

Aus der Klinik für Geburtsmedizin  
der Medizinischen Fakultät Charité-Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Psychosoziale Implikation beim Kaiserschnitt im Vergleich  
mit anderen Geburtsarten

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité-Universitätsmedizin Berlin

von

Nevin Nassar  
aus Gaza-Streifen/Palästina

Datum der Promotion: 26.02.2016

## Inhalt

1	Einleitung .....	1
1.1	Einführung und Problemstellung.....	1
1.2	Zielsetzung .....	3
1.3	Aufbau .....	5
2	Theoretische Grundlagen.....	7
2.1	Kaiserschnitt: Begriff, Formen, Phänomen und Verbreitung.....	7
2.1.1	Definition und Formen.....	7
2.1.2	Phänomen und Verbreitung .....	9
2.2	Kaiserschnitt und Sexualität aus psychosozialer Sicht – Stand der Forschung .....	10
2.2.1	Fehlen von Zusammenhängen zwischen Geburtsmodus und postpartaler Sexualität .....	11
2.2.2	Zusammenhänge zwischen Geburtsmodus und postpartaler Sexualität .....	15
2.3	Unterschiedlichkeit der Ergebnisse und Hypothesen .....	20
3	Methodik.....	25
3.1	Variablen und Messinstrumente .....	25
3.2	Stichprobe und Untersuchungsdesign .....	29
3.2.1	Stichprobe.....	29
3.2.2	Untersuchungsdesign .....	30
4	Ergebnisse .....	34
4.1	Deskriptive Ergebnisse .....	34
4.1.1	Stichprobe.....	34
4.1.2	Schwangerschaft und Geburtsmodus .....	36
4.1.3	Gesundheit.....	37

4.1.4	Sexuelle Aktivität vor und während der Schwangerschaft.....	40
4.2	Ergebnisse zu den Hypothesentests .....	42
4.2.1	Postpartales Sexualleben und Zusammenhänge zum Geburtsmodus.....	42
4.2.2	Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Geburtsmodus und Sexualleben durch Schmerzen? .....	47
4.2.3	Optimismus .....	50
4.2.4	Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Geburtsmodus und Sexualleben durch Ängste? .....	52
5	Diskussion.....	57
5.1	Grenzen der Studie .....	57
5.2	Zusammenfassende Darstellung und Diskussion der Ergebnisse...	58
5.2.1	Entbindung, Geburtsmodus und sexuelle Aktivität .....	59
5.2.2	Geburtsmodus und Dyspareunie .....	63
5.2.3	Geburtsmodus und psychische Faktoren.....	64
5.2.4	Zusammenfassung.....	68
6	Fazit und Ausblick .....	70
	Literatur .....	IX
	Anhang .....	XIII
	Information für werdende Mütter .....	XIII
	Einverständniserklärung.....	XV
	Fragebögen 1 bis 4	
	Eidesstattliche Versicherung	
	Lebenslauf	
	Danksagung	

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Sexuelles Verlangen (oben) und Zufriedenheit mit sexueller Vielfalt (unten) bei Frauen sechs Monate nach Geburt	12
Abb. 2: Sexuelle Zufriedenheit insgesamt vor und nach der Entbindung	17
Abb. 3: Anteil der Frauen mit verschiedenen Geburtsformen, die nach acht Wochen wieder sexuell aktiv waren	19
Abb. 4: Entwicklung der Responderraten	34
Abb. 5: Häufigkeiten verschiedener Erkrankungen	37
Abb. 6: Beschwerden abhängig von Zeitpunkten und Geburtsmodi	38
Abb. 7: Trait-Angst nach Geburtsmodi	39
Abb. 8: State-Angst nach Zeitpunkten und Geburtsmodi	39
Abb. 9: Wunsch nach sexueller Aktivität vor und während der Schwangerschaft	40
Abb. 10: Sexuelle Aktivität vor und während der Schwangerschaft	41
Abb. 11: Die Sexualität betreffende Schwierigkeiten zu verschiedenen Zeitpunkten	41
Abb. 12: Sexuelle Aktivität nach sechs Wochen und nach sechs Monaten	43
Abb. 13: Anteil der Frauen ohne sexuelle Aktivität nach 6 Wochen/ 6 Monaten	44
Abb. 14: Allgemeines Mediationsmodell	47
Abb. 15: Mediationsmodell: Dyspareunie, T3	48
Abb. 16: Dyspareunie und Geburtsmodus zu T3 und T4	49
Abb. 17: Mediationsmodell: Ängste, T3	53
Abb. 18: Mediationsmodell: Ängste, T4	53
Abb. 19: Mögliche Einflüsse Dritter auf den Geburtsmodus	56

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Hauptformen des Kaiserschnitts .....	7
Tabelle 2: Konzepte und Variablen.....	26
Tabelle 3: Untersuchungszeitpunkte.....	30
Tabelle 4: Zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten eingesetzte Instrumente.....	32
Tabelle 5: Bildungsgrad der Teilnehmerinnen der Studie .....	35
Tabelle 6: Geburtsmodi .....	36
Tabelle 7: Sexuelles Erleben zu T3 abhängig vom Geburtsmodus .....	45
Tabelle 8: Sexuelles Erleben zu T4 abhängig vom Geburtsmodus .....	46
Tabelle 9: Mediationsmodell; Dyspareunie, T3 .....	48
Tabelle 10: Ergebnisse zu den Analysen der Skala „Optimismus/ Engagement“ .....	51
Tabelle 11: Regression mit Geburtsmodus als Kriteriumsvariable.....	54
Tabelle 12: Mögliche Einflüsse Dritter auf den Geburtsmodus .....	55

## **Abstract**

Sexual life and experience of women after giving birth may depend on the mode of delivery. This question is of some practical importance as cesarean delivery, especially elective cesarean section, is becoming more popular, and benefits for postnatal sexual life have been hypothesized. Yet results tend to be inconsistent. Therefore, the aim of this study is to explore the role of psycho-social and emotional factors, especially anxiety, and of pain, especially dyspareunia, as possible mediators in the relationship between mode of delivery and women's postnatal sexual life.

The study used four points of measurement: During pregnancy, right after giving birth, and six weeks and six months after giving birth. 64 women in Germany participated at all four points of measurement. Their age was, on average, 31.9 years. 23 women had spontaneous vaginal delivery, 24 women had elective cesarean delivery, 17 women had operative delivery or cesarean delivery for medical reasons.

During pregnancy, sexual activity was reduced considerably, but after six months, it had reached pre-pregnancy status again. Same was true with various indicators such as desire, lubrication, arousal, satisfaction, and pain. After six weeks, there was some disadvantage for the women who had delivered vaginally spontaneously, but this difference had disappeared after six months.

There were no associations between mode of delivery and state anxiety as well as trait anxiety. There was a tendency for a mediating influence of dyspareunia though: Women with elective cesarean delivery seemed to experience lower dyspareunia, and they reported more sexual satisfaction six weeks after delivery. Six months after delivery there were no effects. General pain (as opposed to the more specific dyspareunia) had no relation with mode of delivery and sexual satisfaction as well. There was no relation between optimism, mode of delivery and sexual satisfaction either.

Altogether, the study fits into studies finding no relation of mode of delivery and postnatal sexual experience and satisfaction. In particular, there are no

benefits for elective cesarean delivery on postnatal sexual life. But the study suggests that the role of dyspareunia should be investigated further. The role of anxiety should also be explored further. In addition, the study suggested that family as well as medical staff had some influence on the decision for the mode of delivery.

## **Kurzzusammenfassung**

*Fragestellung:* Es wird untersucht, inwieweit das sexuelle Erleben und die sexuelle Zufriedenheit von Frauen nach einer Entbindung vom Geburtsmodus abhängen. Diese Frage ist praktisch relevant, da die Schnittentbindung („Kaiserschnitt“) in vielen Ländern häufiger geworden ist. Bisherige Ergebnisse zur Frage des Zusammenhangs von Geburtsmodus und postnataler Sexualität sind jedoch inkonsistent. Möglicherweise wird dieser Zusammenhang durch psychosoziale und emotionale Faktoren wie Angst und Schmerz mediiert.

*Methode:* Zu vier Zeitpunkten (während der Schwangerschaft, direkt nach der Geburt sowie sechs Wochen und sechs Monate danach) wurden 64 Frauen (mittleres Alter 31,9 Jahre) zu ihrem sexuellen Erleben und Verhalten befragt. Die Geburtsmodi waren: spontan vaginal (n = 23), vaginal operativ (3), elektive primäre Sectio („Wunsch-Kaiserschnitt“, n = 24), sekundäre Sectio (n = 14).

*Ergebnisse:* Während der Schwangerschaft war die sexuelle Aktivität unabhängig vom Geburtsmodus reduziert, um nach sechs Monaten wieder das Niveau vor der Schwangerschaft zu erreichen. Dies gilt auch für verschiedene Indikatoren wie sexuelles Verlangen, Erregung, Feuchtigkeit, Befriedigung und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Zwischen Geburtsmodus und (State- und Trait-) Angst bestand kein Zusammenhang. Frauen mit elektiver primärer Sectio berichteten weniger Schmerzen beim Verkehr und eine größere Befriedigung sechs Wochen nach der Entbindung. Allgemeine Schmerzen sowie Optimismus stehen weder mit der sexuellen Zufriedenheit noch dem Geburtsmodus im Zusammenhang.

*Schlussfolgerung:* Insgesamt reiht sich die Studie in die Studien ein, die keinen Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und postnatalem sexuellem Erleben finden. Mediierende Effekte etwa von Dyspareunie und von Ängsten können allenfalls tendenziell festgestellt werden. Die Rolle von Dyspareunie und von Ängsten sollten näher untersucht werden.

# 1 Einleitung

## 1.1 *Einführung und Problemstellung*

Die menschliche Sexualität steht, anders als im Tierreich, nicht nur im Dienste der Fortpflanzung, sondern auch im Dienste sozialer Motive wie der Paarbindung. Dies ist durch die Tatsache belegt, dass Geschlechtsverkehr auch zu Zeiten stattfindet, in denen eine Empfängnis ausgeschlossen ist, wie in der Schwangerschaft, der Stillzeit oder in bzw. nach den Wechseljahren (von Sydow, 2000, S. 199). Gerade die Schwangerschaft und die ersten Monate nach der Geburt eines Kindes können jedoch mit individuellen Ängsten, Sorgen und sozialen Einflüssen verbunden sein, die sich hemmend auf die Sexualität auswirken können (Haselbacher, 2013, S. 325). Zwar ist gegen sexuellen Verkehr in einer normal verlaufenden Schwangerschaft nichts einzuwenden (Leeners, Brandenburg & Rath, 2000, S. 536). So werden die Vertiefung der Bindung und Beziehung zwischen den werdenden Eltern oder auch die Möglichkeit, Sexualität entspannt und ohne den Zwang zur Konzeptionsverhütung zu genießen, als wichtige positive Einflüsse sexueller Aktivität in der Schwangerschaft und auch nach der Geburt genannt (Ahrend, Friedrich & Dreyer, 2010, S. 131). Aber es sind zum einen körperliche Veränderungen, zum anderen jedoch auch Mythen sowie Kommunikationsprobleme zwischen den Partnern oder auch Ängste und hieraus resultierende Unsicherheiten, die die Sexualität in der Schwangerschaft erschweren (Haselbacher, 2013, S. 325). Hier ist etwa die Angst zu nennen, als Folge von Geschlechtsverkehr während der Schwangerschaft den Fötus zu verletzen (Pauleta, Pereira & Graca, 2010, S. 139-140).

Für die Zeit nach Schwangerschaft und Entbindung wurde vielfach gefunden, dass die Zufriedenheit mit dem sexuellen Erleben absinkt (z.B. Ahrend, Friedrich & Dreyer, 2010, S. 133). Auch hier wird von einem Zusammenwirken verschiedener somatischer und psychischer Faktoren ausgegangen.

Die Gründe für diese Problematiken gelten bis heute als nur wenig erforscht (Berner, Wendt, Kriston & Rohde, 2005, S. 751f.). Pränatal scheinen, wie schon erwähnt, Ängste eine besonders große Rolle zu spielen, insbesondere die Angst, dem Kind zu schaden bzw. Blutungen oder Fehlgeburten oder – im dritten Trimenon – Wehen

auszulösen. Diese Aspekte sind jedoch auch kulturell erheblich beeinflusst, so wird etwa in einigen afrikanischen Ländern eher davon ausgegangen, dass sexuelle Aktivität während der Schwangerschaft die Geburt erleichtern werde (Haselbacher, 2013, S. 326). Als negative Einflussfaktoren auf die postpartale Sexualität wurden unter anderem das Stillen, das Alter und depressive Symptome, Fertilitätsbehandlung und Art der Verhütungsmethode gefunden (Berner, Wendt, Kriston & Rohde, 2005, S. 757f.; Dabiri et al., 2014, S. 278).

Ein Ereignis, das mit Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt verbunden sein kann, aber eine immer stärkere Verbreitung gefunden hat, ist der Kaiserschnitt (Vorhemus, 2013, S. 15f.). Unter dem Kaiserschnitt wird allgemein die operative Öffnung der Bauchdecke und des Uterus bei der Entbindung verstanden. Hierbei lassen sich zwei Hauptformen unterscheiden: Die primäre elektive Sectio, der geplante und gewollte Kaiserschnitt, und die sekundäre Sectio, die notwendig wird, wenn bei Mutter oder Kind während der Geburt Komplikationen eintreten (Vorhemus, 2013, S. 16).

Anteilig bringen immer mehr Schwangere in Deutschland ihr Baby per Kaiserschnitt zur Welt. Von bundesweit 656.000 Frauen, die im Jahr 2010 ihr Kind im Krankenhaus zur Welt brachten, wurden nach Mitteilung des statistischen Bundesamtes 209.000 (31,9%) durch Kaiserschnitt entbunden (destatis, 2012). Zehn Jahre zuvor hatte der Anteil der Kaiserschnittentbindungen mit 147.000 Entbindungen noch lediglich 18,5% betragen. Die Zahl der Kaiserschnitt-Entbindungen ist damit in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen.

Psychische Auswirkungen eines Kaiserschnitts auf das postpartale Empfinden allgemein und damit auch auf Häufigkeit und Qualität sexuellen Erlebens sind mehrfach berichtet worden (Vorhemus, 2013, S. 57). So kann ein Kaiserschnitt im Bereich der Bauchnarbe nicht selten zu Gefühlen der Taubheit bzw. allgemein zu Sensibilitätsstörungen, Wundheilungsstörungen und Bindegewebswucherungen führen. Diese körperlichen Veränderungen können sich negativ auf das Selbstbewusstsein auswirken, und damit auch auf die Paarbeziehung und auf die sexuelle Lust (Vorhemus, 2013, S. 57). Andere Untersuchungen zeigen, dass ein Kaiserschnitt mit einer (leichten) Reduktion der Wiederaufnahme sexueller Aktivität nach der Geburt bei den Frauen einhergehen kann (Brubaker et al., 2008, S. 1043). In anderen Untersuchun-

gen (z.B. Dabiri et al., 2014, S. 276f.) fanden sich solche Unterschiede hingegen nicht.

Insgesamt scheinen die Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen Geburtsmodus und sexuellem Erleben und Verhalten inkonsistent. Ein möglicher Grund für diese Inkonsistenzen bezüglich eines Zusammenhangs zwischen dem Geburtsmodus und dem anschließenden sexuellen Verhalten könnte in psychosozialen und emotionalen Faktoren liegen. So wurden verschiedene psychische Aspekte wie beispielsweise eher vorübergehende Stimmungen oder auch Ängste bisher im Zusammenhang mit dem Geburtsmodus (hier vaginale Geburt oder Kaiserschnitt) nur am Rande mit untersucht. Auch wurde ein möglicher Zusammenhang des sexuellen Erlebens in Abhängigkeit von dem Geburtsmodus in der prä- und postpartalen Phase bisher kaum untersucht. Dabei liegt nahe, dass Ängste oder auch depressive Verstimmungen, die das sexuelle Erleben und Verhalten vor der Geburt beeinträchtigt haben, auch postpartal weiterhin wirksam sind. Ob und welche Rolle hierbei aber der Geburtsmodus spielen kann, scheint ebenfalls unklar. Denkbar ist etwa, dass die Antizipation eines geplanten Kaiserschnitts die Ängste im Vorfeld verstärkt, und dass postpartal negative Affekte wie z.B. ein reduziertes Selbstwertgefühl das psychische Befinden insgesamt und damit auch das sexuelle Erleben beeinträchtigen könnten.

## 1.2 ***Zielsetzung***

Ziel dieser Arbeit ist es daher, das sexuelle Erleben und Verhalten von Frauen vor und nach einer vaginalen Geburt, gegebenenfalls operativ, oder aber einer medizinisch indizierten oder gewünschten Schnittentbindung zu untersuchen, wobei zwei Teilziele unterschieden werden:

- Untersuchung der Bedeutung psychosozialer und emotionaler Aspekte für das sexuelle Erleben und Verhalten in Abhängigkeit des Geburtsmodus, wobei Interaktionen mit körperlichen Beschwerden beachtet werden sollen. Konkret stellt sich die Frage nach möglichen Mediationseffekten, die psychosoziale und emotionale Aspekte sowie körperliche Beschwerden auf die Beziehung zwischen dem Geburtsmodus und dem sexuellen Erleben und Verhalten ausüben könnten.

- Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem prä- und postpartalen sexuellen Erleben und Verhalten und möglichen Einflüssen auf diesen Zusammenhang durch den Geburtsmodus.

Wie oben dargestellt, handelt es sich hierbei um noch relativ wenig bearbeitete Fragestellungen, bzw. soweit Ergebnisse vorliegen, scheinen diese in vielen Fällen wenig konsistent. Die Gründe für diese Inkonsistenzen werden unter anderem mit unterschiedlichen Studiendesigns, unterschiedlichen Messinstrumenten oder unterschiedlichen Kulturkreisen begründet (Dabiri et al., 2014, S. 278), aber genauere Analysen hierzu scheinen ebenfalls noch auszustehen. Ein weiteres wichtiges Ziel dieser Arbeit ist es daher, diese Inkonsistenzen und mögliche Gründe für sie genauer herauszuarbeiten.

Die oben genannten Fragestellungen sind nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch von Bedeutung. Wenn es gelingt, die Rolle psychosozialer und emotionaler Faktoren in der Antizipation und der psychischen Verarbeitung einer Schnittentbindung besser zu verstehen, können betroffene Frauen und gegebenenfalls auch ihre Partner gezieltere Beratung und Unterstützung erhalten. Denn die psychosoziale Komponente und allgemein das Ansprechen des Themas Sexualität im Umfeld von Geburtsvorbereitung und Geburt werden allgemein von Ärzten und Schwangerschaftsbetreuern bisher zu wenig thematisiert (Haselbacher, 2013, S. 325). Allgemein ist Wissen um die Zusammenhänge zwischen Entbindung und anschließendem Sexualleben wichtig, weil hier unbearbeitete Probleme zu länger anhaltenden Beeinträchtigungen der Lebensqualität führen können, die sich negativ auf die Partnerschaft und unter Umständen sogar auf ihren Bestand auswirken können (Dabiri et al., 2014, S. 278).

Die genannten Fragestellungen werden theoretisch und empirisch untersucht. Die empirische Untersuchung fand am Charité Virchow-Klinikum Berlin statt. In der Schwangerenberatung der Charité Virchow-Klinikum wird seit vielen Jahren eine oberärztlich geführte Geburtsleitungs-Sprechstunde angeboten. Da sich in den letzten 10 bis 15 Jahren der Wunsch nach geplanter operativer Schnittentbindung deutlich erhöht hatte, wurde in den Jahren 2005 / 2006 die Beratung der schwangeren Frauen verbessert und semistandardisiert. In diesem Rahmen wurde eine Befragung

per Fragebogen zu vier Zeitpunkten eingeführt: vor dem ersten Arztkontakt, danach sowie einige Wochen nach der Entbindung.

Damit sollten für die Indikationsstellung auch die persönlichen Lebensumstände, Erfahrungen und Ängste schon vor dem ersten Gespräch erfasst und somit angesprochen und berücksichtigt werden, sowie auch Effekte der Entbindung hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf das Schmerzempfinden, auf die Sexualität und die allgemeine gesundheitliche Zufriedenheit rückgemeldet werden. Hieraus soll ersichtlich werden, inwieweit die Beratung wirksam ist, und ob das Beratungsergebnis und die sich daraus ableitende medizinische Entscheidung und Behandlung sowohl kurz- und mittelfristig als auch subjektiv und objektiv für die Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden der Frauen angemessen ist.

Die im Rahmen dieser Dissertation durchgeführte wissenschaftliche Untersuchung entstand im Wesentlichen aus der Optimierung und Auswertung dieser Sprechstunden- und Beratungs-Routine.

### 1.3 *Aufbau*

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut.

Das folgende zweite Kapitel stellt den theoretischen Teil dar. Bisher vorliegende Ergebnisse zum sexuellen Erleben und Verhalten von Frauen in Abhängigkeit dem Geburtsmodus werden mit Schwerpunkt auf den beiden oben genannten Zielsetzungen aufgearbeitet und diskutiert. Wesentliches Ziel ist es, mit Bezug zur Rolle somatischer und psychosozialer/ emotionaler Faktoren in diesem Prozess mögliche Gründe für bisher bestehende Inkonsistenzen in der Literatur zu identifizieren. Hieran anknüpfend werden sodann Hypothesen formuliert.

Das dritte Kapitel stellt die Methodik der dann folgenden eigenen Untersuchung dar. Das Untersuchungsdesign, die eingesetzten Instrumente (Fragebögen), die Rekrutierung und Zusammensetzung der Stichprobe und der Ablauf der Untersuchung werden beschrieben und erklärt.

Das vierte Kapitel stellt die Ergebnisse dar. Dabei werden deskriptive Ergebnisse und Ergebnisse zu den Hypothesentests getrennt betrachtet.

Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse mit Bezug auf den im zweiten Kapitel angelegten theoretischen Rahmen diskutiert. Das sechste Kapitel zieht ein Fazit und gibt einen Ausblick auf weitere Forschungsbedarfe.

## 2 Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen gelegt. Zunächst werden Begriff und Phänomene des Kaiserschnitts genauer betrachtet. Im zweiten Abschnitt werden empirische Ergebnisse zum Zusammenhang von Geburtsmodi und dem postpartalen Sexualleben der Frauen berichtet. Dabei wird auch auf somatische und psychosoziale bzw. emotionale Aspekte Bezug genommen. Im dritten Abschnitt werden sodann die Fragestellungen der Arbeit zu Hypothesen weiterentwickelt und konkretisiert.

### 2.1 *Kaiserschnitt: Begriff, Formen, Phänomen und Verbreitung*

#### 2.1.1 Definition und Formen

Unter dem Begriff des Kaiserschnitts (Sectio caesarea) wird die Entbindung des Babys durch eine Öffnung im mütterlichen Abdomen verstanden (Vorhemus, 2013, S. 15). Dabei werden die verschiedenen Schichten der Bauchdecke und des Uterus operativ durchtrennt.

Es werden meist eine primäre Sectio und eine sekundäre Sectio unterschieden (Vorhemus, 2013, S. 16). Diese sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

<b>Form der Sectio</b>	<b>Definition</b>
Primäre elektive Sectio	geplante bzw. gewollte Schnittentbindung vor Wehenbeginn oder anderen Geburtszeichen u.a. (Blasensprung). Der Eingriff wird ohne unmittelbaren Einleitungsversuch bzw. ohne unmittelbaren Anlass vor Geburtsbeginn durchgeführt.
Sekundäre Sectio	Medizinisch indizierte Schnittentbindung. Sie wird notwendig, wenn bei Mutter und Kind kurz vor oder auch erst während der Geburt Komplikationen auftreten, der Eingriff also durch eine akute Entwicklung medizinisch indiziert ist, beispielsweise Geburtsstillstand.

Tabelle 1: Hauptformen des Kaiserschnitts

Die Abgrenzung der primären und sekundären Sectio geschieht also über den Zeitpunkt bzw. anlassbezogen.

„Sekundär“ sind nach dieser Definition zum einen Eingriffe, die erst nach Einsetzen der Wehen bzw. nach dem Blasensprung erfolgen, unabhängig davon, ob sie geplant oder terminiert waren. „Sekundär“ sind nach der Definition zudem Eingriffe, die bei ergebnislosem Einleitungsversuch erfolgen, bzw. die vor Geburtsbeginn bzw. ohne Blasensprung bei akuter Bedrohung von Mutter und/ oder Kind stattfinden (Vorhemus, 2013, S. 17). Zu letzteren gehören etwa Eingriffe nach Cerclage oder der totale Muttermund-Verschluss (Saling-Institut, 2014), welche nicht notwendigerweise, aber doch häufiger mit Kaiserschnitt einhergehen.

Um zwischen diesen Formen noch weiter zu differenzieren, werden auch die sekundäre Sectio und die primär indizierte sekundäre Sectio unterschieden (Maass & Weigel, 2009, S. 358). Von einer sekundären Sectio-Indikation wird gesprochen, wenn nach Beginn der Eröffnungsperiode eine Gefährdung der Mutter oder des Kindes während der Geburt vorliegt. Von einer primär indizierten sekundären Sectio hingegen wird gesprochen, wenn zwar Komplikationen vorliegen, diese aber (zumindest zum Zeitpunkt der Sectio) nicht unmittelbar gefährdend sind. Auch die „Präventiv-Sectio“, also die aufgrund medizinischer Umstände vorbeugend vorgenommene Sectio, ist hier einzuordnen.

Es gibt somit Formen der Schnittentbindung, die als sekundär klassifiziert werden, aber dennoch vor Geburtsbeginn durchgeführt werden. Wird von sekundärer (auch von primär indizierter sekundärer) Schnittentbindung gesprochen, so sind diese Eingriffe jedoch stets medizinisch indiziert. Von einer elektiven primären Schnittentbindung oder Wunschsectio wird hingegen gesprochen, wenn keine unmittelbare medizinische Indikation vorliegt, die schwangere Frau dies jedoch wünscht (Maass & Weigel, 2009, S. 358). Entsprechend können Schnittentbindungen auch nach ihrer Dringlichkeit klassifiziert werden: Hierbei werden Notsectio und eilige Sectio (Mutter und/ oder Kind sind gefährdet) von der weniger dringlichen Standardsectio, der jedoch ebenfalls eine medizinische Indikation zugrunde liegt (z.B. Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode; Beckenendlage des Kindes; fetale Fehlbildungen; mütterliche Erkrankungen; vorzeitige Plazentalösung; deutliche Überschreitung des Entbin-

dungstermins; Maass & Weigel, 2009, S. 359) und schließlich der am wenigsten dringlichen primären elektiven Sectio unterschieden.

### **2.1.2 Phänomen und Verbreitung**

Wie in der Einleitung dargestellt, ist die Sectiofrequenz in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Dies gilt nicht nur für Deutschland, wo der Anteil der Schnittentbindungen an den Geburten nahezu ein Drittel beträgt und in den 15 Jahren von 1997 bis 2012 von etwa 18% auf rund 32% gestiegen ist (destatis, 2014), sondern weltweit; beispielsweise in der Türkei mit etwa 43% oder in Italien mit 38%; in einigen brasilianischen Städten beträgt die Kaiserschnitttrate bis zu 90% (Stein, 2014). Für diese Entwicklung werden vor allem folgende Faktoren verantwortlich gemacht (Maass & Weigel, 2009, S. 358-359):

- Das Alter der Frauen bei Geburt des ersten Kindes ist kontinuierlich gestiegen. Die Anzahl der erstgebärenden Frauen zwischen 30 und 39 Jahren hat sich in den letzten Jahrzehnten verdoppelt.
- Aufgrund einer intensiveren geburtshilflichen Überwachung können z.B. intrauterine Sauerstoffmangelzustände und andere Komplikationen frühzeitig erkannt werden, wodurch die Bandbreite der Indikationen für Kaiserschnitt gestiegen ist.
- Das Verfahren ist zunehmend an die Stelle stärker belastender vaginal-operativer Entbindungsverfahren aus Beckenmitte getreten.
- Die maternalen Mortalitätsraten und Morbiditätsrisiken bei Kaiserschnitt sind insgesamt deutlich gesunken.
- Die Häufigkeit der elektiven primären Sectio hat zugenommen, ebenso auch die primär induzierte sekundäre Sectio, bei der eine medizinische Indikation, aber noch keine unmittelbare Gefährdung vorliegt (z.B. bei Beckenendlage).
- Wesentliche Gründe für die Zunahme der elektiven primären Sectio sind die Angst vor Schmerzen sowie sexuellen Beeinträchtigungen bei bzw. nach vaginaler Geburt.

Die elektive primäre Sectio wird jedoch von Schwangeren zunehmend auch dann gewählt, wenn sie keine ausdrücklichen Befürchtungen oder Ängste haben. Besonders die Zunahme der elektiven primären Sectio wird daher auch als Ausdruck eines gesellschaftlichen Wandels angesehen, der nicht zuletzt das Selbstverständnis me-

dizinischer Dienstleistungserbringung berühre (Rath & Vetter, 2002, S. 838f.). Jahrzehntlang galt es als Kunst und Verpflichtung den Schwangeren gegenüber, den Kaiserschnitt und mit ihm verbundene Risiken zu vermeiden. Niedrige Sectioraten galten als Qualitätsmerkmal. Demgegenüber wurden Werte wie die Selbstbestimmung und Freiheit des Individuums, der Erhalt körperlicher und sexueller Integrität und Lebensqualität, die durch eine Geburt nicht beeinträchtigt werden sollen, mehr und mehr zum Wertmaßstab. Der Geburtshelfer wurde in diesem Prozess zunehmend zum „Kundenbetreuer“, der dem Wunsch schwangerer Frauen nach primärer Sectio zunehmend nachkam, um nicht diese „Kundin“ an eine andere Klinik zu verlieren. So geben in Befragungen rund 70% der Geburtshelfer an, einen Wunsch nach indikationsloser Sectio zu erfüllen (Rath & Vetter, 2002, S. 839). Die Sectio geriet in diesem Prozess zum „Produkt“, das die Klinik neben weiteren Produkten (z.B. „sanfte Geburt“) den Frauen und ihren Partnern anbietet.

Aus Sicht der schwangeren Frauen und ihrer Partner hat sich die Sectio damit in manchen Fällen zu einer Ausdrucksform der Selbstbestimmung weiterentwickelt. Die Frau wählt zwischen verschiedenen Möglichkeiten der Geburt diejenige Form aus, die ihr am besten zusagt. Damit wird deutlich, dass und warum die psychosozialen Begleiterscheinungen des Kaiserschnitts sehr unterschiedlich sein können: Wurde der Kaiserschnitt früher als Ausdruck einer körperlichen Unvollkommenheit empfunden, als Möglichkeit, die gewählt wurde, weil eine vaginale Geburt nicht gefahrlos möglich war, so gilt die heute in stärkerem Maße als frei wählbare Alternative und damit als Ausdruck persönlicher Freiheit.

## ***2.2 Kaiserschnitt und Sexualität aus psychosozialer Sicht – Stand der Forschung***

Wie in der Einleitung bereits deutlich gemacht, lassen sich zwei Phasen unterscheiden, in denen psychosoziale Implikationen beim Kaiserschnitt denkbar sind: Die pränatale und die postpartale Phase. Untersuchungen zum Zusammenhang von Geburtsmodus und Sexualität beziehen sich in der Regel auf die postpartale Phase, da in der pränatalen Phase allenfalls die Antizipation eines möglichen oder geplanten Kaiserschnitts psychosoziale Implikationen nach sich ziehen kann. Wie jedoch im

letzten Abschnitt deutlich wurde, kann allerdings während der Schwangerschaft eine aktive gedankliche Auseinandersetzung mit dem Thema Kaiserschnitt erfolgen.

Ein Kaiserschnitt kann vor allem, wenn er ungeplant im Sinne einer sekundären Sectio erfolgt, sehr unterschiedliche psychosoziale Effekte und Begleiterscheinungen auslösen. Diese können sich auf das sexuelle Begehren, auf die Zufriedenheit mit dem Sexualleben oder auch auf Schmerzen beim Geschlechtsverkehr beziehen. Die Datenlage ist allerdings, wie in den folgenden Abschnitten sichtbar werden wird, sehr heterogen.

Im Folgenden wird zuerst auf einige Studien eingegangen, die keine Zusammenhänge zwischen Geburtsmodus und postpartalem sexuellem Erleben finden konnten. Anschließend wird auf Studien eingegangen, die solche Zusammenhänge fanden. Im dritten Abschnitt werden die unterschiedlichen Ergebnisse und ihre möglichen Gründe diskutiert, und es werden Hypothesen für die eigene empirische Untersuchung abgeleitet.

