraz wskazanie, które zagadnienia odnoszące się do tego tematu wymagają przeprowadzenia dalszych badań.

2. Zmiany w pożądaniu seksualnym u kobiet w trakcie ciąży oraz ich potencjalne przyczyny

Ze względu na liczne zmiany zachodzące w sferze anatomiczno-fizjologicznej oraz psychologicznej kobiet ciężarnych wahania w pożądaniu seksualnym w tym okresie życia należy rozważać w perspektywie poszczególnych trymestrów ciąży [7, 10, 12, 13]. Nie można również zapomnieć o zmianach w pożądaniu seksualnym partnera kobiety, gdyż i ten czynnik wydaje się istotny dla realizacji jej potrzeb seksualnych [7, 10, 12, 13].

2.1. Pierwszy trymestr ciąży

Pierwszy trymestr ciąży charakteryzuje się pojawieniem licznych nieprzyjemnych objawów, takich jak: nudności, wymioty, duże wahania nastroju, zmęczenie, bóle brzucha i tklliwość piersi [14, 15]. Objawy te często pojawiają się w sposób nagły, w trakcie drugiego miesiąca ciąży [15], co przekłada się na znacznie gorsze samopoczucie kobiet i bezpośrednio obniża ich zainteresowanie sferą seksualną [12, 14]. Pożądanie seksualne u kobiet w trakcie pierwszego trymestru jest najniższe z całego okresu ciąży – odnosi się to zarówno do pożądania diadycznego (odczuwanego względem partnera), jak i (w jeszcze większym stopniu) „samotnego” (np. chęci do masturbacji) [12]. Co ciekawe, Corbacioglu i wsp. [16] wykazali, że kobiety, które nie wiedziały, że są w ciąży, częściej podejmowały aktywność seksualną w porównaniu z tymi, które były tego świadome. Można więc podejrzewać, że zmiany w pożądaniu seksualnym u kobiet w trakcie pierwszego trymestru ciąży mogą być uwarunkowane czynnikami psychologicznymi i kluczową rolę mogą tu odgrywać obawy odnoszące się do przebiegu ciąży i zdrowia dziecka w wypadku podjęcia aktywności seksualnej. Inne możliwe wyjaśnienie tej obserwacji jest takie, że kobiety, które nie są świadome swojej ciąży w pierwszym trymestrze, najprawdopodobniej nie odczuwają nieprzyjemnych dolegliwości typowych dla tego okresu, toteż kontynuują swoją dotychczasową aktywność seksualną w niezmienionej postaci.

2.2. Drugi trymestr ciąży

W trakcie drugiego trymestru ciąży pożądanie seksualne u kobiet wzrasta – diadyczne do poziomu zbliżonego do wyjściowego, a „samotne” nieznacznie [7, 17–19]. Możliwą przyczyną tego stanu rzeczy jest zmniejszenie nasilenia negatywnych objawów typowych dla pierwszego trymestru ciąży [14]. Zmiany ukrwienia pochwy i sromu charakterystyczne dla tego trymestru również mogą przekładać się na odczuwanie większej przyjemności w trakcie aktywności seksualnej, co dodatkowo zachęca do jej podejmowania [20].

2.3. Trzeci trymestr ciąży

Ostatni trymestr ciąży ponownie wiąże się ze zmniejszonym pożądaniem seksualnym diadycznym, z kolei pożądanie „samotne” istotnie wzrasta [7]. Zmiany anatomiczne zachodzące w ciele kobiety mogą utrudniać podejmowanie różnych form aktywności seksualnej z udziałem partnera, co w pewien sposób tłumaczy zwiększone zainteresowanie samodzielną realizacją potrzeb seksualnych [10]. Dużo par całkowicie rezygnuje ze stosunków seksualnych w ostatnich tygodniach ciąży, co wynika głównie z obaw o zdrowie dziecka i możliwość wywołania porodu [10, 13, 21–24].

2.4. Inne czynniki wpływające na pożądanie seksualne u kobiet w trakcie ciąży

2.4.1. Wiek

Niektóre badania wskazują, że młodsze kobiety odbywają w trakcie ciąży więcej stosunków seksualnych niż kobiety starsze [7, 25, 26], co ma się łączyć ze wzrastającą wraz z wiekiem kobiety częstością występowania zaburzeń seksualnych. Inne badania jednak zaprzeczają takim obserwacjom [27].

2.4.2. Liczba ciąż w przeszłości

Według niektórych badań [28] pierworódki odbywają w trakcie ciąży mniej stosunków seksualnych niż wieloródki, co ma wynikać z większego nasilenia reakcji emocjonalnych pierworódek na ciążę [13]. Istnieją jednak badania, które wskazują na przeciwną zależność [25, 29].

2.4.3. Wiedza na temat ciąży

Brak odpowiedniej edukacji na temat przebiegu ciąży skutkuje niechęcią do podejmowania aktywności seksualnej (szczególnie, jeśli wiąże się ona z penetracją waginalną) z powodu obawy przed uszkodzeniem płodu, wywołaniem porodu przedwczesnego lub poronienia [30, 31].

2.4.4. Stan cywilny

Mężatki wykazują w trakcie ciąży większe pożądanie seksualne niż kobiety niezamężne [32], aczkolwiek w wypadku małżeństw trwających ponad 10 lat oraz małżeństw aranżowanych nie stwierdzono takiej zależności [33].

