

Szexuális funkciózavarok, aktivitás- és érdeklődésváltozás a szülés előtti és utáni időszakban

Kovács-Berta Renáta^{1, 2} ■ Andrek Andrea dr.³ ■ Dombi Edina dr.⁴

¹Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Klinikai Orvostudományi Doktori Iskola, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Pedagógiai Intézet, Tanítóképző Tanszék, Szeged

³Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Affektív Pszichológia Tanszék, Budapest

⁴Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

A legtöbb nő nincs felkészülve arra, hogy a várandósság alatt, illetve szülés után megváltozik a szexuális egészsége, működése. Tanulmányunk célja, hogy átfogó összefoglalást adjunk nemzetközi közlemények és a jelenleg rendelkezésre álló hazai kutatások alapján arról, hogy a várandósság alatt zajló normatív változások, amelyek szomatikus és pszichés szinten éreztetik hatásukat, hogyan befolyásolják az egyén és a pár szexuális működését. Áttekintjük a várandósság alatti szexuális egészség jellegzetességeit, kitérve arra, hogy a várandósság előrehaladása során az egyes trimeszterekben hogyan változik meg a gravida szexuális aktivitása és érdeklődése, mik a jellegzetes szexuális diszfunkciók, és hogyan alakul át a párok szexuális szokása, pozitívaválasztása, milyen jellegzetes aggodalmak és hiedelmek térítik el a párokat a szexuális élet gyakorlásától. A szülés utáni hatások közül tanulmányunk kitér arra, hogy a szexuális működést miként befolyásolja a szülés módja, a gátrauma és az episiotomia, továbbá hogy a szoptatás, a hormonális változások hogyan hatnak a szexuális életre. Javaslatokat fogalmazunk meg a reprodukcióval összefüggő szexuális problémák prevenció és intervenció lehetőségeivel kapcsolatban.

Orv Hetil. 2023; 164(46): 1807–1816.

Kulcsszavak: várandósság alatti szexuális érdeklődés, postpartum szexuális funkciózavar, szexuális egészség, szülés módja

Sexual dysfunction, activity and interest changes in the antenatal and postnatal period

Most women are unprepared for the changes in their sexual health and functioning that occur during pregnancy and after childbirth. The aim of our study is to provide a comprehensive summary, based on international publications and currently available Hungarian research, of how normative changes during pregnancy, which have somatic and psychological effects, affect the sexual functioning of individuals and couples. We will review the characteristics of sexual health during pregnancy, focusing on how the sexual activity and interest of expectant mothers change in each trimester as pregnancy progresses, what the typical sexual dysfunctions are and how couples' sexual habits and positional choices change, what the typical concerns and beliefs are that distract couples from having sex. Among the postpartum effects, our study will focus on how sexual functioning is affected by the mode of delivery, perineal trauma and episiotomy. It will also look at the effects of breastfeeding and hormonal changes on sexual life. Recommendations for prevention and intervention of reproductive sexual problems will be made.

Keywords: sexual interest during pregnancy, postpartum sexual dysfunction, sexual health, mode of delivery

Kovács-Berta R, Andrek A, Dombi E. [Sexual dysfunction, activity and interest changes in the antenatal and postnatal period]. Orv Hetil. 2023; 164(46): 1807–1816.

(Beérkezett: 2023. augusztus 10.; elfogadva: 2023. szeptember 16.)

Rövidítések

BMI = (body mass index) testtömegindex; EPDS = (Edinburgh Postnatal Depression Scale) Edinburgh Postnatalis Depresszió Skála; FSFI = (Female Sexual Function Index) Női Szexuális Funkció Index; OR = (odds ratio) esélyhányados; SNRI = (serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor) szerotonin- és noradrenalinviszavétel-gátló; SSRI = (selective serotonin reuptake inhibitors) szelektív szerotoninviszavétel-gátló

Összefoglaló tanulmányunk célja azoknak a nemzetközi eredményeknek az összegyűjtése, amelyek segíthetnek megérteni, hogy a perinatalis időszakban milyen szomatikus, szociális és pszichés hatások befolyásolják az egyén és a pár szexuális működését. A szexuális jóllét olyan globális állapot, amely a szexualitással kapcsolatos fizikai, mentális és társadalmi jóllét aspektusait hordozza [1], dimenzióiba tartozik a szexuális vágy, a szexuális aggodalmak, a szexuális elégedettség [2]. A szexuális jóllét befolyásolja az általános jóllétet, az életminőséget, és tagadhatatlan előnye van a házasság minőségének és stabilitásának előmozdításában, valamint a mentális egészség javításában [3]. A szülővé válás során olyan új kihívásokkal kell megküzdeni, amelyek intenzív élményt jelentenek nemcsak az egyénre, hanem a párra nézve is [4]. Peripartum specifikus attribútumok is felelősek a szexualitásban bekövetkező változásokért, úgymint az antepartum időszakban a szülői szerepekhez való adaptálódás, a várandósság tervezettség, kívánt/nem kívánt terhesség, első, illetve többedik gesztáció, spontán/művi vetélések, korábbi terhességmegszakítás, nehezített/spontán teherbe esés, hormonális változások, a hangulati állapot instabilitása. A postpartum időszakban a szexuális egészségre a várandósság időszaka alatt átélte nehézségek is hatnak, valamint a szülés módja, annak szubjektív megélése, az újszülött állapota, hormonális változások, paritás, szoptatás és szülés utáni hangulatváltozások [5].

Módszer

Tanulmányunk célja szerint feltáró szakirodalmi áttekintést végeztünk, melyhez a szükséges elsődleges és másodlagos kutatási cikkeket online adatbázisokon keresztül kerestük, amelyek a PubMed, Elsevier, PsycInfo voltak. Az irodalmi közleményekben az „antepartum”, „postpartum”, „sexuality”, „intimacy”, „relationship”, „sexual function, dysfunction”, „sexual health”, „FSFI antepartum Hungary”, „FSFI postpartum Hungary” fogalmakat és kulcsszavakat használtuk, továbbá kézi kereséssel a hivatkozási listákban is találtunk releváns cikkeket.

Az antepartum időszak pszichoszexuális vonatkozásai

Szexuális egészség a várandósság alatt

A várandósság különleges időszak a nő életében, mely fizikai, hormonális és pszichológiai változásokkal jár. Ezek a változások társadalmi és kulturális tényezőkkel együtt befolyásolják a női és párkapcsolati szexuális működést [6]. A várandósság előrehaladtával, különösen a szülés előtti trimeszterben a nők jelentős részénél csökken a szexuális aktivitás, a vágy és az elégedettség mértéke, amit több tényező indokol [6, 7]. Az 1. trimeszterben a gravidák 70–85%-ánál hányinger és hányás jelentkezik, ami a 10. és 17. hét között megszűnik, viszont 15%-uknál a tünetek az egész várandósság alatt fennállnak. Ez a leggyakrabban kórházi kezeléssel jár, és összefügg a depresszióval, ami kihatással van a párkapcsolatra és a szexuális életre. A férfi partner enyhítheti a nő aggodalmait azzal, hogy az intimitás más formáira koncentrálna [8]. A 2. trimeszterben a méh gyorsan növekszik, előredomborodik, ami gyakran kellemetlen érzést okoz a nőnek. A 18–20. héten a nő megérezheti a magzat méhen belüli mozgását, ez tovább akadályozza a nemi érintkezést, és gyakran azzal a megmagyarázhatatlan érzéssel jár együtt, hogy harmadik fél jelenlétében folytatnak szexuális együttlétet. Ez mind a nő, mind a férfi számára elakadásokhoz vezethet, akár a szexuális élet gyakoriságának csökkenéséhez, illetve merevedési zavarokhoz is [8, 9]. *Uwapusitanon és Choobun* tanulmányukban a szexuális pozícióváltozást is vizsgálták a várandósság alatt, és azt találták, hogy a hüvelyi közösüléshez szükséges pozíciók a 3. trimeszterben jelentősen változtak. A várandósság előtt a férfi felül póz volt a legelterjedtebb a kutatásban részt vevő személyek körében (n = 300), a terhesség előrehaladtával azonban a nő felül vagy az egymás melletti, hátulról történő behatolásos pozíciót választották. A pozícióváltoztatásnak egyrészt a has növekedése volt az oka, másrészt a kényelem és az az aggodalom, nehogy sérülést okozzanak, és megnyomják a magzatot [10]. A szexuális pozíciók tekintetében a pénisz felül pozíció jelentősen csökken a terhesség alatt, a nő felül, egymás mellett, hátulról való behatolás, kanál- és ollópozíciók ajánlottak a terhesség előrehaladtával [11].

