"VICTOR BABEȘ" UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY
TIMIȘOARA

FACULTY OF MEDICINE

DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

BOARȚĂ ARIS-IONUȚ

DOCTORAL THESIS

SEXUAL DYSFUNCTION FROM PREGNANCY TO THE FIRST YEAR POSTPARTUM

Scientific Coordinator

ASSOC. PROF. DR. HABIL. ADRIAN GLUHOVSCHI, MD, PhD

T i m i ș o a r a

2 0 2 6

THESIS SUMMARY

Sexual dysfunction from pregnancy to the first year postpartum

Author	Scientific Coordinator
BOARȚĂ ARIS-IONUȚ	ASSOC. PROF. DR. HABIL.ADRIAN GLUHOVSCHI, MD, PhD

Context and overall objectives

This doctoral thesis examines postpartum sexual dysfunction as a multidimensional health problem that affects physical recovery, psychological well-being, couple intimacy, and quality of life during the first year after childbirth. The work starts from a clinically important premise: postpartum sexual health is common enough to be a major component of maternal morbidity, yet it often remains under-recognized in routine care. Throughout pregnancy and after delivery, women move through abrupt endocrine changes, sleep deprivation, changes in body image, shifts in partner dynamics, infant-care demands, and obstetric recovery. The thesis argues that sexual symptoms arising in this period should not be treated as isolated complaints or as unavoidable sequelae of childbirth, but rather as outcomes produced by an interaction of biological, obstetric, psychological, and relational influences.

The general objective of the thesis is to clarify the determinants, trajectories, and practical clinical implications of postpartum sexual dysfunction. More specifically, it seeks to answer four major questions. First, how frequent and clinically meaningful is postpartum sexual dysfunction, and how does it evolve over time? Second, what role is played by physiological and obstetric factors such as breastfeeding, perineal trauma, pain, and mode of birth? Third, how strongly do psychosocial determinants such as depressive symptoms, sleep quality, body image, and relationship satisfaction shape recovery? Fourth, how can these findings be translated into realistic screening and intervention strategies in postpartum care?

The thesis is structured in a coherent progression from theory to evidence. The general part synthesizes epidemiology, mechanisms, psychosocial influences, and the current state of assessment and interventions. The special part then develops this framework through three complementary studies: a systematic review of determinants during the first postpartum year, a prospective cohort focused on trajectories from pregnancy to 12 months postpartum, and a second longitudinal cohort emphasizing psychosocial predictors and risk stratification. Taken together, the thesis proposes that postpartum sexual dysfunction is not a single uniform condition. Instead, it is a heterogeneous clinical domain with distinct risk profiles, varied trajectories, and modifiable determinants that can support more individualized postpartum care.

Synthesis of the general part

The general part provides the conceptual foundation for the thesis by reviewing the epidemiology, mechanisms, psychosocial context, and assessment strategies of postpartum sexual dysfunction. The first chapter shows that postpartum sexual difficulties are frequent, multidimensional, and variably persistent. Across the literature reviewed in the thesis,

prevalence estimates vary widely according to timing, setting, and instrument, but the overall message is consistent: large numbers of women report decreased desire, lower arousal, lubrication difficulties, orgasmic impairment, dyspareunia, or reduced satisfaction in the months after childbirth. The chapter also makes an important distinction between transient adaptation and clinically meaningful dysfunction accompanied by distress. This distinction is essential, because the postpartum period naturally includes physical recovery and role transitions, yet a sizeable subgroup of women continues to experience symptoms that affect self-image, partnership quality, and overall well-being well beyond the early puerperium.

The second chapter explores physiological and obstetric determinants. It emphasizes that postpartum sexual function depends on endocrine recovery, tissue healing, pelvic-floor integrity, neurovascular responsiveness, and pain pathways. Breastfeeding-related hypoestrogenism is presented as a relevant contributor to vaginal dryness and pain, but the thesis also shows that breastfeeding cannot be reduced to a single hormonal mechanism because it is linked with fatigue, altered bodily boundaries, and changing intimacy patterns. The chapter further shows that it is not delivery mode in isolation that most strongly predicts poor sexual outcomes, but rather the burden of obstetric trauma and the presence of early postpartum pain. Perineal lacerations, episiotomy, instrumental delivery, pelvic-floor dysfunction, and persistent dyspareunia are therefore framed as clinically meaningful but potentially modifiable contributors.

The third chapter shifts the focus to psychosocial determinants. A major strength of the thesis is its insistence that postpartum sexual recovery cannot be understood without considering depression, anxiety, sleep disturbance, body image, role transition, and relationship quality. Depressive symptoms are portrayed as especially influential because they affect desire, pleasure, energy, self-worth, and relational connection simultaneously. Sleep disturbance and fatigue are shown to shape sexual outcomes both directly and indirectly through mood and couple strain. Body image is treated not simply as dissatisfaction with appearance, but as a broader sexual self-perception that affects comfort, confidence, and willingness to engage in intimacy. Relationship support, communication quality, and the broader social environment further modify whether sexual concerns remain transient or become persistent.

The fourth chapter addresses assessment and intervention. The thesis identifies the Female Sexual Function Index as the main measurement tool used across the field, while also acknowledging its limitations in postpartum populations. It supports repeated screening rather than a single six-week checkpoint and advocates a staged, multidomain model that includes sexual function, mood, sleep, pelvic-floor symptoms, and relational distress. The intervention framework proposed in the general part is equally integrated: lubricants and local symptom management for dryness and pain, pelvic-floor rehabilitation for muscular or scar-related contributors, psychoeducation and counseling for expectations and sexual confidence, and mental-health or couple-based interventions when psychosocial burdens dominate. This framework prepares the ground for the three empirical studies that follow.

Study 1 – Systematic review of determinants during the first postpartum year

The first study is a systematic review titled “Determinants of Postpartum Sexual Dysfunction in the First Year.” Its purpose is to synthesize evidence on four pre-specified determinant domains: breastfeeding or infant-feeding status; partner and family support together with body image; perineal trauma and instrumentation; and postpartum pain phenotypes including perineal and musculoskeletal pain. The review followed PRISMA 2020 principles and screened 1,127 de-duplicated records, of which 78 underwent full-text review and 15 studies met the inclusion criteria. This study is important because it moves beyond isolated risk factors and examines somatic and psychosocial determinants in one integrated synthesis.

The review shows that perineal trauma and early pain emerged as the most consistent risk factors for postpartum sexual pain and dysfunction. Across included studies, dyspareunia after vaginal birth could reach about 50% at six weeks and remained around 22–35% by six to twelve months in several cohorts. Assisted vaginal delivery increased later dyspareunia risk, and higher grades of trauma were repeatedly associated with worse sexual outcomes. Persistent pain also mattered: pain at early follow-up predicted later strong dyspareunia, and pelvic girdle pain was linked with greater sexual avoidance and worse sexuality scores. These findings support the thesis argument that tissue injury and pain are central early drivers of dysfunction, even though their importance may decline over time.

Breastfeeding showed a more time-dependent and context-sensitive pattern. Exclusive or current breastfeeding was associated in several studies with lower sexual function and greater dyspareunia, especially in the early postpartum months. In one cohort, breastfeeding increased the odds of dyspareunia at six months by roughly fourfold, and exclusive breastfeeding independently predicted dysfunction in another study. Yet the review also found that breastfeeding-related effects weakened later in the first year. This is a clinically useful conclusion because it suggests that lactation-related symptoms are real and should be anticipated, but that they should be framed as transient and manageable rather than as fixed long-term impairment.

A particularly valuable contribution of Study 1 is its treatment of psychosocial determinants. Better partner support and more positive body image were consistently associated with better sexual outcomes across different cultural settings, although this evidence was mainly cross-sectional and therefore assigned lower certainty. The review therefore concludes that perineal trauma and early pain have the strongest and most consistent evidence, breastfeeding has modest but temporally bounded associations, and partner support plus body image represent plausible protective factors that deserve greater attention in future longitudinal work. Overall, the review supports integrated postpartum care that combines obstetric quality improvement, early pain management, psychosocial support, and targeted pelvic rehabilitation.