2.4.5. Czynniki relacyjne

Okres ciąży przeważnie łączy się ze spadkiem satysfakcji ze związku, jednakże pozostaje ona na względnie stałym poziomie przez cały czas jej trwania [34, 35]. Satysfakcja ze związku oraz podejmowanie aktywności seksualnej w trakcie ciąży wpływają na siebie wzajemnie: kobiety ciężarne zadowolone ze swojego związku chętniej podejmują aktywność seksualną, z kolei jej podejmowanie oddziałuje pozytywnie na satysfakcję ze związku [34].

3. Zmiany w satysfakcji seksualnej u kobiet w trakcie ciąży

O ile większość badaczy jest zgodna co do tego, że pożądanie seksualne u kobiet istotnie się zmienia w poszczególnych trymestrach ciąży, o tyle w wypadku analitycznej zależności odnoszącej się do satysfakcji seksualnej zdania są już podzielone [7]. Wyniki niektórych badań sugerują, że satysfakcja seksualna kobiet ciężarnych

jest najniższa w pierwszym trymestrze, a najwyższa w drugim trymestrze, po czym ponownie spada w trymestrze trzecim [24, 36–38]. Co ciekawe, u niektórych kobiet satysfakcja seksualna nie łączy się w żaden sposób z pożądaniem seksualnym – pomimo niskiego pożądania seksualnego satysfakcja z podejmowanej aktywności seksualnej pozostaje u nich wysoka [9].

Wyniki innych badań wskazują, że satysfakcja seksualna w okresie ciąży jest niższa niż przed nią, jednakże utrzymuje się przez cały okres jej trwania na względnie stałym poziomie [39, 40]. Przy czym odsetek kobiet deklarujących wysokie zadowolenie seksualne w ciąży jest mocno zróżnicowany w poszczególnych badaniach i waha się od kilkunastu procent do nieco mniej niż 70% [40, 41].

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, sformułowanie jednoznacznego wniosku na temat zmian poziomu satysfakcji seksualnej u kobiet ciężarnych wydaje się problematyczne. Trzeba wszakże pamiętać, że w każdym z przytoczonych badań grupa badana była stosunkowo niewielka. Przeprowadzenie w przyszłości badania obejmującego większą liczbę kobiet lub metaanalizy odnoszącej się do tego tematu może pozwolić na lepsze zrozumienie tego zagadnienia.

4. Zmiany w pożądaniu seksualnym i satysfakcji seksualnej u partnerów kobiet ciężarnych

Według wiedzy autorów niniejszego artykułu dotychczas nie powstała publikacja, w której szerzej omówiono by aspekt seksualności partnerek nieheteroseksualnych kobiet ciężarnych, toteż wymaga on dalszych badań. Przytoczone niżej dane odnoszą się do badań przeprowadzonych z udziałem partnerów heteroseksualnych kobiet ciężarnych.

Czynniki wpływające na zmiany w pożądaniu seksualnym u mężczyzn w trakcie ciąży ich partnerek wynikają przede wszystkim ze sfery psychologicznej [19, 42], jednakże u niektórych mężczyzn rozwijają się również objawy fizyczne (tzw. zespół couvade) [43]. Także u mężczyzn pierwszy trymestr ciąży ich partnerek wiąże się ze spadkiem pożądania seksualnego, co wynika z obaw o przebieg ciąży i zdrowie dziecka [14] oraz zmian w postrzeganiu partnerki (niektórzy mężczyźni deklarują, że widzą w swojej kobiecie bardziej matkę niż partnerkę) [12, 17, 44]. Drugi trymestr ciąży wiąże się ze wzrostem pożądania seksualnego u mężczyzn [7]. Tłumaczone jest to spadkiem nasilenia obaw [14, 24] oraz wzrostem zainteresowania seksualnością u partnerki, co przez mężczyzn postrzegane jest pozytywnie [12]. Trzeci trymestr ciąży wiąże się z istotnym spadkiem satysfakcji seksualnej oraz najmniejszym pożądaniem seksualnym u mężczyzn z okresu całej ciąży [23]. Zmiany anatomiczne zachodzące w ciele kobiety utrudniają odbywanie stosunków seksualnych i często sprawiają, że partner postrzega ją jako mniej atrakcyjną [12, 23]. Ponownie dochodzi do wzrostu obaw o prawidłowy rozwój dziecka i przebieg ciąży w wypadku podejmowania aktywności seksualnej, co powoduje spadek pożądania seksualnego u mężczyzn, który skutkuje nawet całkowitym zaprzestaniem aktywności seksualnej w tym okresie ciąży [7, 23].

5. Wpływ aktywności seksualnej na przebieg ciąży oraz przeciwwskazania do niej

Wśród potencjalnych powikłań podejmowania aktywności seksualnej w trakcie ciąży należy wymienić: poród przedwczesny, zapalenie narządów miednicy mniejszej, możliwość wywołania krwotoku oraz żylnego zatoru powietrznego [45–53].

5.1. Poród przedwczesny

Potencjalne mechanizmy, poprzez które aktywność seksualna ma prowadzić do porodu przedwczesnego, to:

- wyrzut oksytocyny wynikający ze stymulacji narządów płciowych, co może pobudzać czynność skurczową macicy,
- uwalnianie prostaglandyn w trakcie stymulacji szyjki macicy, co przyspiesza jej dojrzewanie,
- obecność prostaglandyn w nasieniu, które również mogą przyspieszać dojrzewanie szyjki macicy [45].

Wyniki badań dotyczących możliwości wywołania porodu przedwczesnego przez aktywność seksualną są ze sobą sprzeczne [45, 47, 48].