Az orgazmushoz kapcsolódó méhösszehúzódás mintázatai hasonlóak a vajúdas alatti összehúzódásokhoz, de minimálisak az aktivitások, nem tartósak, és nem is progresszív lefolyásúak. Gyakran fájdalommentesek, általában 30–120 másodpercig tartanak, szabálytalanok, és csillapodnak mozgás vagy pihenés hatására [12]. A nagy kockázatú várandós nőknél (placenta praevia, vérzés, méhnyaksérülés, meglévő méhszájseb, cerclage esetén) a

pénisz traumatizálhatja a mélyebben fekvő területeket, ami vérzést okozhat. Amennyiben a gravidának a nemi érintkezés teljes tiltását írja elő a nőgyógyász szakorvos, abban mindig érintett a pár férfi tagja is [9]. A depresszió mint a szexuális funkciók terhesség alatti változásainak háttérben álló tényező kutatása rendkívül limitált. Csekély és igencsak elhanyagolt azon vizsgálatok száma, amelyek a várandósság alatti szexuális szorongást vizsgálják. A szexuális szorongás nem függ a szexuális kielégüléstől, és akkor alakul ki, amikor az egyén a saját szexuális életével kapcsolatban negatív érzelmeket él át, a leggyakrabban frusztrációt, büntudatot, stresszt, fokozott aggodalmat, dühöt. A gravidák 42%-a tapasztalt szexuális szorongást, 26%-uk egyidejűleg beszámolt szexuális problémáról is, 14%-uk szexuális működési nehézség nélkül élt át szorongást. A szexuális szorongás alacsonyabb kapcsolati és szexuális élettel való elégedettséggel volt összefüggésben. Ezért kiemelt fontosságú a szexuális feszültséget azonosítani, hogy minimalizálni lehessen a szexuális és kapcsolati problémákat [13]. *Chang és szerzőtársai* eredményei szerint a korai és késői gesztáció alatt a depressziót jelző kérdőív pontszámai negatívan jelezték előre az 1. trimeszterben a szexuális funkciót ($p = 0,0004$), az izgalmat ($p = 0,0104$), a lubricatiót ($p = 0,0016$), az orgazmust ($p = 0,0022$) és a fájdalmat ($p < 0,001$), a 3. trimeszterben a szexuális vágyat ($p = 0,0005$) és az elégedettséget ($p < 0,0001$) [14].

A várandósság alatti női szexuális diszfunkciók gyakorisága

Von Sydow metaanalízise szerint a szexuális izgalom során fellépő genitális szűkület az 1. és 2. trimeszterben felerősödik, a hüvelynedvesedés csökkenésével és az orgazmus megélésének változásával együtt, amit néha görcsök kísérhetnek [15]. 589 várandós nőt vizsgálva a terhesség mindhárom trimeszterében azt találták, hogy csökkent csiklóérzékenységet (94,2%), libidóhiányt (92,6%) és orgazmuszavart éltek át (81%) [16]. A várandósság alatti nemi érintkezés során a várandósok 37%-a számolt be hüvelynedvesesség-csökkenésről, 22%-uknál fájdalomérzés volt tapasztalható a hüvelyben, 18%-uk hasi görcsöt tapasztalt, néhányuknál vérzés (13%), vizeletcsöpögés (9%) és hüvelyi fertőzés (9%) következett be [17]. *A Galazka és szerzőtársai* kutatásában részt vevő 520 nő összes szexuális funkciója (vágy, izgalom, nedvesedés, orgazmus, elégedettség és fájdalom) károsodott, szignifikánsan csökkent a várandósság előrehaladtával, különösen a 3. trimeszterben. Egyértelmű szignifikáns csökkenést találtak ($p < 0,001$) a terhesség előtti és alatti szexuális kapcsolat gyakoriságát tekintve. A várandósság alatti szexuális élet minőségét befolyásoló tényező a nem kielégítő párkapcsolat volt [18]. *Pauleta és mtsai* a szexuális diszfunkciót vizsgálták, és a válaszadó gravidák közül 10,9% alacsonyabb vágyról, 9,8% dyspareuniáról, 6,6% anorgazmiáról és 4,4% lubricációs nehézségről számolt be, míg 75,4% nem jelzett funkciózavart [19].

A 2. trimeszterben a szexuális érdeklődés (képzelet és erotikus álmok) általában megnő, csakúgy, mint a szexuális szükségletek kielégítésével kapcsolatos elvárások. Ezt az időszakot a nagyobb önbizalom, a terhesség elfogadása, a jobb hangulat, a fizikai tünetek csökkenése és a pár férfi tagjának nagyobb érzelmi támogatása jellemzi. A 3. trimeszterben általában a nők szexuális vágyának (75%) és szexuális elégedettségének (55%) csökkenése fordul elő. A működési zavarok háttérben általános rossz hangulat, testi változások és a magzat jóllététől való félelem állhat. Vizsgálatok jelentős különbséget találtak a primiparák és a multiparák között a 3. trimeszterben a szexuális életet illetően. A nemi érintkezések gyakorisága a primiparáknál csökkent, míg a multiparák szexuális élete nem ment át jelentős változáson [6, 18]. *Ribeiro és szerzőtársai* eredményei szerint a 3. trimeszterben rosszabb volt a túlsúlyos várandósok szexuális funkciója, szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a vágy, az izgalom, a lubricatio, az orgazmus és a dyspareunia területén. Ugyanakkor gyenge fordított irányú korrelációt találtak a terhesség előtti BMI és a szexuális funkció pontszámai, valamint a vágy és az orgazmus pontszámai között a 3. trimeszterben. Az eredmények azt mutatják, hogy a túlsúlyos nők életminősége jobban romlik a 3. trimeszterben, továbbá érzelmi nehézségekkel is szembesülnek az alacsony önbecsülés és a testkép miatt, ami egyértelműen befolyásolja a szexuális funkciókat [20]. Korábbi vizsgálat is megerősítette, hogy ezek a nők stigmatizálást élnek át, és megalázottságérzést. Túlsúlyuk miatt a terhességük magas kockázati státuszba került, ez pedig növelte terhességük medikalizációját, és fokozta szorongásérzetüket [21]. Egyharmaduknak problémát okozott a szexuális tevékenység, nem élvezték azt, csökkent a szexuális vágyuk, testsúlyuk miatt inkább elkerülték a szexuális együttléteket [22]. Ugyanakkor másik nehezítő tényező a nagyobb testalkat miatti kényelmetlenség, nehéz megfelelő szexuális pozíciót találni a szexuális kapcsolathoz, hiszen a hanyatt fekvő helyzet vena cava kompressziót okozhat, különösen a késői terhességi szakaszban. Ilyen esetben a gravida állapota bal oldalra történő fekvéssel vagy sétálással rendeződik [20].