### **2.2.1 Fehlen von Zusammenhängen zwischen Geburtsmodus und postpartaler Sexualität**

Brubaker et al. (2008) untersuchten den Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und postpartalem sexuellem Erleben für normal vaginal Gebärende, Frauen nach Geburt durch Kaiserschnitt und Frauen, die einen Dammriss erlitten hatten. Zur Auswertung der Zusammenhänge von Geburtsmodus und sexuellem Erleben wurden Varianzanalysen nach dem allgemeinen linearen Modell durchgeführt. Die nachfolgende Abbildung zeigt Ergebnisse zum sexuellen Verlangen und zur Zufriedenheit mit der Vielfalt sexueller Aktivitäten im Sexualleben sechs Monate nach der Entbindung.

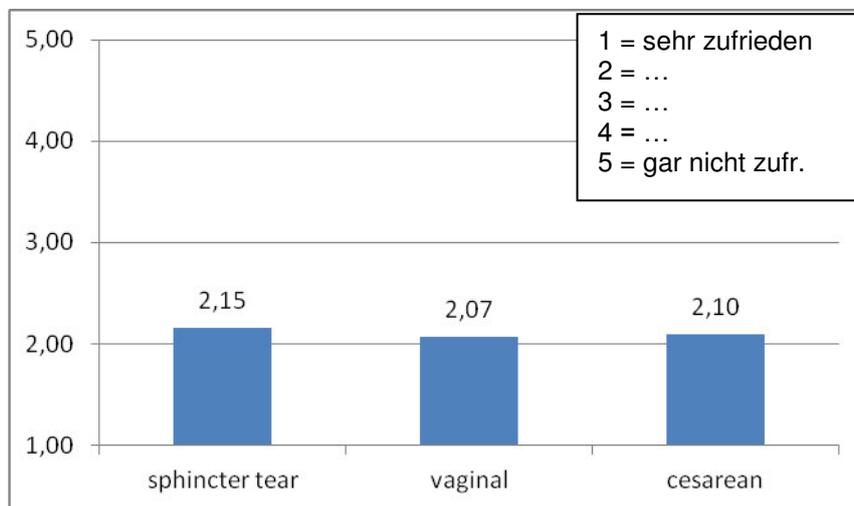
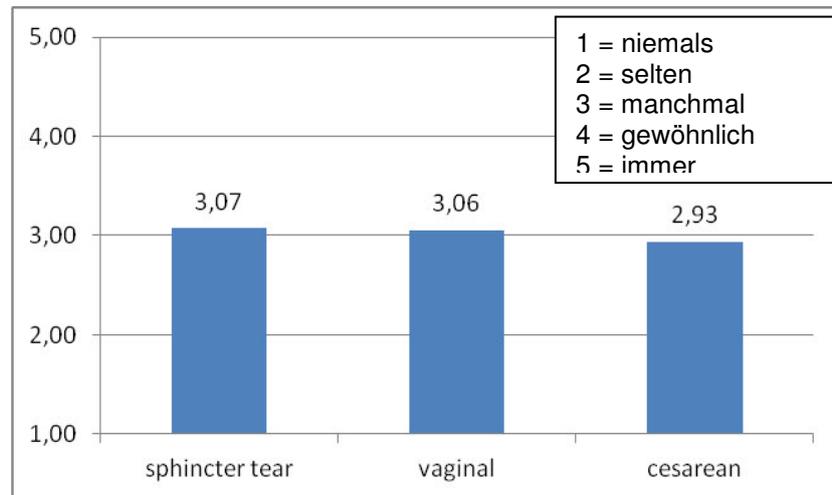


Abb. 1: Sexuelles Verlangen (oben) und Zufriedenheit mit sexueller Vielfalt (unten) bei Frauen sechs Monate nach Geburt

(eigene Darstellung basierend auf Daten bei Brubaker et al., 2008, Tabelle 3)

Es wird deutlich, dass sich das sexuelle Verlangen und die Zufriedenheit mit der sexuellen Vielfalt zwischen den drei Gruppen kaum unterscheiden. Die geringen Unterschiede sind statistisch nicht signifikant (Brubaker et al., 2008, S. 1043). Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden worden waren, nahmen die sexuelle Aktivität allerdings etwas später wieder auf als die Frauen, die vaginal entbunden worden waren: Etwa 94% der Frauen, die vaginal geboren hatten, waren nach sechs Monaten wieder sexuell aktiv, während diese Rate bei Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden worden waren, etwa 86% betrug. Schmerzen und andere körperliche Beschwerden schienen

für diesen Unterschied kaum verantwortlich zu sein, denn hierin unterschieden sich die Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden wurden, nicht von den „normal“ Gebärenden (Brubaker et al., 2008, S. 1043).

In der o.g. Untersuchung wurde allerdings nicht die pränatale sexuelle Aktivität erhoben. Doch letztlich sind die postpartalen Daten erst im Vergleich mit diesen sinnvoll interpretierbar. Auch war nicht bekannt, aus welchen Gründen der Kaiserschnitt erfolgt war.

Dieser letztere Aspekt wird in der Studie von Dabiri et al. (2014, S. 276f.) berücksichtigt. Hier wurden Frauen nach primärer elektiver Sectio mit Frauen verglichen, die vaginal mit Episiotomie (Dammschnitt) entbunden wurden (Gesamt-n = 150). Dabei wurden das sexuelle Verlangen und die Erregung, Feuchtigkeit der Vagina, Orgasmus, Befriedigung sowie Schmerzen gemäß dem „Female Sexual Function Index“ (Rosen et al., 2000) jeweils drei und sechs Monate nach Entbindung untersucht. Hinsichtlich aller Variablen fand sich eine Verbesserung vom dritten zum sechsten Monat (gemessen über t-Tests); der Unterschied zwischen der Gruppe der Frauen, die vaginal entbunden wurden, und denen mit Kaiserschnitt war aber bei keiner der Variablen signifikant. Entbindung durch Kaiserschnitt ging weder mit einer Verschlechterung noch mit einer Verbesserung des sexuellen Erlebens und Verhaltens einher. Auch fanden sich hier keine Unterschiede in Bezug auf Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr) in Abhängigkeit von dem Geburtsmodus. Rund ein Drittel der Frauen hatte sexuelle Aktivität vier Wochen nach der Entbindung wieder aufgenommen, unabhängig von der Art der Geburt. Auch die oben im Zusammenhang mit der Studie von Brubaker et al. (2008) berichtete Verzögerung der Wiederaufnahme sexueller Aktivität nach der Geburt nach Kaiserschnitt konnte – jedenfalls nach drei Monaten – nicht mehr festgestellt werden.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Studie von Barrett et al. (2005). Sie untersuchten das sexuelle Erleben und Verhalten von insgesamt 796 Frauen, die erstmalig mit Kaiserschnitt oder vaginal entbunden wurden, sechs Monate nach der Entbindung. Sie fanden zwischen den beiden Gruppen von Frauen nach sechs Monaten keine signifikanten Unterschiede. Ein gewisser Vorteil des Kaiserschnitts fand sich lediglich für die ersten drei Monate nach der Geburt, da die betroffenen Frauen in etwas geringerem Maße über Schmerzen beim Geschlechtsverkehr klagten. Bereits

Barrett et al. (2000) hatten – allerdings ohne Vergleich verschiedener Geburtsmodi - gefunden, dass zwar innerhalb der ersten drei Monate nach der Geburt eine Reihe sexueller Probleme wie Schmerzen beim Verkehr, mangelnde Feuchtigkeit und mangelndes Begehren aufgetreten waren; diese Erscheinungen hatten sich jedoch nach sechs Monaten bereits deutlich gebessert (Barrett et al., 2000, S. 189).

Eine weitere Studie von Hosseini et al. (2012, S. 498f.) legt ebenfalls nahe, dass es kaum Unterschiede im postpartalen sexuellen Erleben und Verhalten in Abhängigkeit vom Geburtsmodus gibt. In dieser Studie wurden 213 Frauen, die normal vaginal oder per Kaiserschnitt geboren hatten, im Hinblick auf ihr sexuelles Erleben und Verhalten sechs und 24 Monate nach der Geburt verglichen. Insofern handelt es sich hier um eine der relativ wenigen Studien, die auch längerfristige Effekte untersuchten. Auch hier wurden Teile des Female Sexual Function Index genutzt. Untersucht wurden das sexuelle Verlangen, Erregung, Feuchtigkeit, Orgasmus (Häufigkeit und Qualität), Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und sexuelle Befriedigung. Bei keiner dieser Merkmale konnte ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Gruppen von Frauen gefunden werden, weder nach sechs noch nach 24 Monaten (Hosseini et al. (2012, S. 501-502).

Auch eine Studie von Klein et al. (2009) legte dies nahe; hier wurden die Frauen nach 12 bis 18 Monaten nach der Entbindung befragt. Sie hatten vaginal ohne Komplikation oder per elektiver primärer Sectio geboren.

Eine Studie von Makki & Yazdi (2012) untersuchte 564 Frauen, die normal vaginal entbunden wurden; es wurden quantitative und qualitative Daten über drei bis sechs Monate nach Entbindung erhoben. Im Laufe dieser Zeit kehrten die meisten Frauen zu einem Sexualverhalten zurück, das dem vor der Schwangerschaft entsprach. Bezüglich Sexualpraktiken und Sexualerleben waren die Unterschiede nach sechs Monaten nicht mehr signifikant (McNemar-Test); lediglich Dyspareunie blieb relativ lange bestehen (Makki & Yazdi, 2012, S. 6).

Eine Studie von Lurie et al. (2013) differenzierte hingegen noch weitere Geburtsmodi: Hier wurden 82 Frauen untersucht, die normal vaginal, vaginal mit Episiotomie, vaginal operativ sowie mit sekundärem (Notfall-) Kaiserschnitt und mit elektivem primärem Kaiserschnitt entbunden wurden. Auch in diesem Fall fanden sich bei dem –

wiederum mit dem Female Sexual Function Index gemessenen – sexuellen Erleben keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (Lurie et al., 2013, S. 6).

Insgesamt legen diese Ergebnisse nahe, dass es für den elektiven primären Kaiserschnitt als Mittel zum Erhalt der Sexualität keine klare Evidenz gibt: Die Entbindung per elektivem primärem Kaiserschnitt hat diesen Untersuchungen zufolge keine erkennbar positiven Effekte auf das sexuelle Erleben in den nachfolgenden Monaten.

### **2.2.2 Zusammenhänge zwischen Geburtsmodus und postpartaler Sexualität**

Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen stehen Untersuchungen, die einen negativen oder aber einen positiven Zusammenhang zwischen einem Kaiserschnitt und der postpartalen Lebensqualität, darunter auch der Qualität des Sexuallebens, finden. Mousavi et al. (2013, S. 245f.) untersuchten 356 iranische Frauen, die entweder vaginal oder per Kaiserschnitt entbunden worden waren. Die Stichprobe wurde als Niedrig-Risiko-Gruppe eingestuft, das Durchschnittsalter betrug etwa 26 Jahre. Die Auswertungen wurden mit dem t-Test bzw. Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Mousavi et al. (2013) fanden acht Wochen nach der Entbindung bessere Ergebnisse in Bezug auf die Lebensqualität für Frauen, die vaginal entbunden wurden. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen waren sogar noch größer, wenn nicht die postpartale Lebensqualität selbst, sondern die Differenz zur pränatalen Lebensqualität betrachtet wurde (ebenda, S. 247). Auch in multiplen Regressionen (Mousavi et al., 2013, S. 248) und nach Berücksichtigung verschiedener weiterer Einflussfaktoren wie Bildungsgrad, gewollte/ ungewollte Schwangerschaft und dem allgemeinen Gesundheitszustand blieb dieser Effekt zugunsten der vaginalen Entbindung bestehen und bezog sich auch auf die Zufriedenheit mit dem Sexualleben (Mousavi et al., 2013, S. 249). Diese Untersuchung war eine der wenigen, die explizit Erstgebärende und Nicht-Erstgebärende unterschied; die genannten Unterschiede in Abhängigkeit des Geburtsmodus fanden sich nur für Erstgebärende. Bei Frauen, die bereits ein oder mehrere Kinder hatten, spielte der Geburtsmodus für die postpartale Lebensqualität und Qualität des Sexuallebens keine Rolle.

Eine mögliche Erklärung des hier gefundenen „Nachteils“ des Kaiserschnitts gegenüber der vaginalen Entbindung könnte darin liegen, dass in der Stichprobe 26% der

Schnittentbindungen Notfall-Sectionen waren, welche für die Mutter mit besonders hohem Stress und Schmerzen verbunden sind (Mousavi et al., 2013, S. 250); Schmerz und Stresserleben könnten auch der Grund für die postpartal erlebte Beeinträchtigung der Lebensqualität und des Sexuallebens gewesen sein. Eine getrennte Betrachtung für die Frauen, die mit elektiver primärer Sectio entbunden wurden, fand nicht statt.

Hingegen sind auch Untersuchungen zu nennen, die einen Vorteil der Schnittentbindung gegenüber der vaginalen Entbindung in Bezug auf das postpartale Sexualleben fanden. Hier ist zum einen die Untersuchung von Baksu et al. (2006, S. 401f.) zu nennen. Darin wurden 248 Frauen in der Türkei nach vaginaler Geburt oder primärer Schnittentbindung nach ihrem sexuellen Erleben sechs Monate nach der Schwangerschaft befragt. Anders als beispielsweise bei Brubaker (2008) wurde hier auch die pränatale Sexualität erhoben. Es fand sich, dass das sexuelle Verlangen, Feuchtigkeit, Orgasmus, Befriedigung und Schmerzen bei den Frauen mit elektiver primärer Sectio im Vergleich zur Gruppe der Frauen, die vaginal entbunden wurden, besser war. Dieser Unterschied war auf eine Verschlechterung des sexuellen Erlebens und Verhaltens (wiederum gemäß Female Sexual Function Index) bei den Frauen, die vaginal entbunden hatten, zurückzuführen; diese Verschlechterung zeigte sich bei den Frauen mit Kaiserschnitt nicht (Baksu et al., 2006, S. 404-405). Dies macht die folgende Abbildung deutlich.

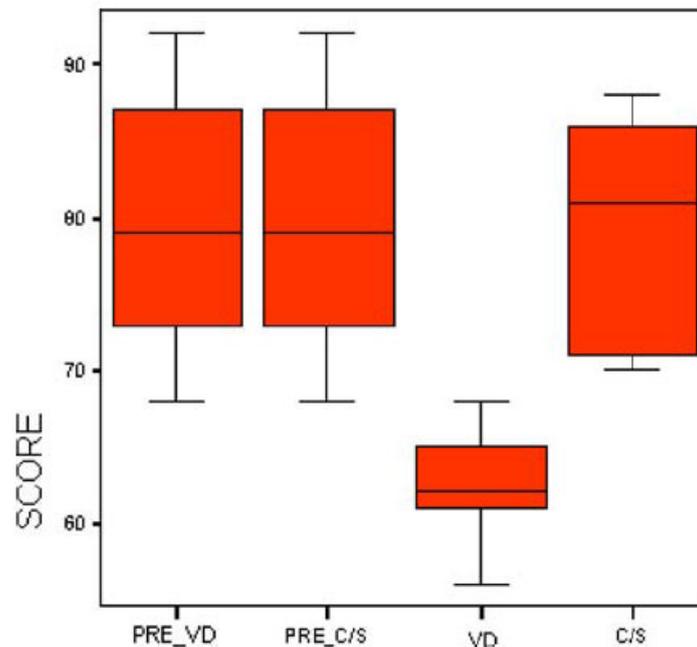


Abb. 2: Sexuelle Zufriedenheit insgesamt vor und nach der Entbindung (entnommen aus Baksu et al., 2006, S. 405; VD = Vaginal Delivery; CS = Cesarean/ Kaiserschnitt, PRE = während Schwangerschaft)

In der Befragung von Baksu et al. (2006) waren die Unterschiede zwischen Frauen, die vaginal und per Kaiserschnitt entbunden wurden, in Bezug auf mangelnde Befriedigung sowie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr am größten. Ein positiver Zusammenhang zwischen vaginaler Entbindung und stärkeren Schmerzen (Dyspareunie) wurde auch z.B. von Barrett et al. (2000, S. 189) gefunden. Vermehrte bzw. länger anhaltende Schmerzen werden daher auch als möglicher Grund für ein weniger befriedigendes postpartales sexuelles Erleben von Frauen, die vaginal mit Episiotomie geboren haben, angesehen (Dabiri et al., 2014, S. 278). Auch die Untersuchung von Dabiri et al. (2014) fand eine etwas geringere Dyspareunie bei Frauen, die per elektiver primärer Sectio entbunden wurden; allerdings verfehlte dieser Unterschied die Signifikanz.

Das Verlangen nach Sexualität sowie die Erregung waren bei den Frauen, die vaginal entbunden wurden, in der Studie von Baksu et al. (2006, S. 404) vermindert. Dies könnte dafür sprechen, dass nicht nur Schmerzen, sondern auch Ängste einen negativen Einfluss auf die postpartale Sexualität gehabt haben könnten. Die Autoren weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass medizinische Probleme, wie etwa Inkontinenz als Folge einer vaginalen Entbindung, medizinisch durchaus behandelt

werde, psychische und emotionale Folgen dagegen jedoch oftmals unbeachtet bleiben (ebenda, S. 405).

Eine weitere Studie von Safarinejad, Kolahi & Hosseini (2009, S. 1645f.) zeichnet allerdings noch ein etwas differenzierteres Bild und stellt gleichzeitig die bei Baksu et al. (2006) gegebene Erklärung (Schmerzen und eventuell Ängste als Folge von Episiotomie) in Frage. Die Studie von Safarinejad et al. (2009) unterscheidet nicht nur die elektive primäre Sectio von der vaginalen Geburt, sondern auch den Notkaiserschnitt. Darüber hinaus werden in der Studie bei der vaginalen Geburt „spontane vaginale Geburt“ und „Entbindungen mit Episiotomie“ unterschieden. Insgesamt wurden fünf Gruppen von insgesamt 912 erstgebärenden Frauen (Durchschnittsalter 26 Jahre) daraufhin untersucht, wie viele von ihnen acht Wochen nach der Geburt sexuelle Aktivität wieder aufgenommen hatten, und wie sie ihre sexuelle Erlebensqualität beurteilten. Die nachfolgende Abbildung zeigt das Ergebnis.

Sichtbar wird, dass die Frauen mit elektiver primärer Sectio zu dem genannten Zeitpunkt mehrheitlich sexuelle Aktivitäten wiederaufgenommen hatten; diese Rate war nahezu doppelt so hoch wie bei mit Komplikationen verbundenen vaginalen Geburten und bei sekundärer (Notfall-) Sectio. Die Frauen mit elektiver primärer Sectio hatten die geringsten Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Sie hatten die höchsten Werte bezüglich des sexuellen Verlangens, sexueller Befriedigung und Erleben von Orgasmen und Gesamtzufriedenheit mit ihrem Sexualleben, aber auch ihre Partner hatten gemäß dem International Index of Erectile Function die höchsten Werte.

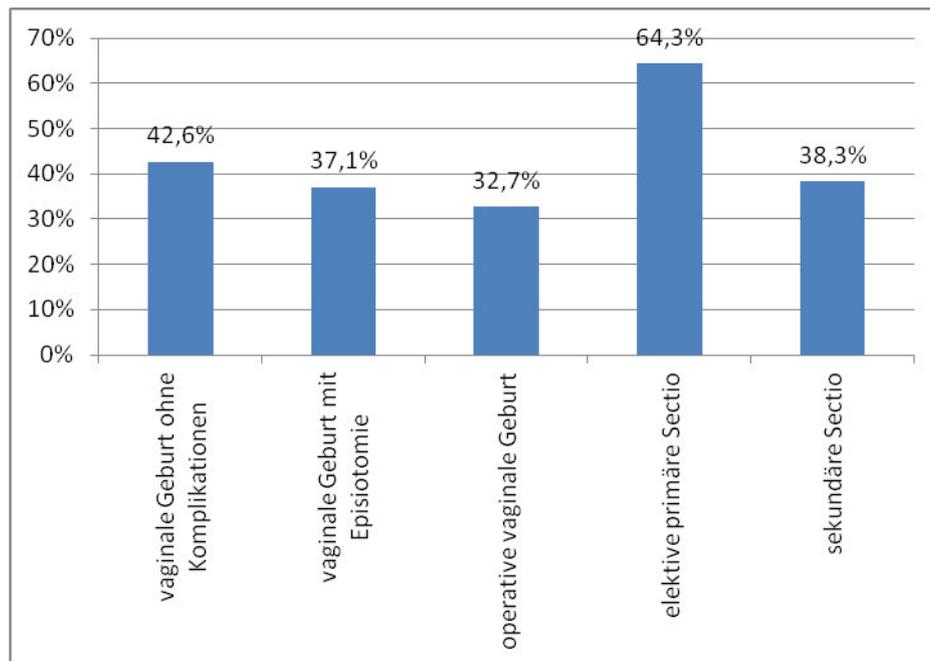


Abb. 3: Anteil der Frauen mit verschiedenen Geburtsformen, die nach acht Wochen wieder sexuell aktiv waren

(eigene Darstellung basierend auf Daten bei Safarinejad et al., 2009, S. 1657f.)

Diese Studie zeigte ähnlich wie die Studie von Baksu et al. (2006) einen „Vorteil“ einer Entbindung mit elektiver primärer Sectio, unter anderem auch im Vergleich zur vaginalen Geburt mit Episiotomie. Dieses Teilergebnis entspricht dem von Baksu et al. (2006). Allerdings war auch die Wiederaufnahmerate sowie die sexuelle Erlebnisqualität bei den Frauen, die spontan vaginal komplikationslos geboren hatten, deutlich geringer als bei den Frauen, die per elektiver primärer Sectio entbunden wurden.

Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen steht die schon kurz erwähnte Studie von Lurie et al. (2013). Hier wurden ebenfalls die fünf von bei Safarinejad et al. (2009) untersuchten Gruppen von Frauen verglichen. Lurie et al. (2013) fanden jedoch, dass Frauen, die komplikationslos vaginal entbunden wurden, im Mittel nach 4,5 Wochen sexuelle Aktivitäten wiederaufgenommen hatten, während dies bei Frauen mit elektiver primärer Sectio im Mittel sechs Wochen dauerte. Die Frauen, die vaginal entbunden wurden, hatten zudem nach bis zu 24 Wochen postpartal bezüglich erlebter Feuchtigkeit, Orgasmusqualität und Befriedigung (Lurie et al., 2013, S. 4) eine höhere Lebensqualität. Die Ergebnisse zur Wiederaufnahme sexueller Aktivität sind zwar mit denen von Safarinejad et al. (2009) nicht direkt vergleichbar (Anteil der Frauen,

die nach acht Wochen wieder sexuell aktiv waren, versus mittlere Zeit in Wochen), aber klar ist, dass sie in direktem Widerspruch zu denen bei Safarinejad et al. (2009) stehen. Lurie et al. (2013) gehen zwar kurz auf die Studie von Safarinejad et al. (2009) ein und stellen diesen Widerspruch auch fest, gehen jedoch nicht näher darauf ein. Möglicherweise hängen diese unterschiedlichen Ergebnisse mit unterschiedlichen medizinischen Praktiken bei der Entbindung zusammen.

### 2.3 *Unterschiedlichkeit der Ergebnisse und Hypothesen*

Die Gründe für die offensichtlichen Widersprüche - elektive primäre Sectio spielt in manchen Fällen keine Rolle für das postpartale sexuelle Erleben und Verhalten, in anderen Fällen trägt sie zu dessen Verbesserung bei – scheinen nicht klar und werden nur unzureichend aufgeklärt. Dabiri et al. (2014, S. 279) sprechen lediglich von „differences in study design, sample size or demographic differences“. Hosseini et al. (2012, S. 502) weisen allerdings darauf hin, dass ihre Studie als einzige eine Langzeitstudie mit dem Betrachtungszeitraum von zwei Jahren gewesen sei; so sei denkbar, dass in der Untersuchung von Safarinejad et al. (2009) Effekte eines reduzierten Progesteron-Spiegels wirksam gewesen seien, etwa aufgrund u.a. emotionaler und psychosozialer Faktoren wie Veränderungen des Selbstwertgefühls und Verschlechterungen der Partnerbeziehung sowie vermehrter Ängste und Frustration. Effekte dieser Art würden sich nach einem Zeitraum von mehr als einem Jahr zurückbilden, was die Tatsache erkläre, dass Hosseini et al. keine Unterschiede im sexuellen Verhalten und Erleben in Abhängigkeit von der Geburtsart gefunden hätten.

Insgesamt fällt auf, dass bei den Untersuchungen, die keinen Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und dem postpartalen sexuellen Erleben gefunden haben, häufig größere Zeitspannen zwischen Entbindung und Befragung vorliegen, so betrachteten die oben dargestellten Studien, die keinen Unterschied fanden, einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten (Hosseini et al. 2012, betrachteten einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten, Klein et al. bis zu 18 Monate). Im Gegensatz hierzu betrachteten einige der Studien, die einen Unterschied fanden, lediglich einen achtwöchigen Zeitraum. Dies könnte in der Tat dafür sprechen, dass sich Unterschiede – soweit sie anfangs bestehen – mit der Zeit zurückbilden. Ein solcher Rückgang, also eine Angleichung zwischen den verschiedenen Geburtsmodi sowie mit der Situation

vor der Schwangerschaft wurde bezüglich verschiedener Indikatoren auch in mehreren Studien gefunden (z.B. Rückgang von Dyspareunie; Makki & Yazdi, 2012, S. 6; vgl. auch Barrett et al., 2000, S. 186f.).

Insofern lässt sich hier eine erste Hypothese formulieren:

H1: „Je größer der Zeitabstand zwischen der Entbindung und der Erhebung des sexuellen Erlebens und Verhaltens ist, desto geringer sind die Zusammenhänge zwischen dem Geburtsmodus und dem sexuellen Erleben/ Verhalten.“

Darüber hinaus aber könnte, wie oben schon angesprochen, Dyspareunie ein Aspekt sein, der die Beziehung zwischen Geburtsmodus und postpartalem sexuellem Erleben vermittelt: Vaginale Entbindung, insbesondere wenn sie mit Episiotomie verbunden ist, könnte mit längerer anhaltender bzw. stärkerer Dyspareunie zusammenhängen, was zu einer späteren Wiederaufnahme sexueller Aktivität bzw. zu einem qualitativ verminderten Erleben bezüglich der genannten Faktoren (sexuelles Verlangen, Erregung, Feuchtigkeit, Orgasmus, Befriedigung) führen könnte. Diese mögliche Rolle der Dyspareunie war in verschiedenen Studien (Baksu et al., 2006; Dabiri et al., 2014; Safarinejad, Kolahi & Hosseini, 2009) diskutiert worden.

Es kann somit folgende weitere Hypothese formuliert werden:

H2: „Der Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und dem postpartalen Sexualleben wird durch Schmerzen vermittelt. Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und Schmerzen (speziell Dyspareunie) einerseits, und einen negativen Zusammenhang zwischen erlebten Schmerzen und postpartalem sexuellem Erleben andererseits.“

Diese Hypothese ist auch mit der ersten Hypothese konsistent: Da sich die Schmerzen mit der Zeit abschwächen und schließlich verschwinden, sollte der in H2 formulierte Zusammenhang ein vorübergehender sein. Betrachtet man hingegen kürzere Zeiträume zwischen Entbindung und Datenerhebung, etwa acht Wochen, so berichten nicht wenige Untersuchungen Unterschiede in Abhängigkeit vom Geburtsmodus – wie dargestellt.

Die Entscheidung für einen Kaiserschnitt aus freien Stücken kann als eine Form einer autonomen, selbstbestimmt getroffenen Entscheidung angesehen werden. Somit

wäre denkbar, dass eine positive und engagierte Sichtweise auf das eigene Leben und eigene Handlungsmöglichkeiten einerseits der Entscheidung für eine elektive primäre Sectio zugrunde liegt und andererseits die frühzeitige Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten (darunter eben auch sexuelle Aktivitäten) beeinflusst.

Diese Überlegungen lassen sich zu folgenden Hypothesen verdichten:

H3: „Ein höherer Optimismus und ein höheres Engagement in Bezug auf die Gestaltung des eigenen Lebens gehen häufiger mit der elektiven primären Sectio einher.“

H4: „Ein höherer Optimismus und ein höheres Engagement in Bezug auf die Gestaltung des eigenen Lebens gehen mit einer früheren Wiederaufnahme des Sexuallebens und besseren Zufriedenheitswerten einher.“

Eine positive Beziehung zwischen elektiver primärer Sectio und einem früheren und frühzeitigem wieder befriedigendem postpartalem Sexualleben wäre demnach eine Scheinkorrelation, der der Zusammenhang zwischen Optimismus/ Engagement und früherer Wiederaufnahme sexueller Beziehungen zugrunde liegt. Ein höherer Optimismus bzw. ein höheres Autonomie-Erleben würde demnach mit einer höheren Neigung zur elektiven primären Sectio (als Ausdruck selbstbestimmten Handelns) korrelieren, und andererseits mit einem befriedigenderen postpartalen Sexualleben. Anders ausgedrückt: Frauen, die insgesamt optimistischer sind, neigen einerseits eher zu einer elektiven primären Sectio, andererseits kehren sie früher zu einem befriedigenden postpartalen Sexualleben zurück. Ein Zusammenhang zwischen elektiver primärer Sectio und einem frühzeitigeren befriedigendem postpartalem Sexualleben würde demnach verschwinden, sobald man den Optimismus ausblendet, wenn dieser die „Ursache“ sowohl für eine höhere Neigung zu primärer elektiver Sectio als auch zu einem früheren befriedigenden postpartalen Sexualleben ist. Gemäß diesen Überlegungen lässt sich noch eine dritte Hypothese formulieren:

H5: „Die Korrelation zwischen elektiver primärer Sectio und einem früheren und frühzeitigem wieder befriedigendem postpartalem Sexualleben verschwindet, wenn Optimismus/ Engagement im Sinne einer Partialkorrelation mit berücksichtigt werden“.

Wenn aber Optimismus und Autonomie eine Erklärung für ein tendenziell besseres postpartales Sexualleben der Frauen mit elektiver primärer Sectio sind, dann könnten die oben beschriebenen möglichen Einflüsse von Ängsten und auch Schmerzen doch eine Erklärung dafür darstellen, dass das postpartale Sexualleben von Frauen, die entweder vaginal (ohne oder mit Episiotomie) oder vaginal-operativ oder per sekundärer Sectio entbunden wurden, nicht so befriedigend war wie bei Frauen mit elektiver primärer Sectio. Letztere, so dann das Argument, waren insgesamt optimistischer und damit auch weniger ängstlich, das heißt ihr Optimismus wirkte als Bewältigungsstrategie gegen Ängste; diese konnten daher ihrem postpartalen emotionalen Erleben und damit auch ihrer Sexualität weniger stark negativ beeinflussen. Der Zusammenhang zwischen Optimismus und der Abwesenheit von Ängsten oder auch Depression wird vielfach berichtet (Peterson, 2000, S. 50-51), ebenso der Zusammenhang zwischen Optimismus und positivem „problemorientiertem“ Coping (Scheier et al., 1989, S. 1031f.) nach medizinischen Eingriffen. Damit ist unter anderem gemeint, dass optimistischere Personen nach medizinischen Eingriffen sich weniger um ihre Gesundheit und um die Zukunft sorgen und rascher ihre Alltagsaktivitäten wieder aufnehmen, darunter auch sexuelle Aktivitäten (Scheier et al., 1989, S. 1035).

Umgekehrt lässt sich hieraus als mögliche Hypothese ableiten, dass Frauen, die weniger optimistisch sind, in stärkerem Maße an Ängsten und anderen emotionalen Beeinträchtigungen während und nach der Schwangerschaft leiden und damit auch Schmerzen langsamer verarbeiten als optimistischere Frauen. Die weniger optimistischen Frauen finden daher insgesamt weniger rasch zurück in ihren Alltag, worunter nicht zuletzt das sexuelle Erleben leidet. Wenn aber die weniger optimistischen Frauen – wie oben begründet – eher diejenigen sind, die sich nicht für eine elektive primäre Sectio entscheiden, dann wäre zu erwarten, dass Frauen, die vaginal (ohne oder mit Episiotomie) entbunden wurden, und Frauen, die vaginal-operativ oder aber per sekundärer Sectio entbunden wurden, stärker bzw. länger an Schmerzen und an Ängsten und anderen emotionalen Beeinträchtigungen leiden, die auch ihr sexuelles Erleben negativ beeinflussen bzw. dämpfen. Neben den Schmerzen, für die oben schon eine Hypothese formuliert worden war, wären somit auch Ängste und andere emotionale Beeinträchtigungen in diesem Sinne als Mediatoren anzusehen; sie ver-

mitteln den Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und dem postpartalen sexuellen Erleben.