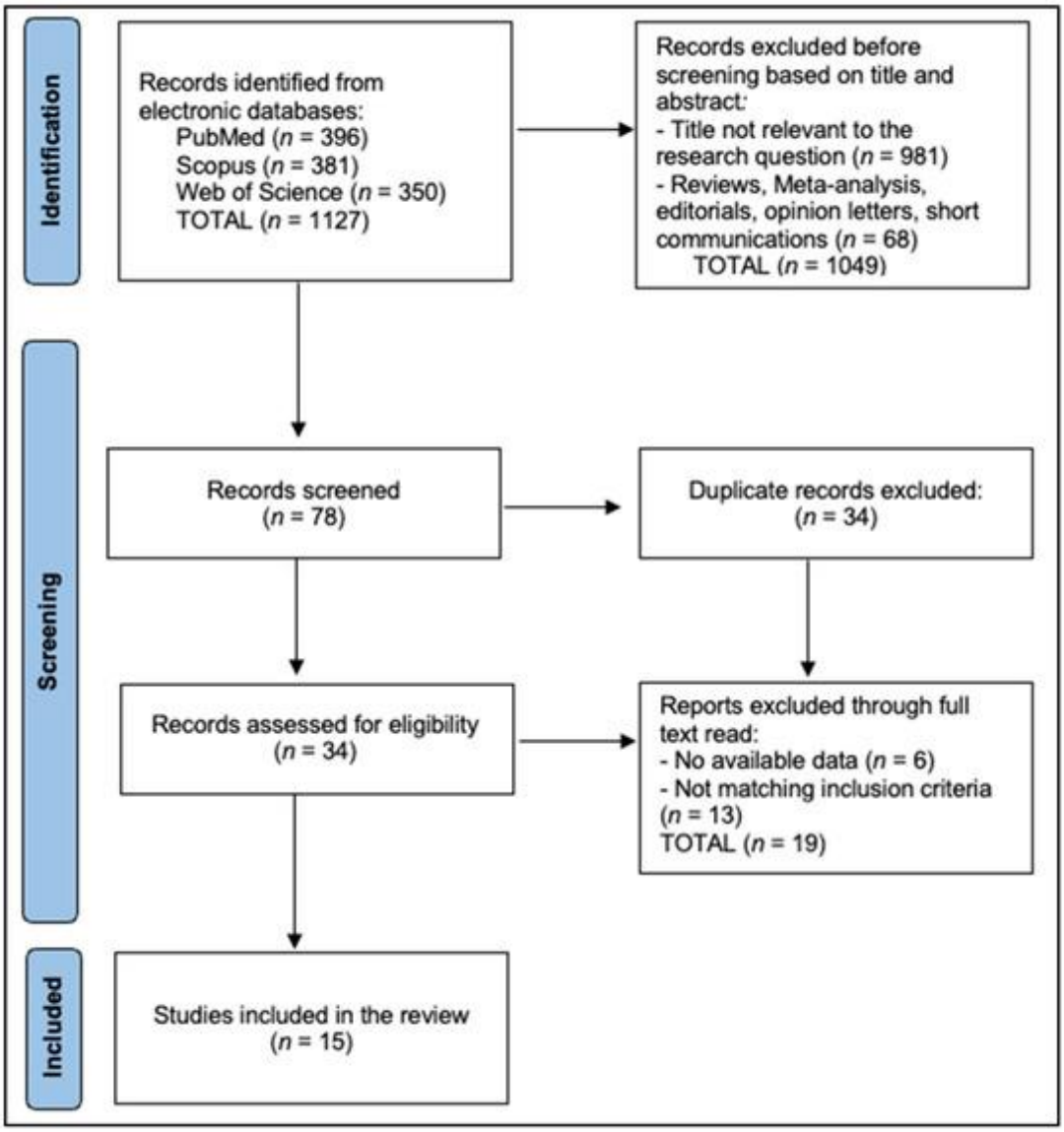


Figure I.1. PRISMA 2020 flow diagram for study selection.

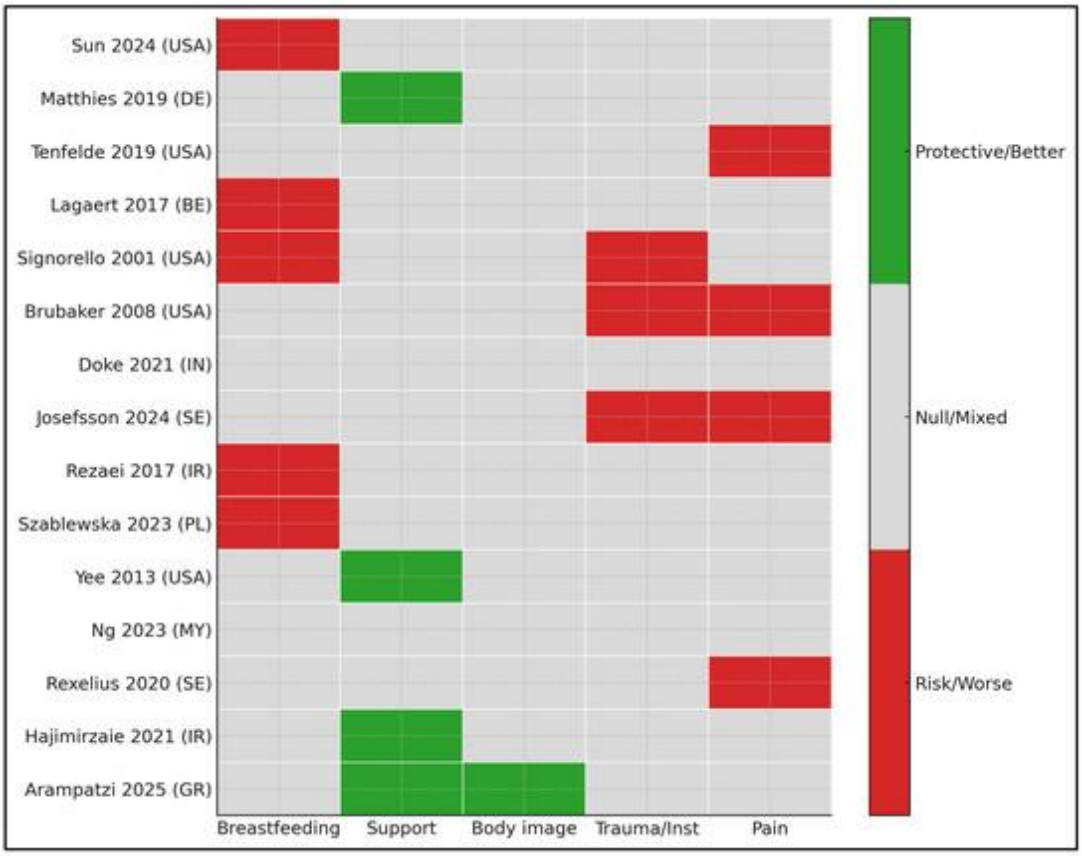


Figure I.2. Evidence heatmap (direction of association by determinant and study).

Study 2 – Prospective cohort from pregnancy to 12 months postpartum

The second study prospectively followed 112 women from pregnancy to late postpartum and provides one of the thesis's clearest demonstrations of longitudinal change. Women were assessed at six timepoints, allowing the study to map sexual function across pregnancy, early postpartum recovery, and late postpartum adaptation. The central finding is a consistent nadir-then-recovery pattern. Mean FSFI total score declined from 26.5 in the first trimester to 25.2 in the second trimester and 21.8 in the third trimester, reached its lowest point at 18.8 in the early postpartum period, then improved to 20.6 at three months and 25.4 at six to twelve months. Even with this recovery, 58% of women still met the FSFI-defined dysfunction threshold at late follow-up, showing that mean improvement can conceal a clinically important subgroup with persistent difficulties.

Study 2 also clarifies the role of obstetric trauma. Delivery groups were distributed as vaginal low trauma (n = 45), vaginal higher trauma (n = 29), and cesarean delivery (n = 38). Sexual dysfunction at late postpartum differed significantly across these groups: 42.2% after low-trauma vaginal birth, 63.2% after cesarean delivery, and 75.9% after higher-trauma vaginal birth. At the continuous-score level, low-trauma vaginal birth remained the most favorable group both early and late postpartum, while higher-trauma vaginal birth had the lowest scores. One of the thesis's strongest practical messages arises here: cesarean delivery cannot be presented as a reliable strategy for preserving later sexual function. Avoiding severe perineal injury matters, but uncomplicated vaginal birth was associated with the best outcomes overall.

The psychosocial results are equally important. Women with late-postpartum dysfunction had higher depressive symptoms, poorer sleep, lower relationship satisfaction, and poorer physical quality-of-life scores. Sleep quality showed a particularly clear gradient. At late follow-up, mean FSFI was 27.4 in the good-sleep tertile, 26.0 in the intermediate tertile, and 22.8 in the poor-sleep tertile, while dysfunction rose from 44.7% and 47.2% to 81.6% in the poorest sleepers. Relationship satisfaction showed a similar pattern: dysfunction reached 84.2% in the lowest satisfaction tertile compared with 43.2% in the highest. In adjusted models, depressive symptoms and poor sleep independently predicted lower FSFI scores, and worse sleep increased the odds of dysfunction, while greater relationship satisfaction was protective. Higher-trauma vaginal birth and cesarean delivery also remained associated with worse odds when compared with low-trauma vaginal birth.