A várandósság alatti szexuális viselkedés- és érdeklődésváltozás

A szexuális vágy és érdeklődés csökkenéséhez hozzájárul, hogy a szeméremtest és a szeméremajkak megváltoznak a várandósság alatt, hipertrófia léphet fel a súlygyarapodás miatt. Továbbá az anyai fókusz a szülésre való felkészülésre helyeződik át a szexuális érintkezéssel [23]. Nőknél a szexuális érdeklődés a várandósság 1. trimeszterében változatlan vagy enyhén csökkenő tendenciát mutat, a 2. trimeszterben változó, míg a gesztáció előrehaladásával meredeken csökken. A gyengédség iránti igényük végig megmarad a várandósság alatt, sőt egyre növekszik. Férfiak esetében a szexuális érdeklődés változatlan a 2. trimeszter végéig, majd meredeken csökken.

Kutatási eredmények azt mutatják, hogy a preferált szexuális ingerlés változatlan marad a terhesség alatt és a szülés után, de a 2. és 3. trimeszterben kevésbé fontos a hüvelystimuláció. A következő erotikus tevékenységeket részesítik előnyben: nem genitális ingerlés (41–53%), csiklóizgatás (25–32%), emlőstimuláció (23–30%), vaginális ingerlés (15–30%), orális ingerlés férfiaktivitással (6–16%), orális stimuláció női aktivitással (4–11%), anális ingerlés (0–3%) [15]. *Bartellas és mtsai* 141 főnél trimeszterenkénti összehasonlításban nem találtak különbséget az egyes szexuális viselkedéstípusok gyakoriságában, kivéve a vaginális közösülést, amelynél a várandósság előrehaladásával progresszív csökkenés volt megfigyelhető (az 1. trimeszterben 96%, a 2. trimeszterben 89%, a 3. trimeszterben 67%, $p < 0,001$), ezt lineáris regresszió alkalmazásával is alátámasztották, más tényező nem befolyásolta a vaginális coitust. A terhesség alatti aktivitás csökkenéséről számolt be a nők 71%-a, növekedéséről a 6%-uk, és 23%-uk szerint nem változott a gyakoriság a várandósság előttihez képest. A vizsgálatban részt vevő várandós nők 48%-a számolt be gyakoriságcsökkenésről az 1. trimeszterben, 75% a 2. trimeszterben és 76% a szülés előtti időszakban ($p = 0,05$). 26%-uk úgy érezte, hogy partnere nyomást gyakorol rá a szexuális együttléteket illetően. A várandósság alatt leggyakrabban előforduló szexuális tevékenységek a következők voltak: csókolózás (97%), mellsimogatás (87%), hüvelyi közösülés (86%), előjáték (79%), orális szex (55%), erotikus fantázia (44%), maszturbáció (31%) és 7%-uknál anális közösülés [17]. Az 1. trimeszterben a behatolásos közösülés enyhén csökkenést mutat vagy állandó marad, de a 3. trimeszterben meredeken csökken, míg a 2. trimeszterben a szexuális viselkedés nagy változatosságot mutat. A legtöbb pár a 7. hónapig gyakorolja a coitalis aktivitást, a 8. hónapban a párok fele-háromnegyede, a 9. hónapban pedig egyharmada. A nők 10%-a a várandósság tényének megerősítése után tartózkodik a közösüléstől [6, 15]. *Pauleta és szerzőtársai* eredményei szerint is szignifikánsan csökkent a szexuális aktivitás a terhesség alatt. A leggyakoribb nemi érintkezés az 1. trimeszterben volt (44,7%), majd a 2. trimeszterben (35,6%), végül 10,1%-ra csökkent a 3. trimeszterben. Sok nő a szexuális tevékenységének állandóságáról számolt be az 1. és 2. trimeszterben (46,8%; 50,5%), a 3. trimeszterben pedig csökkenésről (55,3%). Nem találtak statisztikai különbséget az 1. és 2. trimeszter között, a különbségek azonban nyilvánvalóak voltak a 2. és 3. trimeszter, valamint az 1. és 3. trimeszter között minden szexuális tevékenység növekedése, csökkenése, és állandósága tekintetében. A szexuális elégedettség a terhesség előtti időszakhoz képest 48,4%-ban nem változott, csökkent 27,7%-ban ($p < 0,0001$), a szexuális vágy pedig 38,8%-ban változatlan volt, és 32,5%-ban csökkent ($p = 0,196$). 98,3% hüvelyi penetrációt, 38,1% orális, 6,6% anális közösülést folytatott, 20,4%-uk maszturbációt végzett. A szexuális gyakoriságot illetően a gravidák 32,4%-a heti

1 alkalommal, 6,6%-uk heti 4–7 alkalommal, míg 15,9%-uk kevesebb mint havi 1 alkalommal él nemi életet [19].

Beszámolók szerint a nők gyakran amiatt motiváltak szexuális együttlétre, mert úgy érzik, teljesíteniük kell házastársi kötelezettségüket, és aggódnak párjuk szexuális elégedettsége miatt. Ezért a nők 82%-a úgy véli, hogy az együttlétet a teljes várandósság alatt gyakorolni kell. Orvosi ellenjavallat esetén 82% kölcsönös testi simogatást részesít előnyben, a gravidák 12%-a úgy érzi, hogy ki kell elégítenie párját, 6% szexuális absztinenciát fogad [15]. *Fernández-Carrasco és szerzőtársai* eredményei megerősítik, hogy a magányos vágy nőknél sokkal jobban csökken az első trimeszterben, mint a férfiaknál. A diádikus vágy mindkét partnernél csökken a terhesség alatt, a nőekkel ellentétben azonban a férfiaknál a 3. trimeszterben a legalacsonyabb a vágy szintje. Ugyanakkor a szexuális vágy szintje állandóan magasabb a férfiaknál, végig a várandósság alatt [24].

Aggodalmak és hiedelmek az antepartum alatti szexuális élet negatív következményeiről

A kulturális hiedelmek, mítoszok, tabuk arról, hogy mi a nem megfelelő szexuális viselkedés várandósság alatt, indokolatlan szorongást kelthet a párban, ami szexuális és partnerkapcsolati problémákhoz, elakadásokhoz vezethetnek [9]. A szexuális együttléttel és szülészeti szövődeményekkel kapcsolatos aggodalmak közül a legmarkánsabbban az idő előtti szüléssel kapcsolatos aggály fordul elő progresszíven trimeszterenként (1. trimeszter: 9%, 2. trimeszter: 21%, 3. trimeszter: 37%, $p = 0,001$). A nők 55%-a gondolta úgy, hogy partnere aggódik amiatt, hogy a szexuális aktivitás károsítja a várandósságot. Leginkább a vérzés miatt félték a gravidák (57%), majd a hüvelyi fertőzésektől (33%), a magzati sérüléstől (31%), a korai szüléstől (28%), és a magzataburok-szakadástól (18%) [17]. *Pauleta és szerzőtársai* vizsgálatában a várandósok 23,4%-a arról számolt be, hogy fél a nemi érintkezéstől, mert aggódtak, hogy károsodik a magzat, és félték a vetéléstől, a dyspareunia kialakulásától, a koraszüléstől. 41,5%-uk kevésbé érezte magát vonzónak és érzékinek várandósság alatt, és 24,5% arról számolt be, hogy partnere felől kevesebb szexuális vágyat érzett [19].