5.2. Zapalenie narządów miednicy mniejszej

Brakuje jednoznacznych dowodów pozwalających na powiązanie aktywności seksualnej w ciąży ze zwiększoną predyspozycją do zapalenia narządów miednicy mniejszej [45]. Większość okresu ciąży, z powodu zmian typowych dla tego stanu (np. czop śluzowy w kanale szyjki macicy), łączy się ze zmniejszonym ryzykiem zakażenia górnego odcinka dróg rodnych, jednakże w trakcie diagnostyki bólów brzucha u kobiet ciężarnych nie można pomijać tej jednostki chorobowej [45, 50, 51].

5.3. Krwotok

Powikłanie to należy rozważać przede wszystkim w wypadku wystąpienia łożyska przodującego [45]. Podejrzanie to wynika z możliwości wywołania krwotoku w tym stanie w trakcie badania *per vaginam*, co zdaje się wskazywać, że kontakt prącia z szyjką macicy w tych okolicznościach może również mieć taki skutek [45]. Nie ma badań naukowych, które jednoznacznie potwierdzałyby to podejrzenie, jednakże analiza korzyści i ryzyka odstąpienia od aktywności seksualnej w wypadku wystąpienia łożyska przodującego wskazuje na jego zasadność [45].

5.4. Żylny zator powietrzny

Powikłanie to jest niezwykle rzadkie, lecz jego skutki są bardzo poważne [53]. Możliwość jego wystąpienia wiązana jest z bezpośrednią komunikacją pochwy

z poszerzonymi naczyniami krwionośnymi macicy i łożyska, co w odpowiednich warunkach pozwala na wtłoczenie gazu do światła tych naczyń krwionośnych [51]. W związku z tym zasadne wydaje się odradzanie w trakcie ciąży stosunków seksualnych w pozycjach wymuszających takie ułożenie ciała, że poziom macicy znajduje się powyżej poziomu serca, oraz stosunków oralnych, którym towarzyszy wdmuchiwanie powietrza do pochwy [52].

5.5. Podsumowanie informacji na temat bezpieczeństwa aktywności seksualnej w trakcie ciąży

W ciąży o prawidłowym przebiegu aktywność seksualna wydaje się bezpieczna [45, 54]. Z dostępnej literatury wynika, że zasadne jest odradzanie stosunków seksualnych w razie występowania łożyska przodu lub zagrażającego porodu przedwczesnego [45, 54]. Warto również zwracać uwagę kobiet ciężarnych na to, że okres ciąży wiąże się z koniecznością okresowych zmian pozycji seksualnych, wynikających ze zmian zachodzących w ciele kobiety [54].

6. Wpływ ciąży na kondycję psychiczną kobiet oraz jej konsekwencje dla ich seksualności

Okres ciąży nie jest obojętny dla kondycji psychicznej kobiet ciężarnych [55, 56]. Przeprowadzono zatem liczne badania mające na celu ocenę, czy ciąża jest czynnikiem predysponującym do rozwoju zaburzeń psychicznych (przede wszystkim afektywnych i lękowych), lecz ich wyniki nie były jednoznaczne [55]. W jednym z największych badań typu *case-control* odnoszących się do tego zagadnienia, autorstwa Uguza i wsp. [55], wzięły udział 1154 kobiety ciężarne oraz 328 kobiet przed okresem menopauzy niebędących w ciąży (grupa kontrolna). Co najmniej jedno zaburzenie afektywne lub lękowe stwierdzone zostało u praktycznie co piątej badanej kobiety ciężarnej, a współwystępowanie co najmniej dwóch takich zaburzeń stwierdzono u 6,8% z nich – wartości te są zbliżone do otrzymywanych w podobnych badaniach w przeszłości. Najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi u kobiet ciężarnych były: zaburzenie lękowe uogólnione (7,9%), zaburzenie depresyjne o ciężkim przebiegu (5,8%), zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (4,9%) oraz zaburzenie lękowe z napadami lęku (4,4%), z czego każde z nich (oprócz zaburzenia depresyjnego) występowało w tej grupie istotnie częściej [55]. Z kolei z metaanalizy przeprowadzonej przez Stevens i wsp. [57] wynika, że w czasie ciąży u istotnej liczby kobiet dochodzi do nawrotów zaburzeń nastroju, które występowały u nich w przeszłości.

Zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe mogą negatywnie wpływać na życie seksualne kobiet ciężarnych, co może wynikać zarówno z ich symptomatologii (np. obniżone libido w wypadku zaburzenia depresyjnego), jak i stosowanej w leczeniu tych zaburzeń farmakoterapii [58, 59].

7. Problemy seksualne u kobiet w okresie ciąży oraz w okresie poporodowym

7.1. Okres ciąży

Wśród najczęściej zgłaszanych w trakcie ciąży problemów seksualnych znalazły się: odczuwanie bólu w trakcie stosunku seksualnego, problemy z osiągnięciem orgazmu oraz obniżenie pożądania seksualnego [7]. Według badań tureckiego zespołu [60] życie seksualne kobiet ciężarnych szczególnie modyfikowane jest przez pierwsze dwa z wymienionych problemów, które narastają wraz z czasem trwania ciąży i sukcesywnie zmniejszają częstość odbywanych stosunków seksualnych. Pogorszenie funkcji seksualnych występujące w okresie ciąży zwykle ma charakter przejściowy, jednakże brak podjęcia odpowiednich działań terapeutycznych predysponuje do jego utrzymywania się po porodzie [61–63].