H6: „Der Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und dem postpartalen Sexualleben wird durch Ängste und andere emotionale Beeinträchtigungen vermittelt. Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und Ängsten einerseits, und einen negativen Zusammenhang zwischen Ängsten und postpartalem sexuellem Erleben andererseits.“

In ihrer Gesamtheit stellen diese sechs Hypothesen ein mögliches Erklärungsmuster für inkonsistente bzw. widersprüchliche Ergebnisse zum Zusammenhang von Geburtsmodus und postpartaler Sexualität dar. Insbesondere wird die mögliche Rolle von Schmerzen sowie von psychosozialen und emotionalen Faktoren wie Ängsten thematisiert. Diese Faktoren scheinen grundsätzlich geeignet, eine Reduktion in Quantität und Qualität sexueller Aktivität nach einer Entbindung zu erklären. Sie erklären auch, warum sich diese Probleme mit der Zeit abmildern und schließlich ganz verschwinden, da Schmerzen mit der Zeit oftmals verschwinden und gegebenenfalls auch psychosoziale und emotionale Probleme sich mit der Umstellung auf die veränderte Familiensituation aufgrund von hiermit verbundenen kognitiven und emotionalen Anpassungsprozessen abschwächen. Diese Faktoren scheinen allerdings noch nicht geeignet, mögliche Zusammenhänge mit dem Geburtsmodus zu erklären. Daher wurde das Konzept des Optimismus betrachtet. So fanden Carver & Gaines (1987) bei Frauen, die optimistisch und positiv eingestellt waren, postpartal geringere Depressionswerte und damit geringere psychische Beeinträchtigungen; Optimismus scheint dabei als „Schutz“ gegen die Ausbildung von Depressionen zu wirken. Des Weiteren wird Optimismus mit mehr Tatkraft, weniger Grübeln und früherer Rückkehr in den Alltag assoziiert (Scheier et al., 1989, S. 1027f.). Optimismus aber könnte mit der elektiven primären Sectio assoziiert sein: Wenn letztere, wie zu Beginn des Kapitels argumentiert, vermehrt „Ausdrucksform von Selbstbestimmung“ ist, dann kann vermutet werden, dass Frauen, die sich zu diesem Schritt entscheiden, vermehrt Wert auf Autonomie und Selbstbestimmtheit legen und – hiermit zusammenhängend – optimistischer in die Zukunft blicken.

Im den nun folgenden Kapiteln wird die empirische Untersuchung dieser Hypothesen beschrieben.

### 3 Methodik

Zunächst werden die zu untersuchenden Variablen und die Messinstrumente für diese Variablen beschrieben. Dann wird mit Bezug zu den Hypothesen auf das Untersuchungsdesign und die Stichprobe eingegangen.

#### 3.1 *Variablen und Messinstrumente*

Die folgende Tabelle enthält zunächst die Konzepte bzw. zu operationalisierenden Variablen, die in den Hypothesen enthalten sind.

Hypothese	Konzepte/ Variablen
H1: „Je größer der Zeitabstand zwischen der Entbindung und der Erhebung des sexuellen Erlebens und Verhaltens ist, desto geringer sind die Zusammenhänge zwischen Geburtsmodus und dem sexuellen Erleben/ Verhalten.“	Geburtsmodus Sexuelles Erleben und Verhalten Zeitabstand Geburtsmodus – sexuelles Erleben/ Verhalten
H2: „Der Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und dem postpartalen Sexualleben wird durch Schmerzen vermittelt. Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und Schmerzen (speziell Dyspareunie) einerseits, und einen negativen Zusammenhang zwischen erlebten Schmerzen und postpartalem sexuellem Erleben andererseits.“	Geburtsmodus (postpartal) Dyspareunie Schmerzen generell Sexuelles Erleben und Verhalten
H3: „Ein höherer Optimismus und ein höheres Engagement in Bezug auf die Gestaltung des eigenen Lebens gehen häufiger mit der elektiven primären Sectio einher.“	Optimismus/ Engagement Geburtsmodus
H4: „Ein höherer Optimismus und ein höheres Engagement in Bezug auf die Gestaltung des eigenen Lebens gehen mit einer früheren Wiederaufnahme des Sexuallebens und besseren Zufriedenheitswerten einher.“	Optimismus/ Engagement Sexuelles Erleben und Verhalten
H5: „Die Korrelation zwischen elektiver primärer Sectio und einem früheren und frühzeitigem wieder befriedigendem postpartalem Sexualleben verschwindet, wenn Optimismus/ Engagement im Sinne einer Partialkorrelation mit berücksichtigt werden“.	Geburtsmodus Sexuelles Erleben und Verhalten Optimismus/ Engagement
H6: „Der Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und dem	Geburtsmodus

Hypothese	Konzepte/ Variablen
postpartalen Sexualleben wird durch Ängste und andere emotionale Beeinträchtigungen vermittelt. Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Ängsten einerseits, und einen negativen Zusammenhang zwischen Ängsten und postpartalem sexuellem Erleben andererseits.“	Sexuelles Erleben und Verhalten Ängste/ emotionale Beeinträchtigungen

Tabelle 2: Konzepte und Variablen

Im Folgenden wird die Operationalisierung der in der rechten Spalte dargestellten Konzepte und Variablen beschrieben.

*Geburtsmodus:* In Übereinstimmung mit der Literatur (z.B. Lurie et al., 2013; Safarinejad, Kolahi & Hosseini, 2009) werden folgende Entbindungsarten unterschieden: Spontane vaginale Geburt, vaginale Geburt mit Dammriss/ Dammschnitt, operative vaginale Geburt, elektive primäre Sectio sowie sekundäre Sectio. Bei der primären und sekundären Sectio wird zusätzlich unterschieden, ob diese mit regionaler Anästhesie (Periduralanästhesie) oder mit Intubationsnarkose durchgeführt wird.

*Zeitabstand zwischen Entbindung und Befragung:* Es werden vier Zeitpunkte vorgesehen: T1 (30. Schwangerschaftswoche, anlässlich der Schwangerenberatung), T2 (zwei bis drei Tage nach der Geburt), T3 (sechs Wochen nach der Geburt) sowie T4 (sechs Monate nach der Geburt). Der Zeitpunkt sechs Monate nach der Geburt wurde auch in vielen der oben beschriebenen Untersuchungen gewählt. Dieser Zeitpunkt scheint fern genug vom Geburtstermin, um nicht nur kurzfristige Effekte des Geburtsmodus auf das Sexualerleben feststellen zu können, und andererseits nicht so fern, dass sich solche Effekte bereits aufgehoben hätten (z.B. Hosseini et al., 2012). Anhand der anderen Zeitpunkte können des Weiteren „Baselines“ ermittelt werden, und damit werden auch Aussagen über Veränderungen des Sexuallebens möglich. Dies ist ein Aspekt, der in anderen Untersuchungen nur zum Teil umgesetzt wird, aber empfohlen wird (z.B. Dabiri et al., 2014).

*Sexuelles Erleben und Verhalten:* Zur Erfassung des sexuellen Erlebens und Verhaltens wurde ein eigenes Fragen-Modul entworfen, das sich inhaltlich an dem Female Sexual Function Index (Rosen, 2000) orientiert, aber deutlich vereinfacht ist. Der Female Sexual Function Index enthält insgesamt 19 Items, die sich auf das sexuelle Begehren, die sexuelle Erregung, Feuchtigkeit, Befriedigung, Orgasmus, emotionale

Nähe zum Partner und Schmerzen (Dyspareunie) bezieht. Neben den Fragen zu diesen Aspekten enthält der Female Sexual Function Index auch Fragen zur Einschätzung z.B. der Schwierigkeit und der Zufriedenheit mit der Erreichung eines Orgasmus, zu der Schwierigkeit, Feuchtigkeit zu erreichen und aufrechtzuerhalten usw. Für die vorliegenden Fragestellungen reicht es jedoch aus, das sexuelle Verlangen, sexuelle Aktivität und den Wunsch nach sexueller Aktivität, Feuchtigkeit, Erregungsgrad Orgasmus, Schmerzen (Dyspareunie) und Zufriedenheit mit dem Sexualleben insgesamt zu erfragen. Dadurch konnte die Zahl der Items auf 13 verringert werden. Dies schien auch deshalb sinnvoll, weil durch den Einsatz weiterer Fragebogen-Instrumente die Zahl der insgesamt zu bearbeitenden Items relativ hoch wurde und daher Möglichkeiten genutzt wurden, diese zu begrenzen. Zusätzlich wurde allerdings die Frage nach der wahrgenommenen sexuellen Zufriedenheit des Partners mit aufgenommen; ein Aspekt, der im Female Sexual Function Index nicht enthalten ist.

Darüber hinaus wurde für den Fall, dass die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs seit der Schwangerschaft abgenommen hat, nach den drei wichtigsten Gründen hierfür gefragt. Hier wurden körperliche Aspekte (Blutungen, Schmerzen, Ausfluss), psychische Aspekte (Beziehungsprobleme, Angst, dem Kind zu schaden, Depression, Unwohlsein) und psychosomatische Aspekte (z.B. zu geringe Feuchtigkeit) unterschieden. Insgesamt wurden hier 18 Items vorgesehen, aus denen die drei am meisten zutreffenden auszuwählen waren. Außerdem wurde gefragt, ob die Teilnehmerin glaube, dass die bevorstehende Geburt Einfluss auf ihre Sexualität haben werde.

*Dyspareunie:* Hier wurden zwei Fragen gestellt: Zur Häufigkeit und zur Intensität von Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Diese Fragen wurden wie gerade beschrieben im Zusammenhang mit den Fragen zum sexuellen Erleben und Verhalten mit gestellt.

*Schmerzen generell.* Neben den Fragen zur Dyspareunie wurden auch Fragen zu Schmerzen bzw. Beschwerden im Allgemeinen gestellt. Denn auch wenn keine Dyspareunie vorliegt, ist denkbar, dass allgemeine Schmerzen oder Beschwerden bestehen, die das sexuelle Erleben und Verhalten beeinträchtigen können. Es wurde das Instrument des Gießener Beschwerdeboogens (Schlangenhaut, 2003, S. 18f.) verwendet. Dieser Bogen ermöglicht die ökonomische Erfassung subjektiv erlebter

Beschwerden und auch einen Index für die Gesamtbelastung bzw. das subjektiv erlebte Leiden, das die Person aufgrund körperlicher Beschwerden empfindet. Der Gießener Beschwerdebogen ist hinsichtlich seiner psychometrischen Eigenschaften gut untersucht und liefert befriedigende Werte (Schlangenhaut, 2003, S. 22). So beträgt der Reliabilitätskoeffizient Cronbach's Alpha zwischen 0,77 (Teilskala) und 0,91 für die Gesamtskala. Er umfasst 24 Items und bezieht sich auf die vier folgenden Inhaltsbereiche, die faktorenanalytisch ermittelt wurden: ein Erschöpfungsfaktor (Müdigkeit, Mattigkeit, Erschöpfbarkeit, Schlafbedürfnis), nervöse Magenbeschwerden (Völlegefühl, Übelkeit, Aufstoßen, Sodbrennen), rheumatische Beschwerden und Verkrampfungen (Kreuz-, Nacken-, Rücken-, Schulter-, Gelenkschmerzen), Herz-Kreislauf-Symptomatik (Herzbeschwerden, Atemnot, Stiche in der Brust).

Ein Gesamtscore der Beschwerden kann durch Aufsummierung bzw. Mittelwertbildung erreicht werden. Dies wurde für die vier Zeitpunkte T1 bis T4 durchgeführt. Darüber hinaus sind auch differenzierte Betrachtungen von vier verschiedenen Beschwerden möglich (Schlangenhaut, 2003, S. 29).

*Optimismus/ Engagement.* Um ein Maß für Optimismus und Engagement zu erhalten, wurden folgende Variablen Items zusammengefasst: „Augenblickliche Gefühlslage: Ich bin beunruhigt“, „... ich bin besorgt“, „... ich bin besorgt, dass etwas schief gehen könnte“, „Augenblickliche Stimmung: uninteressiert“, „Gefühle innerhalb der letzten Tage: Ich war ängstlich oder besorgt aus nichtigen Gründen“. Diese Items waren auf einer Fünf-Punkte-Skala (von „gar nicht“ bis „ganz“) zu beantworten. Diese Items spiegeln recht gut den „Gegenpol“ von Optimismus und Engagement wider, der mit eher unproduktivem Grübeln und Sich-Sorgen und mangelnder Tatkraft in Bezug auf die nähere Zukunft assoziiert ist (Scheier et al., 1989, S. 1025f.).

*Ängste.* Die momentan von einer Person erlebte Angst wurde mit dem State-Trait-Fragebogen des STAI (State-Trait-Angst-Inventar; Laux et al., o.J.; Universität Trier, 2002) ermittelt. Der State-Fragebogen erfragt zehn negative und zehn positive Aussagen (z.B. „Ich fühle mich wohl“, „Ich bin bekümmert“ usw. Der Trait-Fragebogen enthält 13 positive und sieben negative Aussagen. Jede Frage ist auf einer Skala von 1 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr“) zu beantworten. Für den Test liegen in der Literatur psychometrische Informationen vor; die Trennschärfekoeffizienten liegen zwischen 0,40 und 0,70, die interne Konsistenz Cronbach's Alpha betragen in verschie-

denen Stichproben zwischen 0,90 und 0,94 für beide Skalen. Validitätswerte werden zwischen 0,73 und 0,90 berichtet (Kriteriumsvaliditäten; Laux et al., o.J.).

Für den State-Teilfragebogen wurden für jeden Zeitpunkt T1 bis T4 die Mittelwerte gebildet. Für den Trait-Fragebogen wurde dies nur für den Zeitpunkt T1 durchgeführt, weil dieser Fragebogen nur zu T1 eingesetzt wurde (siehe auch weiter unten in diesem Abschnitt).

Zusätzlich zum State-Trait-Angst-Inventar wurde ein spezifisch auf die Situation der Schwangerschaft abgestimmtes Fragebogen-Modul eingesetzt. Dieses Modul enthielt elf Items, die nach folgenden Ängsten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung fragen: Angst vor Schmerzen, vor gesundheitlichen Schäden, vor einem Schaden des Kindes, vor Tod des Kindes, vor Notkaiserschnitt, vor Dammschnitt, vor Beeinträchtigung der Sexualität, vor körperlichen Langzeitfolgen, vor Kontrollverlust, vor der Unfähigkeit zu gebären, sowie davor, allein gelassen zu werden. Jedes dieser Items war auf einer vierstufigen Skala von 1 (wenig Angst) bis 4 (viel Angst) einzuschätzen.

*Weitere emotionale Beeinträchtigungen.* Zur Ermittlung weiterer Beeinträchtigungen wurde der Berliner Stimmungsfragebogen (BSF) eingesetzt. Hierbei handelt es sich um eine Adjektivliste, die das psychische Befinden in sechs Dimensionen untersucht: Müdigkeit, Teilnahmslosigkeit, ängstliche Depressivität, Ärger, Engagement und gehobene Stimmung (Weblus, 2010, S. 37 und S. 118). Die Eigenschaften werden auf einer Likert-Skala von 1 (gar nicht) bis 5 (ganz) eingeschätzt. Für den Berliner Stimmungsfragebogen, der ein etabliertes Instrument darstellt, liegen ebenfalls Werte für die Validität und die Reliabilität vor.

## 3.2 *Stichprobe und Untersuchungsdesign*

### 3.2.1 **Stichprobe**

Die Stichprobe bestand aus ursprünglich 124 Frauen, die über einen Zeitraum von etwa acht Monaten (von der 30. Schwangerschaftswoche bis sechs Monate nach der Entbindung) untersucht wurden. Die Frauen wurden in der Klinik für Geburtsmedizin (pränatal Zentrum Level I) des Charité Campus Virchow Klinikums Berlin rekrutiert. Das Klinikum hatte zu Beginn dieser Studie – im Jahre 2007 - 3.275 Einlingsgeburten

und 158 Mehrlingsgeburten zu verzeichnen. 61,2% dieser insgesamt rund 3.600 Kinder wurden durch Spontangeburt zur Welt gebracht, 14,3% durch primäre Sectio, 13,1% durch sekundäre Sectio und weitere 2,9% durch eilige Sectio bzw. Notkaiserschnitt.

Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren die Beherrschung der deutschen Sprache in Wort und Schrift, da die Fragebögen schriftlich beantwortet wurden, sowie das Vorliegen einer Einlingsschwangerschaft, da bei Mehrlingschwangerschaften weitere Besonderheiten auftreten können. Weiteres Kriterium war, dass die Frauen während der 30. Schwangerschaftswoche (SSW) erstmals an der Untersuchung teilnehmen konnten.

Ausschlusskriterien der Studie waren: Eine schwere Erkrankung der Mutter oder des Kindes und die Nichtbeantwortung oder sehr lückenhafte Beantwortung der Fragebögen.

### 3.2.2 Untersuchungsdesign

Das Untersuchungsdesign sah wie bereits erwähnt vier Zeitpunkte T1 bis T4 vor, die in der folgenden Tabelle dargestellt sind:

T1	T2	T3	T4
30. SSW	2-3 Tage nach der Geburt	6 Wochen nach der Geburt	6 Monate nach der Geburt

Tabelle 3: Untersuchungszeitpunkte

Die Teilnehmerinnen wurden danach klassifiziert, ob sie mit spontaner vaginaler Geburt (mit oder ohne Episiotomie bzw. Dammriss), mit operativer vaginaler Geburt, mit elektiver primärer Sectio oder mit sekundärer Sectio entbanden. Bei Entbindung mit Kaiserschnitt wurde weiter festgehalten, ob diese mit regionaler Anästhesie (Periduralanästhesie) oder mit Intubationsnarkose erfolgte.

Bei der Untersuchungsdurchführung wurden folgende Instrumente zu den verschiedenen Zeitpunkten eingesetzt:

T1	T2	T3	T4
Demografische Informationen Vorerkrankungen Medikamente, Rauchen Frühere Schwangerschaften, Fehlgeburten, Komplikationen; Entscheidung für den Geburtsweg			
	Geburtsmodus		
	Gesundheitszustand; Komplikationen bei der Entbindung	Gesundheitszustand; Komplikationen	Gesundheitszustand; Komplikationen
Gießener Beschwerdefragebogen	Gießener Beschwerdefragebogen	Gießener Beschwerdefragebogen	Gießener Beschwerdefragebogen
Berliner Stimmungsfragebogen	Berliner Stimmungsfragebogen	Berliner Stimmungsfragebogen	Berliner Stimmungsfragebogen
Ängste im Zusammenhang mit der bevorstehenden Geburt; Äußerungen der Angst			
Einstellungen zur vaginalen Geburt und zum Kaiserschnitt			
State-Trait-Angstfragebogen (State- und Trait-Skalen)	State-Trait-Angstfragebogen (State-Skala)	State-Trait-Angstfragebogen (State-Skala)	State-Trait-Angstfragebogen (State-Skala)
Alltagsaktivitäten			
Partnerschaft		Partnerschaft	Partnerschaft
	Vermutete Einflüsse von Geburt auf Sexualität		

T1	T2	T3	T4
Sexuelles Erleben und Verhalten		Sexuelles Erleben und Verhalten	Sexuelles Erleben und Verhalten
Optimismus/ Engagement	Optimismus/ Engagement	Optimismus/ Engagement	Optimismus/ Engagement
Fragen zur Schwangerschaftsberatung	Fragen zum medizinischen Personal		

Tabelle 4: Zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten eingesetzte Instrumente

Die Informationen für werdende Mütter, die Einwilligung in die Studie und die drei Fragebogen-Versionen zu T1, T2 und T3 (T4 ist mit T3 identisch) befinden sich im Anhang.

Die Tabelle macht folgendes deutlich:

- Die Fragen zur Partnerschaft und zum sexuellen Erleben und Verhalten wurden zu T1, T3 und T4 gestellt (zu T2 – unmittelbar nach der Geburt – schienen sie nicht sinnvoll.)
- Die Instrumente Gießener Beschwerdefragebogen (GBB), Berliner Stimmungsfragebogen (BSF), das State-Trait-Angst-Inventar STAI (Teilfragebogen „State“) und Fragen zu Optimismus/ Engagement wurden zu allen Zeitpunkten eingesetzt.
- Zu T2 – unmittelbar nach der Entbindung – wurden der Geburtsmodus sowie vermutete Einflüsse der Geburt auf die Sexualität erfragt; des Weiteren Fragen zum medizinischen Personal, etwa die Zufriedenheit mit der Beratung/ Betreuung.
- Zu T1 wurden Basisinformationen wie demografische Informationen, frühere Schwangerschaften, Ängste im Zusammenhang mit der bevorstehenden Geburt, Einstellungen zu den unterschiedlichen Geburtswegen, Prozess der Entscheidung für den gewählten Geburtsweg sowie Zufriedenheit mit der Schwangerschaftsberatung und der Trait-Teil des State-Trait-Angst-Inventars erfragt. (Da dieser die relativ überdauernde dispositionelle Angst erfragt, ist es sinnvoll, ihn nur einmal einzusetzen.)

Die zu T1 erhobenen Informationen können somit als Basisinformationen bzw. Kontrollinformationen dienen, die die späteren Ergebnisse mit beeinflusst haben könnten.

Die Fragen wurden von den Teilnehmerinnen schriftlich beantwortet. Die Fragebögen zu T1 und T2 wurden in der Schwangerschaftsberatung bzw. in der Klinik beantwortet; die Fragebögen zu T3 und T4 wurden den Frauen zur Bearbeitung nach Hause geschickt. Die Durchführung der Befragung war recht langwierig, da vielfach mehrere Telefonate und mehrfache Zusendungen der Fragebögen notwendig wurden, beispielsweise aufgrund von Umzug. Diese Rahmenbedingungen trugen auch dazu bei, dass die Zahl der Teilnehmerinnen von der ersten bis zur vierten Befragung kontinuierlich absank. Darauf wird im folgenden Kapitel noch näher eingegangen werden.

## 4 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden nach deskriptiven Ergebnissen sowie nach Ergebnissen zu den Hypothesentests getrennt dargestellt.

### 4.1 *Deskriptive Ergebnisse*

#### 4.1.1 Stichprobe

Die Responderraten hinsichtlich eines Studienabbruchs entwickelten sich wie in der folgenden Abbildung dargestellt.

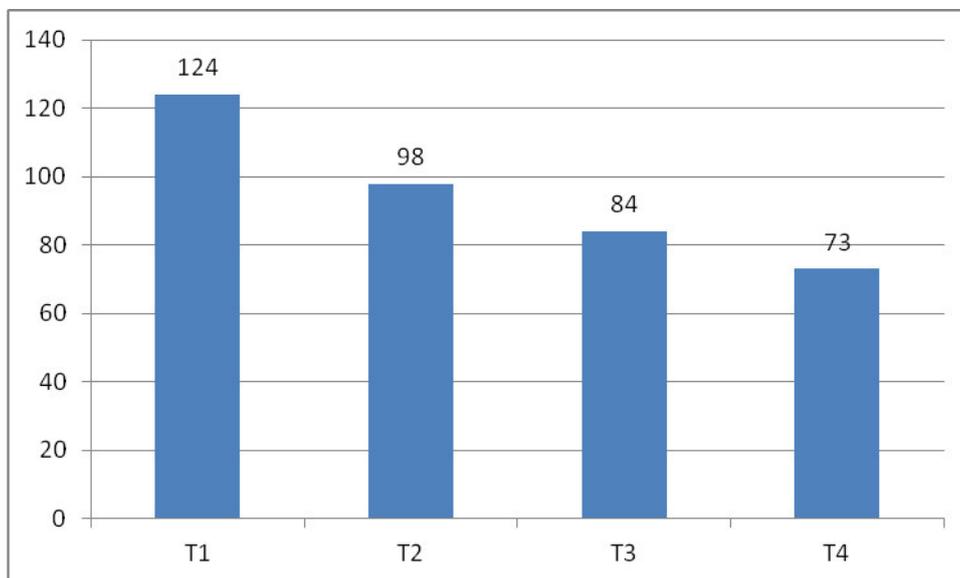


Abb. 4: Entwicklung der Responderraten

Die Zahl der an der Studie teilnehmenden Frauen reduzierte sich also von 124 auf 73 (= 58,9%). Diese Zahl übersteigt die Zahl der Frauen, die durchgehend an allen vier Zeitpunkten der Studie teilnehmen, jedoch um neun, da einige Frauen die Studie auch zu einem oder mehreren der früheren Zeitpunkte unterbrachen, um später wieder „einzusteigen“. Die Gesamtzahl der Teilnehmerinnen, die zu allen vier Zeitpunkten teilgenommen hatten, betrug 64. Die weiteren Analysen beziehen sich auf diese 64 Teilnehmerinnen.

Die Zeitpunkte und die Gründe für die Abbrüche waren unterschiedlich:

- Wie die Grafik zeigt, brachen 26 Frauen die Studie bereits beim oder nach dem ersten Fragebogen ab. Acht Frauen machten Angaben zu den Gründen: Zu persönliche Fragen (einmal), Wunsch, nicht mehr teilzunehmen, ohne nähere Begründung (dreimal) und Wechsel der Klinik für die Entbindung (vier Mal).
- 25 Frauen brachen zu T2 oder später ab. In einem Fall war die Teilnehmerin verzogen, in drei weiteren Fällen hatte sich die Telefonnummer geändert; die Teilnehmerinnen waren nicht mehr erreichbar. In den anderen 21 Fällen waren die Teilnehmerinnen ebenfalls nicht mehr erreichbar bzw. reagierten nicht mehr.

Das mittlere Alter der Frauen zu T1 betrug 31,9 Jahre (Standardabweichung: 6,288; Minimum: 17 Jahre, Maximum: 43 Jahre).

Den Bildungsgrad der Frauen zeigt die folgende Tabelle.

Höchster Bildungsgrad	Anzahl Frauen (absolut und in %)
Abitur	33 (51,6%)
Realschulabschluss	16 (25%)
Fachhochschulreife/ polytechn. Oberschule	7 (10,9%)
Hauptschulabschluss	4 (6,3%)
Kein Schulabschluss	3 (4,6%)
Keine Angabe	1 (1,6%)

Tabelle 5: Bildungsgrad der Teilnehmerinnen der Studie

17 Frauen (26,6%) übten keinen Beruf aus, 47 Frauen waren in unterschiedlichen Berufen tätig. 19 dieser Berufe können als akademische Berufe klassifiziert werden.

Insgesamt scheinen also in der Stichprobe hoch qualifizierte Frauen eher überrepräsentiert zu sein.

54 Frauen (84,4%) waren deutscher Nationalität, zehn Frauen gehörten jeweils verschiedenen Nationalitäten an (türkisch, arabisch, osteuropäisch, spanisch, französisch). 47 Frauen (73,4%) gaben an, zuhause deutsch zu sprechen.

38 der Frauen (59,4%) waren verheiratet, 21 (32,8%) ledig in Partnerschaft lebend. Vier Frauen waren geschieden, eine ledig und alleinstehend.

31 Frauen (48,4%) gehörten keiner Religionsgemeinschaft an, 27 (42,2%) gehörten christlichen Religionen an, fünf Frauen waren muslimisch, eine Frau war jüdisch.

#### 4.1.2 Schwangerschaft und Geburtsmodus

Für 31 Frauen (48,4%) handelte es sich um die erste Schwangerschaft, für 32 Frauen (50%) um mindestens die zweite. Eine Frau machte keine Angabe. Von den 32 Frauen, für die es nicht die erste Schwangerschaft war, hatten 25 Frauen (78,1%) bereits ein Kind, 21,9% hatten bereits zwei oder mehr Kinder. 14 dieser 32 Frauen (43,8%) gaben an, dass es bei einer der vorigen Geburten Komplikationen gegeben habe. Vier Frauen (12,5%) gaben Beckenbodenkomplikationen an. 14 (43,8%) der Frauen, die bereits mindestens ein Kind hatten, gaben an, bei der ersten Geburt Angst gehabt zu haben.

17 Frauen (26,6%) hatten bereits eine Fehlgeburt, 10 Frauen (15,6%) einen Schwangerschaftsabbruch. Von Problemen bei der Empfängnis berichteten acht Frauen (12,5%). Die aktuelle Schwangerschaft war für 51 Frauen (79,7%) geplant, für elf ungeplant. Zwei Frauen machten keine Angabe. 23 Frauen (36%) wünschen sich weitere Kinder.

Der Geburtsmodus sowie die Häufigkeiten pro Geburtsmodus sind für die 64 Frauen in der folgenden Tabelle dargestellt.

Spontan vaginal	Operativ vaginal	Sekundäre Sectio, Periduralanästhesie	Sekundäre Sectio, Intubationsnarkose	Primäre Sectio, Periduralanästhesie	Primäre Sectio, Intubationsnarkose
23	3	13	1	22	2

Tabelle 6: Geburtsmodi

Für die weiteren Betrachtungen wurde eine Variable „Geburtsmodus“ gebildet, die die vorhandene differenziertere Information zu drei Gruppen zusammenfasste: a) Spontane Geburt, b) operative vaginale Geburt sowie sekundäre Sectio und c) elektive primäre Sectio (mit regionaler Anästhesie oder Intubationsnarkose). Die Begrün-

dung für diese Zusammenfassung liegt darin, dass die elektive primäre Sectio mit der normalen vaginalen Geburt verglichen werden kann, während die Kategorie „operative vaginale Geburt sowie sekundäre Sectio“ Entbindungen zusammenfasst, die mehr oder minder deutlich mit Komplikationen bzw. medizinischen Indikationen verbunden waren. Die n für diese drei Gruppen waren wie folgt: a) 23, b) 17, c) 24. 24 Frauen hatten sich also einer elektiven primären Sectio unterzogen.

Ein Geburtsvorbereitungskurs wird von 23 von 25 Frauen, die diesen absolviert hatten, als positiv oder sehr positiv angesehen. Sieben Frauen gaben an, dass der Kurs einen gewissen Einfluss auf den Geburtsmodus gehabt habe. 28 Frauen (43,8%) gaben an, dass die Familie einen Einfluss auf die Entscheidung gehabt habe; 17 (26,6%) nannten Freunde, sieben Frauen die Medien; den größten Einfluss aber auf die Entscheidung zum Geburtsmodus hatten Ärzte und Hebammen (33 Frauen bzw. 51,6%).

### 4.1.3 Gesundheit

Die Verteilung verschiedener Erkrankungen (zu T1) unter den 64 Frauen zeigt die folgende Abbildung.

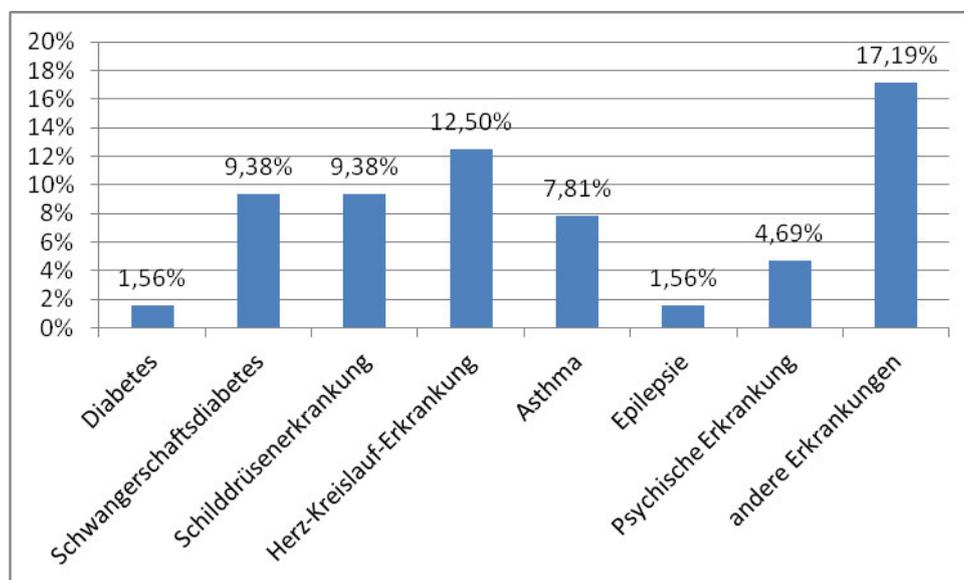


Abb. 5: Häufigkeiten verschiedener Erkrankungen

19 Frauen (29,7%) nahmen während der Schwangerschaft Medikamente ein. Sieben Frauen haben während der Schwangerschaft geraucht.

Im Mittel gaben 47 der 64 Frauen (73,4%) über die verschiedenen Zeitpunkte hinweg an, dass sie sich momentan gut oder sehr gut fühlen. Ihre körperliche Belastbarkeit schätzen 29 Frauen (45,3%) als hoch oder sehr hoch ein, ihre seelische Belastbarkeit schätzen 31 (48,4%) der Frauen als hoch ein.

