



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Ostetricia

LA SESSUALITÀ IN GRAVIDANZA : I CAMBIAMENTI E L'ASSISTENZA ALLA DONNA IN ATTESA

Presentata da:

Sabrina de Tollis

Relatrice:

Dott.ssa Francesca Nanni

II sessione
Anno Accademico **2022/2023**

ABSTRACT

Introduzione

La gravidanza è un periodo di grande cambiamento per la donna e per la coppia, in tutte le sue sfere, compresa la sfera sessuale. La sessualità rimane spesso però un tabù e la gravidanza, in particolare, si contorna di falsi miti e timori spesso culturalmente tramandati.

Attraverso un'indagine nella letteratura sul tema dei cambiamenti sessuali in gravidanza, emerge che l'argomento è molto importante per la donna e coppia in attesa, benché gli studi a cui fare riferimento siano pochi.

Obiettivi

La tesi si focalizza sul dar luce ad una sfera della gravidanza troppo spesso trascurata e poco approfondita, con la proposta della figura professionale dell'ostetrica come possibile risorsa in grado di assistere la donna in gravidanza nella sua globalità, quindi di accompagnarla nella consapevolezza dei suoi cambiamenti e di ricercare e colmare le lacune che l'assistenza attuale presenta in questo campo.

Metodi

Lo studio è stato condotto come indagine qualitativa attraverso la somministrazione di un questionario online, ideato sulla piattaforma Google Form ed espletato tramite social ad un campione formato da 17 donne in gravidanza. La compilazione è stata pensata come anonima, con la possibilità di astenersi da qualsiasi domanda posta.

Risultati

Il campione richiede un approfondimento sui cambiamenti della sessualità, riconosce che la figura ostetrica possa essere una/un professionista con cui condividere questi argomenti, avvalorando le competenze ostetriche. Le donne ritengono che colloqui individuali e con il/la proprio/a partner siano le modalità migliori per affrontare queste tematiche.

Conclusione

La sessualità è definita dall'OMS come diritto della persona. Le criticità in termini di ricerca, formazione e informazione esistono e sono documentati, questo progetto evidenzia la necessità di superare le barriere dell'imbarazzo e disinformazione. Attraverso la ricerca, il

campione ha confermato il ruolo di assistenza dell'ostetrica anche nella sfera sessuale.

Diventa quindi necessario portare proposte per migliorare il Percorso Nascita, costruendo uno spazio dove condividere e accedere a delle informazioni corrette e verificate.

INDICE

| | |
|---|----|
| PRESENTAZIONE | 1 |
| CAPITOLO 1 - MODIFICAZIONI BIOLOGICHE E PSICOLOGICHE IN GRAVIDANZA | 2 |
| 1.1 Principali cambiamenti anatomico-fisiologici..... | 2 |
| 1.2 Reali controindicazioni al coito..... | 5 |
| 1.3 Modificazioni psicologiche e sessuali della donna in gravidanza..... | 6 |
| 1.4 Ruolo del Partner..... | 13 |
| 1.5 Modificazioni psicologiche della coppia durante la gravidanza..... | 15 |
| CAPITOLO 2 – LA CONSULENZA SESSUALE | 20 |
| 2.1 Il ruolo dell’ostetrica e la consulenza sessuale..... | 22 |
| CAPITOLO 3 - REVISIONE DELLA LETTERATURA | 24 |
| 3.1 Tabella di ricerca bibliografica..... | 24 |
| CAPITOLO 4 - SOMMINISTRAZIONE QUESTIONARIO | 32 |
| 4.1 Obiettivo indagine..... | 32 |
| 4.2 Disegno del progetto..... | 32 |
| 4.3 Campione..... | 32 |
| 4.4 Il questionario..... | 32 |
| 4.5 I risultati..... | 33 |
| CAPITOLO 5 - DISCUSSIONE | 44 |
| 5.1 Discussione dei risultati..... | 44 |
| 5.2 Discussione della revisione della letteratura..... | 46 |
| 5.3 Limiti dello studio..... | 47 |
| CONCLUSIONI | 48 |
| BIBLIOGRAFIA | 50 |
| ALLEGATI | 54 |
| RINGRAZIAMENTI | 58 |

PRESENTAZIONE

Durante l'esperienza di tirocinio "Percorso Gravidanza Fisiologica" ho assistito una gestante che ha condiviso con me i suoi dubbi sulla sessualità in gravidanza, ho preso consapevolezza, così, delle mie lacune formative riguardo a questa tematica. È nata, di conseguenza, la curiosità di approfondire questa sfera e di verificare se il percorso stesso fosse adeguato in merito, a fronte di un tema come quello della sessualità in gravidanza spesso taciuto perché carico di tabù e pregiudizi.

L'elaborato inizia con un'analisi dei cambiamenti fisio-anatomici che il corpo della donna presenta durante la gravidanza e prosegue con l'approfondimento degli aspetti psicologici e relazionali, prima della gravida, poi del partner e, infine, della coppia. La ricerca va ad esaminare quali ansie e preoccupazioni culturalmente tramandate la coppia in attesa vive, per poi analizzare quali siano le effettive controindicazioni presenti in letteratura. Segue una revisione del materiale sulla consulenza sessuale in gravidanza, e più nello specifico, del *counselling* ostetrico sessuale. Infine, vi è la presentazione e la discussione di un questionario somministrato *online* rivolto a donne in gravidanza, in cui si domanda dei cambiamenti sessuali percepiti in gestazione e la relativa assistenza. Nello specifico, ho elaborato questo questionario per chiedere alle donne in gravidanza: come vivono la sessualità durante questo periodo, se hanno necessità o desiderio di approfondire tali tematiche, se ricevono o hanno ricevuto informazioni utili a riguardo e, infine, se l'ostetrica può rappresentare una figura di riferimento anche rispetto a dubbi su queste dinamiche.

La tesi si focalizza sul dar luce ad una tematica ed una sfera della gravidanza troppo spesso trascurata e poco approfondita, con la proposta della figura professionale dell'ostetrica come possibile risorsa in grado di assistere la donna in gravidanza nella sua globalità, quindi di accompagnarla nella consapevolezza dei suoi cambiamenti, alla risoluzione dei timori legati alla sfera della sessualità e di ricercare e colmare le lacune che l'assistenza attuale presenta in questo campo.

Capitolo 1 - MODIFICAZIONI BIOLOGICHE E PSICOLOGICHE IN GRAVIDANZA

La gravidanza è un processo in cui avvengono modificazioni importanti sia dal punto di vista anatomico che fisiologico. Questi cambiamenti portano, spesso, ad un'alterazione della vita sessuale all'interno della coppia. (Aydin Mustafa, 2015)

La gravidanza modifica i sistemi endocrino, riproduttivo, circolatorio, locomotore, neurologico, psicologico, ecc. Applicando la teoria dei sistemi alla gravidanza, la morfologia della donna cambia e questo cambiamento non è estraneo al sistema sessuale, producendo una serie di variazioni che influiscono sui suoi comportamenti sessuali (Morán Bayón Á., 05/2022).

Secondo la ricerca scientifica, lo stato di gravidanza, al contrario di quanto si possa pensare, crea una situazione psico-fisica favorevole ad un arricchimento dell'esperienza sessuale. I dati riportano che l'aumento degli ormoni in circolo, la presenza delle endorfine, l'abbassamento della soglia sensoriale, la maggiore irrorazione sanguigna dei genitali e l'aumento di volume e di reattività uterina innescano un particolare ciclo di risposta sessuale e costituiscono fattori assai rilevanti nel determinare la possibilità di godere profondamente del proprio corpo (Giagulli, 2011).

1.1 Principali cambiamenti anatomo-fisiologici

I cambiamenti del corpo sono attentamente seguiti dalla gestante e hanno in lei una risonanza emotiva particolare, perché concernono anche il suo senso d'identità e la sua capacità di affrontare le alterazioni del suo schema corporeo.

La funzione sessuale femminile verte attorno a quattro momenti: desiderio, eccitazione, orgasmo e risoluzione. Una disfunzione sessuale è presente quando c'è una difficoltà in una qualsiasi di queste fasi. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la disfunzione sessuale è qualsiasi cambiamento nella risposta sessuale umana che produce sofferenza fisica e/o emotiva, individualmente o tra i partner. La disfunzione sessuale può verificarsi in una fase qualsiasi della vita di una donna. Tuttavia, dopo la scoperta della gravidanza, la funzione sessuale sembra essere influenzata negativamente. Si verifica una diminuzione dei rapporti sessuali e del desiderio, questo può portare ad una condizione patologica di disfunzione sessuale. Inoltre, la gravidanza può anche causare l'indebolimento dei muscoli del pavimento pelvico (PFM) e, poiché le contrazioni involontarie dei PFM sono il principale meccanismo

dell'orgasmo, la loro attenuazione può causare ipoestesia vaginale e anorgasmia, aggravando la funzione sessuale delle donne incinte (Paula Renata Amorim Lessa SoaresI, 2020).

Le modificazioni anatomico-funzionali in gravidanza interessano il corpo della donna a livello sistemico.

Distretto genitale

La zona vagino-perineale diviene iperemica e particolarmente soffice per progressiva imbibizione tissutale e turgore venoso; la secrezione vaginale è aumentata e molto vischiosa: il pH può subire ampie variazioni e oscillare tra 3,5 fino a 6. Anche i parametri e il tessuto connettivo di sostegno vescico-vaginale si imbibiscono proporzionalmente all'epoca di gestazione.

Le dimensioni dell'utero aumentano fino a raggiungere, a termine di gravidanza, valori superiori a 30 cm di lunghezza, a 25 cm di larghezza e a 20 cm di profondità; parallelamente anche il peso aumenta passando dai 60gr pregravidico a circa 1000-1500gr alla 40^a settimana di gestazione. L'aumento volumetrico e ponderale consegue all'imbibizione del tessuto, all'ipertrofia ed iperplasia delle fibre muscolari, alla maggior portata circolatoria della rete linfatica ed artero-venosa, all'effetto "dilatante" del feto in crescita. Queste modificazioni sono quantitative non qualitative: l'accrescimento è concentrico sul fondo e corpo, longitudinale nel cerchio di Bandl che si allunga e si assottiglia trasformandosi in segmento uterino inferiore. La cervice aumenta di volume e diminuisce di consistenza. Le ghiandole endo-cervicali producono maggior quantità di muco con formazione e turnover del tappo mucoso. Anche le ovaie e le salpingi diventano congeste e si dislocano parallelamente al viscere uterino in rapporto all'innalzamento endoaddominale dello stesso.

Distretto extra genitale

L'apparato cardio-circolatorio cambia rispetto alla situazione pregravidica, che globalmente determina una situazione emodinamica a tutto vantaggio irrorativo del distretto genitale. Queste variazioni sono rappresentate da un incremento del volume minuto, pari a circa +30% e secondario a frequenza cardiaca e gettata sistolica maggiori. Vi è inoltre un lieve aumento del volume cardiaco, dovuto ad ipertrofia miocardica ed a maggior riempimento diastolico. Si rileva anche una modesta flessione dei valori pressori arteriosi diastolici e sistolici.

Nell'apparato respiratorio si rileva un aumento del volume corrente cui consegue, a parità di frequenza del respiro, un aumento del volume minuto fino a valori massimi di 11 litri a termine di gravidanza. Aumentano anche la ventilazione alveolare, il consumo di ossigeno, la capacità respiratoria, il volume di riserva espiratoria, il volume residuo e la capacità funzionale residua, mentre si riducono la PCO₂ alveolare e la concentrazione plasmatica dei bicarbonati. Tutto ciò comporta una stabilizzazione del pH arterioso a valori simili a quelli del periodo pregravidico (7,40 circa).

Il rene è interessato da aumenti del flusso plasmatico, del filtrato glomerulare della frazione di filtrazione, dalla clearance di creatinina endogena, urea ed acido urico, dell'escrezione di glucosio, aminoacidi, vitamine, farmaci (con riduzione della loro emivita), della quantità di sodio tubulare. L'escrezione di sodio ed acqua è fortemente influenzata dalla posizione della gravida, risultando maggiore quando essa è sdraiata su un fianco e minore quando è eretta o supina. Tipico della gravidanza è la dilatazione degli ureteri, per compressione pelvica degli stessi, prevalentemente destra e la riduzione dello spazio endovescicale.

Nell'apparato gastro-enterico si determinano:

- Variazioni quantitative e qualitative del senso della fame e della sete
- Ipersalivazione dovuta ad accentuazione del tono parasimpatico ed alla difficoltà di deglutire la saliva in rapporto all' "atteggiamento emetico" della gravida
- Frequente reflusso gastro-esofageo
- Riduzione del tono e della motilità dello stomaco, del tenue, del crasso, e del colon
- Ipotonia colecistica

A livello del sistema nervoso si nota nel I trimestre che l'evento gravidico appare responsabilità di uno stato di neuro labilità emozionale, nel II trimestre si assiste ad una stabilizzazione emotiva, nel II trimestre a volte compare ansietà, apatia, affaticamento mentale.

Nel distretto ematico vediamo un aumento del volume plasmatico di circa 1-1.5 litri, un aumento degli eritrociti non proporzionato che comporta una riduzione del valore ematocrito, una diminuzione della concentrazione di emoglobina. Tutto ciò comporta una progressiva emodiluizione ed esaltazione del metabolismo del ferro ai limiti di compenso. Il meccanismo di coagulazione risulta esaltato principalmente in rapporto all'aumento del tempo di Quick.

Le mammelle subiscono un vistoso aumento volumetrico e ponderale, il reticolo venoso sottocutaneo si rende evidente, il parenchima ipertrofico assume un aspetto micronodulare. Inoltre, si determina l'ipertrofia delle ghiandole sebacee, la formazione dell'areola secondaria

e la produzione di colostro che continua sino all'espletamento del parto per poi virare nella galattopoiesi e lattogenesi.

Le prostaglandine (PG), che sono acidi grassi polinsaturi ad azione modulante su vari eventi biologici, si è visto il loro coinvolgimento sia nel processo gravidico che nella risposta sessuale a seguito della stimolazione coitale. Il liquido seminale ne contiene 14 tipi, secreti nella maggior parte dalle vescicole seminale: tra le principali ricordiamo PGE1, PGE2, PGE3, PGF1 α , PGF2 α . Tramite degli studi in vitro è stato evidenziato l'effetto contrattile delle prostaglandine su strisce di miometrio e quello di attivazione delle motilità uterine a seguito dell'introduzione di liquido seminale nel canale endocervicale (Olga Codispoti Battacchi, 1980).

Nella loro ricerca Codispoti e De Aloysio concludono che nel I trimestre l'attività coitale non ha capacità abortigene rilevanti, se non nei casi di incontinenza cervico-segmentaria o di reale minaccia d'aborto sostenuta da altri fattori ben più potenti (Olga Codispoti Battacchi, 1980).

1.2 Reali controindicazioni al coito

È importante riportare che, dove non sussistano controindicazioni mediche, la sessualità in gravidanza è possibile, anzi, si può godere di una sana relazione accogliendo gli eventuali cambiamenti nelle attività erotiche. In questo senso, se è vero che da più studi è stata dimostrata una diminuzione della frequenza coitale, è pur vero che è stata rilevata una maggiore insorgenza di altre tipologie di comportamenti sessuali, tali da poter sostituire il coito; ad esempio, i rapporti orali e la masturbazione (Giagulli, 2011).

Tutte le pratiche sessuali sono possibili, a condizione che la gravidanza sia normale e che i partner si sentano a proprio agio con esse. Una donna incinta può masturbarsi proprio come fa il suo partner, oppure possono impegnarsi in una masturbazione reciproca. È necessario, però, prestare attenzione all'igiene perché la donna incinta può essere più suscettibile alle infezioni (Viola, 2000).