Bartellas i wsp. [9], Aydin i wsp. [64] oraz Anđin i wsp. [65] ustalili, że pogorszenie funkcji seksualnych u kobiet w ciąży jest powszechne i istotnie częstsze niż u kobiet poza okresem ciąży. Różnice kulturowe pomiędzy badanymi populacjami oraz rozbieżności w wynikach nie pozwalają na precyzyjne wskazanie rozpowszechnienia tego zjawiska.

Potencjalne przyczyny występowania problemów seksualnych u kobiet w okresie ciąży zostały szerzej omówione we wcześniejszej części artykułu. Warto w tym miejscu przytoczyć badania [26, 66, 67], w których poszukiwano związku między stężeniem androgenów we krwi kobiety a pożądaniem seksualnym w poszczególnych trymestrach ciąży. Wykazały one, że bardzo niskie pożądanie seksualne, typowe dla ostatniego trymestru ciąży, nie łączyło się z istotnym spadkiem stężenia androgenów we krwi, co wskazuje na kluczową rolę czynników psychologicznych. Wpływ ciąży na życie seksualne pary przekłada się również na zadowolenie partnerów ze związku oraz ich stan psychiczny [68]. Kobiety, które odczuwają, że nie są w stanie zadowolić seksualnie swojego partnera, co często się zdarza w trakcie ciąży, cechują się obniżonym poczuciem własnej wartości oraz obniżonym nastrojem [16].

Wyniki licznych badań [24, 27, 33] wskazują zarazem, że odpowiednia edukacja kobiet ciężarnych i ich partnerów przez pracowników ochrony zdrowia może przełożyć się na znaczne zmniejszenie częstości występowania pogorszenia funkcji seksualnych kobiet w okresie ciąży, przede wszystkim dzięki redukcji nasilenia omawianych wcześniej obaw związanych z aktywnością seksualną w trakcie tego okresu życia.

7.2. Okres poporodowy

Rozpowszechnienie problemów seksualnych u kobiet w okresie poporodowym również jest wysokie i sięga nawet 90% badanych [69]. Głównym problemem jest odczuwanie bólu w trakcie stosunku seksualnego, które łączy się m.in. z urazem kroczu podczas porodu (np. z powodu jego nacięcia) oraz wpływem czynników hormonalnych [70–72]. Wysokie stężenie prolaktyny we krwi, które stwierdza się u kobiet karmiących piersią, jest czynnikiem hamującym wydzielanie gonadoliberyny, a to prowadzi do zmniejszonego wydzielania estrogenów w organizmie, odgrywających

kluczową rolę w odpowiedniej lubrykacji pochwy w trakcie aktywności seksualnej [72]. Problemy z lubrykacją pochwy sprzyjają występowaniu dyskomfortu w trakcie aktywności seksualnej, szczególnie związanej z penetracją [72].

Badania przeprowadzone przez Byrd i wsp. [73] oraz Maamri i wsp. [74] wykazały, że pary wznowiają stosunki seksualne średnio po 7–9 tygodniach po porodzie. Wśród czynników istotnie wpływających na życie seksualne w okresie poporodowym kobiety wymieniały przede wszystkim: brak czasu, zmęczenie oraz zaburzone postrzeganie własnego ciała [74]. Zaobserwowano również, że karmienie piersią przekładało się na mniejsze zadowolenie z życia seksualnego oraz mniejszą liczbę stosunków seksualnych, natomiast rodzaj porodu nie miał wpływu na te aspekty życia, aczkolwiek u kobiet rodzących poprzez cięcie cesarskie wznowienie aktywności seksualnej następowało szybciej [73].

Na koniec tej części artykułu warto przytoczyć wyniki badania przeprowadzonego przez Yildiz [75], które wykazało, że kobiety cierpiące na zaburzenia seksualne przed ciążą doświadczały ich zarówno w trakcie ciąży, jak i w okresie poporodowym. Wskazuje to na istotną rolę prawidłowego funkcjonowania w sferze seksualnej przed okresem ciąży jako czynnika zapobiegającego występowaniu zaburzeń seksualnych w trakcie ciąży i po niej.

Podsumowanie

Ciąża jest stanem fizjologicznym mocno wpływającym na życie seksualne obojga partnerów. Badania wskazują, że choć większość par podejmuje aktywność seksualną w czasie ciąży, temu okresowi często towarzyszy zmniejszenie popędu seksualnego oraz rzadsze odbywanie stosunków płciowych.

W pierwszym trymestrze ciąży, ze względu na nieprzyjemne dolegliwości, kobiety odczuwają najniższe pożądanie seksualne. W drugim trymestrze pożądanie wzrasta, zbliżając się do poziomu sprzed ciąży, natomiast w trzecim trymestrze ponownie spada z powodu anatomicznych zmian utrudniających stosunki seksualne. Wiele par rezygnuje z aktywności seksualnej pod koniec ciąży z obawy o zdrowie dziecka i ryzyko przedwczesnego porodu.

U mężczyzn zmiany w pożądaniu seksualnym w trakcie ciąży partnerki mają głównie podłoże psychologiczne. Osiąga ono niższe poziomy w pierwszym i trzecim trymestrze, co związane jest z obawami o zdrowie partnerki i dziecka, a także z anatomicznymi zmianami zachodzącymi w ciele kobiety, które mogą wpływać na jego postrzeganie przez partnera. W drugim trymestrze pożądanie seksualne u mężczyzn wzrasta.

