



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ  
ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**

**Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**«ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΡΗΞΕΩΝ ΤΟΥ ΠΕΡΙΝΕΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ  
ΤΟΚΕΤΟ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ»**

**Συγγραφέας**

**ΡΟΔΑΚΗ ΕΥΓΕΝΙΑ**

**ΑΜ: 19031**

**Επιβλέπων/ουσα:**

**ΛΥΚΕΡΙΔΟΥ**

**ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**Αθήνα, Ιούλιος 2022**



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA**  
**SCHOOL a Faculty of Health and**  
**Caring Sciences**  
**DEPARTMENT Midwifery**

**TITLE OF POSTGRADUATE PROGRAM (MSc/MBA)**  
**«ADVANCED AND EVIDENCE BASED MIDWIFERY CARE»**

**Diploma Thesis**

**«The effects of perineal tears during childbirth on women's sex  
life»**

**Student name and surname:**

**EVGENIA RODAKI**

**Registration Number: 19031**

**Supervisor name and surname:**

**AIKATERINI LYKERIDOY**

**Athens, July 2022**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ**

**ΤΜΗΜΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**Τίτλος εργασίας**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

<b>A/a</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
	ΛΥΚΕΡΙΔΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ	
	ΔΙΑΜΑΝΤΗ ΑΘΗΝΑ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ	
	ΣΑΡΑΝΤΑΚΗ ΑΝΤΙΓΟΝΗ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ	

## ΛΗΛΩΨΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΑΙΑΑ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ..... Ραδάου Ελεντία .....  
του Γεωργία, με αριθμό μητρώου 19031 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών  
Σπουδών ΠΡΟΧΩΡΗΜΗ.Η.ΤΕΚΝΙΚΗ.Σ.ΜΕΛΗ, του Τμήματος ..... ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ..... της  
Σχολής..... ΕΡΑΣΤΗ.ΜΟΝ.ΥΓΕΙΑ.Σ.Κ. ΠΡΟΝΟΙΑΣ του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

\*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι ..... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα

Ραδάου Ελεντία



(Υπογραφή)

\* Ονοματεπώνυμο Ιδιότητα

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

\* Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):

[https://www.uoiua.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%AD%CE%B7%CE%B8%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82\\_%CE%B9%CE%B4%CF%81%CF%83%CE%8C%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B7%CF%85%CC%81\\_%CE%B1%CF%80%CE%B7%CE%B5%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%B7%CF%85\\_.final.pdf](https://www.uoiua.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%AD%CE%B7%CE%B8%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%B9%CE%B4%CF%81%CF%83%CE%8C%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B7%CF%85%CC%81_%CE%B1%CF%80%CE%B7%CE%B5%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%B7%CF%85_.final.pdf)

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Οι κακώσεις του περινέου κατά τον τοκετό, ειδικά οι ρήξεις τρίτου και τετάρτου βαθμού μπορούν να προκαλέσουν ενοχλητικά συμπτώματα όπως ακράτεια ούρων και κοπράνων και σεξουαλική δυσλειτουργία. Η σχετική ανασκόπηση αποκάλυψε ελάχιστη αναφορά σχετικά με τις απόψεις και τις εμπειρίες των γυναικών στην Ελλάδα, σε ότι αφορά στις ρήξεις περινέου.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετηθούν οι στάσεις των γυναικών σχετικά με τις επιπτώσεις των περιφερικών ρήξεων τρίτου και τετάρτου βαθμού στην σεξουαλική τους ζωή, καθώς και στην απόφαση για μελλοντική εγκυμοσύνη και να συγκριθούν με τις απόψεις γυναικών με ρήξεις χαμηλότερου βαθμού. Μελετήθηκαν επίσης διαφορές ως προς τα προβλήματα ρήξεων και τους τρόπους αντιμετώπισης.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε μία ποσοτική έρευνα, πρωτογενής και συσχέτισης μεταξύ των ομάδων σε πειραματικό σχέδιο με χρήση ερωτηματολογίου κλειστού τύπου ερωτήσεων και κλίμακας Likert, όπου 4 από τις 6 διαστάσεις εμφάνισαν αποδεκτή αξιοπιστία ( $\alpha \geq 0,624$ ). Χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι  $\chi^2$ , independent samples t-test και Mann Whitney σε στάθμη σημαντικότητας 5%. Στην έρευνα συμμετείχαν 159 γυναίκες οι οποίες είχαν υποστεί ρήξη περινέου κατά την διάρκεια τοκετού, με μέσο ΔΜΣ 24,85, στην πλειοψηφία τους ηλικίας 25-44 ετών, παντρεμένες, απόφοιτες ΤΕΙ-ΑΕΙ ή μεταπτυχιακού, που διαμένουν σε πόλη μεγαλύτερη 10000 κατοίκων και ήταν 26-35 ετών στον 1<sup>ο</sup> τοκετό. Τηρήθηκαν τα απαραίτητα ηθικά ζητήματα.

**Αποτελέσματα:** Στις περισσότερες γυναίκες η έναρξη του τοκετού έγινε αυτόματα, πραγματοποιήθηκε χρήση επισκληριδίου ή ραχιαίας αναισθησίας κατά τη διάρκεια του τοκετού και χρήση φαρμάκων και οι περισσότερες ανέφεραν πως υποβλήθηκαν σε περινεοτομή. Οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν πως πονούσαν μετά τον τοκετό τους στην περιοχή του περινέου, εμφάνισαν δυσπαρευνία, ακράτεια και διαρροή ούρων μετά τον τοκετό, ενώ οι μισές είχαν δυσκολία στην κένωση. Οι μέθοδοι αντιμετώπισης των ρήξεων μετά την έξοδο από το μαιευτήριο χρησιμοποιήθηκαν ελάχιστα. Η απόδοση ιατρικής ευθύνης για τις ρήξεις παρατηρήθηκε σε μέτριο βαθμό. Αισιοδοξία διαπιστώθηκε όσον αφορά την στάση για την μελλοντική εγκυμοσύνη. Τα σεξουαλικά προβλήματα παρατηρήθηκαν σε πολύ μικρό βαθμό. Ο βαθμός ρήξης σχετίστηκε με το σωματικό βάρος νεογνού στον 1<sup>ο</sup> τοκετό ( $p=0,042$ ), την δυσκολία στην κένωση ( $p=0,001$ ), την δυσπαρευνία ( $p=0,010$ ), ακράτεια ( $p=0,001$ ) και διαρροή ούρων μετά τον τοκετό ( $p<0,001$ ), την χειρουργική αντιμετώπιση μετά από επούλωση ( $p=0,016$ ), την λήψη αντιβιοτικών και παυσίπων ( $p<0,001$ ), τις ασκήσεις Kegel στο σπίτι ( $p=0,001$ ), το συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής ( $p=0,004$ ), την ιατρική ευθύνη ( $p<0,001$ ), την στάση για μελλοντική εγκυμοσύνη ( $p<0,001$ ) και τα σεξουαλικά προβλήματα ( $p<0,001$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι γυναίκες που είχαν υποστεί βαριά ρήξη γέννησαν στον 1<sup>ο</sup> τοκετό νεογνό με μεγαλύτερο σωματικό βάρος, περίπου 200 γραμμάρια βαρύτερο, εμφάνισαν περισσότερα προβλήματα ρήξεων μετά τον τοκετό και συγκεκριμένα δυσκολία στην κένωση, δυσπαρευνία, ακράτεια και διαρροή ούρων. Ακόμη, οι γυναίκες που είχαν υποστεί βαριά ρήξη χρησιμοποίησαν σε υψηλότερο βαθμό τις τεχνικές αντιμετώπισης των ρήξεων και συγκεκριμένα την χειρουργική αντιμετώπιση μετά από επούλωση, την λήψη αντιβιοτικών και παυσίπων, τις ασκήσεις Kegel στο σπίτι και συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής. Επιπλέον, οι γυναίκες που είχαν υποστεί βαριά ρήξη απέδωσαν περισσότερες ιατρικές ευθύνες, έχουν λιγότερο θετική στάση για την μελλοντική εγκυμοσύνη και περισσότερα σεξουαλικά προβλήματα.

**Λέξεις κλειδιά:** Ρήξεις περινέου, επιπτώσεις στη σεξουαλική ζωή, επιπτώσεις στη μελλοντική εγκυμοσύνη

## Abstract

**Introduction:** Perineal tears during childbirth - especially the third and fourth degree perineal tears - can cause annoying symptoms such as urinary or fecal incontinence and sexual discomfort. Our review revealed that little research has been published on the views and experiences of women in Greece, with regards to perineal tears.

**Aim:** The aim of our research was to study women's experiences regarding the effects of third and fourth degree perineal tears on their sexual activity, as well as their attitudes towards future pregnancies, and to compare them with the experiences and attitudes of women with lower-grade perineal tears. Both the complications, and the methods of treating perineal tears were also studied.

**Methodology:** A quantitative primary and correlational research was performed between groups in an experimental design using a closed-ended questionnaire and Likert scale. The statistical tests chi square, independent samples t-test and Mann Whitney were used at a significance level of 5%. The sample of our study consisted of 159 women who had suffered perineal tears during childbirth.

**Results:** With most women, labor began spontaneously. Epidural or spinal anesthesia was administered along with other medications while most reported having an episiotomy. Most women reported pain after childbirth in the perineal area, experienced nausea, urinary and fecal incontinence and half of them had difficulty in voiding their bladder. Rehabilitation methods for the perineal tears were rarely applied after leaving the maternity hospital. A moderate proportion of the sample consequently considered that medical liability played a role in them sustaining perineal tears at childbirth and subsequently going through a lengthy recovery. The results regarding the attitudes of women towards a future pregnancy were optimistic however. Sexual activity issues were observed on a very small portion of the sample. A statistically significant correlation was found regarding the degree of perineal tears and the following: the body weight of the newborn in the 1<sup>st</sup> childbirth ( $p = 0.042$ ), constipation ( $p = 0.001$ ), dyspareunia ( $p = 0.010$ ), the urinary incontinence after labor ( $p = 0.001$ ), the urinary leakage after labor ( $p < 0.001$ ), the surgical rehabilitation of the scars after healing ( $p = 0.016$ ), the prescription of antibiotics and painkillers ( $p < 0.001$ ), systematically performing Kegel exercises at home ( $p = 0.001$ ), a specific diet plan ( $p = 0.004$ ), medical liability on the prevention and rehabilitation of perineal tears ( $p < 0.001$ ), the attitude of women towards a future pregnancy ( $p < 0.001$ ) and the quality of their sexual activity ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** Women who suffered a severe perineal tear, gave birth to a newborn with a larger body weight (about 200 grams heavier), had more perineal tear related complications after childbirth - and in particular difficulty in voiding their bladder, dyspareunia, as well as urinary and fecal incontinence. In addition, it was found that women who had suffered a severe perineal tear had to: undergo surgical rehabilitation of the scar after healing, take antibiotics and painkillers, systematically apply Kegel exercises at home and follow a specific diet plan. Furthermore, women who had suffered a severe perineal tear believed more that there was medical liability which also affected the rehabilitation of their perineal tears. They also had a less positive attitude toward future pregnancies. They finally reported having had more sexual activity related issues.

**Keywords:** perineal tears, sexual life, postnatal complications, urinary leakage, urinary incontinence

## Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη .....	5
Πίνακας Περιεχομένων.....	7
Εισαγωγή .....	8
Μεθοδολογία.....	10
Σχεδιασμός έρευνας .....	10
Ερωτηματολόγιο .....	10
Στατιστική ανάλυση .....	11
Πληθυσμός-Δείγμα.....	11
Αξιοπιστία.....	11
Ηθικά Ζητήματα .....	12
Αποτελέσματα .....	12
Μαιευτικό Ιστορικό / Νεογνικό Ιστορικό .....	12
Προβλήματα σχετικά με την κύηση .....	13
Προβλήματα ρήξεων.....	13
Προβλήματα ρήξεων.....	13
Ιατρική ευθύνη .....	14
Στάση για μελλοντική εγκυμοσύνη .....	14
Σεξουαλικά προβλήματα .....	14
Εξομοίωση ομάδων .....	15
Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το είδος ρήξης.....	15
Συμπεράσματα.....	16
Συζήτηση .....	16
Πρακτικές εφαρμογές.....	19
Περιορισμοί-Προτάσεις.....	20
Αναφορές.....	21
Ελληνόγλωσσες .....	21
Ξενόγλωσσες.....	21
Βιβλιογραφία Δημοσίευσης.....	22
Παράρτημα Α-Ερωτηματολόγιο.....	25
<b>The effects of perineal tears during childbirth on women's sex life</b>	

## Εισαγωγή

Η σεξουαλική λειτουργία μετά τον τοκετό επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως αλλαγές στο ορμονικό περιβάλλον, την ανατομία και την οικογενειακή δομή μετά τον τοκετό. Η δυσπαρεύνια και άλλα σεξουαλικά προβλήματα, όπως η απώλεια σεξουαλικής ορμής, μετά τον τοκετό είναι ένα όχι σπάνιο πρόβλημα και οι συχνότητες των προβλημάτων σεξουαλικής υγείας φτάνουν το 30% –60% τρεις μήνες μετά τον τοκετό και 17% –31% έξι μήνες μετά τοκετό (Gommesen et al, 2019). Λίγα είναι γνωστά για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της σοβαρής νοσηρότητας της μητέρας, καθώς οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται σε όχι περισσότερο από έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Καθώς μετά τον τοκετό μπορεί να εμφανιστούν διάφορες διαταραχές, οι γυναίκες που υπέστησαν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, μπορεί να παρουσιάσουν κλινικές και ψυχολογικές διαταραχές που μπορεί να διαρκέσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και να επηρεάσουν σοβαρά τη σεξουαλική τους ζωή (Andreucci et al, 2015).

