



**Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Medizinische Fakultät Mannheim
Dissertations-Kurzfassung**

**Einfluss von peripartaler Erwartungshaltung, Geburtsmodus und
Geburtsverletzung auf die sexuelle Funktion von Frauen 6 und 12
Monate post partum**

Autor: Stefanie Xochil Ortiz Alvarez
Institut / Klinik: Frauenklinik
Doktorvater: Prof. Dr. S. Berlit

Sexualität ist ein wichtiger Bestandteil im Leben einer Frau. In den letzten Jahrzehnten stieg in vielen Ländern, darunter auch in Deutschland, die Kaiserschnittquote weit über die von der Weltgesundheitsorganisation empfohlene jährliche Kaiserschnittquote an. Als Grund hierfür wird auch die Annahme diskutiert, dass der Kaiserschnitt im Vergleich zur vaginalen Entbindung einen schützenden Effekt auf die sexuelle Funktion der Frau nach der Geburt habe.

Ob die Kaiserschnittentbindung im Vergleich zur vaginalen Geburt tatsächlich einen protektiveren Effekt auf die langfristige weibliche sexuelle Funktion nach der Geburt 6 und 12 Monate post partum nimmt, wurde mit der vorliegenden prospektiven Fragebogenstudie untersucht. Zusätzlich wurde der Frage nachgegangen ob unterschiedliche Geburtsverletzungen sich in ihrer Auswirkung auf die langfristige postpartale sexuelle Funktion unterscheiden. Zudem wurde erstmalig mit einem selbst erstellten Fragebogen untersucht, ob unterschiedliche peripartal geäußerte Erwartungshaltungen einen Einfluss auf die weibliche sexuelle Funktion im Langzeitverlauf nehmen können.

Es konnten 522 Frauen kurz vor oder nach dem Geburtstermin rekrutiert werden. Von ihnen nahmen noch 339 6 Monate und 303 12 Monate post partum teil.

Die Probandinnen wurden anhand des Entbindungsmodus (vaginale Spontangeburt, Kaiserschnitt und operativ vaginale Entbindung) charakterisiert.

Darüber hinaus erfolgte eine Einteilung von Frauen nach vaginaler Geburt anhand vorhandener Geburtsverletzungen (Frauen ohne Verletzung des Perineums beziehungsweise mit einem Dammriss ersten Grades, Frauen mit einem Dammriss zweiten Grades, Frauen mit einem Dammriss dritten Grades beziehungsweise mit einem Dammriss vierten Grades und Frauen mit Episiotomie).

In der Studie wurde der Female Sexual Function Index (FSFI) zur Erhebung der sexuellen Funktion verwendet. Zusätzlich kam auch der Sexual Activity Questionnaire (SAQ) zur Erfassung der weiblichen postpartalen sexuellen Funktion erstmalig in diesem wissenschaftlichen Kontext zur Anwendung.

Die Entbindungsmodi unterschieden sich 6 und 12 Monate nicht hinsichtlich der sexuellen Funktion. Es konnte weder mittels des FSFI-Gesamtscore noch mittels der FSFI-Subscores („Lust“, „Erregung“, „Lubrikation“, „Orgasmus“, „Befriedigung“ und „Schmerz“) ein signifikanter Unterschied zwischen den Kollektiven beschrieben werden (p jeweils $> 0,05$). Gleiches galt für die drei SAQ-Scores sexuelles „Vergnügen“, sexuelle „Beschwerden“ und sexuelle „Gewohnheit“ (p jeweils $> 0,05$). Ähnliches zeigte sich für unterschiedliche Geburtsverletzungen mit Ausnahme von Frauen, die einen Dammriss zweiten Grades aufwiesen. Für sie konnte einmalig in einem Teilbereich der postpartalen Sexualität eine nachteiligere sexuelle Funktion beschrieben werden. Der FSFI-Subscore „Lust“ zeigte für diese Probandengruppe 12 Monate post partum eine signifikant reduzierte sexuelle Funktion als für Frauen ohne Geburtsverletzung beziehungsweise mit einem Dammriss ersten Grades an ($p = 0,009$).