A final strength of Study 2 is its phenotype analysis. The study identified a pain-dominant phenotype, linked more closely to trauma and depressive symptoms, and a global-low phenotype, driven more strongly by sleep, depressive symptoms, and relationship satisfaction. This distinction has clear clinical value. Women whose dysfunction is primarily pain-related may need pelvic-floor assessment, scar management, or dyspareunia-focused treatment. Women with broad impairment across domains need a wider psychosocial approach involving mood, sleep, and relational support. Study 2 therefore moves the thesis from general risk-factor description toward individualized, phenotype-based postpartum sexual health care.

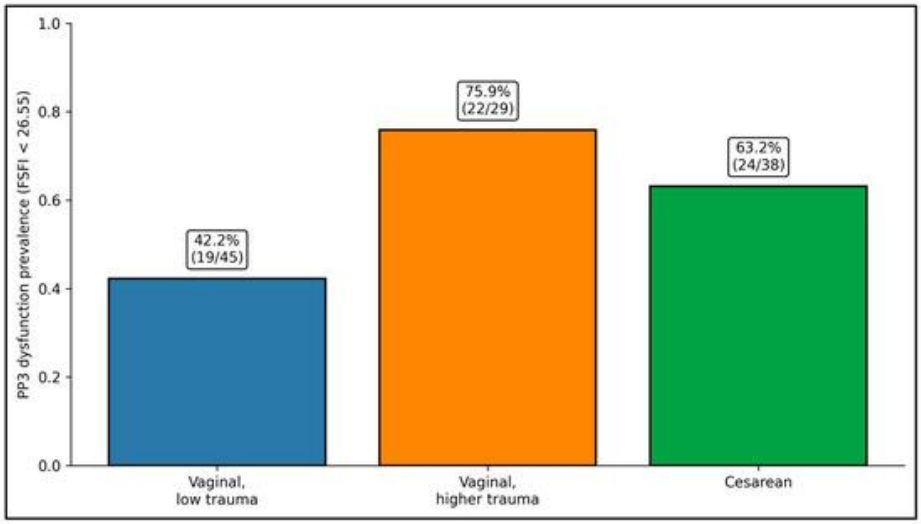


Figure II.2. Dysfunction by delivery type.

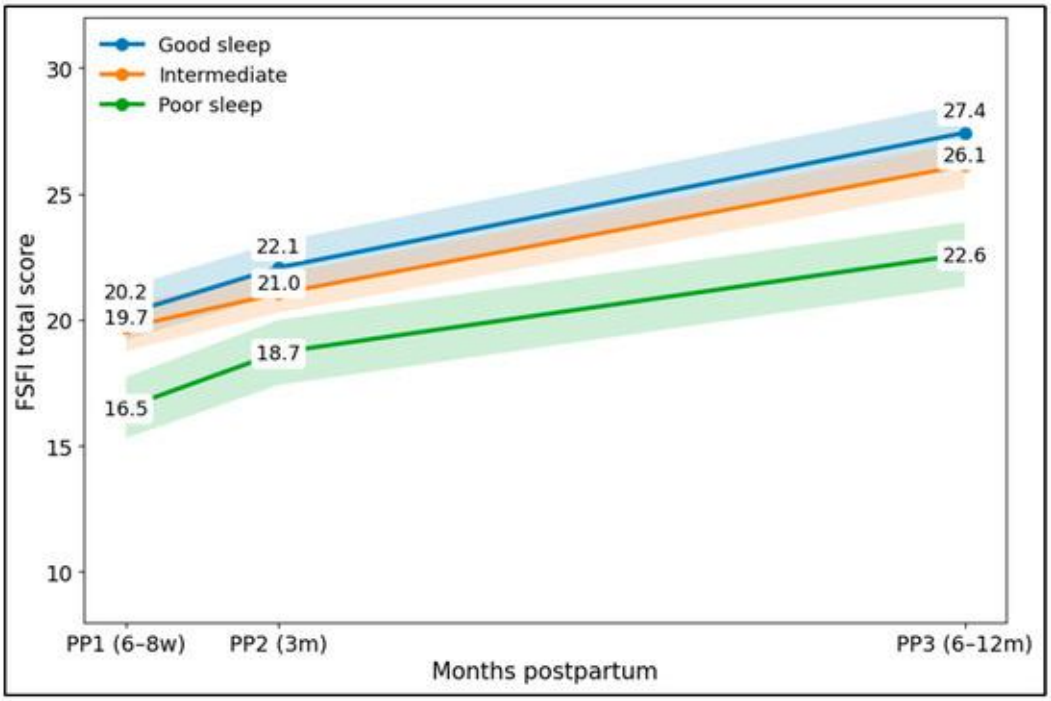


Figure II.3. Postpartum FSFI recovery trajectories stratified by PP3 sleep tertiles (PSQI).

Study 3 – Longitudinal psychosocial predictors, trajectories, and risk stratification

The third study extends the longitudinal perspective and sharpens the thesis's psychosocial argument. In a cohort of 150 women followed from early pregnancy to twelve months postpartum, mean FSFI declined from 27.4 in the first trimester to 25.4 in the second, 22.7 in the third, and 20.1 at the early postpartum nadir, before partial recovery to 21.7 at three months and 25.5 at late follow-up. Even at this final stage, 60% of participants remained below the dysfunction threshold. Early postpartum differences by mode of birth and perineal pain were present, but by six to twelve months they had attenuated. Exclusive breastfeeding and broad pelvic-floor symptom measures also showed limited association with late-postpartum FSFI. This pattern strongly supports one of the thesis's central conclusions: somatic contributors dominate early recovery, whereas psychosocial variables become increasingly decisive later.

Psychosocial separation between women with and without dysfunction was clear. Women with late-postpartum dysfunction had higher PHQ-9 depressive symptom scores, lower psychological and physical quality-of-life scores, and somewhat more body-image disturbance. Correlation analyses showed that depressive symptoms were the strongest negative correlate of sexual function, followed by poorer psychological quality of life and body-image disturbance. In the multivariable model, depressive symptoms were the only predictor that remained statistically significant after adjustment, with each standard-deviation increase predicting a 1.2-point reduction in FSFI. This finding is crucial because it shows that, at six to twelve months postpartum, depressive burden may be more informative than obstetric history when clinicians try to identify persistent risk.

Study 3 also provides important nuance through latent trajectory analysis. Three clusters were identified: a resilient-high group representing 33% of participants, a recovering-moderate group

representing 42%, and a persistent-low group representing 25%. The resilient-high group started near 30 in early pregnancy, recovered to nearly 29 by late postpartum, and had dysfunction in 28.6% of cases. The recovering-moderate group improved over time but still had dysfunction in 60.3%. The persistent-low group had low sexual function already in early pregnancy, worsened during the perinatal period, and showed nearly 90% dysfunction at late follow-up. These classes demonstrate that postpartum sexual recovery is heterogeneous and that some women enter pregnancy with vulnerability that persists across the entire reproductive transition.

Another major contribution is the mediation and prediction work. Body-image disturbance had both a direct negative effect on sexual function and an indirect effect through depressive symptoms. For every one-point increase in body-image disturbance, PHQ-9 increased by 2.4 points; each PHQ-9 point was associated with a 0.7-point decrease in FSFI; and the indirect effect accounted for a large share of the total association. The predictive model combining depressive symptoms, psychological quality of life, and body image achieved strong discrimination for later dysfunction, with an AUC of 0.9 and bootstrap-corrected AUC of 0.87. This is clinically meaningful because it suggests that standard self-report measures already used in perinatal care can support simple risk stratification, helping identify women who are most likely to benefit from earlier and more targeted intervention.

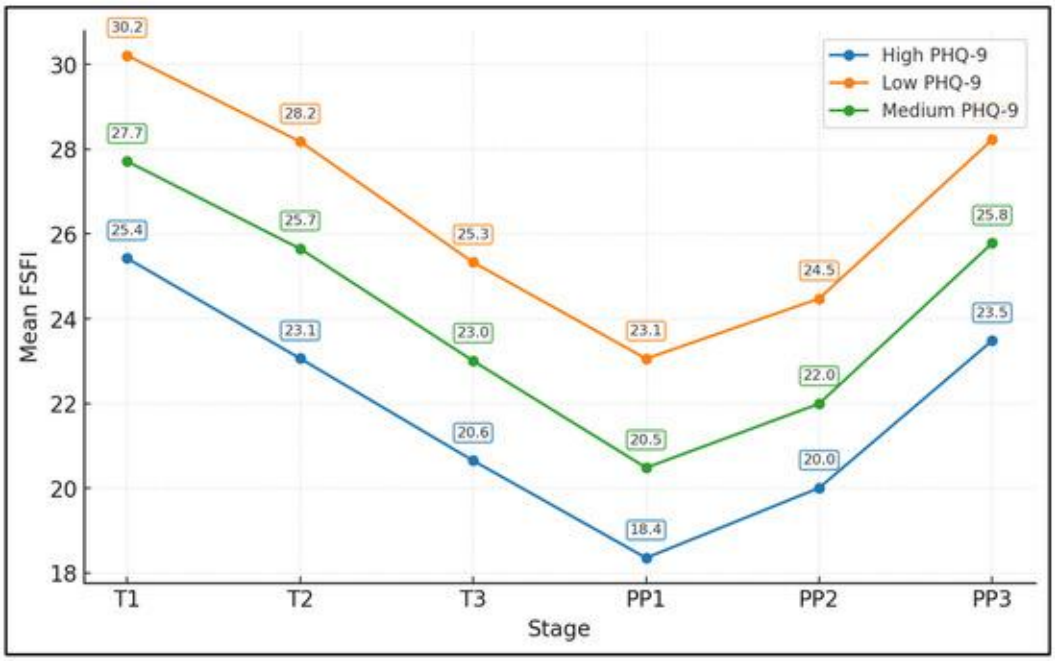


Figure III.1. FSFI trajectories by PHQ-9 tertiles across pregnancy and postpartum.

