

Body image and quality of sexual life in women after natural childbirth and caesarean section – preliminary report

Obraz ciała i jakość życia seksualnego u kobiet po porodzie drogami natury i po cięciu cesarskim – doniesienie wstępne

Aleksandra Kołpa^{1,B,E-F,I} , Anna Jaśkiewicz^{2,D-E,I} , Angelika Doroszewska^{1,D-E,I} ,
Agnieszka Bałanda-Bałdyga^{3,G} , Marta Monist^{4,G,I} , Anna B. Pilewska-Kozak^{5,A-C,G,I,K-L} 

¹Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Katedra Położnictwa i Ginekologii Wydział Nauk o Zdrowiu, Szkoła Doktorska, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

²Studenckie Koło Naukowe „Pasjonatów Sztuki Położniczej” przy Zakładzie Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

³Instytut Nauk Medycznych, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Polska

⁴II Katedra i Klinika Ginekologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

⁵Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Katedra Położnictwa i Ginekologii Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Anna B. Pilewska-Kozak

Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Katedra Położnictwa i Ginekologii Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska
e-mail: anna.pilewska-kozak@umlub.pl

A – Development of the concept and methodology of the study/Opracowanie koncepcji i metodologii badań; B – Query - a review and analysis of the literature/Kwerenda – przegląd i analiza literatury przedmiotu; C – Submission of the application to the appropriate Bioethics Committee/Złożenie wniosku do właściwej Komisji Biotycznej; D – Collection of research material/Gromadzenie materiału badawczego; E – Analysis of the research material/Analiza materiału badawczego; F – Preparation of draft version of manuscript/Przygotowanie roboczej wersji artykułu; G – Critical analysis of manuscript draft version/Analiza krytyczna roboczej wersji artykułu; H – Statistical analysis of the research material/Analiza statystyczna materiału badawczego; I – Interpretation of the performed statistical analysis/Interpretacja dokonanej analizy statystycznej; K – Technical preparation of manuscript in accordance with the journal regulations/Opracowanie techniczne artykułu zgodne z regulaminem czasopisma; L – Supervision of the research and preparation of the manuscript/Nadzór nad przebiegiem badań i przygotowaniem artykułu

STRESZCZENIE

OBRAZ CIAŁA I JAKOŚĆ ŻYCIA SEKSUALNEGO U KOBIET PO PORODZIE DROGAMI NATURY I PO CIĘCIU CESARSKIM – DONIESIENIE WSTĘPNE

Cel pracy. Sprawdzenie jaki obraz ciała i jakość życia seksualnego charakteryzują kobiety po porodzie drogami natury i po cięciu cesarskim.

Materiał i metody. Badania prowadzono na przełomie 2023 roku i 2024 roku w województwie lubelskim. Kryteria włączenia: ukończony 18. rok życia, zgoda na udział w badaniu, okres od 6. tygodnia połogu do końca 6. miesiąca po porodzie. Objęto nimi 93 kobiety po porodzie drogami natury i 71 kobiet po cięciu cesarskim. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, z użyciem własnego kwestionariusza oraz narzędzia standaryzowanych, tj. Skala Oceny Ciała (SOC) i Kwestionariusz Jakości Życia w Odniesieniu do Seksu (SQoL-F).

Wyniki. Kobiety są zadowolone na poziomie przeciętnym z własnego ciała w odniesieniu do atrakcyjności fizycznej ($M = 46,2$; $SD = 8,66$), kontroli masy ciała ($M = 32,18$; $SD = 8,97$) i kondycji fizycznej ($M = 30,79$; $SD = 7,08$). Mają one także zadowalającą jakość życia seksualnego ($M = 71,45$; $SD = 24,14$).

Wnioski. Aktywność seksualną w ciągu 6 tygodni po porodzie drogami natury, jak i poprzez cięcie cesarskie podjęły tylko nieliczne badane, a do końca 12 tygodnia połogu co druga w obu grupach. Większość respondentek nie zauważyła zmian w częstotliwości współżycia, a ich jakość życia seksualnego była raczej zadowalająca i charakteryzowało je przeciętne zadowolenie z własnego ciała w każdej z domen.

Słowa kluczowe: ciąża, kobieta, połóg, obraz ciała, jakość życia seksualnego

ABSTRACT

BODY IMAGE AND QUALITY OF SEXUAL LIFE IN WOMEN AFTER NATURAL CHILDBIRTH AND CAESAREAN SECTION – PRELIMINARY REPORT

Aim. To examine body image and quality of sex life in women after vaginal delivery and cesarean section.

Material and methods. The study was conducted at the turn of 2023 and 2024 in the Lubelskie Voivodeship. Inclusion criteria: 18 years of age or older, consent to participate in the study, period from the 6th week of childbirth to the end of the 6th month after childbirth. The study included 93 women who had given birth vaginally and 71 women who had undergone a caesarean section. A diagnostic survey method was used, incorporating the authors' own questionnaire and standardised tools, i.e. the Body Esteem Scale (BES) and the Sexual Quality of Life-Female Questionnaire (SQoL-F).

Results. The women are moderately satisfied with their bodies in terms of physical attractiveness ($M = 46.2$; $SD = 8.66$), weight control ($M = 32.18$; $SD = 8.97$) and physical fitness ($M = 30.79$; $SD = 7.08$). They are also quite satisfied with their sex life ($M = 71.45$; $SD = 24.14$).

Conclusions. Only a few respondents had resumed sexual activity within 6 weeks after giving birth, regardless of whether they had a vaginal delivery or a caesarean section. By the end of the 12th week postpartum, every second woman in both groups had resumed sexual activity. The majority of respondents did not notice any changes in the frequency of their sexual activity, and the quality of their sex life was rather satisfactory. They also reported average satisfaction with their own bodies in each domain.

Key words:

pregnancy, body image, woman, postpartum, quality of sexual life

INTRODUCTION

Pregnancy and childbirth are special events in a woman's life that affect many areas and aspects of life. During this time, a woman's body and mental state undergo a series of changes that prepare her for motherhood [1-3]. Body image is a multidimensional concept referring to the perception, feelings and attitude towards one's own body as a whole, but also towards its individual parts [4]. The perception of one's own body is influenced not only by external appearance, but also by biological, psychological and social aspects [1]. In addition, the media and the way body image is portrayed in the media also play an important role [5-6]. Up to 80-90% of women have a negative body image, and dissatisfaction with their bodies is even greater during and after pregnancy [7-8]. This can lead to the development of mental disorders such as anxiety or depression, which, in turn, negatively affect a woman's adaptation to motherhood. As a consequence, it can disrupt the course of pregnancy and childbirth. Pregnant women who are dissatisfied with their bodies are four times more likely to experience anxiety or postpartum depression compared to those who are satisfied with their bodies [9-10]. Studies also emphasise that a negative body image can interfere with mother-child bonding [1]. The changes that occur during pregnancy also affect a woman's sexual functioning and, in a broader perspective, directly affect her sexual health [11]. According to the WHO definition, sexual health is *a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity* [12]. *Sexual health is directly affected by a range of physical, psychological, cognitive, socio-cultural, religious, legal, political and economic factors, over some of which the individual has little or no control* [13]. One of the important predictors of satisfaction with sex life is also how women perceive their own bodies. Changes that occur during pregnancy, such as weight gain, varicose veins and stretch marks, have a negative impact on body image. Researchers have shown that a woman's distorted self-image can lead to sexual dysfunction, which, in turn, reduces the quality of sex life. On the other hand, sexual dysfunctions have a negative impact on the quality of life [14-17].

AIM

The aim of the study was to examine body image and the quality of sexual life in women after vaginal delivery and cesarean section.

MATERIALS AND METHODS

The study was conducted from 1st December 2023 to 30th April 2024. The inclusion criteria were: 18 years of age or older, written consent to participate in the study, period from the 6th week of childbirth to the end of the 6th month after childbirth. A total of 164 women took part in the study (93 women who had given birth vaginally and 71 women who had had a caesarean section). The study group consisted of patients from two gynaecological and obstetrics clinics in the Lubelskie Voivodeship. The study was conducted anonymously and on a voluntary basis in accordance with the Helsinki Declaration and with the approval of the Bioethics Committee of the Medical University of Lublin, no. KE-0254/62/03/2022. The collected material was subjected to statistical and descriptive analysis.