Aktywność seksualna w trakcie ciąży wiąże się z potencjalnym ryzykiem powikłań, takich jak poród przedwczesny, zapalenie narządów miednicy mniejszej, krwotok oraz żylny zator powietrzny. Mechanizmy, które mogą prowadzić do porodu przedwczesnego, obejmują: wyrzut oksytocyny stymulującej skurcze macicy, uwalnianie prostaglandyn przyspieszających dojrzewanie szyjki macicy oraz obecność prostaglandyn w nasieniu. Wyniki badań na temat związku między aktywnością seksualną a porodem przedwczesnym są jednak sprzeczne. Nie ma jednoznacznych dowodów łączących

aktywność seksualną z większym ryzykiem zapalenia narządów miednicy mniejszej. Potencjalnym powikłaniem w wypadku łożyska przodującego może być krwotok, choć brak jednoznacznych badań potwierdzających to ryzyko, natomiast wystąpienie żylnego zatoru powietrznego jest niezwykle rzadkie, ale teoretycznie możliwe. Należy zauważyć, że w czasie ciąży konieczne staje się okresowe dostosowywanie pozycji seksualnych ze względu na zmiany zachodzące w ciele kobiety.

Jedno z większych badań typu *case-control* wykazało, że około 20% kobiet ciężarnych cierpi na co najmniej jedno zaburzenie afektywne lub lękowe. Zaburzenia te mogą negatywnie wpływać na ich życie seksualne, zarówno z powodu objawów (skutkujących np. obniżeniem libido), jak i stosowanej w ich leczeniu farmakoterapii, co uwypukla potrzebę wieloaspektowego podejścia w leczeniu tych pacjentek, uwzględniającego ich trudności emocjonalne i seksualne.

Różnorodne problemy seksualne występują u kobiet ciężarnych częściej niż u kobiet niebędących w ciąży. Liczne badania ujawniły, że życie seksualne kobiet w ciąży jest często zakłócanie przez ból odczuwany w trakcie stosunku oraz trudności z osiągnięciem orgazmu, co prowadzi do zmniejszenia częstości stosunków seksualnych. Tego rodzaju dolegliwości są również powszechne w okresie poporodowym – dotyczą one nawet 90% kobiet. Ból odczuwany w trakcie stosunku, wynikający przede wszystkim z urazów krocza podczas porodu, jest najczęściej zgłaszanym problemem w tym okresie. Badania wskazują, że pary zwykle wznowiają aktywność seksualną 7–9 tygodni po porodzie, a karmienie piersią jest związane z niższym zadowoleniem z życia seksualnego i mniejszą częstością stosunków.

Autorzy artykułu podkreślają potrzebę intensyfikacji badań nad seksualnością kobiet w okresie ciąży i porodu ze względu na ograniczoną liczbę dostępnych doniesień na ten temat. W szczególności konieczne jest dalsze badanie potencjalnego ryzyka krwotoku związanego z aktywnością seksualną w wypadku łożyska przodującego, gdyż wciąż brakuje wystarczających dowodów na jego potwierdzenie. Również badania nad czynnikami, które mogą wywołać poród przedwczesny, wymagają pogłębienia, ponieważ obecne dane są ograniczone, a wyniki pozostają sprzeczne.

Podsumowując, można stwierdzić, że zdrowie seksualne kobiet w ciąży i po porodzie jest ważnym, ale nadal niedostatecznie zbadanym zagadnieniem, szczególnie w kontekście polskiej populacji. W dostępnej literaturze przedmiotu można znaleźć badania dotyczące częstości stosunków płciowych i poziomu satysfakcji seksualnej w trakcie ciąży [40, 76–81], a także pojedyncze prace analizujące satysfakcję seksualną po porodzie [82–85]. Jedno z badań dodatkowo odnosi się do postrzegania własnego ciała oraz poczucia własnej wartości w trzecim trymestrze [86]. Ze względu na stosunkowo wąski zakres tematyczny dotychczasowych badań w tej populacji zasadne wydaje się jego poszerzenie o takie aspekty, jak: seksualność partnerów kobiet w ciąży, wpływ ciąży na zdrowie psychiczne oraz jego konsekwencje dla funkcjonowania seksualnego, a także problemy seksualne występujące zarówno w trakcie ciąży, jak i po jej zakończeniu. Zapewniłoby to bardziej kompleksowy obraz problematyki seksualności kobiet w okresie okołoporodowym w kontekście polskiej populacji. Autorzy sugerują, że konieczne są dalsze badania w celu lepszego zrozumienia seksualności kobiet ciężarnych i wdrożenia odpowiednich programów edukacyjnych dla par spodziewających się dziecka.