Gli studi effettuati hanno evidenziato che, tranne in casi particolari, come minacce d'aborto o gestosi, non esistono controindicazioni all'attività sessuale e al coito, almeno fino alla trentunesima settimana (Giagulli, 2011).

Nella loro ricerca Codispoti e De Aloysio concludono che nel I trimestre l'attività coitale non ha capacità abortigene rilevanti, se non nei casi di incontinenza cervico-segmentaria o di reale minaccia d'aborto sostenuta da altri fattori ben più potenti (Olga Codispoti Battacchi, 1980).

I rapporti sessuali penetrativi dovrebbero essere vietati solo in caso di complicazioni quali sanguinamento vaginale inspiegabile, placenta previa, dilatazione prematura della cervice, rottura prematura delle membrane o storia di parto prematuro o gestazioni multiple (Grussu Pietro, 2021).

Esiste una scarsità di informazioni riguardanti la gravidanza a rischio e il rapporto sessuale. Quando sono coinvolte condizioni più gravi come: rottura prematura delle membrane, travaglio prematuro, sanguinamento e placenta previa; in questi casi le indicazioni cambiano a seconda della gravità (ad esempio se siamo in presenza di una placenta previa parziale o completa). Inoltre, se sussistono altre condizioni come alcuni tipi di infezioni e problemi della placenta che portano a un ritardo della crescita intrauterina, allora alcune attività sessuali devono essere ridotte. (Viola, 2000).

Ad una donna che soffre di sanguinamento vaginale può essere detto di astenersi dai rapporti sessuali o dall'aver orgasmi, o entrambi; l'intimità e la sessualità, in caso di gravidanza a rischio, non rientrano più tra le priorità della coppia (Viola, 2000).

In alcuni studi si legge l'importanza per la coppia di non rinunciare alla propria sessualità, anche in casi in cui si ha la controindicazione alla penetrazione e all'orgasmo. Si può affinare l'arte del bacio e del contatto; rimane fondamentale l'indicazione di svolgere un colloquio con un professionista per discutere la sicurezza delle pratiche (Viola, 2000).

1.3 Modificazioni psicologiche e sessuali della donna in gravidanza

“Considerando la profondità dei cambiamenti durante questo periodo, l'incidenza di variazioni nel comportamento sessuale non sono affatto inaspettate” (Grussu Pietro, 2021).

La gravidanza è un evento centrale nell'assetto della personalità psicofisica della donna, paragonabile alla pubertà e alla menopausa; costituisce un periodo di crisi nella propria vita, intendendo la crisi non come qualcosa che denunci una patologia, ma nel suo vero significato etimologico di fase decisiva nel corso degli eventi vitali: una svolta che costringe a eliminare o sconvolgere le antiche soluzioni abituali, perché in tutte e tre queste tappe la donna si trova ad affrontare un notevole numero di compiti nuovi e nuovi adattamenti, spesso opposti a quelli delle tappe precedenti. La crisi è il punto di transizione tra la salute e la malattia, tra la normalità e la patologia, tra la maturazione e la fissazione regressiva. Un dato costante nella letteratura sulla psicologia della gravidanza è il riconoscimento che l'evento gravidico radicalizza nelle

donne una dissociazione più o meno latente tra la femminilità e la maternità, tra l'attività sessuale e la funzione materna. Il conflitto che ne consegue è spesso risolto, ma non necessariamente, rinunciando alle esigenze della sessualità a vantaggio di quelle della maternità. (Emilio Piccione, 2007).

Uno degli apporti della psicoanalisi all'ostetricia è aver dimostrato che la gravidanza e il parto smuovono la problematica libidica infantile della donna. Nonostante questo, esiste alle volte quasi un rifiuto sociale degli aspetti sessuali della maternità (Olga Codispoti Battacchi, 1980).

In un periodo di continui adattamenti a continui cambiamenti a livello biologico, emotivo e interpersonale, la gravidanza crea inevitabilmente nella donna un accresciuto bisogno di dipendenza, che la induce ad aspettarsi e a ricevere aiuto e supporto.

Secondo Naomi Wenner, quando una donna accetta il bisogno di dipendenza, definita come dipendenza matura, la gravidanza non è vissuta come crisi negativa. Quando invece è sopraffatta dai suoi bisogni, la gravidanza è una crisi che induce una regressione (Olga Codispoti Battacchi, 1980).

Secondo un'attuale ricerca, gli ormoni della gravidanza provocano in quasi tutte le femmine dei mammiferi in gravidanza un cambiamento del comportamento, in particolare si sono osservati cambiamenti nella struttura cerebrale che renderebbero le madri più vigili, più volte all'accudimento, sintonizzate ai bisogni dei piccoli, migliorando anche in loro la memoria spaziale e la capacità di apprendimento. L'organismo quindi si evolve verso la cura e il benessere della prole. Tale fenomeno è stato osservato soprattutto nei roditori, ma molti studiosi non escludono che anche le donne traggano benefici mentali dalla maternità (Emilio Piccione, 2007).

I cambiamenti che si succedono in gravidanza interessano anche la sfera sessuale. Le modifiche fisiologiche e psicologiche che si verificano influenzano anche la funzione e l'attività sessuale (Khalesi Zahra Bostani, 2018). I dati variano, ma in vari studi si registra un calo dell'attività sessuale, sebbene ogni donna e coppia siano diverse.

In alcune ricerche sono stati analizzati le possibili variabili che influenzano la sfera sessuale di una coppia durante la gravidanza. Si è evidenziato come costanti quali l'istruzione, l'età, la durata matrimonio, la residenza, l'occupazione, il numero di aborti, il numero di nascite, l'età e l'educazione del marito non abbiano influito sulla frequenza dei rapporti. Problematiche invece come la dispareunia hanno invece una influenza significativa rispetto alla qualità orgasmica e la frequenza coitale (Semra Oruc, 1999).

In altri testi è stata valutata la frequenza dei rapporti sessuali anche in rapporto alla classificazione della gravidanza, ovvero è stato notato nelle gravidanze giudicate come “a rischio” che circa un terzo delle gravide ha lamentato una diminuzione della frequenza dei rapporti sessuali e un quarto di loro ha affermato di non avere lo stesso desiderio sessuale come prima della diagnosi ostetrica. Tutto ciò influenza negativamente la qualità della vita, andando ad incidere sulla soddisfazione e sul desiderio sessuale che risultano diminuiti (Tugut Nilufer, 2017).

Dalla ricerca svolta nel 1980 da Codispoti e De Aloysio si evidenzia che esiste una relazione altamente significativa tra il riconoscimento da parte delle intervistate dell'influenza delle condizioni fisiche sulla sessualità in gravidanza e la variazione nei tre parametri di soddisfacimento, desiderio e frequenza sessuale.

Nel I trimestre la riduzione di tutti e tre i parametri scelti è associata alla paura di minaccia di aborto e alla presenza di disturbi neurovegetativi, mentre non risulta essere influenzato dall'aumento ponderale. In questo periodo i disturbi neurovegetativi, non realmente minacciosi per la gravidanza, risultano avere la stessa influenza del timore dell'aborto. In un altro studio svolto in Turchia le donne hanno riferito una diminuzione significativamente minore della qualità orgasmica nel primo trimestre rispetto agli altri due trimestri ($p= 0,003$) (Semra Oruc, 1999) (Olga Codispoti Battacchi, 1980).

Nel II trimestre si legge che la frequenza dei rapporti sembra essere collegata sia alla minaccia di aborto che all'aumento del peso. Gli esperti affermano che il secondo trimestre di gravidanza offre condizioni decisamente più favorevoli, rispetto al primo e al terzo, per la vita sessuale della coppia in attesa: la donna, infatti, comincia a sentirsi meglio, la gravidanza è stata elaborata e il parto è ancora lontano; i disturbi somatici, come le nausee, si sono attenuati e l'umore è stabile. In questo trimestre, anche gli uomini iniziano a vivere emozionalmente la condizione della partner e ad accettarla, non hanno molte preoccupazioni sulla gravidanza, sul parto e sulla salute del bambino, facendo sentire la loro vicinanza (Giagulli, 2011; Olga Codispoti Battacchi, 1980). In un altro studio condotto in Iran si rivela tramite il FSFI (*Female Sexual Function Index*) che desiderio, eccitazione e lubrificazione aumentano dal secondo al primo trimestre. Questo periodo di gestazione è considerato il più stabile emotivamente, perché la gravidanza è avviata e cala la paura della perdita del feto. La riaffermazione della femminilità attraverso il binomio donna/maternità associato ai cambiamenti vascolari del bacino gravido e alla cessazione della nausea permette un aumento della qualità dell'orgasmo così come del livello di erotismo. Questi fattori possono spiegare la presenza dei migliori indicatori della

funzione sessuale nel secondo trimestre (Khalesi Zahra Bostani, 2018). Bisogna inoltre ricordare che la riduzione dell'ansia gioca a favore dell'attività sessuale (Gałązka, 2017).

Nel III trimestre l'aumento ponderale si sostituisce ai disturbi neurovegetativi come influenza sull'attività sessuale; questo ultimo periodo è infatti caratterizzato da cambiamenti corporei significativi. Questi ultimi, secondo gli studi, giustificano la diminuzione della libido e dell'attività sessuale (Olga Codispoti Battacchi, 1980; Khalesi Zahra Bostani, 2018). Nel terzo trimestre, l'avvicinarsi del parto implica per entrambi i membri della coppia una serie di preoccupazioni sul termine della gravidanza e sulla salute del/della bambino/a; a ciò consegue che il desiderio sessuale e, di conseguenza, la frequenza dei rapporti, subiscono una notevole diminuzione (Giagulli, 2011). Inoltre, la stanchezza, l'ansia e la paura naturale provata per la vicinanza del travaglio tendono a rendere l'atto sessuale poco attraente per le donne incinte (Khalesi Zahra Bostani, 2018).

La frequenza e la soddisfazione sessuale nella quasi totalità degli studi risultano diminuite con la gravidanza e il suo progredire (Semra Oruc, 1999; Morán Bayón Á., 05/2022), esiste però anche un sottogruppo di donne che sperimenta un aumento del desiderio sessuale, in particolar modo nel secondo trimestre di gravidanza (Haugen, 2004).

Detto ciò, non bisogna dimenticare e mettere in secondo piano tutta la dimensione relazionale, che contribuisce allo sviluppo del quadro della sfera sessuale in gravidanza (L. CENA, 2011).

Riassumendo, il decorso della vita sessuale in gravidanza è correlato a diverse variabili:

- condizioni fisiche ritenute influenti dalla gestante sulla sessualità. L'interesse sessuale può essere influenzato dai cambiamenti nell'aspetto fisico che comportano il sentirsi meno desiderabili per l'aumento di peso. In diversi studi emerge che un numero maggiore di donne si sente meno attraente di quanto fosse prima della gravidanza rispetto alle donne che si sentono ancora attraenti;
- timore nei rapporti sessuali. Il problema sessuale più comune in gravidanza è la paura di danneggiare il feto durante l'attività sessuale, paura che emerge spesso precocemente nella donna e nell'uomo e che cala solo nel terzo trimestre;
- è importante evidenziare la presenza di un'associazione con il comportamento sessuale antecedente la gravidanza: se la coppia era già in precedenza turbata dalla presenza di problematiche sessuali queste vengono, il più delle volte espresse dalla gravidanza;
- le modalità di modificazione del comportamento sessuale del partner e l'approccio ad attività sessuali alternative alla penetrazione;

- problematiche ostetriche pregresse;
- numero di figli vivi e precedenti aborti spontanei;
- tabù, miti e false credenze sviluppate dagli influssi culturali e religiosi. Gli aspetti psicofisiologici della risposta sessuale in gravidanza subiscono dei condizionamenti derivanti da credenze popolari che da sempre circondano le donne incinte e che proibiscono una serie di attività;
- il grado di informazioni ricevute sulla sessualità in gravidanza. L'informazione è spesso scarsa e interpretata in modo distorto;
- alterazione del tono dell'umore. La presenza di umore presso o di una labilità emotiva hanno un effetto negativo sull'attività sessuale e anche sulla tenerezza. Generalmente con esperienza di psicoterapia tendono a essere favorevoli all'attività sessuali;
- il decorso stesso della gravidanza;

Dai risultati è anche interessante riportare che le donne incinte che hanno mostrato un aumento dell'attività sessuale si percepiscono più attraenti (Branicka-Woźniak Dorota, 2020-08-13). La consapevolezza di una propria mutata immagine corporea è molto incisiva, la percezione di una perdita di attrattiva e una minore autostima, che possono essere accentuate nel terzo trimestre di gravidanza, possono quindi portare ad una diminuzione dell'interesse e dell'attività sessuale. Quando il peso corporeo aumenta e l'utero comincia ad allargarsi, molte donne sperimentano cambiamenti nella postura, movimenti rallentati e diminuzione della coordinazione (Grussu Pietro, 2021; Sıdıka Özlem Cengizhan, 2023).

In contraddizione con quanto già citato da altri studi, può non insorgere un cambiamento significativo nel desiderio sessuale delle donne durante la gravidanza, tale dato può risiedere anche nel loro focus relazionale positivo. La gravidanza potrebbe anche comportare esperienze relazionali positive (ad esempio, uno sviluppo dell'amore per il proprio partner) che porterebbero a mitigare la tipica diminuzione del desiderio sessuale (Sagiv-Reiss Dafna M., 2012). Inoltre, nessuno menziona la possibilità che la sessualità possa migliorare in gravidanza. Molte coppie desidererebbero ricevere ulteriori informazioni circa i rapporti fisici. Le informazioni che vengono raccolte o indicate nei libri, nei corsi di preparazione al parto o da amici hanno un effetto positivo sull'interesse sessuale e sul godimento (Emilio Piccione, 2007).

In una revisione della letteratura viene analizzata la tendenza delle donne a enfatizzare i fattori interpersonali legati al rapporto sessuale, quindi anche l'intenzione dietro all'atto. Risulta che le donne incinte sarebbero più propense dei loro partner o delle donne non incinte a fare sesso e a promuovere l'intimità e la stabilità affettiva della coppia per ragioni legati alla relazione

(Sagiv-Reiss Dafna M., 2012). Altri dati suggeriscono che ci sia un'enfaticizzazione degli aspetti emotivi della relazione e la motivazione all'atto sessuale non derivi da un bisogno fisico e/o egoistico. Questi risultati implicano che il sesso di per sé potrebbe essere diventato meno importante rispetto a prima della gravidanza, mentre il mantenimento della relazione di coppia potrebbe avere più significato nella vita di una donna incinta (Sagiv-Reiss Dafna M., 2012).

In uno studio le conclusioni suggeriscono che le donne incinte riferiscono livelli più elevati di impegno nella coppia e di amore per il proprio partner rispetto alle donne non incinte (Sagiv-Reiss Dafna M., 2012)

Ricercando in letteratura, si può affermare che sono presenti pochi studi che valutino la soggettività dell'attività sessuale in gravidanza, i quali per la maggior parte trattano dei comportamenti sessuali (Sagiv-Reiss Dafna M., 2012; von Sydow, 1999).

1.3.2 Ansie, preoccupazioni, luoghi comuni circa l'attività sessuale in gravidanza

La gravidanza è composta anche da ansie, preoccupazioni, luoghi comuni, soprattutto circa l'attività sessuale "permessa". Non è mai chiaro alle coppie cosa possono o non possono fare, il tutto è condito spesso da dicerie e consigli di amici e parenti che si tramandano, spesso non trovando però una veridicità scientifica che le sostenga.