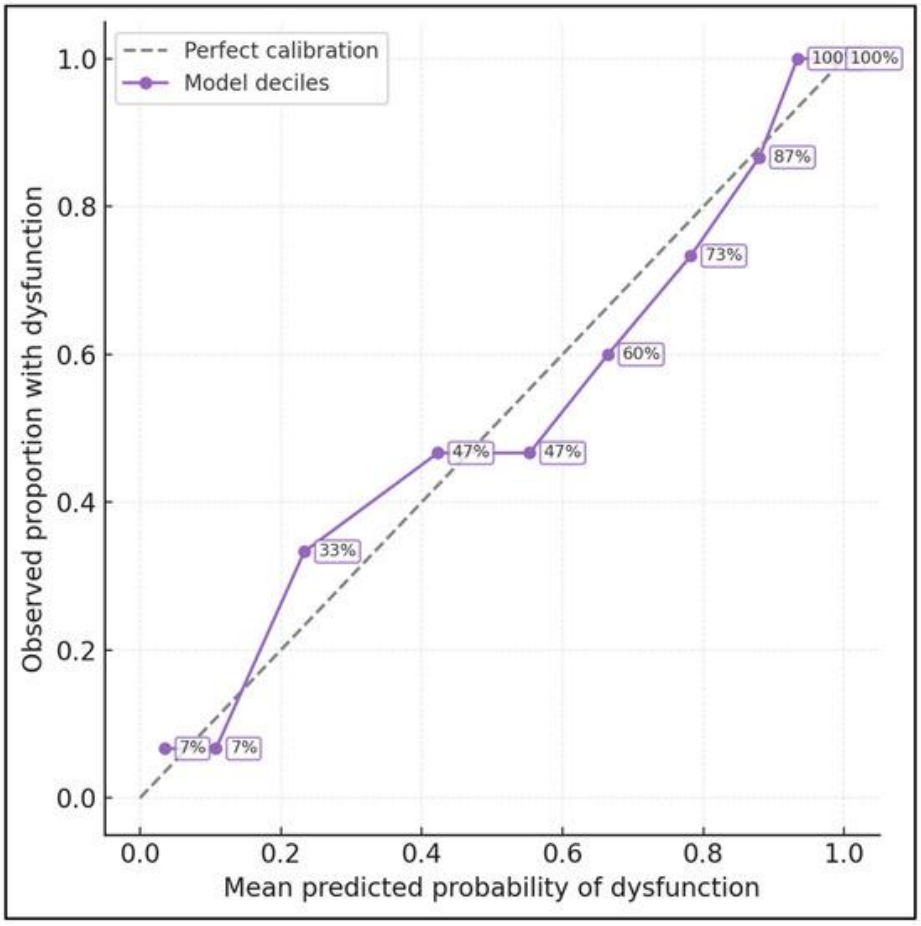


Figure III.2. Calibration of the psychosocial prediction model for PP3 dysfunction.

Integrated conclusions and practical significance

Taken together, the thesis makes a persuasive case that postpartum sexual dysfunction should be treated as a multidomain maternal-health outcome rather than a private complaint left to spontaneous disclosure. The three studies converge on several major conclusions. First, sexual function typically declines from pregnancy toward an early postpartum nadir and improves thereafter, but recovery is incomplete for many women by six to twelve months. Second, perineal trauma, instrumental delivery, and early pain are clinically relevant and repeatedly associated with poorer outcomes, especially in the short term. Third, cesarean delivery is not a dependable protective strategy against later dysfunction. Fourth, psychosocial determinants, especially depressive symptoms, sleep disruption, body-image disturbance, and relationship satisfaction, play a major role in persistent late-postpartum impairment.

The thesis also contributes methodologically. It combines a systematic review, repeated-measures cohort designs, phenotype analysis, latent trajectory clustering, mediation analysis, and predictive modeling. This multi-level strategy allows the work to move beyond simple prevalence reporting. It identifies when different determinants matter, shows that there is more than one pathway to postpartum sexual dysfunction, and demonstrates that a feasible screening framework can be built from instruments already familiar to perinatal services.

The practical implications are direct. Routine postpartum care should not stop at wound healing, contraception, and infant feeding. It should include multidomain screening for sexual function,

depressive symptoms, sleep quality, pelvic-floor symptoms, and relationship distress, ideally at several timepoints rather than only at six weeks. Women with pain-dominant problems should be directed toward pelvic-floor rehabilitation and dyspareunia-focused care. Women with broader psychosocial burden should receive mental-health assessment, sleep-focused counseling, body-image support, and, where appropriate, couple-based interventions. In this way, the thesis positions postpartum sexual health as a legitimate and actionable part of comprehensive maternal care.

UMF "VICTOR BABEȘ"
TIMIȘOARA

FACULTATEA DE MEDICINĂ

DEPARTMENTUL OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE

BOARȚĂ ARIS-IONUȚ

TEZĂ DE DOCTORAT

DISFUNCȚIA SEXUALĂ DIN SARCINĂ PÂNĂ ÎN PRIMUL AN POSTPARTUM

Coordonator Științific

CONF. UNIV. DR. HABIL. ADRIAN GLUHOVSCHI

T i m i ș o a r a

2 0 2 6

REZUMATUL TEZEI

Disfuncția sexuală din sarcină până în primul an postpartum

Autor	**Conducător științific**
BOARȚĂ ARIS-IONUȚ	CONF. UNIV. DR. HABIL.ADRIAN GLUHOVSCHI

Context și obiective generale

Această teză doctorală analizează disfuncția sexuală postpartum ca problemă multidimensională de sănătate, cu impact asupra recuperării fizice, stării psihologice, intimității de cuplu și calității vieții în primul an după naștere. Lucrarea pornește de la o premisă clinică importantă: sănătatea sexuală postpartum este suficient de frecvent afectată încât trebuie considerată o componentă relevantă a morbidității materne, însă în practica obișnuită rămâne adesea insuficient recunoscută. Pe parcursul sarcinii și după naștere, femeile trec prin modificări endocrine abrupte, privare de somn, schimbări de imagine corporală, transformări ale relației de cuplu, solicitările îngrijirii nou-născutului și procesul de recuperare obstetricală. Teza susține că simptomele sexuale apărute în această perioadă nu trebuie tratate ca plângeri izolate sau ca simple consecințe inevitabile ale nașterii, ci ca rezultate ale interacțiunii dintre factori biologici, obstetricali, psihologici și relaționali.

Obiectivul general al tezei este clarificarea determinantelor, a traiectoriilor și a implicațiilor clinice practice ale disfuncției sexuale postpartum. Mai precis, lucrarea încearcă să răspundă la patru întrebări majore. În primul rând, cât de frecventă și cât de importantă clinic este disfuncția sexuală postpartum și cum evoluează în timp? În al doilea rând, ce rol joacă factorii fiziologici și obstetricali, precum alăptarea, trauma perineală, durerea și modul de naștere? În al treilea rând, cât de puternic modelează recuperarea determinanții psihosociali, cum sunt simptomele depresive, calitatea somnului, imaginea corporală și satisfacția relațională? În al patrulea rând, cum pot fi transpuse aceste rezultate în strategii realiste de screening și intervenție în îngrijirea postpartum?

Teza este structurată într-o progresie coerentă, de la partea teoretică la cea aplicată. Partea generală sintetizează datele despre epidemiologie, mecanisme, context psihosocial și stadiul actual al evaluării și intervențiilor. Partea specială dezvoltă apoi acest cadru prin trei studii complementare: o revizuire sistematică a determinantelor din primul an postpartum, un studiu prospectiv de cohortă axat pe traiectoriile funcției sexuale din sarcină până la 12 luni postpartum și un al doilea studiu longitudinal concentrat pe predictorii psihosociali și pe stratificarea riscului. În ansamblu, teza propune ideea că disfuncția sexuală postpartum nu este o singură entitate uniformă, ci un domeniu clinic heterogen, cu profiluri de risc distincte, traiectorii diferite și determinanți modificabili care pot susține o îngrijire postpartum mai individualizată.