Diese Einschätzung wird auch durch die Ergebnisse im Gießener Beschwerdebogen gestützt. Die folgende Abbildung zeigt differenziert nach den drei Geburtsmodi (sowie insgesamt) das mittlere Beschwerde-Niveau (1 = keine Beschwerden, 2 = kaum Beschwerden usw. bis zu 5 = starke Beschwerden). Wie erkennbar, ist das Beschwerde-Niveau während der Schwangerschaft (zu T1) mit einem mittleren Wert von 2,12 am höchsten. Unmittelbar nach der Entbindung sinkt dieser Wert auf 1,83 ab; nach sechs Wochen liegt er bei 1,57 und nach sechs Monaten bei 1,5. Dieser Wert liegt semantisch zwischen „keine Beschwerden“ und „kaum Beschwerden“.

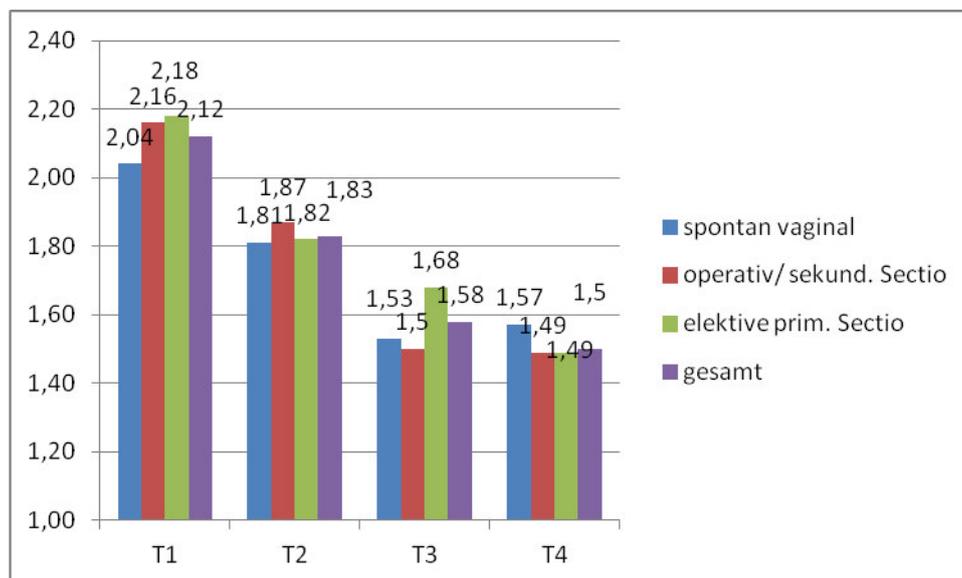


Abb. 6: Beschwerden abhängig von Zeitpunkten und Geburtsmodi

Der Unterschied im Beschwerde-Niveau während der Schwangerschaft und sechs Wochen nach der Schwangerschaft (T1 – T3) ist hoch signifikant (t-Test für abhängige Stichproben,  $df = 53$ ,  $t = 6,831$ ,  $p < 0,001$ ). Dagegen sind die Unterschiede zwischen den Gruppen, also nach Geburtsmodus, sämtlich nicht signifikant (ANOVAs mit Geburtsmodus als unabhängiger Variable). Die Beschwerdeniveaus sind also unabhängig vom Geburtsmodus.

Die beiden folgenden Abbildungen zeigen die analogen Daten für die Ängste, zum einen für die Trait-Angst, die ja nur zu T1 gemessen wurde, und zum anderen für die

State-Angst, jeweils gemessen mit dem State-Trait-Angst-Inventar, wie oben beschrieben.

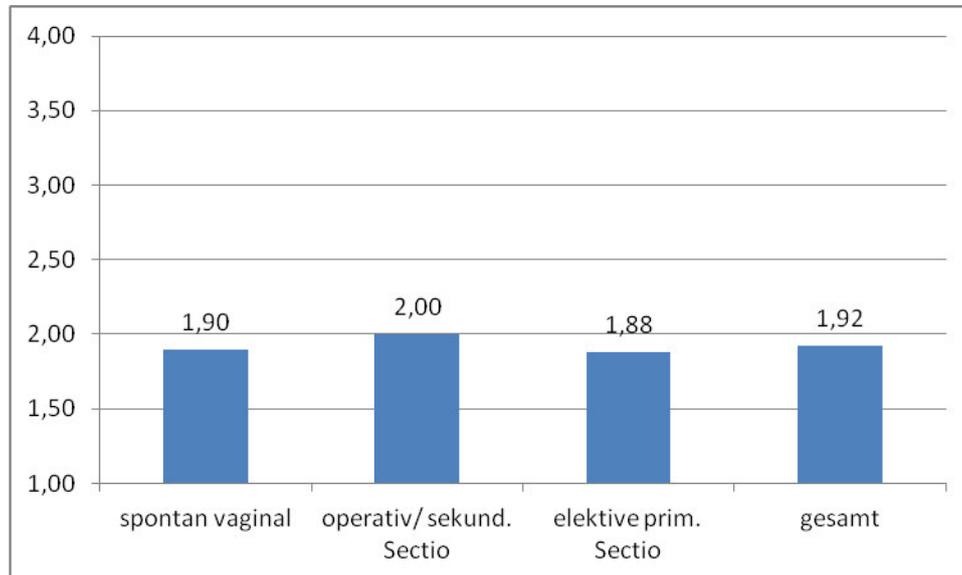


Abb. 7: Trait-Angst nach Geburtsmodus

Die Merkmale werden mit 1 = fast nie bis 4 = fast immer skaliert. Positiv formulierte Items (z.B. „Ich bin vergnügt“) werden umgepolt. Ein mittlerer Wert von 2 steht also für ein eher geringes Trait-Angst-Niveau. Die drei Gruppen (Geburtsmodi) unterscheiden sich statistisch nicht (ANOVA mit Geburtsmodus als unabhängiger Variable).

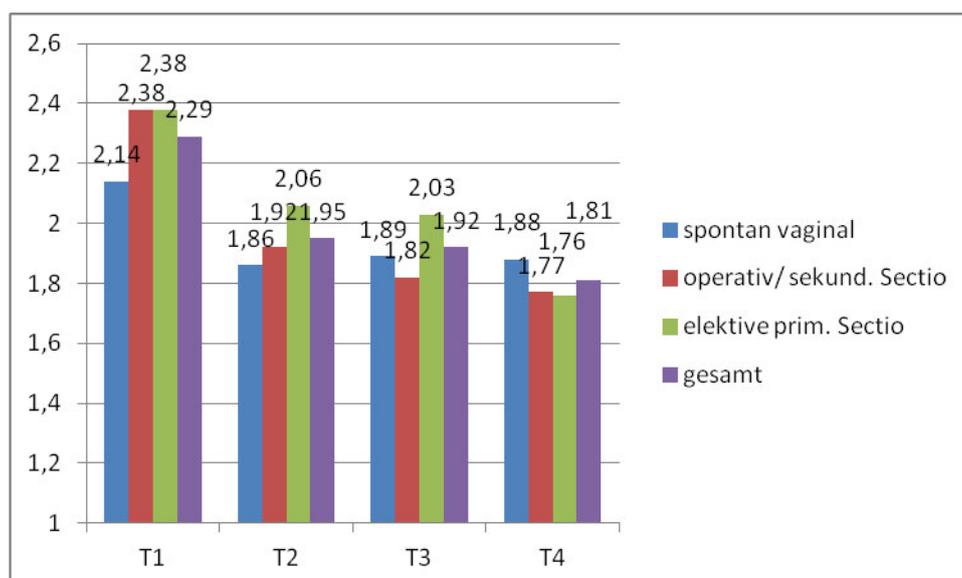


Abb. 8: State-Angst nach Zeitpunkten und Geburtsmodus

Bei der State-Angst findet sich ähnlich wie bei den Beschwerden eine Verbesserung von T1 (Schwangerschaft) bis T4 (sechs Monate nach der Schwangerschaft). Diese Verbesserung lässt sich auch statistisch aufzeigen. Der Unterschied in der State-Angst zwischen T1 und T3 ist signifikant (t-Test für abhängige Stichproben,  $df = 57$ ,  $t = 5,52$ ,  $p < 0,001$ ).

Die Unterschiede zwischen den drei Gruppen je nach Geburtsmodus sind dagegen sämtlich nicht signifikant. Die Entbindungsart scheint also weder mit dem Trait-Angst-Niveau noch mit dem State-Angst-Niveau zusammenzuhängen. Im Zusammenhang mit den Hypothesen-Prüfungen werden die Beschwerden sowie die State-Angst nochmals aufgegriffen.

#### 4.1.4 Sexuelle Aktivität vor und während der Schwangerschaft

Die folgende Abbildung zeigt, wie oft die befragten Frauen vor und während der Schwangerschaft das Verlangen nach sexueller Aktivität spürten.

Wie die Abbildung zeigt, ist der Wunsch nach sexueller Aktivität während der Schwangerschaft bzw. zum Zeitpunkt der Befragung deutlich zurückgegangen.

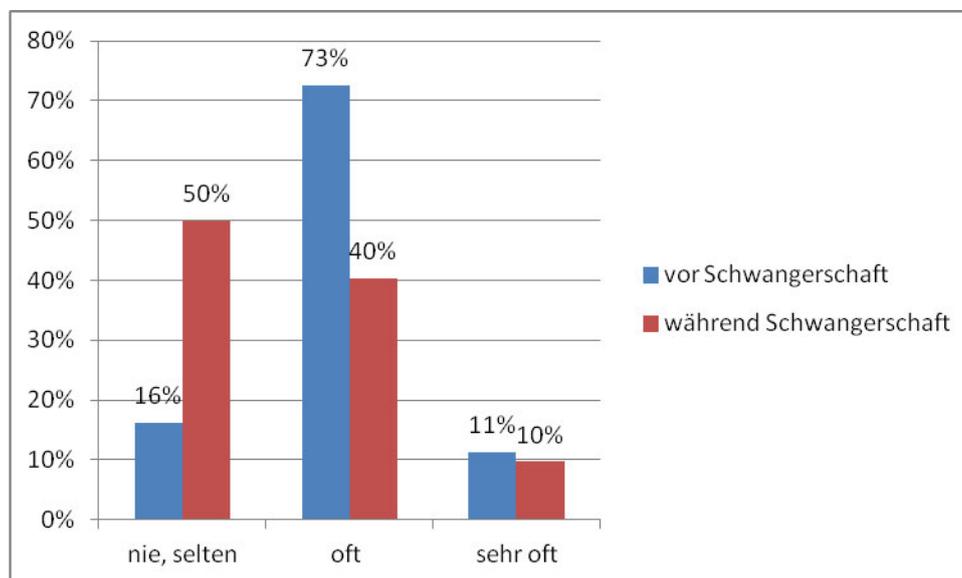


Abb. 9: Wunsch nach sexueller Aktivität vor und während der Schwangerschaft

Dies gilt auch für die sexuelle Aktivität selbst, wie die folgende Abbildung zeigt.

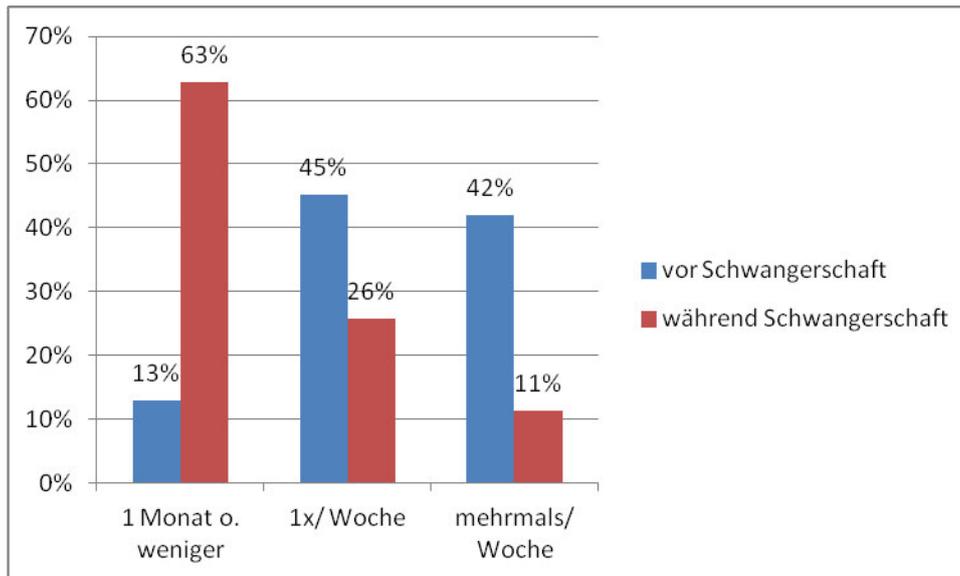


Abb. 10: Sexuelle Aktivität vor und während der Schwangerschaft

Für den Vergleich der postpartalen sexuellen Aktivität mit der präpartalen Aktivität sind also die Basisrate vor der Schwangerschaft und die Rate während der Schwangerschaft zu unterscheiden.

In der folgenden Abbildung sind abschließend einige Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Sexualität dargestellt.

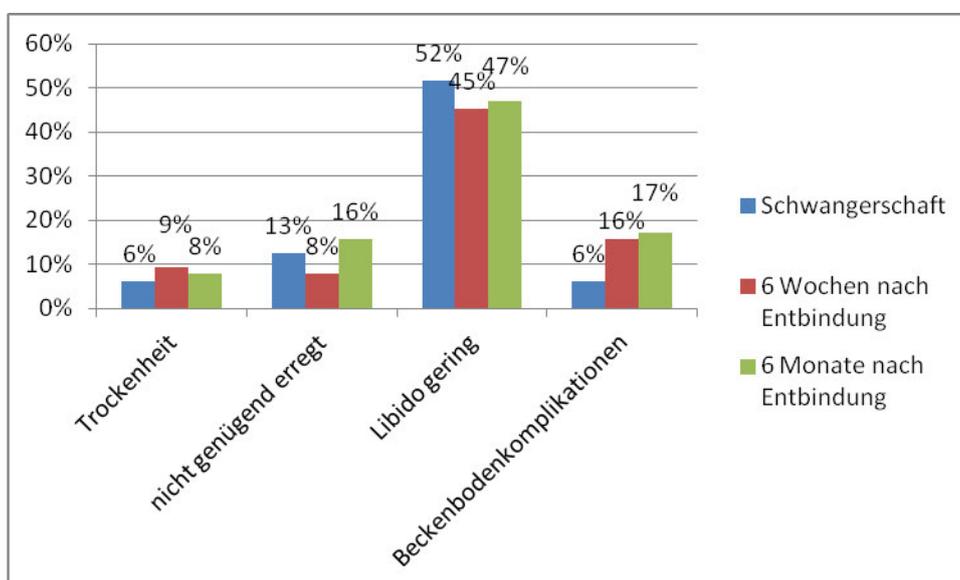


Abb. 11: Die Sexualität betreffende Schwierigkeiten zu verschiedenen Zeitpunkten

Auffällig ist zum einen der relativ hohe Anteil der Frauen, die angeben, eine zu geringe Libido zu verspüren. Trockenheit und mangelnde sexuelle Erregung während des

Verkehrs sind hingegen Probleme, die postpartal nicht übermäßig häufig auftreten. Beckenbodenkomplikationen sind allerdings postpartal im Vergleich zur Situation in der Schwangerschaft deutlich erhöht.

Eine Differenzierung dieser Beschwerden nach Geburtsmodus scheint allerdings nicht sehr sinnvoll, da die Fallzahlen dann sehr klein werden. So berichteten zu T1 lediglich vier Frauen von Beckenbodenkomplikationen; zu T4 waren dies elf Frauen. Eine Verteilung nach Geburtsmodus wurde daher hier unterlassen. Auf die anderen in der Abbildung genannten Probleme – Trockenheit, mangelnde Erregung und Libidoverlust – wird im folgenden Abschnitt im Zusammenhang mit den Hypothesentests noch einzugehen sein.

Im folgenden Abschnitt wird nun auf die Ergebnisse zu den Hypothesentests eingegangen. Weitere deskriptive Ergebnisse werden im Zusammenhang mit diesen Ergebnissen noch berichtet werden.

## 4.2 *Ergebnisse zu den Hypothesentests*

### 4.2.1 **Postpartales Sexualeben und Zusammenhänge zum Geburtsmodus**

Hypothese H1 postuliert eine Abschwächung des Zusammenhangs zwischen Geburtsmodus und sexuellem Erleben. Dies setzt voraus, dass überhaupt ein solcher Zusammenhang besteht.

Den nachfolgenden Auswertungen liegt, soweit nichts anderes vermerkt, die oben beschriebene Variable „Geburtsmodus“ mit den Ausprägungen a) Spontane Geburt, b) operative vaginale Geburt sowie sekundäre Sectio und c) elektive primäre Sectio (mit regionaler Anästhesie oder Intubationsnarkose) zugrunde.

Zunächst zeigt die folgende Abbildung die sexuelle Aktivität der Frauen nach sechs Wochen bzw. nach sechs Monaten. Es bedeuten: 1 = sehr selten, 2 = einmal im Monat, 3 = einmal wöchentlich, 4 = mehrmals wöchentlich, 5 = täglich.

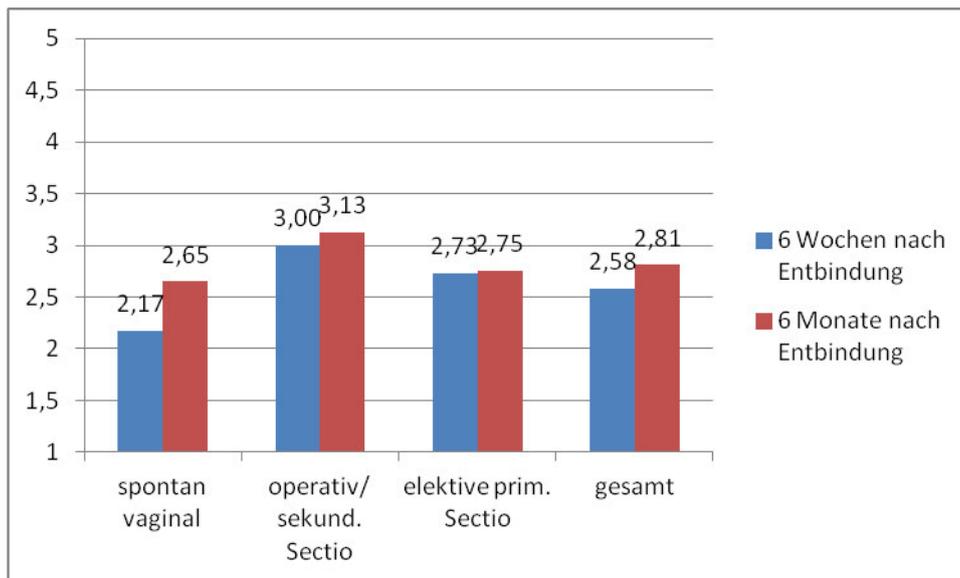


Abb. 12: Sexuelle Aktivität nach sechs Wochen und nach sechs Monaten

Erkennbar ist, dass im Zeitraum sechs Wochen bis sechs Monate nach der Entbindung eine Steigerung der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs stattfand ( $t = 3,255$ ,  $df = 57$ ,  $p < 0.01$ ). Am deutlichsten war diese Steigerung für die Frauen, die spontan vaginal entbunden wurden. Die Unterschiede bei der sexuellen Aktivität zwischen den Gruppen (= Geburtsmodi) sind lediglich zum Zeitpunkt T3 (sechs Wochen nach der Entbindung) signifikant (ANOVA,  $df(2, 57)$ ,  $F = 3,42$ ,  $p < 0,05$ ; siehe auch die nachfolgende Tabelle). Zum Zeitpunkt T4 sind die Gruppenunterschiede nicht mehr signifikant.

Zum Zeitpunkt T3 wird des Weiteren erkennbar, dass die Wiederaufnahme sexueller Beziehungen auch von der Nationalität abhängt. Frauen nichtdeutscher Nationalität scheinen früher wieder aktiv als deutsche Frauen. Der Familienstatus (verheiratet oder nicht verheiratet) spielt hingegen für die Wiederaufnahme der sexuellen Aktivität keine Rolle. (Diese Sachverhalte wurden in einer multiplen Regression ermittelt mit der sexuellen Aktivität zu T3 als Kriteriumsvariable und Nationalität sowie Familienstatus als Prädiktorvariablen, welche als Dummyvariablen kodiert waren.  $B = -0,751$ ,  $t = -2,020$ ,  $p = 0.048$ ).

Betrachtet wurde in diesem Zusammenhang auch die Frage, wie viele Frauen nach sechs Wochen bzw. sechs Monaten noch keine sexuelle Aktivität wieder aufgenommen hatten. Die folgende Abbildung zeigt dies getrennt nach Entbindungsmethode und insgesamt.

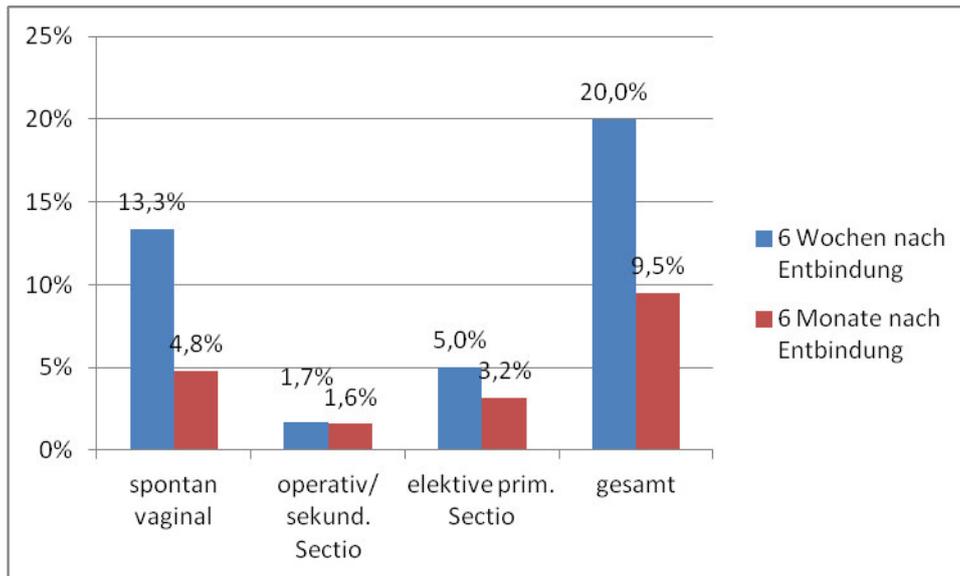


Abb. 13: Anteil der Frauen ohne sexuelle Aktivität nach 6 Wochen/ 6 Monaten

Nach sechs Monaten ist dieser Anteil auf insgesamt 9,5% zurückgegangen, was noch etwas unter dem entsprechenden Wert vor der Schwangerschaft (12,9%) liegt.

Des Weiteren wurden einfaktorielle Varianzanalysen mit der Variable „Geburtsmodus“ als unabhängige Variable und unter anderem den abhängigen Variablen durchgeführt, die auch bei den im theoretischen Teil betrachteten Untersuchungen im Vordergrund stehen und mit dem Female Sexual Function Index ermittelt werden: das sexuelle Verlangen und die Erregung, Feuchtigkeit der Vagina, Orgasmus, Befriedigung sowie Schmerzen (Dyspareunie). Für den Zeitpunkt T3 (also sechs Wochen nach der Entbindung) ergaben sich folgende Ergebnisse:

Abhängige Variable	Quadratsumme zwischen Gruppen	df	F	p
Sexuelles Verlangen	1,136	2, 58	1,026	n.s.
Sexuelle Aktivität	6,915	2, 57	3,418	<b>0.04</b>
Wunsch nach sexueller Aktivität	4,790	2, 57	2,240	n.s.
Trockenheit der Scheide	2,159	2, 51	2,056	n.s.
Erregung während des Verkehrs	0,717	2, 51	0,625	n.s.
Orgasmus beim Verkehr	1,745	2, 52	1,207	n.s.
Orgasmus ohne Verkehr	2,253	2, 54	1,222	n.s.
Sexuelle Zufriedenheit	1,000	2, 56	1,033	n.s.
Vermeidung sexueller Aktivität	1,154	2, 55	0,625	n.s.
Sex. Zufriedenheit des Partners	0,632	2, 55	0,372	n.s.
Schmerzen beim Verkehr?	2,052	2, 51	2,063	n.s.

Tabelle 7: Sexuelles Erleben zu T3 abhängig vom Geburtsmodus

Das einzige signifikante Ergebnis ergibt sich bei der sexuellen Aktivität. Ein Post-Hoc-Test (Tukey Test) zeigte, dass die Frauen, die eine operative vaginale Geburt oder eine sekundäre Sectio hinter sich gebracht hatten, sexuell nach sechs Wochen am aktivsten waren. Im Mittel gab diese Gruppe an, einmal pro Woche sexuell aktiv zu sein (Mittelwert auf der fünfstufigen Skala: 3,00). Zwischen den Frauen, die normal vaginal entbunden wurden, und den Frauen, die per elektiver primärer Sectio entbunden wurden, fand sich hingegen kein signifikanter Unterschied. Die entsprechenden Mittelwerte lagen hier bei 2,17 bzw. 2,73 („2“ steht für „einmal im Monat oder weniger“).

Insgesamt scheinen somit die Frauen, die „normal“ spontan vaginal entbunden wurden, nach sechs Wochen am wenigsten sexuell aktiv zu sein.

Die folgende Tabelle zeigt die entsprechenden Ergebnisse zu T4.

Abhängige Variable	Quadratsumme zwischen Gruppen	df	F	p
Sexuelles Verlangen	1,598	2, 60	1,701	n.s.
Sexuelle Aktivität	2,247	2, 60	1,626	n.s.
Wunsch nach sexueller Aktivität	1,586	2, 69	0,831	n.s.
Trockenheit der Scheide	0,552	2, 61	0,505	n.s.
Erregung während des Verkehrs	4,695	2, 61	4,908	<b>0.031</b>
Orgasmus beim Verkehr	2,356	2, 60	1,319	n.s.
Orgasmus ohne Verkehr	7,885	2, 60	3,939	<b>0,025</b>
Sexuelle Zufriedenheit	2,253	2, 60	1,511	n.s.
Vermeidung sexueller Aktivität	3,702	2, 61	2,616	n.s.
Sex. Zufriedenheit des Partners	2,742	2, 61	2,506	n.s.
Schmerzen beim Verkehr?	1,487	2, 60	1,547	n.s.

Tabelle 8: Sexuelles Erleben zu T4 abhängig vom Geburtsmodus

Die Tabelle zeigt lediglich bei den Variablen „Erregung während des Verkehrs“ und „Orgasmus ohne Verkehr“ signifikante Ergebnisse. Post-Hoc-Tests (Tukey) zeigen hier, dass die Frauen, die spontan vaginal entbunden wurden, gegenüber den Frauen, die per elektiver primärer Sectio entbunden wurden, etwas weniger Erregung während des Verkehrs verspürten (3,04 gegenüber 3,58; 1 = nie, 2 = selten, 3 = oft, 4 = sehr oft). Auch über Orgasmus ohne Verkehr berichten die Frauen mit elektiver primärer Sectio häufiger (2,65 gegenüber 1,83; 1 = nie, 2 = selten, 3 = oft, 4 = sehr oft).

Insgesamt scheint es also der Fall zu sein, dass nach sechs Monaten die Frauen mit elektiver primärer Sectio einen geringen Vorteil (im Hinblick auf zwei Kriterien) gegenüber den Frauen haben, die normal vaginal entbunden wurden. Allerdings ist der bei T3 gefundene Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Häufigkeit sexueller Aktivität nicht mehr erkennbar. Die Frauen mit operativer Entbindung bzw. sekundärer Sectio schließlich hatten, wie die Ergebnisse ebenfalls zeigen, keine Nachteile.

Für die tatsächliche sexuelle Aktivität (Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs) kann Hypothese H1 angenommen werden. Die Unterschiede zwischen den drei Gruppen von Frauen, gruppiert nach Geburtsmodi, die zum Zeitpunkt T3 sechs Wochen nach der Entbindung noch bestanden hatten, sind zum Zeitpunkt T4 verschwunden. Bezüglich aller anderen Variablen des Sexuallebens der Frauen muss Hypothese H1 zurückgewiesen werden, da bezüglich dieser Variablen schon zum Zeitpunkt T3 keine Gruppenunterschiede bestanden haben.

#### 4.2.2 Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Geburtsmodus und Sexualleben durch Schmerzen?

Hypothese H2 behauptet, dass ein Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Sexualleben durch Schmerzen vermittelt wird. Das heißt, dass es keinen direkten Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Sexualerleben gibt, sondern dass dieser Zusammenhang ein indirekter – über Schmerzen vermittelter – ist.

Dies kann mit der Mediationsanalyse geprüft werden (Urban & Mayerl, 2007). Das Grundmodell sieht aus wie in der Abbildung.

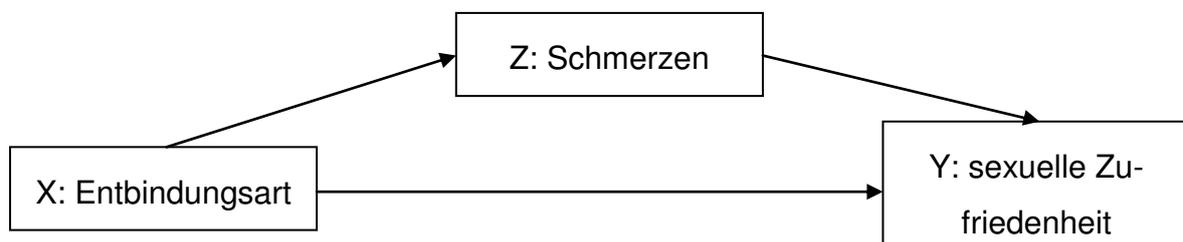


Abb. 14: Allgemeines Mediationsmodell

Denkbar ist nach diesem Modell auch, dass zwischen X und Z sowie Z und Y gegenläufige Effekte stattfinden, so dass sich der Effekt zwischen X und Y aufhebt, also insgesamt kein totaler Effekt mehr sichtbar ist (Urban & Mayerl, 2007, S. 4-5).

Zur Prüfung des Modells werden zum einen eine Regression von Schmerzen auf den Geburtsmodus und zum anderen eine Regression sexueller Zufriedenheit auf Schmerzen und Geburtsmodus benötigt. Da der Geburtsmodus eine kategoriale Variable ist, wird sie Dummy-kodiert mit „1 = elektive primäre Sectio“ und 0 für alle anderen Geburtsmodi.

Für die Variable „sexuelle Zufriedenheit“ ergab sich zu T3 (sechs Wochen nach der Entbindung) das nachfolgend dargestellte Bild. Die Ziffern sind die unstandardisierten Regressionskoeffizienten.

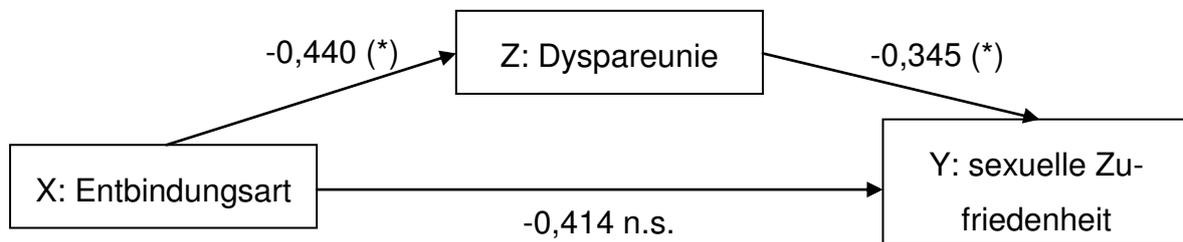


Abb. 15: Mediationsmodell: Dyspareunie, T3

Die folgende Tabelle fasst die Statistik zusammen. Das multiple Regressionsmodell ( $R^2 = 0,144$ ,  $F = 2,522$ ,  $p = 0,097$ ) ist nicht signifikant, zeigt aber eine Tendenz ( $p < 0,1$ ).

Abh. Variable	Unabh. Variablen	B unstandard.	Standardfehler	Beta	t	p
Sexzufriedenheit	Entbind_dummy	-0,414	0,252	-0,292	-1,645	0,110
	Dyspareunie	-0,345	0,176	-0,348	-1,961	0,059
Dyspareunie	Entbind_dummy	-0,440	0,245	-0,308	-1,801	0,081

Tabelle 9: Mediationsmodell; Dyspareunie, T3

Die beiden Regressionskoeffizienten für den Zusammenhang Dyspareunie – Geburtsmodus sowie sexuelle Zufriedenheit – Dyspareunie zeigen ebenfalls jeweils eine Tendenz ( $p < 0,1$ ). Die Koeffizienten sind negativ, das bedeutet erstens, dass Frauen, die per elektiver primärer Sectio entbunden wurden, etwas weniger Schmerzen beim Geschlechtsverkehr verspüren, und dass zweitens tendenziell eine Assoziation zwischen Dyspareunie und sexueller Zufriedenheit besteht (je geringer die Schmerzen, desto größer die Zufriedenheit).