In molti studi si riporta che i comportamenti e gli atteggiamenti sessuali degli individui durante la gravidanza sono influenzati dalla tradizione, dai valori culturali, dalla società, dalla gravidanza voluta o indesiderata, dal tipo di relazione con il coniuge, dalle credenze religiose e dalle condizioni mediche (Fathalian Manizheh, 2022)

I miti sessuali che influenzano la vita sessuale durante la gravidanza sono credenze originate da informazioni false, incomplete e distorte prive di fondamento scientifico. Inoltre, in letteratura si afferma che la percezione della sessualità delle coppie, come norme culturali, idea di genitorialità, mancanza di conoscenza, credenze e pensieri negativi sulla vita sessuale, ha effetti negativi sulla sessualità durante la gravidanza. La mancanza di educazione e conoscenza sessuale, il fatto che i temi legati alla sessualità non possano essere affrontati apertamente in famiglia o nella società sono tra i fattori che aprono la strada ai miti sessuali. Questi miti influenzano le relazioni della coppia, tenendoli lontani dalla vita sessuale. Diverse convinzioni sociali, culturali e religiose possono influenzare la sessualità delle coppie durante la gravidanza. La sfera sessuale non può essere discussa in modo aperto e completo, soprattutto nelle società

orientali con norme conservatrici e tradizionali. Anche tra gli operatori sanitari coinvolti all'assistenza è presente un evitamento di tali argomenti e ne deriva una consulenza mancante o non adeguata (Kaya Hüsniye Dinç, 2022).

La prassi clinica, purtroppo, segnala, che l'evento gravidanza è spesso caratterizzato dalla diminuzione dei rapporti sessuali anche sulla base di aspetti che impongono tabù e condanne all'attività sessuale. La coppia che si trova ad affrontare una gravidanza, man mano che trascorrono i mesi di gestazione può rilevare eventuali dinamiche disfunzionali, che riguardano condizionamenti o false credenze socio-culturali. Nel 1988 Cafaro, in un'indagine su educazione e comportamento sessuale nei giovani in Italia, evidenzia quei luoghi più comuni, quei pregiudizi da dover sfatare proprio per evitare la eventuale "crisi" nella coppia. Le false credenze più frequenti e rilevanti sembrano essere:

- le donne gravide perdono interesse al sesso;
- gli uomini non dimostrano interesse sessuale per le donne incinte;
- le donne gravide non riescono ad avere orgasmi;
- il rapporto sessuale praticato nei primi mesi di gravidanza può essere pericoloso, abortivo;
- fare sesso durante la gravidanza indurrà il/la nascituro/a, una volta nato/a, ad avere un maggiore desiderio sessuale;
- un'attività sessuale troppo frequente lascerà un segno fisico sul/sulla bambino/a;
- lo sperma potrà arrivare fino al/alla bambino/a che lo userà come nutrimento;
- i/le bambini/e nel ventre materno possono sentire ciò che avviene durante il rapporto sessuale;
- il peso dell'uomo e le sue spinte possono danneggiare il/la bambino/a.

(Giagulli, 2011)

Ci sono anche miti sessuali legati al feto, come quello secondo cui lui/lei sarebbe in grado di sentire il rapporto sessuale e/o percepisse disagio, e se si tratta di un maschietto, questo comporterà ad un forte interessamento alla vita sessuale in futuro (Navidian A, 2016).

Le narrazioni sessuali sono influenzate anche da fattori ostetrici, come ad esempio e le settimane di gestazione. In letteratura si afferma che la frequenza dei rapporti sessuali diminuisce significativamente soprattutto nelle donne alla prima gravidanza rispetto alle donne in pre-gravidanza e multipare. Uno dei motivi di questa diminuzione è che le primi gravide

hanno una maggiore paura di danneggiare il feto durante la gravidanza. (Kaya Hüsnüye Dinç, 2022)

Una diminuzione dell'attività sessuale è stata notata anche da Sossah, il quale ha affermato che la ragione più comune per ridurre la frequenza dei rapporti durante la gravidanza risiede nella convinzione che ciò possa portare ad un aborto spontaneo (Sossah, 2014).

Le ragioni dichiarate per l'evitamento sono state soprattutto “può danneggiare il bambino (49,1%)”, “può causare un aborto (25,3%)”, “il mio desiderio sessuale è diminuito (22,6%) e “ho difficoltà fisiche (22,1%)” (Semra Oruc, 1999).

Nella revisione sistematica condotta da Ribeiro et al. (2017) con l'analisi di 13 studi, si riporta che le convinzioni negative rispetto ai rapporti sessuali durante la gravidanza e l'idea che questi potrebbero danneggiare il feto sono molto comuni. Dai risultati consegue che l'ipotesi che un rapporto sessuale potesse in qualche modo danneggiare il feto era la preoccupazione maggiore per le donne in attesa (Eryiolmaz G, 2004). Sono molti gli studi che confermano questo timore; si pensa infatti che anche in una gravidanza fisiologica esistano dei rischi nell'atto sessuale e da ciò consegue spesso un evitamento dei rapporti stessi (Sıdıka Özlem Cengizhan, 2023).

Le difficoltà sessuali in gravidanza possono essere causate, oltre che dai fattori finora esaminati, anche da fattori fisici, medici e ostetrici propri della gravidanza che hanno il potere di ostacolare o ridurre l'attività sessuale. Come già citato precedentemente, sono poche le controindicazioni effettive all'evitamento dei rapporti sessuali, in cui si intende principalmente l'astensione alla penetrazione e in alcuni casi all'orgasmo femminile. Ciò nonostante, permangono sia negli operatori che nelle coppie in attesa delle paure, alle volte infondate, e uno scoraggiamento dato dalla consapevolezza di alcune condizioni cliniche presenti all'interno della gravidanza. Per esempio, l'associazione tra attività sessuale in gravidanza e rischio di parto prematuro, ancorché osservata nella comune pratica clinica, non ha trovato sostanziali riscontri nella letteratura disponibile, essendo il parto prematuro associato soltanto a un aumento delle contrazioni uterine dopo l'orgasmo nel 27% delle gestanti, senza ulteriori conseguenze. Ad ogni modo, l'anamnesi personale positiva per un pregresso parto pretermine costituisce una tra le indicazioni all'astensione dai rapporti sessuali in gravidanza. In realtà, studi condotti sull'attività sessuale materna in gravidanza riguardo alla sicurezza per il feto hanno rivelato che, il proseguimento dell'attività sessuale in gravidanza non comporta un aumento del rischio fetale. (Emilio Piccione, 2007).

Il quadro clinico quindi della donna ha una sua influenza e, a seguire, anche la preparazione degli operatori in merito e le preoccupazioni che vengono socialmente trasmesse. Da alcuni studi infatti, si è concluso che quando una gravidanza viene considerata “a rischio”, la vita sessuale viene inevitabilmente posticipata e quindi qualsiasi attività sessuale spesso viene evitata.

In uno studio condotto in Turchia si sono contate il 24,5% delle donne che ha riferito di aver evitato sempre i rapporti sessuali durante la gravidanza, il 49,1% ha dichiarato di averli evitati qualche volta e il 26,4% ha dichiarato di non aver mai avuto un comportamento di evitamento (Semra Oruc, 1999).

Sono state riscontrate inoltre associazioni significative con aspetti della personalità materna e delle relazioni infantili, conflitti coniugali, depressione materna, precedenti aborti spontanei, difficoltà di concepimento e timore di danneggiare il feto. Tuttavia, non si è riuscito a trovare alcuna relazione tra la frequenza dei coiti e variabili di contesto come l'età, la durata del matrimonio, il numero di nascite, il numero di aborti, la residenza, l'occupazione e la preoccupazione per il feto (Semra Oruc, 1999).

La religione e lo status culturale delle donne nella popolazione di studio modificano i risultati, gli studi condotti in paesi orientali mostrano risultati diversi rispetto quelli di altri studi e questo potrebbe essere la spiegazione di questa discrepanza (Semra Oruc, 1999). Sebbene gli attuali sviluppi della medicina abbiano ridotto le false credenze/miti sulla gravidanza e il parto, si osserva che questi vengono mantenuti, soprattutto nelle società orientali. Questa situazione influisce negativamente sulla salute sessuale e, quindi, sulla salute generale delle donne incinte e della relazione di coppia (Kaya Hüsniye Dinç, 2022)

Si rileva un'assenza di studi recenti occidentali in merito, questo rende difficile l'analisi su come tradizione, usi e costumi e credenze religiose influenzino questo aspetto della vita sessuale in una popolazione più simile a quella italiana.

1.3 Ruolo del partner

Una ricerca condotta nel 1980 da Codispoti e De Aloysio ha confermato che una sana vita sessuale in gravidanza dipende anche dal precedente investimento libidico del rapporto con il partner; inoltre nella psicologia femminile, generalmente animata dalla polarizzazione tra il bisogno di sessualità e il nuovo senso di maternità, si tende proprio a reprimere il primo in favore del secondo, attraverso spesso l'attivazione di ansie persecutorie, a cui la donna tende a

reagire in maniera spesso depressiva, con la rimozione del desiderio e/o la rinuncia ai rapporti e/o l'inibizione della soddisfazione (Olga Codispoti Battacchi, 1980).

Gli innumerevoli cambiamenti corporei che la gravidanza comporta celano spesso il timore da parte delle donne di non essere più attraenti e, creano poi di conseguenza nell'uomo la difficoltà a rapportarsi non più ad un'amante bensì alla madre del/della proprio/a figlio/a (Giagulli, 2011).

L'attesa e la nascita di un/una bambino/a comportano la ristrutturazione e la verifica del rapporto preesistente della coppia, che si appresta a ricevere un/una nuovo/a membro/a. In questo processo il ruolo del partner assume un significato particolare, avendo un rapporto e un effetto determinante sul benessere della gestante.

Y. Ginath mette in evidenza le difficoltà psicologiche che insorgono nel partner di fronte alla gravidanza: invidia nelle capacità di procreare, rivalità prima verso il feto, tendenza alla regressione; l'impatto con le aumentate esigenze di dipendenza della donna gravida possono pertanto riattivare in lui conflitti infantili irrisolti e produrre altre serie difficoltà psichiche: *“Il partner ha come compiti da affrontare: l'aspetto sempre in evoluzione della compagna e le eventuali privazioni sessuali e i conflitti di invidia che possono insorgere verso la capacità procreativa della donna”* (Olga Codispoti Battacchi, 1980).

Il ruolo del partner è perciò fondamentale nella ristrutturazione del nucleo familiare e nella sua positiva evoluzione verso una situazione triadica, tanto più che una costante attenzione ai problemi della famiglia dovrebbe permanere anche in seguito. L'interazione con la moglie e il contributo concreto all'educazione dei figli e figlie è anche un suo diritto, il diritto alla paternità, con la stessa partecipazione e la stessa dedizione emotiva che gli dedica la donna: *“Vi è un'esigenza spesso soffocata nell'uomo a causa di istanze psicologiche ma anche culturali, di affiancare alle attività specificamente “maschili” del fare anche quelle culturalmente associate al femminile”* (Olga Codispoti Battacchi, 1980).

La gravidanza sembra introdurre una frattura nell'adattamento sessuale in almeno tre modi: con la presenza di un terzo elemento (quindi la paura di danneggiarlo/a), con il privilegiare delle esigenze del partner, con il privilegiare delle esigenze della donna. Un riadattamento può essere positivo se volto all'inventiva, alle alternative, alla comunicazione, non alla repressione o evitamento.

Leggendo gli studi si trova inoltre che, nel partner il I trimestre prosegue con una diminuzione della soddisfazione, desiderio e frequenza sessuale; in coerenza con il periodo gestazionale sorge il timore di danneggiare il feto. Nel II trimestre persiste il timore di danneggiare il feto,

che eguaglia o supera i motivi connessi allo stato fisico della donna, tali preoccupazioni coinvolgono anche il partner oltre che la gestante (Olga Codispoti Battacchi, 1980).

I livelli di desiderio sessuale dei partner maschili durante la gravidanza sono tipicamente più alti dei livelli di desiderio sessuale delle partner femminili, tanto che gli uomini di solito non riferiscono quasi alcun cambiamento nell'interesse sessuale fino al completamento del secondo trimestre, quando diventa evidente un forte calo dell'interesse sessuale (Sagiv-Reiss Dafna M., 2012). Questo calo del desiderio sessuale maschile, oltre a quanto già citato in precedenza, può essere spiegato anche dalla percezione della donna incinta come non sessuale o dall'insoddisfazione del corpo della donna durante la gravidanza (von Sydow, 1999). Allo stesso tempo, ci sono uomini che vengono stimolati dal corpo delle loro partner incinte e mostrano un aumento del desiderio sessuale. Questi uomini spesso riferiscono un crescente desiderio di vicinanza emotiva, intimità e sentimenti gioiosi comuni derivanti dalla gravidanza (Bittman S., 1983).

Alcuni studi hanno evidenziato che anche i partner di donne incinte riferiscono una diminuzione della soddisfazione sessuale con il progredire della gravidanza; pertanto, si può concludere che anche gli uomini possono essere influenzati dai cambiamenti fisici, comportamentali e psicologici vissuti dalle loro partner (Sagiv-Reiss Dafna M., 2012).

Raccogliendo informazioni sulla soggettività del partner durante la gravidanza, si può notare la scarsità di testi presenti, di cui la maggior parte comunque ha come focus la donna. Questa prospettiva unilaterale costituisce un motivo in più per intraprendere future ricerche sulla sessualità maschile durante il periodo perinatale, esaminando, ad esempio, se gli uomini manifestano dubbi riguardo al proprio impegno nell'attività sessuale. A maggior ragione, non è da escludere un eventuale disinteresse del partner maschile nei confronti della sessualità, né una incapacità di comprendere ciò che il partner sta vivendo in quel momento (Grussu Pietro, 2021).

1.5 Modificazioni psicologiche della coppia durante la gravidanza

La continuazione dell'interazione sessuale da parte delle coppie durante la gravidanza influisce positivamente sulla salute e sul benessere sessuale (Johnson2011).

La coppia è una struttura antropologica basilare che assolve a svariate funzioni biologiche, quali la sessualità e la riproduzione, e sociali quale la crescita psichica dei suoi membri e il loro reciproco adattamento in un sistema più vasto. In gravidanza però, subisce una crisi fisiologica che, se da una parte offre potenzialità di crescita e di sviluppo, dall'altra può favorire aree di

incomprensione e di rottura. Il diventare genitori comporta l'elaborazione, all'interno della coppia, di una serie di cambiamenti, di perdite, di ristrutturazioni sia della realtà esterna sia del proprio mondo interno. I membri dell'unione devono far posto al/alla bambino/a nel sistema familiare, preparandogli/le uno spazio fisico ed emotivo in un processo che implica una profonda ristrutturazione della relazione coniugale. Il tempo della gravidanza è un periodo necessario per costruire quell'area affettiva che accoglierà il/la bambino/a; spazio per il/la piccola/o e per la coppia, che in una relazione funzionale, si alimentano a vicenda e sono strettamente collegati e interdipendenti. (Emilio Piccione, 2007).