Sinteza părții generale

Partea generală oferă fundamentul conceptual al tezei printr-o analiză a epidemiologiei, mecanismelor, contextului psihosocial și strategiilor de evaluare ale disfuncției sexuale

postpartum. Primul capitol arată că dificultățile sexuale postpartum sunt frecvente, multidimensionale și variabil persistente. În literatura sintetizată în teză, estimările de prevalență variază larg în funcție de momentul evaluării, de populația studiată și de instrumentul utilizat, însă mesajul general este constant: un număr mare de femei prezintă diminuarea dorinței, scăderea excitației, tulburări de lubrifiere, dificultăți orgasmice, dispareunie sau reducerea satisfacției în lunile care urmează nașterii. Capitolul face și o distincție importantă între adaptarea tranzitorie și disfuncția relevantă clinic, însoțită de distres. Această distincție este esențială, deoarece perioada postpartum include în mod natural recuperare fizică și tranziții de rol, însă un subgrup semnificativ continuă să aibă simptome care afectează imaginea de sine, calitatea relației de cuplu și starea generală de bine mult dincolo de puerperiul precoce.

Al doilea capitol explorează determinanții fiziologici și obstetricali. Acesta subliniază faptul că funcția sexuală postpartum depinde de recuperarea endocrină, vindecarea tisulară, integritatea planșeului pelvin, răspunsul neurovascular și mecanismele durerii. Hipoestrogenismul asociat alăptării este prezentat ca factor relevant pentru uscăciunea vaginală și durere, dar teza arată și că alăptarea nu poate fi redusă la un singur mecanism hormonal, deoarece este asociată cu oboseală, modificarea limitelor corporale și schimbarea tiparelor de intimitate. Capitolul mai arată că nu modul de naștere în sine este cel mai puternic predictor al unui rezultat sexual nefavorabil, ci mai ales povara traumei obstetricale și prezența durerii precoce postpartum. Astfel, lacerațiile perineale, episiotomia, nașterea instrumentală, disfuncția planșeului pelvin și persistența dispareuniei sunt încadrate ca factori clinic importanți, dar potențial modificabili.

Al treilea capitol mută accentul pe determinanții psihosociali. Un punct forte major al tezei este insistența asupra faptului că recuperarea sexuală postpartum nu poate fi înțeleasă fără a lua în considerare depresia, anxietatea, tulburările de somn, imaginea corporală, tranziția de rol și calitatea relației de cuplu. Simptomele depresive sunt prezentate ca fiind deosebit de influente, deoarece afectează simultan dorința, plăcerea, nivelul de energie, valoarea de sine și conexiunea relațională. Tulburările de somn și oboseala influențează rezultatele sexuale atât direct, cât și indirect, prin dispoziție și tensiunea de cuplu. Imaginea corporală nu este tratată doar ca nemulțumire față de aspect, ci ca o percepție sexuală mai largă a propriului corp, care influențează confortul, încrederea și disponibilitatea pentru intimitate. Sprijinul partenerului, calitatea comunicării și contextul social mai larg modifică la rândul lor șansa ca problemele sexuale să rămână tranzitorii sau să devină persistente.

Al patrulea capitol abordează evaluarea și intervenția. Teza identifică Female Sexual Function Index ca instrument principal de măsurare utilizat în domeniu, recunoscând însă și limitele sale în populațiile postpartum. Este susținută ideea screeningului repetat, nu a unui singur control la șase săptămâni, precum și a unui model etapizat, multidimensional, care să includă funcția sexuală, dispoziția afectivă, somnul, simptomele planșeului pelvin și distresul relațional. Cadrul intervențional propus în partea generală este la fel de integrat: lubrifianți și tratament simptomatic local pentru uscăciune și durere, reabilitare a planșeului pelvin pentru contribuțiile musculare sau legate de cicatrice, psihoeducație și consiliere pentru așteptări și încredere sexuală, precum și intervenții de sănătate mintală sau de cuplu atunci când povara psihosocială predomină. Acest cadru pregătește terenul pentru cele trei studii empirice din partea specială.

Studiul 1 – Revizuire sistematică a determinantelor din primul an postpartum

Primul studiu este o revizuire sistematică intitulată „Determinants of Postpartum Sexual Dysfunction in the First Year”. Scopul său este de a sintetiza dovezile referitoare la patru domenii de determinanți predefiniți: alăptarea sau tipul de alimentație al copilului; sprijinul partenerului și al familiei împreună cu imaginea corporală; trauma perineală și instrumentația obstetricală; și fenotipurile de durere postpartum, inclusiv durerea perineală și durerea musculoscheletală. Revizuirea a urmat principiile PRISMA 2020 și a analizat 1.127 de înregistrări după eliminarea duplicatelor, dintre care 78 au fost evaluate integral, iar 15 studii au îndeplinit criteriile de includere. Importanța acestui studiu constă în faptul că depășește analiza unor factori de risc izolați și examinează într-o singură sinteză integrată atât determinanții somatici, cât și pe cei psihosociali.

Revizuirea arată că trauma perineală și durerea precoce au reprezentat cei mai constanți factori de risc pentru durerea și disfuncția sexuală postpartum. În studiile incluse, dispareunia după nașterea vaginală a putut ajunge la aproximativ 50% la șase săptămâni și s-a menținut în jur de 22–35% la șase până la douăsprezece luni în mai multe cohorte. Nașterea vaginală asistată instrumental a crescut riscul ulterior de dispareunie, iar gradele mai mari de traumă au fost asociate în mod repetat cu rezultate sexuale mai nefavorabile. Și durerea persistentă s-a dovedit importantă: durerea raportată la evaluarea precoce a prezis dispareunie severă ulterioară, iar durerea centurii pelvine a fost legată de evitare sexuală mai accentuată și scoruri mai slabe privind sexualitatea. Aceste constatări susțin argumentul central al tezei conform căruia leziunea tisulară și durerea reprezintă factori determinanți majori în perioada timpurie, chiar dacă importanța lor relativă poate scădea în timp.

Alăptarea a prezentat un model mai dependent de momentul evaluării și de context. Alăptarea exclusivă sau activă s-a asociat în mai multe studii cu funcție sexuală mai redusă și cu dispareunie mai mare, în special în primele luni postpartum. Într-o cohortă, alăptarea a crescut de aproximativ patru ori riscul de dispareunie la șase luni, iar în alt studiu alăptarea exclusivă a prezis independent disfuncția sexuală. Totuși, revizuirea a arătat că aceste efecte tind să se atenueze în partea mai târzie a primului an postpartum. Aceasta este o concluzie utilă clinic, deoarece sugerează că simptomele sexuale legate de lactație sunt reale și trebuie anticipate, dar trebuie prezentate ca tranzitorii și gestionabile, nu ca o afectare fixă pe termen lung.

O contribuție deosebit de valoroasă a Studiului 1 este modul în care tratează determinanții psihosociali. Un sprijin mai bun din partea partenerului și o imagine corporală mai pozitivă s-au asociat constant cu rezultate sexuale mai bune în contexte culturale diferite, deși aceste dovezi au provenit în principal din studii transversale și, de aceea, au primit un nivel de certitudine mai redus. În concluzie, Studiul 1 arată că trauma perineală și durerea precoce au dovezile cele mai solide și mai consecvente, că alăptarea are asocieri modeste, dar limitate temporal, iar sprijinul partenerului și imaginea corporală reprezintă factori protectori plauzibili, care merită o atenție mult mai mare în cercetările longitudinale viitoare. Per ansamblu, revizuirea susține un model integrat de îngrijire postpartum, care să combine îmbunătățirea calității actului obstetrical, controlul precoce al durerii, sprijinul psihosocial și reabilitarea pelvină țintită.