Οι κακώσεις του περινέου είναι γνωστές από την εποχή του Ιπποκράτη. Περιλαμβάνουν ρήξεις στον κόλπο, το δέρμα, τους μύες μεταξύ του κόλπου και του πρωκτού (περινεϊκό δέρμα & περινεϊκοί μύες) και στον πρωκτικό σφιγκτήρα. Ακριβώς κάτω από το στρώμα του πλακώδους επιθηλίου και του κολπικού βλεννογόνου βρίσκεται το περινεϊκό σώμα που έχει τριγωνικό σχήμα και αποτελεί τη σύνδεση μεταξύ του βολβοσηραγγώδης μυ, των επιφανειακών εγκάρσιων μυών και του πρωκτικού σφιγκτήρα (Daniilidis et al, 2012). Μία ρήξη τρίτου βαθμού εκτείνεται μέσω του μυϊκού συμπλέγματος του πρωκτικού σφιγκτήρα. Μία ρήξη τέταρτου βαθμού εκτείνεται στον βλεννογόνο του ορθού. Η συχνότητα εμφάνισης τέτοιων ρήξεων φαίνεται να αυξάνεται στην παγκόσμια βιβλιογραφία. Οι ρήξεις τρίτου και τέταρτου βαθμού μπορούν να προκαλέσουν ενοχλητικά συμπτώματα όπως ακράτεια κοπράνων και σεξουαλική δυσλειτουργία (Woolner et al, 2019). Η μη επαρκής αντιμετώπιση αυτών των κακώσεων, μπορεί να προκαλέσει χρόνια περινεϊκό άλγος, ενώ έχει αναφερθεί ότι 3-6 μήνες μετά τον τοκετό, ως και το 10% των γυναικών που έχουν υποστεί περινεϊκή ρήξη παρουσιάζουν ακράτεια κοπράνων, ενώ μέχρι και το 53% των γυναικών αναφέρει ακράτεια αερίων (Γρηγοριάδης κσυν, 2008). Επιπλέον, τα στοιχεία δείχνουν ότι η συνηθισμένη χρήση της περινεοτομής, δεν μειώνει τον κίνδυνο σοβαρού περινεϊκού τραύματος (βλάβες τρίτου και τέταρτου βαθμού), ούτε αποτρέπει ρήξεις που προκαλούνται από την κεφαλή του εμβρύου (Leal et al, 2013).

Η σεξουαλική υγεία είναι μια κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας, σε σχέση με τη σεξουαλικότητα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) θεωρεί επίσης την ποιότητά της σεξουαλικής ζωής ως δείκτη υγείας (Andreucci et al, 2015). Στο πλαίσιο της



εμφάνισης ρήξεων του περινέου, η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να θεωρηθεί συνέπεια της μητρικής νοσηρότητας (Ganaba et al, 2010). Έτσι, τα προβλήματα σεξουαλικής υγείας παραμένουν ένα σοβαρό πρόβλημα για πολλές γυναίκες, που δεν γνωρίζουν πως να τα αντιμετωπίσουν. Μεταξύ άλλων, οι ανατομικές αλλαγές που προκαλούνται από κολπικές ή περιφερικές ρήξεις, και μπορεί να συμβάλλουν στη δυσπαρεύνια, μπορεί να έχουν σημαντικές επιδράσεις τόσο στον χρόνο όσο και στην ποιότητα της επανάληψης των σεξουαλικών σχέσεων κατά τους μήνες μετά τον τοκετό (Rathfisch et al, 2010). Υπάρχει σημαντική επιδείνωση σε όλους τους σεξουαλικούς τομείς, όπως η δυσπαρεύνια, η έλλειψη κολπικής λίπανσης, η δυσκολία στην επίτευξη οργασμού, η κολπική αιμορραγία ή ο ερεθισμός μετά το σεξ και η απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας. Μελέτες έχουν δείξει ότι το 89% των γυναικών επιτυγχάνουν να επαναλάβουν σεξουαλική δραστηριότητα εντός 6 μηνών από τον τοκετό. Τα ποσοστά επιπολασμού της σεξουαλικής δυσλειτουργίας κυμαίνονται από 41% έως 83% στους 2-3 μήνες μετά τον τοκετό 7,8 έως 64% στους 6 μήνες μετά τον τοκετό, (Woolhouse et al, 2015), αλλά δεν καταφέρνουν να φτάσουν τα επίπεδα προ της εγκυμοσύνης στο 38% (Laganà et al, 2015). Κάποιες μελέτες δείχνουν ότι ακόμα και σε διάστημα > 18 μηνών μετά τον τοκετό, οι γυναίκες έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής ευχαρίστησης και συναισθηματικής ικανοποίησης (Ejegård et al, 2008).

Έρευνα σχετικά με τα οφέλη που σχετίζονται με καισαρική τομή για τη μητέρα, αναφέρει ότι η απόφαση για μελλοντική εγκυμοσύνη επηρεάζεται από τις επιπλοκές της πρώτης εγκυμοσύνης (Keag et al, 2018), ενώ το Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2015), αναφέρει ότι οι ρήξεις τρίτου και τετάρτου βαθμού, μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την απόφαση για μελλοντική εγκυμοσύνη, ανάλογα με την αντιμετώπιση των ρήξεων κατά την πρώτη εγκυμοσύνη (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2015).

Η σχετική αναζήτηση της βιβλιογραφίας αποκάλυψε ελάχιστη αναφορά σχετικά με τις απόψεις και τις εμπειρίες των γυναικών στην Ελλάδα, σε ότι αφορά στις ρήξεις περινέου. Συγκεκριμένα, στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία εντοπίστηκε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση των Daniilidis et al (2012), που παρουσιάζει τη γνώση της τρέχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με την επιδημιολογία και τους παράγοντες προδιάθεσης, την ταξινόμηση και τη χειρουργική θεραπεία ρήξεων τρίτου βαθμού. Στην Ελληνική βιβλιογραφία ανακτήθηκε η εργασία των Γρηγοριάδη και των συναδέλφων του (2008), σχετικά με την καταγραφή της Ελληνικής πρακτικής όσον αφορά την περινεοτομή και την αποκατάσταση των μαιευτικών κακώσεων του περινέου.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθούν οι στάσεις και απόψεις των γυναικών σχετικά με τις επιπτώσεις των περιφερικών ρήξεων τρίτου και τετάρτου βαθμού στην

σεξουαλική τους ζωή, καθώς και στην απόφαση για μελλοντική εγκυμοσύνη, και να συγκριθούν με τις απόψεις γυναικών με ρήξεις χαμηλότερου βαθμού.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό *Maedica* (2022, Vol 17, No2, σελ.297) από τους συγγραφείς Evgenia RODAKI, Athina DIAMANTI, Antigoni SARANTAKI, & Aikaterini LYKERIDOU.

## **Μεθοδολογία**

### **Σχεδιασμός έρευνας**

Πραγματοποιήθηκε μια ποσοτική, πρωτογενής και μελέτη συσχέτισης μεταξύ των ομάδων σε πειραματικό σχέδιο. Η πρωτογενής έρευνα έχει το πλεονέκτημα να εξετάζει τις απόψεις των συμμετεχόντων «άμεσα», ενώ η ποσοτική έρευνα επιλέχθηκε ως ο βαθμός ρήξης, οι αντιλήψεις για σεξουαλικά προβλήματα και η μελλοντική εγκυμοσύνη είναι μετρήσιμες έννοιες (Cohen, Manion & Morrison, 2007), για να εξετάσουν τη σχέση μεταβλητών. (Muijs, 2011) και για τη γενίκευση των συμπερασμάτων (Creswell, 2013). Ο πειραματικός σχεδιασμός αποδείχθηκε καθώς οι γυναίκες με σοβαρή ρήξη δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα δημογραφικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά σε σύγκριση με τις γυναίκες με ήπια ρήξη (McLeod, 2017).

### **Ερωτηματολόγιο**

Χρησιμοποιήθηκε ένα πρωτότυπο ερωτηματολόγιο 52 ερωτήσεων, το οποίο κατασκευάστηκε από τη μελέτη του θεωρητικού πλαισίου και χωρίστηκε σε 5 ενότητες. Η 1η ενότητα αναφέρεται στα δημογραφικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά και περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις κλειστού τύπου και σύντομων απαντήσεων. Η 2η ενότητα περιέχει 20 ερωτήσεις σχετικά με το μαιευτικό/νεογνικό ιστορικό και χωρίζεται σε 3 υποενότητες. Συγκεκριμένα, η 1η υποενότητα περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις κλειστού τύπου και σύντομων απαντήσεων σχετικά με τον τοκετό, η 2η υποενότητα περιλαμβάνει 12 διχοτόμες ερωτήσεις (Ναι-Όχι) σχετικά με τα προβλήματα εγκυμοσύνης και το 3ο εδάφιο 5 διχοτόμες ερωτήσεις (Ναι-Όχι) σχετικά με προβλήματα ρήξης. Οι ακόλουθες ενότητες περιλαμβάνουν ερωτήσεις τύπου Likert από 1 έως 5 (1 = Καθόλου, 2 = Λίγο, 3 = Μέτριο, 4 = Πολύ, 5 = Πολύ πολύ). Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις σχετικά με την αντιμετώπιση ρήξεων μετά την έξοδο από το μαιευτήριο και 4 ερωτήσεις σχετικά με την ιατρική ευθύνη. Η 4η ενότητα περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις σχετικά με μελλοντική εγκυμοσύνη και η 5η ενότητα 11 ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα των σεξουαλικών προβλημάτων. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω φόρμας google. Έτσι, η δειγματοληψία ήταν βολική (Creswell, 2013).

## Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 24. Οι ονομαστικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν με συχνότητες και ποσοστά ενώ οι κανονικές και κλίμακες, με μέση, τυπική απόκλιση, ελάχιστες και μέγιστες τιμές. Στατιστικές δοκιμές chi square, ανεξάρτητα δείγματα t-test και Mann Whitney πραγματοποιήθηκαν με σημασία 5%, σύμφωνα με τα μεγέθη του δείγματος και την ύπαρξη κανονικών κατανομών (Field, 2017).

## Πληθυσμός-Δείγμα

Πληθυσμός της έρευνας θεωρείται το σύνολο των γυναικών στην Ελλάδα που έχουν υποστεί ρήξη περινέου κατά την διάρκεια τοκετού. Αναφορικά με το δείγμα στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των 159 γυναικών της έρευνας οι οποίες είχαν υποστεί ρήξη περινέου κατά την διάρκεια τοκετού. Σχετικά με την ηλικία, το 86,1% (N=137) των γυναικών είναι ηλικίας 25-44 ετών, το 91,8% (N=146) αποτελείται από παντρεμένες, το 79,8% (N=127) έχει φοιτήσει σε ΤΕΙ-ΑΕΙ ή έχει μεταπτυχιακό, το 77,3% (N=123) μένει σε πόλη μεγαλύτερη 10000 κατοίκων ή στην Αθήνα ή σε αστικό κέντρο και το 71,7% (N=114) ήταν 26-35 ετών στον 1<sup>ο</sup> τοκετό. Το μέσο βάρος των συμμετεχόντων είναι  $68,37 \pm 13,30$  κιλά (48-117), το μέσο ύψος τα  $1,66 \pm 0,06$  μέτρα (1,50-1,83) και ο μέσος ΔΜΣ  $24,85 \pm 4,55$  (17,30-44,44).

## Αξιοπιστία

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας των ενοτήτων του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τον συντελεστή Cronbach Alpha, ο οποίος είναι ένα πολλαπλό μέτρο συσχέτισης με αποδεκτές να θεωρούνται οι τιμές άνω του 0,6 και ικανοποιητικές οι τιμές άνω του 0,7 (McLeod, 2007). Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας για τους παράγοντες όπου η αξιοπιστία ήταν τουλάχιστον αποδεκτή ( $\alpha > 0,6$ ).

**Πίνακας 1:** Ανάλυση αξιοπιστίας

Παράγοντες	Ερωτήσεις	Cronbach Alpha
Προβλήματα ρήξεων	22-26	0,624
Ιατρική ευθύνη	34-36, 37R	0,761
Στάση για μελλοντική εγκυμοσύνη	(38-41) R	0,650
Σεξουαλικά προβλήματα	42-52	0,851

## Ηθικά Ζητήματα

Η ερευνήτρια τήρησε όλα τα απαραίτητα ηθικά ζητήματα τα οποία σχετίζονται με την φύση της έρευνας όσο και με την ψυχολογία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα (BPS, 2014). Συγκεκριμένα, το υπό μελέτη θέμα έγινε δεκτό από τον Ιδρυματικό φορέα της ερευνήτριας καθώς χαρακτηρίστηκε χρήσιμο και ενδιαφέρον για την επιστημονική κοινότητα. Επιβλέπων καθηγητής του Ιδρυματικού φορέα παρακολούθησε και επέβλεψε την διαδικασία της έρευνας. Οι γυναίκες-συμμετέχουσες της έρευνας ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και ότι οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για αυτήν. Επίσης, τονίστηκε ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα είναι ανώνυμη, εθελοντική και με την δική τους συγκατάθεση. Παράλληλα διασαφηνίστηκε το δικαίωμα αποχώρησης οποιαδήποτε στιγμή κατά την διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ή ακόμη και 1 εβδομάδα μετά. Η ερευνήτρια γνωστοποίησε τα προσωπικά της στοιχεία στις συμμετέχουσες σε περίπτωση που εκείνες επιθυμούσαν να έρθουν σε επαφή με αυτή για οποιοδήποτε λόγο.