Quali sono davvero i desideri della coppia? Numerose sono le coppie che arrivano in terapia lamentando un improvviso calo dei rapporti sessuali concomitante all'inizio della gravidanza. L'attesa di un/una figlio/a implica una ristrutturazione dei ruoli all'interno della coppia, determinando una modificazione sostanziale degli equilibri relazionali. La donna si sintonizza con il feto che si sviluppa dentro di lei, diventandone sempre più consapevole e preoccupata, e l'uomo, tende a vivere l'esistenza del feto come una realtà minacciosa. Sebbene in questo periodo la relazione affettiva è conservata, tendendo in alcuni casi anche ad intensificarsi, la sessualità diventa sovente una difficoltà insormontabile. È quindi importante definire quali vissuti favoriscono la coppia, nel mantenere uno scambio sessuale anche durante il periodo gestazionale. Se consideriamo la gravidanza un momento fisiologico della vita della donna e della coppia, qualsiasi attività precedentemente vissuta dai partner dovrebbe continuare, con le opportune e comprensibili limitazioni, anche durante il periodo della gestazione. Se le donne durante la gravidanza sottolineano difficoltà a vivere il cambiamento e la trasformazione corporea pur essendo le dirette interessate a tale evoluzione, gli uomini, dall'altra parte, possono risentire maggiormente ed accusare disfunzionalità di natura comportamentale. L'uomo, infatti, continua ad avvertire stimoli sessuali, che lo spingono, talvolta, verso un'avventura extraconiugale. È per queste ragioni che l'attività erotica in gravidanza viene quasi sempre attuata, anche se per la donna essa esprime, generalmente, soltanto un inconscio tentativo di mantenere legato a sé il compagno. (Giagulli, 2011)

Gli studi dimostrano che spesso gli uomini sperimentano il loro primo sesso extraconiugale durante la gravidanza delle loro mogli, il che potrebbe essere dovuto al fatto che i loro bisogni sessuali ed emotivi non vengono soddisfatti. Ciò provoca conflitti nei rapporti di coppia, e proprio quando hanno più che mai bisogno di stare vicini, diventano freddi e litigiosi (Fathalian Manizheh, 2022).

Si può quindi dire che, generalmente, durante la gravidanza si assiste alla drastica riduzione della sessualità della coppia, come se la nuova condizione suscitasse in entrambi i partner disagio e imbarazzo a livello sia fisico che psicologico, e, benché molte coppie compensano questa mancanza intensificando lo scambio affettivo reciproco non vanno assolutamente escluse le possibilità di vivere parallelamente uno scambio sessuale sano. All'interno di un atteggiamento intimo e affettuoso dell'uomo e della donna in gravidanza è necessaria un'identificazione del partner con la donna incinta e il desiderio di quest'ultima di condividere la gravidanza con il proprio compagno. Questo potrebbe favorire l'unione e allo stesso tempo una modalità nuova di esprimersi nella sfera sessuale. (Giagulli, 2011)

Una vita sessuale soddisfacente mantiene e/o migliora la relazione e influisce positivamente sull'autostima e sul benessere di una donna incinta. Dovrebbe, tuttavia, derivare da una scelta consapevole e non forzata, e non dal desiderio di soddisfare le esigenze del partner (Branecka-Woźniak Dorota, 2020-08-13). L'intimità nei rapporti sessuali infatti è direttamente correlata alla soddisfazione e alla qualità della vita matrimoniale o convivenza, portando a una maggiore salute fisica e mentale tra le coppie (Fathalian Manizheh, 2022).

In una revisione della letteratura si leggono risultati discordanti dagli altri studi proposti, rilevando che, per entrambi i membri delle coppie conviventi, le esperienze sessuali e relazionali nel terzo trimestre di gravidanza non differivano significativamente dalle loro esperienze nel secondo trimestre. Tuttavia, i partner maschili e femminili interpretavano e sperimentavano l'attività sessuale in modo diverso. Nello specifico, le donne incinte hanno riportato livelli di desiderio sessuale inferiori rispetto ai loro partner. Inoltre, le donne incinte erano più motivate sessualmente da preoccupazioni relazionali (ad esempio, insicurezza relazionale) rispetto ai loro partner, e si sentivano più amate dai loro partner durante il sesso rispetto a quanto riferito dai loro partner. Di conseguenza, gli uomini hanno riferito livelli più elevati di attenzione sulle dichiarazioni delle loro partner durante l'attività sessuale rispetto alle loro partner (Sagiv-Reiss Dafna M., 2012).

Man mano che il mantenimento della relazione di coppia diventa più significativo nella vita di una donna incinta, il sesso sembra essere subordinato a questo obiettivo relazionale. In quanto tale, il sesso potrebbe diventare meno importante e meno piacevole durante la gravidanza rispetto a prima di questa. Investigando le interazioni della coppia, abbiamo scoperto che il mantenimento della relazione di coppia potrebbe essere diventato più significativo nella vita di una donna incinta rispetto a prima della gravidanza (Sagiv-Reiss Dafna M., 2012).

Le coppie con gravidanza a rischio, in cui la sessualità non è la priorità, hanno ancora più bisogno di forme di vicinanza fisica per riconnettersi, rassicurarsi e abbassare i livelli di stress. La situazione si complica quando viene imposto il riposo a letto completo e tutte le attività sono limitate e quindi ne va di quasi la totalità della vita sessuale (Viola, 2000).

Sorprendentemente, la maggior parte degli studi che esaminano i cambiamenti nelle donne e nelle esperienze sessuali dei loro partner durante la gravidanza hanno ignorato l'ampio contesto delle relazioni di coppia.

I pochi studi che hanno esaminato l'impatto della gravidanza sulla qualità delle relazioni di coppia si sono concentrati sull'adattamento delle relazioni dopo la nascita o sulla gravidanza come entità uniforme, ignorando la divisione accettata della gravidanza in trimestri e i diversi cambiamenti che possono verificarsi durante questi periodi di tempo (Sagiv-Reiss Dafna M., 2012).

Capitolo 2 – LA CONSULENZA SESSUALE

Di fronte al dinamismo sesso-emotivo che l'evento gravidico comporta, la gestante ha innanzitutto la necessità di ricevere chiarimenti, di essere informata e rassicurata. Purtroppo, nell'attuale realtà socio-sanitaria, ciò non avviene nel modo dovuto. Molti studi mostrano come solo una piccola percentuale di ginecologi/he affrontino spontaneamente queste tematiche e come le mamme e le coppie ignorino o non pongano quesiti e preoccupazioni riguardo alla sfera sessuale in gravidanza. Questi comportamenti hanno come causa il tabù riguardante la sessualità, con radici profonde nella società contemporanea: è stata attribuita al sesso una funzione strumentale riproduttiva, sino a determinare intorno ad esso un'atmosfera di pudore, a volte di colpa. Il rapporto di informazione sulla sessualità in gravidanza appare privilegiato nelle gestanti con sufficiente livello di informazione sulla fisiologia ostetrica, con molti accessi alle visite, con fattori di rischio e con intensa percezione emotiva del feto (Olga Codispoti Battacchi, 1980). In un altro studio si rileva come il numero di donne incinte che ricevono questo tipo d'informazioni dagli/dalle operatori/trici sanitari sia inferiore rispetto al numero di donne incinte che non hanno ricevuto informazioni dai/dalle professionisti/e (Foux, 2008). Fra le fonti d'informazione, la più utilizzata rimane la lettura, che esclude però a priori un dialogo. Un contributo notevole al miglioramento di questo aspetto dell'assistenza preparto può derivare dall'utilizzo dell'MBI (*Mindfulness Based Intervention*) ovvero dalle pratiche di meditazione consapevole. Gli MBI sono usati per trattare molte condizioni di salute mentale come depressione, ansia e dolore cronico. La meditazione consapevole è diventata anche un trattamento promettente per molti tipi di problemi sessuali. Gli studi hanno dimostrato che la meditazione consapevole può supportare la terapia sessuale e la consapevolezza delle sensazioni fisiche ed emotive e, di conseguenza, può avere un effetto positivo sulle funzioni sessuali (Sıdıka Özlem Cengizhan, 2023).

Quindi emerge dalla letteratura un bisogno evidente di assistenza perinatale completa, che coinvolga anche professionisti formati sulla consulenza sessuale, soprattutto su questioni relative ai rapporti sessuali durante la gravidanza, alle modalità per ridurre al minimo gli effetti negativi dei disturbi della gravidanza, all'accettazione del cambiamento fisico della donna e al sostegno reciproco dei partner (Branicka-Woźniak Dorota, 2020-08-13). L'educazione sessuale durante la gravidanza, infatti, aiuta a sviluppare il giusto approccio ai cambiamenti nella vita sessuale e aumenta significativamente la soddisfazione delle donne incinte (Branicka-Woźniak Dorota, 2020-08-13). Pasini (1975), nelle sue ricerche, ha messo in evidenza la necessità di

educare la coppia durante la gravidanza a vivere serenamente la propria sessualità, a conservare, salvo precise controindicazioni, la frequenza sessuale media prima della gravidanza e a dominare le paure reali o immaginarie di danneggiare il feto, informandosi presso un professionista su eventuali problemi sessuali (Olga Codispoti Battacchi, 1980). Secondo uno studio, l'educazione sessuale individuale eseguita faccia a faccia è efficace sul benessere sessuale delle coppie durante la gravidanza. La funzione sessuale e la soddisfazione sessuale delle coppie hanno rivelato cambiamenti maggiori e positivi nei due gruppi di intervento rispetto al gruppo di controllo (Masumeh Heidari, 2018), questi risultati sono supportati da ricerche precedenti. Educare le coppie ad aumentare la loro conoscenza sui normali cambiamenti anatomici e fisiologici diminuirà le loro paure e migliorerà la loro attività sessuale durante la gravidanza. Molti studi hanno inoltre sottolineato che l'educazione sessuale durante la gestazione, può ridurre la condizione di disagio della coppia, in modo che possano continuare le relazioni intime e l'attività sessuale (Masumeh Heidari, 2018). Altri risultati hanno mostrato che nelle donne incinte che hanno partecipato con i loro partner a lezioni di educazione sessuale, con l'aggiunta di opuscoli educativi, riportano un aumento di funzione e soddisfazione sessuale rispetto alle donne che hanno partecipato a lezioni di educazione sessuale da sole ma hanno studiato l'opuscolo con i loro partner (Masumeh Heidari, 2018).

Bisogna però sempre valutare anche la classificazione di rischio ostetrico che una gravidanza acquisisce. Secondo uno studio condotto ad Istanbul su donne con decorso della gravidanza ad alto rischio, emergono dati relativi alle domande che queste donne hanno rivolto agli operatori sanitari sulla sessualità in gravidanza. Di queste, il 53,6% di un campione 112 donne non ha rivolto tali domande agli operatori sanitari, adducendo i seguenti motivi: imbarazzo o disagio nel parlare di sesso (23,1%), paura di essere fraintesi dal personale sanitario (11,5%), considerazione della sessualità come questione privata (9,6%), ignorare la sessualità (5,9%), atteggiamenti negativi manifestati dal personale sanitario (3,8%) e non sapere a chi chiedere (3,8%) (Tugut Nilufer, 2017). Dallo studio è inoltre emerso che, le donne con questo tipo di percorso abbiano un grande desiderio di essere informate sulla questione sessualità e gravidanza, soprattutto riguardo tematiche che vertono sul calo del desiderio e impatto che la gestazione ha sulla sessualità. Il campione si è diviso tra l'ottenere informazione dagli infermieri o essere informate dai medici (Tugut Nilufer, 2017). Anche secondo un'altra ricerca, l'impedimento di gravide ad alto rischio era dato dall'imbarazzo o il disagio nel parlare di sesso, la paura di essere fraintesi dal personale sanitario e il considerare la sessualità come una

questione privata, quindi sotto l'influenza dei giudizi e dei valori della società, in cui la sessualità rappresenta ancora un tabù (Tugut Nilufer, 2017).

“La disfunzione sessuale viene trattata con successo con vari metodi come la terapia sessuale, l'educazione psicologica, la terapia di coppia e la terapia cognitivo-comportamentale” (Fathalian Manizheh, 2022), questi trattamenti acquistano valore non solo per il normale decorso fisiologico, ma anche e soprattutto nei casi in cui siano presenti patologie.

Molti studi suggeriscono e augurano come conclusione, una formazione alla consulenza sessuale per ginecolog* e ostetriche*. Propongono anche un lavoro d'equipe tra sessuologo e ostetrica (Masumeh Heidari, 2018). De Pierrepont sottolinea che i *team* sanitari interdisciplinari sono modelli futuri di assistenza sanitaria, egli ritiene che gli interventi sesso-perinatali dovrebbero far parte dell'assistenza sanitaria perinatale olistica al fine di aiutare le coppie a mantenere una relazione intima e una vita sessuale sana e positiva (de Pierrepont C., 2014).

Dagli studi si evince che molti operatori sanitari potrebbero non disporre delle informazioni corrette o complete. La sessualità in gravidanza è un argomento appropriato per l'educazione alla salute perinatale e può essere offerto come parte dei corsi di educazione al parto o in una sessione individuale (Viola, 2000). Risulta quindi necessario che, tra gli operatori e operatrici dediti all'assistenza alla donna in gravidanza, ci sia una formazione completa anche per quanto riguarda i cambiamenti della sessualità in gravidanza, intraprendendo eventualmente un *counselling* con la gravida o con la coppia, che assicuri una comunicazione efficace di queste tematiche.

2.2 Il ruolo dell'ostetrica e la consulenza sessuale

Nonostante sia stata documentata la necessità di affrontare le questioni sessuali con le gravide nell'assistenza sanitaria, solo una minoranza di medici, ostetriche e infermieri hanno una formazione professionale in sessuologia (Gott M, 2004).

“La maggior parte degli studi riguardanti la comunicazione in materia sessuale sono stati condotti in ambito infermieristico, non ostetrico” (Percat Ariella, 2017). Non vi sono molte fonti e informazioni riguardo alla consulenza sessuale, in particolare quella svolta dalle ostetriche. Le ostetriche, grazie al loro stretto rapporto con le donne, sono in una posizione preferenziale per promuovere e fornire loro consigli sulla salute sessuale. Molte donne riferiscono di avere problemi sessuali e gli studi hanno dimostrato che le difficoltà in ambito sessuale sono comuni anche dopo il parto (Percat Ariella, 2017). Da qui l'importanza di intercettare ed identificare il

disagio nelle donne durante la gravidanza al fine di ridurre i problemi sessuali e relazionali che si potrebbero presentare dopo il parto (Percat Ariella, 2017).

“Le ostetriche e i medici hanno la responsabilità principale di avviare questo dialogo” (Wendt EK, 2011).

Nonostante emerga dagli studi l'interesse e la consapevolezza del peso che possiede la sessualità nelle donne assistite, per le ostetriche e gli altri operatori è comunque più semplice evitare la costruzione di un confronto che affronti questa tematica (Percat Ariella, 2017). I motivi per non prendere parte attiva alla consulenza sessuale risultano essere: l'imbarazzo, la mancanza di conoscenze o competenze, la mancanza di incoraggiamento da parte del livello manageriale e/o la mancanza di strumenti di consulenza (Percat Ariella, 2017). Inoltre, l'incertezza aumenta ancora di più quando la coppia si discosta dalla eteronormatività o si incontra un *background* culturale molto diverso dal proprio. Altre ricerche riguardanti conversazioni su questioni relative alla sessualità nei contesti sanitari hanno mostrato, infatti, difficoltà tra gli operatori sanitari nell'affrontare questa tematica con i pazienti, disagi che aumentano quando i pazienti differiscono dalla norma culturale e/o eterosessuale (Burrows, 2011).

Dalla letteratura emerge che il personale ostetrico è consapevole dell'importanza delle questioni legate alla sessualità, ma è consapevole anche di non avere abbastanza competenze in merito. La consulenza dovrebbe rientrare tra le competenze ostetriche, essendo una sfera che appartiene alla salute della donna nella sua interezza (Percat Ariella, 2017).

Purtroppo, in letteratura vi è una scarsità di ricerche e studi che documentino e associno la figura dell'ostetrica e la necessità di un *counselling* sui cambiamenti della sessualità in gravidanza. Quando si trovano documenti sulla consulenza sessuale in gravidanza i riferimenti all'ostetrica risultano assenti.

Capitolo 3 - REVISIONE DELLA LETTERATURA

Al fine di identificare studi pertinenti al tema trattato, è stata consultata la principale banca dati biomedica Pubmed, utilizzando il metodo di ricerca tramite parole chiave, in combinazione con operatori booleani (AND, OR, NOT) e filtri. È stato impiegato anche il sistema bibliotecario di ateneo AlmaRE e Scopus per aver accesso al testo completo degli articoli, quando non disponibile su Pubmed.