The study was conducted using a diagnostic survey method, incorporating the author's own questionnaire containing questions regarding sociodemographic data, women's obstetric history and their childbirth experiences. In addition, two standardised tools were used:

- 1) Body Esteem Scale (BES);
- 2) The Sexual Quality of Life-Female Questionnaire (SQoL-F).

The Body Esteem Scale is a tool that allows to determine the respondents' attitude towards their own body, distinguished by multidimensionality. It was developed by Frazoni and Shields in 1984 [18]. It is used in many cultures and regions around the world, and the Polish adaptation by Lipowska and Lipowski was created in 2013 [19]. The scale consists of 35 statements in three subscales – sexual attractiveness, weight control and physical fitness. The sexual attractiveness subscale referred to components of external appearance that cannot be modified by, for example, physical exercise. These included: nose, mouth, ears, chin, breasts, eye appearance, cheeks, face, sex drive, sex organs, sexual activity, body hair, body odour. Weight control is a subscale that referred to body parts whose appearance can be improved through various measures, including physical activity and diet. This group included: appetite, waist, thighs, physique, buttocks, hips, legs, figure, abdomen, body weight. Physical fitness included: physical capacity, reflexes, muscular strength, energy level, physical coordination, excitability, health, physical conditions. The respondents answered the questions on a 5-point Likert scale, where 1 meant I have strongly negative feelings, 2 – I have moderately negative feelings, 3 – I have no feelings, 4 – I have moderately positive feelings,

5 – I have strongly positive feelings. The collected data were categorised according to the summed numerical values obtained, corresponding to the attitude towards one's own body: low (strongly negative and moderately negative feelings), average (neither positive nor negative feelings), high (moderately positive and strongly positive feelings) (Lipowska and Lipowski, 2013). The maximum score on the questionnaire is 175 points. The results are obtained after adding up all the points, and as the number of points increases, so does the positive body image. The Cronbach's α coefficient of the Polish version of the test for women is 0.92, while the reliability coefficients for individual factors were 0.80 for the sexual attractiveness subscale, 0.89 for the body weight control subscale and 0.82 for the physical fitness subscale [19].

The sexual quality of life questionnaire for women is a tool that refers to the emotional state of a woman, problems in her relationship with her partner and her sexual self-esteem in relation to the relationship in which the woman is involved. It was developed by Symonds et al. [20]. It consists of 18 statements about thoughts and feelings related to sex life. Each statement has possible answers on a six-point scale, from strongly agree to strongly disagree. The answers are given a value from 1 point to 6 points, which gives a total score from 18 to 108 points. The questionnaire consists of four subscales: thoughts about sex life (7-42 points), satisfaction with relationship and sexual satisfaction (5-30 points), self-esteem (3-18 points), sexual repression (3-18 points). To normalise the obtained score to a result from 0 to 100, the following algorithm should be applied: Normalised score = (non-normalised score – 18) $\times$ 100/90. According to the authors of the questionnaire, the results are calculated as an overall total score and not as separate domains, so the higher the score, the better the quality of sexual life [21]. Depending on the number of points obtained, the respondents were divided into four groups: 0-25 points indicated a low quality of sexual life, 26-50 points – moderate, 51-75 points – satisfactory, and 76-100 points – good/very good [22].

The measurable features were described using basic statistical measures: mean, standard deviation, minimum, maximum, kurtosis, and skewness. The normality of the distribution of the analysed variables was checked using the Kolmogorov-Smirnov test (for the entire population of more than 100 people) and the Shapiro-Wilk test (for groups of less than 100 people). The normality test showed a distribution significantly different from normal in the case of the evaluation of the quality of sexual life. For variables with a normal distribution (body image), the analysis was carried out using the Student's t-test for independent samples and one-way ANOVA to compare three or more groups with respect to a variable on a quantitative scale. On the other hand, the analyses for variables that did not show a normal distribution (evaluation of the quality of sex life) were carried out using the Mann-Whitney test for the comparison of two groups with respect to a variable on a quantitative scale and the Kruskal-Wallis H test for the comparison of three or more groups with respect to a quantitative variable. The relationships between the variables were analysed using Spearman's rho

correlation (which was used to correlate variables on a quantitative scale, as not all variables met the assumption of normal distribution). The study was conducted using IBM SPSS Statistics software, assuming three levels of significance: $p < 0.05$; $p < 0.01$; $p < 0.001$.

RESULTS

Characteristics of the study group

Tab. 1. shows the sociodemographic data of the respondents (age, education, place of residence, marital status) and data concerning their obstetric history (number of pregnancies, previous miscarriages, duration of the last pregnancy), broken down into women who gave birth vaginally ($n = 93$) and by caesarean section ($n = 71$). Of the women who gave birth naturally, 21 (22.6%) were aged 18 to 25, 28 (30.1%) were aged 26 to 30, 23 (24.7%)

■ Tab. 1. Sociodemographic data of respondents ($n=164$)

Feature	Vaginal childbirth ($n = 93$)		Caesarean section ($n = 71$)	
	n	%	n	%
Age				
18-25 years	21	22.6	11	15.5
26-30 years	28	30.1	25	35.2
31-35 years	23	24.7	15	21.1
Over 35 years	21	22.6	20	28.2
Education				
Primary / Lower secondary	5	5.4	4	5.6
Vocational or secondary	32	34.4	22	31.0
Higher	56	60.2	45	63.4
Place of residence				
Rural areas	46	49.5	31	43.7
Urban areas	47	50.5	40	56.3
Marital status				
Single	6	6.5	6	8.5
Married	74	79.6	53	74.6
In an informal relationship	10	10.8	11	15.5
I am not currently in a relationship	3	3.2	1	1.4
Number of pregnancies				
One	39	41.9	60	84.5
Two	32	34.4	11	15.5
Three and more	22	23.7	0	0.0
Previous miscarriages				
Zero	69	74.2	40	56.3
One	24	25.8	18	25.4
Two and more	0	0.0	13	18.3
Duration of last pregnancy				
Preterm birth (before the end of the 37 th week)	9	9.7	15	21.1
Full-term birth (between the 38 th and 42 nd week)	70	75.3	56	78.9
Post-term birth (after the 42 nd week)	14	15.1	0	0.0

n – number of observations; % – percentage of observations

Body image and quality of sexual life in women after natural childbirth and caesarean section – preliminary report

■ Tab. 2. Sexual activity during pregnancy and time of resumption of sexual activity after delivery (n = 164)

Feature	Vaginal childbirth (n = 93)		Caesarean section (n = 71)	
	n	%	n	%
Sexual activity during pregnancy				
No	15	16.1	18	25.4
Yes	78	83.9	53	74.6
Time of resumption of sexual activity after delivery				
Less than 6 weeks	12	12.9	6	8.5
6-12 weeks	35	37.6	33	46.5
13 weeks and more	27	29.0	10	14.1
I have not become sexually active	19	20.4	22	31.0

n – number of observations; % – percentage of observations

■ Tab. 3. Change in frequency of sexual activity after giving birth (n = 164)

Feature	Vaginal childbirth (n = 93)		Caesarean section (n = 71)	
	n	%	n	%
Change in frequency of sexual activity after childbirth				
No	22	23.7	26	36.6
Yes, the frequency of sexual activity has decreased	69	74.2	42	59.2
Yes, the frequency of sexual activity has increased	2	2.2	3	4.2

n – number of observations; % – percentage of observations

■ Tab. 4. Body image and quality of sex life of respondents (n = 164)

SOC/SQoL-F	m	SD	Min	Max	Sk	Kurt	Alfa	K-W	p
Physical attractiveness	46.20	8.66	21	65	0.12	-0.35	0.875	0.06	0.200
Weight control	32.18	8.97	13	50	-0.07	-0.78	0.922	0.06	0.200
Physical fitness	30.79	7.08	14	45	-0.12	-0.52	0.900	0.07	0.064
Quality of sex life	71.45	24.14	0	100	-0.94	0.32	0.964	0.12	<0.001***

M – mean; SD – standard deviation; Min – minimum; Max – maximum; Sk – skewness; Kurt – kurtosis; α – Cronbach's alpha; K-W – Kolmogorov–Smirnov test; p – statistical significance

■ Tab. 5. Body image and quality of sex life of respondents – natural childbirth (n = 93)