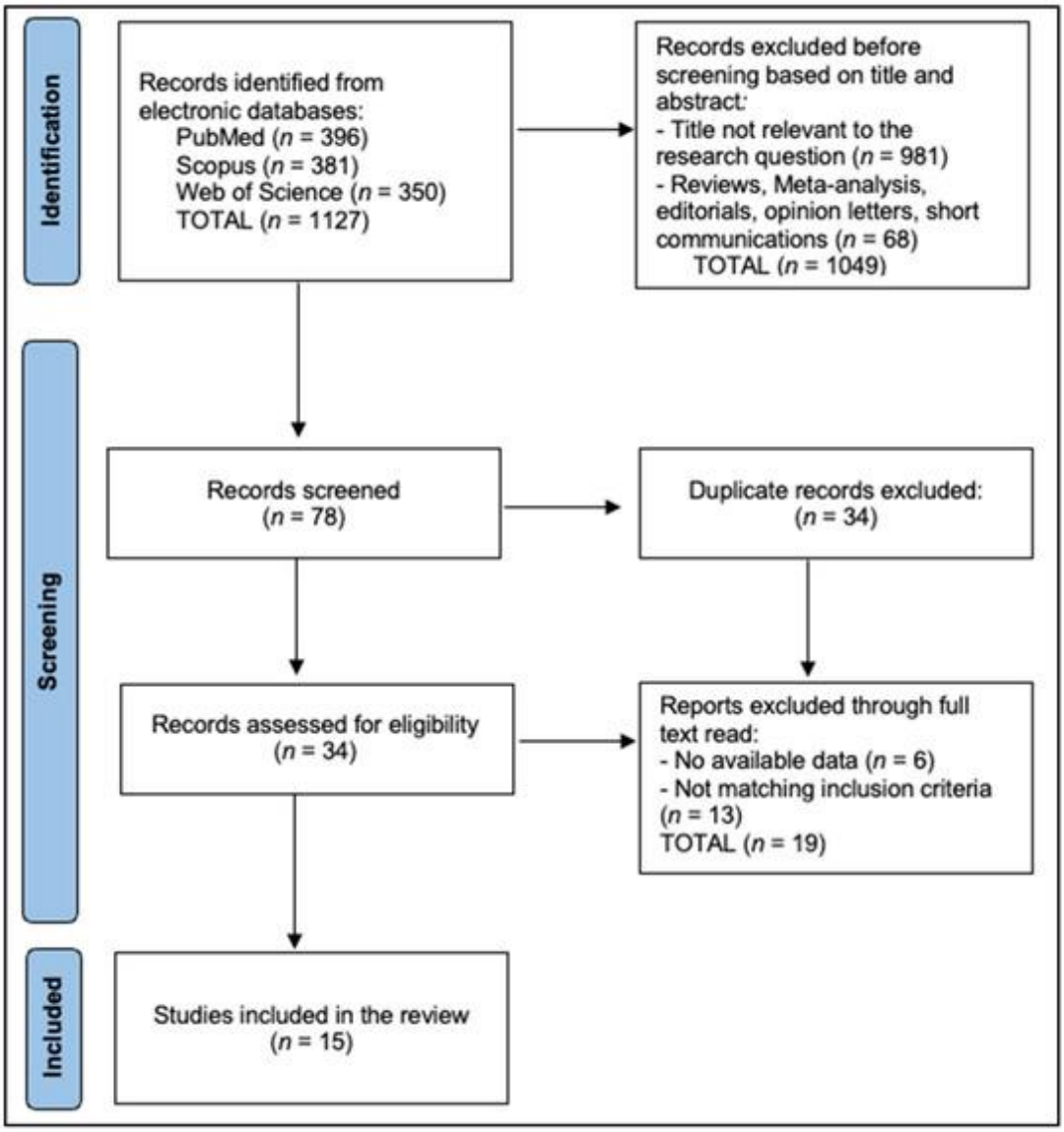


Figura I.1. Diagrama de flux PRISMA 2020 pentru selecția studiilor.

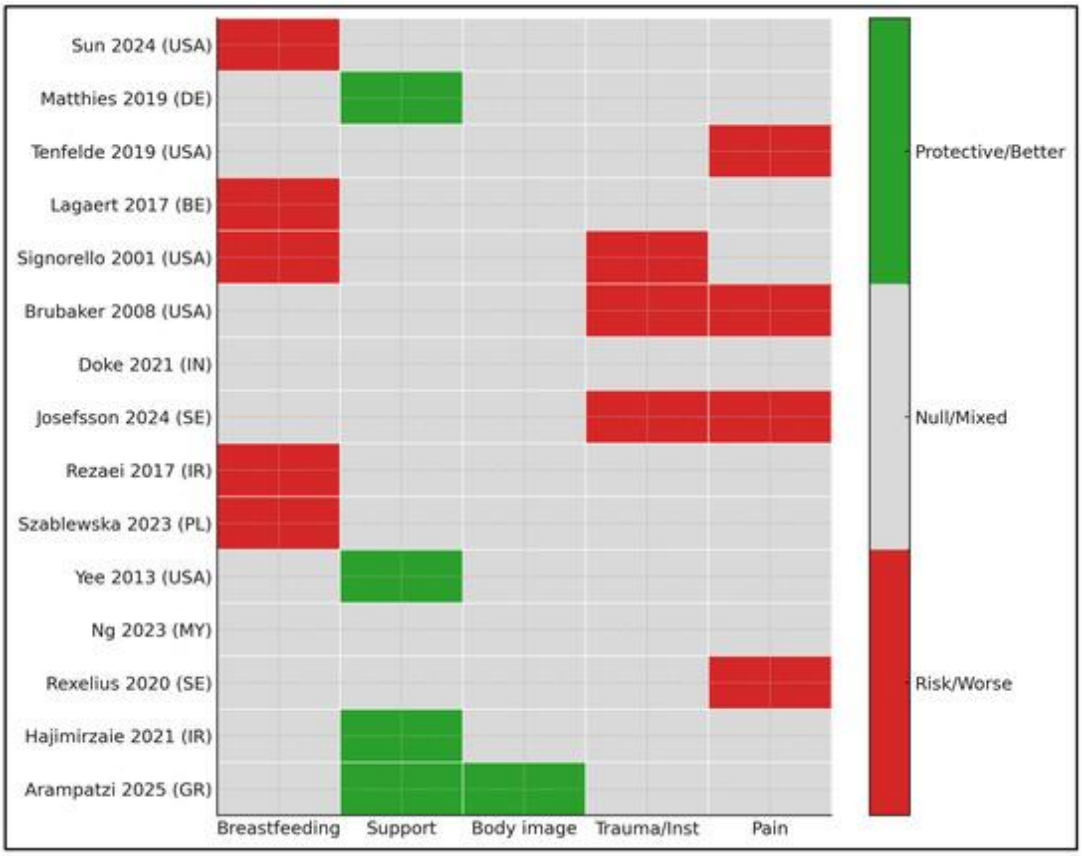


Figura I.2. Hartă termică a dovezilor (direcția asocierii în funcție de determinant și studiu).

Studiul 2 – Cohortă prospectivă din sarcină până la 12 luni postpartum

Al doilea studiu a urmărit prospectiv 112 femei din timpul sarcinii până la perioada postpartum tardivă și oferă una dintre cele mai clare demonstrații ale tezei privind schimbarea longitudinală a funcției sexuale. Participantele au fost evaluate în șase momente succesive, ceea ce a permis descrierea funcției sexuale pe parcursul sarcinii, în recuperarea postpartum precoce și în adaptarea postpartum tardivă. Rezultatul central este existența unui model constant de tip nadir-urmat-de-recuperare. Scorul mediu FSFI total a scăzut de la 26,5 în primul trimestru la 25,2 în trimestrul al doilea și 21,8 în trimestrul al treilea, a atins cel mai mic nivel în postpartumul precoce, la 18,8, apoi a crescut la 20,6 la trei luni și la 25,4 la șase până la douăsprezece luni. Chiar și în prezența acestei recuperări, 58% dintre femei au rămas sub pragul FSFI pentru disfuncție la urmărirea tardivă, ceea ce arată că ameliorarea medie poate ascunde un subgrup clinic important cu dificultăți persistente.

Studiul 2 clarifică și rolul traumei obstetricale. Grupurile de naștere au fost distribuite astfel: naștere vaginală cu traumă redusă (n = 45), naștere vaginală cu traumă mai mare (n = 29) și operație cezariană (n = 38). Disfuncția sexuală la postpartum tardiv a diferit semnificativ între aceste grupuri: 42,2% după naștere vaginală cu traumă redusă, 63,2% după cezariană și 75,9% după naștere vaginală cu traumă mai mare. La nivelul scorului continuu, nașterea vaginală cu traumă redusă a rămas grupul cu cele mai bune rezultate atât în postpartumul precoce, cât și în cel tardiv, în timp ce nașterea vaginală cu traumă mai mare a avut cele mai scăzute scoruri. De aici derivă unul dintre cele mai importante mesaje practice ale tezei: operația cezariană nu poate

fi prezentată ca strategie sigură de protejare a funcției sexuale ulterioare. Evitarea traumatismului perineal sever contează, dar nașterea vaginală necomplicată a fost asociată cu cele mai favorabile rezultate generale.