Piśmiennictwo

1. Ventriglio A, Bhugra D. *Sexuality in the 21st Century: Sexual fluidity*. East Asian Arch. Psychiatry 2019; 29(1): 30–34.
2. Kalra G, Ventriglio A, Bhugra D. *Sexuality and mental health: Issues and what next?* Int. Rev. Psychiatry 2015; 27(5): 463–469.
3. Bullough V. *Sexual variance in society and history*. Chicago: Chicago University Press; 1976.
4. Moon JW. *Why are world religions so concerned with sexual behavior?* Curr. Opin. Psychol. 2021; 40: 15–19. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.030>.
5. Merrick J, Tenenbaum A, Omar HA. *Human sexuality and adolescence*. Front. Public Health 2013; 1: 41.
6. Pascual ZN, Langaker MD. *Physiology, pregnancy*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023.
7. Fernández-Carrasco FJ, Batugg-Chaves C, Ruger-Navarrete A, Riesco-González FJ, Palomo-Gómez R, Gómez-Salgado J i wsp. *Influence of pregnancy on sexual desire in pregnant women and their partners: Systematic review*. Public Health Rev. 2024; 44: 1606308.
8. Gökyildiz S, Beji NK. *The effects of pregnancy on sexual life*. J. Sex Marital Ther. 2005; 31(3): 201–215.
9. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. *Sexuality and sexual activity in pregnancy*. BJOG 2000; 107(8): 964–968.
10. Szymanska E, Kisielewski R. *Female sexual functioning during pregnancy*. Ginekol. Pol. 2024; 95(1): 72–76.
11. Fok WY, Chan LYS, Yuen PMo. *Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2005; 84(10): 934–938.
12. Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez-Díaz L, González-Mey U, Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Parrón-Carreño T. *Changes in sexual desire in women and their partners during pregnancy*. J. Clin. Med. 2020; 9(526): 526.
13. Soares PRAL, Calou CGP, Ribeiro S, Aquino P, Almeida de PC, Pinheiro AKB. *Sexuality and associated risk factors in pregnant women*. Rev. Bras. Enf. 2020; 73(4): e20180786.
14. Fernández-Sola C, Huancara-Kana D, Granero-Molina J, Carmona-Samper E, López-Rodríguez MM, Hernández-Padilla JM. *Sexuality throughout all the stages of pregnancy: Experiences of expectant mothers*. Acta Paul. Enferm. 2018; 31(3): 305–312.
15. Sayle AE, Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. *A prospective study of the onset of symptoms of pregnancy*. J. Clin. Epidemiol. 2002; 55(7): 676–680.
16. Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Cilesiz Goksedef BP, Akca A. *The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation*. J. Sex. Med. 2012; 9(7): 1897–1903.
17. García-Mazón M. *Sexual desire of women throughout pregnancy*. Matronas Prof. 2016; 17(3): 90–97.
18. Malary M, Moosazadeh M, Keramat A, Sabetghadam S. *Factors influencing low sexual desire and sexual distress in pregnancy: A cross-sectional study*. Int. J. Reprod. Biomed. 2021; 19(10): 909–920.
19. Jamali S, Javadpour S, Alborzi M, Haghbeen M, Mosallanezhad Z. *A study of men's sexuality and their attitude during their wives' pregnancy*. J. Clin. Diagn. Res. 2018; 12(5): 24–27. Doi: 10.7860/jcdr/2018/32004.11555.
20. Makara-Studzińska M, Plewik I, Kryś KM. *Sexual activity of women in different trimesters of pregnancy*. Eur. J. Med. Technol. 2015; 2(7): 1–9.

21. Sim L, Chopik WJ, Wardecker BM, Edelstein RS. *Changes in prenatal testosterone and sexual desire in expectant couples*. Horm. Behav. 2020; 125(1–10): 104823.
22. Erbil N. *Sexual function of pregnant women in the third trimester*. Alexandria J. Med. 2018; 54(2): 139–142.
23. Gamusay M, Erbil N, Demirbag BC. *Investigation of sexual function and body image of pregnant women and sexual function of their partners*. Sex. Relationship Ther. 2021; 36(3): 1–15.
24. Bataglia-Doldan VLFL, Gcl VMM. *Sexuality and pregnancy: Changes observed in female sexuality during pregnancy*. An. Fac. Cienc. Med. 2014; 47(1): 47–59.
25. Pepe F, Panella M, Pepe P, Panella P, Amaro A, Cantarella M i wsp. *Sexual behaviour in relation to age: A study of 205 puerperal women*. Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 1988; 15(1–2): 24–30.
26. Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. *Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy*. Rev. Assoc. Med. Bras. 2009; 55(5): 563–568.
27. Alidost F, Dm SJ, Nasiri M, Reisabdollahi H, Pakzad M, Hadi M i wsp. *The relationship between the Wealth Index and pregnancy-related anxiety in each trimester of pregnancy and their effect on sexual dysfunction*. Bangladesh J. Med. Sci. 2021; 20(2): 401–408.
28. Panea-Pizarro I, Dominguez-Martín AT, Barragán-Prieto V, Martos-Sa´nchez A, López-Espuela F. *Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el últi mo trimestre. Estudio fenomenológico*. Aten. Prim. 2019; 51(3): 127–134.
29. Bostros SM, Abramov Y, Miller JJ, Sand PK, Gandhi S, Nickolov A i wsp. *Effect of parity on sexual function: An identical twin study*. Obst. Gynecol. 2006; 107(4): 765–770.
30. Maiellano B. *Interpretation of changes in a woman's sexual behavior during pregnancy*. Journal of Negative and No Positive Results 2020; 5(10): 1106–1117.
31. Gómez-Cantarino S, Moreno-Preciado M. *La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio*. Cult. Cuid. 2012; 16(33): 67–74.
32. Molinero-Rubio PJ, Morales-Eliche J, Vega-Cabezudo L, Montoro-Martínez J, Linares-Abad M, Álvarez-Nioeto C. *Actitud y adaptación maternal en el embarazo. cultura de los cuidados*. Rev. Enferm. Humanidades 2007; 11(21): 28–32.
33. Güleröglu FT, Beşer NG. *Evaluation of sexual functions of the pregnant women*. J. Sex. Med. 2014; 11(1): 146–153.
34. Sagiv-Reiss DM, Birnbaum GE, Safir MP. *Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy*. Arch. Sex. Behav. 2012; 41(5): 1241–1251. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9839-9>.
35. Daugherty JC, Bueso-Izquierdo N, Lara-Cinisomo S, Lozano-Ruiz A, Caparros-Gonzalez RA. *Partner relationship quality, social support and maternal stress during pregnancy and the first COVID-19 lockdown*. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2022; 43(4): 563–573. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2022.2101446>.
36. Syty K, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak AB, Jakiel G. *Wpływ ciąży na odczuwanie satysfakcji seksualnej kobiet [The influence of pregnancy on sexual satisfaction among women]*. Wiadomości Lekarskie 2012 (Warsaw, Poland: 1960); 65(3): 157–161.
37. Sánchez JMB, Hernández BF, Negrín JGS. *Influence of pregnancy in the womans sexuality*. Rev. Cienc. Med. 2014; 18(5): 811–822.
38. Miazga A, Barnaś E, Błajda J, Robótka K, Waltoś-Tutak B, Nowak A. *Selected aspects of sexuality in pregnant women*. Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa 2023; 31(3): 122–127. <https://doi.org/10.5114/ppiel.2023.133336>.

39. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. *Sexuality during pregnancy*. J. Sex. Med. 2010; 7(1 Pt 1): 136–142. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x>.
40. Branecka-Woźniak D, Wójcik A, Błażejewska-Jaśkowiak J, Kurzawa R. *Sexual and life satisfaction of pregnant women*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020; 17(16): 5894. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165894>.
41. Huras H, Ossowski P, Wójtowicz A, Reroń A, Jach R. *Ocena wpływu ciąży na aktywność seksualną kobiet*. Ginekologia i Położnictwo 2013; 8(2): 31–43.
42. Babazadeh R, Mirzaei K, Masomi Z. *Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahrud, Iran*. Int. J. Gynecol. Obstet. 2013; 120(1): 82–84.
43. Piechowski-Jozwiak B, Bogousslavsky J. *Couvade syndrome – Custom, behavior or disease?* Front. Neurol. Neurosci. 2018; 42: 51–58.
44. Yanikkerem E, Goker A, Ustgorul S, Karakus A. *Evaluation of sexual functions and marital adjustment of pregnant women in Turkey*. Int. J. Impotence Res. 2016; 28(5): 176–183.
45. Jones C, Chan C, Farine D. *Sex in pregnancy*. CMAJ 2011; 183(7): 815–818.
46. Yudin MH, Money DM. *Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy*. J. Obstet. Gynaecol. Can. 2008; 30(8): 702–708.
47. Yost NP, Owen J, Berghella V, Thom E, Swain M, Dildy GA 3rd i wsp.; National Institute of Child Health and Human Development, Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Effect of coitus on recurrent preterm birth*. Obstet. Gynecol. 2006; 107(4): 793–797.
48. Read JS, Klebanoff MA. *Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: Effects of vaginal microorganisms. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1993; 168(2): 514–519.
49. Chhabra S, Verma P. *Sexual activity and onset of preterm labour*. Indian J. Matern. Child Health 1991; 2(2): 54–55.
50. Acquavella AP, Rubin A, D’Angelo LJ. *The coincident diagnosis of pelvic inflammatory disease and pregnancy: Are they compatible?* J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 1996; 9(3): 129–132.
51. Sherer DM, Schwartz BM, Abulafia O. *Management of pelvic abscess during pregnancy: A case and review of the literature*. Obstet. Gynecol. Surv. 1999; 54(10): 655–662.
52. Truhlar A, Cerny V, Dostal P, Solar M, Parizkova R, Hrubá I i wsp. *Out-of-hospital cardiac arrest from air embolism during sexual intercourse: Case report and review of the literature*. Resuscitation 2007; 73(3): 475–484.
53. Batman PA, Thomlinson J, Moore VC, Sykes R. *Death due to air embolism during sexual intercourse in the puerperium*. Postgrad. Med. J. 1998; 74(876): 612–613.
54. Alizadeh S, Ozgoli G, Riazi H, Majd HA. *Development of sexual health promotion package in pregnancy: The Delphi method*. J. Educ. Health Promot. 2022; 11: 31. Published 2022 Jan 31.
55. Uguz F, Yakut E, Aydogan S, Bayman MG, Gezgin K. *Prevalence of mood and anxiety disorders during pregnancy: A case-control study with a large sample size*. Psychiatry Res. 2019; 272: 316–318. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.129>.
56. Beveridge JK, Vannier SA, Rosen NO. *Fear-based reasons for not engaging in sexual activity during pregnancy: Associations with sexual and relationship well-being*. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2018; 39(2): 138–145. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1312334>.
57. Stevens AWMM, Goossens PJJ, Knoppert-van der Klein EAM, Draisma S, Honig A, Kupka RW. *Risk of recurrence of mood disorders during pregnancy and the impact of medication: A systematic review*. J. Affect. Disord. 2019; 249: 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.018>.