SOC/SQoL-F	m	SD	Min	Max	Sk	Kurt	α	S-W	p
Physical attractiveness	45.70	8.02	29	64	0.33	-0.46	0.857	0.98	0.181
Weight control	32.10	8.78	13	50	-0.09	-0.66	0.916	0.98	0.209
Physical fitness	30.87	6.61	14	45	-0.14	-0.40	0.888	0.99	0.815
Quality of sex life	74.36	22.57	0	100	-1.24	1.42	0.962	0.88	<0.001***

Note: M – mean; SD – standard deviation; Min – minimum; Max – maximum; Sk – skewness; Kurt – kurtosis; α – Cronbach's alpha; K-W – Kolmogorov–Smirnov test; p – statistical significance

■ Tab. 6. Body image and quality of sex life of respondents – caesarean section (n = 71)

SOC/SQoL-F	m	SD	Min	Max	Sk	Kurt	α	S-W	p
Physical attractiveness	46.86	9.46	21	65	-0.11	-0.26	0.892	0.99	0.719
Weight control	32.30	9.27	13	50	-0.05	-0.90	0.931	0.98	0.190
Physical fitness	30.69	7.71	14	45	-0.10	-0.67	0.914	0.97	0.153
Quality of sex life	67.64	25.72	0	100	-0.62	-0.42	0.966	0.93	0.001**

Note: M – mean; SD – standard deviation; Min – minimum; Max – maximum; Sk – skewness; Kurt – kurtosis; α – Cronbach's alpha; K-W – Kolmogorov–Smirnov test; p – statistical significance

were aged 31 to 35, and 21 (22.6%) were over 35 years old. In the group of women who had a caesarean section, 11 (15.6%) were aged between 18 and 25, 25 (35.2%) between 26 and 30, 15 (21.1%) between 31 and 35, and 20 (28.2%) were over 35 years old. Among women who gave birth naturally, 5 (5.4%) stated that they had primary or lower secondary education, 32 (34.4%) secondary or vocational education, and 56 (60.2%) higher education. Among women who had a caesarean section, 4 (5.6%) declared primary or lower secondary education, 22 (31.0%) secondary or vocational education, and 45 (63.4%) higher education. When it comes to 46 (49.5%) women who gave birth vaginally, they were from rural areas and 47 (50.5%) were from urban areas. Among the women who had a caesarean section, 43 (43.7%) were from rural areas and 40 (56.3%) were from urban areas. Among women who gave birth naturally, 6 (6.5%) were unmarried, 74 (74.0%) were married, 10 (10.8%) were in an informal relationship and 3 (3.2%) were currently not in a relationship. In the group of women who had a caesarean section, 6 (6.5%) were unmarried, 74 (74.0%) were married, 10 (10.8%) were in an informal relationship, and 3 (3.2%) were currently not in a relationship. Among women who gave birth naturally, 39 (41.9%) were pregnant only once, 32 (34.4%) were pregnant twice, and 22 (23.7%) were pregnant three or more times. Among women who had a caesarean section, 60 (84.5%) were pregnant only once and 11 (15.5%) were pregnant twice. One in four (24; 25.8%) of the women giving birth vaginally had experienced one miscarriage, while in the group of women who had a caesarean section, 18 (25.4%) respondents had miscarried once, and 13 (18.3%) women in this group had miscarried twice or more. Among women who gave birth naturally, 9 (9.7%) had a premature birth (before the 37th week), 70 (75.3%) had a full-term delivery (between the 38th and 42nd week), and 14 (15.1%) had a post-term delivery (after the 42nd week). However, among women who had a caesarean section, 15 (21.1%) had a premature birth (before the 37th week) and 56 (78.9%) had a term birth (between the 38th and 42nd week).

During the last pregnancy, 83.9% of women who gave birth naturally and 74.6% of women who had a caesarean section remained sexually active. In the group of women who gave birth naturally, 12 (12.9%) women resumed sexual activity less than 6 weeks after giving birth, 35 (37.6%) respondents in this group resumed sexual activity between 6 and 12 weeks after giving birth, 27 (29%) resumed sexual activity more than 13 weeks after giving birth, and 19 (20.4%) have not yet resumed sexual activity after giving birth. In the group of women who had a caesarean section, 6 (8.5%) respondents resumed sexual activity less than 6 weeks after giving birth, 33 (46.5%) between 6 and 12 weeks after giving birth, 10 (14.1%) after 13 weeks since giving birth, and 22 (31%) respondents had not yet become sexually active (Tab. 2).

The frequency of sexual activity after giving birth decreased in 74.2% of women giving birth naturally and in 59.2% of respondents after a caesarean section. At the same time, an increase in this activity was noticed by only 2 (2.2%) of the respondents in the group of women after natural childbirth and 3 (4.2%) after caesarean section. The remaining respondents did not notice a change in the frequency of sexual activity after childbirth (Tab. 3).

Satisfaction with one's own body and quality of sex life

Women are moderately satisfied with their bodies in all three domains, i.e. physical attractiveness ($M = 46.2$; $SD = 8.66$), body weight control ($M = 32.18$; $SD = 8.97$) and physical fitness ($M = 30.79$; $SD = 7.08$), but these results were not statistically significant. The respondents reported a statistically significant, satisfactory quality of sexual life ($M = 71.45$; $SD = 24.14$) (Tab. 4).

The evaluation of body image and quality of sexual life was also analysed separately for women giving birth vaginally (Tab. 5) and by caesarean section (Tab. 6).

Among women who gave birth naturally, the average scores on the physical attractiveness ($M = 45.70$; $SD = 8.02$) and physical fitness ($M = 30.87$; $SD = 7.08$) subscales indicate that the respondents are not satisfied with certain aspects of their appearance, such as their lips, breasts or nose, as well as their endurance level. In contrast, the average result for the assessment of body weight control ($M = 32.10$; $SD = 6.61$) suggests that the respondents are moderately satisfied with the appearance of their body. The average score of the sexual quality of life questionnaire ($M = 74.36$; $SD = 22.57$) suggests a satisfactory level of sexual life among the respondents after a natural birth. The distribution of most of the analysed factors turned out to be left-skewed and platykurtic. The reliability of all factors was satisfactory, exceeding 0.85. Then, the Shapiro-Wilk test of distribution normality was performed (due to the group having fewer than 100 people), which showed significant deviations from normal distribution only in the case of the evaluation of the quality of sexual life (Tab. 5).

Among women who had undergone a caesarean section, the average score on the physical attractiveness subscale ($M = 46.86$; $SD = 9.46$) and body weight control subscale ($M = 32.30$; $SD = 9.27$) indicates moderate satisfaction with various aspects of their appearance, as well as with the appearance of their body. On the other hand, the average score on the physical fitness subscale ($M = 30.69$; $SD = 7.71$) indicates that the women studied are not satisfied with their endurance. In the context of the quality of sexual life, the average score of the respondents was 67.64 ($SD = 25.72$), which suggests a satisfactory level of sexual experiences. The distribution analysis showed that all factors are left-skewed and platykurtic. The reliability for the variables proved to be satisfactory, exceeding the value of 0.85. In addition, the Shapiro-Wilk test of normality was performed, which showed that the distribution was significantly different from normal only in the case of the evaluation of the quality of sexual life (Tab. 6).

DISCUSSION

Sexual health is an important and integral part of every person's life. Sexuality is influenced by a number of factors, not only individual, but also social, physical, psychological, cognitive, socio-cultural, religious, legal, political and economic. Not all processes shaping sexuality depend on the individual [13]. Pregnancy is a special time in every woman's life, during which a number of changes take place that prepare her for motherhood and directly and indirectly affect her sexual health [1, 23]. One of the factors that can contribute to the emergence of disorders in the area of sexuality during pregnancy and after childbirth is a negative perception of one's own body image [14-17].

The sexual activity of women during pregnancy may increase, decrease or remain unchanged. However, a decrease in sexual activity is most often noticeable in the third trimester because as the pregnancy progresses, a woman's perception of pain increases, and her sense of attractiveness, frequency and length of intercourse, as well as sexual desire, ability to achieve orgasm and sexual satisfaction decrease [14, 24]. Our own studies have shown that the vast majority of respondents remained sexually active during their last pregnancy (83.9% of women after a natural birth and 74.6% after a caesarean section). Lagaert et al. obtained similar results among the women they studied, 85.9% of whom remained sexually active in the third trimester of pregnancy [25]. In turn, Ilska et al. showed that 70.6% of women in uncomplicated pregnancies were sexually active and only 36.5% of women in high-risk pregnancies [26].