Rezultatele psihosociale sunt la fel de importante. Femeile cu disfuncție sexuală la postpartum tardiv au avut simptome depresive mai intense, somn mai slab, satisfacție relațională mai mică și scoruri mai reduse ale calității vieții fizice. Calitatea somnului a prezentat un gradient deosebit de clar. La urmărirea tardivă, media FSFI a fost 27,4 în tertilul cu somn bun, 26,0 în tertilul intermediar și 22,8 în tertilul cu somn slab, în timp ce prevalența disfuncției a crescut de la 44,7% și 47,2% la 81,6% în grupul cu cel mai prost somn. Satisfacția relațională a arătat un model similar: disfuncția a ajuns la 84,2% în tertilul cu satisfacție minimă, față de 43,2% în tertilul cu satisfacție maximă. În modelele ajustate, simptomele depresive și somnul de slabă calitate au prezis independent scoruri FSFI mai mici, iar o calitate mai slabă a somnului a crescut probabilitatea de disfuncție, în timp ce satisfacția relațională mai mare a avut efect protector. Nașterea vaginală cu traumă mai mare și cezariana au rămas de asemenea asociate cu un risc mai mare comparativ cu nașterea vaginală cu traumă redusă.

O altă contribuție importantă a Studiului 2 este analiza fenotipurilor de disfuncție. Studiul a identificat un fenotip dominat de durere, legat mai ales de traumă și simptome depresive, și un fenotip global scăzut, determinat mai ales de somn, simptome depresive și satisfacție relațională. Această distincție are valoare clinică directă. Femeile la care disfuncția este în principal legată de durere pot avea nevoie de evaluarea planșeului pelvin, managementul cicatricii sau tratament țintit al dispareuniei. Femeile cu afectare largă a mai multor domenii au nevoie de o abordare psihosocială mai amplă, care să includă dispoziția afectivă, somnul și suportul relațional. Astfel, Studiul 2 mută teza de la simpla descriere a factorilor de risc către un model de îngrijire sexuală postpartum mai individualizat și bazat pe fenotip.

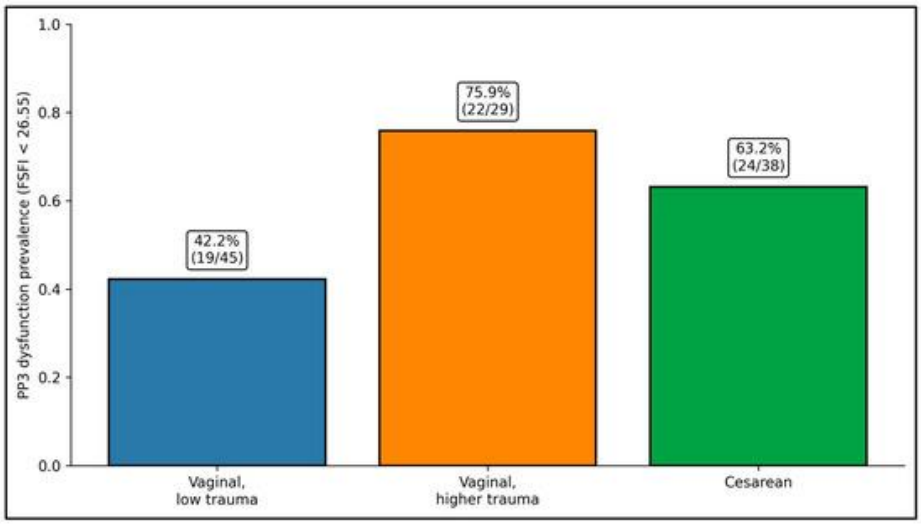


Figura II.2. Disfuncția în funcție de tipul nașterii.

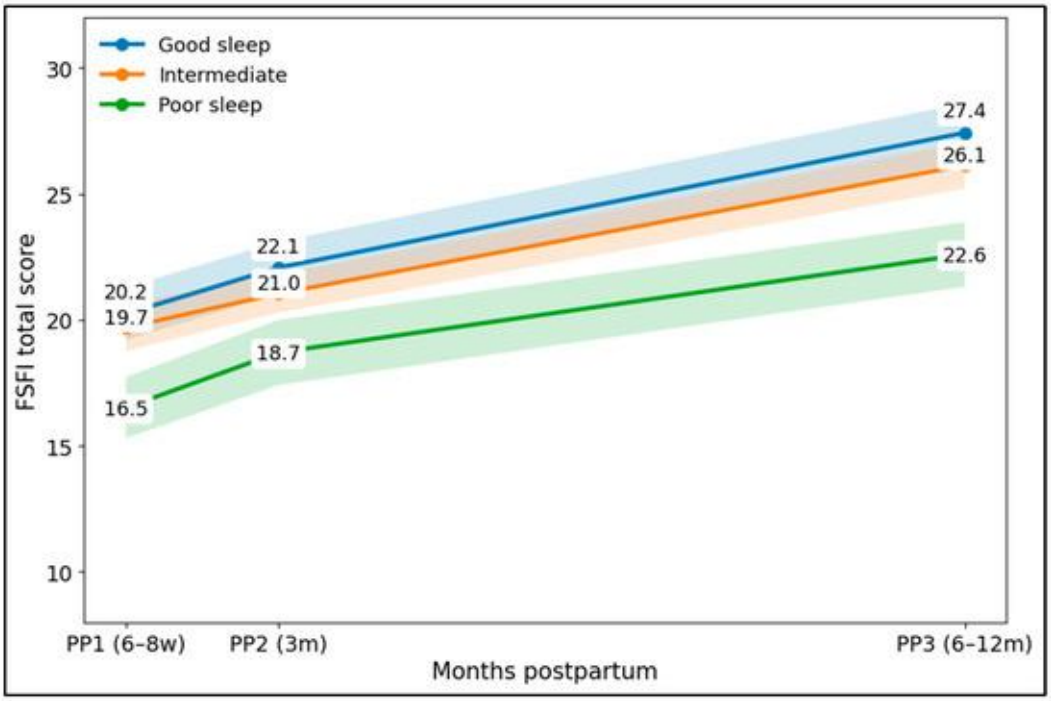


Figura II.3. Traiectoriile de recuperare FSFI postpartum stratificate după tertilele PP3 ale calității somnului (PSQI).

Studiul 3 – Predictori psihosociali longitudinali, traiectorii și stratificarea riscului

Al treilea studiu extinde perspectiva longitudinală și consolidează argumentul psihosocial al tezei. Într-o cohortă de 150 de femei urmărite din sarcina precoce până la douăsprezece luni postpartum, scorul mediu FSFI a scăzut de la 27,4 în primul trimestru la 25,4 în al doilea, 22,7 în al treilea și 20,1 la nadirul postpartum precoce, urmat de o recuperare parțială la 21,7 la trei luni și 25,5 la urmărirea tardivă. Chiar și în această etapă finală, 60% dintre participante au rămas sub pragul de disfuncție. Diferențele timpurii în funcție de modul de naștere și de durerea perineală au existat, dar până la șase până la douăsprezece luni s-au atenuat. De asemenea, alăptarea exclusivă și măsurile generale ale simptomelor planșeului pelvin au avut asocieri limitate cu FSFI tardiv. Acest model susține puternic una dintre concluziile centrale ale tezei: factorii somatici domină recuperarea precoce, în timp ce variabilele psihosociale devin progresiv decisive ulterior.

Separarea psihosocială între femeile cu și fără disfuncție a fost clară. Femeile cu disfuncție la postpartum tardiv au avut scoruri PHQ-9 mai mari, scoruri mai mici ale calității vieții psihologice și fizice și o tendință spre tulburare mai accentuată a imaginii corporale. Analizele de corelație au arătat că simptomele depresive au reprezentat cel mai puternic corelat negativ al funcției sexuale, urmate de o calitate psihologică a vieții mai redusă și de tulburarea imaginii corporale. În modelul multivariabil, simptomele depresive au fost singurul predictor care a rămas semnificativ statistic după ajustare, fiecare deviație standard în plus fiind asociată cu o scădere de 1,2 puncte a scorului FSFI. Această constatare este esențială, deoarece arată că, la șase până la douăsprezece luni postpartum, povara depresivă poate fi mai informativă decât istoricul obstetrical atunci când clinicianul încearcă să identifice riscul de persistență.

Studiul 3 aduce și nuanțe importante prin analiza latentă a traiectoriilor. Au fost identificate trei clustere: un grup rezilient-înalt care a reprezentat 33% dintre participante, un grup recuperare-moderată care a reprezentat 42% și un grup persistent-scăzut care a reprezentat 25%. Grupul rezilient-înalt a pornit aproape de 30 în sarcina precoce, s-a recuperat până aproape de 29 la postpartum tardiv și a avut disfuncție în 28,6% dintre cazuri. Grupul recuperare-moderată s-a ameliorat în timp, dar a păstrat o prevalență a disfuncției de 60,3%. Grupul persistent-scăzut avea funcție sexuală joasă încă din primul trimestru, s-a deteriorat în perioada perinatală și a prezentat aproape 90% disfuncție la urmărirea tardivă. Aceste clase demonstrează că recuperarea sexuală postpartum este heterogenă și că unele femei intră în sarcină cu vulnerabilități care persistă pe întreg parcursul tranziției reproductive.