## Αποτελέσματα

### Μαιευτικό Ιστορικό / Νεογνικό Ιστορικό

Σε 74% (N = 111) των περιπτώσεων ο τοκετός διήρκεσε έως 10 ώρες και στο 76,1% (N = 121) ήταν πρώτου βαθμού. Το 55,3% (N = 88) των γυναικών είχε 1 γέννηση και το 37,1% (N = 59) είχε 2 γεννήσεις. Σύμφωνα με τον Πίνακα 2, στις περισσότερες περιπτώσεις, ο τοκετός ήταν φυσιολογικός και οι 3 πρώτοι τοκετοί πραγματοποιήθηκαν στους περισσότερους συμμετέχοντες την περίοδο 2013-2021.

**Πίνακας 2:** Ποιοτικά στοιχεία των 4 τοκετών

Στοιχείο	Κατηγορία	1 <sup>ος</sup>	2 <sup>ος</sup>	3 <sup>ος</sup>	4 <sup>ος</sup>
Είδος τοκετού	Φυσιολογικός	92,5% (N=147)	83,1% (N=59)	91,7% (N=11)	75% (N=3)
	Καισαρική	7,5% (N=12)	16,9% (N=12)	8,3% (N=1)	25% (N=1)
Πότε έγινε ο τοκετός; (ΕΤΟΣ)	1983-1992	1,9% (N=3)	4,3% (N=3)	8,3% (N=1)	0% (N=0)
	1993-2002	7,5% (N=12)	4,3% (N=3)	0% (N=0)	25% (N=1)
	2003-2012	14,5% (N=23)	18,6% (N=13)	25% (N=3)	25% (N=1)
	2013-2021	76,1% (N=121)	72,9% (N=51)	66,7% (N=8)	50% (N=2)

N: Συχνότητα, f %: Σχετική συχνότητα %

Το σωματικό βάρος του νεογνού κατά τον 1ο τοκετό ήταν κατά μέσο όρο 3306 gr και ακολούθησε πτωτική πορεία με 3254 gr στον 2ο, 3150 στο 3ο και 2957 στον 4ο. Παρόμοια καθοδική τάση παρατηρήθηκε στην περίμετρο της κεφαλής στους τρεις πρώτους τοκετούς, με

37,38 gr στον 1ο, 36,84 στο 2ο και 36,14 στο 3ο με μεγάλη αύξηση στα 40,33 στον 4ο τοκετό. Η εβδομάδα τοκετού είχε την υψηλότερη μέση τιμή στον 4ο τοκετό με τιμή 39,75 ακολουθούμενη από την 3η με 39,38, στη συνέχεια στην 1η με 39,28 και τέλος στη 2η με 38,80

### **Προβλήματα σχετικά με την κύηση**

Το 90,6% (N = 144) δεν είχε πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή πριν από τον τοκετό. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το 86,8% (N = 138) δεν είχε προετοιμάσει το περυνέο του με μασάζ, το 91,2% (N = 145) δεν έπασχε από διαβήτη, το 96,2% (N = 153) δεν είχε υπέρταση και το 93,1% (N = 148) δεν κάπνιζε. Επιπλέον, το 60,4% (N = 96) δήλωσε ότι ο τοκετός ξεκίνησε αυθόρμητα, το 65,4% (N = 104), ότι χρησιμοποιήθηκε επισκληρίδιος ή ραχιαία αναισθησία κατά τον τοκετό, 57,9% (N = 92) χρησιμοποίησε φάρμακα κατά τον τοκετό, 78,0% (N = 124) δεν είχε επεμβατικό τοκετό, το 64,2% (N = 102) υποβλήθηκε σε περινεοτομή, το 87,4% (N = 139) δεν είχε ρήξη περυνέου σε προηγούμενο τοκετό και το 87,8% (N = 101) δεν γνώριζε τον βαθμό ρήξης του περυνέου τους σε προηγούμενη γέννηση.

### **Προβλήματα ρήξεων**

Μετά τον τοκετό, το 72,4% (N = 110) είχε πόνο στην περινεϊκή περιοχή, το 51,3% (N = 78) είχε δυσκολία στην αφόδευση, το 61,3% (N = 92) είχε πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή, το 62,7% (N = 96) δεν παρουσίασε ακράτεια μετά τον τοκετό και το 65,1% (N = 99) δεν είχε διαρροή ούρων.

### **Προβλήματα ρήξεων**

Οι γυναίκες δήλωσαν ότι λίγο έως μέτριο βαθμό αντιμετώπισαν τις ρήξεις μετά την έξοδο από το μαιευτήριο λαμβάνοντας αντιβιοτικά και παυσίπονα (M = 2,42, ΣΔ = 1,40). Επίσης, αντιμετώπισαν ελάχιστα προβλήματα ρήξης με επισκέψεις στον θεράποντα ιατρό κάθε 6-12 εβδομάδες για επανεξέταση (M = 2.23, SD = 1.40), με ασκήσεις Kegel στο σπίτι (M = 2.07, SD = 1.41), καθώς και με ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής (M = 1,78, ΣΔ = 1,23). Ακόμη, οι απαντήσεις τους βρέθηκαν μεταξύ του «καθόλου» και του «λίγο», αναφορικά με το κατά πόσο αντιμετώπισαν τις εν λόγω ρήξεις με τη λήψη καθαρτικών (M.O.= 1,46±1,07). Τέλος καθόλου δεν εφάρμοσαν τη χειρουργική αντιμετώπιση μετά από επούλωση (M.O.= 1,30±0,93), ούτε και το ολοκληρωμένο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας, με την καθοδήγηση του θεράποντος ιατρού (M.O.= 1,15±0,61).

## **Ιατρική ευθύνη**

Οι γυναίκες συμφώνησαν σε μέτριο βαθμό με τις θέσεις ότι η ενημέρωση κατά τη διάρκεια του τοκετού σχετικά με τη ρήξη, ήταν ελλιπής (M.O.= 3,12±1,68), καθώς και ότι η ρήξη θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί καλύτερα μετά τον τοκετό (M.O.= 2,66±1,54). Οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «λίγο» και του «μέτρια», σχετικά με το κατά πόσο η ρήξη έχει σχέση με συγκριμένο ιατρικό χειρισμό (M.O.= 2,59±1,59), καθώς και κατά πόσο ο θεράπων ιατρός τους παρουσίασε επαρκώς το πλάνο αντιμετώπισης της ρήξης (M.O.= 2,54±1,56).

## **Στάση για μελλοντική εγκυμοσύνη**

Οι γυναίκες θεωρούν σε μέτριο βαθμό πιθανό να υποστούν ρήξη και στην επόμενη εγκυμοσύνη (M.O.= 3,19±1,46). Ακόμη, λίγο συμφώνησαν με το ότι μια μελλοντική εγκυμοσύνη ίσως θα υποβάθμιζε την ποιότητα ζωής τους (M.O.= 1,98±1,29), όπως και με το ότι δεν θα αποφάσιζαν εύκολα μια νέα εγκυμοσύνη λόγω του πόνου (M.O.= 1,94±1,34). Τέλος, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «καθόλου» και του «λίγο», αναφορικά με το κατά πόσο θα επέλεγαν άλλη μέθοδο (καισαρική) σε επόμενο τοκετό (M.O.= 1,55±1,23).

## **Σεξουαλικά προβλήματα**

Οι γυναίκες δήλωσαν ότι σπάνια απορρίπτουν τη σεξουαλική επιθυμία (M = 2,32, SD = 1,20). Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής σπάνια αισθάνονται ανίκανες για οργασμό (M = 2.16, SD = 1.25), δεν είναι ικανοποιημένες με την ποικιλία των σεξουαλικών δραστηριοτήτων (M = 2.16, SD = 1.21) και αισθάνονται πόνο (M = 2.14, SD = 1.21), Επιπλέον, σπάνια οι οργασμοί μετά την εγκυμοσύνη είναι λιγότερο έντονοι, σε σύγκριση με τους οργασμούς που είχαν πριν από την εγκυμοσύνη (M = 1,99, SD = 1,26), η ακράτεια επηρεάζει τη σεξουαλική τους ζωή (M = 1,75, SD = 1,30), καθώς και σπάνια αισθάνονται αρνητικά συναισθήματα, όπως φόβος, αηδία, ντροπή ή ενοχή (M = 1,64, ΣΔ = 1,09). Επιπλέον, οι γυναίκες ποτέ ή σπάνια αποφεύγουν τη σεξουαλική επαφή λόγω κολπικής διόγκωσης (M = 1,52, SD = 0,94) όπως και το πόσο συχνά φοβούνται την ακράτεια κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής (M = 1,42, SD = 0,92). Τέλος, δεν αισθάνονται ποτέ διαρροή ούρων κατά τη σεξουαλική επαφή (M = 1,27, SD = 0,72) και ποτέ ο σύντροφός τους δεν έχει πρόβλημα στύσης, που επηρεάζει τη σεξουαλική τους ζωή.

## Εξομοίωση ομάδων

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα δημογραφικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά μεταξύ των γυναικών που υπέστησαν βαριά ρήξη (3<sup>ου</sup> ή 4<sup>ου</sup> βαθμού) και των γυναικών που εμφάνισαν ελαφριά ρήξη (1<sup>ου</sup> ή 2<sup>ου</sup> βαθμού) ( $p \geq 0,134$ ).

**Πίνακας 3:** Έλεγχοι των δημογραφικών και σωματομετρικών χαρακτηριστικών ως προς το είδος ρήξης

Στοιχείο	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Ηλικία*	$\chi^2$	$\chi^2 (1)=1,583$	0,208
Οικογενειακή κατάσταση**	$\chi^2$	$\chi^2 (1)=1,949$	0,168+
Επίπεδο μόρφωσης***	$\chi^2$	$\chi^2 (2)=4,024$	0,134
Περιοχή κατοικίας****	$\chi^2$	$\chi^2 (1)=2,171$	0,141
Ηλικία κατά τον 1 <sup>ο</sup> τοκετό*****	$\chi^2$	$\chi^2 (2)=1,947$	0,378
Βάρος	Mann Whitney	U=1034	0,201
Ύψος	t-test	t (157) =-0,172	0,863
ΔΜΣ	t-test	t (157) =-1,488	0,139

\*Συγκρίθηκαν οι κατηγορίες 15-34 και >34

\*\*Συγκρίθηκαν οι παντρεμένες και οι μη παντρεμένες

\*\*\*Συγκρίθηκαν οι απόφοιτοι Λυκείου, ΙΕΚ-Κολεγίου-ΤΕΙ-ΑΕΙ και Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού

\*\*\*\*Συγκρίθηκαν οι πόλεις αστικό κέντρο-Αθήνα και άλλο

\*\*\*\*\*Συγκρίθηκαν οι ηλικίες  $\leq 25$ , 26-30 και >30

+Ακριβής τιμή Fischer

## Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το είδος ρήξης

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το είδος ρήξης. Προκύπτει ότι οι γυναίκες που είχαν υποστεί βαριά ρήξη γέννησαν στον 1<sup>ο</sup> τοκετό νεογνό με μεγαλύτερο σωματικό βάρος ( $t(157)=-2,053$ ,  $p=0,042$ ), περίπου 200 γραμμάρια βαρύτερο, εμφάνισαν περισσότερα προβλήματα ρήξεων ( $U=430$ ,  $p<0,001$ ) και συγκεκριμένα δυσκολία στην κένωση ( $\chi^2(1)=11,538$ ,  $p=0,001$ ), δυσπαρεύνια ( $\chi^2(1)=6,549$ ,  $p=0,010$ ), ακράτεια ( $\chi^2(1)=10,671$ ,  $p=0,001$ ) και διαρροή ούρων μετά τον τοκετό ( $\chi^2(1)=12,545$ ,  $p<0,001$ ). Επίσης, οι γυναίκες που είχαν υποστεί βαριά ρήξη χρησιμοποίησαν σε υψηλότερο βαθμό τις τεχνικές αντιμετώπισης των ρήξεων και συγκεκριμένα την χειρουργική αντιμετώπιση μετά από επούλωση ( $U=915$ ,  $p=0,016$ ), την λήψη αντιβιοτικών και παυσίπων ( $U=471$ ,  $p<0,001$ ), τις ασκήσεις Kegel στο σπίτι ( $U=624$ ,  $p=0,001$ ) και συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής ( $U=721,5$ ,  $p=0,004$ ). Παράλληλα οι γυναίκες που είχαν υποστεί βαριά ρήξη απέδωσαν περισσότερες ιατρικές ευθύνες ( $U=352$ ,  $p<0,001$ ), έχουν λιγότερο θετική στάση για την

μελλοντική εγκυμοσύνη ( $t(157)=7,945$ ,  $p<0,001$ ) και περισσότερα σεξουαλικά προβλήματα ( $t(18,803)=-5,442$ ,  $p<0,001$ ).