3.1 Tabella di ricerca bibliografica

| Banca dati | Parole chiave | N. articoli totali | Articoli selezionati |
|------------|--|--------------------|---|
| Pubmed | ("Sexual Behavior"[Mesh]) AND ("Pregnancy"[Mesh]) | 4267 | |
| Pubmed | ("Pregnant Women"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh]) | 88 | <p>1: Soares PRAL, Calou CGP, Ribeiro SG, Aquino PS, Almeida PC, Pinheiro AKB.</p> <p>Sexuality and associated risk factors in pregnant women. Rev Bras Enferm. 2020;73 Suppl 4:e20180786. Portuguese, English. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0786. Epub 2020 Jul 31. PMID: 32756746.</p> <p>2: Branecka-Woźniak D, Wójcik A, Błażejewska-Jaškowiak J, Kurzawa R. Sexual and Life Satisfaction of Pregnant Women. Int J Environ Res Public Health. 2020 Aug 13;17(16):5894. doi: 10.3390/ijerph17165894. PMID: 32823797; PMCID: PMC7459482.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>3: Cengizhan SÖ, Uçar T. The Effect of Mindfulness-Based Sexual Counseling on Sexual Distress, Attitude Toward Sexuality, and Body Image Concerns in Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. <i>J Midwifery Womens Health</i>. 2023 Sep-Oct;68(5):611-618. doi: 10.1111/jmwh.13518. Epub 2023 Jun 9. PMID: 37294101.</p> <p>4: Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women. <i>Urol J</i>. 2015 Nov 14;12(5):2339-44. PMID: 26571317.</p> <p>5: Salcan E, Gokyildiz Surucu S. Development and Psychometric Evaluation of the Attitudes and Beliefs Scale about Sexuality during Pregnancy. <i>J Sex Marital Ther</i>. 2020;46(5):435-446. doi: 10.1080/0092623X.2020.1749741. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32297549.</p> <p>6: Kaya HD, Yılmaz T, Günaydın S, Çalıklı EN, Sadeghi E. Sexual myths during pregnancy: a comparative study. <i>J Obstet Gynaecol</i>. 2022 May;42(4):587-593. doi:</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>10.1080/01443615.2021.1931826. Epub 2021 Aug 12. PMID: 34382486.</p> <p>7: Jawed-Wessel S, Herbenick D, Schick V, Fortenberry JD, Cattelona G, Reece M. Development and Validation of the Maternal and Partner Sex During Pregnancy Scales. J Sex Marital Ther. 2016 Nov 16;42(8):681-701. doi: 10.1080/0092623X.2015.1113587. Epub 2015 Dec 18. PMID: 26684371.</p> <p>8: Sagiv-Reiss DM, Birnbaum GE, Safir MP. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. Arch Sex Behav. 2012 Oct;41(5):1241-51. doi: 10.1007/s10508-011-9839-9. Epub 2011 Sep 14. PMID: 21915742.</p> <p>9: Morán Bayón Á, López Sosa C, Hernández Correa C, Trigo González A, Alonso Sardón M. ¿Ha variado la sexualidad en el embarazo? Generación baby boom versus generación millennial [Has sexuality changed in pregnancy? Baby boom generation versus millennial generation]. Semergen. 2022 May-Jun;48(4):245-251. Spanish. doi: 10.1016/j.semerg.2022.01.008. Epub 2022 May 3. PMID: 35523661.</p> |
|--|--|---|

| | | | |
|--------|--|------|---|
| Pubmed | ((("Family Characteristics"[Mesh]) AND ("Pregnancy"[Mesh])) AND ("Sexual Behavior"[Mesh])) | 1009 | |
| Pubmed | ((("Pregnant Women"[Mesh]) AND ("Sexual Partners"[Mesh])) AND ("Sexual Behavior"[Mesh])) | 25 | <p>1: Tugut N, Golbasi Z, Bulbul T. Quality of Sexual Life and Changes Occurring in Sexual Life of Women With High-Risk Pregnancy. J Sex Marital Ther. 2017 Feb 17;43(2):132-141. doi: 10.1080/0092623X.2016.1141816. Epub 2016 Jan 22. PMID: 26800362.</p> <p>2: Fathalian M, Lotfi R, Faramarzi M, Qorbani M. The effect of virtual cognitive-behavioral sexual counseling on sexual function and sexual intimacy in pregnant women: a randomized controlled clinical trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Aug 4;22(1):616. doi: 10.1186/s12884-022-04932-4. PMID: 35927705; PMCID: PMC9351073.</p> <p>3: Sipiński A, Kazimierczak M, Buchacz P, Sipińska K. Zachowania seksualne kobiet ciężarnych [Sexual behaviors of pregnant women]. Wiad Lek. 2004;57 Suppl 1:281-4. Polish. PMID: 15884258.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>4: Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J. Seksualność kobiet w ciąży [Sexuality of pregnant women]. <i>Ginekol Pol.</i> 2006 Sep;77(9):733-9. Polish. PMID: 17219804.</p> <p>5: Sagiv-Reiss DM, Birnbaum GE, Safir MP. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. <i>Arch Sex Behav.</i> 2012 Oct;41(5):1241-51. doi: 10.1007/s10508-011-9839-9. Epub 2011 Sep 14. PMID: 21915742.</p> <p>6: Heidari M, Amin Shokravi F, Zayeri F, Azin SA, Merghati-Khoei E. Sexual Life During Pregnancy: Effect of an Educational Intervention on the Sexuality of Iranian Couples: A Quasiexperimental Study. <i>J Sex Marital Ther.</i> 2018 Jan 2;44(1):45-55. doi: 10.1080/0092623X.2017.1313799. Epub 2017 May 11. PMID: 28368742.</p> <p>7: Gökyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. <i>J Sex Marital Ther.</i> 2005 May-Jun;31(3):201-15. doi: 10.1080/00926230590513410. PMID: 16020139.</p> |
|--|--|--|

| | | | |
|--------|--|---|---|
| | | | 8: Ramsdell EL, Franz M, Brock RL. A Multifaceted and Dyadic Examination of Intimate Relationship Quality during Pregnancy: Implications for Global Relationship Satisfaction. Fam Process. 2020 Jun;59(2):556-570. doi: 10.1111/famp.12424. Epub 2019 Jan 7. PMID: 30615199. |
| Pubmed | ("Midwifery"[Mesh] AND ("Sex Counseling"[Mesh]) | 5 | 1: Percat A, Elmerstig E. "We should be experts, but we're not": Sexual counselling at the antenatal care clinic. Sex Reprod Healthc. 2017 Dec;14:85-90. doi: 10.1016/j.srhc.2017.10.001. Epub 2017 Oct 12. PMID: 29195640 |
| Pubmed | ((("Midwifery"[Mesh] AND ("Pregnant Women"[Mesh])) AND ("Sex Counseling"[Mesh]) | 0 | |
| Pubmed | ((("Nurse Midwives"[Mesh] AND ("Sex Counseling"[Mesh])) AND ("Pregnant Women"[Mesh]) | 0 | |
| Pubmed | ("Nurse Midwives"[Mesh] AND ("Sex Counseling"[Mesh]) | 9 | |
| Pubmed | ((("Midwifery"[Mesh] AND ("Sex Counseling"[Mesh])) AND ("Clinical Trial Protocol" [Publication Type])) | 0 | |

| | | | |
|--------|--|------|--|
| Pubmed | ((("Midwifery"[Mesh]) AND ("Clinical Trial Protocol" [Publication Type])) AND ("Sex Counseling"[Mesh]) | 0 | |
| Pubmed | Coitus"[Mesh] | 7940 | |
| Pubmed | ((("Pregnancy"[Mesh]) AND ("Contraindications"[Mesh])) AND ("Coitus"[Mesh]) | 1 | |
| Pubmed | ((("Contraindications"[Mesh]) AND ("Pregnancy"[Mesh])) AND ("Sex"[Mesh]) | 0 | |
| Pubmed | ("Sex"[Mesh]) AND ("Pregnancy"[Mesh]) | 193 | <p>1: Mueller LS. Pregnancy and sexuality. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1985 Jul-Aug;14(4):289-94. doi: 10.1111/j.1552-6909.1985.tb02239.x. PMID: 3849575.</p> <p>2: Clark AL, Hale RW. Sex during and after pregnancy. Am J Nurs. 1974 Aug;74(8):1430-1. PMID: 4495279.</p> <p>3: James WH. Duration of pregnancy and sex of offspring. Am J Obstet Gynecol. 2004 Apr;190(4):1169-70. doi: 10.1016/j.ajog.2003.09.083. PMID: 15132155.</p> |
| Pubmed | ((("Health Planning Guidelines"[Mesh]) AND ("Pregnancy"[Mesh])) AND ("Coitus"[Mesh]) | 1 | |

Capitolo 4 – SOMMINISTRAZIONE QUESTIONARIO

4.1 Obiettivo indagine

L'obiettivo dell'indagine e della somministrazione del questionario è capire quali siano le lacune nell'assistenza alla gravidanza relative ai cambiamenti della sessualità e se la figura ostetrica sia o meno visualizzata come parte integrante di questo percorso di counselling. Il fine è stato anche di chiedere alle gravide se a posteriori ritenessero o meno l'ostetrica una figura competente e adeguata all'assistenza nell'accompagnamento alla condivisione di queste tematiche relative alla sessualità.

Il fine è di utilizzare le informazioni ricavate per arricchire il percorso con rinforzi, sostegni, e formazione riguardante la sfera della sessualità.

4.2 Disegno del progetto

Per la mia ricerca ho utilizzato un questionario online, in cui si è previsto il reclutamento di donne esclusivamente in gravidanza. La struttura del questionario nasce dalla volontà di chiedere alle donne in attesa eventuali timori legati ai cambiamenti sessuali in gravidanza, l'assistenza ricevuta e se l'ostetrica possa essere come figura di riferimento anche nell'assistenza di queste tematiche.

La compilazione è prevista come anonima e vista la delicatezza degli argomenti, ad ogni domanda è possibile astenersi dalla risposta. Il questionario nasce dalla volontà di conoscere le trasformazioni della sessualità in gravidanza e le eventuali lacune del percorso di assistenza alla donna in gravidanza.

4.3 Campione

Il questionario è stato compilato da 17 donne in gravidanza.

Ogni risposta al questionario era facoltativa, la prima parte è stata completata dalla totalità del campione.

4.4 Il questionario

Il questionario utilizzato per la ricerca è stato creato attraverso la piattaforma di Google Form. Esso è stato somministrato tramite social in una finestra di 2 settimane, le risposte sono state 17, raccolte in maniera anonima.

Dopo una breve introduzione sul suo scopo e sulla ricerca di tesi, sono state inserite 25 domande, di cui 7 aperte e 18 a risposta chiusa.

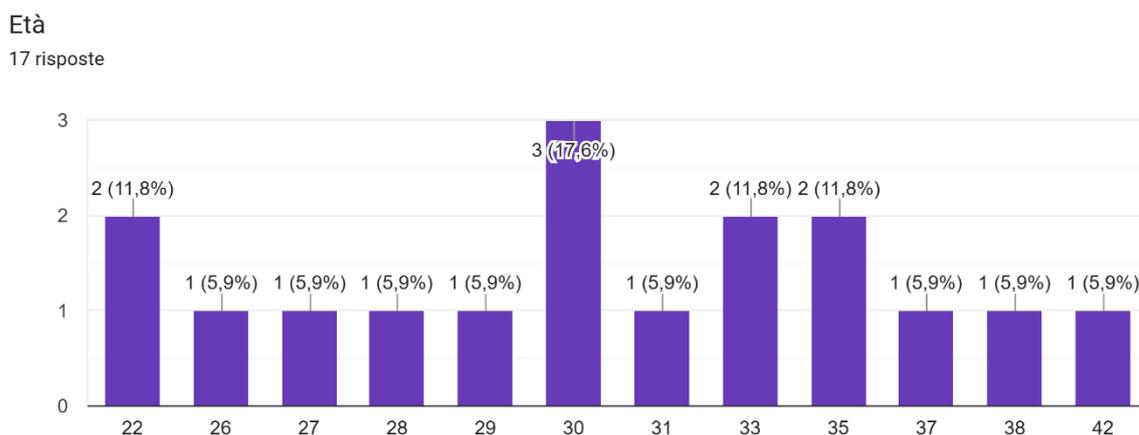
Il modello parte con un primo gruppo di domande poste per inquadrare il campione dal punto di vista sociodemografico. A seguire vengono posti quesiti sul decorso e sull'assistenza della gravidanza stessa. Successivamente, il focus delle domande è volto ai cambiamenti che la donna ha percepito nella sfera sessuale durante la gravidanza, e agli eventuali dubbi o timori insorti. Viene chiesto poi alle donne se queste inquietudini siano state o meno condivise con un professionista. Vengono indagati gli aspetti che eventualmente le donne vorrebbero condividere e se la figura dell'ostetrica risulti adeguata ad accompagnarle in questa direzione. Il questionario si conclude chiedendo al campione possibili soluzioni di assistenza e dialogo di tali tematiche durante la gravidanza.

4.5 I risultati

Di seguito vengono esposte le 25 domande con le risposte pervenute.

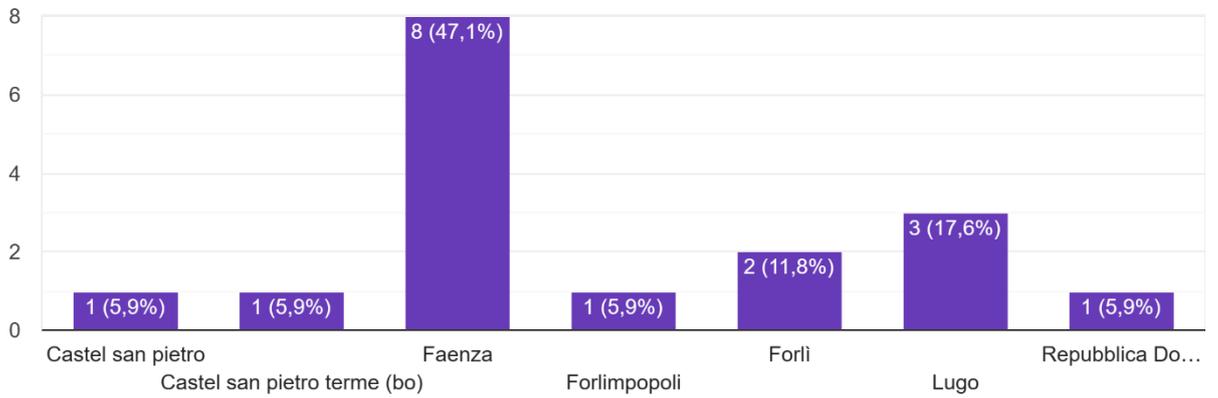
L'età delle gestanti varia dai 22 ai 42 anni.

Di seguito viene riportato il luogo di nascita.



Luogo di nascita

17 risposte

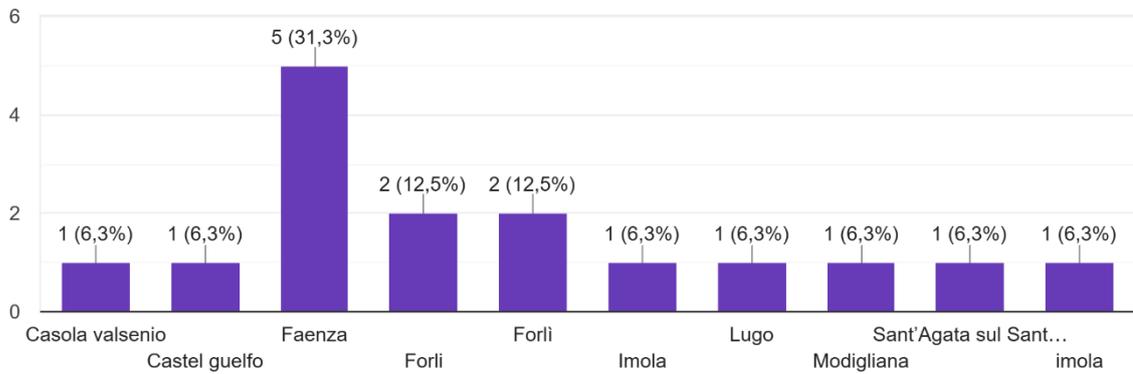


Si può riassumere che il campione sia quasi interamente nato in Emilia-Romagna.