O altă contribuție majoră este reprezentată de analiza de mediere și de modelarea predicției. Tulburarea imaginii corporale a avut atât un efect direct negativ asupra funcției sexuale, cât și un efect indirect mediat de simptomele depresive. Pentru fiecare creștere cu un punct a tulburării imaginii corporale, scorul PHQ-9 a crescut cu 2,4 puncte; fiecare punct PHQ-9 s-a asociat cu o scădere de 0,7 puncte a FSFI; iar efectul indirect a reprezentat o parte importantă a asocierii totale. Modelul predictiv combinând simptomele depresive, calitatea vieții psihologice și imaginea corporală a avut o discriminare foarte bună pentru disfuncția ulterioară, cu AUC 0,9 și AUC corectat bootstrap 0,87. Acest lucru are relevanță clinică deoarece sugerează că instrumentele standard de autoevaluare deja folosite în îngrijirea perinatală pot susține o stratificare simplă a riscului, ajutând la identificarea femeilor care au cele mai mari șanse de a beneficia de intervenții timpurii și direcționate.

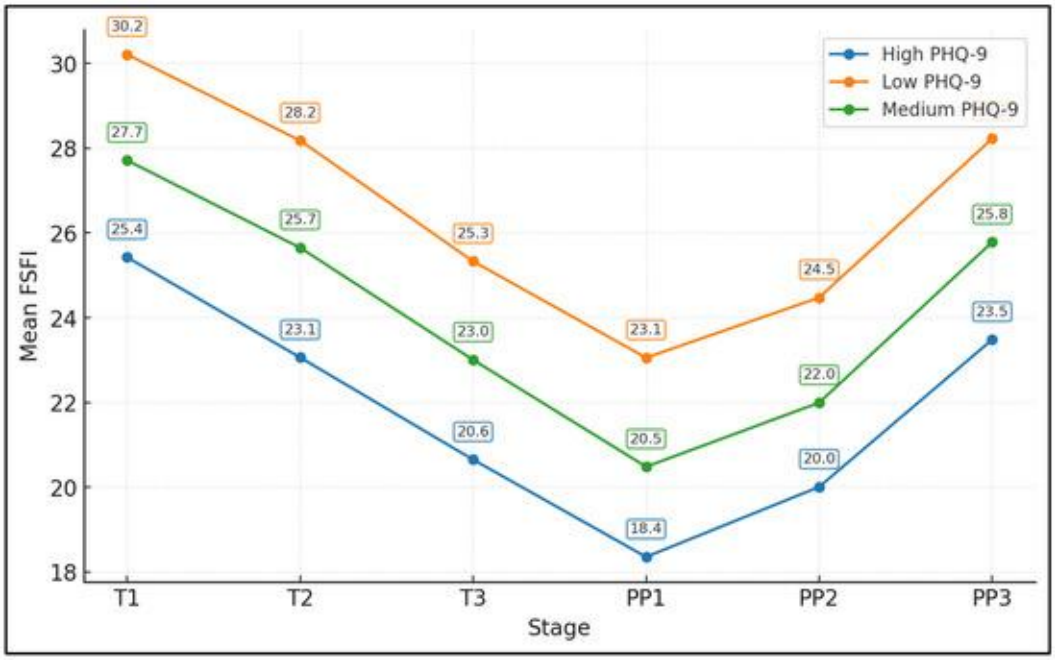


Figura III.1. Traiectoriile FSFI în funcție de tertilele PHQ-9 pe parcursul sarcinii și postpartum.

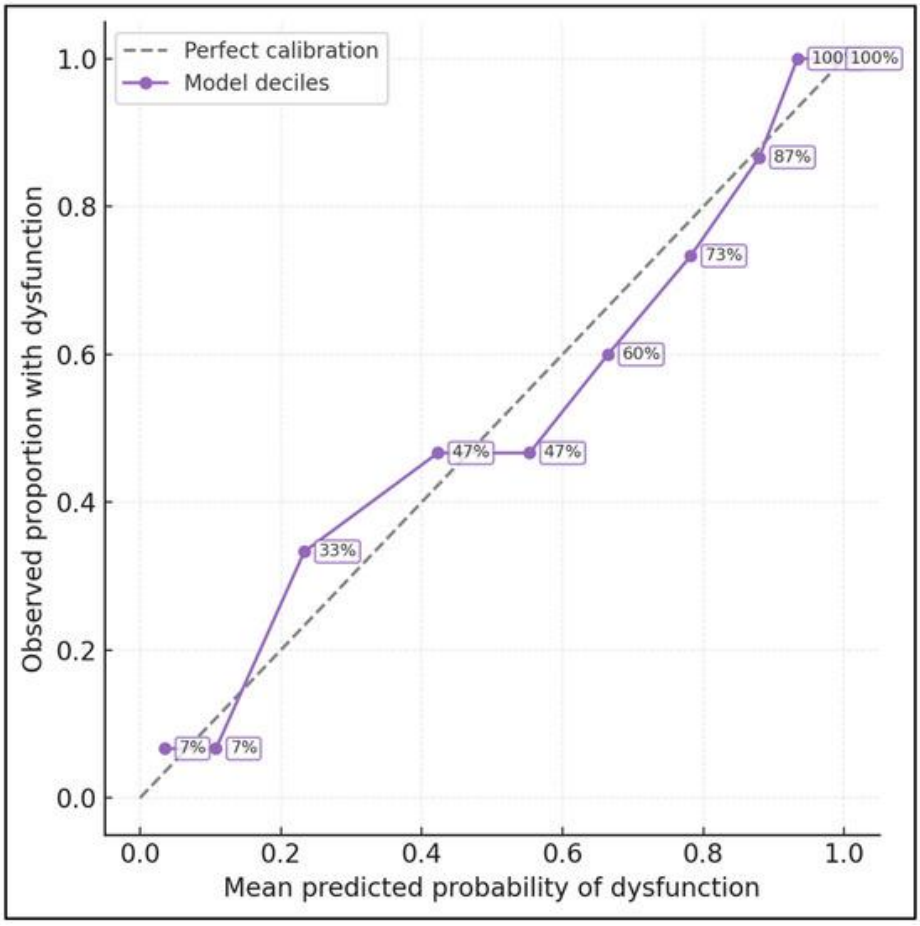


Figura III.2. Calibrarea modelului psihosocial de predicție pentru disfuncția la PP3.

Concluzii integrate și semnificație practică

În ansamblu, teza construiește un argument convingător pentru tratarea disfuncției sexuale postpartum ca rezultat multidimensional de sănătate maternă, nu ca plângere privată lăsată exclusiv la inițiativa pacientei. Cele trei studii converg către mai multe concluzii majore. În primul rând, funcția sexuală descrește, în mod tipic, din timpul sarcinii către un nadir postpartum precoce și se ameliorează ulterior, însă recuperarea rămâne incompletă pentru multe femei la șase până la douăsprezece luni. În al doilea rând, trauma perineală, nașterea instrumentală și durerea precoce sunt relevante clinic și se asociază în mod repetat cu rezultate mai slabe, mai ales pe termen scurt. În al treilea rând, operația cezariană nu reprezintă o strategie protectoare sigură împotriva disfuncției sexuale ulterioare. În al patrulea rând, determinanții psihosociali, în special simptomele depresive, tulburările de somn, perturbarea imaginii corporale și satisfacția relațională, joacă un rol major în afectarea persistentă din postpartumul tardiv.

Teza aduce și contribuții metodologice importante. Ea combină o revizuire sistematică, designuri de cohortă cu măsurători repetate, analiză de fenotipuri, clusterizare latentă a traiectoriilor, analiză de mediere și modelare predictivă. Această strategie pe mai multe niveluri permite depășirea simplei raportări a prevalenței. Lucrarea identifică momentul în care diferiți determinanți devin importanți, arată că există mai mult de o singură cale către disfuncția sexuală postpartum și demonstrează că poate fi construit un cadru fezabil de screening pornind de la instrumente deja familiare serviciilor perinatale.

Implicațiile practice sunt directe. Îngrijirea postpartum nu ar trebui să se oprească la vindecarea plăgilor, contracepție și alimentația nou-născutului. Ea ar trebui să includă screening multidimensional pentru funcția sexuală, simptome depresive, calitatea somnului, simptome ale planșeului pelvin și distres relațional, ideal în mai multe momente de evaluare și nu doar la șase săptămâni. Femeile cu probleme predominant algice ar trebui orientate către reabilitare a planșeului pelvin și tratament focalizat pe dispareunie. Femeile cu povară psihosocială mai largă ar trebui să beneficieze de evaluare de sănătate mintală, consiliere pentru somn, sprijin pentru imaginea corporală și, atunci când este necesar, intervenții centrate pe cuplu. În acest fel, teza poziționează sănătatea sexuală postpartum ca parte legitimă și acționabilă a îngrijirii materne comprehensive.