**Πίνακας 4:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το είδος ρήξης

Στοιχείο	Ελαφριά	Βαριά	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Σωματικό βάρος νεογνού στον 1 <sup>ο</sup> τοκετό	3282,99	3488,89	t-test	t (157) =-2,053	0,042
Προβλήματα ρήξεων	71,19	120,61	Mann Whitney	U=430	<0,001
Δυσκολία στην κένωση	46,3%	88,9%	$\chi^2$	$\chi^2(1)=11,538$	0,001
Δυσπαρέυνια μετά τον τοκετό	57,6%	88,9%	$\chi^2$	$\chi^2(1)=6,549$	0,010
Ακράτεια μετά τον τοκετό	32,6%	72,2%	$\chi^2$	$\chi^2(1)=10,671$	0,001
Διαρροή ούρων μετά τον τοκετό	29,9%	72,2%	$\chi^2$	$\chi^2(1)=12,545$	<0,001
Χειρουργική αντιμετώπιση μετά από επούλωση	74,33	89,18	Mann Whitney	U=915	0,016
Λήψη αντιβιοτικών και παυσίπονων	70,54	114,29	Mann Whitney	U=471	<0,001
Ασκήσεις Kegel στο σπίτι	71,69	105,29	Mann Whitney	U=624	0,001
Συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής	72,42	99,56	Mann Whitney	U=721,5	0,004
Ιατρική ευθύνη	70,13	122,29	Mann Whitney	U=352	<0,001
Στάση για μελλοντική εγκυμοσύνη	4,01	2,44	t-test	t (157) =7,945	<0,001
Σεξουαλικά προβλήματα	1,65	2,79	t-test	t (18,803) =-5,442	<0,001

## Συμπεράσματα

### Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετηθούν οι στάσεις και απόψεις των γυναικών σχετικά με τις επιπτώσεις των περιφερικών ρήξεων τρίτου και τετάρτου βαθμού στην σεξουαλική τους ζωή, καθώς και στην απόφαση για μελλοντική εγκυμοσύνη και να συγκριθούν με τις απόψεις γυναικών με ρήξεις χαμηλότερου βαθμού. Μελετήθηκαν επίσης διαφορές ως προς τα προβλήματα ρήξεων και τους τρόπους αντιμετώπισης.

Στην έρευνα συμμετείχαν 159 γυναίκες οι οποίες είχαν υποστεί ρήξη περινέου κατά την διάρκεια τοκετού, στην πλειοψηφία τους ηλικίας 25-44 ετών, παντρεμένες, απόφοιτες ΤΕΙ-ΑΕΙ ή μεταπτυχιακού, που διαμένουν σε πόλη μεγαλύτερη 10000 κατοίκων ή στην Αθήνα ή σε αστικό κέντρο και ήταν 26-35 ετών στον 1<sup>ο</sup> τοκετό. Το μέσο βάρος των συμμετεχόντων είναι 68,37 κιλά, το μέσο ύψος τα 1,66 μέτρα και ο μέσος ΔΜΣ 24,85. Τηρήθηκαν τα απαραίτητα ηθικά ζητήματα.

Σχετικά με το μαιευτικό ιστορικό, περίπου 9 στις 10 γυναίκες πραγματοποίησαν 1 ή 2 τοκετούς, με τις υπόλοιπες να έχουν 3 ή 4 τοκετούς. Οι υπό μελέτη τοκετοί αφορούν κυρίως την περίοδο 2013-2021 και η πλειοψηφία τους ήταν φυσιολογικοί, χωρίς χρήση καισαρικής τομής. Το μέσο βάρος των νεογνών στους 4 τοκετούς κυμάνθηκε από 3 έως 3,3 κιλά, η μέση περίμετρος κεφαλής από 36 έως 40 εκατοστά και η μέση εβδομάδα κύησης από 39 έως 40.Στις



περισσότερες γυναίκες ο τοκετός στον οποίο έγινε η ρήξη είχε διάρκεια έως 8 ώρες και ο βαθμός ρήξης ήταν ο 1<sup>ος</sup>.

Όσον αφορά τα προβλήματα σχετικά με την κύηση δεν παρατηρήθηκε δυσπαρευνία πριν τον τοκετό, ούτε προετοιμασία του περινέου με μασάζ κατά τη διάρκεια της κύησης. Επίσης η πλειοψηφία των γυναικών δεν είχε διαβήτη και υπέρταση κατά τη διάρκεια της κύησης, ούτε κάπνιζε. Στις περισσότερες γυναίκες η έναρξη του τοκετού έγινε αυτόματα, πραγματοποιήθηκε χρήση επισκληριδίου ή ραχιαίας αναισθησίας κατά τη διάρκεια του τοκετού και χρήση φαρμάκων και οι περισσότερες ανέφεραν πως υποβλήθηκαν σε περινεοτομή. Ακόμη, η πλειοψηφία των γυναικών δεν είχε επεμβατικό τοκετό (χρήση εμβρυουλκού, βεντούζας), δεν είχε ρήξη περινέου σε προηγούμενο τοκετό ούτε γνωρίζει τι βαθμού ρήξη υπέστη το περινέο τους σε προηγούμενο τοκετό.

Αναφορικά με τα προβλήματα ρήξεων, οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν πως πονούσαν μετά τον τοκετό τους στην περιοχή του περινέου, εμφάνισαν δυσπαρευνία, ακράτεια και διαρροή ούρων μετά τον τοκετό, ενώ οι μισές είχαν δυσκολία στην κένωση.

Οι μέθοδοι αντιμετώπισης των ρήξεων μετά την έξοδο από το μαιευτήριο χρησιμοποιήθηκαν ελάχιστα από τις γυναίκες της έρευνας με την συνηθέστερη να είναι η λήψη αντιβιοτικών και παυσίπονων η οποία και αυτή χρησιμοποιήθηκε σε μέτριο προς μικρό βαθμό.

Μια συστηματική ανασκόπηση Cochrane, που περιελάμβανε 3642 πρωτότοκες και πολύτεκνες γυναίκες, αναφέρει ότι το απορροφήσιμο συνθετικό υλικό (πολυγλυκολικό οξύ και πολυγαλακτίνη 910), σε σύγκριση με τα κοινά ράμματα, συνδέθηκε με λιγότερη βραχυπρόθεσμη νοσηρότητα. Όλες οι δοκιμές έδειξαν χαμηλότερα ποσοστά περινεϊκού πόνου, χρήση αναλγησίας, αποκόλληση ραμμάτων και χειρουργική αντιμετώπιση μετά την έξοδο από το μαιευτήριο. Δεν υπήρχε όμως σαφής διαφορά όσον αφορά μακροπρόθεσμο πόνο και δυσπαρευνία (Kettle & Johanson, 1999). Επίσης το προγεννητικό περινεϊκό μασάζ μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο περινεϊκής βλάβης, αν υπάρξει σωστή ενημέρωση. Επιπρόσθετα, η φροντίδα κατά τον τοκετό, όπως υποστήριξη κατά τον τοκετό, θέση για τοκετό, επισκληριδίου αναισθησία, τύπος ώθησης, τρόπος τοκετού και η χρήση επισιотоμίας, έχουν άμεση επίδραση τόσο στον επιπολασμό όσο και στον βαθμό της περινεϊκής βλάβης που μπορεί να υποστεί μια γυναίκα κατά τον τοκετό, και πρέπει να συνοδεύονται με άμεση ενημέρωση και κατάλληλες οδηγίες (Gupta & Nikodem, 2003 · Morris et al, 2013).

Η απόδοση ιατρικής ευθύνης για τις ρήξεις πραγματοποιήθηκε σε μέτριο βαθμό από τις συμμετέχουσες οι οποίες ωστόσο μάλλον συμφώνησαν πως ο θεράπων ιατρός δεν παρουσίασε επαρκώς το πλάνο αντιμετώπισης της ρήξης.

Σε συστηματική μελέτη του 2013 αναφέρεται ωστόσο ότι σε παγκόσμια κλίμακα έχει διαπιστωθεί ότι η έλλειψη εκπαίδευσης στην κλινική εκτίμηση και ταξινόμηση του περινεϊκού τραύματος ήταν εμφανής τόσο στους γιατρούς όσο και στις μαίες. Αυτό ενισχύει το ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στερούνται επαρκών γνώσεων και ότι κάνουν λανθασμένες εκτιμήσεις και λάθη στην ταξινόμηση των περινεϊκών ρήξεων. Η εκπαίδευση στην αξιολόγηση και την ταξινόμηση είναι ζωτικής σημασίας. Οι μαίες είναι σε μια μοναδική θέση για να βελτιώσουν το επίπεδο περίθαλψης σε αυτόν τον τομέα αφού είναι συχνά οι πρώτες και πολλές φορές οι μόνες που αξιολογούν τον τραυματισμό και που μπορούν να προτείνουν ένα ολοκληρωμένο πλάνο αντιμετώπισης (Morris et al, 2013).

Αισιοδοξία παρατηρήθηκε όσον αφορά την στάση για την μελλοντική εγκυμοσύνη. Οι γυναίκες ανέφεραν ότι μια μελλοντική εγκυμοσύνη δεν θα υποβάθμιζε την ποιότητα ζωής τους, ότι θα αποφάσιζαν εύκολα μια νέα εγκυμοσύνη καθώς δεν θα τους επηρέαζε το αίσθημα του πόνου και ότι δεν θα επέλεγαν την καισαρική τομή.

Οι Lim et al (2005), αναφέρουν ότι μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και τη μελέτη πέντε περιπτώσεων, οι περισσότερες γυναίκες αντιμετωπίζουν θετικά το ενδεχόμενο μελλοντικής εγκυμοσύνης, αν και στις πέντε περιπτώσεις που μελετήθηκαν επιλέχτηκε η καισαρική τομή στην επόμενη εγκυμοσύνη. Επίσης οι Shick και Neiger (2015), αναφέρουν ότι η καισαρική τομή επιλέχτηκε σαν ασφαλέστερη μέθοδος τοκετού, σε γυναίκες που είχαν υποστεί ρήξη 3<sup>ου</sup> ή 4<sup>ου</sup> βαθμού σε προηγούμενο τοκετό.

Τα σεξουαλικά προβλήματα παρατηρήθηκαν σε πολύ μικρό βαθμό. Οι γυναίκες της παρούσας έρευνας δήλωσαν πως δεν απορρίπτουν τη σεξουαλική επιθυμία, αισθάνονται ικανές για κλιμάκωση (οργασμό) κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης, είναι ικανοποιημένες από την ποικιλία των σεξουαλικών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης και ότι δεν αισθάνονται πόνο. Ακόμη, ανέφεραν ότι οι οργασμοί μετά την κύηση δεν είναι λιγότερο έντονοι σε σχέση με τους οργασμούς που είχαν πριν την κύηση, η ακράτεια δεν επηρεάζει τη σεξουαλική τους ζωή και δεν αισθάνονται αρνητικά συναισθήματα, όπως φόβο, αηδία, ντροπή ή ενοχή. Επιπλέον, δεν αποφεύγουν τη σεξουαλική πράξη λόγω διόγκωσης στον κόλπο, δεν φοβούνται για ακράτεια κατά τη σεξουαλική πράξη, δεν αισθάνονται διαρροή ούρων κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης και δεν αντιμετωπίζει ο σύντροφός τους κάποιο πρόβλημα στύσης, το οποίο επηρεάζει τη σεξουαλική τους δραστηριότητα.

Παρ' όλα αυτά, ο Gommesen και οι συνεργάτες του (2019), αναφέρουν ότι τα σεξουαλικά προβλήματα των γυναικών που έχουν υποστεί ρήξεις κατά τον τοκετό παραμένουν ένα έντονο

πρόβλημα, ακόμα και έναν χρόνο μετά τον τοκετό. Παραπάνω από τις μισές γυναίκες που παρουσίασαν 3<sup>ου</sup> και 4<sup>ου</sup> βαθμού ρήξεις, ανέφεραν σεξουαλική δυσλειτουργία.

Οι 2 ομάδες των γυναικών που εμφάνισαν ελαφριά (1<sup>ου</sup>-2<sup>ου</sup> βαθμού) και βαριά ρήξη (3<sup>ου</sup>-4<sup>ου</sup> βαθμού) είχαν παρόμοια δημογραφικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει πλήρης εξομοίωση των συγκρινόμενων ομάδων και είναι πολύ σημαντικό καθώς οποιαδήποτε διαφορά απόψεων οφείλεται αποκλειστικά στον βαθμό ρήξης και όχι σε άλλους συγχυτικούς-εξωγενείς παράγοντες, ενισχύοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Οι γυναίκες που είχαν υποστεί βαριά ρήξη γέννησαν στον 1<sup>ο</sup> τοκετό νεογνό με μεγαλύτερο σωματικό βάρος, περίπου 200 γραμμάρια βαρύτερο. Επίσης εμφάνισαν περισσότερα προβλήματα ρήξεων μετά τον τοκετό και συγκεκριμένα δυσκολία στην κένωση, δυσπαρεύνια, ακράτεια και διαρροή ούρων. Ακόμη, οι γυναίκες που είχαν υποστεί βαριά ρήξη χρησιμοποίησαν σε υψηλότερο βαθμό τις τεχνικές αντιμετώπισης των ρήξεων και συγκεκριμένα την χειρουργική αντιμετώπιση μετά από επούλωση, την λήψη αντιβιοτικών και παυσίπων, τις ασκήσεις Kegel στο σπίτι και συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής. Παράλληλα οι γυναίκες που είχαν υποστεί βαριά ρήξη απέδωσαν περισσότερες ιατρικές ευθύνες, έχουν λιγότερο θετική στάση για την μελλοντική εγκυμοσύνη και περισσότερα σεξουαλικά προβλήματα.

Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν και ο Gommesen και οι συνεργάτες του (2019), προσθέτοντας την περίμετρο του κεφαλιού του νεογνού και τη διάρκεια της δεύτερης φάσης του τοκετού, ως αιτιολογικούς παράγοντες των εντόνων προβλημάτων που προκάλεσαν οι ρήξεις. Επιπρόσθετα οι Woodley et al (2017), αναφέρουν τις ίδιες τεχνικές αντιμετώπισης για την ελαχιστοποίηση των πιθανών προβλημάτων μετά τον τοκετό. Τέλος τα σεξουαλικά προβλήματα παρουσιάζονται ως πιθανά αποτελέσματα σε μεγάλο ποσοστό γυναικών που έχουν υποστεί ρήξεις 3<sup>ου</sup> και 4<sup>ου</sup> βαθμού, τόσο λόγω φυσιολογικών όσο και ψυχολογικών προβλημάτων που παρουσιάζονται σε συσχέτιση με τις ρήξεις (Gutzeit et al, 2020).

### **Πρακτικές εφαρμογές**

Απαιτείται μέριμνα για να αντιμετωπιστούν προβλήματα που παρατηρήθηκαν μετά τον τοκετό όπως πόνος στην περιοχή του περινέου, δυσπαρεύνια, ακράτεια και διαρροή ούρων, σε όλες τις γυναίκες, ανεξαρτήτου βαθμού ρήξης. Επίσης, οι γυναίκες πρέπει να ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν περισσότερο τις στρατηγικές αντιμετώπισης ρήξης ανεξάρτητα το μέγεθος της. Οι ιατροί οφείλουν να εξηγούν με μεγαλύτερη λεπτομέρεια το πλάνο αντιμετώπισης της ρήξης. Επιπλέον, ένδειξη για αυξημένο βάρος παιδιού, πιθανόν να προκαλέσει βαριά ρήξη, συνεπώς είναι απαραίτητα τα αντισταθμιστικά μέτρα. Σε γυναίκες με βαριά ρήξη πρέπει να δοθεί

μεγαλύτερη έμφαση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων όπως δυσκολία στην κένωση, δυσπαρεύνια, ακράτεια και διαρροή ούρων και ψυχολογική υποστήριξη για ενίσχυση της στάσης τους για μελλοντική εγκυμοσύνη αλλά και βοήθεια από ειδικό για αντιμετώπιση των πολλαπλών σεξουαλικών προβλημάτων.

### **Περιορισμοί-Προτάσεις**

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν μπορούν να γενικευτούν στον ευρύτερο γυναικείο πληθυσμό της Ελλάδας λόγω μικρού μεγέθους δείγματος και εφαρμογής βολικής δειγματοληψίας. Η δυνατότητα γενίκευσης είναι εφικτή για γυναίκες με μέσο ΔΜΣ περίπου 25, ηλικίας 25-44 ετών, που ήταν έως 35 ετών στον 1<sup>ο</sup> τοκετό, παντρεμένες, απόφοιτες ΤΕΙ-ΑΕΙ ή μεταπτυχιακού, που διαμένουν σε πόλη μεγαλύτερη 10000 κατοίκων. Επίσης, τα αποτελέσματα είναι γενικεύσιμα για γυναίκες που πραγματοποίησαν 1-2 φυσιολογικούς τοκετούς την περίοδο 2013-2021, με μέσο βάρος νεογνού τα 3 κιλά, μέση περίμετρο κεφαλής τα 36-40 εκατοστά και μέση εβδομάδα κύησης 39-40, όπου ο βαθμός ρήξης ήταν 1<sup>ος</sup> και η διάρκεια του τοκετού όπου υπήρξε ρήξη ήταν μέχρι 8 ώρες. Περιορισμό αποτελεί η χαμηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου στα προβλήματα κύησης καθώς και στις στρατηγικές αντιμετώπισης, η μέτρια αξιοπιστία στα προβλήματα ρήξης και στην στάση για μελλοντική εγκυμοσύνη καθώς και η απουσία της εγκυρότητας.

Προτείνεται μελλοντική Πανελλαδική έρευνα, με χρήση απλής τυχαίας δειγματοληψίας και συλλογή μεγέθους δείγματος σύμφωνα με το μέγεθος του πληθυσμού (Creswell, 2013). Επίσης, προτείνεται η εύρεση αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων για όλες τις υπομελέτη ενότητες ή η βελτίωση των ήδη υπάρχοντων εργαλείων, προσθαφαιρώντας ερωτήσεις, επανελέγχοντας πιλοτικά την αξιοπιστία και εφαρμόζοντας την τεχνική της Παραγοντικής ανάλυσης.

## Αναφορές

### Ελληνόγλωσσες

Γαλάνης (2012). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα*.

Γρηγοριάδης, Θ., Αθανασίου, Σ., Ζήσου, Α., Σωτηροπούλου, Μ., & Αντσακλής, Α. (2008). Περινεοτομή και αποκατάσταση κακώσεων περινέου κατά τον τοκετό. Η ελληνική πρακτική. *Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας και Μαιευτικής*, 7(3), σσ. 257-266.

### Ξενόγλωσσες

Andreucci, C.B., Bussadori, J.C., Pacagnella, R.C., Chou, D., Filippi, V., Say, L., Cecatti, J.G., & the Brazilian COMMAG Study Group and the WHO Maternal Morbidity Working Group. (2015). Sexual life and dysfunction after maternal. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2015.

Bell, J. (2001). *Μεθοδολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας*. Αθήνα: Gutenberg.

British Psychological Society. (2014). *BPS Code of Human Research Ethics* (2nd ed.). <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/bps-code-human-research-ethics-2nd-edition-2014>

Cohen L., Manion L. & Morrison K. (2007). *Research Methods in Education*. New York: Routledge Falmer.

Creswell, J.W. (2013) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th Edition, SAGE Publications, Inc., London.

Daniilidis, A., Markis, V., Tzafetas, M., Loufopoulos, P., Hatzis, P., Vrachnis, N., & Dinas, K. (2012). Third degree perineal lacerations—How, why and when? A review analysis. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2, pp. 304-310.

Ejegård, H., Ryding, E.L., & Sjogren, B. (2008). Sexuality after Delivery with Episiotomy: A Long-Term Follow-Up. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 66(1).

Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS (5<sup>th</sup> edition)*. Sage Publications Ltd.

Ganaba, R., Marshall, T., Sombié, I., Baggaley, R.F., Ouédraogo, T.W., & Filippi, V. (2010). Women's sexual health and contraceptive needs after a severe obstetric complication ("near-miss"): a cohort study in Burkina Faso. *Reproductive Health*, 7.

Gommesen, D., Nohr, E., Qvist, N., & Rash, V. (2019). Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 9(12).

Gupta, J.K., & Nikodem, V.C. (2003). Position for women during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD002006.

Gutzeit, O., Levy, G., & Lowenstein, L. (2020). Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sexual Medicine*, 8(1), pp. 8-13.

Keag, O.E., Norman, J.E., & Stock, S.J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 15(1), p. e1002494.

- Kettle, C., & Johanson, R.B. (1999). Absorbable synthetic vs catgut suture material for perineal repair. *Cochrane Database Syst Rev* 1999;CD000006
- Laganà, A.S., Burgio, M.A., Ciancimino, L., Sicilia, A., Pizzo, A., Magno, C., Butticè, S., & Triolo, O. (2015). Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective analysis. *Minerva Ginecologica*, 67(4), pp. 315-20.
- Leal, I., Lourenço, S., Oliveira, R.V., Carvalheira, A., & Maroco, J. (2013). The Impact of Childbirth on Sexual Functioning in Women With Episiotomy. *Psychology, Community & Health*, 2(3).
- Lim, A., Kwee, A., & Bruinse, H.W. (2005). Pregnancy After Uterine Rupture: A Report of 5 Cases and a Review of the Literature. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 60(9), pp. 613-7.
- McLeod, S. A., (2017). *Experimental design*. Simply Psychology.
- Morris, A., Berg, M., & Dencker, M. (2013). Professional's skills in assessment of perineal tears after childbirth—A systematic review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3(4A).
- Muijs, D. (2011). *Doing Quantitative Research in Education with SPSS*. UK: SAGE.
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2015). *The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears*. UK: RCOG Green-top Guideline No. 29. Available at: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>.
- Sick, S. & Neiger, R. (2015). Pregnancy Outcome in Women with History of Uterine Rupture or Dehiscence. *Obstetrics and Gynaecology Cases - Reviews*, 2(52).
- Woodley, S. J., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., & Hay-Smith, E. (2017). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD007471.
- Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., & Brown, S.J. (2015). Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. *BJOG*, 122(3), pp. 312-21.

## Βιβλιογραφία Δημοσίευσης

- Andreucci, C.B., Bussadori, J.C., Pacagnella, R.C., Chou, D., Filippi, V., Say, L., Cecatti, J.G., & the Brazilian COMMAG Study Group and the WHO Maternal Morbidity Working Group, "Sexual life and dysfunction after maternal," *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2015, 2015.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C.M Thakar, R.M & Manyonda, I. , "Women's sexual health after childbirth," *B JOG*, 107(2), pp. 186-195, 2000.
- British Psychological Society, *BPS Code of Human Research Ethics* (2nd ed.), BPS. Available at: <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/bps-code-human-research-ethics-2nd-edition-2014>, 2014.
- Buhling, K. J., Schmidt, S., Robinson, J. N., Klapp, C., Siebert, G., & Dudenhausen, J. W. , "Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery," *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 124(1), pp. 42-46, 2006.
- Charitou, A., Charos, D., Vamenou, I., & Vivilaki, V. G. , "Maternal and neonatal outcomes for women giving birth after previous cesarean," *European journal of midwifery*, 3, p. 8, 2019.

- Cohen L., Manion L. & Morrison K. , *Research Methods in Education*, New York: Routledge Falmer, 2007.
- Creswell, J.W. , *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th Edition, London: SAGE Publications, Inc, 2013.
- Daniilidis, A., Markis, V., Tzafetas, M., Loufopoulos, P., Hatzis, P., Vrachnis, N., & Dinas, K. , "Third degree perineal lacerations—How, why and when? A review analysis," *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2, pp. 304-310, 2012.
- Daniilidis, A., Markis, V., Tzafetas, M., Loufopoulos, P., Hatzis, P., Vrachnis, N., & Dinas, K. , "Third degree perineal lacerations—How, why and when? A review analysis," *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2, pp. 304-310, 2012.
- Ejegård, H., Ryding, E.L., & Sjogren, B., "Sexuality after Delivery with Episiotomy: A Long-Term Follow-Up," *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 66(1), 2008.
- Field, A. , *Discovering Statistics Using IBM SPSS (5th edition)*, Sage Publications Ltd, 2017.
- Ganaba, R., Marshall, T., Sombié, I., Baggaley, R.F., Ouédraogo, T.W., & Filippi, V. , "Women's sexual health and contraceptive needs after a severe obstetric complication ("near-miss"): a cohort study in Burkina Faso," *Reproductive Health*, 7, 2010.
- Gommesen, D., Nohr, E., Qvist, N., & Rash, V., "Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study," *BMJ Open*, 9(12), 2019.
- Griffiths, A., Watermeyer, S., Sidhu, K., Amso, N.N., & Nix, B., "Female genital tract morbidity and sexual function following vaginal delivery or lower segment caesarean section," *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(7), pp. 645-649, 2006.
- Grigoriadis, Th., Athanassiou, S., Zisou, A., Sotiropoulou, M., & Antsaklis, A., "[Episiotomy and repair of perineal ruptures during labor] in Greek," *The Greek Practice. Hellenic Journal of Gynecology and Obstetrics*, 7 (3), pp. 257-266, 2008.
- Gutzeit, O., Levy, G., & Lowenstein, L. , "Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction," *Sexual Medicine*, 8(1), pp. 8-13, 2020.
- Hartmann, K, Viswanathan, M., Palmieri, R, Gartlehner, G., Thorp, J., Lohr, K.N., "Outcomes of routine episiotomy: a systematic review," *JAMA*, 293(17), pp. 2141-8, 2005.
- Keag, O.E., Norman, J.E., & Stock, S.J. , "Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis," *PLoS Med*, 15(1), p. p. e1002494., 2018.
- Laganà, A.S., Burgio, M.A., Ciancimino, L., Sicilia, A., Pizzo, A., Magno, C., Buttice, S., & Triolo, O. , "Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective analysis," *Minerva Ginecologica*, 67(4), pp. 315-320, 2015.
- Leal, I., Lourenço, S., Oliveira, R.V., Carvalheira, A., & Maroco, J. , "The Impact of Childbirth on Sexual Functioning in Women With Episiotomy," *Psychology, Community & Health*, 2(3), 2013.
- McLeod, S. A., *Experimental design*, Simply Psychology, 2017.
- McLeod, S. A., *What is reliability?*, Simply Psychology, 2007.

- Morris, A., Berg, M., & Dencker, M., "Professional's skills in assessment of perineal tears after childbirth—A systematic review," *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3(4A), 2013.
- Paterson, L.Q.P., Davis, S.N.P., Khalifé, S., Amsel, R., & Binik, Y.M., "Persistent Genital and Pelvic Pain after Childbirth," *Sexual Medicine*, 6(1), pp. 215-221, 2009.
- Rathfisch, G., Dikencik, B.K., Beji, N.K., Comert, N., Tekirdag, AI., & Kadioglu, A., "Effects of perineal trauma on postpartum sexual function," *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), pp. 2640-9, 2010.
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, "Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2015). The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears," RCOG Green-top Guideline No. 29. Available at: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>., UK, 2015.
- Woodley, S. J., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., & Hay-Smith, E., "Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women," *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD007471, 2017.
- Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., & Brown, S.J. , "Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care," *BJOG*, 122(3), pp. 312-21, 2015.
- Woolner, A. M., Ayansina, D., Black, M., & Bhattacharya, S. , "The impact of third- or fourth-degree perineal tears on the second pregnancy: A cohort study of 182,445 Scottish women," *PloS one*, 14(4), p. e0215180, 2019.