Ein direkter Zusammenhang mit einem Dammriss oder Dammschnitt zeigt sich hingegen nicht. Hiervon waren allerdings nur zwölf Frauen betroffen. Im t-Test ergibt sich für die Sexzufriedenheit zu T3 ein  $t = 1,359$ ,  $df = 57$ ,  $p = 0,180$ , und für T4 ein  $t = 1,530$ ,  $df = 61$ ,  $p = 0,162$ .

Führt man die beschriebene Mediations-Analyse hingegen mit den Schmerzen gemäß Gießener Beschwerdebogen zum Zeitpunkt T3 durch, so sind die Zusammenhänge mit sexueller Zufriedenheit einerseits und mit dem Geburtsmodus andererseits nicht signifikant; die multiple Regression mit sexueller Zufriedenheit als Kriteriumsvariable und Schmerzen sowie Geburtsmodus als Prädiktoren ergibt lediglich ein  $R^2 = 0,026$ , n.s.

Zum Zeitpunkt T4 ist im Mediationsmodell auch keine Tendenz mehr erkennbar. Wiederholt man das Mediationsmodell mit Dyspareunie und der Kriteriumsvariable „sexuelle Zufriedenheit zu T4“, so ergibt sich ein  $R^2 = 0,071$ , n.s. Dies gilt auch für Schmerzen gemäß dem Gießener Beschwerdebogen zu T4 ( $R^2 = 0,031$ , n.s.).

Zusammenfassend wird eine Tendenz in Bezug auf Dyspareunie im Zeitpunkt T3 erkennbar, die für die Hypothese spricht. Ein Zusammenhang mit allgemeinen Befindlichkeiten im Sinne des Gießener Beschwerdebogens hingegen ist nicht erkennbar, und zum Zeitpunkt T4 hat auch die Bedeutung der Dyspareunie weiter abgenommen. Das zeigt die folgende Abbildung (Es bedeuten: 1 = nie, 2 = selten, 3 = oft, 4 = sehr oft).

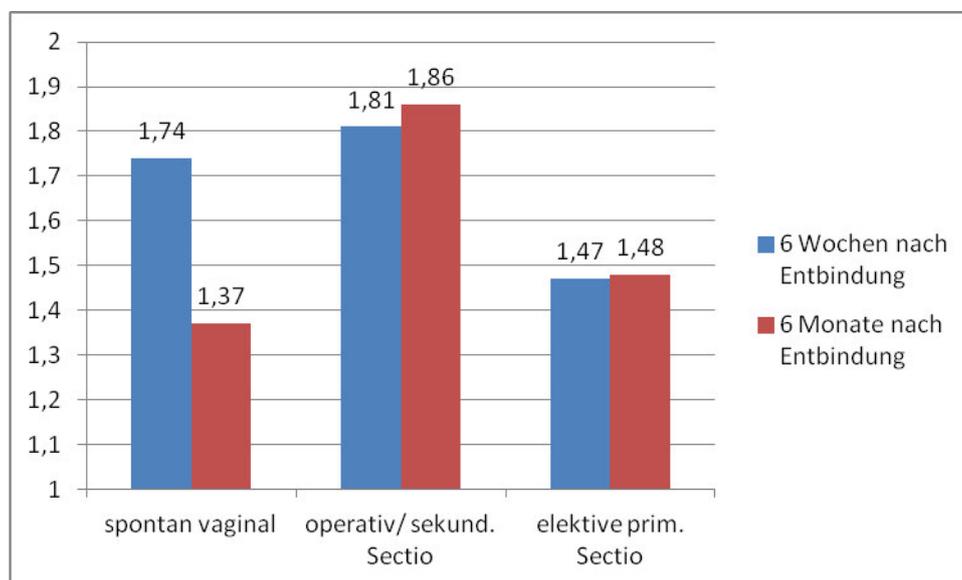


Abb. 16: Dyspareunie und Geburtsmodus zu T3 und T4

Wie erkennbar, ist Dyspareunie bei den Frauen mit elektiver primärer Sectio bereits nach sechs Wochen gering ausgeprägt; dieses geringe Niveau verändert sich im Laufe des ersten halben Jahres nach der Entbindung nicht mehr. Ebenso verändert sich das Niveau bei den Frauen, die eine operative vaginale Geburt oder eine se-

kundäre Sectio hatten, nicht mehr wesentlich. Dies ist anders bei den Frauen mit spontaner vaginaler Geburt; hier hat sich das Dyspareunie-Niveau von sechs Wochen auf sechs Monate deutlich reduziert.

### 4.2.3 Optimismus

Hypothesen H3 und H4 behaupten einen Zusammenhang zwischen Optimismus einerseits und elektiver primärer Sectio sowie früherer Wiederaufnahme des Sexuallebens und besseren Zufriedenheitswerten andererseits.

Um diese Hypothesen untersuchen zu können, war zunächst das Konzept „Optimismus/ Engagement“ zu operationalisieren wie bereits im Methodenteil beschrieben. Dieses lieferte folgende Ergebnisse: Die hier eingehenden fünf Items aus der Befragung (siehe die nachfolgende Tabelle) wurden für den Zeitpunkt T4 (sechs Monate nach der Entbindung) einer Faktorenanalyse unterzogen.<sup>1</sup> Es ergab sich eine Ein-Faktor-Lösung (Eigenwert > 1), wobei der erste Faktor 52,8% der Varianz erklärte. Die Faktorladungen für die fünf Items lagen zwischen 0,621 („uninteressiert“) und 0,799 („beunruhigt“).<sup>2</sup> Diese Werte scheinen noch akzeptabel (Schnell, Hill & Esser, 2005, S. 481f.).

Des Weiteren wurde die interne Konsistenz Cronbach's Alpha sowie die Trennschärfe-Indices (Schnell, Hill & Esser, 2005, S. 153 und S. 190) ermittelt, also die Korrelationen zwischen dem jeweiligen Item und der Gesamtskala. Die Trennschärfe-Indices sollten nicht zu niedrig, aber auch nicht zu hoch liegen, da die Items unterschiedliche Aspekte des Gesamtkonzepts (hier „Optimismus, Engagement“) widerspiegeln sollen. Der Wert Cronbach's Alpha betrug 0,77. Die Trennschärfen (korrigiert) lagen zwischen 0,433 und 0,632. Dies sind zufriedenstellende Werte. Deshalb wurden in einem letzten Schritt pro Person die Mittelwerte für die aus den fünf genannten Items bestehend „Optimismus-Skala“ für jeden Zeitpunkt T1 bis T4 ermittelt. Diese wurden als Werte für „Optimismus/ Engagement“ in den nachfolgenden Analysen genutzt.

---

<sup>1</sup> Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS, Version 16, durchgeführt.

<sup>2</sup> Ursprünglich waren noch zwei weitere Items aufgenommen worden: „Augenblickliche Stimmung: unbeteiligt“ und „Gefühl innerhalb der letzten Tage: Fühle mich überfordert“. Die in der Faktorenanalyse durch den ersten Faktor erklärte Varianz betrug jedoch lediglich 42%.

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Analysen.

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,641	52,827	52,827	2,641	52,827	52,827
2	,786	15,721	68,548			
3	,609	12,179	80,728			
4	,548	10,966	91,693			
5	,415	8,307	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Component Matrix(a)**

	Component 1
Gefühl innerhalb der letzten 7 Tage - Ich war ängstlich oder besorgt aus nichtigen Gründen.	,720
augenblicklicher Gefühlszustand - Ich bin besorgt	,795
augenblicklicher Gefühlszustand - Ich bin beunruhigt	,799
augenblicklicher Gefühlszustand - Ich bin besorgt, dass etwas schief gehen könnte	,684
augenblickliche Stimmung - uninteressiert	,621

Extraction Method: Principal Component Analysis.a 1 components extracted.

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Cronbach's Alpha = 0.770, N of Items = 5				
Gefühl innerhalb der letzten 7 Tage - Ich war ängstlich oder besorgt aus nichtigen Gründen.	5,89	3,730	,542	,731
augenblicklicher Gefühlszustand - Ich bin besorgt	4,90	3,833	,623	,699
augenblicklicher Gefühlszustand - Ich bin besorgt, dass etwas schief gehen könnte	4,89	3,930	,506	,742
augenblicklicher Gefühlszustand - Ich bin beunruhigt	5,08	3,993	,632	,699
augenblickliche Stimmung - uninteressiert	5,32	4,708	,433	,762

Tabelle 10: Ergebnisse zu den Analysen der Skala „Optimismus/ Engagement“

Mit der so erhaltenen „Optimismus-Skala“ wurde nun die Korrelation zwischen Optimismus/ Engagement und elektiver primärer Sectio ermittelt. Diese beträgt -0,06 (n = 63) und ist nicht signifikant.

Die Korrelation zwischen Optimismus/ Engagement und Häufigkeit sexueller Aktivität sowie Zufriedenheit mit der Sexualität beträgt  $-0,159$  bzw.  $-0,175$  ( $n = 59$  bzw.  $58$ ). Auch diese Korrelationen verfehlen die Signifikanz ( $p = 0,23$  bzw.  $0,19$ ). Die negativen Vorzeichen sind jedoch erwartungskonform, da Optimismus so operationalisiert wurde, dass niedrige Werte für ein höheres Optimismus-Niveau stehen. Dennoch müssen die Hypothesen H3 und H4 zurückgewiesen werden. Ein Zusammenhang zwischen Optimismus und elektiver primärer Sectio bzw. früherer Wiederaufnahme des Sexuallebens und besseren Zufriedenheitswerten kann nicht aufgezeigt werden.

Hypothese H5 schließlich behauptete, dass eine Korrelation zwischen elektiver primärer Sectio und früherem sowie frühzeitigem wieder befriedigendem Sexualleben verschwinden, wenn das Optimismus-Niveau „herauspartialisiert“ wird. Die Zusammenhänge zwischen Geburtsmodus und der Häufigkeit sexueller Aktivität ( $r = 0,064$ ,  $n = 60$ ) und der Zufriedenheit mit der Sexualität ( $0,146$ ,  $n = 59$ ; jeweils zum Zeitpunkt T3) sind allerdings nicht signifikant; insofern ist die Hypothese H5 nicht prüfbar und muss somit aus der weiteren Betrachtung ausgeschlossen werden.

#### 4.2.4 Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Geburtsmodus und Sexualleben durch Ängste?

Hypothese H6 geht davon aus, dass Ängste und andere emotionale Beeinträchtigungen den Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und dem postpartalen sexuellen Erleben vermitteln. Diese Hypothese ist daher eine Parallelhypothese zur Hypothese H2.

Entsprechend dieser Parallelität ist auch hier ein Mediatormodell mit zwei Regressionen (Urban & Mayerl, 2007) eine geeignete Auswertung. Für die Variable „sexuelle Zufriedenheit“ ergab sich zu T3 (sechs Wochen nach der Entbindung) das folgende Bild, wobei „Ängste“ mit der State-Angst (gemäß STAI) zu T3 operationalisiert wurde.

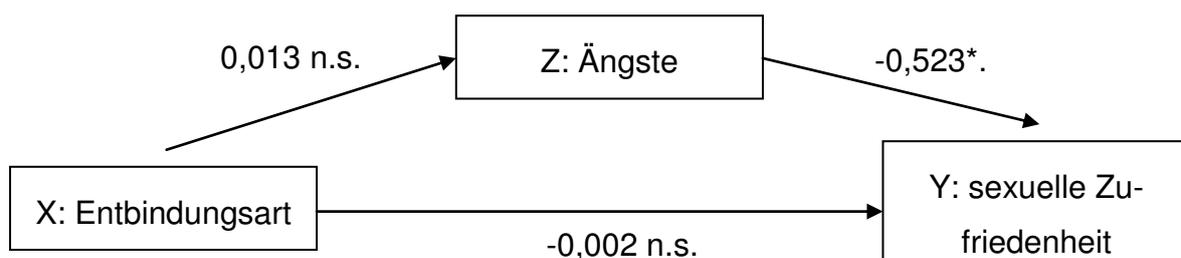


Abb. 17: Mediationsmodell: Ängste, T3

Dargestellt sind wieder die unstandardisierten Beta-Koeffizienten der beiden Regressionsrechnungen. Die Variable „Ängste“ ist mit dem State-Trait-Angst-Inventar zu T3 (Teilskala „State“) operationalisiert.

Die Abbildung zeigt, dass es zu T3 einen klaren Zusammenhang zwischen Ängsten und sexueller Zufriedenheit gibt. Je geringer das momentane Angstniveau, desto höher die sexuelle Zufriedenheit. Ein Bezug zwischen Ängsten und dem Geburtsmodus stellt sich jedoch weder auf direktem noch auf indirektem Wege dar.

Betrachtet man dieselbe Situation nach sechs Monaten (zum Zeitpunkt T4), so ist auch die Beziehung zwischen Ängsten und sexueller Zufriedenheit insignifikant geworden.

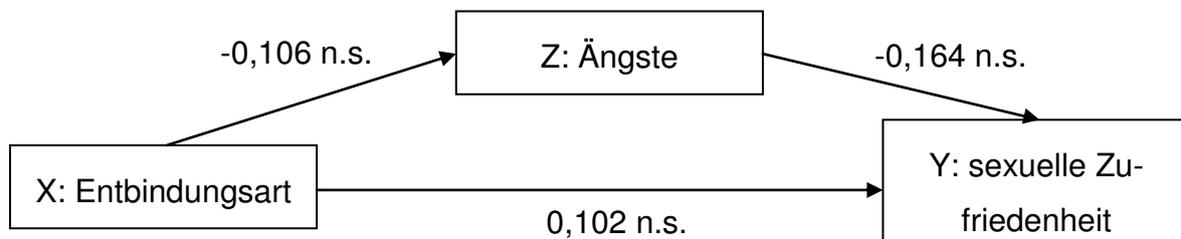


Abb. 18: Mediationsmodell: Ängste, T4

Eine Durchführung dieser Analysen mit der Schwangerschafts-spezifischen Angst, die zu T1 erhoben worden war (Werte zu den elf Items aufaddiert), ergab für T3 kein signifikantes Modell ( $R^2 = 0,17$ ,  $F = 0,425$ ,  $p = 0,656$ ) und entsprechend keine signifikanten Beta-Koeffizienten für den Geburtsmodus und den Schwangerschafts-spezifischen Angst-Wert. Die Schwangerschafts-spezifische Angst spielte hier also auch zu T3 keine Rolle. Auf die Durchführung dieser Analyse zu T4 wurde daher verzichtet, denn ein signifikantes Ergebnis wäre hier kaum zu interpretieren gewesen.

Eine Korrelation der Schwangerschafts-spezifischen Angst mit dem Geburtsmodus (wiederum kodiert als binäre Variable mit den Ausprägungen 1 = elektive primäre Sectio, 0 = andere Geburtswege) war ebenfalls nicht erkennbar (Kendalls Tau:  $r = -0,155$ ,  $n = 56$ ,  $p = 0,170$ ).

Es wurde jedoch ebenfalls eine entsprechende Analyse mit dem Gießener Beschwerdebogen als Mediatorvariable durchgeführt. Dies ergab ebenfalls insignifikan-

te Ergebnisse, dies sowohl für T3 als auch für T4. Diese Ergebnisse werden hier nicht im Einzelnen dargestellt.

Denkbar ist, dass ein Zusammenhang zwischen zwei Variablen von anderen Variablen unterdrückt wird (Urban & Mayerl, 2007, S. 5f.). Um zu prüfen, inwieweit andere Variablen einen möglichen Zusammenhang zwischen Ängsten und Geburtsmodus beeinflusst haben könnten, wurde eine multiple logistische Regression mit dem Geburtsmodus (hier: elektive primäre Sectio oder nicht) und den folgenden Prädiktorvariablen berechnet: Alter, Familienstatus (verheiratet oder nicht), Erstgeburt oder nicht, sowie Trait-Angst und State-Angst zu T1. Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis.

Das  $R^2$  des Modells ist 0,104, es erklärt also 10,4% Varianz.

Trait-Angst und State-Angst spielen auch nach diesem Modell keine Rolle bei der Entscheidung für eine elektive primäre Sectio. Auch der Familienstatus (verheiratet oder nicht – dummy-kodiert) sowie die Zahl der Geburten (Erstgeburt oder nicht – dummy-kodiert) spielen für die Entscheidung für den Geburtsweg keine erkennbare Rolle.

Allerdings besteht ein Zusammenhang mit dem Lebensalter: Je älter die Frauen, desto seltener wird eine elektive primäre Sectio durchgeführt. Dieses Ergebnis ist erstaunlich und scheint allgemeiner klinischer Erfahrung zu widersprechen.

Abh. Variable	Unabh. Variablen	B unstandard.	Standardfehler	Beta	t	p
Entbindung: elektive primäre Sectio	Alter	-0,040	0,019	-0,319	-2,155	0,036*
	verheiratet	0,001	0,228	0,000	0,002	n.s.
	Erstgeburt?	0,002	0,213	0,001	0,009	n.s.
	Trait-Angst	0,179	0,282	0,126	0,633	n.s.
	State-Angst	-0,251	0,245	-0,203	-1,027	n.s.

Tabelle 11: Regression mit Geburtsmodus als Kriteriumsvariable

Denkbar ist, dass mögliche Ängste der Schwangeren durch Beratung und Gespräche mit Beratungsstellen, medizinischem Personal, aber auch mit der Familie oder mit Freunden abgeschwächt wurden. In einer weiteren, getrennten Betrachtung wurde daher explorativ ein möglicher Zusammenhang zwischen Beratung bzw. Einflüssen auf den Geburtsmodus untersucht. Denkbar ist ja, dass Beratungsgespräche oder Gespräche mit der Familie und mit Freunden die Entscheidung für einen bestimmten Geburtsmodus beeinflusst haben.

Hier ergaben sich mögliche Einflüsse auf den Geburtsweg durch Gespräche in der Familie sowie tendenziell auch durch Gespräche mit Ärzten und Hebammen. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilungen der Häufigkeiten.

Die Unterschiedlichkeit der Häufigkeitsverteilungen bezüglich eines Einflusses durch die Familie ist signifikant ( $\chi^2 = 5,658$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,017$ ). Bezüglich des Einflusses durch Ärzte und Hebammen besteht eine Tendenz ( $\chi^2 = 2,724$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,084$ ). Entsprechende Zusammenhänge zu Gesprächen mit Freunden waren nicht signifikant. Die von den Schwangeren wahrgenommenen Einflüsse durch Familie und Ärzte/ Hebammen sind dabei gegenläufig: Die Frauen, die angaben, eher durch die Familie beeinflusst zu sein, entschieden sich eher gegen die elektive primäre Schnittentbindung; bei Einflüssen durch Ärzte/ Hebammen war dies umgekehrt: Frauen, die sich eher durch Ärzte oder Hebammen beeinflusst sahen, hatten sich – tendenziell – eher für eine elektive primäre Sectio entschieden.

	Einfluss durch Familie?		Einfluss durch Ärzte/ Hebammen?	
	ja	nein	ja	nein
Elektive primäre Sectio	5	15	14	6
Anderer Geburtsweg	23	17	19	21

Tabelle 12: Mögliche Einflüsse Dritter auf den Geburtsmodus

Die folgende Abbildung stellt dies auch grafisch dar.

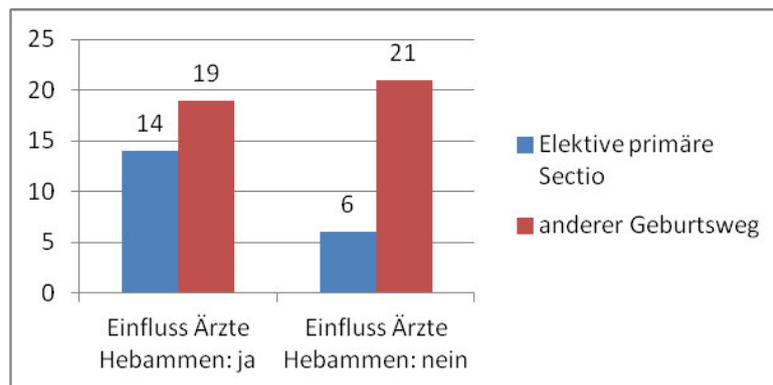
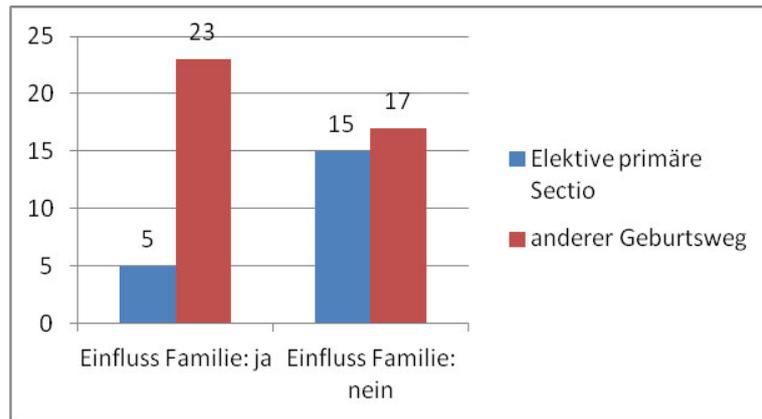


Abb. 19: Mögliche Einflüsse Dritter auf den Geburtsmodus

## 5 Diskussion

Bevor auf die inhaltliche Diskussion der Ergebnisse mit Bezug zur Literatur eingegangen wird, werden kurz einige Grenzen der Studie angesprochen.

### 5.1 *Grenzen der Studie*

Eine wesentliche Einschränkung ist die Stichprobengröße. In der vorliegenden Untersuchung nahmen 64 Frauen zu allen Zeitpunkten an der Studie teil. 24 Frauen hatten sich einer elektiven primären Sectio unterzogen. Im Vergleich zu den meisten Studien auf diesem Gebiet ist diese Stichprobe klein. Die kleine Stichprobe schließt die Anwendung komplexerer statistischer Verfahren bzw. die gleichzeitige Berücksichtigung mehrerer Ebenen aus.

Eine weitere Einschränkung ist darin zu sehen, dass die Stichprobe nur begrenzt repräsentativ und mit anderen Studien vergleichbar scheint. Über 50% der Frauen der Stichprobe verfügten über Abitur; rund 30% arbeitete in akademischen Berufen. Diese Werte liegen deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Des Weiteren waren die Frauen im Mittel fast 32 Jahre alt; dieser Wert liegt deutlich über dem der meisten anderen Studien, in denen die Frauen meist um die 25 Jahre alt sind.

Problematisch könnte sich auch die Tatsache ausgewirkt haben, dass nicht alle eingesetzten Instrumente auf Dimensionalität, Validität und Reliabilität geprüft waren. Dies gilt z.B. für die Schwangerschafts-spezifische Angst und für die „Optimismus“-Skala, die aus verschiedenen bestehenden Items zusammengestellt wurde. Eine systematischere Messung von Optimismus (Scheier et al., 1989, S. 1027f.) wäre sinnvoll gewesen, auch wenn hier eine eigene Dimensionalitäts- und Reliabilitätsprüfung vorgenommen wurde.

Eher als Vorteil der Studie ist dagegen zu werten, dass die Daten zu vier Zeitpunkten erhoben wurden, so dass auch ein Vergleich z.B. des sexuellen Erlebens mit den entsprechenden Daten während und vor der Schwangerschaft möglich war. (Die Angaben zur Zeit vor der Schwangerschaft waren allerdings rückblickende Einschätzungen der Frauen). Umgekehrt scheint die Tatsache, dass „lediglich“ bis zu einem Zeitraum von sechs Monaten nach der Schwangerschaft Daten erhoben wurden,

kein Nachteil zu sein, da bereits zu T4 keine Gruppenunterschiede und auch keine wesentlichen Unterschiede zu der Zeit vor der Schwangerschaft gefunden werden konnten.

## ***5.2 Zusammenfassende Darstellung und Diskussion der Ergebnisse***

Ziel der Untersuchung war es, das sexuelle Erleben und Verhalten von Frauen in Abhängigkeit des Geburtsmodus zu untersuchen. Da bisherige Untersuchungen zu dieser Thematik zu inkonsistenten Ergebnissen geführt haben, sollte hierbei die Rolle psychosozialer und emotionaler Faktoren wie insbesondere Ängste, sowie die mögliche Rolle körperlicher Beschwerden mit untersucht werden. Dazu wurden verschiedene Hypothesen formuliert, die die Rolle von Schmerzen, Optimismus sowie von Ängsten im Zusammenhang mit der Rückkehr zu einem befriedigenden sexuellen Erleben in Abhängigkeit vom Geburtsmodus thematisieren. Im Hinblick auf den Vergleich des prä- und postpartalen sexuellen Verhaltens wurde angenommen, dass der Zeitfaktor hier eine wichtige Rolle spielt.

An der Untersuchung nahmen durchgängig über alle vier Zeitpunkte hinweg 64 Frauen teil. Das Durchschnittsalter betrug 31,9 Jahre. 23 Frauen wurden spontan vaginal entbunden, 24 Frauen per elektiver primärer Sectio. Die restlichen 17 Frauen hatten sich entweder einer operativen vaginalen Entbindung (drei Frauen) oder aber einer sekundären Sectio unterziehen müssen. Für 31 Frauen (48,4%) handelte es sich um die erste Schwangerschaft. 25 Frauen (39%) hatten einen Geburtsvorbereitungskurs absolviert.

Den Frauen ging es zu allen Befragungszeitpunkten körperlich und psychisch überwiegend gut. Das Niveau der körperlichen Beschwerden war zum Zeitpunkt der Schwangerschaft höher als unmittelbar nach der Entbindung, und war sechs Wochen nach der Entbindung nochmals abgesunken.

Zu keinem Zeitpunkt hing das Niveau der körperlichen Beschwerden mit dem Geburtsmodus zusammen.

Ein sehr ähnliches Muster zeigte sich in Bezug auf die psychische Verfassung, hier über das Angstniveau (State-Angst). Dieses war während der Schwangerschaft ebenfalls signifikant erhöht, wenn auch auf moderatem Niveau.

Ein Bezug zum Geburtsmodus zeigte sich nicht. Zwischen der Trait-Angst und dem Geburtsmodus bestand ebenfalls kein Zusammenhang.

### **5.2.1 Entbindung, Geburtsmodus und sexuelle Aktivität**

In der vorliegenden Studie ging die sexuelle Aktivität der Frauen während der Schwangerschaft im Vergleich zu vorher deutlich zurück. 50% der befragten Frauen gaben an, während der Schwangerschaft keine sexuelle Aktivität zu wünschen; 63% gaben an, maximal einmal monatlich sexuell aktiv zu sein.

Dieses Ergebnis eines deutlichen Rückgangs der sexuellen Aktivität während der Schwangerschaft (unabhängig vom späteren Geburtsmodus) ist mit entsprechenden Ergebnissen der Literatur konsistent. So zeigen die Studien von von Sydow (2000, S. 200f.), dass rund drei Viertel der Frauen vor ihrer Schwangerschaft Geschlechtsverkehr genießen, während der Schwangerschaft diese Zahlen jedoch auf etwa 60% im ersten Trimenon und rund 40% im dritten Trimenon zurückgehen.

Insgesamt konnte in Bezug auf die sexuelle Aktivität die Hypothese H1 damit beibehalten werden: Gruppenunterschiede, die sechs Wochen nach der Entbindung (T3) noch bestanden hatten, waren nach sechs Monaten verschwunden. Bezüglich der anderen Variablen des sexuellen Erlebens muss die Hypothese jedoch zurückgewiesen werden, da bereits zu T3 keine Gruppenunterschiede bestanden haben.

Postpartal nahm die sexuelle Aktivität wieder zu. Nach sechs Wochen betrug der Anteil der Frauen, die noch keine sexuelle Aktivität wieder aufgenommen hatten, 20%. Nach sechs Monaten war dieser Anteil auf 9,5% zurückgegangen und lag damit noch unter dem Niveau vor der Schwangerschaft (12,9%). Der Anstieg der sexuellen Aktivität im Zeitraum zwischen sechs Wochen und sechs Monaten nach der Entbindung ist signifikant.

Ähnliche Ergebnisse finden sich vor allem bei Brubaker et al. (2008). In der Studie von Brubaker et al. (2008) betrug der Anteil sexuell wieder aktiver Frauen sechs Mo-

nate nach Entbindung je nach demografischer Subgruppe zwischen 85,3% und 93,9%; dies ist mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie vergleichbar.

Mit Bezug zu den Geburtsmodi sind in der vorliegenden Studie die Unterschiede in der sexuellen Aktivität sechs Wochen nach der Entbindung signifikant. Die Frauen, die eine operative vaginale Geburt oder eine sekundäre Sectio hinter sich gebracht hatten, waren am aktivsten. Dieses Ergebnis scheint ungewöhnlich:

Gungor et al. (2007, S. 358f.) beispielsweise fanden eher einen Vorteil von Frauen, die per primärer elektiver Sectio entbunden wurden, gegenüber vaginal Gebärenden, was Zeitpunkt der Wiederaufnahme, Qualität und Häufigkeit sexueller Aktivität betraf. Rund 4% der Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden wurden, waren sexuell unzufrieden, gegenüber etwa 14% der Frauen, die vaginal entbunden wurden.

Ein ähnliches Ergebnis – allerdings acht Wochen nach der Entbindung – berichteten Safarinejad et al. (2009). Sie fanden ein befriedigenderes Sexualleben bei Frauen, die per Wunschkaiserschnitt entbunden wurden.

Lurie et al. (2013) fanden demgegenüber das Gegenteil – ein befriedigenderes Sexualleben bei Frauen, die vaginal entbunden hatten -, wie im Theorieteil ausführlicher dargestellt, wobei die Gründe für die Widersprüche nicht klar sind.

Brubaker et al. (2008) fanden, dass Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden wurden, die sexuelle Aktivität später wieder aufnahmen als Frauen, die vaginal entbunden wurden. Dieses letztere Ergebnis konnte in der vorliegenden Studie nicht gefunden werden.

- Mousavi et al. (2013) fanden (für Erstgebärende) Unterschiede zwischen dem postpartalen sexuellen Erleben abhängig vom Geburtsmodus; Frauen, die spontan vaginal entbunden wurden, waren nach acht Wochen aktiver. Mousavi et al. (2013) fanden, dass dieser Unterschied auch unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands stabil blieb. In der vorliegenden Untersuchung wurde ebenfalls gefunden, dass das gesundheitliche Befinden (hier gemessen mit dem Gießener Beschwerdebogen) mit dem sexuellen Erleben sowie mit dem Geburtsmodus nicht zusammenhing.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie widersprechen somit den Ergebnissen der Literatur: Eine raschere und intensivere Wiederaufnahme sexueller Aktivität nach

sechs Wochen bei Frauen, die eine operative vaginale Geburt oder eine sekundäre Sectio gehabt hatten, gegenüber Frauen, die normal vaginal geboren haben, wird in der Literatur nicht berichtet. Eher gegenteilig hierzu begründen Mosuavi et al. (2013) ihre Befunde, die Frauen mit sekundärer Sectio oder operativer vaginaler Entbindung eher im „Nachteil“ sehen, damit, dass sich in der Gruppe der Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden wurden, ein erheblicher Anteil an Notkaiserschnitten befunden hätten. In der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung dagegen war allerdings ja gerade bei den Frauen, die operativ vaginal oder per sekundärer Sectio entbunden wurden, die Häufigkeit sexueller Aktivität nach sechs Wochen höher. Dieses Ergebnis scheint schwer interpretierbar und stimmt mit keiner der hier betrachteten Untersuchungen überein. Hier ist zu berücksichtigen, dass es sich lediglich um insgesamt 17 Frauen handelte. Möglicherweise haben hier Zufallseinflüsse eine Rolle gespielt.

Andererseits könnte eine mögliche Erklärung dieses Ergebnisses in der Schwangerenberatung zu suchen sein, in die die Studie eingebettet war. Wenn bzw. insoweit beispielsweise Ängste im Zusammenhang mit der operativen vaginalen Geburt bzw. der sekundären Sectio etwa durch Beratung aufgefangen werden konnten – wie im Fall der vorliegenden Studie –, wäre somit zu erwarten, dass kein Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und dem postpartalen sexuellen Erlebens und Verhalten besteht.

Darüber hinaus fand sich in der vorliegenden Studie zwischen den Frauen, die spontan vaginal entbunden wurden, und denen, die per primärer Sectio entbunden wurden, weder zu T3 noch zu T4 ein Unterschied bezüglich der Häufigkeit sexueller Aktivität. Frauen, die spontan vaginal entbunden wurden, waren lediglich im Vergleich zu den Frauen, die per sekundärer Sectio oder vaginal operativ entbunden wurden, zunächst etwas im „Nachteil“; nach sechs Monaten hatte sich dies wieder ausgeglichen.