The postpartum period is a time during which the woman's body recovers from pregnancy and the couple adjusts to their parental roles. After 6 weeks, it is possible to resume sexual activity. Some couples decide to start having sex during the postpartum period, sometimes as early as 2 weeks after giving birth [23, 27]. In our own studies, we found that only about 10% of the women studied had resumed sexual activity by the end of the sixth week after giving birth. The vast majority of women reported that the frequency of sexual activity had decreased during the period after giving birth. Independent factors that influence the occurrence of sexual dysfunction at this time are age, breastfeeding, fatigue, depression, lack of sexual activity in the first trimester, body image after childbirth, fear of getting pregnant again and accompanying urinary tract infections. Within 6 months of giving birth, 90-95% of women resume sexual activity [14].

Pregnancy is considered to be a time when concerns about weight gain and body image may be perceived as less important, however, research shows that pregnant women continue to value their pre-pregnancy appearance standards during pregnancy and feel anxious about meeting these standards after giving birth [28]. The perception of one's own body during pregnancy affects many aspects of life, including sex life. A negative body image can predispose to the emergence of mental and sexual disorders, and consequently interfere with the course of pregnancy and childbirth [9-10, 15, 29]. In addition, it has a negative impact on bonding with the child [1]. Studies show that dissatisfaction with one's own body is

constant during pregnancy and tends to increase in the postpartum period [30]. The studied group of women was moderately satisfied with their body image, both in the subgroup of women after natural childbirth and after caesarean section. Erbil et al. [31] obtained similar results; the postpartum women they studied had an average perception of their bodies. They also proved that the higher the BMI, the lower the self-esteem. The postpartum body image can also influence the choice of baby feeding method. One method of improving self-esteem and body image is psychological support for women and cognitive behavioural therapy [32-33].

Sexual satisfaction is one of the many components of a woman's sex life. In the postpartum period, as many as one in two women experience sexual dysfunction [11]. The average score on the Sexual Quality of Life-Female Questionnaire (SQoL-F) among the women who completed the questionnaire was satisfactory, at 71.45 points in the group who had given birth vaginally and 67.64 points in the group who had had a caesarean section. This indicates a satisfactory quality of sex life among the respondents. Stadnicka et al. [11] also used this tool to examine the quality of sexual life in postpartum women and obtained similar results. The subjective evaluation of sexual satisfaction in the group they studied averaged 75.47 points. Sexual health is an important part of life, therefore the issue of sexuality should be included in prenatal education for women to prevent negative consequences [34].

Study limitations

The limitations of this study may stem from the fact that the study group represented only the eastern part of Poland and therefore may not be representative of the entire population of women who have given birth vaginally or by caesarean section. The second limitation of the study may result from the fact that a convenient sampling method was used, consisting in the selection of participants based on their availability and proximity, which, in turn, does not allow to generalise the results of this study. The results of the study indicate the need for further research on this issue.

CONCLUSIONS

Only a few respondents had engaged in sexual activity within the first six weeks after either a vaginal birth or a caesarean section. By the end of the 12th week postpartum, every second woman in both groups had resumed sexual activity. Most of the respondents did not notice any changes in the frequency of sexual activity, and the quality of their sex life was rather satisfactory. The majority of the respondents were moderately satisfied with their own bodies in each of the domains studied, and this satisfaction did not depend on the method of delivery.

Obraz ciała i jakość życia seksualnego u kobiet po porodzie drogami natury i po cięciu cesarskim – doniesienie wstępne

WPROWADZENIE

Ciąża i poród to szczególne wydarzenia w życiu kobiety, które wpływają na wiele obszarów i dziedzin życia. W tym czasie ciało i psychika kobiety przechodzi szereg zmian, które mają na celu przygotowanie do macierzyństwa [1-3]. Obraz ciała to wielowymiarowe pojęcie, odnoszące się do oceny, odczuć i postawy wobec własnego ciała jako całości, ale również jego poszczególnych części [4]. Wpływ na postrzeganie własnego ciała ma nie tylko wizerunek zewnętrzny, oddziałując na niego również aspekty biologiczne, psychologiczne czy społeczne [1]. Dodatkowo istotną rolę odgrywają również media i sposób przedstawiania w nich obrazu ciała [5-6]. Nawet 80%-90% kobiet postrzega negatywnie obraz własnego ciała, a niezadowolenie z własnego ciała jest większe szczególnie w czasie ciąży i po porodzie [7-8]. Może to prowadzić do pojawienia się zaburzeń psychicznych takich jak lęk czy też depresja, co z kolei wpływa negatywnie na proces adaptacji kobiety do macierzyństwa. W konsekwencji może zaburzać przebieg ciąży i porodu. Ciężarne niezadowolone ze swojego ciała są czterokrotnie bardziej narażone na wystąpienie u nich lęku lub depresji poporodowej, w porównaniu do zdrowych kobiet [9-10]. Badania podkreślają również, że negatywny obraz własnego ciała może zaburzać tworzenie więzi matka-dziecko [1].

Zmiany zachodzące w czasie ciąży wpływają również na funkcjonowanie seksualne kobiety, a w szerszej perspektywie bezpośrednio na zdrowie seksualne [11]. Według definicji WHO zdrowie seksualne to *stan dobrego samopoczucia fizycznego, emocjonalnego, umysłowego i społecznego w odniesieniu do seksualności; nie oznacza on jedynie braku choroby, dysfunkcji czy niedołążeńności* [12]. Na zdrowie seksualne bezpośrednio wpływa szereg czynników fizycznych, psychologicznych, poznawczych, społeczno-kulturowych, religijnych, prawnych, politycznych i ekonomicznych, na niektóre z nich jednostka ma niewielki wpływ lub żaden [13]. Jednym z ważnych predyktorów satysfakcji z życia seksualnego jest także postrzeganie własnego ciała przez kobiety. Zmiany pojawiające się w ciąży, takie jak przyrost masy ciała, żylaki, rozstępy, wpływają negatywnie na obraz własnego ciała. Badania pokazują, że zaburzone postrzeganie siebie przez kobietę może prowadzić do pojawienia się dysfunkcji seksualnych, co przekłada się na obniżenie jakości życia seksualnego. Z kolei zaburzenia w obszarze seksualności wpływają negatywnie na jakość życia [14-17].

CEL PRACY

Celem pracy było sprawdzenie jaki obraz ciała i jakości życia seksualnego charakteryzują kobiety po porodzie drogami natury i po cięciu cesarskim.

MATERIAŁ I METODY

Badania prowadzono w okresie od 1. grudnia 2023 roku do 30. kwietnia 2024 roku. Kryteriami włączenia do badań były: ukończony 18. rok życia, pisemna zgoda na udział w badaniu, okres od 6. tygodnia połogu do końca 6. miesiąca po porodzie. Udział w badaniu wzięło 164 ankietowane (93 kobiety po porodzie drogami natury i 71 kobiet po cięciu cesarskim). Grupę badaną stanowiły pacjentki dwóch poradni ginekologiczno-położniczych na terenie województwa lubelskiego. Przeprowadzone badania były dobrowolne i anonimowe, zrealizowane zgodnie z założeniami Deklaracji Helsińskiej i za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie nr KE-0254/62/03/2022. Zgromadzony materiał został poddany analizie statystycznej i opisowej.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, zawierającego pytania dotyczące danych socjodemograficznych, przeszłości położniczej kobiet oraz ich doświadczeń okołoporodowych. Dodatkowo użyto dwóch narzędzia standaryzowanych:

- 1) Skala Oceny Ciała – SOC (Body Esteem Scale – BES);
- 2) Kwestionariusz Jakości Życia w Odniesieniu do Seksu (The Sexual Quality of Life – SQoL-F);