## Παράρτημα Α-Ερωτηματολόγιο

### Α. Δημογραφικά στοιχεία

#### 1. Ηλικία

- 15-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- >54

#### 2. Οικογενειακή Κατάσταση

- Άγαμη
- Σε σχέση
- Παντρεμένη
- Διαζευγμένη
- Χήρα

#### 3. Επίπεδο μόρφωσης

- Απολυτήριο Λυκείου
- ΙΕΚ-Κολλέγιο
- ΤΕΙ-ΑΕΙ
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό

#### 4. Περιοχή Κατοικίας

- Χωριό
- Πόλη μικρότερη 10000 κατοίκων
- Πόλη μεγαλύτερη 10000 κατοίκων
- Αστικό κέντρο
- Αθήνα

#### 5. Ηλικία κατά τον πρώτο τοκετό

- <20 ετών
- 21-25 ετών
- 26-30 ετών
- 31-35 ετών
- 36-40 ετών
- >40 ετών

#### 6. Δείκτης Μάζας Σώματος

Βάρος \_\_\_\_\_ Ύψος \_\_\_\_\_

### Β. Μαιευτικό Ιστορικό / Νεογνικό Ιστορικό

#### 7. Ο τοκετός που έγινε η ρήξη είχε διάρκεια

- < 6 ώρες
- 6-8 ώρες

- 8-10 ώρες
- 10-12 ώρες
- > 12 ώρες

8. Αν γνωρίζετε, τι βαθμό ρήξης υπέστη το περίνεό σας \_\_\_\_\_

### 9. Είδος τοκετού ( Φυσιολογικός Τοκετός ή Καισαρική Τομή)

Τοκετός	ΕΤΟΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΕΩΣ	ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ		
			Β.Σ.	Π.Κ.	
1 <sup>ος</sup>					<input type="checkbox"/> ΚΤ <input type="checkbox"/> ΦΤ
2 <sup>ος</sup>					<input type="checkbox"/> ΚΤ <input type="checkbox"/> ΦΤ
3 <sup>ος</sup>					<input type="checkbox"/> ΚΤ <input type="checkbox"/> ΦΤ
4 <sup>ος</sup>					<input type="checkbox"/> ΚΤ <input type="checkbox"/> ΦΤ

(Β.Σ.=Βάρος Σώματος Νεογνού, Π.Κ. = Περίμετρος Κεφαλής Νεογνού)

Ερωτήσεις Σχετικά Με την Κύηση	ΝΑΙ	ΟΧΙ
10. Υπήρχε δυσπαρεύνια (πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή) πριν τον τοκετό;		
11. Κατά τη διάρκεια της κύησης είχατε προετοιμάσει το περίνεό σας με μασάζ;		
12. Εμφανίσατε διαβήτη κατά τη διάρκεια της κύησης;		
13. Εμφανίσατε υπέρταση κατά τη διάρκεια της κύησης;		
14. Καπνίζατε κατά τη διάρκεια της κύησης;		
15. Η έναρξη του τοκετού έγινε αυτόματα;		
16. Έγινε χρήση επισκληριδίου ή ραχιαίας αναισθησίας κατά τη διάρκεια του τοκετού;		
17. Έγινε χρήση φαρμάκων κατά τη διάρκεια του τοκετού π.χ ωκυτοκίνης;		
18. Ο τοκετός σας ήταν επεμβατικός (χρήση εμβρυουλκού, βεντούζας)		
19. Υποβλήθηκατε σε περινεοτομή;		
20. Υπήρξε ρήξη περινέου σε προηγούμενο τοκετό;		
21. Γνωρίζετε τι βαθμού ρήξη υπέστη το περίνεό σας σε προηγούμενο τοκετό;		
Ερωτήσεις Σχετικά Με τη Ρήξη	ΝΑΙ	ΟΧΙ
22. Πονούσατε μετά τον τοκετό σας στην περιοχή του περινέου;		
23. Είχατε δυσκολία στην κένωση;		
24. Υπήρχε δυσπαρεύνια (πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή) μετά τον τοκετό;		
25. Υπήρξε ακράτεια μετά τον τοκετό;		
26. Υπήρξε διαρροή ούρων μετά τον τοκετό;		

### Γ. Αντιμετώπιση των Ρήξεων

Σημειώστε από 1-5 (1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ), τον βαθμό στον οποίο θεωρείται ότι ισχύουν οι παρακάτω προτάσεις

Μετά την έξοδό σας από το μαιευτήριο, αντιμετώπισατε τις ρήξεις με	1	2	3	4	5
27. Χειρουργική αντιμετώπιση μετά από επούλωση					
28. Λήψη καθαρτικών					
29. Λήψη αντιβιοτικών και παυσίπωνων					
30. Ασκήσεις Kegel στο σπίτι					
31. Ολοκληρωμένο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας με καθοδήγηση του ιατρού					
32. Συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής					
33. Επισκέψεις στον θεράποντα ιατρό κάθε 6-12 εβδομάδες για επανέλεγχο					

Ερωτήσεις σχετικά με τον ιατρικό χειρισμό	1	2	3	4	5
34. Η ρήξη έχει σχέση με συγκεκριμένο ιατρικό χειρισμό					
35. Η ενημέρωση κατά τη διάρκεια του τοκετού σχετικά με τη ρήξη, ήταν ελλιπής					
36. Η ρήξη θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί καλύτερα μετά τον τοκετό					
37. Ο θεράπων ιατρός σας παρουσίασε επαρκώς το πλάνο αντιμετώπισης της ρήξης					

### **Δ. Πεποιθήσεις σχετικά με Μελλοντική Εγκυμοσύνη**

Σημειώστε από 1-5 (1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ), τον βαθμό στον οποίο θεωρείται ότι ισχύουν οι παρακάτω προτάσεις

Ερωτήσεις σχετικά με μελλοντική εγκυμοσύνη	1	2	3	4	5
38. Λόγω του πόνου, δεν θα αποφασίζατε εύκολα μια νέα εγκυμοσύνη					
39. Μια μελλοντική εγκυμοσύνη ίσως θα υποβάθμιζε την ποιότητα ζωής σας					
40. Θεωρείτε πιθανό να υποστείτε ρήξη και στην επόμενη εγκυμοσύνη					
41. Θα επιλέγατε άλλη μέθοδο (καισαρική) σε επόμενο τοκετό					

### **Ε. Ερωτήσεις για τη Σεξουαλική Λειτουργία**

Σημειώστε από 1-5 (1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές φορές, 4=Συνήθως, 5=Πάντα), τον βαθμό στον οποίο θεωρείται ότι ισχύουν οι παρακάτω προτάσεις

Ερωτήσεις για την Σεξουαλική Λειτουργία	1	2	3	4	5
42. Πόσο συχνά απορρίπτετε τη σεξουαλική επιθυμία. Το αίσθημα περιλαμβάνει την επιθυμία για σεξ, τον προγραμματισμό σεξουαλικής πράξης					
43. Αισθάνεστε ανίκανη για κλιμάκωση (οργασμό) κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης					
44. Αισθάνεστε μη ικανοποιημένη από την ποικιλία των σεξουαλικών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης					
45. Αισθάνεστε πόνο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης					
46. Αισθάνεστε διαρροή ούρων κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης					
47. Φοβάστε για ακράτεια κατά τη σεξουαλική πράξη					
48. Πιστεύετε ότι η ακράτεια επηρεάζει τη σεξουαλική σας ζωή					
49. Αποφεύγετε τη σεξουαλική πράξη λόγω διόγκωσης στον κόλπο					
50. Όταν επιχειρείτε σεξουαλική πράξη, αισθάνεστε αρνητικά συναισθήματα, όπως φόβο, αηδία, ντροπή ή ενοχή					
51. Αντιμετωπίζει ο σύντροφός σας κάποιο πρόβλημα στύσης, το οποίο επηρεάζει τη σεξουαλική σας δραστηριότητα					
52. Σε σχέση με τους οργασμούς που είχατε πριν την κύηση, οι οργασμοί μετά την κύηση είναι λιγότερο έντονοι					

# The Effects of Perineal Tears during Childbirth on Women's Sex Life

Evgenia RODAKI<sup>a</sup>, Athina DIAMANTI<sup>a</sup>, Antigoni SARANTAKI<sup>a</sup>,  
Aikaterini LYKERIDOU<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Faculty of Health and Caring Sciences, Midwifery Department, University of West Attica, Athens, Greece



## ABSTRACT

**Introduction:** Perineal tears during childbirth – especially the third- and fourth-degree perineal tears – can cause annoying symptoms such as urinary or fecal incontinence and sexual discomfort. Our review revealed that little research has been published on the views and experiences of women in Greece with regards to perineal tears.

**Aim:** The aim of our research was to study women's experiences regarding the effects of third- and fourth-degree perineal tears on their sexual activity as well as their attitudes towards future pregnancies, and to compare them with the experiences and attitudes of women with lower-grade perineal tears. Both complications and the methods of treating perineal tears were also studied.

**Methodology:** A quantitative primary and correlational research was performed between groups in an experimental design using a closed-ended questionnaire and the Likert scale. The statistical tests chi square, independent samples t-test and Mann Whitney were used at a significance level of 5%. The sample of our study consisted of 159 women who had suffered perineal tears during childbirth.

**Results:** With most women, labor began spontaneously. Epidural or spinal anesthesia was administered along with other medications, while most of them reported they had an episiotomy. Most women reported pain in the perineal area after childbirth, experienced nausea, urinary and fecal incontinence and half of them had difficulty in voiding their bladder. Rehabilitation methods for the perineal tears were rarely applied after leaving the maternity hospital. A moderate proportion of the sample consequently considered that medical liability played a role in them sustaining perineal tears at childbirth and subsequently going through a lengthy recovery. However, the results regarding the attitudes of women towards a future pregnancy were optimistic. Sexual activity issues were observed on a very small portion of the sample. A statistically significant correlation was found regarding the degree of perineal tears and the body weight of the newborn in the first childbirth ( $p=0.042$ ), constipation ( $p=0.001$ ), dyspareunia ( $p=0.010$ ), urinary incontinence after labor ( $p=0.001$ ), urinary leakage after labor ( $p < 0.001$ ), surgical rehabilitation of the scars after healing ( $p=0.016$ ), prescription of antibiotics and painkillers ( $p < 0.001$ ), systematically performing Kegel exercises at home ( $p=0.001$ ), a specific diet plan ( $p=0.004$ ), medical liability on the prevention and rehabilitation of perineal tears ( $p < 0.001$ ), women's attitude towards a future pregnancy ( $p < 0.001$ ) and the quality of their sexual activity ( $p < 0.001$ ).

Address for correspondence:

Evgenia Rodaki  
Midwifery Department, University of West Attica, Egaleo, Greece  
Land line: +30 2271027349, Mobile: +30 6949088559  
Email: [eugeniamai94@gmail.com](mailto:eugeniamai94@gmail.com), ORCID: 0000-0003-0652-4510

Article received on the 31<sup>st</sup> of March 2022 and accepted for publication on the 10<sup>th</sup> of June 2022

**Conclusions:** Women who suffered a severe perineal tear gave birth to a newborn with a larger body weight (about 200 grams heavier), had more perineal tear related complications after childbirth – and in particular difficulty in voiding their bladder, dyspareunia, as well as urinary and fecal incontinence. In addition, it was found that women who had suffered a severe perineal tear had to undergo surgical rehabilitation of the scar after healing, take antibiotics and painkillers, systematically apply Kegel exercises at home and follow a specific diet plan. Furthermore, women who had suffered a severe perineal tear believed more that there was medical liability, which also affected the rehabilitation of their perineal tears. They also had a less positive attitude toward future pregnancies. They finally reported having had more sexual activity related issues.

**Keywords:** perineal tears, sexual life, postnatal complications, urinary leakage, urinary incontinence.

## INTRODUCTION

Postpartum sexual life activity is influenced by many factors such as changes in hormones and anatomy or family structure after childbirth. Dyspareunia and other adversities in sexual activity such as decrease of libido after labor are common problems. The proportion of sexual life activity issues reaches 30%–60% three months after labor and 17%–31% six months after labor (1). Little is known about the long-term consequences of severe maternal morbidity, as most studies had selected data only for the period of six weeks after labor. Since various disorders can occur after childbirth, women who have complications during pregnancy and labor may experience clinical and psychological disorders that can last for a long time and can seriously affect their sexual activity (2).

Perineal tears have been known since the time of Hippocrates. They include tears of the vagina, skin, muscles between the vagina and anus (perineal skin & perineal muscles), and anal sphincter. Just below the layer of squamous epithelium and vaginal mucosa there is the triangular-shaped uterine body that forms the connection between the bulbocavernosus muscle, the superficial transverse perineal muscles and the anal sphincter (3). A third-degree tear extends through the anal sphincter muscle complex. A fourth-degree tear extends to the rectal mucosa. The incidence of such perineal tears seems to be increasing based on the worldwide literature. Third- and fourth-degree perineal tears can cause annoying symptoms such as total sexual inactivity (4). Inadequate treatment of these injuries can cause chronic perineal pain. It has also

been reported that three to six months after childbirth, up to 10% of women who had suffered a perineal tear develop stool incontinence, while up to 53% of women report gas incontinence (5). In addition, evidence suggests that the routinely use of perineotomy does not reduce the risk of severe perineal injuries (third- and fourth-degree lesions), nor does it prevent perineal tears caused during the birth of the fetal head (6).