Zum oben Ergebnis von Gungor et al. (2007) gibt es allerdings in der vorliegenden Studie eine Parallele: Am wenigsten sexuell aktiv waren nach sechs Wochen die Frauen, die spontan vaginal entbunden wurden. Nach sechs Monaten hatten letztere aber „aufgeholt“, und zu diesem Zeitpunkt gab es bezüglich der sexuellen Aktivität keine Gruppenunterschiede mehr.

Der Anteil der Frauen, die sechs Monate nach der Entbindung nicht wieder sexuell aktiv sind, beträgt bei Brubaker et al. (2008) 6% (vaginal) bzw. 14% (Entbindung per Sectio); in der vorliegenden Studie sind dies jeweils um 10%, was im Mittel den Werten bei Brubaker et al. (2008) entspricht, aber die dort gefundenen Unterschiede zwischen den Geburtsmodi nicht reproduziert.

In der Untersuchung von Dabiri et al. (2014) fanden sich die von Brubaker et al. (2008) gefundenen Unterschiede – ähnlich wie in der vorliegenden Untersuchung – nicht. Nach vier Wochen sowie drei und sechs Monaten fanden Dabiri et al. (2014) keinerlei Unterschiede hinsichtlich der sexuellen Aktivität und des sexuellen Erlebens in Abhängigkeit vom Geburtsmodus.

In der vorliegenden Studie fand sich lediglich nach sechs Wochen ein „Nachteil“ der Frauen, die spontan vaginal entbunden wurden, bezüglich der sexuellen Aktivität, aber nicht bezüglich anderer Variablen. Dieser Unterschied verschwand später. Die verzögerte sexuelle Aktivität von Frauen, die spontan vaginal entbunden wurden (nicht im Vergleich zu Frauen mit primärer Sectio, sondern im Vergleich zu Frauen mit operativer Geburt bzw. mit sekundärer Sectio), ist weder bei Brubaker et al. (2008) noch bei Dabiri et al. (2014) erkennbar, aber bei Gungor et al. (2007).

Bezüglich anderer Variablen des sexuellen Erlebens, wie sexuelles Verlangen, dem Wunsch nach sexueller Aktivität, Trockenheit der Scheide, Erregung während des Verkehrs, Orgasmus beim Verkehr und ohne Verkehr, der sexuellen Zufriedenheit insgesamt, der Zufriedenheit des Partners und Schmerzen beim Verkehr waren sechs Wochen nach der Entbindung keine entbindungsabhängigen Unterschiede erkennbar.

Sechs Monate nach der Entbindung (zu T4) allerdings berichteten die Frauen, die per elektiver primärer Sectio entbunden wurden, von einer höheren Erregung während des Verkehrs und häufigerem Orgasmus ohne Verkehr. Dies scheint schwer interpretierbar. Da diese Unterschiede zu T3 (sechs Wochen nach der Entbindung) nicht bestanden hatten, ist nicht klar, wodurch sie hervorgerufen worden sein könnten. Möglicherweise spielt hier die methodische Problematik eine Rolle, dass sich die Wahrscheinlichkeit signifikanter Ergebnisse bei der Durchführung mehrerer statistischer Tests erhöht. In diesem Sinne wären die zu T4 gefundenen Unterschiede zu

vernachlässigen, zumal es sich um einzelne, relativ isolierte Aspekte des sexuellen Erlebens handelt.

Alle anderen Variablen des Sexualerlebens ergaben auch hier keine signifikanten Gruppenunterschiede.

### **5.2.2 Geburtsmodus und Dyspareunie**

Hypothese H2 ging von einem mediierenden Einfluss von Schmerzen auf den Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und sexueller Zufriedenheit aus. Ein solcher mediierender Effekt konnte für Dyspareunie tendenziell festgestellt werden. Dies bedeutet, dass es zwar keinen direkten Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und sexueller Zufriedenheit (nach sechs Wochen, also zu T3) gibt, aber dass es a) einen Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Dyspareunie gibt, und b) einen Zusammenhang zwischen Dyspareunie und sexueller Zufriedenheit. Letzterer Zusammenhang ist erwartungsgemäß negativ, das heißt je mehr Schmerzen, desto geringer die sexuelle Zufriedenheit. Der Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Dyspareunie ist dergestalt, dass der elektive primäre Kaiserschnitt mit tendenziell etwas geringerer Dyspareunie einhergeht.

Diese Zusammenhänge bestehen aber wie erwähnt lediglich der Tendenz nach (die  $p$  für die Regressionskoeffizienten sind  $< 0,1$ ). Der Tendenz nach ist die Hypothese H2 also für Dyspareunie bestätigt. Für Schmerzen insgesamt sowie für den Zeitpunkt sechs Monate nach Entbindung (T4) finden sich hingegen keinerlei Zusammenhänge. Das heißt also, dass Dyspareunie in den ersten Wochen nach der Entbindung für die sexuelle Zufriedenheit eine Rolle spielen könnte, und dass die Dyspareunie mit dem Geburtsmodus zusammenhängt. Nach einer längeren Zeitspanne mindern sich diese Probleme, so dass auch Dyspareunie keine wesentliche Rolle mehr spielt. Diese Abschwächung der Folgen der Entbindung und damit auch möglicher Unterschiede zwischen den Geburtsmodi ist im Rahmen der Untersuchungen zu H1 festgestellt worden.

Allgemeine Schmerzen hingegen, wie sie mit dem Gießener Beschwerdebogen erfasst werden, scheinen zu unspezifisch, als dass sie mit den Geburtsmodi und dem postpartalen sexuellen Erleben im Zusammenhang stehen könnten.

Die gefundenen Ergebnisse stimmen mit denen der Literatur im Wesentlichen überein. Die Studie von Barrett et al. (2005) könnte eine verzögerte Wiederaufnahme sexueller Aktivität bei Frauen, die spontan vaginal entbunden wurden, deshalb nahelegen, weil diese Frauen etwas stärker über Dyspareunie klagten, als Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden wurden. Auch hier kann also von einer mediierenden Rolle der Dyspareunie ausgegangen werden.

Ähnlich fand die Studie von Baksu et al. (2006) sechs Monate nach der Entbindung einen Nachteil für Frauen, die spontan vaginal geboren hatten, und zwar für verschiedene Variablen des postpartalen Sexuallebens. Zwar wurde in der vorliegenden Studie dieses Ergebnis – wie oben dargestellt und diskutiert - nicht gefunden. Aber Baksu et al. (2006) bringen als mögliche Erklärungsvariable die Dyspareunie ins Spiel, welche auch gemäß der vorliegenden Untersuchung – allerdings zu T3 – eine mögliche mediierende Variable sein könnte.

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr scheinen zur Beeinträchtigung postpartaler sexueller Befriedigung und sexueller Lust wesentlich beizutragen. So klagte in einer Studie von Berner, Wendt, Kriston & Rohde (2005, S. 751f.) rund ein Drittel der Frauen über Schmerzen beim Geschlechtsverkehr; sechs Monate nach einer Entbindung hatten rund 80% der Frauen nicht wieder zu einer vergleichbaren Sexualität wie vor der Schwangerschaft zurückgefunden (Ahrend, Friedrich & Dreyer, 2010, S. 133).

Während in der vorliegenden Studie ebenfalls ein negativer Zusammenhang zwischen Dyspareunie und sexueller Zufriedenheit gefunden wurde, bestand genauso in der Studie von Barrett et al. (2005) auch hier kein Zusammenhang mit dem Geburtsmodus. Dyspareunie hing weder nach sechs Wochen noch nach sechs Monaten mit dem Geburtsmodus zusammen.

### **5.2.3 Geburtsmodus und psychische Faktoren**

Ein Zusammenhang des Geburtsmodus mit dem Optimismus, wie er von den Hypothesen H3 und H4 postuliert wird, konnte nicht aufgezeigt werden. Die (zu) schwachen Zusammenhänge zwischen Optimismus und sexueller Aktivität sind zwar in ihrer Richtung erwartungskonform, aber nicht signifikant. Das Konstrukt des Optimis-

mus scheint somit für die Aufklärung der Zusammenhänge zwischen Geburtsmodus und postpartaler sexueller Aktivität in unserer Stichprobe wenig fruchtbar.

Dieser Zusammenhang war aufgrund folgender Überlegung angenommen worden: Die freie Entscheidung für eine Sectio – die elektive primäre Sectio – könnte mit einem stärkeren Erleben von Autonomie einhergehen. Autonomie-Erleben ist das Bedürfnis, sich selbst als Verursacher eigener Handlungen und Gestalter des eigenen Lebens zu sehen und über sich selbst in Übereinstimmung mit den eigenen Werten zu bestimmen (Brandstätter et al., 2013, S. 92). Dieses Autonomie-Erleben kann wiederum mit einer positiven Sichtweise und – damit verbunden – Widerstandsfähigkeit (Resilienz) einhergehen. Untersuchungen im medizinischen Bereich zeigen, dass optimistische Patienten rascher genesen und früher Alltagsaktivitäten, auch sexuelle Aktivität, wieder aufnehmen (Scheier et al., 1989, S. 1029f.).

Möglicherweise wird aber gerade auch in einer Situation, in der die primäre Sectio keine Besonderheit darstellt, sondern immer stärker verbreitet ist, auch die vaginale Geburt in zunehmendem Maße als autonome Entscheidung begriffen. Dies könnte begründen, warum der erwartete Zusammenhang zum Optimismus nicht eingetreten ist. Um dies näher zu untersuchen, müsste daher das Autonomie-Erleben der Frauen gesondert erhoben werden. Relevant ist in diesem Zusammenhang auch die Schwangerenberatung. Wenn diese sachlich die Optionen aufzeigt, kann eine freie Entscheidung für eine der Möglichkeiten als Ausdruck von Autonomie erlebt werden, unabhängig davon, welche Entscheidung konkret getroffen wird. Auch dieser Frage wäre jedoch in weiteren Untersuchungen nachzugehen.

Die Wirksamkeit von Optimismus als Persönlichkeitsdisposition (Scheier et al., 1989, S. 1029f.) auf postoperatives Verhalten und Erleben, hier unter anderem auch auf das sexuelle Erleben, konnte empirisch nachgewiesen werden. Die Patienten bei Scheier et al. (1989) mussten sich jedoch einer Herzoperation unterziehen; sie litten unter schweren, potenziell lebensbedrohlichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Denkbar ist daher, dass die psychische Disposition des Optimismus erst bei gesundheits- bzw. lebensbedrohlichen medizinischen Eingriffen in Bezug auf deren psychische Verarbeitung wirksam wird, nicht aber bei einer Entbindung.

Der letzte von den Hypothesen angesprochene Themenkomplex bezog sich auf Ängste. H6 ist eine Parallelhypothese zu H2; sie thematisiert die Ängste, indem sie eine medierende Funktion der Ängste annimmt.

Insgesamt findet sich in der Literatur bei etwa einem Drittel der befragten Frauen während der Schwangerschaft ein Rückgang an Lust und Verlangen, an sexueller Zufriedenheit und ein Anstieg der Angst vor dem Geschlechtsverkehr, zum Teil auch beim Partner, so etwa die Angst, den Fötus zu verletzen (Pauleta, Pereira & Graca, 2010, S. 139-140). Weitere Studien fanden im Laufe eines halben Jahres nach Schwangerschaft und Entbindung bei etwa einem Drittel der Frauen einen Rückgang der sexuellen Befriedigung und der sexuellen Lust, aber hier war auch ein Rückgang in der Zufriedenheit mit der Partnerschaft festzustellen (Berner, Wendt, Kriston & Rohde, 2005, S. 751f.).

Ein Zusammenhang sexuellen Erlebens und Verhaltens mit Ängsten sowie mit körperlichen Beschwerden während der Schwangerschaft lässt sich in der vorliegenden Studie jedoch nicht feststellen; sowohl die Korrelation zwischen der Häufigkeit sexueller Aktivität in der Schwangerschaft mit körperlichen Beschwerden (Kendall's Tau:  $r = 0,057$ ,  $n = 62$ , n.s.) als auch mit der State-Angst in der Schwangerschaft ( $r = 0,077$ ,  $n = 59$ , n.s.) sind nicht signifikant.

Denkbar ist, dass analog zur Dyspareunie eine spezifisch auf Schwangerschaft und/oder Sexualität gerichtete Angst einen medierenden Effekt auf das sexuelle Verhalten bzw. die sexuelle Zufriedenheit aufweist. Dies ist aber in der vorliegenden Studie ebenfalls nicht der Fall. Die Schwangerschafts-spezifische Angst hängt weder mit dem Geburtsmodus noch mit der postpartalen sexuellen Zufriedenheit zusammen.

Eine mögliche Erklärung des Ausbleibens eines Zusammenhangs von Angst mit dem sexuellen Erleben und Verhalten während der Schwangerschaft könnte darin begründet sein, dass das Angst-Niveau in der Stichprobe während der Schwangerschaft (Trait-Angst, gemessen nur zu T1, sowie State-Angst) ohnehin relativ niedrig war, wie bei der Beschreibung der deskriptiven Ergebnisse ausgeführt. Das Ausbleiben eines Zusammenhangs mit der Angst wäre demnach auf einen „Boden-Effekt“ zurückzuführen. Diese Hypothese bedarf jedoch ebenfalls weiterer Überprüfung.

Da kein Zusammenhang sexuellen Erlebens und Verhaltens mit der Angst während der Schwangerschaft (zu T1) gefunden wurde, kann eine entsprechende Differenzierung nach Geburtsmodi ebenfalls nicht aufgetreten sein. Das war aber zu T3 der Fall.

Gemäß der Literatur scheint vieles dafür zu sprechen, dass im Regelfall weniger somatische, sondern eher psychosoziale und emotionale Faktoren wie insbesondere Ängste (Richard, Zongo & Ouattara, 2014, S. 472-473) für Probleme unter anderem im sexuellen Bereich nach Kaiserschnitt verantwortlich sind. In der vorliegenden Studie gibt es zwar einen klaren, signifikanten Zusammenhang zwischen Ängsten (State-Angst zu T3) und sexueller Zufriedenheit zu T3, aber in dieser Mediationsanalyse findet sich keinerlei Zusammenhang zum Geburtsmodus. Dies gilt ebenso für T4, also sechs Monate nach der Entbindung; hier ist auch der Zusammenhang zwischen Angstniveau (State-Angst zu T4) und sexueller Zufriedenheit verschwunden.

Ein Zusammenhang zwischen Angst und sexueller Zufriedenheit findet sich also nur zu T3, jedoch ohne Bezug zum Geburtsmodus. Der Zusammenhang zu T3 scheint plausibel, da hier das Angstniveau noch relativ hoch ist, wie die oben berichteten deskriptiven Ergebnisse gezeigt haben; andererseits ist das Sexualverhalten noch nicht das Niveau der präpartalen Phase erreicht. Zu T4 hingegen hat sich das Sexualverhalten bereits wieder weitgehend „erholt“, so dass auch Zusammenhänge mit der (State-) Angst wieder unwahrscheinlicher werden.

Darüber hinaus könnten diese Ergebnisse mit der Schwangerenberatung zusammengehangen haben: Demnach hätte die Beratung Geburtsmodus-spezifische Ängste abmildern können.

Andererseits scheint nicht klar, warum es zu T3 oder gar zu T4 einen Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und emotionalen Faktoren wie z.B. Ängsten geben sollte, solange keine erfahrbaren physischen Auswirkungen bestehen. Hosseini et al. (2012) beispielsweise diskutieren in der Auseinandersetzung mit den ihrer Studie widersprechenden Ergebnissen von Safarinejad et al. (2009), emotionale oder psychosoziale Faktoren. Ein Rückgriff auf emotionale Faktoren wie z.B. Ängste oder psychosoziale Faktoren als Erklärung des qualitativ schlechteren sexuellen Erlebens der Frauen, die normal entbunden wurden, gegenüber denen mit elektiver primärer Sectio (Safarinejad et al., 2009) scheint hier jedoch nicht überzeugend, denn dabei bleibt weitgehend offen, warum diese emotionalen Veränderungen und Selbstwert-

beeinträchtigungen acht Wochen nach der Entbindung z.B. sehr viel stärker Frauen betreffen sollten, die spontan komplikationslos entbunden wurden, als Frauen, die per elektiver primärer Sectio entbunden wurden. Dann müssten negative emotionale Veränderungen entweder in Abhängigkeit vom Geburtsmodus unterschiedlich häufig auftreten oder in unterschiedlicher Weise wirksam sein (da ja Frauen mit elektiver primärer Sectio ein positiveres sexuelles Erleben hatten).

Für die Hypothese, dass in der vorliegenden Studie durch die Schwangerenberatung Ängste abgebaut und damit zwischen den Geburtsmodi nivelliert worden sein könnte, spricht auch ein weiterer, allerdings explorativ ermittelter Zusammenhang: Dieser besteht zwischen Geburtsmodus und Gesprächen in der Familie sowie mit Hebammen und Ärzten. Die Frauen, die angaben, eher durch ihre Familie beeinflusst worden zu sein, hatten sich eher nicht für die primäre Sectio entschieden. Umgekehrt hatten sich von den Frauen, die angaben, durch Gespräche mit Ärzten und Hebammen in ihrer Entscheidung beeinflusst worden zu sein, relativ mehr Frauen für die elektive primäre Sectio entschieden. Dies muss nicht im Sinne einer Einflussnahme in Richtung auf eine primäre Sectio interpretiert werden; es kann darin begründet liegen, dass sich nach sachlicher Aufklärung mehr Frauen für eine primäre Sectio entschieden haben. Dies ist allerdings eine Hypothese, die einer eigenen Untersuchung bedarf.

#### **5.2.4 Zusammenfassung**

Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass sich die Studie in die Gruppe von Untersuchungen einreicht, die keine Unterschiede im postpartalen Sexualverhalten in Abhängigkeit zum Geburtsmodus finden. Möglicherweise hängt dies auch mit der guten medizinischen Versorgung zusammen, die dazu beitragen könnte, dass die Unterschiedlichkeit der psychischen und physischen Belastung für die entbindenden Frauen nicht zu groß wird.

Des Weiteren legt die Studie nahe, dass die Dyspareunie eine Rolle im postpartalen Sexualleben spielen könnte.

Ein weiterer einflussnehmender Faktor könnte die bereits angesprochene Schwangerenberatung sein, die durch sachliche Information zum Abbau irrationaler Ängste beigetragen haben könnte. Ängste scheinen in der hier betrachteten Stichprobe kei-

ne wesentliche Rolle zu spielen: Zwar besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Ängsten und dem Sexualleben zu T3, aber kein Zusammenhang zwischen Ängsten und dem Geburtsmodus. Wie die vorliegende Studie ebenfalls zeigte, bestand ein Zusammenhang zwischen der Art der Beratung und der Gespräche im Vorfeld der Entbindung und dem Geburtsmodus. Solche Gespräche könnten eine angstauslösende oder aber angstmindernde Wirkung haben, welche sich auch auf das postpartale Sexualleben ausgewirkt haben könnte. Dies wäre in weiteren Untersuchungen zu prüfen.

In Anknüpfung an der Analyse von Ängsten wurden noch einige weitere Variablen betrachtet. Das Lebensalter hängt mit dem Geburtsmodus zusammen; ältere Frauen entbinden hier eher nicht durch elektive primäre Sectio. Familienstatus (verheiratet), Nationalität und die Frage, ob es sich um eine Erstgeburt handelt, hängen nicht mit dem Geburtsmodus zusammen.

## 6 Fazit und Ausblick

Die Studie konnte zu einer Auflösung der Inkonsistenzen zwischen den Ergebnissen verschiedener Studien zur Frage des Zusammenhangs zwischen Geburtsmodus und postpartaler Sexualität nur bedingt beitragen; sie ist den Studien zuzuordnen, die solche Unterschiede eher nicht fanden. Insofern reproduziert sie diese Ergebnisse für Deutschland sowie für eine relativ gebildete, im internationalen Vergleich ältere Klientel. Des Weiteren eröffnet die Studie mit der Bezugnahme auf Dyspareunie sowie – möglicherweise – auch auf Ängste sowie die Rolle von Beratungen und Gesprächen im Vorfeld der Entbindung einen Ausblick auf mögliche Einflussfaktoren, die sowohl mit dem Geburtsmodus als auch mit der postpartalen sexuellen Aktivität zusammenhängen könnten. Es wäre daher sinnvoll, die Studie unter diesem Gesichtspunkt mit einer größeren, repräsentativen Stichprobe zu wiederholen.

Auch der Aspekt des Optimismus sollte weiter verfolgt werden. In der vorliegenden Studie wurde kein Einfluss von Optimismus auf den Geburtsmodus sowie das postpartale sexuelle Erleben gefunden, aber es bleibt unklar, warum die bei Scheier et al. (1989) gefundenen Ergebnisse auf die Situation der Entbindung nicht übertragbar sein sollten. Ein möglicher Grund könnte darin liegen, dass eine Entbindung im Hinblick auf die wahrgenommene Bedrohung der eigenen Gesundheit nicht mit den bei Scheier et al. (1989) untersuchten Personen, die sich einer Herzoperation unterziehen mussten, vergleichbar ist. Andererseits ist dispositioneller Optimismus im Sinne von Scheier et al. (1989) ein wesentlicher Faktor bei der Verarbeitung einschneidenderer Lebensereignisse. Eine Wiederholung der Studie etwa unter Einbeziehung des Life Orientation Tests zur präziseren Erfassung von Optimismus wäre daher ein weiterer sinnvoller Schritt.

Schließlich ist denkbar, dass kulturelle Einflüsse und Aspekte in den bisherigen Studien noch nicht genügend berücksichtigt worden sind. Wie dargestellt, wurden die bisherigen Studien in sehr unterschiedlichen Kulturkreisen durchgeführt. Insofern wäre eine Untersuchung der Thematik, die unterschiedliche Kulturkreise systematisch einbezieht, ein weiteres künftiges Forschungsfeld.

## Literatur

- 1 Ahrendt, H.J., Friedrich, C. & Dreyer, P. (2010): Sexualität in der Schwangerschaft und post partum. *Gynakol Geburtsmed Gynakol Endokrinol* 2010;6(3), S. 130–138.
- 2 Baksu, B., Davas, I., Agar, E., Akyol, A. & Varolan, A. (2007): The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 18(4), p. 401-406.
- 3 Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R. & Manyonda, I. (2000): Women's sexual health after Childbirth. *BJOG*, 107 (2), p. 186-195.
- 4 Barrett, G., Peacock, J., Victor, C.R. & Manyonda, I. (2005): Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth*, 32 (4), p. 306-311.
- 5 Berner, M.M., Wendt, A., Kriston, L. & Rohde, A. (2005): Erleben der Sexualität nach Schwangerschaft und Entbindung. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 65 (8), S. 751-760.
- 6 Brandstätter, V., Schüler, J., Puca, R.M. & Lozo, L. (2013): *Motivation und Emotion*. Berlin: Springer.
- 7 Brubaker, L., Handa, V.L., Bradley, C.S., Connolly, A., Moalli, P., Brown, M.B. & Weber, A. (2008): Sexual Function 6 Months After First Delivery. *Obstet Gynecol*. 111(5), p. 1040–1044.
- 8 Carver, C.S. & Gaines, J.G. (1987): Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, p. 449-462.
- 9 Dabiri, F., Yabandeh, A.P., Shahi, A., Kamjoo, A. & Teshnizi, S.H. (2014): The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Functioning in Primiparous Women. *Oman Medical Journal*, 29, 4, p. 276-279.
- 10 destatis (2012): Fast ein Drittel aller Krankenhausentbindungen per Kaiserschnitt. [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/03/PD12\\_098\\_231.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/03/PD12_098_231.html).

- 11 Gungor, S., Baser, I., Ceyhan, S., Karasahin, E. & Acikel, C.H. (2007): Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women. *International Journal of Impotence Research*, 19 (4), p. 358-365.
- 12 Haselbacher, G. (2013): Sexualität in der Schwangerschaft. *Der Gynäkologe*, 46, 5, 325-330.
- 13 Hosseini, L., Iran-Pour, E. & Safarinejad, M.R. (2012): Sexual Function of Primiparous Women After Elective Cesarean Section and Normal Vaginal Delivery. *Female Urology*, 9 (2), p. 498-504.
- 14 Klein, K., Worda, C., Leipold, H., Gruber, C., Husslein, P., Wenzl, R. (2009): Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *Journal of Womens' Health*, 18 (8), p. 1227-1231.
- 15 Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C.D. (o.J.): STAI State-Trait-Angst-Inventar. <http://www.unifr.ch/ztd/HTS/infest/WEB-Informationssystem/de/4de001/33eb1dc5105811d4b5280000b4909ce2/hb.htm>.
- 16 Leeners, B., Brandenburg, U. & Rath, W. (2000): Sexualität in der Schwangerschaft: Risiko oder Schutzfaktor? *60 (11)*, S. 536-543.
- 17 Lurie, S., Aizenberg, M., Vicky Sulema, V., Boaz, M., Kovo, M., Golan, A., Sadan, O. (2013): Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet*, DOI 10.1007/s00404-013-2846-4.
- 18 Maass, N. & Weigel, M.T. (2009): Sectio caesarea (Kaiserschnitt). In Strauss, A., Janni, W. & Maas, N. (Hrsg): *Klinikmanual Gynäkologie und Geburtshilfe*. Heidelberg: Springer. Kap. 46. S. 358-363.
- 19 Makki, M. & Yazdi, N.A. (2012): Sexual dysfunction during primiparous and multiparous women following vaginal delivery. *Tanzania Journal of Health Research*, 14 (4), S. 1-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.4314/thrb.v14i43.X>.
- 20 Mousavi, S.A., Mortazavi, F., Chaman, R. & Khosravi, A. (2013): Quality of Life after Cesarean and Vaginal Delivery. *Oman Medical Journal*, 28 (4), p. 245-251.
- 21 Pauleta, J.R., Pereira, N.M. & Graca, L.M. (2010): Sexuality during pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, p. 136-142.

- 22 Peterson, C. (2000): The Future of Optimism. *American Psychologist*, 55 (1), p. 44-55.
- 23 Rath, W. & Vetter, K. (2002): Der Kaiserschnitt zwischen Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren, Mangel an gesichertem Wissen und ärztlicher Entscheidung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*; 62(9), S. 838-842.
- 24 Richard, F., Zongo, S. & Ouattara, F. (2014): Fear, guilt, and debt: an exploration of women's experience and perception of cesarean birth in Burkina Faso, West Africa. *International Journal of Womens Health*, 6, p. 469-478.
- 25 Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. (2000): The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Therapy*, 26(2), p. 191-208.
- 26 Safarinejad, M.R., Kolahi, A.A. & Hosseini, L. (2009): The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *The Journal of Sexual Medicine*, 6 (6), p. 1645-1667.
- 27 Saling-Institut (2014): Früher totaler Muttermund-Verschluss (FTMV). <http://www.saling-institut.de/german/03infomo/03tco.html>.
- 28 Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Magovern, G.J., Lefebvre, R.C., Abbott, R.A. & Carver, C.S. (1989): Dispositional Optimism and Recovery from Coronary Artery Bypass Surgery: The Beneficial Effects on Physical and Psychological Well-Being. *Journal of Personality and social Psychology*, 57 (6), p. 1024-1040.
- 29 Schlangenhaut, F. (2003): Körperbeschwerden in einer somatischen Ambulanz. Eine Untersuchung mit dem Gießener Beschwerdebogen (GBB-24). Dissertation an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- 30 Schnell, R., Hill, P., Esser, E. (2005): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 7. Auflage. München: Oldenbourg Verlag.

- 31 Stein, A. (2014): Wo die Spontangeburt zur exotischen Ausnahme wird. „Die Welt“ vom 1.1.14. <http://www.welt.de/gesundheit/article123432872/Wo-die-Spontangeburt-zur-exotischen-Ausnahme-wird.html>.
- 32 Universität Trier (2002): Das deutschsprachige State-Trait-Angst-Inventar. <http://jan.seifseit.de/skripte/original/Das%20deutschsprachige%20State-Trait%20Angst%20Inventar.pdf>.
- 33 Urban, D., Mayerl, J. (2007): Mediator-Effekte in der Regressionsanalyse (direkte, indirekte und totale Effekte). [http://www.uni-stuttgart.de/soz/soziologie/regression/Mediator-Effekte\\_v1-3.pdf](http://www.uni-stuttgart.de/soz/soziologie/regression/Mediator-Effekte_v1-3.pdf).
- 34 Von Sydow, K. (2000): Sexualität während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Gießener Gynäkologische Fortbildung 1999, S. 199–206.
- 35 Vorhemus, U. (2013): „Kaiserschnittmütter“. Das gesamtheitliche Befinden von Frauen 1 bis 2 Jahre nach einem Kaiserschnitt. Hamburg. Diplomica Verlag.
- 36 Weblus, A.J. (2010): Einfluss von Musikhören auf Aspekte der Lebensqualität im Rahmen der zytostatischen Therapie von Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen unter besonderer Berücksichtigung der Faktoren Angst und Stimmung. Dissertation an der Medizinischen Fakultät/ Charité in Berlin

# Anhang

## *Information für werdende Mütter*



UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

---

Charité – Augustenburger Platz 1 – 13353 Berlin

### Ansprechpartnerinnen für Sie:

Nevin Nassar: Tel.: 030/2624107  
email: nevnev@web.de

Obaida Awad: Tel.: 030/30112104  
email: obi2111@gmx.net

### **Klinik für Geburtsmedizin**

Direktor: Prof. Dr. Joachim W.  
Dudenhausen

Tel.: (030) 4505 - 64072  
Fax : (030) 4505 - 64901

OÄ Dr.med. Christine Klapp  
Tel.: (030) 450 – 564067

### **Information für werdende Mütter**

Wir möchten Frauen, die vorhaben in unserer Klinik ihr Kind zur Welt zu bringen, eine möglichst gute Beratung zuteil werden lassen.

Deshalb haben wir ein Forschungsprojekt gestartet, das die Situation von Frauen mit Wunsch nach oder Notwendigkeit für einen Kaiserschnitt und dessen Auswirkungen untersucht.

Auf diesem Wege hoffen wir in Zukunft noch bessere Aufklärung und Unterstützung der Frauen bei der Wahl Ihres Geburtsweges bieten zu können.

Dabei soll die individuelle Beratung und der Umgang mit Risikofaktoren verbessert werden, um weiteren Problemen vorzubeugen.

Wir möchten Sie daher bitten an der Studie teilzunehmen.

Durch die Teilnahme an der Studie entstehen keinerlei Nachteile für Sie!  
Sie haben jederzeit das Recht von der Studie zurückzutreten.

Die Untersuchung erfolgt mittels anonymer Fragebögen mit Themen zu: Schwangerschaft, früheren Geburten, körperlichem und seelischem Befinden, Stimmung, Erwartungen und Befürchtungen an die bevorstehende Geburt und die Zeit danach, u.a. bzgl. Zufriedenheit mit der medizinischen Beratung und Betreuung sowie Partnerschaft und Sexualität.

Der erste Fragebogen wird in der Schwangerenberatung (vorzugsweise während der Wartezeit) verteilt. Sie können ihn entweder an der Anmeldung abgeben oder aber zum nächsten Termin (oder zur Geburt) mitbringen.

Nach der Geburt besuchen wir Sie auf der Wochenbettstation, um Ihnen den zweiten (kürzeren) Fragebogen auszuhändigen, den Sie dann bitte in einer dafür vorgesehene Kiste bei den Schwestern für uns hinterlassen.

Einen dritten (wiederum kurzen) Fragebogen schicken wir Ihnen ca. 4-6 Wochen nach der Geburt Ihres Kindes per Post nach Hause. Sie sollten ihn dann ausgefüllt im beigefügten, frankierten Briefumschlag an uns zurücksenden.

Den vierten (letzten) Fragebogen senden wir Ihnen 6 Monate nach der Geburt zu.

Es ist sehr wichtig für uns, dass Sie alle Fragebögen vollständig ausfüllen!!

Die Befragung unterliegt strengen datenschutzrechtlichen Bestimmungen, so dass eine absolute Vertraulichkeit Ihrer Angaben gewährleistet ist. Alle Daten, die Sie oder Ihr Kind betreffen werden vertraulich behandelt und sind nur den direkt beteiligten Untersuchern zugänglich. Am Ende der Studie werden statistische Aussagen über die Häufigkeiten und die Auswirkungen eines Kaiserschnittes gemacht, dabei werden keine Namen verwendet.

Sollte Sie noch weitere Fragen haben, so können Sie sich jederzeit telefonisch oder per E-Mail an uns wenden. (Telefonnummern und Emailadressen s.o.)

Wir danken für Ihr Interesse und hoffen auf Ihre Unterstützung bei der Forschung!