Skala Oceny Ciała jest narzędziem umożliwiającym określenie stosunku badanych do własnego ciała, wyróżniającym się wielowymiarowością. Opracowana została przez Frazoni i Shields w 1984 roku [18]. Wykorzystywana jest w wielu kulturach i regionach na świecie, a polska adaptacja Lipowskiej i Lipowskiego powstała w 2013 roku [19]. Skala składa się z 35 stwierdzeń w trzech podskalach – atrakcyjność seksualna, kontrola ciężaru ciała i kondycja fizyczna. Podskala atrakcyjności seksualnej odnosiła się do komponentów wyglądu zewnętrznego, których nie da się modyfikować przez np. ćwiczenia fizyczne. Należały do nich: nos, usta, uszy, podbródek, piersi, wygląd oczu, policzki, twarz, popęd płciowy, organy płciowe, aktywność seksualna, włosy na ciele, zapach ciała. Kontrola ciężaru ciała to podskala, która odnosiła się do tych części ciała, których wygląd można poprawić poprzez różne działania, w tym poprzez aktywność fizyczną i dietę. W tej grupie zawierały się: apetyt, talia, uda, budowa ciała, pośladki, biodra, nogi, figura, brzuch, ciężar ciała. W skład kondycji fizycznej wchodziły: wydolność fizyczna, refleksy, siła mięśni, stopień energii, koordynacja fizyczna, pobudliwość, zdrowie, warunki fizyczne. Na pytania badane udzielały odpowiedzi w 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznaczał mam silnie negatywne odczucia, 2 – mam umiarkowanie negatywne odczucia, 3 – nie posiadam żadnych odczuć, 4 – mam umiarkowanie pozytywne odczucia, 5 – mam mocno pozytywne odczucia. Zebrane dane zostały podzielone na kategorie w zależności od otrzymanych zsu-

mowanych wartości liczbowych, odpowiadających stosunkowi do własnego ciała: niska (silnie negatywne i umiarkowanie negatywne odczucia), przeciętna (ani pozytywne ani negatywne odczucia), wysoka (umiarkowanie pozytywne i mocno pozytywne odczucia) (Lipowska i Lipowski, 2013). Maksymalny wynik z kwestionariusza wynosi 175 punktów. Wyniki otrzymywane są po zsumowaniu wszystkich punktów, a wraz ze wzrostem liczby punktów rośnie pozytywna ocena własnego ciała. Współczynnik α -Cronbacha polskiej wersji testu dla kobiet wynosi 0,92, natomiast współczynniki rzetelności dla poszczególnych czynników wyniosły 0,80 dla podskali atrakcyjności seksualnej, 0,89 dla podskali kontroli masy ciała i 0,82 dla podskali kondycji fizycznej [19].

Kwestionariusz jakości życia w odniesieniu do seksu w wersji dla kobiet jest narzędziem odnoszącym się do stanu emocjonalnego kobiety, problemów w relacji z partnerem oraz poczucia własnej wartości seksualnej w odniesieniu do związku, w którym badana kobieta się znajduje. Został on opracowany przez Symondsa i wsp. [20]. Składa się z 18 stwierdzeń dotyczących myśli i uczuć związanych z życiem seksualnym. Każde ze stwierdzeń zawiera możliwe odpowiedzi w sześciostopniowej skali, od całkowicie się zgadzam do całkowicie się nie zgadzam. Odpowiedzi mają nadaną wartość od 1 pkt. do 6 pkt., co daje łączny wynik od 18 do 108 punktów. Kwestionariusz obejmuje cztery podskale: myśli o życiu seksualnym (7- 42 punktów), satysfakcja ze związku i satysfakcja seksualna (5-30 punktów), samoocena (3-18 punktów), represja seksualna (3-18 punktów). Aby otrzymaną punktację znormalizować do wyniku 0-100, należy zastosować następujący algorytm: Wynik znormalizowany = (wynik nieznormalizowany – 18) x 100/90. Zgodnie z założeniami autorów kwestionariusza, wyniki są obliczane jako ogólny łączny wynik, a nie jako oddzielne domeny, zatem im wyższy wynik, tym lepsza jest jakość życia seksualnego [21]. W zależności od liczby uzyskanych punktów respondentki podzielono na cztery grupy: 0-25 punktów oznaczało niską jakość życia seksualnego, 26-50 punktów – umiarkowaną, 51-75 punktów – zadowalającą, a 76 – 100 punktów – dobrą /bardzo dobrą [22].

Cechy mierzalne opisano za pomocą podstawowych miar statystycznych: średnia, odchylenie standardowe, minimum, maksimum, skośność, kurtoza. Sprawdzono normalność rozkładu analizowanych zmiennych za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa (w przypadku całej populacji liczącej ponad 100 osób) oraz testem Shapiro-Wilka (w przypadku grup poniżej 100 osób). Test normalności wykazał rozkład istotnie różny od normalnego w przypadku oceny jakości życia seksualnego. Dla zmiennych, których rozkład był zgodny z normalnym (ocena ciała), analiza została przeprowadzona za pomocą testu t-Studenta dla prób niezależnych oraz jednoczynnikową analizą ANOVA, dla porównania trzech i więcej grup względem zmiennej na skali ilościowej. Natomiast analizy dla zmiennych, które nie wykazały rozkładu zgodnego z normalnym (ocena jakości życia seksualnego) zostały przeprowadzone za pomocą testu u Manna-Whitney'a dla porównania dwóch grup względem zmiennej na skali ilościowej oraz H Kruskala-Wallisa, dla porównania trzech i więcej grup względem zmiennej

ilościowej. Związki między zmiennymi przeprowadzono za pomocą korelacji rho Spearmana (za pomocą, której skorelowano zmienne na skali ilościowej, ze względu na to, że nie wszystkie zmienne spełniły założenie o rozkładzie normalnym). Badanie przeprowadzono przy użyciu oprogramowania IBM SPSS Statistics, przyjmując trzy poziomy istotności: $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$.

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka badanej grupy

W tabeli 1 przedstawiono dane socjodemograficzne badanych (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny) oraz dane dotyczące przeszłości położniczej (liczba ciąż, poronień, czas trwania ostatniej ciąży), z podziałem na kobiety po porodzie siłami natury ($n = 93$) i po cięciu cesarskim ($n = 71$). Spośród kobiet, które rodziły drogami natury, 21 (22,6%) miało od 18 do

25 lat, 28 (30,1%) mieściło się w przedziale wiekowym od 26 do 30 lat, 23 (24,7%) miało od 31 do 35 lat, a 21 (22,6%) było powyżej 35 lat. Natomiast w grupie kobiet, które urodziły się przez cesarskie cięcie, 11 (15,6%) miało od 18 do 25 lat, 25 (35,2%) w wieku od 26 do 30 lat, 15 (21,1%) w wieku od 31 do 35 lat, a 20 (28,2%) było powyżej 35 lat. W grupie kobiet, które rodziły drogami natury, 5 (5,4%) kobiet podało, że ma wykształcenie podstawowe lub gimnazjalne, 32 (34,4%) średnie lub zawodowe, a 56 (60,2%) wyższe. Natomiast wśród kobiet, które przeszły cesarskie cięcie, 4 (5,6%) deklarowały wykształcenie podstawowe lub gimnazjalne, 22 (31,0%) średnie lub zawodowe, a 45 (63,4%) wyższe. Z obszarów wiejskich pochodziło 46 (49,5%), a z miasta 47 (50,5%) kobiet, które urodziły drogami natury. W grupie kobiet, które miały cesarskie cięcie 43 (43,7%) pochodziło ze wsi, a 40 (56,3%) respondentek pochodziło z miasta. Wśród kobiet, które urodziły drogami natury, 6 (6,5%) to osoby niezamężne, 74 (74,0%) żyjące w małżeństwie, 10 (10,8%) w związku nieformalnym i 3 (3,2%) obecnie nie mające partnera. Natomiast w grupie kobiet, które przeszły cesarskie cięcie, 6 (6,5%) to osoby niezamężne, 74 (74,0%) żyją w małżeństwie, 10 (10,8%) mają związek nieformalny, a 3 (3,2%) obecnie nie mają partnera. W grupie kobiet rodzących naturalnie, 39 (41,9%) było w ciąży tylko raz, 32 (34,4%) doświadczyło dwóch ciąż, a 22 (23,7%) miało trzy lub więcej ciąż. Natomiast wśród kobiet po cesarskim cięciu, 60 (84,5%) było w ciąży tylko raz, a 11 (15,5%) miało dwie ciążę. Co czwarta (24; 25,8%) z kobiet rodzących drogą naturalną doświadczyło jednego poronienia, natomiast w grupie kobiet po cięciu cesarskim, raz poroniło 18 (25,4%) respondentek, zaś 13 (18,3%) kobiet z tej grupy poroniło dwa i więcej razy. Spośród kobiet, które rodziły drogą naturalną, u 9 (9,7%) ciąża zakończyła się porodem przedwczesnym (przed 37 tygodniem), u 70 (75,3%) ciąża zakończyła się porodem w terminie (między 38 a 42 tygodniem), a u 14 (15,1%) ciąża zakończyła się porodem po terminie (po 42 tygodniu). Natomiast u kobiet po cesarskim cięciu, u 15 (21,1%) ciąża zakończyła się porodem przedwczesnym (przed 37 tygodniem), a u 56 (78,9%) ciąża zakończyła się porodem w terminie (między 38 a 42 tygodniem).