Healthy sexual activity is a state of physical, mental and social well-being. The World Health Organization (WHO) also considers the quality of sex life as an indicator of health (2). In the context of perineal tears, sex life activity dysfunction can be considered a case of maternal morbidity (7). Consequently, sexual activity problems remain a serious issue for many women who have no knowledge of how to deal with them. Among other things, anatomical changes caused by vaginal or perineal tears can contribute to insomnia and can have significant effects on both the timing and quality of sleep during the postpartum months (8). A significant impact is observed in all aspects of sex life, such as dyspareunia, lack of vaginal lubrication, difficulty reaching orgasm, vaginal bleeding or irritation after sex, and loss of sexual desire. Studies have shown that 89% of women were able to resume sexual activity within six months after labor. The prevalence rates of sexual dysfunction range from 41%–83% at two to three months postpartum, to 7.8%–64% at six months postpartum (9), but fail to reach pre-pregnancy rates at 38% (10). Some studies show that even within more than 18 months after labor, women have significantly lower levels of sexual pleasure and emotional satisfaction (11).

Research on the benefits associated with cesarean section for the mother reveals that the decision to have a future pregnancy is influenced by the complications of the first pregnancy (12), while the Royal College of Obstetricians & Gynecologists reports that third- and fourth-degree perineal tears can significantly affect the decision for future pregnancy. This decision is also found to depend on the quality of perineal tear recovery after the first pregnancy (13).

Literature research has revealed a limited reference to the views and experiences of women in Greece regarding perineal tears. Firstly, there is only one literature review by Daniilidis *et al* (2012) (14) which presents the knowledge of the current literature on the epidemiology and predisposing factors, classification and the surgical treatment of third-degree perineal tears. Secondly, there is the work of Grigoriadis and his colleagues (2008) (5) on recording the Greek practice regarding perineotomy and the restoration of obstetric injuries of the perineum. Research needs to focus on women's attitudes and views towards the effects of third- and fourth-degree perineal tears on their sexual activity as well as on their decision towards future pregnancies and needs to compare them to the views of women with lower-grade perineal tears. According to Charitou *et al* (2019) (15), in Greece, over half of vaginal births involve performing perineotomy, thus placing Greece among countries with the highest rates of perineotomy globally. Therefore, studying the outcomes of perineal tears is important.

The purpose of this research was to study the attitudes of women regarding the effects of third- and fourth-degree perineal tears on their sexual activity as well as the decision for a future pregnancy and to compare them with the views of women with lower grade perineal tears. The differences in the treatment and rehabilitation methods were also studied. □

## METHODOLOGY

### Research design

A quantitative, primary and correlational study was performed between the groups in an experimental design. Primary research has the advantage of examining participants' views "directly", while quantitative research was selected since the degree of the tear, perceptions of sexu-

al problems and occurrence of a future pregnancy are all measurable concepts (16), in order to examine the relationship of variables (Muijs, 2011) and generalize the conclusions (17). The research design was proven to be accurate as women with severe tears did not show statistically significant differences in demographic and somatometric characteristics compared to those with mild tears (18).

### Questionnaire

An original questionnaire of 52 questions was used, which was constructed and divided into five sections. The first section refers to the demographic and somatometric characteristics and includes five closed-type and short-answer questions. The second section contains 20 questions about the obstetric/neonatal history and is divided into three subsections. In particular, the first subsection includes three closed-type and short-answer questions about childbirth, the second subsection includes 12 dichotomous questions (Yes-No) about pregnancy problems, and the third subsection includes dichotomous questions (Yes-No) about tear complications. The sections involve Likert type questions from 1 to 5 (1=Not at all, 2=A little, 3=Moderate, 4=Much, 5=Very much). The third section includes seven questions about dealing with perineal tears after leaving the maternity hospital and four questions about the possibility of medical liability on the prevention and rehabilitation of perineal tears. The fourth section includes four questions regarding attitudes for a future pregnancy and the fifth section 11 questions about the frequency of sexual activity problems. Data were collected via Google forms; thus, sampling was convenient (17).

### Data analysis

Data analysis was performed in IBM SPSS 24. Nominal variables were presented with frequencies and percentages, and the ordinal and scale variables with mean, standard deviation (SD), minimum and maximum values. Statistical tests chi square, independent samples t-test and Mann Whitney were performed with significance 5%, according to the sample sizes and the existence of normal distributions (19).

### Sample

The research sample consisted of 159 women from all over Greece who had sustained perineal

tears during childbirth. The research took place in 2021. More specifically, 86.1% (N= 137) of women were 25-44 years old and 91.8% (N=146) were married, 79.8% (N=127) held a bachelor or a master's degree and 77.3% (N=123) lived in a city of more than 10 000 inhabitants. Finally, 71.7% (N=114) of women were 26-35 years old and in their first labor. The average weight of participants was 68.37±13.30 kg (48-117), average height 1.66±0.06 m(1.50-1.83) and average body mass index (BMI) 24.85 ± 4.55 (17.30-44.44).

**Reliability analysis**

The reliability analysis of factors was checked with the Cronbach Alpha coefficient, where those greater than 0.6 were considered satisfying values (20). Table 1 shows the factors with satisfying reliability.

**Ethics**

The necessary ethical issues that were related to the nature of research and the psychological status of participants were considered (21). In particular, the research protocol was accepted by the university research ethics committee, while a professor supervised the research process. Participants were thoroughly informed about the purpose of the research and that their answers were going to be used exclusively for it. It was

also emphasized that their participation in the research was anonymous, voluntary and involved providing a written consent. In addition, the right to withdraw at any time during the completion of the questionnaire or even one week after was clarified. The researcher shared her personal details with all participants in case they wished to contact her for any reason. □

**RESULTS**

**Obstetric history/Neonatal history**

In 74% (N=111) of cases, labor lasted up to 10 hours. 76.1% (N=121) of participants had perineal tear of the first degree. The 55.3% (N=88) of women had one birth and 37.1% (N=59) two births in their obstetric history. According to Table 2, labor was normal (vaginally) in most cases. In most cases, the first labors took place between 2013 and 2021.

The body weight of their newborn in the first birth was on average 3 306 gr and followed a downward trend with 3 254 gr in the second birth, 3 150 in the third birth and 2957 in the fourth birth. A similar downward trend was noticed in the head circumference in the first three births with 37.38 cm in the first one, 36.84 in the second one and 36.14 in the third one, with a large increase to 40.33 cm in the fourth childbirth. The gestation age had the highest mean value in the fourth delivery, with a value of 39.75 weeks, followed by 39.38 in the third delivery, 39.28 in the first one and lastly, 38.80 weeks in the second one.

**Complications during pregnancy and birth**

Out of all participants, 90.6% (N=144) did not experience pain during sexual intercourse before childbirth. During pregnancy, 86.8% (N=138) of women had not prepared their perineum with

TABLE 1. Reliability analysis

Factors	Questions	Cronbach alpha
Perineal tears complications	22-26	0.624
Medical liability	34-36, 37R	0.761
Attitude for a future pregnancy	(38-41) R	0.650
Sexual activity problems	42-52	0.851

R: reverse score

TABLE 2. Results for the total number of births

Variable	Category	First	Second	Third	Fourth
Birth	Normal	92.5% (N=147)	83.1% (N=59)	91.7% (N=11)	75% (N=3)
	Caesarean section	7.5% (N=12)	16.9% (N=12)	8.3% (N=1)	25% (N=1)
Year of birth	1983-1992	1.9% (N=3)	4.3% (N=3)	8.3% (N=1)	0% (N=0)
	1993-2002	7.5% (N=12)	4.3% (N=3)	0% (N=0)	25% (N=1)
	2003-2012	14.5% (N=23)	18.6% (N=13)	25% (N=3)	25% (N=1)
	2013-2021	76.1% (N=121)	72.9% (N=51)	66.7% (N=8)	50% (N=2)

massage. Also, 91.2% (N=145) did not suffer from diabetes, 96.2% (N=153) did not have hypertension and 93.1% (N=148) did not smoke. In addition, 60.4% (N=96) of women stated that labor began spontaneously. In 65.4% (N=104) of participants, epidural or dorsal anesthesia was administered during labor, 57.9% (N=92) used some form of medication during childbirth, 78.0% (N=124) did not have an instrumental childbirth and 64.2% (N=102) underwent perineotomy. Also, 87.4% (N=139) of participants had no perineal tear in a previous birth and 87.8% (N=101) did not know the degree of the tear of their perineum in the previous birth.

**Perineal tear complications**

After childbirth, 72.4% (N=110) of participants experienced pain in the perineal area, 51.3% (N=78) had difficulty in defecation and 61.3% (N= 92) had pain during sexual intercourse. However, 62.7% (N=96) of women had no post-natal urinary incontinence and 65.1% (N=99) no urine leakage.

**Dealing with perineal tear complications**

Women stated that they generally managed to handle the adverse effects of perineal tears after leaving the maternity hospital and they succeeded in this mostly by taking antibiotics and painkillers (M=2.42, SD=1.40). They also visited their obstetrician every 6-12 weeks after labor for re-examination (M= 2.23, SD=1.40), performed Kegel exercises at home (M=2.07, SD=1.41) and followed a specific diet plan (M=1.78, SD=1.23). In addition, their answers were placed between "not at all" and "little" regarding the rehabilitation of perineal tears as far as the treatment of these tears by taking laxatives iwa concerned (M=1.46, SD=1.07). Furthermore, they did not use surgical treatment at all after the healing of the wounds (M=1.30, SD=0.93), nor did they follow a physiotherapy program (M=1.15, SD=0, 61).

**Medical liability on the occurrence and rehabilitation of perineal tears**

Women stated that information provided during childbirth about the perineal tears was incomplete (M=3.12, SD=1.68) and the tear could have been better managed after birth (M=2.66, SD=1.54). In addition, their answers were placed between "little" and "moderate" regarding whe-

ther the perineal tear itself and its recovery might have been related to a potential event of medical malpractice (M=2.59, SD=1.59) as well as whether the obstetrician adequately presented them the plan for dealing with the sustained perineal tears after labor (M=2.54, SD=1.56).

**Women's attitude regarding future pregnancies**

Women were not so worried about the risk of having perineal tears in a possible future pregnancy (M=3.19, SD=1.46). Furthermore, they disagreed that a future pregnancy might degrade their quality of life (M=1.98, SD=1.29), as well as that they would not be able to easily decide on a new pregnancy (M=1.94, SD=1.34). Lastly, their answers were placed between "not at all" and "little", regarding whether they would choose another method of childbirth (for example, a caesarean section) in their next pregnancy (M=1.55, SD=1.23).

**Sexual life activity complications**

Women generally stated that they would rarely intentionally abstain from sexual intercourse (M=2.32, SD=1.20). During sexual intercourse they also rarely felt incapable of having orgasm (M=2.16, SD=1.25). Yet, they were dissatisfied

**TABLE 3.** Comparison between women of light and severe tear regarding demographic and somatometric characteristics

Variable	Statistic	p-value
Age*	X <sup>2</sup> (1)=1.583	0.208
Marital status**	X <sup>2</sup> (1)=1.949	0.168+
Educational level***	X <sup>2</sup> (2)=4.024	0.134
Region area****	X <sup>2</sup> (1)=2.171	0.141
Age at 1 <sup>st</sup> birth*****	X <sup>2</sup> (2)=1.947	0.378
Weight	U=1034	0.201
Height	t (157)=-0.172	0.863
BMI	t (157)=-1.488	0.139

\*Categories 15-34 and > 34 were compared

\*\*Married and unmarried were compared

\*\*\*The graduates of high school, higher-bachelor and postgraduate-doctorate were compared

\*\*\*\*The cities of urban center-Athens and others were compared

\*\*\*\*\*The ages ≤25, 26-30 and > 30 were compared

+Exact Fischer



**TABLE 4.** Statistically significant differences between women with severe and light perineal tears

Variable	Light	Severe	Statistic	p-value
Body weight of a newborn in the first birth	3282.99	3488.89	t (157)=-2.053	0.042
Tear problems	71.19	120.61	U=430	<0.001
Difficulty in defecation	46.3%	88.9%	X <sup>2</sup> (1)=11.538	0.001
Pain in sexual intercourse after childbirth	57.6%	88.9%	X <sup>2</sup> (1)=6.549	0.010
Incontinence after childbirth	32.6%	72.2%	X <sup>2</sup> (1)=10.671	0.001
Leakage of urine after childbirth	29.9%	72.2%	X <sup>2</sup> (1)=12.545	<0.001
Surgical treatment after healing	74.33	89.18	U=915	0.016
Taking antibiotics and painkillers	70.54	114.29	U=471	<0.001
Kegel exercises at home	71.69	105.29	U=624	0.001
Specific diet plan	72.42	99.56	U=721.5	0.004
Medical liability	70.13	122.29	U=352	<0.001
Attitude for future pregnancy	4.01	2.44	t (157)=7.945	<0.001
Sexual problems	1.65	2.79	t (18.803)=-5.442	<0.001

with the reduced variety of sexual activities (M=2.16, SD=1.21) and usually felt some pain (M=2.14, SD=1.21). Furthermore, their orgasms after pregnancy were mostly less intense, compared to those they had before pregnancy (M=1.99, SD=1.26). Urinary incontinence was also found to affect their sexual activity (M=1.75, SD=1.30), yet they rarely had negative feelings such as fear, disgust, shame or guilt (M=1.64, SD=1.09). In addition, women never or rarely avoided sexual intercourse due to vaginal swelling (M=1.52, SD=0.94), despite often being afraid of fecal incontinence during sexual intercourse (M=1.42, SD=0.92). Lastly, they never had urinary incontinence during sexual intercourse (M=1.27, SD=0.72) and their partner never had an erection problem, two events which may have affected their sexual life activity (M=1.23, SD=0.68).