58. Waldinger MD. *Psychiatric disorders and sexual dysfunction*. Handb. Clin. Neurol. 2015; 130: 469–489. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63247-0.00027-4>.
59. Lo YC, Chen HH, Huang SS. *Panic disorder correlates with the risk for sexual dysfunction*. J. Psychiatr. Pract. 2020; 26(3): 185–200. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000460>.
60. Oruç S, Esen A, Laçın S, Adigüzel H, Uyar Y, Koyuncu F. *Sexual behaviour during pregnancy*. Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. 1999; 39(1): 48–50.
61. Escudero-Rivas R. *Modificaciones del comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo y el puerperio*. Tesis Doctoral. Granada: Dialnet; 2015.
62. Hnafy S, Srour NE, Mostafa T. *Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters: An Egyptian study*. Sex. Health 2014; 11(3): 240–243.
63. Sapién JS, Córdoba DI. *Sexual behaviour of men during pregnancy: Cases in Mexico City*. Ter. Psicol. 2011; 29(2): 185–190.
64. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. *Comparison of sexual functions in pregnant and non-pregnant women*. Urol. J. 2015; 12(5): 2339–2344.
65. Ançın AD, Özkaya E, Çetin M, Gün I, Sakin O, Ertekin LT i wsp. *Comparison of female sexual function and sexual function of their partners between groups of pregnant and non-pregnant women*. Ginekol. Pol. 2020; 91(5): 235–239.
66. B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. *A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy*. J. Sex. Med. 2007; 4(5): 1381–1387.
67. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. *Effects of pregnancy on female sexual function and body image: A prospective study*. J. Sex. Med. 2008; 5(8): 1915–1922.
68. Beiranvand SP, Moghadam ZB, Salsali M, Majd HA, Birjandi M, Bostani Kholesi Z. *Prevalence of fear of childbirth and its associated factors in primigravid women: A cross-sectional study*. Shiraz E-Medical Journal 2017; 18(11): e61896.
69. Leeman LM, Rogers RG. *Sex after childbirth: Postpartum sexual function*. Obstet. Gynecol. 2012; 119(3): 647–655.
70. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. *Postpartum female sexual function*. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2009; 145(2): 133–137.
71. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. *Human sexuality during pregnancy and the postpartum period*. Bratisl. Lek. Listy. 2009; 110(7): 427–431.
72. Lima Holanda de JB, Richter S, Campos RB, Trindade da RFCD, Monteiro JCDS, Gomes-Sponholz FA. *Relationship of the type of breastfeeding in the sexual function of women*. Rev. Lat. Am. Enfermagem 2021; 29: e3438. <https://doi.org/10.1590/1518.8345.3160.3438>.
73. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. *Sexuality during pregnancy and the year postpartum*. J. Fam. Pract. 1998; 47(4): 305–308.
74. Maamri A, Badri T, Boujemla H, Kissi YE. *Sexuality during the postpartum period: Study of a population of Tunisian women*. Tunis Med. 2019; 97(5): 704–710.
75. Yıldız H. *The relation between pre-pregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: A prospective study*. J. Sex. Marital. Ther. 2015; 41(1): 49–59.
76. Szymańska E, Kisielewski R, Kisielewska L, Tomaszewski J. *The impact of pregnancy on sexual functioning in Polish women*. Arch. Gynecol. Obstet. 2024; 310(4): 2133–2140. Doi: 10.1007/s00404-024-07648-2. Epub 2024 Jul 30. PMID: 39080057; PMCID: PMC11392988.
77. Blumenstock SM, Barber JS. *Sexual intercourse frequency during pregnancy: Weekly surveys among 237 young women from a random population-based sample*. J. Sex. Med. 2022; 19(10):

- 1524–1535. Doi: 10.1016/j.jsxm.2022.07.006. Epub 2022 Aug 8. PMID: 35953427; PMCID: PMC9529844.
78. Kulhawik R, Zborowska K, Grabarek BO, Boroń D, Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol-Cop A. *Changes in the sexual behavior of partners in each trimester of pregnancy in Otwock in Polish couples*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022; 19(5): 2921. Doi: 10.3390/ijerph19052921. PMID: 35270613; PMCID: PMC8910547.
79. Staruch M, Kucharczyk A, Zawadzka K, Wielgos M, Szymusik I. *Sexual activity during pregnancy*. Neuroendocrinol. Lett. 2016; 37(1): 53–58. <https://www.nel.edu/userfiles/articlesnew/NEL370116A12.pdf>.
80. Szymańska E, Kisielewski R, Kisielewska L, Tomaszewski J. *The impact of pregnancy on sexual functioning in Polish women*. Arch. Gynecol. Obstet. 2024; 310(4): 2133–2140. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07648-2>.
81. Kremska A, Wróbel R, Kołodziej B, Barnaś E. *Zachowania seksualne kobiet w ciąży [Sexual behaviour of women in pregnancy]*. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie 2013; 1: 75–85.
82. Jaworski M, Panczyk M, Królewicz I, Belowska J, Krasuski T, Gotlib J. *Partner's support during pregnancy as the mediator of women's sexual satisfaction after childbirth*. Sex. Relation. Ther. 2021; 36(2–3): 142–156. Doi: <https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1575507>.
83. Bień A, Rzońca E, Iwanowicz-Palus G, Lenkiewicz E. *Factors affecting sexual activity of women after childbirth*. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2016; 2: 58–66.
84. Zgliczynska M, Zasztowt-Sternicka M, Kosinska-Kaczynska K, Szymusik I, Pazdzior D, Durmaj A i wsp. *Impact of childbirth on women's sexuality in the first year after the delivery*. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2020; 47(3): 882–892. Doi: <https://doi.org/10.1111/jog.14583>.
85. Florkiewicz-Danel M, Kornelia Zaręba, Michał Ciebiera, Jakiel G. *Quality of life and sexual satisfaction in the early period of motherhood – A cross-sectional preliminary study*. J. Clin. Med. 2023; 12(24): 7597–7597. Doi: <https://doi.org/10.3390/jcm12247597>.
86. Kazmierczak M, Goodwin R. *Pregnancy and body image in Poland: Gender roles and self-esteem during the third trimester*. J. Reprod. Infant Psychol. 2011; 29(4): 334–342. Doi: <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.631179>.

Autor korespondencyjny: Krystian Wdowiak
e-mail: krystianrwdowiak@interia.eu