Szexuális viselkedés a postpartum időszakban

Szexuális egészség a szülés után

Számos tanulmány számol be a postpartum időszakban fellépő szexuális diszfunkciók gyakoriságáról [25]. A szülés utáni szexuális élettel kevés irányelv foglalkozik, az orvosi, szülésznői információszolgáltatásban is inkább a fogamzásgátlással, a szexuális úton terjedő betegségekkel foglalkoznak, erős a hiatus a postpartum szexuális egészséggel kapcsolatban [26]. *Stavdal és mtsai* első

gyermeket szülők tapasztalatait vizsgálták, és több résztvevő úgy nyilatkozott, hogy a szexuális együttlétet korlátozta a perinealis és hüvelyi fájdalom. Továbbá izomfeszülést éreztek, a hüvelypedvesedés hiányát, valamint a gátmetszés miatti hegfájdalmat, amelyek miatt a szexuális aktivitás korlátozottá vált. Mindez szorongást és vizszatéró kudarcérzést okozott [27]. Míg a legtöbb férfi elégedett volt párja megváltozott testével, addig a nők stresszt éltek át a hasi és emlői területeken bekövetkezett változások miatt. Ezért a nőknek szükségük van partnerük támogatására és elismerésére, hogy oldani tudják a testképből fakadó negatív érzéseket. A szexuális aktivitás csökkenésének okait a résztvevők a megváltozott prioritásban, az elégtelen időben és az alváshiányban találták [28]. *Barrett és mtsai* tanulmányában a szülés utáni 3. és 6. hónapban a vizsgált nők 33%-a és 23%-a számolt be arról, hogy nehézségük támadt az orgazmus elérésében, ebből 14%-uk már a várandósság előtti időszakban is tapasztalta ezt a problémát. Az orgazmus hiánya esetén a nő izgalmanak csökkenéséről számolnak be, amelynek kockázati tényezők közé tartozik a korábbi esetleges dyspareunia miatti negatív tapasztalat, a figyelemelterelés, a szexuális szorongás, a depresszió és a kimerültség [29]. Az újdonsült szülőknek egyaránt vannak szülés utáni szexuális kételyeik, aggodalmaik a megváltozott érzelmi és fizikai tényezők miatt. A szülés után 4 hónappal a részt vevő szülők legfőbb kétsége a közösülés folytatásának ideje, a fogamzásgátlás módja volt, és az, hogy miként hat a szülés utáni fizikai felépülés a szexuális életre [30]. Más kutatások kimutatták a nemek közötti különbségeket, az anyák a fokozott stresszt, a szülői kompetenciával kapcsolatos kétségeket, a pénzügyi nehézségeket és a partner szexuális aktivitásának eltéréseit találták aggasztónak. Nők esetében a legnagyobb kétséget a szülés utáni szexuális gyakoriság jelentette, majd a saját testképük változásai, míg férfiaknál a hangulatingadozás okozta a legnagyobb bizonytalanságot, ami hatással volt a szexuális tevékenységre, majd a szexuális együttlétek gyakoriságára [31].

A szexuális funkciók és működésváltozás hatását befolyásoló tényezők

Általában 6 hónappal a szülés után a legtöbb nő újrazedi szexuális életét, és a várandósság előttihez hasonló orgazmusfunkcióról számolnak be annak ellenére, hogy viszonylag gyakoriak a dyspareunia tünetei [32]. A szülés után 2–3 hónappal a nők 41–83%-ánál azonosítanak szexuális diszfunkciót (beleértve a dyspareuniát) [33]. *Barrett és mtsai* 484 postpartum matert vizsgáltak, s eredményeik alapján a szülés utáni első 3 hónapban a nők 83%-a tapasztalt valamilyen szexuális problémát, ami a 6. hónapra 64%-ra csökkent. A szülés utáni első 3 hónapban a dyspareunia megjelenése szignifikánsan összefüggött a hüvelyi szüléssel ($p = 0,01$) és azzal, hogy korábban a nő tapasztalt-e dyspareuniás tüneteket ($p = 0,03$). 6 hónapon belül a dyspareunia és a szülés típusa

között nem volt szignifikáns összefüggés ($p = 0,4$). Azoknak a nőknek, akik a szülés után tapasztaltak valamilyen szexuális problémát, csupán a 15%-a kérte ki egészségügyi szakember véleményét [29]. *McDonald és mtsai* utánkövetéses kohorsz kutatásában ($n = 1507$) a résztvevők 78%-a a szülés után 3 hónappal újrazedte a vaginális szexet, míg a 6. hónapra ez 94%-ra emelkedett, és csupán 2%-uk nem folytatta a szülés után 18 hónappal a szexuális életét [28]. *O'Malley és szerzőtársai* ($n = 2764$) azt találták, hogy a szexuális aktivitás csökkenése jelentősen megemelkedett a szülés után 6 hónappal (46,3%), és szignifikánsan így maradt a szülés utáni 12 hónapban (39,8%) is a terhesség előtti szinthez képest (33%, $p < 0,001$). A 6. hónapban dyspareuniáról beszámoló nők aránya szignifikánsan nagyobb volt (37,5%) azokhoz képest, akiknél a terhesség előtt tapasztalták (29,3%, $p < 0,001$). 6 hónappal a szülés után a nők 43%-a számolt be a hüvelyi lubricatio hiányáról, szemben a terhesség előtti 36,6%-kal ($p = 0,002$). Ez 35,4%-ra csökkent 12 hónappal a partum után ($p = 0,761$). A testképükkel elégedett nőkhöz képest azoknál a nőknél, akik elégedetlenek a testképükkel, nagyobb valószínűséggel jelent meg a hüvely nedvesedésének hiánya 6 hónappal a szülés után (OR = 1,8–2,4, $p < 0,005$). A vizsgálatban részt vevő nők csaknem fele szexuális egészségügyi problémákról számolt be 6 hónappal a szülés után, több mint 40%-uk pedig 12 hónappal a szülés után. Azok a nők, akik várandósságuk előtt már dyspareuniát tapasztaltak, szignifikánsan nagyobb valószínűséggel éltek át a szülés után 6 és 12 hónappal elhúzódó jelleggel szexuális egészségügyi problémát: dyspareuniát (OR = 2,5, $p < 0,001$, OR = 3,2, $p < 0,001$) a szexuális tevékenység iránti érdeklődés elvesztését (OR = 1,4, $p < 0,025$, OR = 1,5, $p < 0,01$) és a hüvelyi lubricatio hiányát (OR = 1,6, $p < 0,004$, OR = 1,8, $p < 0,001$) [34].