#### Comparison between groups of light and severe perineal tears

According to Table 3, no statistically significant differences in demographic and somatometric characteristics were found between women who suffered a severe tear (third- or fourth-degree) and those who had a light tear (first- or second-degree) ( $p \geq 0.134$ ).

#### Statistically significant differences between women of light and heavy perineal tears

Women who had suffered a severe perineal tear had a newborn baby with a higher body weight (t (157)=-2.053,  $p=0.042$ ) in the first birth, they also had more perineal tear complications (U=430,  $p < 0.001$ ) and in particular difficulties in defecation ( $\chi^2 (1)=11.538$ ,  $p=0.001$ ), pain in sexual intercourse ( $\chi^2 (1)=6.549$ ,  $p=0.010$ ), urinary incontinence ( $\chi^2(1)=10.671$ ,  $p=0.001$ ) and urinary leakage after childbirth ( $\chi^2(1)=12.545$ ,  $p < 0.001$ ). In addition, women who had suffered a severe tear used the techniques of rehabilitation to a greater extent – and specifically the surgical treatment – after wound healing (U=915,  $p=0.016$ ), receiving antibiotics and painkillers (U=471,  $p < 0.001$ ), performing Kegel exercises at home (U=624,  $p=0.001$ ) and following a specific diet plan (U=721.5,  $p=0.004$ ). Furthermore, women who had suffered a severe tear agreed more that medical liability might have contributed to the occurrence and effectiveness of rehabilitation of their perineal tears (U=352,  $p < 0.001$ ). They also had a less positive attitude towards future pregnancies [t (157)=7.945,  $p < 0.001$ ] and faced more sexual activity problems [t (18.803)=- 5.442,  $p < 0.001$ ].  $\square$

## DISCUSSION

Regarding perineal tear complications, our study found that most women reported pain after labor in the perineal area, which was in accordance with the results reported by Griffiths *et al* (2006) (22). More specifically, women in that particular study also reported symptoms of dyspareunia, which appeared postnatally and lasted up to two years. In the study of Paterson *et al* (2009) (23), almost all women of their sample reported having genital pain in the postnatal period, while 62.5% reported pain in the perineal region and the same percentage of women reported pain in the vagina as well. Other studies (23-26) have also found that women had pain during sexual intercourse in the postnatal period, which lasted from a few months to one year. Also, some other perineal tear complications, including fecal incontinence, constipation, urine leakage and urine incontinence after labor, were also reported in our study, which was in agreement with the results of Griffiths *et al*'s study (22), in which women who delivered vaginally reported urine incontinence (49%) and bowel and fecal incontinence (30%) for up to two years after birth.

The factor of medical liability with regards to appropriately preventing and appropriately rehabilitating perineal tears was moderately reported based on the report of our participants. Women also agreed on the fact that the obstetrician did not adequately present a preparation plan to them prenatally in order to avoid perineal tears, as well as a concise rehabilitation plan for properly treating the tears postnatally. Along the same lines, a 2013 systematic study (27) reported that the worldwide lack of training in clinical assessment and classification of perineal trauma was evident in both physicians and midwives. This reinforces the fact that healthcare providers generally lack sufficient knowledge and may thus make erroneous assessments in the classification of perineal tears. Consequently, undergoing training in the assessment and classification of perineal tears is vital. Midwives are in a unique position to improve the level of care in this area, as they are often the first and probably the only ones to assess the injury and can suggest a comprehensive treatment plan (27). In our research, women also stated they were not properly informed about the preparation that they

had to do before labor and thought that the trauma should have been managed in a better way postnatally. It is therefore obvious that an improved education program must be implemented internationally, which will help not only midwives but also the new mothers, through providing better information in this topic.

Regardless of the above, optimism was observed regarding the attitude towards a future pregnancy. The women of our sample reported that a future pregnancy would not degrade their quality of life and they would easily decide on a new pregnancy. They also claimed that they would not opt for a caesarean section in a future pregnancy. Optimism was also observed in the study conducted by Woolner *et al* (2019) (4), in which women in Scotland did not appear to be reluctant to considering a future pregnancy after an initial third-degree or fourth-degree perineal tear. Still, the researchers report that women with such a tear were twelve times more likely to have an elective caesarean section in following pregnancies.

Sexual activity problems were observed to a very small extent. Women in our study stated that they did not lose their libido, since they managed to have an orgasm during sexual intercourse, they were satisfied with the variety of sexual activities during intercourse and generally did not feel pain. They also stated that orgasms after pregnancy were not less intense than those experienced before pregnancy. Moreover, incontinence did not seem to affect their sexual life, as women reported having not experienced negative emotions such as fear, disgust, shame or guilt during their sexual activities. They also did not sense urine leakage during sexual intercourse and their partner did not experience any erection problems as a consequence either. In addition, women did not avoid sexual intercourse due to swelling in their vagina. However, contradictory results have been reported by Gommesen *et al* (2019) (1), who stated that for women who have suffered perineal tears during labor complications in sexual activity remained a serious problem even one year after delivery. In that particular study, more than half of women with third- or fourth-degree perineal tears actually reported some sort of sexual dysfunction.

The two groups of women in our sample, those who sustained mild perineal tears (first- or second-degree) and those who sustained severe

tears (third- or fourth-degree) had similar demographic and somatometric characteristics. This fact suggests a complete assimilation of the compared groups and it is generally of high importance since any difference of opinion is solely due to the degree of the tear rather than any other exogenous factors, thus reinforcing the results of the present study. In their first labor, women with severe perineal tears gave birth to a baby about 200 grams heavier than those with mild tears. They also suffered more complications as a result of their perineal tears after childbirth and in particular, difficulty in voiding their bladder and urine leakage. In addition, women who had suffered a severe perineal tear used a higher degree of tear management techniques (i.e., surgical rehabilitation after wound healing) used antibiotics and painkillers, did Kegel exercises at home and followed a specific diet plan. At the same time, women who had suffered a severe perineal tear assigned more medical responsibilities, had a less positive attitude towards future pregnancies, and had more sexual complications. Similar results were reported by Gommesen and colleagues (2019) (1); in their study, the perimeter of the newborn's head and the duration of the second phase of childbirth were characterized as factors that contribute to the severe adverse effects related to perineal tears. In addition, Woodley *et al* (2017) (28) stated that the above-described treatment techniques minimized potential postnatal problems. Finally, sexual life complications were presented as possible adverse outcomes in a large percentage of women who have undergone third- or fourth-degree perineal tears, due to physiological problems occurring in relation to the perineal tears (29).

### Limitations and suggestions

The results of the present study cannot be generalized to the female population of Greece due to the small sample size and the convenient for the researchers' sampling application. They can be generalized only for women with an average BMI of about 25, aged 25-44 years, who were up to 35 years old in their first childbirth, married, university graduates or with postgraduate degrees and living in a city of more than 10 000 inhabitants. Also, our results are generalizable for women who had 1-2 normal births between 2013-2021, with an average newborn weight of 3 kg, an average head circumference

of 36-40 cm, an average gestational week of 39-40, a perineal tear of the first-degree and the duration of their labor was up to eight hours. With regard to the questionnaire, its low reliability regarding pregnancy complications as well as the strategies of coping with them is another limitation, together with the moderate reliability of the questionnaire's questions about the perineal tear issues and the attitude towards a future pregnancy as well as the absence of validity.

Conducting a nationwide research in the future is therefore proposed, using a simple random sampling as well as a sample size collection, which would be in accordance with the population size (17). It is also suggested to either find reliable and valid tools for all sub-study modules or improve the existing tools by adding and subtracting questions, piloting the reliability and applying the Factor Analysis technique. □

### CONCLUSION

Perineal tears are a major complication of vaginal delivery. They greatly affect both the physical, sexual and mental health of women in the postnatal period. As shown in both the international literature and our study, perineal tears of the third- and fourth-degree are associated with most postnatal adverse complications. It is therefore important for women to be informed prenatally about the possibility of perineal tears during childbirth, their subsequent complications and the techniques for increasing the possibility of avoiding them. For example, they should be informed and be trained in the preventative application of perineal massage during pregnancy. In addition, they should have a total understanding of the consequences and the remedial methods available. Care must be taken to address postpartum problems such as perineal pain, fecal and urinary incontinence in all women, regardless of the degree of the tear. Women should also be encouraged to make more use of tear management strategies, regardless of the tear degree. Doctors generally need to explain the tear treatment plan in more detail. It is also understood that having an indication of an overweight child corresponds to an increased likelihood of a severe tear being sustained, so compensatory measures are necessary to be taken in such cases. Women with severe tears should be given more support with regard to dealing with

problems such as difficulty during voiding, dyspareunia and incontinence. Psychological support might also be necessary in such cases in order to strengthen those women's attitude towards a potential future pregnancy. In the presence of sexual activity issues, additional support from a specialist towards dealing with them might also

be required. Healthcare professionals should take all precautionary measures in order to prevent perineal tears and be constantly trained on new methods of perineal tear prevention and rehabilitation. □

*Conflicts of interests: none declared.*

*Financial support: none declared.*

## REFERENCES

- Gomesen D, Nohr E, Qvist N, Rash V.** Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ Open* 2019;9:e032368.
- Andreucci CB, Bussadori JC, Pacagnella RC, et al.** Sexual life and dysfunction after maternal. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015;15:307.
- Daniilidis A, Markis V, Tzafetas M, et al.** Third degree perineal lacerations – How, why and when? A review analysis. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2012;2:304-310.
- Woolner AM, Ayansina D, Black M, Bhattacharya S.** The impact of third- or fourth-degree perineal tears on the second pregnancy: A cohort study of 182,445 Scottish women. *PLoS One* 2019;14:e0215180.
- Grigoriadis Th, Athanassiou S, Zisou A, et al.** Episiotomy and repair of perineal ruptures during labor] in Greek, The Greek Practice. *Hellenic Journal of Gynecology and Obstetrics* 2008;7:257-266.
- Leal I, Lourenço S, Oliveira RV, et al.** The Impact of Childbirth on Sexual Functioning in Women With Episiotomy. *Psychology, Community & Health* 2013;2:307-316.
- Ganaba R, Marshall T, Sombié I, et al.** Women's sexual health and contraceptive needs after a severe obstetric complication ("near-miss"): a cohort study in Burkina Faso. *Reproductive Health* 2010;7.
- Rathfisch G, Dikencik BK, Beji NK, et al.** Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of Advanced Nursing* 2010;66:2640-2649.
- Woolhouse H, Gartland D, Mensah F, Brown SJ.** Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. *BJOG* 2015;122:312-321.
- Laganà AS, Burgio MA, Ciancimino L, et al.** Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective analysis. *Minerva Ginecologica* 2015;67:315-320.
- Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B.** Sexuality after Delivery with Episiotomy: A Long-Term Follow-Up. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 2008;66:1-7.
- Keag OE, Norman JE, Stock SJ.** Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2018;15:e1002494.
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.** Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2015). The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears," RCOG Green-top Guideline No. 29. Available at: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>, UK, 2015.
- Daniilidis A, Markis V, Tzafetas M, et al.** Third degree perineal lacerations – How, why and when? A review analysis. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2012;2:304-310.
- Charitou A, Charos D, Vamenou I, Vivilaki VG.** Maternal and neonatal outcomes for women giving birth after previous cesarean. *European Journal of Midwifery* 2019;3:8.
- Cohen L, Manion L, Morrison K.** Research Methods in Education. New York: Routledge Falmer, 2007.
- Creswell JW.** Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 4th Edition, London: SAGE Publications, Inc, 2013.
- McLeod SA.** Experimental design. *Simply Psychology*, 2017.
- Field A.** Discovering Statistics Using IBM SPSS (5th edition), Sage Publications Ltd, 2017.
- McLeod SA.** What is reliability? Simply Psychology 2007.
- British Psychological Society, BPS Code of Human Research Ethics (2nd ed.), BPS.** Available at: <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/bps-code-human-research-ethics-2nd-edition-2014>, 2014.
- Griffiths A, Watermeyer S, Sidhu K, et al.** Female genital tract morbidity and sexual function following vaginal delivery or lower segment caesarean section. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2006;26:645-649.
- Paterson LQP, Davis SNP, Khalifé S, Amsel R, Binik YM.** Persistent Genital and Pelvic Pain after Childbirth. *Sexual Medicine*, 6(1), pp. 215-221, 2009.
- Barrett G, Pendry E, Peacock J, et al.** Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000;107:186-195.
- Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, et al.** Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2006;124:42-46.
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, et al.** Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA* 2005;293:2141-2148.
- Morris A, Berg M, Dencker M.** Professional's skills in assessment of perineal tears after childbirth – A systematic review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2013;3(4A).
- Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, et al.** Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *The Cochrane database of systematic reviews* 2017;12:CD007471.
- Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L.** Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sexual Medicine* 2020;8:8-13.