Proseguendo viene richiesta la residenza.

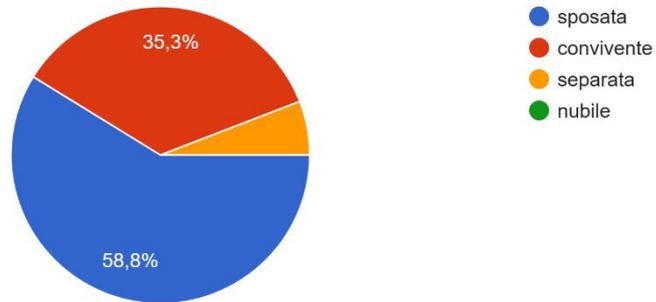
Dove risiedi

16 risposte



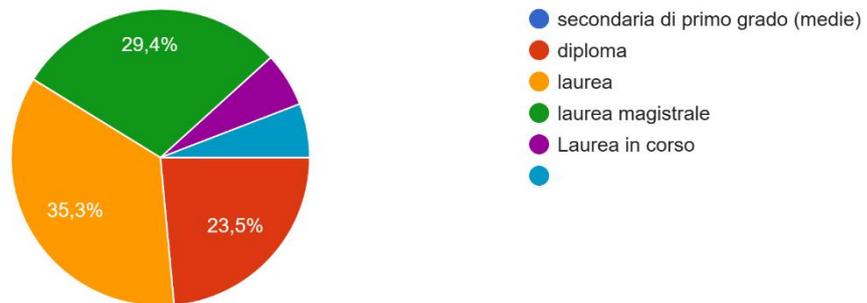
Proseguendo viene domandato lo stato civile.

Stato civile
17 risposte



Di seguito il grafico con il titolo di studio delle gestanti.

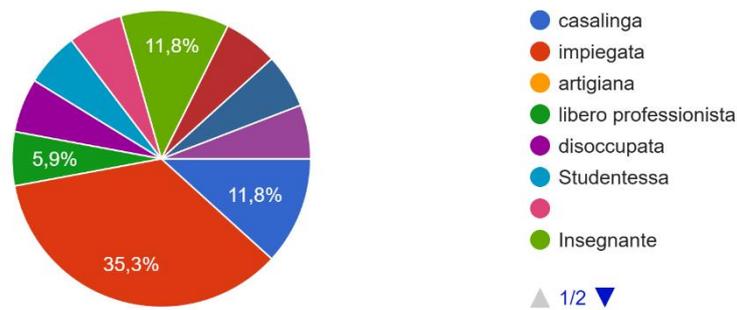
Titolo di studio
17 risposte



A seguire il grafico a torta che mostra quale attività lavorativa le donne svolgono o se disoccupate.

Che attività svolge?

17 risposte

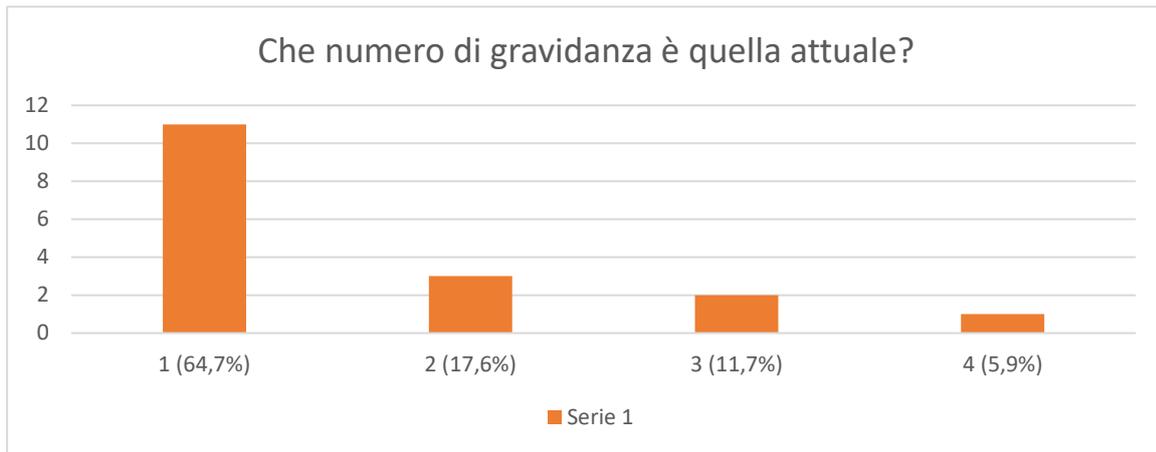


A questo punto iniziano le domande del questionario che interessano la clinica e l'andamento della gravidanza.

Alla domanda : “ A che settimana di gravidanza è?”



Alla domanda : “ Che numero di gravidanza è quella attuale?”



Alla domanda: “ *Ha patologie pregresse alla gravidanza? Se si quali?*”

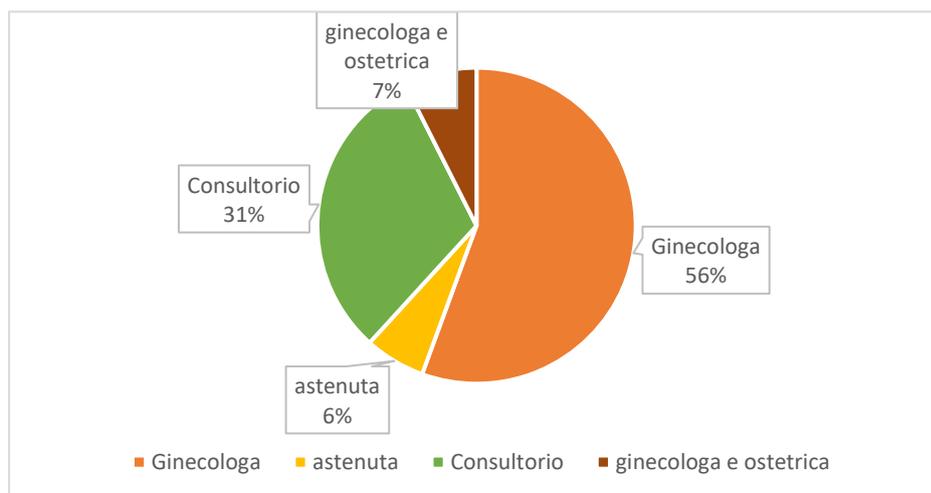
| Tabella | % |
|---|-------|
| No | 64,7% |
| Rettocolite Ulcerosa con pregressa trombosi | 5,9% |
| Endometriosi ovarica | 5,9% |
| Asma allergico | 11,8% |
| Ipotiroidismo | 5,9% |

Alla domanda: “ *Sono insorte patologie durante la gravidanza? Se sì quali?*”, sono pervenute le seguenti risposte.

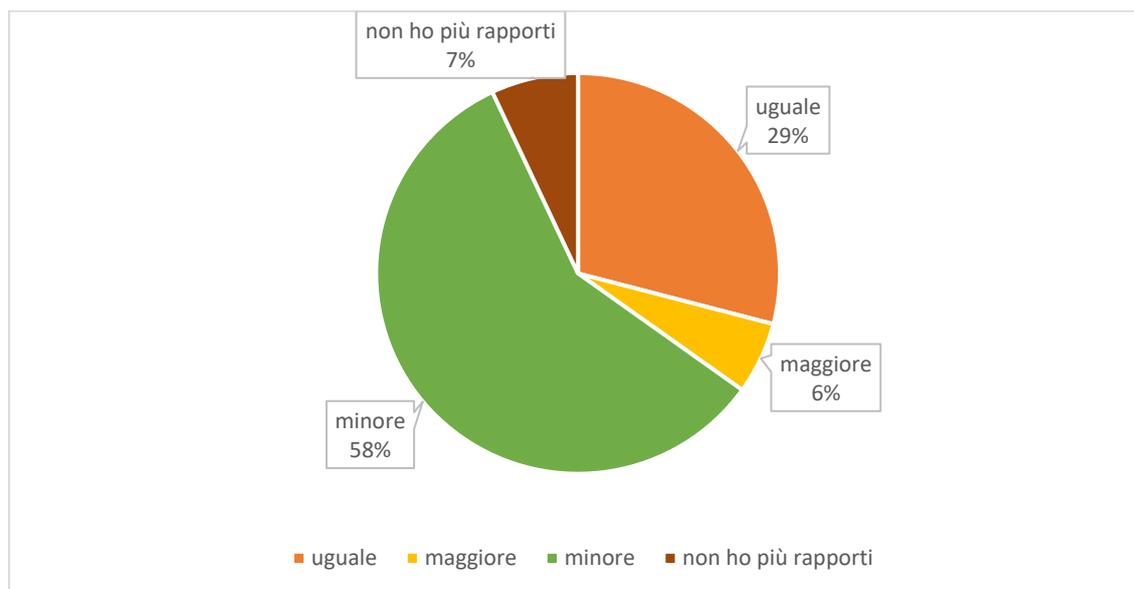
- 11,9% si sono astenute
- “No”, il 76,5%
- “Colestasi”, il 5,9%
- “Gestosi” il 5,9%

Alla domanda “ *Sono presenti disfunzioni sessuali precedenti alla gravidanza? Se sì quali?*”, L’11,8 % del campione si è astenuto dal rispondere, mentre l’88,2% ha risposto “No”.

Alla domanda “ *Da chi è seguita in gravidanza?*”



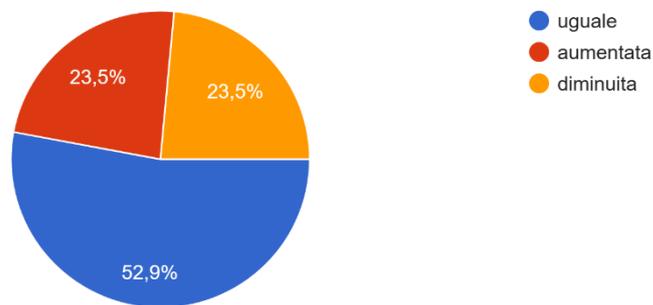
Alla domanda “*La frequenza dei rapporti rispetto a prima della gravidanza è?*”



Alla domanda : “*La soddisfazione sessuale durante la gravidanza rispetto a prima è...*”

La soddisfazione sessuale durante la gravidanza rispetto a prima è

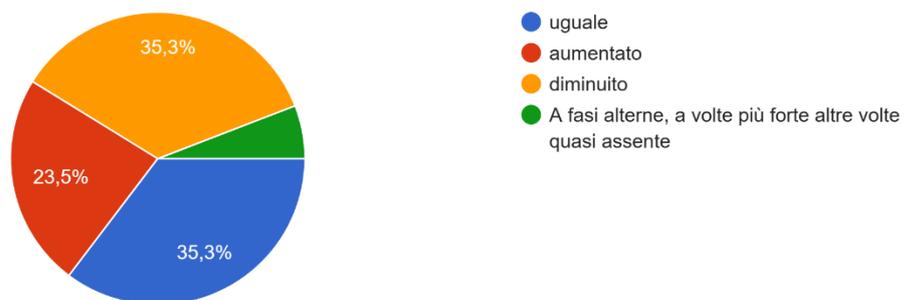
17 risposte



Alla domanda “ *il grado di eccitazione durante la gravidanza rispetto a prima è...*”

Il grado di eccitazione durante la gravidanza rispetto a prima è

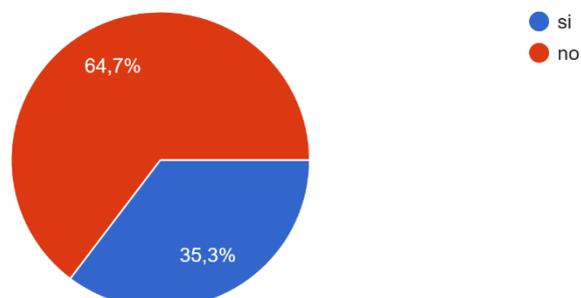
17 risposte



Alla domanda “ *Durante la gravidanza sono insorti dubbi o timori rispetto alla sessualità?*”

Durante la gravidanza sono insorti dubbi o timori rispetto alla sessualità?

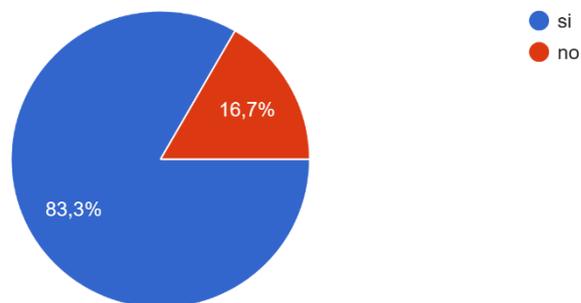
17 risposte



Alla domanda :” *Se sì: ha parlato con qualcuno di questi dubbi?*”

Se SI': Ha parlato con qualcuno di questi dubbi?

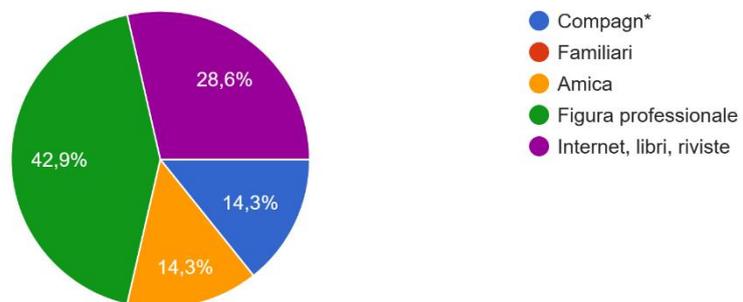
6 risposte



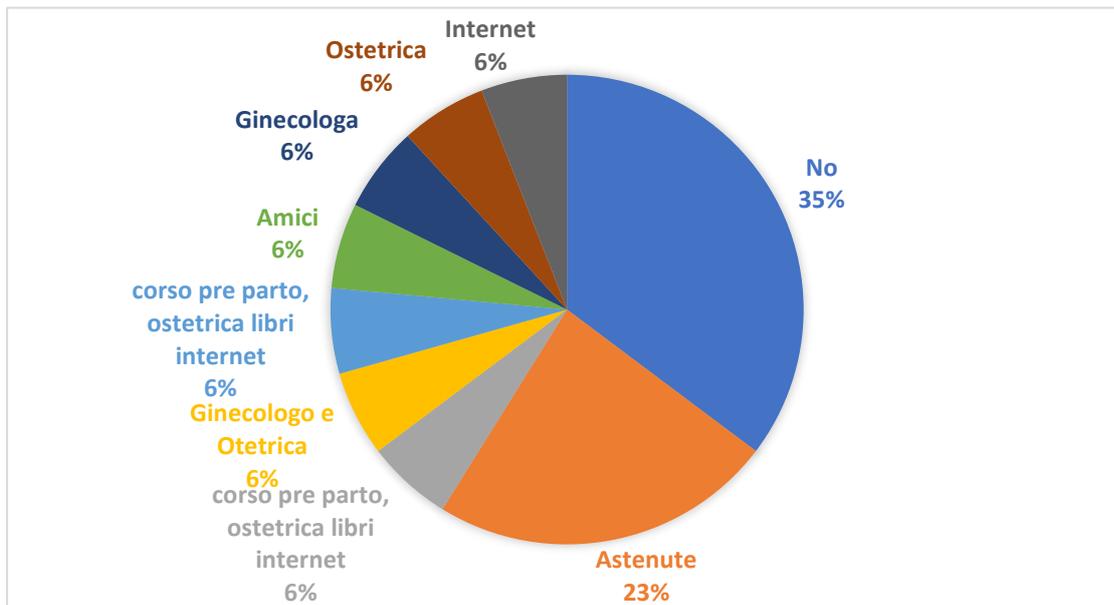
Alla domanda: "Se sì: con chi ne ha parlato?"

Se SI': Con chi ne ha parlato?

7 risposte



Alla domanda: “Ha ricevuto informazioni riguardo i cambiamenti della sessualità in gravidanza? Se sì: da chi le ha ricevute”



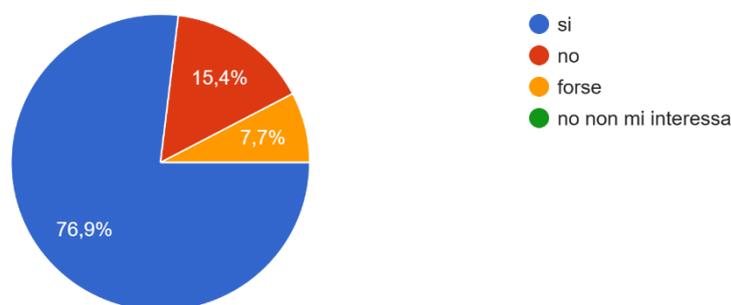
Alla domanda “ se Sì: che tipo di informazioni ha ricevuto?”, 11 donne si sono astenute (il 64,7%), le rimanenti 6 mamme hanno risposto come di seguito:

- “La possibilità di diminuzione della libido, possibilità di perdite anche ematiche (ovviamente di piccola entità) dopo i rapporti, la possibilità di avere contrazioni dopo i rapporti dati dal liquido seminale”
- “ Ho scoperto che a seconda del mese di gravidanza in cui ci si trova è normale avere più o meno desiderio per oscillazioni fisiologiche ormonali e disturbi vari che possono essere di ostacolo alla libido”
- “ Importanza di avere rapporti per preparai al parto e che avendo rapporto il bambino aveva solo benefici grazie al rilascio di endorfine”
- “ Verso fine gravidanza essendo la quarta e la cervice riaccorciata ci ha consigliato di sospendere i rapporti”
- “ I cambiamenti ormonali influenzano positivamente e negativamente la sfera sessuale”
- “ Ad alcuni era aumentato il desiderio”

Successivamente, alle donne che non hanno ricevuto informazione viene chiesto se avessero piacere o meno che un/una professionista condividesse con loro questo tipo di tematiche. Nel grafico sono riportate le percentuali di risposta.

Hai ricevuto informazioni riguardo i cambiamenti della sessualità in gravidanza? se NO : avrebbe piacere che un professionista condividesse con lei queste tematiche?

13 risposte



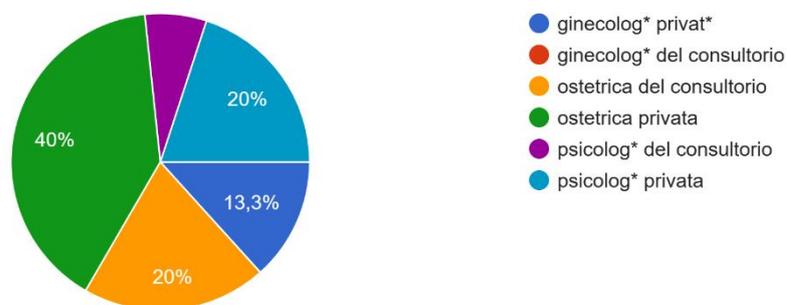
Di seguito è stato chiesto al campione, sempre nella sfera della sessualità, se ci fossero o meno argomenti che avrebbero piacere di condividere in un colloquio con un/una professionista. Vi sono state 11 astensioni e 6 risposte riportate di seguito.

- I rapporti a fine gravidanza e nel primo post parto...quanto aspettare e cosa comporta
- Come cambia nel corso degli anni
- Consapevolezza del cambiamento ormonale
- Non al momento
- Si
- No

Alla domanda “ Con quale figura professionale sentiresti di poter affrontare queste tematiche?”, si sono espresse 15 partecipanti con i risultati seguenti:

1. Con quale figura professionale sentiresti di poter affrontare queste tematiche?

15 risposte



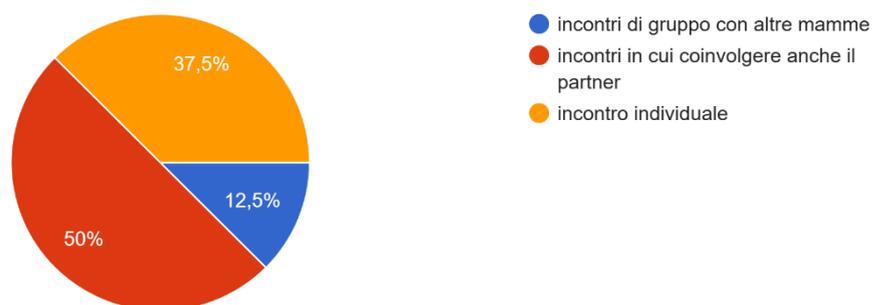
A questo punto è stato chiesto al campione una riflessione sulla figura ostetrica, ovvero se questa possa essere o meno una figura professionale con cui condividere tematiche riguardanti la sessualità in gravidanza. Le risposte sono le seguenti

| Tabella 1 | % |
|----------------------------|--------|
| Nessuna risposta | 11,8 % |
| Si | 82,4% |
| Se correttamente preparata | 5,9% |

A questo punto, come ultima domanda vengono indagate le possibili soluzioni e implementazioni tramite la domanda “ Quale modalità ritiene sarebbe d’aiuto affrontare queste tematiche?”, di seguito le percentuali di risposta.

1. Quale modalità ritiene sarebbe d’aiuto affrontare queste tematiche?

16 risposte



Capitolo 5 - DISCUSSIONE

5.1 Discussione dei risultati

Questo studio, come già riportato in precedenza, ha lo scopo di comprendere quali siano i dubbi e le perplessità delle donne riguardo ai cambiamenti che avvengono in gravidanza, se ci sia la necessità di condividere con un professionista e se l'ostetrica possa essere individuata in questo ruolo nell'assistenza alla donna gravida.

Il campione raccolto è apparso, tramite la compilazione del primo gruppo di domande, eterogeneo, come: età, parità, titoli di studio, professione svolta e settimana di gravidanza. Poiché la maggior parte delle donne ha riferito di non avere patologie precedenti o insorte con la gestazione e le loro gravidanze siano considerate "a basso rischio", si ha comunque un'assistenza prevalentemente ginecologica e non ostetrica.

La frequenza dei rapporti rilevata tramite lo studio rimane coerente con quanto letto in letteratura, ovvero vi è una diminuzione di questi rispetto a prima della gestazione (Tugut Nilufer, 2017).

La domanda relativa alla soddisfazione sessuale in gravidanza ha ricevuto risposte eterogenee, in cui la maggior parte del campione (52,9%) ha dichiarato non ci sia stato un cambiamento, mentre le donne restanti si dividono a metà tra chi ha riscontrato una diminuzione e chi un aumento.

Rispetto al grado di eccitazione abbiamo risultati molto simili a quelli riportati in letteratura, con il 35,3% delle donne che ha rilevato una diminuzione di questo e un altro 35,3% che lo ritiene uguale. Un piccolo gruppo di donne ha avvertito un aumento (23,5%).

Alla domanda che chiedeva se fossero insorti dubbi rispetto alla sessualità, 6 donne hanno risposto di sì, di queste 5 hanno condiviso i timori e una no. Alla domanda che chiedeva con chi avessero condiviso i dubbi solo il 42,9% delle donne hanno riferito di essersi affidate ad una figura professionale. Anche nella domanda successiva, in cui si chiede se avessero ricevuto informazioni riguardo i cambiamenti della sessualità in gravidanza e da chi avessero reperito tali fonti, il 35% del campione ha risposto di no e il 23% si è addirittura astenuto dal rispondere, in totale quindi solo il 36% ha ricevuto chiarimenti da figure professionali quali ostetriche e/o ginecologhe/o. Questi risultati portano alla luce un *bias* comunicativo nell'assistenza alla gravida, dove spesso queste tematiche vengono trascurate sia dalla coppia che dagli operatori

che dovrebbero fornire assistenza. Questa problematica era già stata riscontrata in alcuni studi presenti in letteratura (Percat Ariella, 2017).

Le informazioni date dai/dalle professioniste sono state relative soprattutto ai cambiamenti ormonali che fisiologicamente interessano il periodo gestazionale, e quindi la normalità dell'oscillazione della libido, i motivi per sospendere i rapporti e le conseguenze fisiologiche di un rapporto, come per esempio la possibilità di avvertire contrazioni e scarse perdite ematiche. Successivamente, il 76,9% delle donne si sono mostrate interessate alla possibilità di condividere con un/una professionista queste tematiche. Alla domanda che chiedeva loro se ci fossero o meno argomenti da discutere in un colloquio, si sono registrate 11 astensioni, 2 no e 3 risposte positive. Queste ultime chiedevano un approfondimento dei cambiamenti della sessualità a fine gravidanza e nel post parto, maggiori informazioni sull'andamento della sessualità nel corso degli anni e dei cambiamenti ormonali che si affrontano nella gravidanza. Questa domanda, cruciale per la ricerca, ha registrato il numero maggiore di astensioni.

A seguire è stato chiesto alle donne con quale figura professionale sentirebbero di poter affrontare le tematiche esposte. La maggior parte del campione (40%) ha dichiarato di potersi affidare all'ostetrica privata, mentre al secondo posto abbiamo sia l'ostetrica consultoriale che la/il psicologa/o privata/o(20%), al terzo posto è presente la/il ginecologa/o privata/o. Questi risultati fanno riflettere sul tipo di visibilità che hanno i servizi pubblici, e su come l'ostetrica non sia ancora considerata del tutto punto di riferimento anche in queste tematiche relative alla sessualità.

Nella domanda successiva, in cui il focus si sposta sull'ostetrica, si può ricavare che l'82,4% delle donne ha ritenuto che la figura ostetrica possa essere una/un professionista con cui condividere queste tematiche. Importante riportare anche la risposta di una donna che si rivolgerebbe ad un'ostetrica “ *se correttamente preparata*”; il feedback di questo quesito è molto importante perché dimostra il riconoscimento delle competenze ostetriche, ma solo con una corretta formazione si può svolgere una corretta assistenza. Questo si discosta da una letteratura che ignora quasi l'esistenza della figura ostetrica.

Il questionario si chiude con una richiesta alle donne, quella di fornire dei consigli basati sulla loro esperienza, per migliorare il percorso, si chiede con quale modalità queste tematiche andrebbero affrontate al meglio e qui si ha un 50% delle risposte che propone incontri in cui coinvolgere il partner, il 37,5% attraverso incontri individuali e le restanti due risposte con incontri di gruppo. Questi risultati sono coerenti con i pochi studi trovati in letteratura

(Masumeh Heidari, 2018), in cui si legge di come gli incontri di coppia di educazione sessuale aumentino la funzione e la soddisfazione sessuale, rispetto a gravide che partecipano da sole alla consulenza.

5.2 Discussione della revisione della letteratura

Ricercando in tutta la letteratura degli studi inerenti al quesito di tesi, si inciampa subito in una difficoltà nel reperire ricerche aggiornate in merito, sono presenti, infatti, poca letteratura e poco materiale, spesso indirizzati ad approfondire i cambiamenti di frequenza coitale piuttosto che la soggettività della donna e della coppia o l'assistenza garantita ad essa.

Nella ricerca non sono stati quindi inseriti filtri quali la datazione degli studi, data la precarietà nel trovare fonti e soprattutto, leggendo i testi dell'ultimo ventennio, vi è un grande rimando e riferimento a studi datati alle volte quasi 50 anni fa.

Si può osservare inoltre che molti degli studi recenti hanno come provenienza il Medio Oriente. Focalizzandosi infatti su ricerche riguardanti le ansie e le preoccupazioni che culturalmente influenzano e a volte affliggono le donne e le coppie in attesa, si può di nuovo notare una maggioranza di ricerche provenire da paesi come Turchia e Iran. Questo consegue una mancata indagine in un quadro culturale più simile a quello presente in Italia e quindi, di conseguenza, poche informazioni su come le società occidentali vadano ad influenzare le gravide tramite miti e tabù tutt'oggi presenti.

È poi importante riportare come molti studi descrivano i rapporti sessuali intesi però come solamente penetrazione, escludendo qualsiasi altra attività sessuale. Intendere il sesso come solo penetrativo è un pesante retaggio maschilista culturale da lasciarsi alle spalle.

Inoltre ,raccolgendo le fonti, si nota purtroppo un'assenza di studi rivolti alle coppie omosessuali: ogni ricerca si fonda sull'eteronormatività, quando si indagano gli aspetti psicologici della coppia e/o del/della partner, è sempre citato l'uomo come compagno.

Altre domande lasciate senza risposta sono quelle relative al vissuto che vive il/la partner come conseguenza alla gravidanza della compagna, ai suoi cambiamenti corporei, emotivi e in questo caso sessuali. Purtroppo sono presenti ancora troppi pochi studi a cui fare riferimento.

Ricercando in letteratura tematiche quali i cambiamenti della sessualità in gravidanza, la consulenza sessuale nelle coppie in attesa e l'assistenza ricevuta dalle gravide, salta all'occhio la quasi assenza della presenza della figura ostetrica. Non viene menzionata, infatti, nella stragrande maggioranza degli studi, al suo posto ginecologi/ghe, psicologi/ghe e al massimo

infermieri/e. Sorge spontaneo domandarsi perché, dato il ruolo che ricopre l'ostetrica nell'assistenza alla gravida, soprattutto per quanto riguarda l'educazione alla salute in gravidanza e tutta la competenza di *counselling* che caratterizza tali/e professioniste/i .

5.3 Limiti dello studio

L'interpretazione dei risultati raccolti per rispondere al quesito di questa tesi non può prescindere dai limiti presenti all'interno dell'indagine.

Il primo limite dello studio risiede nelle tematiche stesse che lo studio va ad approfondire e a ricercare. Essendo la sessualità una sfera molto intima e personale della donna, indagarne i cambiamenti in gravidanza non è stato semplice, creare un ponte con la donna su questo tema non è agevole. Dalla precarietà delle fonti reperite si legge la difficoltà dell'affrontare questa materia e, di conseguenza, la trascuratezza con cui si affrontano queste tematiche. E' stata scelta la somministrazione *online* poiché non è stata trovata una struttura consultoriale che ospitasse il progetto. Questo mezzo ,però, non permette una spiegazione efficace dell'indagine e del fine della tesi, l'obiettivo della ricerca è percepito più sterilmente, data l'assenza di rapporto tra campione e ricercatore. Non è possibile, inoltre, rispondere a eventuali dubbi e domande che posso sorgere nella donna alla lettura delle domande. Reperire informazioni del genere con un questionario è stato purtroppo limitante, da un lato non si ha un dialogo con la donna, ma, dall'altro, dà al campione la possibilità di non rispondere, a domande percepite come difficili o faticose

Infine, un ultimo *bias* può essere individuato nell'analisi dei dati, poiché, nelle indagini qualitative, vi è la possibilità che il ricercatore influenzi senza volere la parafrasi delle risposte del campione preso in esame.