W czasie trwania ostatniej ciąży 83,9% kobiet po porodzie drogami natury oraz 74,6% po cięciu cesarskim utrzymywało aktywność seksualną. W grupie rodzących drogami natury 12 (12,9%) kobiet podjęło aktywność seksualną po mniej niż 6. tygodniach od porodu, 35 (37,6%) respondentek z tej grupy wznowiły swoją aktywność po upływie 6.–12. tygodni, 27 (29%) po więcej niż 13. tygodniach od porodu, a 19 (20,4%) nie podjęło jeszcze aktywności po porodzie. Z kolei w grupie kobiet po cięciu cesarskim 6 (8,5%) ankietowanych podjęła aktywność seksualną po mniej niż 6. tygodniach od porodu, 33 (46,5%) po upływie 6.–12. tygodni, 10 (14,1%) po 13. tygodniach od porodu, a 22 (31%) badane nie podjęły jeszcze aktywności (Tab. 2).

Częstość współżycia po porodzie zmniejszyła się u 74,2% kobiet rodzących drogą naturalną oraz u 59,2% respondentek po cesarskim cięciu. Jednocześnie wzrost tej aktywności zauważyły tylko 2 (2,2%) badane w grupie

Tab. 1. Dane socjodemograficzne badanych ($n=164$)

Cecha	Poród naturalny ($n = 93$)		Cesarskie cięcie ($n = 71$)	
	n	%	n	%
Wiek				
18-25 lat	21	22,6	11	15,5
26-30 lat	28	30,1	25	35,2
31-35 lat	23	24,7	15	21,1
Powyżej 35 lat	21	22,6	20	28,2
Wykształcenie				
Podstawowe / Gimnazjalne	5	5,4	4	5,6
Średnie lub zawodowe	32	34,4	22	31,0
Wyższe	56	60,2	45	63,4
Miejsce zamieszkania				
Wieś	46	49,5	31	43,7
Miasto	47	50,5	40	56,3
Stan cywilny				
Panna	6	6,5	6	8,5
Mężatka	74	79,6	53	74,6
W związku nieformalnym	10	10,8	11	15,5
Obecnie nie jestem w związku	3	3,2	1	1,4
Liczba ciąż w wywiadzie				
Jedna	39	41,9	60	84,5
Dwie	32	34,4	11	15,5
Trzy i więcej	22	23,7	0	0,0
Poronienia w wywiadzie				
Zero	69	74,2	40	56,3
Jedno	24	25,8	18	25,4
Dwa i więcej	0	0,0	13	18,3
Czas trwania ostatniej ciąży				
Poród przedwczesny (przed końcem 37. tyg.)	9	9,7	15	21,1
Poród o czasie (między 38. – 42. tyg.)	70	75,3	56	78,9
Poród po terminie (po 42. tyg.)	14	15,1	0	0,0

n – liczba obserwacji; % – procent obserwacji

■ Tab. 2. Aktywność seksualna w czasie ciąży i czas podjęcia aktywności seksualnej po porodzie (n = 164)

Cecha	Poród naturalny (n = 93)		Cesarskie cięcie (n = 71)	
	n	%	n	%
Aktywność seksualna w czasie ciąży				
Nie	15	16,1	18	25,4
Tak	78	83,9	53	74,6
Czas podjęcia aktywności seksualnej po porodzie				
Mniej niż 6 tygodni	12	12,9	6	8,5
6-12 tygodni	35	37,6	33	46,5
13 i więcej tygodni	27	29,0	10	14,1
Nie podjęłam aktywności seksualnej	19	20,4	22	31,0

n – liczba obserwacji; % – procent obserwacji

■ Tab. 3. Zmiana częstość współżycia seksualnego po porodzie (n = 164)

Cecha	Poród naturalny (n = 93)		Cesarskie cięcie (n = 71)	
	n	%	n	%
Zmiana w częstości współżycia po porodzie				
Nie	22	23,7	26	36,6
Tak, częstość współżycia zmalała	69	74,2	42	59,2
Tak, częstość współżycia wzrosła	2	2,2	3	4,2

n – liczba obserwacji; % – procent obserwacji

■ Tab. 4. Obraz ciała i jakość życia seksualnego badanych (n = 164)

SOC/SQoL-F	m	SD	Min	Max	Sk	Kurt	Alfa	K-W	p
Atrakcyjność fizyczna	46,20	8,66	21	65	0,12	-0,35	0,875	0,06	0,200
Kontrola masy ciała	32,18	8,97	13	50	-0,07	-0,78	0,922	0,06	0,200
Kondycja fizyczna	30,79	7,08	14	45	-0,12	-0,52	0,900	0,07	0,064
Jakość życia seksualnego	71,45	24,14	0	100	-0,94	0,32	0,964	0,12	<0,001***

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Max – maksimum; Sk – skośność; Kurt – kurtoza;
α – Alfa Cronbacha; K-W – test Kolmogorowa-Smirnowa; p – istotność statystyczna

■ Tab. 5. Obraz ciała i jakość życia seksualnego badanych – poród naturalny (n = 93)

SOC/SQoL-F	m	SD	Min	Max	Sk	Kurt	α	S-W	p
Atrakcyjność fizyczna	45,70	8,02	29	64	0,33	-0,46	0,857	0,98	0,181
Kontrola masy ciała	32,10	8,78	13	50	-0,09	-0,66	0,916	0,98	0,209
Kondycja fizyczna	30,87	6,61	14	45	-0,14	-0,40	0,888	0,99	0,815
Jakość życia seksualnego	74,36	22,57	0	100	-1,24	1,42	0,962	0,88	<0,001***

Adnotacja: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Max – maksimum; Sk – skośność;
Kurt – kurtoza; α – Alfa Cronbacha; K-W – test Kolmogorowa-Smirnowa; p – istotność statystyczna

■ Tab. 6. Obraz ciała i jakość życia seksualnego badanych – cesarskie cięcie (n = 71)

SOC/SQoL-F	m	SD	Min	Max	Sk	Kurt	α	S-W	p
Atrakcyjność fizyczna	46,86	9,46	21	65	-0,11	-0,26	0,892	0,99	0,719
Kontrola masy ciała	32,30	9,27	13	50	-0,05	-0,90	0,931	0,98	0,190
Kondycja fizyczna	30,69	7,71	14	45	-0,10	-0,67	0,914	0,97	0,153
Jakość życia seksualnego	67,64	25,72	0	100	-0,62	-0,42	0,966	0,93	0,001**

Adnotacja: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Max – maksimum; Sk – skośność;
Kurt – kurtoza; α – Alfa Cronbacha; K-W – test Kolmogorowa-Smirnowa; p – istotność statystyczna

kobiet po porodzie drogami natury i 3 (4,2%) po cięciu cesarskim. Pozostałe respondenci nie dostrzegły zmiany w częstotliwości współżycia po porodzie (Tab. 3).

Zadowolenie z własnego ciała i jakość życia seksualnego

Kobiety są zadowolone na poziomie przeciętnym z własnego ciała we wszystkich trzech domenach, tj. atrakcyjność fizyczna (M = 46,2; SD = 8,66), kontrola masy ciała (M = 32,18; SD = 8,97) i kondycja fizyczna (M = 30,79; SD = 7,08), jednak wyniki te nie były istotne statystycznie. Ankietowane charakteryzuje, statystycznie istotna, zadowalająca jakość życia seksualnego (M = 71,45; SD = 24,14) (Tab. 4).