A szülés utáni első évben a várandósság előtti időhöz viszonyítva a közösülési aktivitás gyakorisága csökken, a második évben átlagosan heti 1,2 alkalommal fordul elő. A nők több mint fele, 18–20%-a részben, 24–30%-a pedig egyáltalán nem élvezzi a szexuális intimitást partnerével, a férfiak hasonló adatokról számoltak be. Szülés után a nők részéről az első orgazmus a 2–18. héten következik be, és az első együttlét során csupán 20%-uk él át orgazmust, míg 75%-uk a szülés után 3–6 hónappal; preferált módjai a manuális, orális ingerlés és behatolás. A szülés utáni első együttlét során a nők több mint fele érez fájdalmat, a nem szoptató anyák 16%-a, a szoptató anyák 36%-a szenved még mindig dyspareuniában. A nők 57%-a aggódik házastársa szexuális kielégülése miatt [15]. Jelentős különbségek vannak a várandósság alatti szexuális élet gyakoriságában. *Blumenstock és Barber* 2,5 éven át vizsgálták nők heti szexuális aktivitását, eredményeik szerint a szexuális érintkezések gyakorisága csökken a várandósság alatt, de ezek a változások nem a trimesztereket követték, hanem a terhességgel együtt járó tünetek lefolyását (fáradtság, hányinger). A szexuális együttlétek valószínűsége meredeken csökkent a fogan-

tatástól a 11. hétig (hetente kb. 18%-kal), majd a 11. és 21. hét között hetente kb. 3%-kal nőtt, ezután a szülésig folyamatosan csökkent 6%-ot hetente. Úgy tűnik, hogy hosszú távon a párok egyharmadának a szexuális élete csökken, a szexuális problémák a partum utáni 3–4 évvel a leghangúlyosabbak [35]. Viszonylag gyakori a szexuális tevékenység iránti érdeklődés elvesztése a születést követő első évben, ami arra utal, hogy a megváltozott szexuális vágy oka az anyasághoz való alkalmazkodás és mindkét szülő új szerepének megtalálása, ami a normalitás része [34].

A szülés módjának hatása a szexuális funkciókra

A szülés utáni időszakban a normál szexuális működést a perinealis fájdalom rontja, melyet a leggyakrabban episiotomia, perinealis trauma és műszeres beavatkozás okozhat, s különösen akkor jelentkezik, ha fogó- vagy vákuumasszisztált szülés zajlik normál hüvelyi szülés helyett. További kockázati tényezőnek számít a gátvarrás, primiparitás és entonox alkalmazása fájdalomcsillapításra [7]. *O'Malley és mtsai* vizsgálati eredményei szerint az ép gáttal szült nőkhöz képest a 2. fokú gátrepedést (OR = 1,6, p = 0,03), episiotomiát (OR = 1,7, p = 0,003) és 3. fokú gátrepedést (OR = 3,7, p = 0,005) szenvedett nők körében szignifikánsan nagyobb valószínűséggel fordult elő dyspareunia a szülés után 6 hónappal. Továbbá a szexuális aktivitás és érdeklődés elvesztése mind a 2. (OR = 1,7, p = 0,008), mind a 3. fokú gátrepedéshez (OR = 2,4, p = 0,044) társult a szülés után 6 hónappal. Logisztikus regressziós elemzéssel, esélyhányadosérték-számítással arra az eredményre jutottak, hogy a szülés módját tekintve azoknál a nőknél, akik vákuumos hüvelyi szülésben részesültek, 6 hónappal a szülés után ez együtt járt dyspareuniával (OR = 1,6; p = 0,013), míg az elektív császármetszés csökkentette a dyspareunia előfordulási esélyeit (OR = 0,5, p = 0,03), ám ezek az összefüggések nem maradtak fenn a szülés után 12 hónappal. Nem találtak szignifikáns együttjárást a hüvelyi lubricatio fokozott hiánya és a szülés módja között (spontán hüvelyi, vákuumos, fogós, elektív/sürgősségi császármetszés) sem 6, sem 12 hónappal a szülés után [34]. *Baksu és mtsai* a vizsgálatukban (n = 248) arra a következtetésre jutottak, hogy a mediolateralis episiotomiával hüvelyi úton szült nőknél az izgalom, a lubricatio, az orgazmus, az elégedettség szintje csökkent a szülés után 6 hónappal az elektív császármetszéssel szült női csoporthoz képest. Úgy tűnik, hogy a császármetszés pozitív hatással van a szülés utáni szexuális működésre, a mediolateralis episiotomiával (p < 0,001) szültekhez képest. Továbbá a gátmetszés lubricációs problémákat is okozhat, ami végül a szexuális élettel való elégedetlenséghez és anorgazmiához vezethet. Operatív hüvelyi szülésen átesett nők 14%-ánál, míg spontán gátsérülés nélkül szült nők 3,5%-ánál figyeltek meg dyspareuniát 6 hónappal a szülés után, és 8 héttel a szülés után 50%-uk folytatta a szexuá-

lis tevékenységet, szemben az operatív hüvelyi szülés csoportjával (38,8%), bár az eredmény nem volt statisztikailag szignifikáns [36]. Más vizsgálat szintén ezzel összhangban azt mutatta, hogy a szülés utáni egészségi állapot befolyásolja a szexuális tevékenységet 7 héttel a szülés után (operatív szülés: 40%, spontán, sérülés nélküli hüvelyi szülés: 29%). A spontán hüvelyi szüléshez képest azt feltételeznénk, hogy a császármetszésen átesett nők kisebb valószínűséggel számolnak be perinealis fájdalomról, hiszen megkíméli a medencefeneket a mechanikai sérüléstől, ezáltal megóvva a szexuális funkciókat. Szülés után 3 hónappal a császármetszésen átesett nők szignifikánsan kisebb valószínűséggel tapasztaltak szexuális diszfunkciót, de 6 hónap múlva már nem volt szignifikáns a különbség [37].

A szoptatás és a hormonok hatása a szexualitásra

A szoptatás megváltoztatja a nők szexualitásának fizikai és pszichés vonatkozásait, az ezzel kapcsolatos kutatások viszonylag eltérő információt szolgáltatnak. Néhány vizsgálat a szoptatásnak a szexualitásra gyakorolt pozitív hatásairól – mint szignifikánsan nagyobb szexuális aktivitás és az erotika növekedése – számolt be, ami a megnövekedett mellmérettel, fokozott érzékenységgel magyarázható. Több tanulmány viszont inkább a negatív bizonyítékokat hangsúlyozza, a szexuális vágy hiányáról számolnak be, amelyet a tesztoszteron-androsztendion alacsonyabb szintjével hoztak összefüggésbe [37]. A szoptatás hatással van a hormonszintre, a megemelkedett prolaktinszint gátolja a petefészkek ösztrogén- és androgéntermelését, ami kihatással van a szexuális funkciókra, hozzájárul a nemi szervek atrófiás elváltozásaihoz és a hüvelysíkosság csökkenéséhez. A kellemetlenségek csökkentésére síkosítók, helyileg alkalmazható ösztrogénkrémek javasoltak. Az alacsonyabb ösztrogénszint csökkenti a hüvelylubricatiót, míg az alacsonyabb androgénszint a szexuális vágyat mérsékli. A szoptatás során felszabaduló oxitocin tejkiválasztást okoz, ez pozitív hatással van a hangulatra, stresszoldó hatású, csökkenti a vérnyomást és a kortizolszintet, centrális hatása révén támogatja az anya-gyermek kötődést. Partnerkapcsolati vonatkozásban fokozza a szexuális izgalmat, az orgazmus után fellépő méhösszehúzóds oxitocinfelszabadulást eredményez, ami beindítja a tejkiválasztási reflexet [33, 38]. Azok a nők, akik szülés után 6 hónappal szoptattak, kisebb mértékű szexuális élvezetről számoltak be, összehasonlítva a nem szoptató anyákkal, feltehetően a hüvelyi lubricatio hiánya miatt. A nők nagyobb valószínűséggel tapasztalnak magasabb szintű érzelmi elégedettséget az életkor előrehaladtával [28]. *O'Malley és szerzőtársai* eredményei szerint azoknál a nőknél, akik a szülés után 6 hónappal szoptattak, szignifikánsan nagyobb valószínűséggel fordult elő dyspareunia (OR = 1,9, p < 0,001), a szexuális együttlét iránti érdeklődés elvesztése (OR = 1,7; p < 0,001) és a hüvelyi nedvesedés