CONCLUSIONI

Le domande alla base di questa ricerca sono state : come cambia la sfera sessuale durante la gravidanza? Vi è la necessità di portare alla luce questo tema? Può la figura ostetrica assistere le donne anche in questo ambito? I quesiti sono poi aumentati man mano che veniva analizzata la letteratura, data la vastità della tematica relativa alla sessualità in gravidanza, ma la decisione è stata di rimanere saldi a queste tre questioni per dare alla tesi una direzione specifica.

Con un'accurata revisione degli studi, si può purtroppo affermare che vi è una scarsità di ricerche a riguardo, come precedentemente anticipato, questo lascia molti interrogativi senza una risposta soddisfacente. L'OMS dichiara che la sessualità è un diritto alla salute di tutte le persone, diritto di soddisfare, esprimere e godere della propria sfera sessuale. Le tematiche trattate dalla tesi acquistano quindi valore e risulta importante dare loro spazio. Vi è quindi la necessità di superare gli atteggiamenti legati a imbarazzo, tabù o incompetenza e formare i professionisti che si occupino dell'assistenza alla donna in attesa e nel puerperio. Oltre alla difficoltà di recuperare materiale inerente, anche nella pratica è spesso facile tralasciare la comunicazione di questi aspetti durante l'assistenza.

Ci si è interrogati poi se la figura ostetrica potesse o meno confermarsi in grado di assistere la gravidanza nella sua interezza, comprendendo quindi l'educazione ai cambiamenti sessuali. Ricercando in letteratura, l'ostetrica emerge poco come professionista, è quasi assente. Dal questionario invece vi è un *feedback* molto positivo: il campione ha dimostrato di avere fiducia nella figura dell'ostetrica, nelle sue competenze e nel suo ruolo di assistenza alle donne.

Tuttavia le criticità esistono e trovare proposte per migliorare il Percorso Nascita è necessario. Le donne hanno dichiarato, tramite il questionario, di preferire un incontro da sole o con il/la partner a tu per tu con il/la professionista, rispetto al trattamento di tali tematiche in un Corso di Accompagnamento alla Nascita. La proposta potrebbe essere quella di prevedere un incontro ad ogni trimestre di gestazione con l'introduzione da parte dell'ostetrica di questi temi. Nel primo si potrebbe inserire un *counselling* ai cambiamenti fisiologici in gravidanza, non dimenticandosi di quelli sessuali, per poi riproporre i temi anche nei trimestri seguenti. Il/la professionista ha la possibilità così di creare uno spazio a cui la donna se vuole può accedere. Essendo un argomento molto sensibile e privato, il gruppo non è un contesto adeguato in cui una donna o una coppia possa portare la propria esperienza personale. Non si esclude, però, la

possibilità che l'ostetrica normalizzi tali dinamiche e argomentazioni e informi comunque le coppie della funzione benefica che l'attività sessuale ha sulla relazione e soprattutto sulla gravidanza, specialmente quando si dirige verso il suo termine.

Inoltre in regione Emilia-Romagna è presente un fascicolo molto ben strutturato chiamato “*Non da sola*”, che fornisce informazioni sull'assistenza in gravidanza e sul parto in Emilia-Romagna; sarebbe utile e importante allegare a questo fascicolo un capitolo che si focalizzi sulla sessualità, magari smantellando i falsi miti e permettendo alla coppia di accedere a delle informazioni corrette e verificate.

BIBLIOGRAFIA

- Aydin Mustafa, C. N. (2015). Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women. *ResearchGate*.
- Bittman S., Z. S. (1983). *Padri in attesa*. New York: Ballantine Libri.
- Branecka-Woźniak Dorota, A. W.-J. (2020-08-13). Sexual and Life Satisfaction of Pregnant Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2-15.
- de Pierrepont C., P. V. (2014). Ruolo del sessuologo-perinatale in un'equipe interdisciplinare di assistenza sanitaria perinatale. *ginecologia, ostetricia e fertilità*, 507-514.
- Emilio Piccione, A. P. (2007). "La sessualità in gravidanza", in *FERTILITA' E SESSUALITA' trattato di sessuologia* . milano.
- Eryiolmaz G, E. E. (2004). Fattori che influenzano la vita sessuale durante la gravidanza nella Turchia orientale. *Indagini ginecologiche e ostetriche* 57, 103-108.
- Fathalian Manizheh, L. R. (2022). The effect of virtual cognitive-behavioral sexual counseling on sexual function and sexual intimacy in pregnant women: a randomized controlled clinical trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 616.
- Foux, R. (2008). Educazione sessuale in gravidanza: esiste? Una revisione della letteratura. *Terapia sessuale e relazionale*, 271-277.
- Keepnews DM (2011). Lesbian, gay, bisexual and transgender health. *Practive Nurse*, 22-25.
- Gałazka, I. D.-C.-P. (2017). L'ansia modificala sessualità delle donne incinte? *Ginekol*, 662-669.
- Giagulli, V. (2011, Dicembre). "Sessualità in gravidanza". *QUALE psicologia*, 38, 81-83.
- Gott M, G. E. (2004). "Aprire una lattina di vermi": il medico di famiglia e gli infermieri praticano le barriere nel parlare di salute sessuale nelle cure primarie. *Fam Pract*, 528-536.

- Grussu Pietro, V. B. (2021). Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 213-216.
- Haugen, E. S. (2004). La sessualità la relazione di coppia durante la gravidanza e il periodo postpartum. *Manuale della sessualità nelle relazioni strette*, 411-435.
- Kaya Hüsniye Dinç, Y. G. (2022, 05 19). Sexual myths during pregnancy: a comparative study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, p. 587-593.
- Khalesi Zahra Bostani, B. M. (2018). Effect of pregnancy on sexual function of couples. *African Health Sciences* 18, 227-234.
- L. CENA, A. I. (2011). La dimensione sessuale nel progetto generativo . *Scarselli Biagiotti*.
- Masumeh Heidari, F. A.-K. (2018). Sexual Life During Pregnancy: Effect of an Educational Intervention on the Sexuality of Iranian Couples: A Quasiexperimental Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45-55.
- Morán Bayón Á., L. S. (05/2022). ¿Ha variado la sexualidad en el embarazo? Generación baby boom versus generación millennial. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 245-251.
- Navidian A, R. S. (2016). Effetti della consulenza sessuale di gruppo sulle percezioni e gli atteggiamenti tradizionali delle donne incinte iraniane. *Giornale internazionale della salute delle donne* 8, p. 203-211.
- Olga Codispoti Battacchi, D. D. (1980). *Gravidanza e sessualità*. Milano: Piccin Editore.
- Paula Renata Amorim Lessa SoaresI, C. G. (2020). Sexuality and associated risk factors in pregnant women. *Revista brasileira de Enfermagem, WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH*, 1-7.
- Percat Ariella, E. E. (2017). “ We should be experts, but we’re not ”. *Sexual & Reproductive Healthcare* 14, 85-90.
- Sagiv-Reiss Dafna M., B. G. (2012). Changes in Sexual Experiences and Relationship Quality During Pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 1241-1251.

- Semra Oruc, A. E. (1999). Sexual Behaviour During Pregnancy. *Aust NZ J ObstetGynaecol*, p. 48-49.
- Sıdıka Özlem Cengizhan, P. ., (2023). The Effect of Mindfulness-Based Sexual Counseling on Sexual Distress, Attitude Toward Sexuality, and Body Image Concerns in Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 611-618.
- Sossah, L. (2014). Comportamento sessuale durante la gravidanza: uno studio correlazionale descrittivo tra donne incinte. *Euro.J.MedSci.*, 16-27.
- Tugut Nilufer, G. Z. (2017). Quality of Sexual Life and Changes Occurring in Sexual Life of Women With High-Risk Pregnancy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 132-141.
- Viola, P. (2000). Sex and Pregnancy: A Perinatal Educator's Guide. *Journal of Perinatal Education*, 15-27.
- von Sydow, K. (1999). Sessualità durante la gravidanza e dopo il parto: un'analisi del malcontento di 59 studi. *Giornale di ricerca psicosomatica*, n. 47, 27-49.
- Wendt EK, M. B. (2011). Possibilities for dialogue on sexuality and sexualabuse - midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery*, 539-546.

ALLEGATI

Questionario “sessualità in gravidanza”

Buongiorno,

sono Sabrina de Tollis laureanda in Ostetricia all'Università di Bologna. Per la mia tesi ho deciso di indagare i grandi cambiamenti che una donna durante il periodo della gravidanza sperimenta nella sfera sessuale.

Questo questionario nasce dalla volontà di conoscere le trasformazioni della sessualità in gravidanza e le eventuali lacune nel percorso di assistenza alla donna in gravidanza.

L'obiettivo è di utilizzare tali informazioni per arricchire il percorso con rinforzi e sostegni riguardanti la sfera della sessualità. Le risposte del questionario rimarranno anonime, si può scegliere di rispondere a tutte o solo ad alcune domande.

Grazie in anticipo per il tempo che dedicherà alla sua compilazione.

- Età
- Luogo di nascita
- Dove risiede
- Stato civile :
 - Sposata
 - Convivente
 - Separata
 - Nubile
- Titolo di studio
 - Secondaria di primo grado (medie)
 - Diploma
 - Laurea
 - Laurea magistrale
 - Altro ...

- Che attività svolge?
 - Casalinga
 - Impiegata
 - Artigiana
 - Libero professionista
 - Disoccupata
 - Altro ...
- A che settimana di gravidanza è?
- Che numero di gravidanza è quella attuale?
- Ha patologie pregresse alla gravidanza? Se sì quali?

- Sono insorte patologie durante la gravidanza? Se sì quali?

- Sono presenti disfunzioni sessuali precedenti alla gravidanza? Se sì quali?

- La frequenza dei rapporti rispetto a prima della gravidanza è :

- Uguale
- Maggiore
- Minore
- Non ho più rapporti
- Altro ...

- La soddisfazione sessuale durante la gravidanza rispetto a prima è :
 - Uguale
 - Aumentata
 - Diminuita
- Il grado di eccitazione durante la gravidanza rispetto a prima è :
 - Uguale
 - Aumentato
 - Diminuito
- Durante la gravidanza sono insorti dubbi o timori rispetto alla sessualità?
 - Sì
 - No
 - Altro...
- **Se SI'** : ha parlato con qualcuno di questi dubbi?
 - Sì
 - No
- **Se SI'** : con chi ne ha parlato?
 - Compagn*
 - Familiari
 - Amica
 - Figura professionale
 - Internet, libri, riviste
 - Altro...
- Ha ricevuto informazioni riguardo i cambiamenti della sessualità in gravidanza? **Se SI'**
: da chi le ha ricevute?

- **Se SI'** : che tipo di informazioni ha ricevuto?

- Ha ricevuto informazioni riguardo i cambiamenti della sessualità in gravidanza? Se NO : avrebbe piacere che un professionista condividesse con lei queste tematiche?
 - Sì
 - No
 - Forse
 - No non mi interessa

- Sempre nella sfera della sessualità, ci sono argomenti che vorrebbe condividere in un colloquio con un professionista?

- Con quale figura sentiresti di poter affrontare queste tematiche?
 - Ginecolog* privat*
 - Ginecolog* del consultorio
 - Ostetrica del consultorio
 - Ostetrica privata
 - Psicolog* privata
 - Altro...

- L'ostetrica potrebbe essere una figura professionale con cui condividere queste tematiche?

- Quale modalità ritiene sarebbe d'aiuto affrontare queste tematiche?
 - Incontri di gruppo con altre mamme
 - Incontri in cui coinvolgere anche il partner
 - Incontro individuale
 - Altro...

RINGRAZIAMENTI

Finalmente sono arrivata alla mia parte preferita della tesi. Al termine di questi lunghissimi 3 anni e mezzo, posso ritenermi soddisfatta di essere arrivata fino a qui, guardando la Sabri di 3 anni fa rimango sorpresa di vedermi cresciuta, cambiata e libera. Non vedo l'ora quindi di poter ringraziare chi mi ha accompagnata e sostenuta in questo percorso.

Parto con il ringraziare i miei genitori e i miei fratelli e sorelle. Grazie soprattutto di avermi sopportata nei momenti di grandissimo stress e antipatia, grazie alla mia mamma per avermi sempre cucinato e accudito quando io tornavo a casa senza un briciolo di energie. Grazie a Matti, grazie ad Agne, grazie a Giulia, grazie a Simo, grazie a Gio, grazie a Chiara, grazie per essere i miei più grandi fan e soprattutto grazie della pazienza. Grazie a tutti per esservi presi cura di me.

Grazie ai miei nonni, Tonino, Gemma, Gabriele e Maria. Grazie per l'autostima che sempre mi date, per il cibo e per le mille preghiere commissionate prima di esami importanti. Grazie di avermi chiamata Dottoressa dal giorno di ammissione ad Ostetricia.

Grazie alla famiglia Laghi, ai miei zii Laura, Stefano alle mie cugine Mery, Anna, Elena e cugini Dani e Andre, grazie per aver sempre saputo di poter contare su di voi, soprattutto per i passaggi in stazione per tirocinio.

Grazie alla famiglia Varoli, per la stima che sempre mi trasmettete quando vi racconto del mio percorso e per essere parte fondamentale di questa grande famiglia allargata.

Grazie ai miei cugini e zii di Milano, sempre vicini nonostante la distanza. Grazie soprattutto a mia zia Cri, indispensabile per la realizzazione di questa tesi, grazie per aver sopportato tutti i miei dubbi e incertezze, soprattutto grazie per volermi così tanto bene, grazie, grazie, grazie zia.

Ora finalmente posso ringraziare tutte le mie fantastiche amiche. Grazie a Chiara Gemi, l'amica di una vita e per la vita, grazie per essere una certezza, per sognare mille avventure con me.

Grazie alle mie amiche "Osac", grazie a Otti, Chia, Alle e Chia. Grazie per la vostra amicizia, per aver ascoltato mille volte le mie fatiche dell'università, le avversità di questo ultimo anno, le storie delle mie tutor e tutte le mie mille paranoie.

Grazie alla mia amica Ele: grazie per essere rimasta e per l'amica che sei.

Grazie a Marco, per essermi amico dai tempi della culla, grazie per poter contare sempre su di te.

Grazie alla mia amica saggia e preziosa Matilde, ti ringrazio per esserci ritrovate e per sostenerci settimana dopo settimana.

Grazie alle mie mitiche amiche dell'UNI, un ringraziamento speciale a Angela, per lo studio condiviso, ma soprattutto per gli scleri e le sudate, grazie alle mie super compagne Alessia Fra Cili, Fra canova, Caro, Sara, Valeria, Elena, Mayar, Vale, Vero.

Grazie a Sere, Marta e Benny. Grazie per tutti gli amici e amiche che sono qui oggi a festeggiare con me e che mi hanno accompagnato in questi anni.

Vorrei finalmente ringraziare tutte le donne, le coppie e i/le bambini/bambine che ho assistito in questi 3 anni, grazie per esservi affidati e avermi permesso il privilegio di assistere al momento della nascita della vostra famiglia. Grazie in particolare a Ylenia, una mamma fortissima e alla sua piccola Greta, grazie del percorso fatto insieme, grazie a Ylenia per aver condiviso con me la nascita di lei come mamma e la venuta al mondo di Greta, grazie per aver permesso l'avvio di tutta questa tesi.

Grazie alle ostetriche che hanno avuto la pazienza di insegnarmi questa professione, soprattutto grazie a chi ha visto qualcosa in me e mi ha spronata con entusiasmo ad imparare l'arte ostetrica. Ognuna di loro mi ha donato una visione personalizzata di assistenza, soprattutto grazie a tutte le ostetriche di Imola, per avermi insegnato la vera fisiologia ostetrica.

Grazie infine alla mia relatrice Francesca Nanni, per la sua professionalità e sensibilità, per aver creduto fin da subito all'argomento scelto e al progetto realizzato, grazie per tutti i suoi feedback positivi.

Grazieeeeeee