Przeanalizowano również ocenę obrazu ciała i jakości życia seksualnego z podziałem na kobiety rodzące drogami natury (Tab. 5) i cięciem cesarskim (Tab. 6).

Wśród kobiet po porodzie drogami natury średnie wyniki oceny podskali atrakcyjności fizycznej (M = 45,70; SD = 8,02) i kondycji fizycznej (M = 30,87; SD = 7,08) wskazują, że ankietowane nie są zadowolone z niektórych aspektów swojego wyglądu, takich jak np. usta, piersi czy też nos, a także z poziomu swojej wytrzymałości. Natomiast średni wynik dla oceny kontroli masy ciała (M = 32,10; SD = 6,61) sugeruje, że badane są umiarkowanie zadowolone z wyglądu swojej sylwetki. Średni wynik badania jakości życia seksualnego (M = 74,36; SD = 22,57) sugeruje zadowalający poziom życia seksualnego wśród badanych po porodzie drogami natury. Rozkład większości analizowanych czynników okazał się lewo-skośny i platykurtyczny. Rzetelność wszystkich czynników okazała się zadowalająca, przekraczająca wartość 0,85. Następnie przeprowadzono test normalności rozkładu Shapiro-Wilka (ze względu na grupę liczącą poniżej 100 osób), który wykazał istotne różnice od rozkładu normalnego jedynie w przypadku oceny jakości życia seksualnego (Tab. 5).

Wśród kobiet po cięciu cesarskim, średnia ocena podskali atrakcyjności fizycznej (M = 46,86; SD = 9,46) i kontroli masy ciała (M = 32,30; SD = 9,27) wskazuje na umiarkowane zadowolenie z różnych cech swojego wyglądu, a także z wyglądu swojej sylwetki. Natomiast średnia ocena podskali kondycji fizycznej (M = 30,69; SD = 7,71) wskazuje, że badane kobiety nie są zadowolone ze swojej wytrzymałości. W kontekście jakości życia seksualnego, wynik badanych wyniósł średnio 67,64 (SD = 25,72), co sugeruje zadowalający poziom doświadczeń seksualnych. Analiza rozkładu pokazała, że wszystkie czynniki posiadają charakter lewo-skośny i platykurtyczny. Rzetelność dla zmiennych okazała się zadowalająca, przekraczając wartość 0,85. Dodatkowo, przeprowadzono test normalności rozkładu Shapiro-Wilka, który wykazał rozkład istotnie różny od normalnego, jedynie w przypadku oceny jakości życia seksualnego (Tab. 6).

DYSKUSJA

Zdrowie seksualne jest ważną i nieodłączną częścią życia każdego człowieka. Wpływ na seksualność ma szereg czynników, nie tylko osobniczych, ale również społecznych, fizycznych, psychologicznych, poznawczych, społeczno-kulturowych, religijnych, prawnych, politycznych i ekonomicznych. Nie wszystkie procesy kształtujące seksualność są zależne od danej jednostki [13]. Ciąża jest szczególnym czasem w życiu każdej kobiety, podczas której zachodzi szereg zmian, przygotowujących do macierzyństwa, które bezpośrednio i pośrednio wpływają na zdrowie seksualne kobiety [1, 23]. Jednym z czynników mogących przyczynić się do pojawienia się zaburzeń w obszarze seksualności w ciąży i po porodzie jest negatywne postrzeganie obrazu własnego ciała [14-17].

Aktywność seksualna kobiet w okresie ciąży może się zwiększać, zmniejszać lub nie ulegać zmianie. Najczęściej jednak spadek aktywności seksualnej zauważalny jest w III trymestrze, ponieważ wraz z postępem ciąży, odczuwanie bólu u kobiety wzrasta, a jej poczucie atrakcyjności, częstotliwość i długość stosunków, a także pożądanie seksualne, zdolność do osiągnięcia orgazmu i satysfakcja seksualna maleją [14, 24]. Badania własne wykazały, że zdecydowana większość ankietowanych utrzymywała aktywność seksualną w trakcie trwania ostatniej ciąży (83,9% kobiet po porodzie drogami natury i 74,6% po cięciu cesarskim). Podobne wyniki uzyskała Lagaert i wsp., wśród badanych przez nich kobiet, 85,9% pozostawało aktywnych seksualnie w III trymestrze ciąży [25]. Z kolei Iłska i wsp. wykazali, że 70,6% kobiet w ciąży fizjologicznej było aktywnych seksualnie i tylko 36,5% kobiet w ciąży zagrożonej [26].

Połów jest czasem, podczas którego w ciele kobiety cofają się zmiany ciążowe, a para przystosowuje się do pełnienia swoich ról rodzicielskich. Po upływie 6 tygodni możliwy jest powrót do aktywności seksualnej. Niektóre pary decydują się na rozpoczęcie współżycia w okresie połogu, nawet po upływie ok. 2 tygodni od porodu [23,27]. W badaniach własnych dowiedziono, że tylko ok. 10% badanych kobiet podjęło aktywność seksualną przed upływem 6 tygodnia połogu. Zdecydowana większość kobiet zadeklarowała, że częstotliwość współżycia w połogu zmniejszyła się. Czynniki niezależnymi, które wpływają na pojawienie się dysfunkcji seksualnych w tym czasie jest wiek, karmienie piersią, zmęczenie, depresja, brak aktywności seksualnej w pierwszym trymestrze, obraz ciała po porodzie, obawy o ponowne zajście w ciążę i towarzyszące infekcje dróg moczowych. W ciągu 6 miesięcy od porodu aktywność seksualną podejmuje 90-95% kobiet [14].

Ciąża uznawana jest za czas, w którym obawy dotyczące przyrostu masy ciała i sylwetki mogą być uważane za mniej ważne, jednak badania naukowe wykazują, że kobiety w ciąży nadal uznają swoje standardy wyglądu sprzed ciąży w trakcie ciąży i odczuwają obawy dotyczące spełnienia tych standardów po porodzie [28]. Postrzeganie własnego ciała w okresie ciąży ma wpływ na wiele aspektów życia, w tym także życia seksualnego. Negatywna ocena obrazu ciała może predysponować

do pojawienia się zaburzeń psychicznych i seksualnych, a w konsekwencji zaburzać przebieg ciąży i porodu [9-10, 15, 29]. Dodatkowo wpływa negatywnie na budowanie relacji z dzieckiem [1]. Badania pokazują, że niezadowolenie z własnego ciała jest stałe w czasie ciąży i ma tendencję wzrostową w okresie poporodowym [30]. Badana grupa kobiet była umiarkowanie zadowolona z obrazu własnego ciała, zarówno w podgrupie kobiet po porodzie naturalnym, jak i po cięciu cesarskim. Podobne wyniki uzyskała Erbil i wsp. [31], badane przez nich kobiety w okresie poporodowym postrzegały swoje ciało na przeciętnym poziomie. Dodatkowo dowiedli oni, że wraz ze wzrostem BMI obniża się ocena własnego ciała. Obraz ciała w okresie poporodowym może predysponować także do wyboru sposobu karmienia dziecka. Jedną z metod poprawy poczucia własnej wartości i obrazu ciała jest wsparcie psychologiczne kobiet i terapia poznawczo-behawioralna [32-33].

Satysfakcja seksualna jest jedną z wielu składowych życia seksualnego kobiety. W okresie poporodowym nawet co druga kobieta doświadcza dysfunkcji seksualnych [11]. Średnia ocena punktowa z kwestionariusza jakości życia seksualnego (SQoL-F) wśród ankietowanych kobiet była zadowalająca i wynosiła 71,45 pkt. w grupie po porodzie drogami natury i 67,64 pkt. w grupie po cięciu cesarskim. Świadczy to o zadowalającej jakości życia seksualnego wśród badanych. Stadnicka i wsp. [11] również badały jakość życia seksualnego kobiet w okresie poporodowym przy pomocy tego narzędzia i uzyskały podobne wyniki. Subiektywna ocena satysfakcji seksualnej w badanej przez nich grupie wynosiła średnio 75,47 pkt. Zdrowie seksualne jest ważną częścią życia, dlatego należy włączyć zagadnienie dotyczące seksualności do przedporodowej edukacji kobiet, aby zapobiec negatywnym konsekwencjom [34].