hiánya (OR = 1,7; $p < 0,001$) [34]. Rowland és szerzőtársai vizsgálatában a nők valamivel több mint fele (53%) nem folytatott hüvelyi közösülést, és szignifikáns kapcsolatot találtak a szoptatás és a szexuális tevékenység újrakezdésének elmulasztása között ($\chi^2 = 11,8$; $p = 0,001$). A közösülés folytatása elmulasztásának leggyakoribb okaként a fáradtságot, az érdektelenséget, a fájdalomtól való félelmet, a teherbe esés miatti aggodalmat, a vérzést, az időhiányt, a műtét okozta fájdalmat, a hüvelyi szárazságot, katéter jelenlétét, illetve a mell kettős rendeltetése miatti kényelmetlenséget hozták fel [39]. Az anyák intimitás iránti igénye megemelkedik, ugyanakkor aggódnak, hogy a szexuális tevékenység hanghatásai felébredhetnek a babát, vagy annyira belefeledkeznek a közösülésbe, hogy nem veszik észre az újszülött sírását és szükségleteinek jelzéseit. A férfiak gyakran elhanyagoltnak érezhetik magukat, mivel az anya figyelme a gyermeke szükségleteire összpontosul a partner felé irányuló szexuális intimitás helyett [40]. Szöllősi és Szabó szignifikáns összefüggést találtak az FSFI-pontszámok és a csecsemőtáplálási módok között ($p = 0,003$), ugyanis a kizárólag szoptató anyák körében gyakoribb volt a szexuális diszfunkció előfordulási aránya és a szexuális elégedettség alacsony szintje, mint a tápszerrel tápláló anyák csoportjában. Továbbá vizsgálatukban a vizeletincontinencia is rizikó tényezőnek számított a szexuális diszfunkció megjelenésére [41].

A postpartum depresszió hatása a szexuális funkciókra

A szexuális diszfunkciók gyakoriak olyan nők esetében, akik depresszióban szenvednek. Ugyanakkor korlátozott azoknak az empirikus tanulmányoknak a száma, amelyek a depresszió és a szexuális egészség kapcsolatát vizsgálják, különösen hazai postpartum populáción. EPDS-kérdőívvel mérve a depresszió mértékét azt találták, hogy a depressziós nők szülés után 6 hónappal kisebb valószínűséggel folytatták a szexuális kapcsolatot, valamint gyakrabban jeleztek szexuális egészségügyi problémákat, mint a nem depressziós nők. Más tanulmányokban a perinealis fájdalom, a depresszió és a fáradtság számított a szexuális problémák prediktorának [37]. Egyéneket és párokat vizsgálva azt találták, hogy a nagyobb fokú depressziós tünetek gyengébb szexuális funkcióval és gyakoribb szexuális distresszel járnak [42]. Depressziós nők 40%-a számolt be vágy-, izgalom- vagy orgazmuszavarról a szülés utáni 6. hónapban, sőt a depressziós nők szexuális érdeklődése és elégedettsége még a depresszió megszűnése után is csökkent. A depresszió kezelésében alkalmazott antidepresszáns hatással van a szexuális válasz minden aspektusára. SSRI- és SNRI-gyógyszerrel kezelt 2247 nő 95,6%-a tapasztalta legalább egy szexuális funkció károsodását [40]. Chivers és mtsai EPDS- és FSFI-kérdőívvel vizsgálták a szexuális problémák és a szülés utáni depresszió összefüggését, eredményeik szerint az emelkedett EPDS-pontszámmal rendelkező

nők körében szignifikánsan alacsonyabb volt a teljes FSFI 'izgalom', 'orgazmus' és 'elégedettség' alskálája ($p < 0,005$), mint a nem depressziós nőknél. A vágy, a hüvelyi lubricatio és a fájdalom nem kapcsolódott szignifikánsan a depresszió állapotához [43]. Szöllősi, Komka és Szabó longitudinális vizsgálatukban szülés után 3, 6 és 12 hónappal vizsgálták anyákat: eredményeik összhangban voltak nemzetközi empirikus kutatásokkal, miszerint a szexuális zavarok aránya szülés után 3 hónappal volt a legmagasabb (44,7%), ami idővel csökkent (6 hónap múlva: 40,18% és 12 hónap múlva: 23,15%). Továbbá a szexuális diszfunkció előfordulását csökkentette a párkapcsolati elégedettség magasabb szintje, az EPDS-átlagpontok növekedése pedig emelte a szexuális diszfunkció előfordulásának valószínűségét. Vizsgálatukban nem találtak összefüggést a szülés módja, az életkor, az iskolai végzettség, a paritás és a szexuális diszfunkció között [44].

A reprodukcióval összefüggő szexuális problémák prevenció és intervenció lehetőségei

Súlyos pszichoszexuális és párkapcsolati problémák előfordulhatnak a terhesség alatt is, de sokkal gyakoribbak a szülés után. Várandós nők 68%-a nyilatkozott úgy, hogy egyáltalán nem beszélt nőgyógyászával a szexualitásról, 28%-a korlátozó tanácsot kapott a coitalis absztinenciával kapcsolatban, de alternatív megoldásokat orvosuk nem javasolt. A páciensek 8–10%-a hagyta abba orvosi utasításra a közösülést. Sok pár szeretne több információt kapni a szülés utáni szexualitásról és megváltozott testképről [6, 15].

Ha a pár félelme felerősödik a szülés utáni időszakban amiatt, hogy a nő újra teherbe esik, az korlátozhatja az intimitást, ezért a megfelelő fogamzásgátló módszer megbeszélése enyhítheti aggodalmaikat. Bár a kizárólag szoptató nők esetén kicsi a valószínűsége annak, hogy a szülés utáni első 12 hétben peteérésük lesz, egy váratlan terhesség bekövetkezésének kockázata komoly aggodalomra ad okot. Ritkán vannak felkészülve a párok szülészeti vagy terhességi komplikációkra, egészségügyi problémával küzdő csecsemő születésére, koraszülésre, ez tovább terhelheti a szexuális kapcsolatot [9]. Az ante- és postpartum szorongás kezdeti tüneteinek hatékonyan alkalmazhatók alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápiás pszichológiai intervenciók [45], depresszió esetén pedig farmakológiai kezelés lehet indokolt a biztonság növelésének szükségességével a magzatra nézve [46]. Erős és Hajós szerint a megelőzésre kell nagyobb hangsúlyt fektetni, ami a perikonceptuális tanácsadás célja lehet, hiszen a várandósság alatti, szülés utáni depresszió nemcsak az anya számára káros, hanem a gyermek depressziójának esélyét is növeli imprintinggel úgy, hogy a gyermek modellt követve, negatív emocionális közegben nő fel. A megelőzés szempontjából fontos a családon belüli depresszió előfordulásának feltárása, továbbá mind a partner, mind a várandós számára nyújtott megfelelő

pszichoedukáció [46]. A kezelés kiválasztásának minden esetben a tünetek súlyosságán kell alapulnia, a páciens depressziós előzményeit és preferenciáit figyelembe véve [47].