## **Einverständniserklärung**



UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

---

Charité – Augustenburger Platz 1 – 13353 Berlin

Klinik für Geburtsmedizin  
Leitung: Prof. Dr.med. J.W. Dudenhausen  
Tel.450 564 072

OÄ Dr.med. Christine Klapp  
Tel.: (030) 450 – 564067

Hiermit bestätige ich, dass ich, \_\_\_\_\_, über den Inhalt und die Tragweite der Studie zum Thema „Psychosoziale Implikationen bei der Wunschsectio im Vergleich zur Sectio aus medizinischer Indikation und zur Spontangeburt“ aufgeklärt wurde und erkläre mich hiermit einverstanden, an der Studie teilzunehmen.

Die Teilnahme erfolgt freiwillig und kann jederzeit von mir beendet werden, ohne dass daraus Nachteile für meine Behandlung oder die Behandlung meines Kindes entstehen.

Mir ist bewusst, dass alle Daten, die mich betreffen, vertraulich behandelt werden und nur den direkt beteiligten Untersuchern zugänglich sind.

Am Ende der Studie werden statistische Aussagen über die Häufigkeit und die Auswirkungen eines Kaiserschnittes gemacht, dabei werden keine Namen verwendet.

Ich willige darin ein, dass meine persönlichen Daten gespeichert werden und zum Zweck der o.g. Studie durch die Studienleiterin OÄ Fr. Dr.med. Klapp, Klinik für Geburtsmedizin, Charité Virchow Klinikum verarbeitet werden. Auch willige ich in die Veröffentlichung der Studienergebnisse jedoch ohne Bezugsmöglichkeit auf meine Person ein.

Ich wurde über die datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen aufgeklärt.

Berlin, den

Unterschrift

Fragebogen 1

# **„Psychosoziale Implikationen beim Kaiserschnitt im Vergleich mit anderen Geburtsarten“**

Fragebogen im Rahmen einer Promotionsarbeit

**Doktorandinnen: Nevin Nassar, Obaida Awad**

**Einrichtung: Klinik für Geburtsmedizin, Charité - Virchow Klinikum**

**Betreuerin: Dr. med. Christine Klapp, Oberärztin, Funktionsbereich  
Psychosomatik**

Heutiges Datum

Fragebogen-Nr.


Liebe werdende Mütter,

wir möchten uns im Voraus für die Unterstützung unserer Arbeit bei Ihnen bedanken. Indem Sie diesen Fragebogen ausfüllen, ermöglichen Sie es uns die Zusammenhänge zwischen dem Geburtsmodus, mit speziellem Augenmerk auf den Kaiserschnitt, und psychosozialen Aspekten, wie z.B. Angst, Depressivität und Sexualität zu untersuchen, und so wichtige Erkenntnisse auf diesem Gebiet zu erhalten. Auf diesem Wege hoffen wir in Zukunft eine noch bessere Aufklärung und Unterstützung der Frauen bei der Wahl Ihres Geburtsmodus zu gewährleisten. Auch eine individuelle Beratung und der Umgang mit Risikofaktoren sollen verbessert werden, um so den Frauen möglichst früh vorbeugende Maßnahmen bieten zu können.

Einige Fragen werden auf Sie persönlich gut zutreffen, andere dagegen wenig Bedeutung für Sie besitzen. Wir möchten Sie in jedem Fall bitten, alle Fragen gut durchzulesen und die für Sie zutreffende Antwort durch Ankreuzen zu markieren.

Bitte beantworten Sie **alle Fragen**. Nur so haben wir die Möglichkeit, die Ergebnisse später quantitativ und qualitativ auszuwerten.

Die Befragung unterliegt strengen datenschutzrechtlichen Bestimmungen, so dass eine absolute Vertraulichkeit Ihrer Angaben gewährleistet ist.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, so können Sie sich jederzeit telefonisch oder per E-Mail an uns wenden.

Frau Dr. Christine Klapp  
Klinik für Geburtsmedizin  
Charité Campus Virchow Klinikum  
Tel.: 030/450564067  
christine.klapp@charite.de

Tel.: Nevin Nassar 030/2624107      E-Mail: nevinev@web.de  
Tel.: Obaida Awad 030/30112104      E-Mail: obi2111@gmx.net

Für Ergänzungen und Anregungen, steht Ihnen nach jedem Abschnitt des Fragebogens ein Bereich für Anmerkungen zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

---

Und so wird es gemacht....

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie

- In die weißen Kästchen ein Kreuz machen

Beispiel:

trifft vollkommen zu 1  2  3  4  trifft gar nicht zu

- Oder die entsprechenden Angaben wie folgt ergänzen

Beispiel:

Alter: 26 Jahre

## 1. Allgemeine Angaben zur Person:

1. **Alter:** \_\_\_\_\_ (A1)

2. **Schulabschluss:** (bitte nur den höchsten ankreuzen) (A2)

Kein Schulabschluss

Noch kein Schulabschluss, Schülerin

Hauptschulabschluss

Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife

Polytechnische Oberschule mit 10-Klassen-Abschluss

Fachhochschulreife, Fachgebundene Hochschulreife

Abitur, allgemeine Hochschulreife

3. **Erlerner Beruf:** \_\_\_\_\_ (A3)

ich habe keine abgeschlossene Ausbildung

4. **Ausgeübter Beruf:** \_\_\_\_\_ (A4)

ich bin zurzeit nicht erwerbstätig

5. **Nationalität:** \_\_\_\_\_ (A5)

6. **Welche Sprache/n sprechen Sie zu Hause?** \_\_\_\_\_ (A6)

7. **Lebenssituation:** (auch Mehrfachnennungen möglich) (A7)

verheiratet       geschieden       verwitwet

ledig, in Partnerschaft       ledig, alleinstehend

8. **Religionszugehörigkeit:** \_\_\_\_\_ (A8)

Keine

**9. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt?** (A9)

Diabetes  Schwangerschaftsdiabetes  Schilddrüsenerkrankung

Herz/Kreislaufkrankungen  Asthma  Epilepsie

psychische Erkrankungen  rheumatische Erkrankungen

chronisch entzündliche Darmerkrankungen  Keine

andere  , wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**10. Nehmen Sie Medikamente während der Schwangerschaft ein?** (A10)

Ja  welche: \_\_\_\_\_

Nein

**11. Rauchen Sie bzw. haben Sie in der Schwangerschaft geraucht?** (A11)

Ja  0-5 Zigaretten/Tag  6-10 Zigaretten/Tag

11-20 Zigaretten/Tag  21-30 Zigaretten/Tag

Nein

**Anmerkungen:**

---

---

---

**2. Frühere Schwangerschaften und Geburten**

**1. Handelt es sich um Ihre erste Geburt?** Ja  Nein  (B1)

Wenn nein:

**2. Anzahl der Kinder** (ausgenommen jetzige Schwangerschaft) \_\_\_\_\_ (B2)

**3. Hatten Sie bereits eine Fehlgeburt?** Ja  Nein  (B3)

**4. Hatten Sie bereits einen Abbruch?** Ja  Nein  (B4)

Wenn Sie schon ein Kind geboren haben: (wenn nein, weiter auf Seite 6) \*

5. Auf welchem Weg wurde Ihr Kind geboren? (B5-B8)

	vaginal	vaginal mit Saugglocke/ Geburtszange	Kaiserschnitt mit medizinischer Indikation	Wunschkaiserschnitt	Notkaiserschnitt
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Gab es Komplikationen bei einer vorherigen Schwangerschaft/Geburt? (B11)

Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

7. Kam es zu Komplikationen bezogen auf Beckenboden bzw. Inkontinenz (z.B. unwillkürlicher Urinabgang)? Ja  Nein

Wenn ja, Art der Komplikationen: (Mehrfachnennung möglich)

Harninkontinenz  Stuhlinkontinenz  Wundheilungsstörung der Naht

Unkontrollierter Abgang von Darmwinden  Dammriss

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr  Empfindungsstörung beim Geschlechtsverkehr

8. Wie würden Sie die Schmerzen der vorherigen Geburt(en) einstufen? (B17)

sehr gering 1  2  3  4  sehr stark

9. Wie würden Sie das Geburtserlebnis Ihrer vorherigen Geburt(en) einstufen? (B18)

negativ 1  2  3  4  positiv

10. Wie würden Sie Ihre Angst vor den vorherigen Geburt(en) einstufen? (B19)

sehr niedrig 1  2  3  4  sehr hoch

Anmerkungen:

---

### \* 3. Aktueller Schwangerschaftsverlauf/Momentanes Befinden

1. In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich? \_\_\_\_\_ (C1)

2. Handelt es sich um eine geplante Schwangerschaft? Ja  Nein  (C2)

Wenn ja, seit wann besteht bei Ihnen Kinderwunsch? (C3)

<1 Jahr  1-5 Jahre  >5 Jahre

3. Sind weitere Schwangerschaften geplant? Ja  Nein  (C4)

4. Gab es Probleme bei der Empfängnis? Ja  Nein  (C5)

Wenn ja, wie wurden diese behandelt? (Mehrfachnennung möglich) (C6)

In-vitro-Fertilisation  Hormontherapie  andere  \_\_\_\_\_

5. Wie würden Sie Ihr momentanes Befinden beschreiben? (C7)

Sehr schlecht 1  2  3  4  sehr gut

6. Wie würden Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand einstufen? (C8-C10)

körperliche Belastbarkeit sehr gering 1  2  3  4  sehr stark

seelische Belastbarkeit sehr gering 1  2  3  4  sehr stark

Mobilität sehr schlecht 1  2  3  4  sehr gut

7. Haben Sie an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen? (C13)

Ja  Nein, ist aber noch geplant  Nein

wenn ja, wie beurteilen Sie diese Erfahrung? (C14)

negativ 1  2  3  4  positiv

8. Hat der Kurs Sie in Ihrer Entscheidung, den Geburtsmodus (Geburtsweg) betreffend, beeinflusst? (C15)

nein, gar nicht 1  2  3  4  Ja, sehr

9. Wer/ Was hat vor allem Ihre Entscheidung hinsichtlich des Geburtsweges geprägt?

(Mehrfachnennung möglich)

Familie  Freunde  Medien  Ärzte/Hebamme

Anmerkungen:

---

---

Im Folgenden ist eine Anzahl von **Beschwerden** aufgeführt. Überlegen Sie bitte, **wie stark Sie an den einzelnen Beschwerden leiden** und kreuzen Sie der Reihe nach an inwiefern Sie sich durch diese beeinträchtigt fühlen.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt....

	nicht 1	kaum 2	einiger- maßen 3	erheblich 4	stark 5
Schwächegefühl					
Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern					
Druck und Völlegefühl im Leib					
Übermächtiges Schlafbedürfnis					
Gelenk- oder Gliederschmerzen					
Schwindelgefühl					
Kreuz- oder Rückenschmerzen					
Nacken- oder Schulterschmerzen					
Erbrechen					
Übelkeit					
Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals					
Sodbrennen					
saures Aufstoßen					
Kopfschmerzen					
Rasche Erschöpfbarkeit					
Müdigkeit					
Gefühl der Benommenheit					
Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen					
Mattigkeit					
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
Magenschmerzen					
Anfallsweise Atemnot					
Herzbeschwerden					
Druckgefühl im Kopf					
Häufiger Harndrang					
Verstopfung					

GBB- Kurzfassung (24 items) + BBI+F (2 items)  
(D1-D26)

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Wörtern, die Stimmungen beschreiben. Kreuzen Sie bitte der Reihe nach an, inwieweit jeder der Begriffe für Ihre **augenblickliche Stimmung** zutrifft.

Ich fühle mich...

	gar nicht 1	etwas 2	ziemlich 3	über- wiegend 4	ganz 5
matt					
konzentriert					
besorgt					
angriffslustig					
unbeteiligt					
fröhlich					
beunruhigt					
aggressiv					
deprimiert					
vergnügt					
aufmerksam					
uninteressiert					
erschöpft					
betrübt					

BSF- Kurzversion (14 items)  
(E1-E14)

**Anmerkungen:**

---



---



---



Andere \_\_\_\_\_

---

---

**3. Wie äußert sich Ihre Angst?** (Mehrfachnennung möglich)

(G16)

- Weinen     Schlaflosigkeit     depressive Stimmung     Nervosität
- Herzrasen     Übelkeit     Angespanntheit     Alpträume
- Konzentrationsprobleme     Appetitlosigkeit     häufige Arztbesuche
- Selbstmordgedanken     keine der Antworten trifft zu
- Andere , welche:

**4. Mit einer vaginalen Geburt verbinde ich:** (Mehrfachnennung möglich)

(G17)

(Bitte auch beantworten, wenn Sie einen **Kaiserschnitt** planen)

- Weniger Risiken für das Kind
- Geburtskomplikationen (z.B. Blutungen, Dammriss)
- Weniger Risiken für meine Gesundheit
- keine Kontrolle über den Geburtsverlauf
- Schädigungen des Kindes (z.B. Sauerstoffmangel..)
- Sofortiger Kontakt zu meinem Kind
- Schmerzen
- Aktive Teilnahme an der Geburt
- Stolz auf körperliche Leistung
- Natürlichkeit
- Kontrollmöglichkeiten über den Geburtsverlauf
- Anderes  \_\_\_\_\_

**5. Mit einem Kaiserschnitt verbinde ich:** (Mehrfachnennung möglich)

(G18)

(Bitte auch beantworten, wenn Sie eine vaginale Geburt planen)

- Weniger Risiken für das Kind
- Weniger Risiken für meine Gesundheit
- Schädigungen des Kindes (z.B. Atemnot..)
- Verzögerter Kontakt zu meinem Kind
- Eine schnelle, schmerzlose Geburt
- Ein passives Geburtserlebnis
- weniger Anstrengung
- bessere Planbarkeit
- Kontrollmöglichkeit über den Geburtsverlauf
- Anderes  \_\_\_\_\_

**6. Der Hauptbeweggrund für den von mir gewünschten Geburtsweg ist:**

(G19)

(Bitte nur einen nennen)

\_\_\_\_\_

**7. Bitte geben Sie auf einer Skala von 0-10 an, ob es eher psychische Gründe oder körperliche Gründe sind, weshalb Sie diesen Geburtsweg bevorzugen.**

(nur psychisch) (nur körperlich)

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

|\_\_\_\_\_||\_\_\_\_\_||

**Anmerkungen:**

---

---

---

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie in jeder Zeile aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **jetzt**, d.h. **in diesem Moment**, fühlen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange, und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren augenblicklichen Gefühlszustand am besten beschreibt.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
1. Ich bin ruhig				
2. Ich fühle mich geborgen				
3. Ich fühle mich angespannt				
4. Ich bin bekümmert				
5. Ich bin gelöst				
6. Ich bin aufgeregt				
7. Ich bin besorgt, dass etwas schief gehen könnte				
8. Ich fühle mich ausgeruht				
9. Ich bin beunruhigt				
10. Ich fühle mich wohl				
11. Ich fühle mich selbstsicher				
12. Ich bin nervös				
13. Ich bin zappelig				
14. Ich bin verkrampft				
15. Ich bin entspannt				
16. Ich bin zufrieden				
17. Ich bin besorgt				
18. Ich bin überreizt				
19. Ich bin froh				
20. Ich bin vergnügt				

STAI-G Form X1  
(H1-H20)

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie in jeder Zeile aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **im Allgemeinen** fühlen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange, und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich im **Allgemeinen** fühlen.

	Fast nie	Manchmal	Oft	Fast immer
21. Ich bin vergnügt				
22. Ich werde schnell müde				
23. Mir ist zum Weinen zumute				
24. Ich glaube, mir geht es schlechter als anderen Leuten				
25. Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann				
26. Ich fühle mich ausgeruht				
27. Ich bin ruhig und gelassen				
28. Ich glaube, dass mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen				
29. Ich mache mir zuviel Gedanken über unwichtige Dinge				
30. Ich bin glücklich				
31. Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen				
32. Mir fehlt es an Selbstvertrauen				
33. Ich fühle mich geborgen				
34. Ich mache mir Sorgen über mögliches Missgeschick				
35. Ich fühle mich niedergeschlagen				
36. Ich bin zufrieden				
37. Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich				
38. Enttäuschungen nehme ich so schwer, dass ich sie nicht vergessen kann				
39. Ich bin ausgeglichen				
40. Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitige Angelegenheiten denke				

## 6. Seelisches Befinden

### 1. Was tun Sie normalerweise, wenn es Ihnen nicht gut geht?

(J9)

(Mehrfachnennung möglich)

- Freunde treffen     telefonieren     baden     putzen   
einkaufen     allein sein     lesen     fernsehen   
schlafen     Sport     spazieren gehen   
anderes  \_\_\_\_\_

Anmerkungen:

---

---

---

## 7. Partnerschaft

Wenn Sie in Partnerschaft leben:

(sonst weiter auf Seite 15) \*

### 1. Leben Sie mit Ihrem Partner zusammen?

- Ja     Nein  (L1)

### 2. Wie lange sind Sie mit Ihrem Partner zusammen?

(L2)

- <1 Jahr     1-5 Jahre     6-10 Jahre     >10Jahre

### 3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Partnerschaft?

(L3)

- sehr unzufrieden    1     2     3     4     sehr zufrieden

### 4. Wie beurteilen Sie die Stabilität Ihrer Partnerschaft?

(L4)

- sehr gering    1     2     3     4     sehr stark

### 5. Wie viel Zeit verbringen Sie mit Ihrem Partner?

(L5)

- sehr wenig    1     2     3     4     sehr viel

### 6. Wie groß war der Einfluss Ihres Partners auf die Entscheidung für den von Ihnen gewählten Geburtsweg?

(L6)

- wenig 1     2     3     4     viel

### 7. Inwieweit hat sich die Partnerschaft durch die Schwangerschaft verändert?

---

---

## \*8.Sexualität

**1. Wie oft verspüren Sie das Verlangen sexuell aktiv zu sein?** (M1c)

**Vor der Schwangerschaft:**

Nie       selten       oft       sehr oft

**Während der Schwangerschaft:**

Nie       selten       oft       sehr oft

**2. Wie oft sind Sie mit Ihrem Partner sexuell aktiv?**

**Vor der Schwangerschaft:** (M2c)

Sehr selten/ Nie       1x/Monat oder weniger       etwa 1x/Woche

mehrmals/Woche       1x/Tag oder öfter

**Während der Schwangerschaft:** (M3c)

Sehr selten/ Nie       1x/Monat oder weniger       etwa 1x/Woche

mehrmals/Woche       1x/Tag oder öfter

**3. Wie oft wünschen Sie (sich) mit Ihrem Partner sexuell aktiv zu sein?**

Sehr selten/ Nie       1x/Monat oder weniger       etwa 1x/Woche

mehrmals/Woche       1x/Tag oder öfter

**4. Wie wichtig ist Ihnen der Austausch von Zärtlichkeiten (Streicheln, Küssen), auch wenn es hierbei nicht zum Geschlechtsverkehr kommt?**

**Vor der Schwangerschaft:** (M5a)

Gar nicht wichtig      1     2     3     4     sehr wichtig

**Während der Schwangerschaft:**

Gar nicht wichtig      1     2     3     4     sehr wichtig (M6a)

**5. Verspüren Sie beim Geschlechtsverkehr Schmerzen im Genitalbereich (diese Schmerzen können entweder vor, während oder nach dem Geschlechtsverkehr auftreten)?** (M7c)

Nie       selten       oft       sehr oft

**wenn ja,** Sehr gering    1     2     3     4     sehr stark (M8a)

**6. Leiden Sie aufgrund einer trockenen Scheide unter Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?**

Nie       selten       oft       sehr oft

**7. Hatten Sie vor der Schwangerschaft bereits Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?**

Ja       Nein

wenn ja,      Sehr gering    1     2     3     4     sehr stark

**8. Hat sich Ihr sexuelles Empfindungsvermögen (Intensität der Empfindung) beim Geschlechtsverkehr seit der Schwangerschaft verändert?** (M13a)

Ja       Nein

wenn ja,      Verringert    1     2     3     4     verstärkt (M14a)

**9. Kommt es vor, dass Sie während des Geschlechtsverkehrs nicht genügend sexuell erregt sind?** (Unter Erregung versteht man: Feuchtwerden der Scheide und Anschwellen der äußeren Geschlechtsteile).

Nie       selten       oft     sehr oft

**10. Wie beurteilen Sie Ihr sexuelles Verlangen?**

**Vor der Schwangerschaft:** (M16a)

sehr gering    1     2     3     4     sehr stark

**Während der Schwangerschaft:** (M17a)

sehr gering    1     2     3     4     sehr stark

**11. Erleben Sie beim Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner einen sexuellen Erregungshöhepunkt (Orgasmus)?**

**Vor der Schwangerschaft:**

Nie       selten       oft     sehr oft

**Während der Schwangerschaft:**

Nie       selten       oft     sehr oft

**12. Erleben Sie mit Ihrem Partner einen sexuellen Erregungshöhepunkt (Orgasmus) auch wenn es nicht zum Geschlechtsverkehr kommt?**

Nie       selten       oft     sehr oft

**13. Wie zufrieden sind Sie in sexueller Hinsicht mit Ihrer Partnerschaft?**

**Vor der Schwangerschaft:** (M21c)

sehr unzufrieden    1     2     3     4     sehr zufrieden

**Während der Schwangerschaft:** (M22c)

sehr unzufrieden    1     2     3     4     sehr zufrieden

**14. Wie zufrieden ist Ihr Partner Ihrer Meinung nach mit Ihrem aktuellen Sexualleben?**

sehr unzufrieden    1     2     3     4     sehr zufrieden    (M23a)

**15. Vermeiden Sie es, sexuell aktiv zu sein?** (M24c)

Nie     selten     oft     sehr oft

**16. Wenn Sie seit der Schwangerschaft nicht mehr so häufig Geschlechtsverkehr haben sollten, was sind Ihrer Meinung nach die 3 wichtigsten Gründe dafür?** (M25bc)

- Müdigkeit     Blutungen     Beziehungsprobleme
- Angst dem Kind zu schaden     Angst die Geburt auszulösen
- Ich fühle mich nicht mehr so begehrenswert wie früher     Schmerzen
- Mangelnde Lubrikation (Feuchtwerden der Scheide)     Depression
- Angst vor möglichen Schmerzen     Mangelnde Gelegenheiten
- Weniger Lust     Zurzeit weniger Bedürfnis beim Partner vorhanden
- Ausfluss (z.B. durch Entzündung)     Allgemeines Unwohlsein
- Störungen der Sensibilität (Empfindsamkeit) der Haut im Bereich der Sexualorgane
- Missempfinden wie (z.B. Kribbeln, Stechen) im Bereich der Sexualorgane
- Andere  \_\_\_\_\_

**17. Glauben Sie, dass die bevorstehende Geburt einen Einfluss auf Ihre Sexualität haben wird?** (M30a)

Ja     Nein

**wenn ja**, (bitte beides ankreuzen)

gering    1     2     3     4     sehr stark    (M31a)

negativ    1     2     3     4     positiv    (M32a)

**wenn ja**, in welcher Weise? \_\_\_\_\_ (M33a)

**Anmerkungen:**

---

---

---

Bitte markieren Sie die Antwort, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen gefühlt haben, nicht nur, wie Sie sich heute fühlen.

**Innerhalb der letzten 7 Tage:**

**Ich konnte lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen.** (K1)

- So wie immer
- Nicht ganz so wie früher
- Deutlich weniger als früher
- Überhaupt nicht

**Ich konnte mich so richtig auf etwas freuen.** (K2)

- So wie immer
- Etwas weniger als sonst
- Deutlich weniger als früher
- Kaum

**Ich habe mich grundlos schuldig gefühlt, wenn Dinge schief gingen.** (K3)

- Nein, niemals
- Nein, nicht sehr oft
- Ja, gelegentlich
- Ja, meistens

**Ich war ängstlich oder besorgt aus nichtigen Gründen.** (K4)

- Nein, gar nicht
- Selten
- Ja, gelegentlich
- Ja, sehr oft

**Ich erschrak leicht oder geriet in Panik aus unerfindlichem Grund.** (K5)

- Ja, sehr häufig
- Ja, gelegentlich
- Nein, kaum
- Nein, überhaupt nicht

**Ich fühlte mich durch verschiedene Umstände überfordert.**

(K6)

- Ja, meistens konnte ich die Situation nicht meistern.
- Ja, gelegentlich konnte ich die Dinge nicht so meistern wie sonst.
- Nein, meistens konnte ich die Situation meistern.
- Nein, ich bewältigte die Dinge so gut wie immer.

**Ich war so unglücklich, dass ich nur schlecht schlafen konnte.**

(K7)

- Ja, meistens
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht sehr häufig
- Nein, gar nicht

**Ich habe mich traurig oder elend gefühlt.**

(K8)

- Ja, meistens
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht sehr häufig
- Nein, gar nicht

**Ich war so unglücklich, dass ich weinte.**

(K9)

- Ja, die ganze Zeit
- Ja, sehr häufig
- Nur gelegentlich
- Nein, nie

**Ich hatte den Gedanken, mir selbst Schaden zuzufügen.**

(K10)

- Ja, recht häufig
- Gelegentlich
- Kaum jemals
- Niemals

(EPDS)

## 10. Medizinische Betreuung

### 1. Was erwarten Sie von der ärztlichen Beratung zur Geburtsplanung?

---

---

---

### 2. Wie sicher sind Sie sich Ihrer Entscheidung für den von Ihnen gewählten Geburtsweg?

**vor der Schwangerenberatung:** (04)

nicht sicher 1  2  3  4  sehr sicher

**nach der Schwangerenberatung:** (05)

nicht sicher 1  2  3  4  sehr sicher

**Wenn Sie bereits bei der Schwangerenberatung waren:**

### 3. Wie beurteilen Sie die Aufklärung und Information in der Schwangerenberatung bezogen auf den Geburtsmodus? (06)

sehr schlecht 1  2  3  4  sehr gut

### 4. Inwiefern fühlen Sie sich in die Geburtsplanung mit einbezogen? (07)

wenig 1  2  3  4  viel

### 5. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Ängste und Sorgen ernst genommen werden? (08)

nein, überhaupt nicht 1  2  3  4  ja, sehr

### 6. Sind Sie zufrieden mit dem Beratungsgespräch/dem medizinischen Personal? (09)

sehr unzufrieden 1  2  3  4  sehr zufrieden

### 7. Was fanden Sie gut und was hat Ihnen gefehlt?

**Anmerkungen:**

---

---

---

**Was halten Sie im Rahmen dieses Fragebogens noch für erwähnenswert?**

---

---

---

---

---

---

---

Berlin, den \_\_\_\_\_

Wir möchten uns bei Ihnen ganz herzlich für die Unterstützung unserer Arbeit bedanken und wünschen Ihnen eine sanfte Geburt und alles Gute für Sie und für Ihr Kind.

Fragebogen2

# **„Psychosoziale Implikationen beim Kaiserschnitt im Vergleich mit anderen Geburtsarten“**

Fragebogen im Rahmen einer Promotionsarbeit

**Doktorandinnen: Nevin Nassar, Obaida Awad**

**Einrichtung: Klinik für Geburtsmedizin, Charité - Virchow Klinikum**

**Betreuerin: Dr. med. Christine Klapp, Oberärztin, Funktionsbereich  
Psychosomatik**

Heutiges Datum

Fragebogen-Nr.


Liebe Mütter,

Wir bedanken uns, dass Sie bis jetzt an unserer Studie teilnehmen und damit mithelfen, zukünftig eine bessere Einschätzung der Bedürfnisse von Schwangeren und Wöchnerinnen anbieten und evtl. nötige Versorgungsangebote machen zu können.

Dies ist der zweite Fragebogen - auch dieser wird wieder vertraulich behandelt.

Den nächsten senden wir Ihnen in 4-6 Wochen nach Hause und den letzten in 6 Monaten.

Einige Fragen werden auf Sie persönlich gut zutreffen, andere dagegen wenig Bedeutung für Sie besitzen. Wir möchten Sie in jedem Fall bitten, alle Fragen gut durchzulesen und die für Sie zutreffende Antwort durch Ankreuzen zu markieren.

Bitte beantworten Sie **alle Fragen**. Nur so haben wir die Möglichkeit, die Ergebnisse später quantitativ und qualitativ auszuwerten.

Die Befragung unterliegt strengen datenschutzrechtlichen Bestimmungen, so dass eine absolute Vertraulichkeit Ihrer Angaben gewährleistet ist.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, so können Sie sich jederzeit telefonisch oder per E-Mail an uns wenden.

Frau Dr. Christine Klapp  
Klinik für Geburtsmedizin  
Charité Campus Virchow Klinikum  
Tel.: 030/450564067  
christine.klapp@charite.de

Tel.: Nevin Nassar 030/2624107

E-Mail: nevnev@web.de

Tel.: Obaida Awad 030/30112104

E-Mail: obi2111@gmx.net

Für Ergänzungen und Anregungen, steht Ihnen nach jedem Abschnitt des Fragebogens ein Bereich für Anmerkungen zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

---

## 1. Geburt

### 1. Wie ist Ihr Kind auf die Welt gekommen? (F3)

- Spontan  per Vakuumentzug (VE)
- per sek. Kaiserschnitt mit PDA  per sek. Kaiserschnitt in Vollnarkose
- per prim. Kaiserschnitt mit PDA  per prim. Kaiserschnitt in Vollnarkose

### 2. Wurde bei Ihnen ein Dammschnitt durchgeführt bzw. kam es zu einem Dammriss?

- nein  ja: Dammschnitt  Dammriss

## 2. Momentanes Befinden

### 1. Wie würden Sie Ihr momentanes Befinden beschreiben? (C7)

- Sehr schlecht 1  2  3  4  sehr gut

### 2. Wie würden Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand einstufen? (C8-C10)

- körperliche Belastbarkeit sehr gering 1  2  3  4  sehr stark
- seelische Belastbarkeit sehr gering 1  2  3  4  sehr stark
- Mobilität sehr schlecht 1  2  3  4  sehr gut

## 3. Medizinische Betreuung

### 1. Inwiefern fühlten Sie sich in den Geburtsverlauf mit einbezogen? (O7)

- wenig 1  2  3  4  viel

### 2. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Ängste und Sorgen ernst genommen werden?

- nein, überhaupt nicht 1  2  3  4  ja, sehr (O8)

### 3. Sind Sie zufrieden mit dem medizinischen Personal?

- sehr unzufrieden 1  2  3  4  sehr zufrieden (O9)

### 4. Was fanden Sie gut und was hat Ihnen gefehlt?

#### Anmerkungen:

---

---

---

Im Folgenden ist eine Anzahl von **Beschwerden** aufgeführt. Überlegen Sie bitte, **wie stark Sie an den einzelnen Beschwerden leiden** und kreuzen Sie der Reihe nach an inwiefern Sie sich durch diese beeinträchtigt fühlen.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt....

	nicht 1	kaum 2	einiger- maßen 3	erheblich 4	stark 5
Schwächegefühl					
Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern					
Druck und Völlegefühl im Leib					
Übermächtiges Schlafbedürfnis					
Gelenk- oder Gliederschmerzen					
Schwindelgefühl					
Kreuz- oder Rückenschmerzen					
Nacken- oder Schulterschmerzen					
Erbrechen					
Übelkeit					
Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals					
Sodbrennen					
saures Aufstoßen					
Kopfschmerzen					
Rasche Erschöpfbarkeit					
Müdigkeit					
Gefühl der Benommenheit					
Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen					
Mattigkeit					
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
Magenschmerzen					
Anfallsweise Atemnot					
Herzbeschwerden					
Druckgefühl im Kopf					
Häufiger Harndrang					
Verstopfung					

GBB- Kurzfassung (24 items) + BBI+F (2 items)  
(D1-D26)

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Wörtern, die Stimmungen beschreiben. Kreuzen Sie bitte der Reihe nach an, inwieweit jeder der Begriffe für Ihre **augenblickliche Stimmung** zutrifft.

Ich fühle mich...

	gar nicht 1	etwas 2	ziemlich 3	über- wiegend 4	ganz 5
matt					
konzentriert					
besorgt					
angriffslustig					
unbeteiligt					
fröhlich					
beunruhigt					
aggressiv					
deprimiert					
vergnügt					
aufmerksam					
uninteressiert					
erschöpft					
betrübt					

BSF- Kurzversion (14 items)  
(E1-E14)

**Anmerkungen:**

---



---



---

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie in jeder Zeile aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **jetzt**, d.h. **in diesem Moment**, fühlen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange, und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren augenblicklichen Gefühlszustand am besten beschreibt.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
1. Ich bin ruhig				
2. Ich fühle mich geborgen				
3. Ich fühle mich angespannt				
4. Ich bin bekümmert				
5. Ich bin gelöst				
6. Ich bin aufgeregt				
7. Ich bin besorgt, dass etwas schief gehen könnte				
8. Ich fühle mich ausgeruht				
9. Ich bin beunruhigt				
10. Ich fühle mich wohl				
11. Ich fühle mich selbstsicher				
12. Ich bin nervös				
13. Ich bin zappelig				
14. Ich bin verkrampft				
15. Ich bin entspannt				
16. Ich bin zufrieden				
17. Ich bin besorgt				
18. Ich bin überreizt				
19. Ich bin froh				
20. Ich bin vergnügt				

STAI-G Form X1  
(H1-H20)

Bitte markieren Sie die Antwort, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen gefühlt haben, nicht nur, wie Sie sich heute fühlen.