Ograniczenie badań

Ograniczenia niniejszych badań mogą wynikać z faktu, że badana grupa reprezentowała tylko wschodnią część Polski, a zatem może nie być reprezentatywna dla całej populacji kobiet zarówno po porodzie drogami natury, jak i po cięciu cesarskim. Drugie ograniczenie badania może wynikać z tego, że zastosowano wygodną metodę doboru próby, polegającą na wyborze uczestników ze względu na ich dogodną dostępność i bliskość, co z kolei nie pozwala na uogólnienie wyników tych badań. Wyniki badania wskazują na potrzebę prowadzenia dalszych dociekań w odniesieniu do tej kwestii.

WNIOSKI

Aktywność seksualną w ciągu pierwszych 6 tygodni po porodzie drogami natury i przez cięcie cesarskie podjęły tylko nieliczne badane, a do końca 12 tygodnia po porodzie co druga w obu grupach. Większość respondentek nie zauważyła zmian w częstotliwości współżycia, a ich jakość życia seksualnego była raczej zadowalająca. Większość badanych charakteryzowało przeciętne zadowolenie z własnego ciała w każdej z badanych domen i nie było ono zależne od sposobu ukończenia ciąży.

ORCID

Aleksandra Kołpa  <https://orcid.org/0000-0002-4960-9007>
 Anna Jaśkiewicz  <https://orcid.org/0009-0001-2265-6700>
 Angelika Doroszewska  <https://orcid.org/0000-0003-0001-7793>
 Agnieszka Bałanda-Bałdyga  <https://orcid.org/0000-0001-5351-8063>
 Marta Monist  <https://orcid.org/0000-0002-6058-2001>
 Anna Pilewska-Kozak  <https://orcid.org/0000-0003-4562-2295>

REFERENCES/PIŚMIENNICTWO

- Hodgkinson EL, Smith DM, Wittkowski A. Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14(330): 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-330>
- Libová L, Debnárová J, Solgajová A, et al. The impact of early mobilization through a tele-education program on health condition of mothers after caesarean section. *Piel*. XXI w. 2024; 4(89): 285-289. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2024-0041>
- Filausová D, Belešová R, Trešlová M, et al. Midwifery support and intervention in the framework of care for women with mental disorders during the postpartum period. *Piel*. XXI w. 2024; 1(86): 58-64. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2024-0006>
- Grogan S. *Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children* (4th Edition). Routledge. 2021; s. 2-14. <https://doi.org/10.4324/9781003100041>
- Becker E, Rodgers RF, Zimmerman E. #Body goals or #Bopo? Exposure to pregnancy and post-partum related social media images: Effects on the body image and mood of women in the peri-pregnancy period. *Body Image*. 2022; 42: 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.04.010>
- Coyne SM, Liechty T, Collier KM, et al. The effect of media on body image in pregnant and postpartum women. *Health Commun*. 2018; 33 (7): 793-799. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1314853>
- Shen MD, Gao RT, Chen SB. The effectiveness of interventions on improving body image for pregnant and postpartum women: a systematic review of randomized clinical trials. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024; 24(1): 581: 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06787-3>
- Tang L, Tiggemann M, Haines J. Fitmom: an experimental investigation of the effect of social media on body dissatisfaction and eating and physical activity intentions, attitudes, and behaviours among postpartum mothers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22(1): 766: 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05089-w>
- Riquin E, Lamas C, Nicolas I, et al. A key for perinatal depression early diagnosis: the body dissatisfaction. *J. Affect. Disord*. 2019; 245: 340-347. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.032>
- Hartley E, Hill B, McPhie S, et al. The associations between depressive and anxiety symptoms, body image, and weight in the first year postpartum: a rapid systematic review. *J. Reprod. Infant. Psychol*. 2018; 36(1): 81-101. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1396301>
- Stadnicka G, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak A, et al. The sexual satisfaction of women after labour — part II. *Nursing Problems*. 2015; 23(3): 362-366. <https://doi.org/10.5603/PP.2015.0059>
- World Health Organization. *Sexual health: Working definitions* (2006). Available at: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>. Accessed 06.12.2024r.
- World Health Organization. *Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators* (2010). Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-10.12>. Accessed 06.12.2024r.
- Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int. Urogynecol. J*. 2014; 25(1): 5-14. <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2118-7>
- Grussu P, Vicini B, Quattraro RM. Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sex Reprod. Health*. 2021; 30: 100668: 1-29. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100668>
- Hajimirzaie SS, Tehrani N, Razavinia F, et al. Evaluation of Couple's Sexual Function after Childbirth with the Biopsychosocial Model: A Systematic Review of Systematic Reviews and Meta-Analysis. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res*. 2021; 26(6): 469-478. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_426_20
- Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, et al. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: A systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2022; 129(7): 1017-1028. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16934>
- Franzoi SL, Shields SA. The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *J. Pers. Assess*. 1984; 48(2): 173-178. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4802_12
- Lipowska M, Lipowski M. Polish normalization of the Body Esteem Scale. *Health Psychol. Rep*. 2013; 1: 72-81. <https://doi.org/10.5114/hpr.2013.40471>
- Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *J. Sex Marital. Ther*. 2005; 31(5): 385-397. <https://doi.org/10.1080/00926230591006502>
- Białek K, Szwabowicz K, Świercz G. Sexual quality of life and female sexual function in women after fetal death. *Ginekol. Pol*. 2022; 93(10): 811-819. <https://doi.org/10.5603/GP.a2022.0089>
- Stadnicka G, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak A, et al. The sexual satisfaction of women after labour — part I. *Nursing Problems*. 2015; 23(3): 357-361. <https://doi.org/10.5603/PP.2015.0058>
- Delibalta RT, Çilgin H. Comparison of primipara women's pre-pregnancy, pregnancy, and postpartum sexual lives. *J. Surg. Med*. 2020; 4(11): 1018-1022. <https://doi.org/10.28982/josam.765082>
- Alizadeh S, Riaz H, Majd HA, et al. The effect of sexual health education on sexual activity, sexual quality of life, and sexual violence in pregnancy: a prospective randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21(1): 334: 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03803-8>
- Lagaert L, Weyers S, Van Kerrebroeck H, et al. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *Eur. J. Contracept Reprod. Health Care*. 2017; 22(3): 200-206. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1315938>
- Iliska M, Przybyła-Basista H, Iliski A, et al. Aktywności i satysfakcja seksualna kobiet w ciąży prawidłowej oraz wysokiego ryzyka. *Ginekol. Położ*. 2018; 2: 34-41.
- Skrzypulec V, Wit M, Kowalczyk R. Jakość życia seksualnego kobiety w okresie roku od porodu. *Ann. Acad. Siles*. 2005; 59(5): 377-380.
- Silveira ML, Ertel KA, Dole N, et al. The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature. *Arch. Womens Ment. Health*. 2015; 18(3): 409-421. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0525-0>
- Yousefi S, Rostami F, Afrashteh MY, et al. The Effect of Body Image Satisfaction on Women's Sexual Function in Postpartum Period. *Prev. Care Nurs. Midwifery J*. 2018; 8(4): 27-31. <https://doi.org/10.29252/pcnm.8.4.27>
- Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, et al. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: a prospective study. *J Health Psychol*. 2009; 14(1): 27-35. <https://doi.org/10.1177/1359105308097940>
- Erbil N, Şenkul A, Başara GF. Body Image among Turkish women during the first year postpartum. *Health Care Women Int*. 2012; 33(2): 125-137. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.603977>
- Zamiri-Miandoab N, Mirghafourvand M, Nemati F, et al. The effect of counseling with cognitive behavior approach on self-esteem and body image in lactating mothers: randomized clinical trial. *BMC Psychol*. 2023; 11(1): 401: 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01363-4>
- Shen MD, Gao RT, Chen SB, et al. The effectiveness of interventions on improving body image for pregnant and postpartum women: a systematic review of randomized clinical trials. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024; 24(1): 581: 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06787-3>
- Alizadeh S, Riaz H, Majd HA, et al. The effect of sexual health education on sexual activity, sexual quality of life, and sexual violence in pregnancy: a prospective randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21(1): 334: 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03803-8>

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma:
30.01.2025

Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku:
11.03.2025

Translation/Tłumaczenie: Skrivanek