Összefoglaló tanulmányokban gyakorlati javaslatokat tesznek a nőgyógyászok, szülészek számára azzal kapcsolatban, hogy hogyan segíthetik a peripartum időszakban a szexuális élet helyreállítását. Már a várandósgondozás során érdemes kitérni arra, hogy milyen fiziológiai, anatómiai, hormonális változások történnek, amelyek hatással lehetnek a szexuális funkciókra, továbbá célszerű nyitottan érdeklődni a páciens szexuális és érzelmi állapotáról, azonosítani a várandósság előtti szexuális diszfunkciókat. Tájékoztatni kell arról, hogy a várandósság alatt a szexualitás megváltozik, gyakorisága ingadozóvá válik, hangsúlyozva a normalitást. Fontos tiszteletben tartani a páciens félelmeit, korlátait, és egyénre szabottan átbeszélni a szexuális tevékenység folytatását az anya és a magzat biztonságának szem előtt tartásával. Kiegészíthetik ezt gyakorlati tanácsok arról, hogy a közösülési tevékenységen kívül milyen alternatív formában élhetnek nemi életet: manuális, orális stimuláció, maszturbáció, közösülési pózok tekintetében mit alkalmazzanak. A szülés utáni vizsgálat térjen ki az anális sphincter sérülésének kimutatására a későbbi székletincontinentia csökkentése érdekében. A kórházi elbocsátás előtt beszéljék át a dyspareunia lehetőségét, a perinealis fájdalmat és a szülés utáni szexuális tevékenység megkezdésének optimális idejét. A postpartum szakban célszerű felmérni a szexuális funkciókat kérdőív segítségével. Amennyiben a páciens dyspareuniát tapasztal, érdemes átvizsgálni a perinealis területet, felmérni a vizelet- és székletincontinentiát. Érdemes biztatni az anyát hüvelyi síkosító anyagok, szoptató nőknél fiziológiás hipoösztrogén-alapú nedvesítő anyagok használatára. A hüvely izmainak gyakorlatai (Kegel-gyakorlat) segítik a hüvelytónus visszanyerését: a gyakorlatot végző anyák 16%-a tapasztalt izomlazulást, míg azoknál a nőknél, akik nem végeztek izomgyakorlatokat, ez az arány 30% volt. Célszerű beszélni az anyával a szülés utáni hangulatváltozásról és az intimitás fontosságáról, valamint ajánlást tenni alternatív szexuális pozíciókra [15, 33].

Nemzetközi kutatásokban és a klinikai gyakorlatban számos pszichometriai kérdőívet használnak a szexuális funkciók és elégedettség feltérképezésére, ám magyar nyelven egyelőre korlátozott a rendelkezésre álló kérdőívek száma. Az FSFI 19 tételből álló kérdőív, amelyet a női szexuális funkciók kulcsfontosságú dimenzióinak (vágy, izgalom, lubricatio, orgazmus, elégedettség, fájdalom) értékelésére használnak; 2019-ben validálták magyar populációra, a kérdőív magas belső konzisztenciával rendelkezik (Cronbach-alfa = 0,963) [48]. A hosszú távú szexuális problémák többnyire a házastársi konfliktusokhoz és a pár terhesség előtti pszichoszexuális problémáihoz kapcsolódnak. Amennyiben a párok nem tudnak egyedül megbirkózni a pszichoszexuális nehézségek-

kel, tanácsadás vagy pszichoterápia javasolt az újszülött érdekében is, akinek életét megnehezíti szülei nehézségekkel teli, boldogtalan kapcsolata [15].

Következtetés

A várandósság és szülés utáni időszak meghatározó a pár életében, 33%-uknál súlyos, hosszú távú pszichoszexuális zavar alakul ki az első gyermek születése után [15]. Papp hangsúlyozza, hogy a nőgyógyász és páciense közötti bizalmi kapcsolat az alapja annak, hogy a szexualásban tapasztalt élmények megoszthatóvá váljanak [49]. A szakorvos segíthet abban, hogy a tünetek beazonosíthatók legyenek, és a szomatikus kivizsgálás után megkezdődhessen a célzott kezelés, illetve szexuálpszichológus szakemberhez való továbbirányítás [49]. A megfelelő anamnesztikus adatok begyűjtése a várandósság előtti szexuális életéről meghatározó lehet, hiszen irányt mutathat, és segíthet megérteni azt, hogy nem atipikus, ha a nő szexuális vágya megváltozik a terhesség alatt. A pszichológus segíthet enyhíteni a félelmeket, eloszlathatja a téves mítoszokat, és hozzásegítheti a párt a hagyományos szexuális együttlétek alternatíváinak megtalálásához. A jó szexuális élethez és az intimitáshoz döntő fontosságú a nyitott kommunikáció és a stabil kapcsolat, a szükségletek és az igények egyértelmű kifejezése. Az egészségügyi szakemberek segíthetnek abban, hogy felhívják a figyelmet a szexualitás megváltozására a szülővé válás során. Amennyiben egyszerű és egyértelmű ismereteket adnak át a szexuális változásokat illetően, csökkenthető a stressz, a szorongás, a félelem, és megkönnyíti a párnak az egymáshoz való visszatalálást [50]. Mivel a szexuális diszfunkció szűrése, a diagnózis felállítása önbevalláson alapul, a nők sokkal kényelmesebben jelezhetik problémájukat kérdőíven keresztül, mint közvetlen interjú formájában. Plouffe három kérdésből álló, egyszerű kérdőívet javasol klinikai alkalmazásban (Szexuálisan aktív-e? Van-e valamilyen problémája? Tapasztal-e szexuális fájdalmat?) [51]. A szülést és nőgyógyászat területén a szexualitás vizsgálata prioritás kell hogy legyen, különös figyelmet fordítva a szülés utáni időszakra. A jövőbeli empirikus kutatásoknak a szülés utáni szexuális diszfunkció etiológiájának jobb megértésére kell összpontosítaniuk, figyelembe venni a partner megélését, tapasztalatait, élményeit és a szülés utáni szexuális életminőségre vonatkozó, validált kérdőíveket használni a mindennapi gyakorlatban. A szülés utáni érzelmi és fizikai problémák gyakoriak, és idővel fokozódnak. A szexuális elégedetlenség és diszharmónia nagyban hozzájárul a kapcsolati problémákhoz, boldogtalansághoz, ez pedig ronthatja az egyén és a pár életminőségét, növeli a szorongás és a depresszió előfordulási gyakoriságát. Úgy tűnik, hogy a szülés módja kulcsfontosságú kérdés a szülés utáni szexuális működésben. Nagyobb figyelmet kell fordítani az újdonsült anyák szükségleteire, jóval a gyermekágyi időszakon túl is. Érdemes a szülés során mérlegelni az episiotomiát és egyéb alternatív módon elő-

segíteni a gát épségének védelmét. Az egészségügyi szakemberek nagyobb tudatossága szükséges a szexuális problémák és nehézségek mögött húzódó okokkal kapcsolatban, hogy csökkenteni tudják a szexuális elakadásokat, és javíthatják a szülés utáni kapcsolati és életminőséget [36].

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: K.-B. R. a közlemény szövegének jelentős hányadát állította össze. A. A. mint mentor, D. E. a közlemény megírását koordinálta. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] World Health Organization. Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. WHO Press, Geneva, 2009. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43846/9789241563567_eng.pdf [accessed: Oct 6, 2022].
- [2] Tavares IM, Schlagintweit HE, Nobre PJ, et al. Sexual well-being and perceived stress in couples transitioning to parenthood: a dyadic analysis. *Int J Clin Health Psychol.* 2019; 19: 198–208.
- [3] Stephenson KR, Meston CM. The conditional importance of sex: exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2015; 41: 25–38.
- [4] Randall AK, Bodenmann G. Stress and its associations with relationship satisfaction. *Curr Opin Psychol.* 2017; 13: 96–106.
- [5] Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med.* 2011; 8: 1267–1284.
- [6] Lázár Cseke É, Szakács K, Lázár L. Physical and mental health of women. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z. (ed.) *Obstetric-gynecological psychology and psychiatry. [A női testi és mentálhigiéne. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z. (szerk.) Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria.]* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2006; pp. 53–61. [Hungarian]
- [7] Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000; 163: 888–893.
- [8] Coppens M. Sexual intimacy during pregnancy. *Midwifery Today Int Midwife* 2002; 62: 21–24.
- [9] Brown HL, McDaniel ML. A Review of the implications and impact of pregnancy on sexual function. *Curr Sex Health Rep.* 2008; 5: 51–55.
- [10] Uwapusitanon W, Choobun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *J Med Assoc Thai.* 2004; 87(Suppl 3): S45–S49.
- [11] Sacomori C, Cardoso FL. Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among Brazilian women: a retrospective study. *J Sex Marital Ther.* 2010; 36: 124–136.
- [12] Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM. Jr, et al. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol.* 2001; 97: 283–289.
- [13] Vannier SA, Rosen NO. Sexual distress and sexual problems during pregnancy: associations with sexual and relationship satisfaction. *J Sex Med.* 2017; 14: 387–395.
- [14] Chang SR, Ho HN, Chen KH, et al. Depressive symptoms as a predictor of sexual function during pregnancy. *J Sex Med.* 2012; 9: 2582–2589.
- [15] von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.* 1999; 47: 27–49.
- [16] Erol B, Sanli O, Korkmaz D, et al. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med.* 2007; 4: 1381–1387.
- [17] Bartellas E, Crane JM, Daley M, et al. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG* 2005; 107: 964–968.
- [18] Galazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, et al. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med.* 2015; 12: 445–454.
- [19] Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med.* 2010; 7: 136–142.
- [20] Ribeiro MC, Nakamura MU, Torloni MR, et al. Maternal overweight and sexual function in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016; 95: 45–51.
- [21] Furber CM, McGowan L. A qualitative study of the experiences of women who are obese and pregnant in the UK. *Midwifery* 2011; 27: 437–444.
- [22] Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, et al. Obesity and sexual quality of life. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14: 472–479.
- [23] Sipinski A, Kazimierczak M, Buchacz P, et al. Sexual behaviors of pregnancy women. [Zachowania seksualne kobiet cięzarnych.] *Wiad Lek.* 2004; 57(Suppl 1): 281–284. [Polish]
- [24] Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez-Díaz L, González-Mey U, et al. Changes in sexual desire in women and their partners during pregnancy. *J Clin Med.* 2020; 9: 526.
- [25] Rahmani A, Grylka-Baeschlin S, Fallahi A, et al. Postpartum sexual quality of life: scale development and psychometric properties assessment in Iran. *Sex Disabil.* 2022; 40: 115–127.
- [26] Oats JJ, Abraham S. (eds.) *Llewellyn-Jones Fundamentals of obstetrics and gynaecology.* Mosby Ltd, London, 2010.
- [27] Stավdal MN, Skjaevestad ML, Dahl B. First-time parents' experiences of proximity and intimacy after childbirth. A qualitative study. *Sex Reprod Healthc.* 2019; 20: 66–71.
- [28] McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery* 2017; 55: 60–66.
- [29] Barrett G, Pendry E, Peacock J, et al. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000; 107: 186–195.
- [30] Pastore L, Owens A, Raymond C. Postpartum sexuality concerns among first time parents from one U.S. academic hospital. *J Sex Med.* 2007; 4: 115–123.
- [31] Schlagintweit HE, Bailey K, Rosen NO. A new baby in the bedroom: frequency and severity of postpartum sexual concerns and their associations with relationship satisfaction in new parent couples. *J Sex Med.* 2016; 13: 1455–1465.
- [32] Rupp A, James TW, Ketterson ED, et al. Lower sexual interest in postpartum women: relationship to amygdala activation and intranasal oxytocin. *Horm Behav.* 2013; 63: 114–121.
- [33] Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth. Postpartum sexual function. *Obstet Gynecol.* 2012; 119: 647–655.
- [34] O'Malley D, Higgins A, Begley C, et al. Prevalence of and risk factor associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum: a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18: 196.
- [35] Blumenstock SH, Barber JS. Sexual intercourse frequency during pregnancy: weekly surveys among 237 young women from a random population-based sample. *J Sex Med.* 2022; 19: 1524–1535.
- [36] Baksu B, Davas I, Agar E, et al. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18: 401–406.
- [37] Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009; 145: 133–137.
- [38] Varga K, Bálint B. Natural and synthetic oxytocin during childbirth and breastfeeding. Review of the literature. [A természetes

- és a szintetikus oxitocin szüléskor és szoptatáskor. Szakirodalmi áttekintés.] Orv Hetil. 2022; 163: 1629–1638. [Hungarian]
- [39] Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, et al. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1366–1367.
- [40] DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res.* 2002; 39: 94–103.
- [41] Szöllősi K, Szabó L. The association between infant feeding methods and female sexual dysfunctions. *Breastfed Med.* 2021; 16: 93–99.
- [42] Dawson SJ, Leonhardt ND, Impett EA, et al. Association between postpartum depressive symptoms and couples' sexual function and sexual distress trajectories across the transition to parenthood. *Ann Behav Med.* 2021; 55: 879–891.
- [43] Chivers ML, Pittini R, Grigoriadis S, et al. The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: a pilot study. *J Sex Med.* 2011; 8: 792–799.
- [44] Szöllősi K, Komka K, Szabó L. Risk factors for sexual dysfunction during the first year postpartum: a prospective study. *Int J Gynecol Obstet.* 2021; 157: 303–312.
- [45] Zinner-Gérecz Á, Perczel-Forintos D. Psychotherapy in obstetrics: implementing low intensity psychological interventions. [Pszichoterápia a szülészetben: lehetőségek alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápiás intervenciókra.] *Orv Hetil.* 2021; 162: 1776–1782. [Hungarian]
- [46] Erős E, Hajós A. Prevention of perinatal depression and anxiety with periconceptional care. [A perinatalis depresszió és szorongás megelőzése perikoncepcionális gondozással.] *Orv Hetil.* 2011; 152: 903–908. [Hungarian]
- [47] Freeman MP. Antenatal depression: navigating the treatment dilemmas. *Am J Psychiatry.* 2007; 164: 1162–1165.
- [48] Hock M, Farkas N, Tiringier I, et al. Validation and translation of the Hungarian version of the Female Sexual Function Index (FSFI-H). *Int Urogynecol.* 2019; 30: 2109–2120.
- [49] Papp Z. Confusion in the sexual relationship. In: Papp Z. (ed.) *Handbook of gynecology.* [Zavarok a szexuális kapcsolatban. In: Papp Z. (szerk.) A nőgyógyászat kézikönyve.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2016; pp. 139–147. [Hungarian]
- [50] O'Malley D, Higgins A, Smith V. Postpartum sexual health: a principle-based concept analysis. *J Adv Nurs.* 2015; 71: 2247–2257.
- [51] Plouffe L. Jr. Screening for sexual problems through a simple questionnaire. *Am J Obstet Gynecol.* 1985; 151: 166–169.

(Kovács-Berta Renáta,
Szeged, Hattyas u. 10., 6725
e-mail: kovacs-bera.renata.andrea@szte.hu)

„Amori finem tempus, non animus, facit.”
(A szerelemnek csak az idő vethet véget, az ész soha.)