Insgesamt konnte die Entwicklung der postpartalen weiblichen sexuellen Funktion über den Gesamtstudienzeitraum wie folgt beschrieben werden: Drei Monate post partum lag ein erheblicher Tiefpunkt im Vergleich zu vor der Schwangerschaft vor. Sechs Monate post partum kam es zu einer beginnenden Erholung. Zwölf Monate post partum strebte die weibliche sexuelle Funktion wieder allgemein das Niveau von vor der Schwangerschaft an.

Dabei zeigten der FSFI-Gesamtscore als auch die drei Sexualitätsscores des SAQs 6 Monate post partum in der Mehrheit der Analysen sowohl für unterschiedliche Geburtsmodi als auch für unterschiedliche Geburtsverletzungen eine noch signifikant niedrigere sexuelle Funktion als vor der Schwangerschaft an. Ein Jahr nach der Geburt war die Annäherung der sexuellen Funktion an den

Zustand vor der Schwangerschaft daraus ersichtlich, dass für die Mehrheit der Kollektive kein signifikanter Unterschied mehr im Vergleich zu vor der Schwangerschaft beschrieben werden konnte. Es liegen Hinweise vor, dass peripartal vorhandene Angst vor einer veränderten Sexualität nach der Geburt die sexuelle Funktion im Langzeitverlauf in einigen Bereichen negativ beeinträchtigen konnte. Für Frauen mit Ängsten bezüglich einer sich veränderten sexuellen Funktion nach der Geburt konnte für 6 Monate post partum ein signifikant reduziertes sexuelles „Vergnügen“ und signifikant weniger Geschlechtsverkehr beschrieben werden ($p = 0,01$ und $p = 0,036$). Zudem führten Befürchtungen 12 Monate post partum ebenfalls zu signifikanten Beeinträchtigungen der sexuellen Funktion in den Bereichen sexuelle „Beschwerden“ und sexuelles „Vergnügen“ ($p = 0,027$ und $p = 0,049$).

Darüber hinaus spricht einiges dafür, dass negative Erwartungshaltungen, und insbesondere pessimistische Erwartungen hinsichtlich des Einflusses des Stillens, womöglich zu einer Reduktion der langfristigen sexuellen Funktion in einigen Bereichen geführt haben. Zeigte sich ein signifikanter Einfluss der Erwartungshaltung an das Stillen auf die langfristige weibliche sexuelle Funktion, so führten negative Erwartungshaltungen sowohl im FSFI-Gesamtscore als auch im SAQ-Score sexuelles „Vergnügen“ 6 und 12 Monate post partum immer zu einer signifikant reduzierteren sexuellen Funktion als neutrale Erwartungshaltungen.

Auch die Erhöhung der Kohabitationsfrequenz durch positive Erwartungshaltungen kann nicht völlig ausgeschlossen werden. Dies zeigte sich am deutlichsten am Erwartungsscore „Häufigkeit“. Hier konnte in mehreren Analysen sowohl 6 als auch 12 Monate post partum eine positive Erwartungshaltung mit einer signifikanten Zunahme der Kohabitationsfrequenz assoziiert werden.

Zusammenfassend kann mit den vorliegenden Studienergebnissen nicht bestätigt werden, dass der Kaiserschnitt mit einer höheren sexuellen Funktion im Langzeitverlauf einhergeht. Auch unterschiedliche Geburtsverletzungen scheinen sich nicht eindeutig in ihrem Einfluss auf die langfristige sexuelle Funktion zu unterscheiden. Die klinische Bedeutung, dass für Frauen mit einem Dammriss zweiten Grades einmalig im FSFI-Subscore „Lust“ eine statistische Beeinträchtigung beschrieben werden konnte, bleibt zu hinterfragen.

Die Studienergebnisse geben Anhalt dafür, dass Frauen durch Erwartungshaltungen womöglich tatsächlich ihre sexuelle Funktion in einzelnen Bereichen selbst beeinflussen können.