**Innerhalb der letzten 7 Tage:**

**Ich konnte lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen.** (K1)

- So wie immer
- Nicht ganz so wie früher
- Deutlich weniger als früher
- Überhaupt nicht

**Ich konnte mich so richtig auf etwas freuen.** (K2)

- So wie immer
- Etwas weniger als sonst
- Deutlich weniger als früher
- Kaum

**Ich habe mich grundlos schuldig gefühlt, wenn Dinge schief gingen.** (K3)

- Nein, niemals
- Nein, nicht sehr oft
- Ja, gelegentlich
- Ja, meistens

**Ich war ängstlich oder besorgt aus nichtigen Gründen.** (K4)

- Nein, gar nicht
- Selten
- Ja, gelegentlich
- Ja, sehr oft

**Ich erschrak leicht oder geriet in Panik aus unerfindlichem Grund.** (K5)

- Ja, sehr häufig
- Ja, gelegentlich
- Nein, kaum
- Nein, überhaupt nicht

**Ich fühlte mich durch verschiedene Umstände überfordert.**

(K6)

- Ja, meistens konnte ich die Situation nicht meistern.
- Ja, gelegentlich konnte ich die Dinge nicht so meistern wie sonst.
- Nein, meistens konnte ich die Situation meistern.
- Nein, ich bewältigte die Dinge so gut wie immer.

**Ich war so unglücklich, dass ich nur schlecht schlafen konnte.**

(K7)

- Ja, meistens
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht sehr häufig
- Nein, gar nicht

**Ich habe mich traurig oder elend gefühlt.**

(K8)

- Ja, meistens
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht sehr häufig
- Nein, gar nicht

**Ich war so unglücklich, dass ich weinte.**

(K9)

- Ja, die ganze Zeit
- Ja, sehr häufig
- Nur gelegentlich
- Nein, nie

**Ich hatte den Gedanken, mir selbst Schaden zuzufügen.**

(K10)

- Ja, recht häufig
- Gelegentlich
- Kaum jemals
- Niemals

(EPDS)

## 4. Sexualität

### 1. Glauben Sie, dass die Geburt Ihres Kindes Einfluss auf Ihre Sexualität haben wird?

(M30a)

Ja           Nein

wenn ja, (bitte beides ankreuzen)

gering          1     2     3     4     sehr stark          (M31a)

negativ          1     2     3     4     positiv          (M32a)

wenn ja, in welcher Weise? \_\_\_\_\_ (M33a)

### Anmerkungen:

---

---

### Was halten Sie im Rahmen dieses Fragebogens noch für erwähnenswert?

---

---

---

---

---

---

Berlin, den \_\_\_\_\_

Wir möchten uns bei Ihnen ganz herzlich für die Unterstützung unserer Arbeit bedanken und wünschen Ihnen alles Gute für Sie und für Ihr Kind.

Fragebogen3

# „Psychosoziale Implikationen beim Kaiserschnitt im Vergleich mit anderen Geburtsarten“

Fragebogen im Rahmen einer Promotionsarbeit

**Doktorandinnen: Nevin Nassar, Obaida Awad**

**Einrichtung: Klinik für Geburtsmedizin, Charité - Virchow Klinikum**

**Betreuerin: Dr. med. Christine Klapp, Oberärztin, Funktionsbereich  
Psychosomatik**

Heutiges Datum


Fragebogen-Nr.

Liebe Mütter,

Wir bedanken uns, dass Sie bis jetzt an unserer Studie teilnehmen und damit mithelfen, zukünftig eine bessere Einschätzung der Bedürfnisse von Schwangeren und Wöchnerinnen anbieten und evtl. nötige Versorgungsangebote machen zu können.

Wir schicken Ihnen nun den vorletzten Fragebogen - auch dieser wird wieder vertraulich behandelt.

Der Letzte wird in einigen Monaten folgen und wir bitten Sie auch diesen dann vollständig auszufüllen und uns somit bei unserer Forschung zu unterstützen.

Einige Fragen werden auf Sie persönlich gut zutreffen, andere dagegen wenig Bedeutung für Sie besitzen. Wir möchten Sie in jedem Fall bitten, alle Fragen gut durchzulesen und die für Sie zutreffende Antwort durch Ankreuzen zu markieren.

Bitte beantworten Sie **alle Fragen**. Nur so haben wir die Möglichkeit, die Ergebnisse später quantitativ und qualitativ auszuwerten.

Die Befragung unterliegt strengen datenschutzrechtlichen Bestimmungen, so dass eine absolute Vertraulichkeit Ihrer Angaben gewährleistet ist.

Sollte Sie noch weitere Fragen haben, so können Sie sich jederzeit telefonisch oder per E-Mail an uns wenden.

Frau Dr. Christine Klapp  
Klinik für Geburtsmedizin  
Charité Campus Virchow Klinikum  
Tel.: 030/450564067  
christine.klapp@charite.de

Tel.: Nevin Nassar 030/2624107  
Tel.: Obaida Awad 030/30112104

E-Mail: nevnev@web.de  
E-Mail: obi2111@gmx.net

Für Ergänzungen und Anregungen, steht Ihnen nach jedem Abschnitt des Fragebogens ein Bereich für Anmerkungen zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

---

## 1. Momentanes Befinden

1. Wie würden Sie Ihr momentanes Befinden beschreiben? (C7)

Sehr schlecht 1  2  3  4  sehr gut

2. Wie würden Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand einstufen? (C8-C10)

körperliche Belastbarkeit sehr gering 1  2  3  4  sehr stark

seelische Belastbarkeit sehr gering 1  2  3  4  sehr stark

Mobilität sehr schlecht 1  2  3  4  sehr gut

## 2. Geburt

1. Wie würden Sie im Nachhinein die Schmerzen der Geburt einstufen? (B17)

sehr gering 1  2  3  4  sehr stark

2. Wie würden Sie im Nachhinein das Geburtserlebnis einstufen? (B18)

negativ 1  2  3  4  positiv

3. Wie würden Sie im Nachhinein Ihre Angst vor der Geburt einstufen? (B19)

sehr niedrig 1  2  3  4  sehr hoch

4. Gab es Komplikationen bei der Geburt Ihres Kindes? (B11)

Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

5. Kam es zu Komplikationen bezogen auf den Beckenboden bzw. Inkontinenz

(z.B. unwillkürlicher Urinabgang)? Ja  Nein

Wenn ja, Art der Komplikationen: (Mehrfachnennung möglich)

Harninkontinenz  Stuhlinkontinenz  Wundheilungsstörung der Naht

Unkontrollierter Abgang von Darmwinden  Dammriss

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr  Empfindungsstörung beim Geschlechtsverkehr

6. Sind weitere Schwangerschaften geplant? Ja  Nein  (C4)

7. Welchen Geburtsweg würden Sie sich bei der nächsten Geburt wünschen? (F2)

vaginale Geburt  Kaiserschnitt mit PDA  Kaiserschnitt in Vollnarkose

**Anmerkungen:**

---

Im Folgenden ist eine Anzahl von **Beschwerden** aufgeführt. Überlegen Sie bitte, **wie stark Sie an den einzelnen Beschwerden leiden** und kreuzen Sie der Reihe nach an inwiefern Sie sich durch diese beeinträchtigt fühlen.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt....

	nicht 1	kaum 2	einiger- maßen 3	erheblich 4	stark 5
Schwächegefühl					
Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern					
Druck und Völlegefühl im Leib					
Übermächtiges Schlafbedürfnis					
Gelenk- oder Gliederschmerzen					
Schwindelgefühl					
Kreuz- oder Rückenschmerzen					
Nacken- oder Schulterschmerzen					
Erbrechen					
Übelkeit					
Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals					
Sodbrennen					
saures Aufstoßen					
Kopfschmerzen					
Rasche Erschöpfbarkeit					
Müdigkeit					
Gefühl der Benommenheit					
Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen					
Mattigkeit					
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
Magenschmerzen					
Anfallsweise Atemnot					
Herzbeschwerden					
Druckgefühl im Kopf					
Häufiger Harndrang					
Verstopfung					

GBB- Kurzfassung (24 items) + BBI+F (2 items)  
(D1-D26)

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Wörtern, die Stimmungen beschreiben. Kreuzen Sie bitte der Reihe nach an, inwieweit jeder der Begriffe für Ihre **augenblickliche Stimmung** zutrifft.

Ich fühle mich...

	gar nicht 1	etwas 2	ziemlich 3	über- wiegend 4	ganz 5
matt					
konzentriert					
besorgt					
angriffslustig					
unbeteiligt					
fröhlich					
beunruhigt					
aggressiv					
deprimiert					
vergnügt					
aufmerksam					
uninteressiert					
erschöpft					
betrübt					

BSF- Kurzversion (14 items)  
(E1-E14)

**Anmerkungen:**

---



---



---

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie in jeder Zeile aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **jetzt**, d.h. **in diesem Moment**, fühlen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange, und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren augenblicklichen Gefühlszustand am besten beschreibt.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
1. Ich bin ruhig				
2. Ich fühle mich geborgen				
3. Ich fühle mich angespannt				
4. Ich bin bekümmert				
5. Ich bin gelöst				
6. Ich bin aufgeregt				
7. Ich bin besorgt, dass etwas schief gehen könnte				
8. Ich fühle mich ausgeruht				
9. Ich bin beunruhigt				
10. Ich fühle mich wohl				
11. Ich fühle mich selbstsicher				
12. Ich bin nervös				
13. Ich bin zappelig				
14. Ich bin verkrampft				
15. Ich bin entspannt				
16. Ich bin zufrieden				
17. Ich bin besorgt				
18. Ich bin überreizt				
19. Ich bin froh				
20. Ich bin vergnügt				

STAI-G Form X1  
(H1-H20)

### 3. Partnerschaft

Wenn Sie in Partnerschaft leben: (sonst weiter bei Sexualität)\*

#### 1. Leben Sie mit Ihrem Partner zusammen?

Ja       Nein  (L1)

#### 3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Partnerschaft? (L3)

sehr unzufrieden    1     2     3     4     sehr zufrieden

#### 4. Wie beurteilen Sie die Stabilität Ihrer Partnerschaft? (L4)

sehr gering    1     2     3     4     sehr stark

#### 5. Wie viel Zeit verbringen Sie mit Ihrem Partner? (L5)

sehr wenig    1     2     3     4     sehr viel

#### 7. Inwieweit hat sich die Partnerschaft durch die Geburt verändert?

---

### \*4. Sexualität

#### 1. Wie oft verspüren Sie das Verlangen sexuell aktiv zu sein? (M1c)

Nie       selten       oft       sehr oft

#### 2. Wie oft sind Sie mit Ihrem Partner sexuell aktiv? (M3c)

Sehr selten/ Nie       1x/Monat oder weniger       etwa 1x/Woche   
mehrmals/Woche       1x/Tag oder öfter

#### 3. Wie oft wünschen Sie (sich) mit Ihrem Partner sexuell aktiv zu sein?

Sehr selten/ Nie       1x/Monat oder weniger       etwa 1x/Woche  
mehrmals/Woche       1x/Tag oder öfter

#### 4. Wie wichtig ist Ihnen der Austausch von Zärtlichkeiten (Streicheln, Küssen), auch wenn es hierbei nicht zum Geschlechtsverkehr kommt?

Gar nicht wichtig      1     2     3     4     sehr wichtig      (M6a)

#### 5. Verspüren Sie beim Geschlechtsverkehr Schmerzen im Genitalbereich (diese Schmerzen können entweder vor, während oder nach dem Geschlechtsverkehr auftreten)? (M7c)

Nie       selten       oft       sehr oft

wenn ja,    Sehr gering    1     2     3     4     sehr stark      (M8a)

**6. Leiden Sie aufgrund einer trockenen Scheide unter Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?**

Nie       selten       oft       sehr oft

**8. Hat sich Ihr sexuelles Empfindungsvermögen (Intensität der Empfindung) beim Geschlechtsverkehr seit der Geburt verändert?** (M13a)

Ja       Nein

**wenn ja,**      Verringert      1      2      3      4      verstärkt (M14a)

**9. Kommt es vor, dass Sie während des Geschlechtsverkehrs nicht genügend sexuell erregt sind?** (Unter Erregung versteht man: Feuchtwerden der Scheide und Anschwellen der äußeren Geschlechtsteile).

Nie       selten       oft       sehr oft

**10. Wie beurteilen Sie Ihr sexuelles Verlangen?** (M17a)

sehr gering      1      2      3      4      sehr stark

**11. Erleben Sie beim Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner einen sexuellen Erregungshöhepunkt (Orgasmus)?**

Nie       selten       oft       sehr oft

**12. Erleben Sie mit Ihrem Partner einen sexuellen Erregungshöhepunkt (Orgasmus) auch wenn es nicht zum Geschlechtsverkehr kommt?**

Nie       selten       oft       sehr oft

**13. Wie zufrieden sind Sie in sexueller Hinsicht mit Ihrer Partnerschaft?** (M22c)

sehr unzufrieden      1      2      3      4      sehr zufrieden

**14. Wie zufrieden ist Ihr Partner Ihrer Meinung nach mit Ihrem aktuellen Sexualleben?**

sehr unzufrieden      1      2      3      4      sehr zufrieden (M23a)

**15. Vermeiden Sie es, sexuell aktiv zu sein?** (M24c)

Nie       selten       oft       sehr oft

**16. Wenn Sie seit der Geburt nicht mehr so häufig Geschlechtsverkehr haben sollten, was sind Ihrer Meinung nach die 3 wichtigsten Gründe dafür?**

(M25bc)

- Müdigkeit       Blutungen       Beziehungsprobleme
- Ich fühle mich nicht mehr so begehrenswert wie früher       Schmerzen
- Mangelnde Lubrikation (Feuchtwerden der Scheide)       Depression
- Angst vor möglichen Schmerzen       Mangelnde Gelegenheiten
- Weniger Lust       Zurzeit weniger Bedürfnis beim Partner vorhanden
- Ausfluss (z.B. durch Entzündung)       Allgemeines Unwohlsein
- Störungen der Sensibilität (Empfindsamkeit) der Haut im Bereich der Sexualorgane
- Missempfinden wie (z.B. Kribbeln, Stechen) im Bereich der Sexualorgane
- Andere  \_\_\_\_\_

**17. Hatte die Geburt Ihres Kindes einen Einfluss auf Ihre Sexualität?**

(M30a)

Ja       Nein

**wenn ja**, (bitte beides ankreuzen)

gering      1    2    3    4    sehr stark      (M31a)

negativ      1    2    3    4    positiv      (M32a)

**wenn ja, in welcher Weise?** \_\_\_\_\_ (M33a)

**Anmerkungen:**

---

---

---

Bitte markieren Sie die Antwort, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen gefühlt haben, nicht nur, wie Sie sich heute fühlen.

**Innerhalb der letzten 7 Tage:**

**Ich konnte lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen.** (K1)

- So wie immer
- Nicht ganz so wie früher
- Deutlich weniger als früher
- Überhaupt nicht

**Ich konnte mich so richtig auf etwas freuen.** (K2)

- So wie immer
- Etwas weniger als sonst
- Deutlich weniger als früher
- Kaum

**Ich habe mich grundlos schuldig gefühlt, wenn Dinge schief gingen.** (K3)

- Nein, niemals
- Nein, nicht sehr oft
- Ja, gelegentlich
- Ja, meistens

**Ich war ängstlich oder besorgt aus nichtigen Gründen.** (K4)

- Nein, gar nicht
- Selten
- Ja, gelegentlich
- Ja, sehr oft

**Ich erschrak leicht oder geriet in Panik aus unerfindlichem Grund.** (K5)

- Ja, sehr häufig
- Ja, gelegentlich
- Nein, kaum
- Nein, überhaupt nicht

**Ich fühlte mich durch verschiedene Umstände überfordert.**

(K6)

- Ja, meistens konnte ich die Situation nicht meistern.
- Ja, gelegentlich konnte ich die Dinge nicht so meistern wie sonst.
- Nein, meistens konnte ich die Situation meistern.
- Nein, ich bewältigte die Dinge so gut wie immer.

**Ich war so unglücklich, dass ich nur schlecht schlafen konnte.**

(K7)

- Ja, meistens
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht sehr häufig
- Nein, gar nicht

**Ich habe mich traurig oder elend gefühlt.**

(K8)

- Ja, meistens
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht sehr häufig
- Nein, gar nicht

**Ich war so unglücklich, dass ich weinte.**

(K9)

- Ja, die ganze Zeit
- Ja, sehr häufig
- Nur gelegentlich
- Nein, nie

**Ich hatte den Gedanken, mir selbst Schaden zuzufügen.**

(K10)

- Ja, recht häufig
- Gelegentlich
- Kaum jemals
- Niemals

(EPDS)

**Was halten Sie im Rahmen dieses Fragebogens noch für erwähnenswert?**

---

---

---

---

---

---

---

Berlin, den \_\_\_\_\_

Wir möchten uns bei Ihnen ganz herzlich für die Unterstützung unserer Arbeit bedanken und wünschen Ihnen alles Gute für Sie und für Ihr Kind.

Fragebogen4

# **„Psychosoziale Implikationen beim Kaiserschnitt im Vergleich mit anderen Geburtsarten“**

Fragebogen im Rahmen einer Promotionsarbeit

**Doktorandinnen: Nevin Nassar, Obaida Awad**

**Einrichtung: Klinik für Geburtsmedizin, Charité - Virchow Klinikum**

**Betreuerin: Dr. med. Christine Klapp, Oberärztin, Funktionsbereich  
Psychosomatik**

Heutiges Datum

Fragebogen-Nr.


Liebe Mütter,

Wir bedanken uns, dass Sie bis jetzt an unserer Studie teilnehmen und damit mithelfen, zukünftig eine bessere Einschätzung der Bedürfnisse von Schwangeren und Wöchnerinnen anbieten und evtl. nötige Versorgungsangebote machen zu können.

Wir schicken Ihnen nun den letzten Fragebogen - auch dieser wird wieder vertraulich behandelt und wir bitten Sie auch diesen dann vollständig auszufüllen und uns somit bei unserer Forschung zu unterstützen.

Einige Fragen werden auf Sie persönlich gut zutreffen, andere dagegen wenig Bedeutung für Sie besitzen. Wir möchten Sie in jedem Fall bitten, alle Fragen gut durchzulesen und die für Sie zutreffende Antwort durch Ankreuzen zu markieren.

Bitte beantworten Sie **alle Fragen**. Nur so haben wir die Möglichkeit, die Ergebnisse später quantitativ und qualitativ auszuwerten.

Die Befragung unterliegt strengen datenschutzrechtlichen Bestimmungen, so dass eine absolute Vertraulichkeit Ihrer Angaben gewährleistet ist.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, so können Sie sich jederzeit telefonisch oder per E-Mail an uns wenden.

Frau Dr. Christine Klapp  
Klinik für Geburtsmedizin  
Charité Campus Virchow Klinikum  
Tel.: 030/450564067  
christine.klapp@charite.de

Tel.: Nevin Nassar 030/2624107      E-Mail: nevnev@web.de  
Tel.: Obaida Awad 030/30112104      E-Mail: obi2111@gmx.net

Für Ergänzungen und Anregungen, steht Ihnen nach jedem Abschnitt des Fragebogens ein Bereich für Anmerkungen zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

---

## 1. Momentanes Befinden

1. Wie würden Sie Ihr momentanes Befinden beschreiben? (C7)

Sehr schlecht 1  2  3  4  sehr gut

2. Wie würden Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand einstufen? (C8-C10)

körperliche Belastbarkeit sehr gering 1  2  3  4  sehr stark

seelische Belastbarkeit sehr gering 1  2  3  4  sehr stark

Mobilität sehr schlecht 1  2  3  4  sehr gut

## 2. Geburt

1. Wie würden Sie im Nachhinein die Schmerzen der Geburt einstufen? (B17)

sehr gering 1  2  3  4  sehr stark

2. Wie würden Sie im Nachhinein das Geburtserlebnis einstufen? (B18)

negativ 1  2  3  4  positiv

3. Wie würden Sie im Nachhinein Ihre Angst vor der Geburt einstufen? (B19)

sehr niedrig 1  2  3  4  sehr hoch

4. Gab es Komplikationen bei der Geburt Ihres Kindes? (B11)

Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

5. Kam es zu Komplikationen bezogen auf den Beckenboden bzw. Inkontinenz

(z.B. unwillkürlicher Urinabgang)? Ja  Nein

Wenn ja, Art der Komplikationen: (Mehrfachnennung möglich)

Harninkontinenz  Stuhlinkontinenz  Wundheilungsstörung der Naht

Unkontrollierter Abgang von Darmwinden  Dammriss

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr  Empfindungsstörung beim Geschlechtsverkehr

6. Sind weitere Schwangerschaften geplant? Ja  Nein  (C4)7.

Welchen Geburtsweg würden Sie sich bei der nächsten Geburt wünschen? (F2) vagi-

nale Geburt  Kaiserschnitt mit PDA  Kaiserschnitt in Vollnarkose

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Im Folgenden ist eine Anzahl von **Beschwerden** aufgeführt. Überlegen Sie bitte, **wie stark Sie an den einzelnen Beschwerden leiden** und kreuzen Sie der Reihe nach an inwiefern Sie sich durch diese beeinträchtigt fühlen.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt....

	nicht 1	kaum 2	einiger- maßen 3	erheblich 4	stark 5
Schwächegefühl					
Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern					
Druck und Völlegefühl im Leib					
Übermächtiges Schlafbedürfnis					
Gelenk- oder Gliederschmerzen					
Schwindelgefühl					
Kreuz- oder Rückenschmerzen					
Nacken- oder Schulterschmerzen					
Erbrechen					
Übelkeit					
Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals					
Sodbrennen					
saures Aufstoßen					
Kopfschmerzen					
Rasche Erschöpfbarkeit					
Müdigkeit					
Gefühl der Benommenheit					
Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen					
Mattigkeit					
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
Magenschmerzen					
Anfallsweise Atemnot					
Herzbeschwerden					
Druckgefühl im Kopf					
Häufiger Harndrang					
Verstopfung					

GBB- Kurzfassung (24 items) + BBI+F (2 items)  
(D1-D26)

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Wörtern, die Stimmungen beschreiben. Kreuzen Sie bitte der Reihe nach an, inwieweit jeder der Begriffe für Ihre **augenblickliche Stimmung** zutrifft.

Ich fühle mich...

	gar nicht 1	etwas 2	ziemlich 3	über- wiegend 4	ganz 5
matt					
konzentriert					
besorgt					
angriffslustig					
unbeteiligt					
fröhlich					
beunruhigt					
aggressiv					
deprimiert					
vergnügt					
aufmerksam					
uninteressiert					
erschöpft					
betrübt					

BSF- Kurzversion (14 items)  
(E1-E14)

**Anmerkungen:**

---



---



---

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie in jeder Zeile aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **jetzt**, d.h. **in diesem Moment**, fühlen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange, und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren augenblicklichen Gefühlszustand am besten beschreibt.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
1. Ich bin ruhig				
2. Ich fühle mich geborgen				
3. Ich fühle mich angespannt				
4. Ich bin bekümmert				
5. Ich bin gelöst				
6. Ich bin aufgeregt				
7. Ich bin besorgt, dass etwas schief gehen könnte				
8. Ich fühle mich ausgeruht				
9. Ich bin beunruhigt				
10. Ich fühle mich wohl				
11. Ich fühle mich selbstsicher				
12. Ich bin nervös				
13. Ich bin zappelig				
14. Ich bin verkrampft				
15. Ich bin entspannt				
16. Ich bin zufrieden				
17. Ich bin besorgt				
18. Ich bin überreizt				
19. Ich bin froh				
20. Ich bin vergnügt				

STAI-G Form X1  
(H1-H20)

### 3. Partnerschaft

Wenn Sie in Partnerschaft leben: (sonst weiter bei Sexualität)\*

#### 1. Leben Sie mit Ihrem Partner zusammen?

Ja       Nein  (L1)

#### 3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Partnerschaft? (L3)

sehr unzufrieden    1     2     3     4     sehr zufrieden

#### 4. Wie beurteilen Sie die Stabilität Ihrer Partnerschaft? (L4)

sehr gering    1     2     3     4     sehr stark

#### 5. Wie viel Zeit verbringen Sie mit Ihrem Partner? (L5)

sehr wenig    1     2     3     4     sehr viel

#### 7. Inwieweit hat sich die Partnerschaft durch die Geburt verändert?

---

### \*4. Sexualität

#### 1. Wie oft verspüren Sie das Verlangen sexuell aktiv zu sein? (M1c)

Nie       selten       oft       sehr oft

#### 2. Wie oft sind Sie mit Ihrem Partner sexuell aktiv? (M3c)

Sehr selten/ Nie       1x/Monat oder weniger       etwa 1x/Woche   
mehrmals/Woche       1x/Tag oder öfter

#### 3. Wie oft wünschen Sie (sich) mit Ihrem Partner sexuell aktiv zu sein?

Sehr selten/ Nie       1x/Monat oder weniger       etwa 1x/Woche  
mehrmals/Woche       1x/Tag oder öfter

#### 4. Wie wichtig ist Ihnen der Austausch von Zärtlichkeiten (Streicheln, Küssen), auch wenn es hierbei nicht zum Geschlechtsverkehr kommt?

Gar nicht wichtig      1     2     3     4     sehr wichtig (M6a)

#### 5. Verspüren Sie beim Geschlechtsverkehr Schmerzen im Genitalbereich (diese Schmerzen können entweder vor, während oder nach dem Geschlechtsverkehr auftreten)? (M7c)

Nie       selten       oft       sehr oft   
**wenn ja,**    Sehr gering    1     2     3     4     sehr stark (M8a)

**6. Leiden Sie aufgrund einer trockenen Scheide unter Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?**

Nie       selten       oft       sehr oft

**8. Hat sich Ihr sexuelles Empfindungsvermögen (Intensität der Empfindung) beim Geschlechtsverkehr seit der Geburt verändert?** (M13a)

Ja       Nein

**wenn ja,**      Verringert      1       2       3       4       verstärkt (M14a)

**9. Kommt es vor, dass Sie während des Geschlechtsverkehrs nicht genügend sexuell erregt sind?** (Unter Erregung versteht man: Feuchtwerden der Scheide und Anschwellen der äußeren Geschlechtsteile).

Nie       selten       oft       sehr oft

**10. Wie beurteilen Sie Ihr sexuelles Verlangen?** (M17a)

sehr gering      1       2       3       4       sehr stark

**11. Erleben Sie beim Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner einen sexuellen Erregungshöhepunkt (Orgasmus)?**

Nie       selten       oft       sehr oft

**12. Erleben Sie mit Ihrem Partner einen sexuellen Erregungshöhepunkt (Orgasmus) auch wenn es nicht zum Geschlechtsverkehr kommt?**

Nie       selten       oft       sehr oft

**13. Wie zufrieden sind Sie in sexueller Hinsicht mit Ihrer Partnerschaft?** (M22c)

sehr unzufrieden      1       2       3       4       sehr zufrieden

**14. Wie zufrieden ist Ihr Partner Ihrer Meinung nach mit Ihrem aktuellen Sexualleben?**

sehr unzufrieden      1       2       3       4       sehr zufrieden (M23a)

**15. Vermeiden Sie es, sexuell aktiv zu sein?** (M24c)

Nie       selten       oft       sehr oft

**16. Wenn Sie seit der Geburt nicht mehr so häufig Geschlechtsverkehr haben sollten, was sind Ihrer Meinung nach die 3 wichtigsten Gründe dafür?**

(M25bc)

- Müdigkeit       Blutungen       Beziehungsprobleme
- Ich fühle mich nicht mehr so begehrenswert wie früher       Schmerzen
- Mangelnde Lubrikation (Feuchtwerden der Scheide)       Depression
- Angst vor möglichen Schmerzen       Mangelnde Gelegenheiten
- Weniger Lust       Zurzeit weniger Bedürfnis beim Partner vorhanden
- Ausfluss (z.B. durch Entzündung)       Allgemeines Unwohlsein
- Störungen der Sensibilität (Empfindsamkeit) der Haut im Bereich der Sexualorgane
- Missempfinden wie (z.B. Kribbeln, Stechen) im Bereich der Sexualorgane
- Andere  \_\_\_\_\_

**17. Hatte die Geburt Ihres Kindes einen Einfluss auf Ihre Sexualität?**

(M30a)

Ja       Nein

**wenn ja**, (bitte beides ankreuzen)

gering      1    2    3    4    sehr stark      (M31a)

negativ      1    2    3    4    positiv      (M32a)

**wenn ja, in welcher Weise?** \_\_\_\_\_ (M33a)

**Anmerkungen:**

---

---

---

Bitte markieren Sie die Antwort, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen gefühlt haben, nicht nur, wie Sie sich heute fühlen.

**Innerhalb der letzten 7 Tage:**

**Ich konnte lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen.** (K1)

- So wie immer
- Nicht ganz so wie früher
- Deutlich weniger als früher
- Überhaupt nicht

**Ich konnte mich so richtig auf etwas freuen.** (K2)

- So wie immer
- Etwas weniger als sonst
- Deutlich weniger als früher
- Kaum

**Ich habe mich grundlos schuldig gefühlt, wenn Dinge schief gingen.** (K3)

- Nein, niemals
- Nein, nicht sehr oft
- Ja, gelegentlich
- Ja, meistens

**Ich war ängstlich oder besorgt aus nichtigen Gründen.** (K4)

- Nein, gar nicht
- Selten
- Ja, gelegentlich
- Ja, sehr oft

**Ich erschrak leicht oder geriet in Panik aus unerfindlichem Grund.** (K5)

- Ja, sehr häufig
- Ja, gelegentlich
- Nein, kaum
- Nein, überhaupt nicht

**Ich fühlte mich durch verschiedene Umstände überfordert.**

(K6)

- Ja, meistens konnte ich die Situation nicht meistern.
- Ja, gelegentlich konnte ich die Dinge nicht so meistern wie sonst.
- Nein, meistens konnte ich die Situation meistern.
- Nein, ich bewältigte die Dinge so gut wie immer.

**Ich war so unglücklich, dass ich nur schlecht schlafen konnte.**

(K7)

- Ja, meistens
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht sehr häufig
- Nein, gar nicht

**Ich habe mich traurig oder elend gefühlt.**

(K8)

- Ja, meistens
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht sehr häufig
- Nein, gar nicht

**Ich war so unglücklich, dass ich weinte.**

(K9)

- Ja, die ganze Zeit
- Ja, sehr häufig
- Nur gelegentlich
- Nein, nie

**Ich hatte den Gedanken, mir selbst Schaden zuzufügen.**

(K10)

- Ja, recht häufig
- Gelegentlich
- Kaum jemals
- Niemals

(EPDS)

**Was halten Sie im Rahmen dieses Fragebogens noch für erwähnenswert?**

---

---

---

---

---

---

---

Berlin, den \_\_\_\_\_

Wir möchten uns bei Ihnen ganz herzlich für die Unterstützung unserer Arbeit bedanken und wünschen Ihnen alles Gute für Sie und für Ihr Kind.

## **Eidesstattliche Versicherung**

Ich, Nevin Nassar, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Psychosoziale Implikation beim Kaiserschnitt im Vergleich mit anderen Geburtsarten selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik, statistische Aufarbeitung und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (Uniform Requirements for Manuscripts) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Datum

Unterschrift

## Lebenslauf

"Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht."

## **Danksagung**

Ich danke sehr herzlich Frau Dr. Christine Klapp für die Bereitstellung und Betreuung meiner Dissertation.

Frau Dipl.-Math. Andrea Stroux (Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie) danke ich für die statistische Beratung.

Ich bedanke mich bei allen ärztlichen Kollegen und Schwestern der Schwangerenberatung der Klinik für Geburtsmedizin der Charité, Campus Virchow Klinikum für Ihre Mitarbeit.

Zudem möchte ich diese Gelegenheit nutzen, um meiner Mutter tief und herzlich zu danken, die nicht nur in jeglicher Hinsicht die Grundsteine für meinen Weg gelegt hat, sondern- mich auch stets emotional unterstützt.

Nicht zuletzt gilt mein besonderer und tiefer Dank meinem Mann, der mir stets Mut zugesprochen hat und mich in meiner Arbeit sehr bestärkt hat. Hätte er mir bei der Betreuung unserer Kinder den Rücken nicht frei gehalten, wäre meine Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen.