



AALBORG
UNIVERSITET

KVINDERS SEKSUELLE FUNKTION EFTER OBSTETRISK ANAL SPHINCTERRUPTUR



MASTERAFFHANDLING I SEXOLOGI

HEVY SADRADDIN GIBRAEL

SIGNE LINHARDT

Forsideillustration: <https://unsplash.com/s/photos/vagina>

Kvinders Seksuelle Funktion Efter Obstetrisk Anal Sphincterruptur (OASIS): Et Review

MASTER AFHANDLING I SEXOLOGI

Master i Sexologi

Aalborg Universitet

Maj 2023

Hevy Sadraddin Gibrael
Studienummer: 20211270

Signe Linhardt
Studienummer: 20211274

Vejleder
Christian Graugaard

Antal anslag: 177.60
(Inkl. Figur/tabel/abstract)

Indholdsfortegnelse

Abstract	4
Dansk resume	5
Indledning	6
Baggrund	8
Fødselsbristninger	8
Obstetrisk anal sphincterruptur (OASIS)	9
Prævalens	9
Risikofaktorer	9
Morbiditet	10
Problemformulering	10
Forskningsspørgsmål	11
Metode	11
PICO-spørgsmål	12
Protokol	12
Inklusions- og eksklusionskriterier	13
Litteratursøgning	14
Dataekstraktion	16
Resultat	18
Gennemgang af evidens	18
Forskellige metoder til vurdering af seksuel funktion	19
Nøglefund	20
OASIS' indvirkning på seksuel funktion	20
OASIS' indvirkning på seksuel aktivitet	25
OASIS' indvirkning på seksuel tilfredshed	27
Diskussion	29
Seksuel dysfunktion i den generelle befolkning	30
Seksuel dysfunktion postpartum	32
Styrker og svagheder ved de inkluderede studier	37
Styrker og svagheder ved eget studie	42
Konklusion	44
Implikationer for klinik og forskning	45
Dataekstraktionstabel	47
Referencer	58

Abstract

INTRODUCTION

The sexual well-being of women is an essential and significant aspect of life regardless of age. Pregnancy and childbirth, in particular, introduce various biological, psychological, and social changes that can impact sexual health. Studies have indicated that sexual function tends to decrease during pregnancy and does not fully recover to pre-pregnancy levels in the postpartum period. Unfortunately, healthcare providers often overlook the importance of addressing sexual aspects during pregnancy and the postpartum period, despite the intricacy and significance of this topic.

OBJEKTIVE

With approximately 90 % of women sustaining perineal tear during vaginal birth and 1-5.9 % affected by obstetric anal sphincter injury (OASIS), this review aims to systematically assess the existing evidence on the association between OASIS and postpartum sexual health. Specifically, it investigates sexual functioning, activity, and satisfaction.

METHODS

This review used an advanced search strategy in PubMed and Embase. Studies were selected in a three-stage process involving title and abstract assessment, full article evaluation, and inclusion based on predefined criteria. Only studies providing statistical evidence on the impact of OASIS on postpartum sexual function were included.

RESULTS

The review of 26 studies found that OASIS impacted women's sexual health postpartum. Women with OASIS had delayed resumption of sexual intercourse compared to those with lesser tears, but most had resumed by twelve months postpartum. OASIS increased the likelihood of dyspareunia, which seemed to persist several years after birth. However, due to study heterogeneity, other implications on sexual function remain inconclusive.

CONCLUSION

Women who have experienced OASIS have an increased risk of sexual dysfunction and are more likely to develop other long-term consequences such as faecal incontinence that can also lead to sexual problems. Therefore, it is crucial for healthcare professionals to initiate discussions on women's sexual health and refer them to physiotherapy, couples therapy, or sexological expertise if necessary. However, further research is still needed to gain a better understanding of the impact of OASIS on postpartum sexual health.

Dansk resume

INTRODUKTION

At have et velfungerende sexliv er vigtig for stort set alle voksne mennesker. Graviditet og fødsel medfører forskellige biologiske, psykologiske og relationelle ændringer, der kan påvirke den seksuelle sundhed. Forskning viser, at kvinders seksuelle funktion typisk falder under graviditeten, og mange kvinder dør også med seksuelle dysfunktioner efter fødslen. Desværre overser sundhedspersonale ofte vigtigheden af at adressere seksuelle aspekter under graviditeten og i postpartum-perioden.

MÅL

Op mod 90% af førstegangsfødende får en bristning i forbindelse med fødslen, hvoraf 1 - 5,9 % får en obstetrisk anal sphincterruptur (OASIS). Dette review har til formål systematisk at gennemgå den eksisterende litteratur vedrørende OASIS indvirkning på kvinders seksuelle sundhed postpartum. Specifikt undersøges seksuel funktion, aktivitet og tilfredshed.

METODE

Dette review anvendte en avanceret søgestrategi i PubMed og EmBase. Studier blev udvalgt i en tretrinnsproces, der involverede vurdering af titel og abstract, læsning af artikler i fuld tekstlængde og inklusion baseret på foruddefinerede kriterier. Kun studier, der leverede statistisk evidens for OASIS' indvirkning på postpartum seksuel funktion, blev inkluderet.

RESULTAT

Den systematiske gennemgang af 26 studier viste, at OASIS påvirkede kvinders seksuelle sundhed postpartum. Kvinder med OASIS havde en forsinket genoptagelse af samleje sammenlignet med dem med mindre bristninger, men de fleste havde genoptaget seksuel aktivitet inden for 12 måneder. OASIS øgede sandsynligheden for dyspareuni signifikant, og denne sammenhæng persisterede flere år efter fødslen. Dog er andre implikationer for seksuel funktion fortsat uafklaret på grund af heterogeniteten i studierne og inkonsistente resultater.

KONKLUSION

Kvinder, der har oplevet OASIS, har en øget risiko for seksuel dysfunktion og er mere tilbøjelige til at udvikle andre langsigtede konsekvenser, der også kan føre til seksuelle problemer. Det er derfor afgørende for sundhedspersonale at tage initiativ til at drøfte kvinders seksuelle sundhed og henvise dem til fysioterapi, parterapi eller sexologisk ekspertise efter behov. Yderligere forskning er dog nødvendig for at opnå en bedre forståelse af OASIS' indvirkning på postpartum seksuel sundhed.

Indledning

Projekt SEXUS, verdens hidtil største befolkningsundersøgelse om seksualitet og seksuel sundhed, viser, at 8 ud af 10 voksne finder det vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv. I samme undersøgelse angav respondenterne en række motiver til at indgå i seksuelle møder, herunder lyst, afspænding og velvære, ligesom relationelle begrundelser var almindelige (1).

Undertiden omtales det seksuelle mødes mange funktioner som “seksualitetens seks R’er”; reproduktion, relation, respekt, rehabilitering, rekreation og relaxation. Hermed anskueliggøres de biologiske, psykologiske og relationelle dimensioner, som et seksuelt forhold kan rumme (2).

Opnås en graviditet spontant er det tætte bånd mellem lyst og reproduktion særligt tydeligt. Men selvom denne sammenhæng bliver mere og mere åbenlyst, som maven vokser, berøres emner om seksualitet sjældent i hverken de præ- eller postnatale konsultationer (3-6).

I Danmark er det ifølge de nationale anbefalinger for svangreomsorg pligtigt for sundhedspersonale at diskutere seksualitet, genoptagelse af seksuelt samvær og parforholdsændringer i forbindelse med graviditet og barsel (7). Disse samtaler kunne med fordel inddrage emner, der relaterer sig til de øvrige R’ere. Ikke mindst relationen, der er under ombygning i forbindelse overgang til forældreskabet, og hvor de seksuelle møder, kan være et sted, hvor der kommunikeres, positioneres og forhandles.

Samtidig er det velbelyst, at seksuelle dysfunktioner er prævalente både under graviditeten og efter fødslen. I et nyligt systematisk review fra 2022 vedrørende forekomsten af seksuel dysfunktion postpartum fandt man, at 83 % oplevede seksuelle dysfunktioner tre måneder efter fødslen, og at denne andel faldt til 64 % efter seks måneder (8). Trods denne viden negligeres samtalen om postpartum seksualitet, hvilket efterlader kvinderne og deres partnere med et stort og udækket behov for basal information om de almindeligste forandringer, og hvordan de kan forebygges og håndteres (9, 10).

I sundhedsvæsenet eksisterer der et såkaldt “tovejstabu”, hvor hverken den sundhedsprofessionelle eller patient bringer emner om seksualitet på banen (9, 10).

Selvom flere undersøgelser viser, at gravide ønsker mere støtte og information fra sundhedsprofessionelle om postpartum seksualitet, er der en markant diskrepans mellem de gravides ønske om seksuel rådgivning og sundhedsvæsnets udbud af samme (3, 5, 6, 11, 12). Manglende tid, kompetencer og viden angives af mange sundhedsprofessionelle som barrierer for at inddrage emnet i samtalen med patienter (9, 10). I et amerikansk tværsnitsstudie fra 2016 undersøgte man om obstetrikere rådgav kvinder om de mest almindelige bækkenbundsdysfunktioner, herunder dyspareuni, efter fødslen. Mere end halvdelen (64 %) angav, at de aldrig gav kvinderne rådgivning om postpartum dyspareuni. Blandt de hyppigste årsager til den manglende rådgivning var mangel på tid (40 %) og mangel på viden om emnet (30 %) nævnt som de primære faktorer (13). Af andre årsager nævnes blufærdighed eller misforstået hensyntagen. Fra patienten kan fortielsen skyldes et ønske om ikke at belaste den sundhedsprofessionelle, forlegenhed eller fordi de betvivler muligheden for hjælp (9, 10). I en svensk undersøgelse fra 2019 rapporterede kvinder, der alle havde fået en stor bristning i forbindelse med fødslen, at samtaler med sundhedsprofessionelle, der afsatte tid til at lytte og forstå kvindens situation, spillede en afgørende rolle deres efterfølgende fysiske og psykiske helbredelse:

“This doctor really put some effort into supporting me and thoroughly told me where my injury was located and what was applicable for the future.” (14)

9 ud af 10 førstegangsfødende får bristning i mellemkødet, der enten er overfladisk eller mere profund med involvering af bækkenbundsmuskulatur. Heraf vil mellem 1-5,9 % af kvinderne få en bristning i endetarmsmusklen. Fødselsbristninger i endetarmsmusklen er komplicerede og medfører ofte betydelige sequelae, der direkte eller indirekte kan medføre seksuelle dysfunktioner. Mange kvinder vælger da også at få foretaget et planlagt kejsersnit af frygt for de potentielle negative konsekvenser som en fødselsbristning kan have på seksuallivet (15). Med en så høj procentdel af kvinder, der får en fødselsrelateret bristning, er det essentielt at kende de implikationer, som sådanne skader kan have på kvinder. En sådan viden vil kunne danne grundlag for evidensbaseret retningslinjer og beslutninger vedrørende rådgivning og behandling.

Vi ønsker med denne afhandling at foretage en systematisk gennemgang af den videnskabelige litteratur med det formål at undersøge, hvilken betydning de komplicerede bristninger har for kvindernes seksualitet.

Baggrund

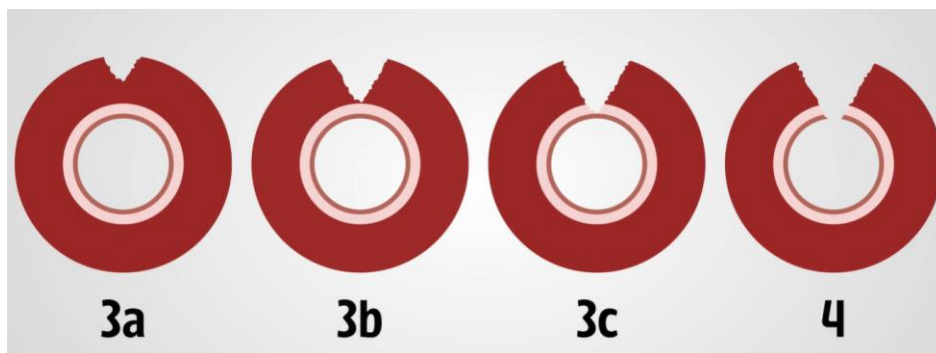
Fødselsbristninger

Omkring 90 % af førstegangsfødende og 50 % af flergangsfødende pådrager sig en fødselsbristning (perineal bristning), der kræver suturering i forbindelse med vaginal fødsel (16, 17). Det engelske selskab for obstetrik og gynækologi (RCOG) har foreslået nedenstående klassifikation af perineale bristninger (16, 18). Klassifikationssystemet angiver, hvilke anatomiske strukturer, der er involveret i bristningen. Fødselsbristninger grad 1-2, der er de hyppigst forekommende, omfatter alene overfladisk bristning af perineal hud og/vaginal slimhinde samt evt. overrivning af perineale muskler (muskulus bulbocavernosus og musculus transversus perinei). Fødselsbristninger grad 3-4 indikerer derimod affektion af den anale sphinctermuskel. Bristningerne af den anale sphinctermuskel defineres som grad 3a, grad 3b eller grad 3c afhængigt af, hvor meget af muskulaturen, der er medinddraget (se figur 2). Disse bristninger omtales ofte som OASIS, som er en forkortelse for Obstetric Anal Sphincter Injuries.

Den anale sphincter er et muskelkompleks bestående af den interne anale sphincter (IAS), der består af glat muskulatur, samt den eksterne anale sphincter (EAS), der består af tværstribet, viljestyret muskulatur. Begge muskler bidrager til den anale kontinensmekanisme – dvs. evnen til at tilbageholde luft og afføring i tarmen (16).

Klassifikation af perineale bristninger	
Grad 1 bristninger	Involverer kun huden i perineum / vaginal mucosa
Grad 2 bristninger	Involverer perineale muskler, men ikke den anale sphincter
Grad 3 bristninger	Involverer den anale sphincter
Grad 3a	Mindre end 50 % af EAS er bristet
Grad 3b	Mere end 50 % af EAS er bristet
Grad 3c	IAS er bristet
Grad 4 bristninger	Involverer EAS og IAS samt anorektale mucosa
OASIS omfatter grad 3 og grad 4	

Figur 1: Klassifikation af perineale bristninger foreslået af RCOG.



Figur 2: Grafisk illustration af skader på den anale sphincter set i et tværsnit

*illustration venligst udlånt af Gynzone

Obstetrisk anal sphincterruptur (OASIS)

Prævalens

Forekomsten af OASIS angives til 0,5-5,9 % blandt vaginalt fødende afhængig af geografi og tidsperiode med højere forekomst blandt førstegangsfødende end blandt fødende med tidligere vaginal fødsel uden sphincterruptur. Spredningen i forekomsten er formentlig påvirket af forskelle i diagnostik, obstetrisk praksis og registrering (16)

Dansk standard for forekomst af OASIS er sat til < 5 % hos vaginalt førstegangsfødende. Af seneste årsrapport for Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (DKF) fra 2021 fremgår, at 4,7 % af alle førstegangsfødende fik en OASIS i forbindelse med en vaginal fødsel (19).

Risikofaktorer

Risikofaktorer for OASIS er mangfoldige. Der kan være tale om maternelle, føtale og obstetriske faktorer. I forhold til maternale faktorer, er førstegangsfødende i øget risiko, ligesom stigende maternel alder og etnicitet har betydning. Hvad angår føtale faktorer, øges risikoen for OASIS ved stigende fostervægt (> 4000 g), hovedomfang, uregelmæssig hovedpræsentation og høj gestationsalder. Det er alt sammen forhold, der medfører øget omkreds af barnet i fødselskanalen, og dermed øger det mekaniske pres på perineum. Dertil kommer en række forhold, hvor risikoen øges grundet nogle obstetriske faktorer, eksempelvis prolongeret presseperiode (>1h), episiotomi og instrumentel forløsning (på engelsk: Operative Vaginal Delivery, herefter OVD) (16).

Morbiditet

OASIS er den mest alvorlige fødselsbristning og associeret med signifikant maternal morbiditet, herunder perineal smerte samt anal- og urininkontines, som kan vedvare i flere år efter fødslen(20, 21). Det skønnes, at op mod 50 % af kvinder med OASIS oplever analinkontinens senere i livet. Det er en tilstand, som kan påvirke kvinders livskvalitet og bl.a. føre til social isolation. Hyppigheden er formentlig underestimeret, idet tilstanden er tabubelagt (21). OASIS disponerer også til en øget risiko for nedsynkning eller fremfald af underlivet.

Udover de potentielle funktionelle, fysiologiske konsekvenser medfører OASIS en øget risiko for signifikant psykosocial sequelae (22). I en kvalitativ metasyntese fra 2020, blev en række temaer, der knytter sig til de psykosociale senfølger, identificeret; vedvarende smerte, udfordringer med at udfylde rollen som mor og partner, følelse af isolation, mangel på information om OASIS, påvirkning af seksuelle relationer, tilpasninger i forbindelse med dannelse af en ny identitet, pinlighed som følge af inkontinensproblemer, uopfyldte forventninger og vanskeligheder med at kommunikere med sundhedsprofessionelle (23).

Selvom kvinder måske ikke er klar over det fulde omfang af de fysiologiske og psykologiske konsekvenser på forhånd, så er der mange kvinder, der bekymrer sig om, hvordan en vaginal fødsel og eventuelle bristninger, vil påvirke hendes sexliv efter fødslen (24, 25).

Problemformulering

Obstetrisk anal sphincterruptur er en alvorlig komplikation, der kan forekomme under en vaginal fødsel. Formålet med dette review er systematisk at gennemgå den tilgængelige litteratur vedrørende de mulige implikationer OASIS kan have på kvindernes seksuelle sundhed efter fødslen. Det er vigtigt, at både jordemødre og obstetrikere har en dybdegående forståelse af emnet, så de kan tilbyde kvinderne den bedste kliniske praksis. Samtidig er en forbedret patientinformation om OASIS vigtig for kvindernes rehabilitering og generelle trivsel, herunder styrkelse af parforhold og forældreskab.

Forskningsspørgsmål

I hvilket omfang og hvordan påvirker en obstetrisk anal sphincterruptur (OASIS) kvinders seksuelle funktion, aktivitet og tilfredshed efter fødslen?

For at kunne identificere potentielle associationer mellem OASIS og kvindernes seksuelle sundhed, har vi defineret tre primære udfald (outcomes):



Metode

I det følgende afsnit redegøres for vores metodiske overvejelser, herunder studiedesign og søgestrategi. Indledningsvist præsenteres den PICO-model, der er udviklet for at afgrænse forskningsspørgsmålet.

PICO-spørgsmål

En PICO-model er en struktureret tilgang til at formulere et forskningsspørgsmål inden for evidensbaseret medicin og sundhedsvidenskab. PICO er en forkortelse for Population (populationen, som skal undersøges), Intervention (interventionen eller eksponeringen, som man ønsker at undersøge), Comparison (sammenligningen, ofte en kontrolgruppe eller en anden intervention) og Outcome (den ønskede effekt eller det resultat, man ønsker at måle) (26).

Til identifikation af relevante studier og ekstraktion af data, er PICO-formatet anvendt:

P	I	C	O
Population	Intervention	Comparison	Outcome
Kvinder der har født vaginalt, uanset paritet	Eksposering for Obstetrisk Anal Sphincterruptur (OASIS)	Obstetrisk Anal Sphincterruptur (OASIS) versus ingen eller mindre perineale bristninger (grad I-II)	Effekten af eksposering for obstetrisk sphincterruptur (OASIS) på kvinders seksuelle funktion, aktivitet og tilfredshed efter fødslen

Comparison i PICO-modellen repræsenterer den gruppe, som interventionen eller eksponeringen sammenlignes med. I dette review er der en del studier uden kontrolgruppe. I disse tilfælde beskrives de metoder, der er anvendt til at måle effekten af eksponeringen, ligesom det diskuteres, hvorvidt resultaterne kan tilskrives eksponeringen alene eller, om der kan være andre faktorer, der har påvirket resultaterne.

Protokol

Planlægningen af den systematiske litteratursøgning skete med udgangspunkt i en protokol, hvilket er normal kutyme i evidensbaseret medicin (27).

Protokollen blev udarbejdet ved hjælp af PRISMA-retningslinjer for rapportering af systematiske reviews og metaanalyser - extension for scoping reviews (PRISMA-ScR) (28). I protokollen blev rationale samt a priori metodologiske og analytiske tilgange beskrevet. Protokollen blev afleveret til gennemlæsning og godkendelse hos vejleder CG d. 09.01.2023.

Såfremt at nærværende review senere skal udmønte sig i et scoping review (29) vil protokollen skulle registreres i databasen Open Science Framework (OSF) (30) eller en anden relevant platform. Det er vigtigt at sikre, at protokollen er tilgængelig for andre forskere og interesserede parter, så man undgår duplikeret arbejde og sikrer gennemsigtighed i forskningsprocessen.

For at sikre gennemsigtighed og reproducerbarhed i nærværende review, har vi foruden PICO-spørgsmålet defineret inklusions- og eksklusionskriterier.

Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier for kvalifikation af studier til den systematiske gennemgang:

- Peer-reviewed studier
- Kvantitative studier
- Studier med originale data
- Ethvert studiedesign, der giver prævalens- eller incidensrater for ethvert seksuelt udfald (funktion, aktivitet og trivsel) og OASIS (eksponering)
- Alle vaginalt fødende kvinder uanset paritet, alder og etnicitet
- Alle vaginale fødsler, både instrumentelt forløste og spontant fødende
- Engelske eller nordiske sprog

Følgende eksklusionskriterier er anvendt til frasortering af studier:

- Studier uden originale data, f.eks. teoretiske artikler, oversigtsartikler, letter to the editor og bogkapitler, conferenceabstracts
- Kvalitative studier
- Studier, hvor der ikke foreligger information om graden af fødselsbristning eller hvor de forskellige grader af fødselsbristninger er slået sammen til en gruppe
- Studier, hvor resultat for relevant seksuel outcome ikke er af rapporteret, dvs. hvor der ikke foreligger information om OASIS' effekt på seksuelt udfald (funktion, trivsel og aktivitet).

I det følgende gennemgås vores søgestrategi, herunder overvejelser omkring valg af databaser, emneord og søgemodel.

Litteratursøgning

Litteratursøgningen er foretaget i de bibliografiske databaser PubMed og Embase. Eftersom fokus var begrænset til kvantitative data, er der ikke søgt i databaser såsom PsykInfo, Cinahl eller tværvideenskabelige databaser som f.eks. Scopus. Såfremt der i fremtiden udarbejdes et reelt scoping review, vil søgningen udvides til disse databaser, ligesom grå litteratur også vil blive inddraget (27).

Initialt blev der udarbejdet en systematisk søgeprofil, hvor en række emneord og mulige synonymmer blev defineret indenfor hvert aspekt. Dette blev gjort ved bl.a. at undersøge, hvilke ord en tidligere relevant artikel allerede anvendte. F.eks. blev der taget afsæt i et dansk studie fra 2019 af Gommesen et al. (31), ligesom kollegaer med ekspertise indenfor området blev rådført. Derudover blev tesauri i de relevante databaser, MesH-terms i PubMed og Emtree-terms i EmBase, undersøgt.

Flere præliminære søgninger blev udført, og emneord og søgekriterier blev justeret på baggrund af indledende resultater. Der blev også indhentet hjælp fra to bibliotekarer mhp. at identificere de mest præcise søgeord, sikre korrekt brug af de boolske operatorer ("AND" eller "OR") samt opbygge en solid søgestreng (se nedenstående).

Konceptualiseringen af PICO-spørgsmålet ledte til udarbejdelsen af følgende søgemodel:

	Aspekt 1 OASIS	Aspekt 2 Seksuel funktion	Aspekt 3 Postpartum
Alle ord kombineres med OR	Perineal tear Perineal injury Laceration Anus sphincter Sphincter anal Obstetric anal sphincter injury OASI	Sexuality Sexual function Sexual health Sexual dysfunction Sexual well-being Sexual behaviour Sexual desire Sexual satisfaction Sexual disorder Sexual arousal Sexual activity Sexual distress Sexual arousal disorder Sexual pain Dyspareunia Vaginismus Genital pain Vulva pain Vulvodynia Orgasm disorder Orgasm Lubrication Female sexual function index Female sexual distress scale	Puerperim Postpartum period Vaginal delivery Spontaneous delivery Operative vaginal delivery Instrumental vaginal delivery Birth Childbirth
	Alle ord kombineres med AND		

Figur 3: Søgemodel med de tre aspekter; 'OASI', 'seksuel funktion' og 'postpartum'

Søgningen i PubMed skete derefter på baggrund af en defineret søgestreng:

a

```

("perineum injur*" [Title/Abstract] OR "perineal tear*" [Title/Abstract] OR "perineal injur*" [Title/Abstract] OR
"laceration*" [Title/Abstract] OR "anus sphincter" [Title/Abstract] OR "sphincter anal" [Title/Abstract] OR "obstetric
anal sphincter Injur*" [Title/Abstract] OR "OASI*" [Title/Abstract] OR perineum/injuries [Mesh] OR
lacerations [Mesh] OR parturition/injuries [Mesh] AND (english [Filter])) AND ("sexual health" OR "sexual behavior"
OR "sexual behaviour" OR "Sexuality" OR "sexual function" OR "female sexual function" OR "sexual dysfunction"
OR "Sexual desire" OR "sexual satisfaction" OR dyspareunia OR "Sexual well-being" OR "Sexual disorder*" OR
"Sexual activit*" OR "Sexual life" OR "Sexual intercourse" OR "sexual arousal" OR "sexual distress" OR "sexual
pain" OR "vaginismus" OR "orgasm" OR "orgasmic disorder" OR "Arousal disorder" OR "lubrication" OR "genital
pain" OR "vulvar pain" OR "female sexual function index" OR "FSFI" OR "Female sexual distress scale" OR "FSDS"
OR "Sexual Health" [Mesh] OR "Sexual Dysfunction, Physiological" [Mesh] OR "Sexual Dysfunctions,
Psychological" [Mesh] OR "Sexual Behavior" [Mesh] OR "Sexuality" [Mesh] OR "Orgasm" [Mesh] OR
"Dyspareunia" [Mesh] OR "Coitus" [Mesh] OR "Sexual Arousal" [Mesh] OR "libido" [Mesh] OR "Lubrication" [Mesh] OR
"Vulvodynia" [Mesh] OR "Vaginismus" [Mesh] AND (english [Filter])) AND ("puerperium" [Title/Abstract] OR
"postpartum period" [Title/Abstract] OR "vaginal delivery" [Title/Abstract] OR birth OR childbirth OR parturition OR
"spontaneous delivery" OR "operative vaginal delivery" [Title/Abstract] OR "instrumental delivery" [Title/Abstract]
OR "instrumental vaginal delivery" OR "Postpartum Period" [Mesh] OR "Parturition" [Mesh] AND (english [Filter]))
Filters: English
  
```

Figur 4: Søgestreng anvendt i PubMed.

Den endelige søgning i PubMed fremkom med 239 hits.

En lignende søgestreng blev udarbejdet EmBase. Dette resulterede i 581 hits.

Samlede antal var således 820 hits.

Heraf udgjorde 229 duplikater.

Efter fjernelse af duplikater var det samlede antal artikler til viderescreening: 591.

I figur 5 ses PRISMA-flowdiagram over litteratursøgningen.

Den endelige søgning blev foretaget d. 03.04.2023.

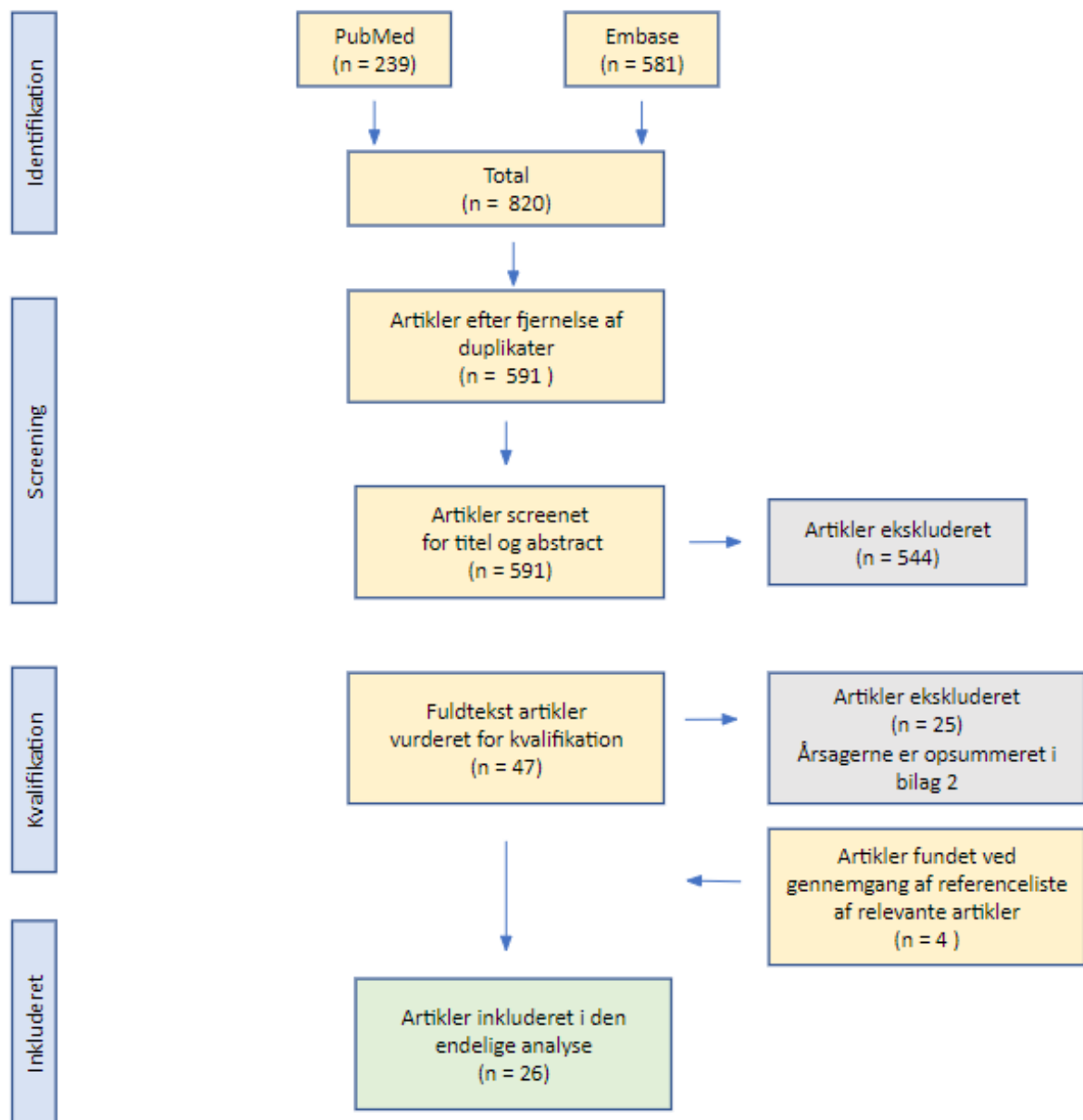
For at sikre gennemsigtighed i litteratursøgningen er søgningerne i henholdsvis PubMed og EmBase dokumenteret i et dokumentationsskema, se bilag 1.

Dataekstraktion

Søgeresultatet (PubMed og EmBase, n = 591) blev eksporteret til referencehåndteringsprogrammet EndNote, hvor resultatet blev rensset for duplikater. Herfra blev artiklerne sendt som RIS-filer til Rayyan (Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar), der er et webbaseret screeningsværktøj til brug for samarbejde om udvælgelse af artikler til systematiske reviews (32).

Artiklerne blev udvalgt i en trefaset proces. I første screeningsproces blev titel og abstract for hver artikel screenet af to reviewere (HSG og SL), og de fulde artikler blev indhentet for alle referencer, der sandsynligvis opfyldte foruddefinerede kriterier. For at undgå bias var screeningen blindet. I anden screeningsproces, blev udvalgte artikler fuldtekstlæst og vurderet af to uafhængige reviewere (HSG og SL) mod reviewets foruddefinerede inklusions- og eksklusionskriterier, og eventuelle uoverensstemmelser blev henvist til en tredjepart (CG) for den endelige beslutning. I tredje trin af processen blev studier inkluderet, hvis de rapporterede resultater for relevante outcome-mål, det vil sige statistisk information om OASIS' påvirkning af postpartum seksuel sundhed. Derudover blev referencelister for relevante artikler manuelt fremsøgt for at identificere artikler, der ikke var fanget af de elektroniske søgninger.

Nedenstående PRISMA-flowdiagram viser et overblik over litteratursøgningen (28):



Figur 5: PRISMA flowdiagram

Begge medlemmer af gruppen (HSG og SL) har gennemlæst og ekstraheret relevante resultater for hver artikel, der blev inkluderet. Resultaterne er skrevet ind i en omfattende dataekstraktionstabel, der har til formål at skabe overblik over studierne design, population og resultater (tabel 1). Oversigten over de ekskluderede artikler (med deres respektive årsager til eksklusion) ses i tabel 2 (bilag 1).

Resultat

Gennemgang af evidens

I den systematiske litteratursøgning blev der identificeret i alt 26 studier. Alle inkluderede studier er observationelle. Der foreligger ingen randomiserede, kontrollerede studier (RCT). Observationelle studier kan give vigtig information om korrelationen mellem OASIS og seksuel dysfunktion postpartum, men modsat RCT'er, er observationelle studier ofte mere sårbare over for bias.

Generelt bemærkes en betydelig heterogenitet og en række forhold udfordrer mulighederne for at sammenholde resultaterne på tværs af studierne. Dette skyldes bl.a. forskelle i studiedesigns, sammensætning af studiepopulationen, anvendte måleinstrumenter og tidspunktet for, hvornår undersøgelserne foretages, for at nævne nogle.

Som det fremgår af dataekstraktionstabellen, er 15 af de 26 studier prospektive kohortestudier (31, 33-46), otte er retrospektive studier (22, 47-53), to er case-kontrolstudier (54, 55) og et er tværsnitsundersøgelse (56). Tidspunktet for, hvornår data indsamles, spænder fra tre dage til 25 år efter fødslen. Sammensætningen af studiepopulationerne er forskellige. F.eks. inkluderes både første- og flergangsfødende i flere af studierne, mens andre udelukkende har inkluderet førstegangsfødende for at begrænse mulige confoundere.

Flere af kohortestudierne har ikke inkluderet en kontrolgruppe (6/23), hvilket gør det sværere at påvise årsagssammenhænge mellem seksuelle symptomer og OASIS. Størstedelen af studierne har ikke indsamlet data vedrørende kvindernes seksuelle funktion/og eller aktivitet før graviditeten, hvilket betyder, at det er svært at vurdere præcist, hvor meget bristningen bidrager til en eventuel dysfunktion. Det er veletableret, at et dysfunktionelt seksualliv før graviditet og fødsel er en stærkt disponerende faktor for seksuelle (og relationelle) problemer efter fødslen (57). For de syv studier der har forholdt sig til prægravid seksuel funktion, er informationen hentet på forskellige tidspunkter; mens kvinderne er gravide eller efter fødslen (31, 37, 41, 42, 46, 52, 56).

I diskussionsafsnittet vil disse aspekter samt styrkerne og svaghederne ved de inkluderede studier blive fremlagt og reflekteret over.

Forskellige metoder til vurdering af seksuel funktion

Der findes ikke et valideret spørgeskema specifikt til vurdering af kvinders seksuelle funktion efter en fødselsbristning. Dette kan være en udfordring i den kliniske hverdag, men bliver ligeledes tydeligt, når studierne resultater skal vurderes og sammenlignes. I forbindelse med gennemgangen af studierne blev der identificeret seks forskellige spørgeskemaer, der har til formål at evaluere kvindernes eventuelle bækkenbundsforstyrrelser og seksuelle funktion. Se tabel 3 (bilag 1). De to mest anvendte spørgeskemaer er Female Sexual Function Index (FSFI) og Pelvic Organ Prolapse/Urinary Function Short Form Questionnaire (PISQ-12) (58, 59).

FSFI er den gyldne standard til evaluering af kvinders seksuelle funktion. Spørgeskemaet består af 19 spørgsmål og måler seksuel funktion på tværs af seks domæner: lyst, ophidselse, lubrikation, orgasme, tilfredshed og smerte. En samlet score beregnes ved at summere de enkelte scores, og en score på $\leq 26,55$ indikerer kvindelig seksuel dysfunktion. Seks af de inkluderede studier har anvendt denne målemetode (36, 44, 45, 50, 51, 54).

PISQ-12 er et valideret værktøj, der anvendes til at evaluere seksuel funktion hos kvinder med urininkontinens eller bækkenorganprolaps. Spørgeskemaet består af 12 spørgsmål, der dækker over forskellige områder såsom seksuel tilfredshed, ubehag, smerte og angst i forhold til seksuel aktivitet inklusive spørgsmål vedrørende partnerens seksuelle funktion. Den samlede score på PISQ-12 spænder fra 0 til 48, hvor en højere score reflekterer en bedre seksuel funktion. Fem af de inkluderede studier har anvendt denne metode (31, 34, 35, 37, 49).

11 ud af 26 studier (42 %) anvender strukturerede, men ikke validerede spørgeskemaer. Derudover benytter flere af studierne validerede screeningsværktøjer til vurdering af specifikke symptomer. For eksempel identificeres tre forskellige metoder til vurdering af fækal- og analinkontinens og fire metoder til vurdering af kvindernes urinvejssymptomer og deres indvirkning på dagligdagen. Samtidig suppleres flere af studierne med ad hoc spørgsmål vedrørende specifikke symptomer, f.eks. dyspareuni.

Derudover har flere af undersøgelserne medtænkt screening for depression, der kan disponere til seksuel dysfunktion (36, 42, 43, 45, 49, 50). Enkelte studier undersøger kvindernes

helbredsrelaterede livskvalitet, ligesom graden af perineale smerter belyses ved forskellige metoder.

Som beskrevet i det ovenstående beror vores dataekstraktion på en systematisk og grundig litteratursøgning, hvor relevant forskningslitteratur blev identificeret og selekteret, så kun studier, der bidrager til nærværende reviews formål, tages i betragtning. I det følgende præsenteres en sammenfatning af resultaterne fra de inkluderede studier.

Nøglefund

Præsentationen af resultaterne er struktureret efter forskningsspørgsmålet og de tre definerede udfald. Således beskrives både prævalensen af og OASIS' potentielle indvirkning på kvinders

1. seksuelle funktion
2. seksuelle aktivitet
3. seksuelle tilfredshed

Hovedresultaterne for hvert studie er opsummeret i tabel 1, som samtidig danner baggrunden for følgende gennemgang.

OASIS' indvirkning på seksuel funktion

Samlet set viser studierne, at kvinder, der havde fået en OASIS i forbindelse med fødslen, havde flere seksuelle problemer end kvinder, der havde fået ingen eller mindre bristninger. Især disponerer OASIS til dyspareuni. Kvinder med OASIS havde en signifikant højere prævalens af dyspareuni i forhold til kvinder uden OASIS de første måneder efter fødslen. Omend der sås en gradvis bedring, var risikoen for dyspareuni fortsat signifikant forøget et år efter fødslen hos kvinder med OASIS. Denne overhyppighed af dyspareuni blev også fundet i de studier, der havde længere opfølgingsperiode (> tre år).

Dyspareuni er den medicinske betegnelse for smerter ved samleje. I WHO's internationale klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede tilstande (ICD-11) har dyspareuni en selvstændig diagnosekode (GA12) og defineres som:

”Et symptom i kønsorganerne, som rammer kvinder og skyldes fysiske faktorer. Karakteriseret ved tilbagevendende smerter i genitalia eller ubehag, der forekommer før, under eller efter samleje eller ved overfladisk/dyb vaginal penetration, og som har en identificerbar fysisk begrundelse, der ikke inkluderer manglende lubrikation. Tilstanden bekræftes ved medicinsk udredning.” (60)

Ingen af studierne bruger ICD-11 definitionen, så vidt forstås. Der fremgår ikke tydeligt, hvilken definition de så bruger. I nogle studierne opdeler de efter om der er tale om dyb versus overfladisk dyspareuni. Kun tre af de inkluderede studier lavede denne differentiering (22, 38, 53). Mens yderligere tre studier definerede dyspareuni som “Painful sexual intercourse”(39, 41, 52). I et studie blev smerter ved orgasme også betragtet som en form for dyspareuni (56).

Dyspareunia

I 15 af 26 de inkluderede studier blev forekomsten af postpartum dyspareuni undersøgt. Forekomsten af dyspareuni blandt kvinder med OASIS varierede på tværs af studierne, men generelt blev der observeret en høj forekomst både tre, seks og 12 måneder efter fødslen. Forekomsten varierede mellem 32-64 % tre måneder efter fødslen, mellem 33-61 % efter seks måneder og mellem 32-62,5 % efter 12 måneder.

Selvom alle studierne fandt høje prævalensrater af dyspareuni blandt kvinder med OASIS, fandt tre af studierne ingen statistisk overhyppighed af dyspareuni blandt kvinder med OASIS sammenlignet med kvinder uden OASIS (33, 35, 56). At der ikke fandtes signifikant forskel mellem de undersøgte grupper, er ikke ensbetydende med, at dyspareuni ikke forekom. I tværsnitsstudiet af Barret et al., havde 64 % af kvinder med OASIS dyspareuni mod 49 % af kvinder med intakt perineum tre måneder efter fødslen (56). Og i det prospektive kohortestudie af Brubaker et al. havde 35 % af kvinder med OASIS (n = 407) dyspareuni seks måneder efter fødslen (35). Dette gjorde sig gældende for 38 % af kvinder uden OASIS.

De øvrige 12 studier fandt entydigt, at kvinder med OASIS havde en signifikant højere forekomst af dyspareuni i forhold til kvinder uden. I flere af studierne udregnes en oddsratio, og f.eks. fandt man i studiet af Dahlgren et al., at risikoen for dyspareunia var fire gange forøget hos kvinder med OASIS sammenlignet med kvinder med ingen eller overfladiske bristninger tolv måneder efter fødslen (37). Denne tendens blev bekræftet i fem andre studier,

der ligeledes undersøgte kvinderne tolv måneder efter fødslen, hvor resultaterne viser, at kvinder med OASIS havde mellem 2,09-4,3 gange højere risiko for dyspareuni (31, 37-39, 41).

Fire af studierne undersøgte forekomsten af dyspareunia på lang sigt, henholdsvis fire, 16 og 25 år efter fødslen (22, 47, 48, 51, 53). Alle studierne fandt, at kvinder med OASIS oplevede flere bækkenbundssymptomer, herunder dyspareuni, end kvinder uden OASIS.

I de to studier der undersøgte forekomsten af dyspareuni efter 4 år fødslen, oplevede hhv. 35 % og 64 % af kvinder med OASIS dyspareuni.

I undersøgelsen af Mous et al. rapporterede 29 % af kvinderne med OASIS dyspareuni 25 år efter fødslen, sammenlignet med 13 % af kontrollerne. Forskellen var signifikant ($p = 0.01$).

I samme studie var der også flere kvinder med OASIS, der oplevede fækal-inkontinens under samleje sammenlignet med kvinder uden OASIS (13 % versus 1%, $p = 0,005$). I studiet af Hjort et al., udført 16 år efter fødslen, sås desuden at kvinder med OASIS oftere havde problemer med nedsat lubrikation sammenlignet med kvinder uden OASIS (53).

Sexlyst, lubrikation og orgasme

Generelt var der blandt kvinder med OASIS en høj forekomst af både nedsat sexlyst samt lubrikations- og orgasmeproblemer (omkring halvdelen indenfor det første år), men det var ikke altid signifikant forskel på kvinder med OASIS og uden OASIS.

Et fåtal af studier peger på, at der var en signifikant øget forekomst af nedsat sexlyst blandt kvinder med OASIS versus kvinder uden OASIS de første måneder af fødslen og op til ca. tre år efter fødslen. Den relative risiko for nedsat sexlyst var mellem to til syv gange højere hos kvinder med OASIS (41, 42, 55).

I forhold til problemer med lubrikation og orgasme hos kvinder med OASIS versus kvinder uden OASIS viste nogle studier en tendens hertil, mens andre ikke påviste signifikant forskel mellem kvinder med OASIS og kvinder uden OASIS (42, 53, 54).

Seksuel funktion målt ved forskellige scores

At opsummere hvilke øvrige seksuelle problemer kvinder med OASIS oplever, er ikke en enkel opgave, da der ikke er tydelige tendenser på tværs af studierne. Dette skyldes dels, at der er en betydelig variation i, hvor lang tid efter fødslen kvinderne er blevet undersøgt, men også at forskellige spørgeskemaer er blevet anvendt. Endvidere varierer rapporteringen af resultaterne, hvor nogle studier kun angiver signifikante eller ikke-signifikante forskelle, mens andre angiver konkrete scores eller forskelle i form af oddsratio.

Seks af de inkluderede studier målte kvindernes seksuelle funktion vha. FSFI. Heraf undersøgte tre af studierne FSFI-målinger mindre end et år efter fødslen (36, 44, 45), mens de andre studier undersøgte FSFI-målingerne mere end tre år efter fødslen (50, 51, 54).

Af de tre studier, der anvendte FSFI-målinger mindre end et år efter fødslen, fandt to af studierne en signifikant lavere total FSFI-score hos kvinder med OASIS sammenlignet med kvinder uden OASIS tre måneder efter fødslen. Det ene studie af Tilak et al. omfattede 74 førstegangsfødende (35 med OASIS og 39 kontrolpersoner), mens det andet studie af Sayed Ahmed et al. inkluderede 156 kvinder (56 med OASIS og 100 kontrolpersoner) (44, 45). I Tilak et al.'s undersøgelse blev der observeret en signifikant forskel i den samlede FSFI-score tre måneder efter fødslen, men denne forskel kunne ikke bekræftes efter seks måneder. I modsætning hertil viste Sayed et al.'s undersøgelse, at forskellen i total FSFI-score var signifikant både seks og tolv måneder efter fødslen. Eksempelvis havde kvinder med OASIS en total FSFI score på 18 seks måneder efter fødslen, mens kvinder uden OASIS havde en gennemsnitlig total score på 28 ($p < 0.002$). En af forskellene på de to studier var, at 70 % af kvinderne i Sayed Ahmed et al.'s undersøgelse var omskårne (female genital mutilation).

Tre af de inkluderede studier anvendte FSFI-spørgeskemaet til undersøgelse af langvarige seksuelle senfølger. Et amerikansk prospektivt kohortestudie fra 2018 undersøgte 47 kvinder med OASIS og fandt, at næsten halvdelen (47 %) havde seksuel dysfunktion tre år efter fødslen (defineret som $FSFI \leq 26.55$) (51). I et case-kontrolstudie fra 2011 med i alt 784 kvinder (196 med OASIS og 588 i kontrolgruppen) blev der ikke observeret nogen forskel i kvindernes seksuelle funktion seks år efter fødslen (54). Lignende resultater blev fundet i et retrospektivt kohortestudie fra 2005 med i alt 890 kvinder (445 med OASIS og 445 uden OASIS), hvor den seksuelle funktion blev undersøgt 18 år efter fødslen. I dette studie fandt man heller ingen forskel på den seksuelle funktion (50).

Blandt de fem studier, der anvendte PISQ-12 som undersøgelsesmetode, fandt tre af studierne ingen forskel i den gennemsnitlige PISQ-12 score mellem kvinder med OASIS og kvinder uden OASIS (34, 35, 37). Dog fandt et dansk studie med i alt 554 førstegangsfødende, hvoraf 174 havde OASIS, at kvinderne med OASIS havde en signifikant dårligere seksuel funktion målt vha. PISQ-12 (31)

Det sidste studie, der anvendte PISQ-12 var et prospektivt kohortestudie fra 2016 af Leader-Cramer med 199 kvinder med OASIS, der undersøgte hvilke faktorer, der var forbundet med forsinket tilbagevenden til samleje efter OASIS. Forsinket samleje blev defineret som senere end tre måneder efter fødslen. Kvinder, der genoptog samleje før tre måneder, havde en signifikant højere PISQ-12-score end kvinder, der først genoptog samleje senere (38,4 versus 35,4; $p < 0,001$) (49).

Et nyligt amerikansk prospektivt kohortestudie fra 2023 af Propst et al. inkluderede 151 kvinder med OASIS og undersøgte den seksuelle funktion seks måneder postpartum vha. spørgeskemaet Postpartum Pelvis Floor Birth Questionnaire (PPFBQ) (42). Kvindernes prægravide seksuelle funktion blev også evalueret og sammenlignet. Resultaterne viste, at kvinder med OASIS havde nedsat seksuel funktion efter fødslen sammenlignet med før fødslen, især i forhold til nydelse af seksuel aktivitet og hyppighed af samleje. Studiet inkluderede også screening for depression vha. Edinburgh depression screen (EPDS), og 16 % af kvinderne havde en positiv screening for depression. Kvinder med positiv screening for postpartum depression havde øget risiko for seksuel dysfunktion, især i forhold til ophidselse, lubrikation og orgasme. I studiet af Rådestad et al. identificeres ligeledes en sammenhæng mellem depressive symptomer og kvindernes sexliv postpartum (43).

Mulige risikofaktorer og confoundere for seksuelle funktionsproblemer

I studiet af Leader-Cramer et al., hvor de undersøgte, hvilke faktorer, der bevirkede, at kvinder med OASIS genoptog samleje senere, fandt de, at analinkontinens var mere udbredt i den forsinkede gruppe sammenlignet med gruppen uden forsinkelse ($p = 0,001$) (49).

Associationen mellem analinkontinens og OASIS blev undersøgt i flere af studierne, heriblandt et norsk studie fra 2014, der fandt at forekomsten af analinkontinens var signifikant højere hos kvinderne med OASIS sammenlignet med dem uden OASIS: 38 % versus 8 % (OR 4.66, 95% CI 1.34-16.33) (55). Denne tendens bekræftes i andre

undersøgelser (22, 35, 39, 54). Analinkontinens disponerer altid til seksuelle dysfunktioner, og kan derfor siges at være en medierende faktor, forstået på den måde at ekspositionen (OASI) øger risikoen for analinkontinens (mediator), der igen øger risikoen for seksuelle dysfunktioner.

Flere af studierne undersøger også forekomsten af urininkontinens (38, 39, 49, 50, 54). Resultaterne vedrørende urininkontinens er dog ikke konsistente.

I de fleste studier redegøres for forløsningsmetoden, og i flere af studierne analyseres denne faktor som en selvstændig variabel og en mulig confounder til OASIS. Flere studier finder, at der er sammenhæng mellem instrumentel forløsning (engelsk: operative vaginal delivery, OVD) og seksuelle dysfunktioner. Det er f.eks. tilfældet i studiet af Signorello et al., hvor dyspareuni seks måneder efter fødslen var stærkt associeret med OVD (OR = 2.5, 95 % CI: 1.3 – 4.8) (52). Lignende association fandt de i studiet af Anglés-Acedo et al., der konkluderer, at kvinder med OVD genoptog samleje senere og generelt havde en dårligere seksuel funktion end kvinder, der havde født spontant, uanset om de havde fået en OASIS eller ej (34).

I et af de studier, der undersøgte prægravid seksuel funktion, så man en forskel i forekomsten af prædyspareuni mellem OASIS og non-OASIS (31). 24,1 % af kvinderne med OASIS havde oplevet dyspareuni inden graviditeten, og til sammenligning gjorde det sig kun gældende for 13,6 % af kvinderne med overfladiske bristninger. Flere studier viste, at kvinder der oplevede dyspareunia før fødslen, havde større risiko for at opleve dyspareuni efter fødslen (22, 41, 52, 56). F.eks. sås i det danske studie af Gommessen et al., at kvinder med prægravid dyspareuni havde en ca. 2 gange forøget risiko for postpartum dyspareuni (aOR = 1.8, 95% CI: 1.45 – 2.2), og i studiet af O'Malley et al., sås en aOR = 3.8 (95% CI: 2-5 – 8).

OASIS' indvirkning på seksuel aktivitet

Data viser, at OASIS er en uafhængig og signifikant prædiktør for senere tilbagevenden til vaginalt samleje hos kvinder efter fødslen. Mens forskellen mellem kvinder med og uden OASIS er mest udtalt i de første måneder efter fødslen, herefter bliver denne tendens mindre markant og udlignes i løbet af seks til 12 måneder. Studierne bidrager ikke med entydig viden om, hvordan kvindernes seksuelle aktiviteter og praksis ændrer sig efter fødslen.

Genoptagelse af samleje

En stor andel (13/27) af studierne undersøgte, hvornår kvinder med OASIS begyndte at have vaginalt samleje efter fødslen. En række metodologiske variabler besværliggør sammenligning mellem studierne. Alligevel sås en tydelig association mellem OASIS og langsommere tilbagevenden til vaginalt samleje. Således genoptog de kvinder, der ikke havde fået en OASIS samleje tidligere end kvinder med OASIS. Denne forskel var signifikant både tre og seks måneder efter fødslen. 12 måneder efter fødslen var forskellen udvisket og stort set alle havde haft samleje.

Udover OASIS som risikofaktor for seksuel inaktivitet, peger nogle studier på, at kvinder, der var seksuelt inaktive i første trimester, var mere tilbøjelige til at være seksuelt inaktive tolv måneder efter fødslen (46), ligesom stigende maternel alder, civilstatus (single) og selvrapporteret dårligt helbred (43).

I to af studierne var den relative risiko for at udskyde genoptagelse af samleje fem til seks gange forøget hos kvinder med OASIS sammenlignet med kvinder med intakt perineum (hhv. OR = 5,52 og OR = 6,18) de første måneder efter fødslen (37, 38). Seks og 12 måneder efter fødslen var risikoen for udskydelsen ca. to gange højere hos kvinder med OASIS sammenlignet med kvinder uden (37, 43). I et retrospektivt kohortestudie fra 2001 (52) blev det vist, at kvinder med OASIS typisk genoptog samleje 9,3 uger efter fødslen, mens kvinder uden OASIS genoptog deres samleje efter 7,7 uger ($p < 0,001$). I et prospektivt kohortestudie fra 2017 (44) fandt de samme tendens til, at kvinder med OASIS genoptog deres sexliv senere (gennemsnitligt 16,5 uge versus 8,2 uger). Forskellen var ligeledes signifikant ($p < 0,05$).

Frekvens af seksuel aktivitet

Blandt de inkluderede studier er der ingen, der har undersøgt hyppigheden af samleje. Barrett et al. konstaterede, at 67 % af den samlede studiepopulation havde samleje sjældnere end før fødslen (56). Det fremgik dog ikke, hvordan det forholdt sig specifikt for kvinder med OASIS. Ligesom opfølgningsperioden i dette studie var relativt kort, hvorfor det er svært at konkludere, hvorvidt denne tendens persisterede.

Ét studie behandlede dog emnet indirekte ved at påpege, at både mænd og kvinder rapporterede, at "infrequency of intercourse" var et hyppigt problem tre år efter fødslen. Dette gjorde sig gældende for ni ud af ti mænd (51).

I et retrospektivt kohortestudie, der omfattede 159 kvinder med OASIS, blev det konstateret, at 98 % af kvinderne, fire år efter fødslen var seksuelt aktive på regelmæssig basis, hvilket blev defineret som at have samleje mindst én gang ugentligt (47). Dette resultat er til forskel fra det norske retrospektive kohortestudie, hvor 74 kvinder havde fået enten en OASIS og en episiotomi (case) eller kun en episiotomi (kontrol). Dette studie viste, at signifikant flere kvinder oplevede problemer med nedsat seksuel lyst, og at op mod 15 % af kvinderne med OASIS ikke havde vaginalt samleje. Alle kvinder uden OASIS var derimod seksuelt aktive tre år efter fødslen (55).

Seksuelle praksisser

I studiet af Barrett et al., der havde til formål at undersøge kvindernes seksuelle sundhed efter fødslen, spurgte de bl.a. ind til karakteren af kvindernes seksuelle praksisser (forskellige typer af seksuel aktivitet). Ud af den samlede studiepopulation (N = 484) havde kun 11 kvinder fået en OASIS, dvs. en relativt begrænset sample size i forhold til vores review. Dette studie er dog det eneste, der har belyst, hvordan kvindernes forskellige typer af seksuelle aktiviteter har ændret sig efter fødslen. Den primære ændring var et fald i oralsex fra både kvinder og deres partnere samt hyppigheden af analsex. Samtidig fremgår det af deres data, at kvinderne havde lige så meget genital kontakt uden penetration som før graviditeten (67 % versus 71 %, $p = 0,2$) (56).

OASIS' indvirkning på seksuel tilfredshed

Der eksisterer varierende resultater blandt studier, som har undersøgt kvinders seksuelle tilfredshed efter OASIS. Det er ikke muligt at ekstrahere egentlige tendenser, hvilket bl.a. skyldes at spørgsmål vedrørende seksuel tilfredshed er undersøgt på mange forskellige måder, ligesom svarene afrapporteres forskelligt.

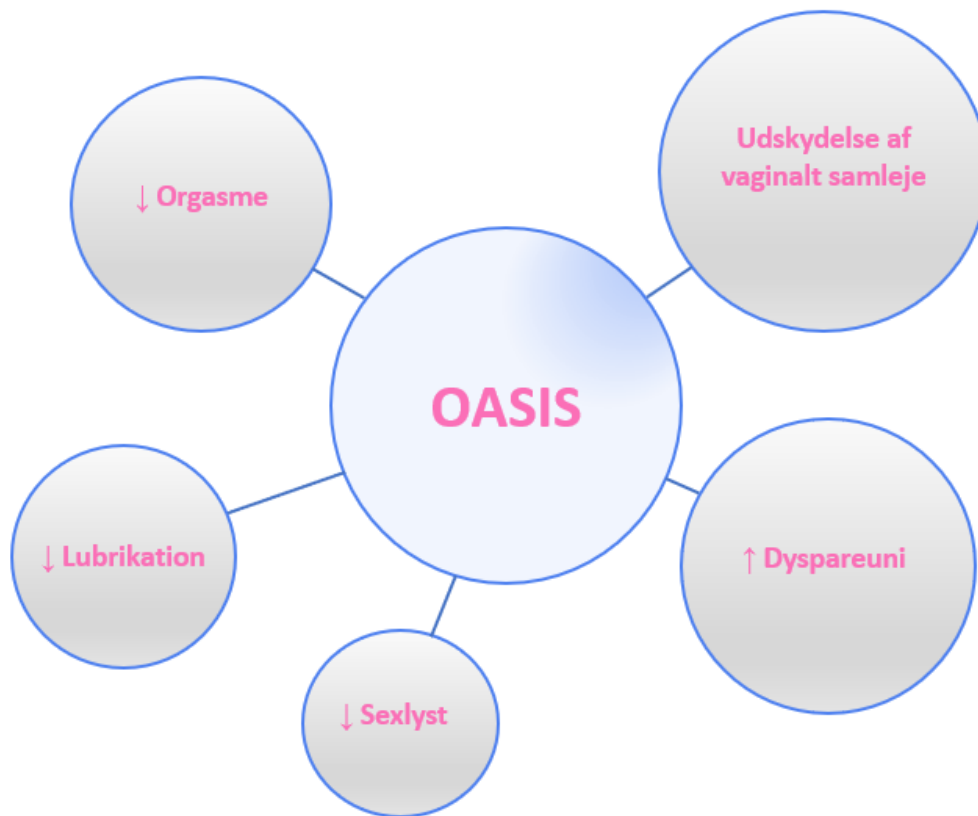
Hovedsageligt er der benyttet spørgeskemaer som FSFI, hvor "tilfredshed" er et af de seks subdomæner. Det er kun i de artikler, hvor subdomæner er specificeret, at der kan udtrækkes og drages konklusioner på baggrund af data (36, 37, 44-47, 52). I andre studier er

spørgsmålet om kvinders seksuelle tilfredshed blevet undersøgt ved hjælp af internt udviklede spørgeskemaer, hvor kvindernes svar samtidig afspejler de eventuelle ændringer, de har oplevet i deres sexliv siden før fødslen. Dette gør sig bl.a. gældende i Signorello et al.'s studie, hvor 24 % af kvinderne seks måneder efter fødslen rapporterede, at deres sexliv var blevet forværret. Samtidig fandt de, at 12 % af kvinderne med OASIS oplevede at have et bedre sexliv (52).

Propst et al. undersøgte tilfredsheden med det første vaginale samleje efter fødslen. Her svarede 41 % af kvinderne, at de var utilfredse, mens knap 30 % svarede, at de var tilfredse. Ifølge Van Brummen et al. var der ikke en klar sammenhæng mellem fødselsbristninger (eller andre obstetriske interventioner) og seksuel tilfredshed (46). Deres data pegede derimod på, at det havde større betydning, at kvinderne havde sex tidligt i graviditeten, ligesom stigende maternel alder var associeret med seksuel utilfredshed. En række andre studier fandt heller ikke nogen signifikant forskel i kvinders seksuelle tilfredshed baseret på omfanget af deres bristninger (36, 37, 44, 45). I et større amerikansk studie, der bl.a. inkluderede 407 førstegangsfødende med OASIS, svarede 65 %, at de var "meget tilfredse" eller "tilfredse" med deres sexliv seks måneder efter fødslen, og Desseuave et al. fandt, at de fleste kvinder havde regelmæssig sex og syntes, at det var "pleasurable" (47). Kun et enkelt studie inkluderede også mandlige partnere i deres undersøgelse (51). Studiet omfattede 47 kvinder med OASIS og 25 mænd. For at vurdere eksistensen af seksuelle problemer anvendte de spørgeskemaet Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). Generelt rapporterede mændene, at de var mere seksuelt utilfredse end kvinderne. Både mænd og kvinder rapporterede, at "non communication" var et subdomæne, der var forbundet med problemer i deres parforhold.

Diskussion

I det foregående blev resultaterne fra de inkluderede studier gennemgået, og det blev undersøgt, i hvilket omfang og på hvilken måde OASIS påvirkede kvinders seksuelle sundhed.



Figur 6: OASIS indvirkning på kvindernes seksuelle sundhed.

Ovenstående figur er en illustration af de implikationer, som OASIS kan have på kvinders seksualitet postpartum. Studierne viser en stærk korrelation mellem OASIS og udskydelse af første vaginale samleje efter fødslen sammenlignet med kvinder, der har fået en mindre fødselsbristning. Studierne viste også, at mange kvinder med OASIS oplevede en reduktion i deres seksuelle funktion efter fødslen. Især dyspareuni var en hyppig klage. Selvom studierne resultater ikke var konsistente, sås en tendens til, at kvinder med OASIS oplevede en reduktion af deres seksuelle funktion, når det kommer til sexlyst, lubrikation og orgasme.

Seksuel dysfunktion i den generelle befolkning

Tallene i sig selv er dog ikke interessante, medmindre de perspektiveres eller sættes i relation til den brede befolkning. Som beskrevet i det ovenstående har kun få af de inkluderede studier tilrettelagt deres undersøgelser således, at der er medtænkt en baseline-måling, dvs. hvordan kvindernes seksuelle funktion var inden fødslen. De studier, der undersøgte kvindernes prægravide seksuelle sundhed, viste en tendens til, at kvindernes seksuelle funktion efter fødslen ikke var tilbage til, hvordan den var inden graviditeten. Dette er bl.a. tilfældet i studiet af Barrett et al., der viste, at flere kvinder havde signifikant flere seksuelle problemer (dyspareuni, nedsat lubrikation og tab af sexlyst) de første tre måneder efter fødslen; omfanget af disse problemer var reduceret seks måneder efter fødslen, men ikke til niveauerne før graviditeten (56). Deres resultater viste desuden, at dyspareuni er almindeligt forekommende og 12 % havde oplevet dyspareuni i året før graviditeten, sammenlignet med 62 % i de første tre måneder efter fødslen og 31 % ved seks måneder.

Den amerikanske psykiatriske forening definerer kvindelig seksuel dysfunktion (FSD) som:

"En forstyrrelse i processen, der kendetegner den seksuelle respons cyklus, eller som følge af smerte forbundet med samleje." (61)

Klassifikationer af FSD er således baseret på den kvindelige seksuelle respons, som er beskrevet af Masters og Johnson. I Master & Johnsons 'sexual response cycle' betragtes den menneskelige seksuelle respons som en lineær proces i fire faser: Ophidselse, plateau, orgasme og afslapning (62). Denne model er nyttig, da den udpeger nogle fysiologisk set distinkte fænomener. Den er dog også blevet kritiseret for at være forældet og fokuseret på mandlig seksualitet uden tilstrækkelig opmærksomhed på kvinders seksuelle motivation, følelsesmæssig intimitet og relationelle dynamik (63).

Det er velbelyst, at seksuelle dysfunktioner er udbredt i den generelle befolkning (64, 65) Prævalensen er estimeret til at være mellem 20-40 % for kvinder (64). Et nyere dansk studie fra 2022, der baserer sig på tal fra Projekt SEXUS, viser, at blandt de seksuelt aktive kvinder havde 20,4 % oplevet mindst én seksuel dysfunktion inden for det sidste år, herunder problemer med lubrikation (9,1 %), orgasmeproblemer (12,2 %), genitale smertetilstande (5 %) og/eller vaginisme (0,8 %) (64). Derudover havde 99 % af kvinder med en partner oplevet

hypoaktiv seksuel lystforstyrrelse inden for de sidste fire uger. I studiet var prævalensen af disse seksuelle dysfunktioner højest blandt kvinder < 35 år og > 55 år.

Det er ligeledes velbelyst, at seksuelle dysfunktioner påvirker individets evne til at indgå i intime relationer og reducerer dennes fysiske, mentale og relationelle trivsel (64). Foruden denne påvirkning på den generelle trivsel og livskvalitet viser studier, at seksuelle dysfunktioner er associeret med en række sundhedsproblemer, herunder kroniske sygdomme som kardiovaskulære sygdomme, diabetes, depression, angst, smertetilstande samt dårligt rapporteret helbred (64). Denne sammenhæng bekræftes i et dansk kohortestudie fra 2022, der undersøgte forskellige sygdommes betydning for den seksuelle sundhed (65). Her fandt man, at selvrapporteret dårligt helbred samt en række somatiske og psykiske sygdomme var stærkt associeret med seksuel inaktivitet og seksuel dysfunktion. Seksuel inaktivt var mere almindeligt blandt personer, der havde selvrapporteret deres helbred som "dårlig" eller "meget dårlig" sammenlignet med jævnaldrende, der vurderede deres helbred som "godt" eller "meget godt". Personer, der vurderede deres helbred som "dårligt" eller "meget dårligt", var også konsekvent mere tilbøjelige til at rapportere flere seksuelle dysfunktioner. Den relative risiko for seksuelle dysfunktioner var mellem to til tre gange forøget blandt kvinder med selvrapporteret dårligt helbred sammenlignet med kvinder med selvrapporteret godt helbred.

Seksuelle dysfunktioner udgør derfor et vigtigt, men ofte undervurderet, folkesundhedsproblem. Et velfungerende seksualliv kan således betegnes som en indikator for den generelle sundhedstilstand, og i litteraturen er det også beskrevet som en såkaldt raskhedsfaktor (66, 67). Omvendt kan seksuel mistrivsel være forbundet med store fysiske, psykiske og sociale omkostninger. Fra et folkesundhedsperspektiv kan det på denne baggrund være væsentligt at beskæftige sig med at fremme seksuel sundhed og forebyggelse af seksuel mistrivsel i det kliniske felt. I World Health Organisation's definition af begrebet "seksuel sundhed" anerkendes det, at seksualitet er et samfundsanliggende, og at det kan udgøre en sundhedsfremmende faktor:

"Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet; det er ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel muligheden for at have gode og sikre

seksuelle oplevelser, fri for tvang, diskrimination og vold. For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes.” (68)

Selvom seksualitet og seksuel trivsel er centrale livstemaer for mange mennesker, er deres betydning og funktion individuel og under indflydelse af både krop, psyke, relationer, samfund og kultur:

“Ligesom alle andre menneskelige fænomener, har seksualiteten sin basis i celler og væv, men den giver kun mening foldet ud i mentale landskaber, sociale relationer og kulturelle rum.” (2)

Af samme grund bør ethvert seksuelt problem og dysfunktion ansues ud fra et bredt og dynamisk bio-psyko-socialt perspektiv, hvor der ikke blot lægges vægt på biologisk funktion og dysfunktion, men tillige inddrages psykologiske og sociale aspekter af det enkelte menneskes levede liv (2).

I klinisk-sexologisk forskning er det velbelyst, at genesen bag seksuelle problemer sjældent er entydig. Dels kan selv velafgrænsede biologiske problemstillinger give anledning til en psykologisk og relationel overbygning, som ikke imødekommes hensigtsmæssigt, hvis den sundhedsprofessionelle har sin opmærksomhed snævert rettet mod det biologiske aspekt (69). Dels kan psykiske belastninger, konflikter i parforholdet eller kulturelle påvirkninger manifestere sig kropsligt.

Seksuel dysfunktion postpartum

Graviditet og fødsel er på mange måder en ekstraordinær begivenhed og periode, hvor dette bio-psyko-sociale samspil bliver særligt tydeligt, og hvor den seksuelle sundhed på forskellig vis kan blive udfordret.

Generelt er der en tendens til, at kvinder oplever en midlertidig forringelse af deres seksuelle funktion efter fødslen, uanset om de har født vaginalt eller ved kejsersnit. Seksuel dysfunktion er almindeligt forekommende det første år efter fødslen, og et nyligt systematisk review og metaanalyse fra 2022 viste, at forekomsten når op på 83 % tre måneder efter

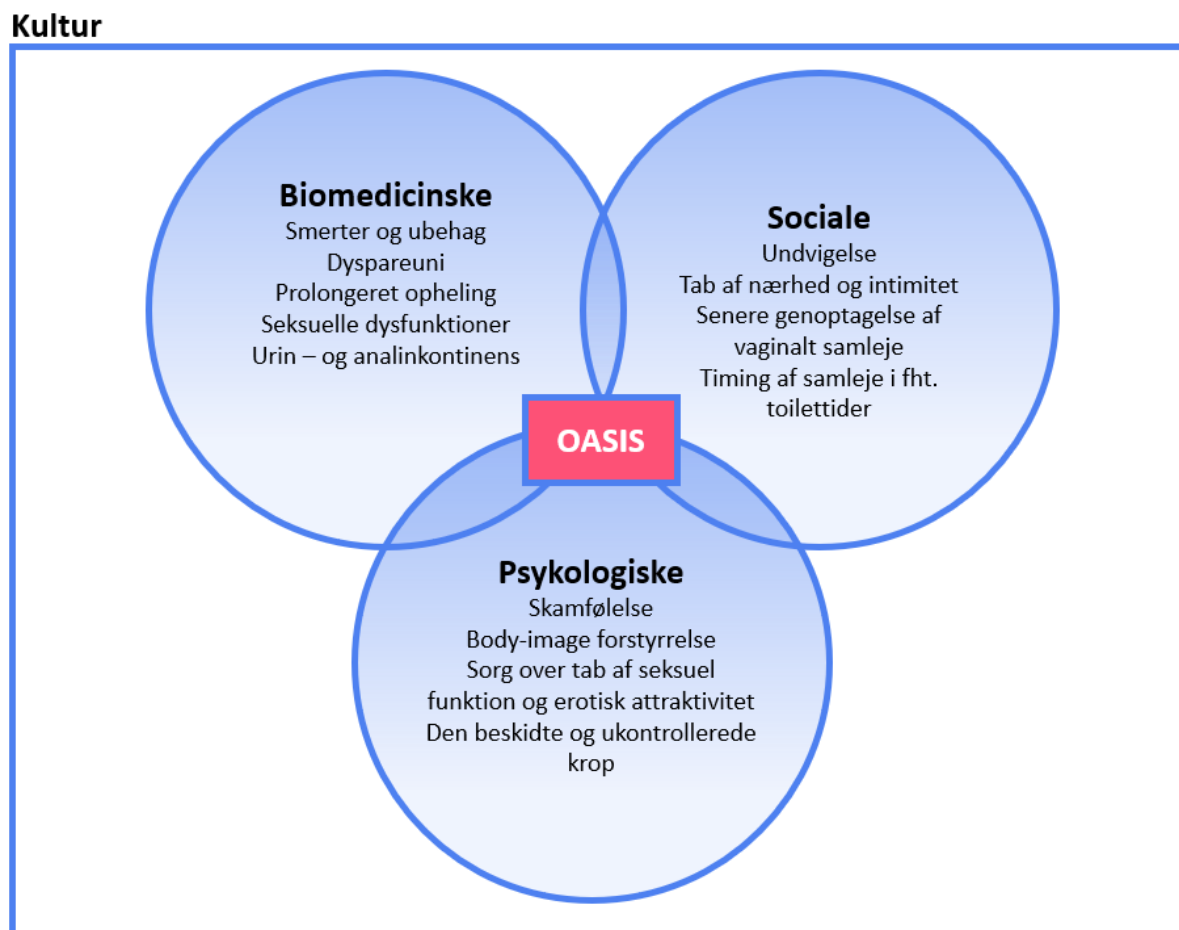
fødslen og falder til 64 % efter seks måneder (8). Årsagerne til seksuel dysfunktion efter fødslen er mange, og de kan jf. den bio-psyko-sociale model gensidigt påvirke hinanden.

De sociale og relationelle dimensioner i form af transitionen til forældreskabet og de nye roller i parforholdet kan reducere muligheden for, at kvinden og hendes partner har tid og overskud til at genoprette intimiteten. Ulig fordeling af opgaver i hjemmet, mangel på oplevelse af støtte og anerkendelse samt utilfredshed med parforholdet udgør ligeledes en risikofaktor for udvikling af seksuelle problemer. Samtidig kan kulturelle påvirkninger og forventninger manifestere sig kropsligt.

Medierne og de sociale platforme kan medføre et stigende socialt og kulturelt pres på par ift. hurtigt genoptagelse af vaginalt samleje efter fødslen, baseret på et *use it og lose-it* tilgang, der giver parret dårlig plads til at håndtere de forandringer og udfordringer som fødslen og omsorgen for et nyfødt barn medfører. Ifølge en omfattende kvalitativ undersøgelse af australske mødre havde disse meget høje forventninger til sig og forsøgte at leve op til samfundets idealer om ”den perfekte mor”. Dette omfatter at have en smuk krop, et passioneret sexliv, en kærlig relation til sine børn, et aktivt socialt liv og succes på arbejdet. Mange af disse kvinder oplevede et fald i nedsat sexlyst, hvilket fremkaldte stærke følelser af skam, skyld og fiasko, hvilket bidrag til at nogle kvinder indgik i seksuelle aktivitet, de ikke havde lyst til eller nød. Andre seksuelle udfordringer er relateret til negativt selv- og kropsbillede og oplevelsen af ikke at føle sig erotisk attraktiv. Hos nogle udløser det en bekymring i forhold til at kunne tilfredsstille deres partner, og nogle udvikler ligefrem angst for, at deres partner er hende utro. Af andre psykologiske dimensioner kan nævnes bl.a. træthed og mangel på søvn, stress, angst, depression og negativ fødselsoplevelse. Fysiologisk oplever mange af kvinderne vaginal tørhed og nedsat lyst, som kan tilskrives hormonelle forandringer, herunder lave niveauer af østrogen og høje niveauer af prolaktin (57).

Disse nævnte bio-psyko-sociale risikofaktorer for seksuel dysfunktion udgør konkurrerende årsager til seksuelle dysfunktioner hos kvinder med OASIS. Kvinder med OASIS er særlig udsatte, da en bristning i den anale sphinctermuskel ikke alene disponere for dyspareuni og seksuel dysfunktion, men også for inkontinens for urin, luft og fæces samt for senere nedsynkning af blære og livmoder (57). Disse symptomer bidrager yderligere til en øget risiko for seksuel dysfunktion, og man kan sige, at kvinder med OASIS er dobbeltramte.

Nedenstående figur er et forsøg på at kortlægge og illustrere de mange facetter og de bio-psyko-sociale implikationer, som OASIS kan have på kvindernes seksuelle sundhed:



Figur 7: Bio-psyko-sociale implikationer af OASIS

Med figuren bliver det tydeligt, at man som sundhedsprofessionel må have blik for samspillet mellem kropslige, emotionelle, relationelle og kulturelle faktorer, og at den kliniske sexologis genstandsfelt befinder sig midt i dette krydsningsfelt (2). Det betyder ikke, at den enkelte behandler skal kunne mestre alle domæner lige kvalificeret, men at kompleksiteten netop inviterer til tværfagligt samarbejde. Behandler man et symptom som en isoleret størrelse, risikere man at overse både disponerende, udløsende, vedligeholdende og beskyttende faktorer af afgørende klinisk betydning. Det er således patientens samlede situation, der skal behandles, og man bør undgå mekanisk mønstergenkendelse, men i stedet være nysgerrig, åben og lydhør.

Med gennemgangen af litteraturen har vi fået et overblik over de seksuelle problemer, OASIS kan opleve. Det er præmissen for dette metodiske format, at fokus primært er rettet mod det, man kan kalde det biologiske "hardware" og den viden, der er skabt, primært handler om prævalensrater og risikofaktorer. For at opnå viden om det man kunne kalde det psykosociale og kulturelle "software", hvor kompleksiteten og de mellem menneskelige kvaliteter belyses, kan man inddrage kvalitativ forskning. Den kvalitative forskning kan bidrage med en mere dybdegående forståelse af kvindernes subjektive oplevelser.

I en svensk undersøgelse fra 2022, med overskriften "*From hell to healed*", undersøgte man kvindernes oplevelse af parforhold og seksualitet efter OASIS. Overskriften er valgt som et billede på den bevægelse mange kvinder gennemlevede, fra en traumatisk oplevelse med stor indvirkning på dagligdagen, relationer og seksualitet, til at kvinderne over tid betragtede sig som hele og helbredte. Den ene af informanterne reflekterede over, hvordan hendes sexliv var påvirket efter OASIS:

"I still perceive sex as tough...both physically and mentally...you don't get as ecstatic as before...You have a hope that next time." (70)

I et andet kvalitativt studie, der ligeledes havde til formål at undersøge kvindernes oplevelse af at få en OASIS, blev temaet "disembodied and disconnected" ekstraheret. Temaet dækkede over, at flere kvinder oplevede en vedvarende forvrængning af deres kropslige grænser og en følelse af en forurennet og ukontrolleret krop. Dette skabte et ubehag i kvinderne, der søgte både fysisk og følelsesmæssig heling samt en genskabelse af kroppens grænser (71).

Et af de tre definerede udfald i vores problemformulering var, hvordan OASIS påvirker kvinders seksuelle tilfredshed. Resultaterne af de inkluderede studier er ikke konsistente. Alligevel kan det synes overraskende, at kvinderne ikke angiver at være mere utilfredse med deres sexliv?

En mulig årsag hertil kunne være, at kvinderne finder effektive strategier til at håndtere f.eks. dyspareuni. I et kvalitativt studie fra 2019 blev det undersøgt, hvilke løsninger og strategier, kvinder anvender til at håndtere de fysiske og psykologiske udfordringer, de står over for i deres intime forhold og seksuelle aktiviteter. Kvinderne i dette studie beskrev hvordan de tog sig mere tid til forspil for at sikre, at de var seksuelt opstemte, eller brugte positioner, hvor de

kunne kontrollere penetrationen. Ligeledes brugte flere af kvinderne vandbaseret glidecreme for at sikre en sufficient lubrikation og reducere friktion og smerte. Andre var seksuelt kreative og fandt alternative nydelsesfulde aktiviteter f.eks. gensidig onani og oralsex:

“I think you can still be intimate without sex and we’ve been intimate without having sex a few times as well because I amn’t enjoying it at the moment so we do other things. (Fiona) (72)

Sex forstås i denne kontekst som vaginalt samleje.

Jævnfør WHO’s brede og positive definition af seksuel sundhed, er gode seksuelle oplevelser er andet og mere end mekanik og penetration. Det handler også om intimitet, anerkendelse og nærhed, og vi ved fra litteraturen, at mennesker har mange forskelligartede motivationer for seksuelt samvær. I befolkningsundersøgelsen Projekt SEXUS angav de seksuelt aktive 15-89 årige respondenter således lyst, afspænding og velvære som væsentlige erotiske motiver, ligesom relationelle begrundelser var almindelige (1). I Projekt SEXUS så man desuden, at ikke-genitale former for fysisk nærvær af mange blev anset som vigtige. Blandt respondenterne med en fast partner angav 90-98 % (uanset alder og køn), at følelsesmæssig nærhed og forskellige typer for intimitet (kys, holde i hånden, ligge tæt, kærtegn og berøring mv.) var vigtigt, meget vigtig eller særdeles vigtig.

Styrker og svagheder ved de inkluderede studier

I det følgende diskuteres fordele og ulemper ved de inkluderede studier i dette review. En kritisk vurdering af studiernes troværdighed er afgørende, da det kan påvirke pålideligheden af deres resultater og konklusioner. Indledningsvis gennemgås styrker og svagheder af de inkluderede studier. Efterfølgende diskuteres den interne validitet i dette review.

De inkluderede studier er præget af betydelig heterogenitet, både i form af forskellige studiedesigns, forskellige metoder til vurdering af seksuel dysfunktion samt forskellige tidspunkter for evaluering af seksuel dysfunktion. Denne heterogenitet vanskeliggør muligheden for en metaanalyse. Det er vigtigt at påpege, at mens sammenligning af resultaterne på tværs af de inkluderede studier kan give et overordnet billede af tendenser og forskelle, bør der udvises forsigtighed ved tolkning af resultaterne.

Studiedesigns

Alle de inkluderede studier er observationelle studier, enten kohorte eller case-kontrol studier. Blandt kohortestudierne er nogle retrospektive, mens andre er prospektive eller tværsnit. I nogle af kohortestudierne har man brugt “milde bristningstyper” (intakt perineum eller grad 1 bristning) som reference-/kontrolgruppe til OASIS. Størstedelen af kohortestudierne udgøres af prospektive studier.

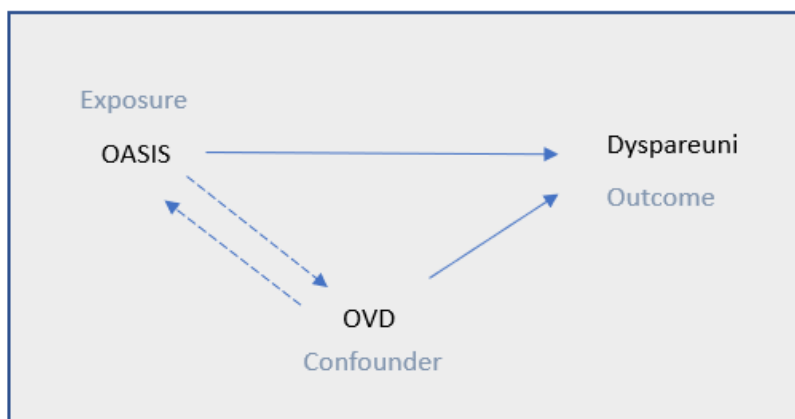
Observationelle studier har flere fordele. Eksempelvis kan observationelle studier undersøge sammenhænge, hvor der ikke er mulighed for at udføre randomiserede kontrollerede forsøg enten af etiske eller praktiske årsager. Observationelle studier kan også udføres på et større antal deltagere og undersøge komplekse sammenhænge, hvor der er mange variabler og faktorer, der kan påvirke resultatet. Observationelle studier har også ulemper. Eksempelvis kan en ulempe være, at resultaterne påvirkes af ukendte eller uobserverede faktorer, der ikke blev kontrolleret for i studiet.

Generelt har de inkluderede studier medtænkt denne risiko ved bl.a. at redegøre for sociodemografiske (alder, uddannelse mv.) og obstetriske forhold, herunder paritet, forløsningsmetode, fostervægt, hovedomfang og amning mv.

Fordelen ved prospektive kohortestudier er, at man er sikker på tidsperspektivet, idet ekspositionen kommer før udfaldet. Ulempen er, at man risikerer frafald. Frafaldsprocenten i de inkluderede studier er generelt ret høj (> 20 %), hvilket øger risikoen for non-response bias, og reducerer den statistiske styrke i undersøgelserne.

Confounding

Præmissen for at lave undersøgelser omhandlende bristninger og seksuelle outcome er besværliggjort af de mange potentielle confoundere. En confounder er en variabel, der påvirker både den uafhængige og den afhængige variabel i en undersøgelse, og som dermed kan forårsage en falsk sammenhæng mellem de to.



Figur 8: Eksempel på en mulig confounder, der kan have betydning for udfaldet.

OVD = Operative vaginal delivery. På dansk: instrumentel forløsning

Figuren illustrerer, hvordan OASIS (ekspositionen) disponerer til dyspareuni (outcome). Det gør forløsningsmetoden også (instrumentel forløsning). På baggrund af vores litteraturgennemgang ved vi, at OASIS øger risikoen for dyspareuni. Samtidig ved vi, at risikoen for OASIS er højere ifm. OVD. Altså, er instrumentel forløsning en confounder for associationen mellem OASIS og dyspareuni postpartum. Anglès-Acedo et al. konkluderede i deres undersøgelse, at OVD havde større indflydelse på både senere genoptagelse af samleje og seksuel dysfunktion end OASIS (34).

For at mindske effekten af en confounder, skal den identificeres og kontrolleres i analysen. Nogle af studierne har kontrolleret for potentielle confoundere, herunder instrumentel forløsning, men det er der variation i, hvilke faktorer der er blevet betragtet som relevante. På grund af kompleksiteten i feltet og de multifaktorielle årsager til seksuel sundhed er det

ikke overraskende, men det understreger vigtigheden af at være forsigtig med at drage konklusioner om eventuelle kausaliteter i observationelle studier.

Enkelte studier screener kvinderne for depression/efterfødselsreaktion (36, 42, 43, 45, 49, 50), ens data vedrørende medicinstatus (f.eks. antidepressiva og antipsykotika), der kan have seksuelle bivirkninger, er ikke indsamlet.

Intermediær konsekvens

En intermediær konsekvens kan være, at eksponeringen øger risikoen for et udfald via andre faktorer, selvom det også kan føre til udfaldet i sig selv. Et eksempel på dette er den øgede forekomst af analinkontinens som følge af OASIS, som igen øger risikoen for seksuelle dysfunktioner (22, 39, 40, 54). Denne sammenhæng findes bl.a. i studiet af Huber et al., hvor kvinderne med OASIS har signifikant øget risiko for analinkontinens, og kvinderne samtidig angiver, at det påvirker deres livskvalitet og sexliv (OR = 23, 95 % CI 2.5 - 213) (39).

Bias

Et andet problem er, at langt størstedelen af studierne ikke har medtænkt en før/efter-måling. Det kan gøre det svært at afgøre om en eventuel sammenhæng mellem eksponering (OASIS) og outcome (den seksuel funktion) skyldes den eksponering, man ønsker at undersøge, eller om det skyldes andre faktorer, som ikke er blevet målt eller taget hensyn til i analysen.

De studier, der har medtænkt en baseline-måling af kvindernes seksuelle funktion inden graviditeten, foretager målingen enten tidligt eller sent i graviditeten eller i ugerne efter fødslen. Der er udfordringer ved begge dele, og dels kan deres seksuelle aktiviteter være forstyrret af graviditetsbetingede klager, ligesom det kan være behæftet med recall bias, at kvinderne skal huske tilbage på, hvordan deres sexliv var før graviditeten. Det ville være ideelt at spørge kvinderne om deres oplevelser inden graviditeten, men det ville kræve, at kvinderne identificeres og rekrutteres, inden de bliver gravide, og at de fastholdes i studiet og følges over tid.

Foruden recall bias, der især kan være et problem i retrospektive studier, kan også nævnes en række andre typer bias. Eksempelvis kan undersøgelsen af seksuel funktion hos både første-

og flergangsfødende være påvirket af selektionsbias, idet flergangsfødende kan have faktorer fra deres tidligere fødsler, der påvirker deres seksuelle funktion.

Follow-up-tid

Nogle af studierne undersøger kvinderne få måneder efter fødslen (< seks måneder). Andre meget lang tid efter (> tre år). Fordelen ved at have en kort follow-up-tid er, at risikoen for tab af deltagere i studiet reduceres og kvaliteten af dataindsamlingen og rapporteringen øges. Ulempen ved en kort follow-up-tid er at de begrænser muligheden for at undersøge langsigtede virkninger.

Samtidig er der en række metodiske ulemper ved at spørge ind til kvindernes seksualitet (outcome), når eksponeringen (OASIS) ligger mange år tilbage. I de tilfælde kan andre forhold forvrænge resultatet. Eksempelvis hvis kvinden har født flere børn. I de studier, hvor der spørges ind til kvindernes seksualitet mere end 15 år efter fødslen, kan resultaterne påvirkes af, at kvinderne ofte vil have entreret menopausen med de hormonelle og kropslige forandringer, denne livsfase kan medføre.

Målemetoder

En del studier (10/26) har anvendt spørgeskemaer, de selv har udviklet til denne specifikke undersøgelse, hvilket kan være en potentiel begrænsning, idet sammenligning besværliggøres og validiteten kompromitteres.

Andre bruger validerede spørgeskemaer så som FSFI og PISQ-12, hvilket er en fordel, når resultaterne skal sammenlignes. Dog skal det påpeges, at spørgeskemaerne ikke er validerede specifikt til efterfødselsperioden, og at PISQ-12 er udviklet til ældre kvinder med inkontinens og prolaps af bækkenorganer, ligesom den kun er relevant for heteroseksuelle kvinder med mandlig partner. Både PISQ-12 og FSFI indeholder spørgsmål, der relaterer sig til partneren, hvorfor kvinder uden en partner vil opnå en falsk negativ score. Nogle studier har valgt at justere for denne mulige selektionsbias ved at ekskludere kvinder uden en (mandlig) partner. Dette er en begrænsning, der gør det svært at udtale sig om kvinder, der orienterer sig anderledes seksuelt eller nyder andre seksuelle aktiviteter.

I studierne defineres “resumption of intercourse” som en seksuel aktivitet, der involverer penetrativt vaginalt samleje. Denne definition ekspliciteres i bl.a. i studiet af van Brummen et al.:

“Sexual intercourse is defined as the situation in which the erect penis enters the vagina at least for a short period, irrespectively of whether ejaculation occurs.” (46)

Definitionen af seksualitet kan dog variere, og selvom studierne udelukkende definerer seksuel aktivitet ud fra penetrativt samleje, ser andre det bredere og medtænker ligeledes seksuelle tanker, fantasier, lyster eller onani. Dette er også tilfældet for kvinder efter fødslen. I bogen “Sexology and Midwifery” (2023) diskuteres dette emne, og der redegøres for, hvordan kvinders seksuelle aktiviteter og ønsker kan variere i efterfødselsperioden (63). Derfor bør man også være forsigtig med en for snæver og entydig definition af, hvad “normal” seksuel aktivitet eller funktion er efter fødslen. En definition af, hvad kvindens seksuelle sundhed er, kræver en mere nuanceret og helhedsorienteret tilgang, hvor der tages højde for den enkeltes kvindes oplevelser og behov (63).

Studiepopulation

Generelt er studierne relativt store, og flere af studierne inkluderer mange kvinder med OASIS, hvilket øger deres statistiske styrke til at drage passende konklusioner.

Ikke alle studierne har inkluderet en kontrolgruppe, eller delt deltagerne i kohorte-studierne op i grupper (eksponerede versus ikke-eksponerede) og brugt dem som reference. Referencen ville ellers kunne være brugt til at estimere risikoen eller sandsynligheden for en given effekt, som kan sammenlignes med risikoen eller sandsynligheden for den eksponerede gruppe.

En anden risikofaktor, som kun få af studierne tager højde for, er episiotomi. Det er store forskelle, selv inden for Europas grænser for, hvor ofte der anlægges episiotomi i forbindelse med fødslen. I Danmark anlægges kun episiotomi ved mistanke om føtal distress og kun på et fuldt udspilet perineum, mens man i nogle lande har tradition for at anlægge episiotomi bl.a. for at minimere risikoen for OASIS. I flere af studierne redegøres der for, hvor stort antal af studiepopulationen, der har fået en episiotomi, men det er ikke en variabel, der bliver justeret for, selvom det er velkendt, at også episiotomi kan disponere til dyspareuni (8).

Terminologien

Det ville have været en fordel, hvis de inkluderede studier klart havde beskrevet, hvordan de definerede female sexual dysfunction (FSD) og dyspareuni, og om disse definitioner var konsistente med de definitioner, der er anvendt i international litteratur. Dette er et generelt problem, der er blevet identificeret af bl.a. International Urogynecological Association (IUGA) og International Continence Society (ICS), som i en fælles rapport fremhæver vigtigheden af at standardisere terminologien på tværs af forskellige undersøgelser og betoner behovet for en klinisk baseret konsensus for at fremme en mere præcis og sammenlignelig vurdering af seksuel sundhed i denne patientgruppe (73).

Styrker og svagheder ved eget studie

I det følgende afsnit diskuteres den interne validitet af nærværende litteraturstudie.

Studiernes kvalitet i dette review kan overordnet set betragtes som god til middel, hvilket påvirker styrken af de konklusioner, der drages i forhold til det undersøgte forskningsspørgsmål. Dog er der blevet udført en omfattende, transparent og systematisk litteratursøgning i databaserne Embase og PubMed, hvilket tyder på, at den præsenterede viden er den mest opdaterede og relevante inden for emneområdet. Dette reviews søgehistorik er dokumenteret (se bilag 1).

Som beskrevet i metodeafsnittet blev inkluderede studier identificeret og udvalgt gennem en omfattende udvælgelsesprocedure, hvor inklusions- og eksklusionskriterierne blev fastlagt. For at sikre høj kvalitet og validitet blev kun primære, videnskabelige artikler, som er blevet udført af forskere og publiceret i peer-reviewed videnskabelige tidsskrifter inkluderet i dette studie. Det skal dog påpeges, at selv med en omhyggelig søgestrategi er der risiko for, at relevante studier kan være undsluppet vores opmærksomhed eller ikke er fanget i vores sortering. Alene pga. de sproglige afgrænsninger fremstår muligheden for at have gået glip af vigtig information.

Inden udarbejdelsen af de endelige søgestrategier blev der kontaktet flere eksperter på området, heriblandt teamet på GynZone, der er verdens førende specialister inden for evidensbaseret behandling af fødselslæsioner (74). Disse samtaler bidrog med en indsigt i feltet generelt og en kvalificering af de søgeord, der knytter sig til feltet.

Herefter blev en omfattende søgeprotokol udarbejdet, som inkluderede nøgleord, søgeudtryk og synonymer, som er relevante for forskningsspørgsmålet. Validering af søgestrategien blev udført af forskningsbibliotekarer, med henblik på at sikre bedst mulig præcision og undgå unødvendig støj. Der blev søgt i flere databaser for at øge chancerne for at finde relevant information.

Efter fremsøgning af artikler blev en blind screening af titel og abstract udført for at sikre en mere objektiv og pålidelig inklusion af studier i den videre litteraturgennemgang. En del af studierne blev gennemlæst i fuld tekstlængde, da det var usikkert, om de mødte inklusionskriterierne. En udfordring, der blev oplevet i denne proces var, at den primære forskning havde andre formål end at besvare det specifikke forskningsspørgsmål, som reviewet forsøgte at besvare.

En yderligere udfordring var, at selvom alle studier benyttede Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) klassificering til at kategorisere perinealt traume, analyserede visse studier ved at anvende alternative terminologier til at beskrive traumet eller gruppere bristninger anderledes. Disse studier blev ekskluderet.

Konklusion

Formålet med nærværende review var at undersøge i hvilket omfang, og hvordan en obstetrisk anal sphincterruptur påvirker kvinders seksuelle funktion, aktivitet og tilfredshed efter fødslen.

Generelt er postpartum seksuel dysfunktion udbredt. Kvinder oplever ofte midlertidige forringelser af deres seksuelle funktion efter fødslen, uanset om de har født vaginalt eller ved kejsersnit. Årsagerne er mange og komplekse, og inkluderer biologiske, psykologiske, sociale og relationelle faktorer. Blandt andet kan nævnes problemer med transitionen til forældreskabet og de nye roller i evt. parforhold, mangel på søvn, træthed, hormonelle forandringer, langvarig amning, mangel på nærvær og tid til samvær, negativ fødselsoplevelse, bekymring og angst, negativt body-image samt kulturelle idealer om ”den perfekte mor”.

Blandt kvinder, der føder vaginalt, er kvinder med OASIS er særlig udsatte. En bristning i den anale sphinctermuskel disponere ikke alene for dyspareuni og seksuel dysfunktion, men også for inkontinens for urin, luft og fæces samt for senere nedsynkning af blære og livmoder (57). Disse symptomer bidrager yderligere til en øget risiko for seksuel dysfunktion. Seksuelle dysfunktioner blandt kvinder med OASIS er præget af konkurrerende bio-psyko-sociale årsagsfaktorer.

Samlet set peger data på, at der er en signifikant sammenhæng mellem OASIS og postpartum seksuel dysfunktion, især dyspareuni. Prævalensen af dyspareuni er signifikant forøget det første år efter fødslen hos kvinder med OASIS sammenlignet med kvinder uden, og denne sammenhæng persisterer flere år efter fødslen. Der ses også en tendens til nedsat lyst, lubrikation- og orgasmevanskeligheder hos kvinder med OASIS. Derudover peger data entydigt på, at OASIS er en signifikant prædiktør for senere tilbagevenden til vaginalt samleje. Et år efter fødslen er denne forskel dog udvisket. Effekten af OASIS på kvindens seksuelle tilfredshed er imidlertid uklar.

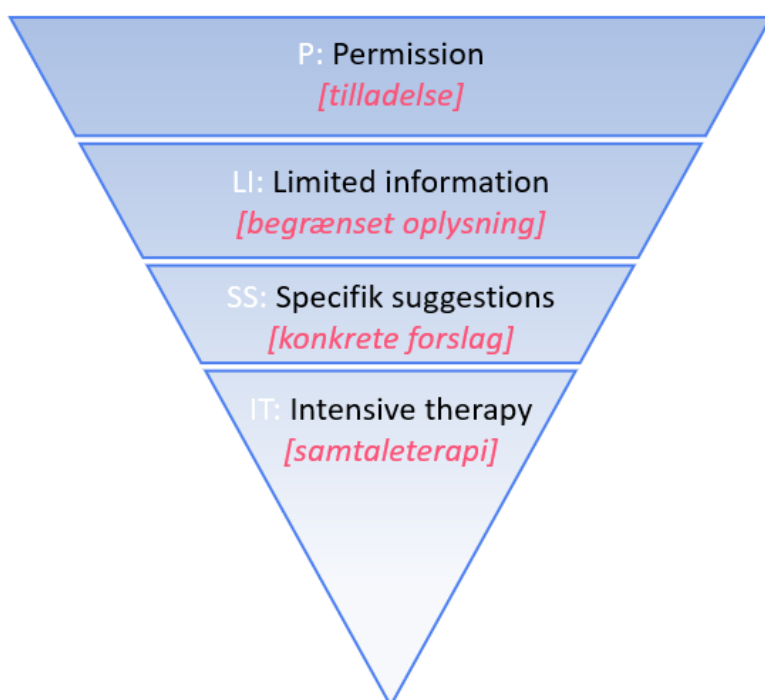
Trods den høje forekomst af seksuelle dysfunktion efter fødslen og kvinders efterspørgsel efter mere information og rådgivning om postpartum seksualitet, negligeres emnet ofte i samtalen med sundhedsprofessionelle.

Klinikere bør være opmærksomme på den øget risiko for seksuel dysfunktion og dyspareunia hos kvinder med OASIS. Dette er vigtigt, da et velfungerende sexliv bidrager til kvindens generelle sundhed og livskvalitet.

Implikationer for klinik og forskning

På grund af den høje forekomst af seksuelle dysfunktioner efter OASIS anbefales, at sundhedsprofessionelle inkorporerer samtaler om seksuel sundhed i deres konsultationer i efterfødselsperioden. I denne periode gennemgår kvinder med OASIS hyppige opfølgende undersøgelser, som kan udgøre en ideel mulighed for at spørge ind til deres seksuelle sundhed og diskutere eventuelle problemer.

Aftabuisering af seksuelle senfølger er væsentligt, og det er vigtigt, at man som sundhedsprofessionel signalerer både verbalt og nonverbalt, at kvindens intime liv bliver taget alvorligt (10).



Figur 9: PLISSIT-modellen

Jvf. PLISSIT-modellen, der er en terapeutisk model, som anvendes inden for seksuel rådgivning, handler størstedelen af sexologisk rådgivning om at give tilladelse (*permission*) til overhovedet at tale om seksuelle emner(10). Et fyldestgørende første skridt handler således om give kvinden lejlighed til at sætte ord på OASIS' indflydelse på sex og seksualitet og tilkendegive, at man finder emnet naturligt og relevant:

"Jeg ved fra andre kvinder med OASIS, at der kan opstå seksuelle problemer. Er

det noget du kender til, og noget du har lyst til at tale om?”

Eller

“Har du genoptaget sex?”

Ovenstående to spørgsmål er en eksplicit invitation til at samtale om emner vedrørende seksualitet. Samtidig er det et simpelt screeningsværktøj til at evaluere virkningen af perineal trauma og til at identificere eventuelle smerte- eller inkontinens problematikker. Ved aktivt at inddrage seksualitet i den kliniske samtale sikres det, at patienten ikke føler sig efterladt i ensomhed med den stigmatisering, skam og isolation, som kvinder ellers kunne opleve (75). Samtidigt undgås at eventuelle belastninger får lov at udvikle sig, ligesom der kan være betydelige sundhedsgevinster at hente, hvis patienten får et tilfredsstillende sexliv [kilde].

Kvinder med OASIS bør som minimum informeres om, at de kan opleve en “langsommere vej” til bedring sammenlignet med kvinder, der ikke har en lige så omfattende fødselsbristning. De bør også vide, at mange kvinder med OASIS ofte genoptager penetrativt samleje senere og kan opleve smerter ved samleje (*limited information*).

Behandlingen af eventuelle seksuelle dysfunktion bør tilrettelægges, så den enkelte kvinde føler sig forstået, imødekommet og anerkendt. Hun vil måske have brug for hjælp til mestring og egenkontrol, mens andre vil have behov for mere specifik viden, forslag og behandling af mulige senfølger (*specific suggestions*). En sådan sexologisk psykoedukation vil kunne bidrage til større forståelse for sammenhængen mellem problemet og dens somatiske, psykosociale, seksuelle og relationelle konsekvenser. Hvis denne hjælp ikke slår til, må der henvises til eksperthjælp, evt. en specialuddannet fysioterapeut, gynækolog eller sexolog afhængigt af problemets agens (*intensiv therapy*). Derudover kan der være behov for samtaler, hvor fokus er på at leve med seksuelle senfølger og at identificere alternative muligheder for at opretholde og styrke intimiteten og nærheden i parforholdet. Partneren vil med fordel kunne inddrages i disse samtaler, eventuelt i et terapeutisk rum, hvor der fokuseres på at optimere den relationelle kommunikation.

Arbejdet med denne afhandling har affødt en række ideer til mulig fremtidig forskning. Eksempelvis kunne det være spændende at lave et prospektivt kohortestudie, hvor en gruppe af kvinder med OASIS instrueres i bækkenbundstræning, mens en anden gruppe af kvinder med OASIS tilbydes de normale opfølgende samtaler og undersøgelser (“The Effect of Pelvic

Floor Physical Therapy on Bladder, Bowel and Sexual Function After Obstetric Anal Sphincter Injury”).

Et andet forslag kunne være at designe et studie, hvor man undersøgte effektiviteten af gruppebaseret mindfulness interventioner. Baseret på en “state-of-the-art” review artikel 2022, har mindfulness vist sig at være en af de mest effektive måder at behandle kvindelig seksuel dysfunktion, herunder dyspareuni (76). Samtidig kunne man forestille sig, at kvinder med OASIS vil have gavn af at indgå i gruppeterapi, med de muligheder det giver for netværksdannelse og spejling (“Effectiveness of Group Mindfulness-Based Therapy with Supportive Sex Education for Preventing Sexual Dysfunction among Women with Obstetric Anal Sphincter Injury (OASIS)”, for at nævne nogen.

Dataekstraktionstabel

Tabel 1: Beskrivelse af inkluderede studier med OASIS som eksponering og postpartum seksualitet som outcome

Forfatter Årstal Land	Title	Studiedesign	Studiepopulation	Metode til data-indsamling vedr. seksuelle outcomes	Tidspunkt for undersøgelse	Seksuelle outcomes			Nøglefund
						Seksuel funktion	Seksuel aktivitet	Seksuel aktivitet	
Andrews V et al. 2008 England (33)	Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia - a prospective study	Prospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Førstegangs-fødende N = 241 IP = 29 (ref.) GrI = 27 GrII og epis = 136 OASIS = 59 Aldersspænd: Ej oplyst	Internt udviklet spørgeskema	Dag 1 pp. Dag 5 pp. 2 mdr. pp.	<u>Dyspareuni:</u> 7 uger pp.: Forskel: NS	<u>Genoptagelse af samleje:</u> 7 uger pp.: 40% af den samlede studiepopulation var seksuelt aktive. Forskel: NS		Af de seksuelt aktive, oplevede kvinderne med OASIS ikke mere dyspareuni end kvinder med mindre bristninger.
Anglés-Acedo S et al. 2019 Spanien (34)	Coital resumption after delivery among OASIS patients: differences between instrumental and spontaneous delivery	Prospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Første- og flergangsfødende N = 318 Cases: Kvinder m. OASIS = 140 Kontrol: Kvinder u. OASIS = 178 Aldersmedian: 33,5 år	PISQ-12	6 mdr. pp.	<u>PISQ-12:</u> Forskel: NS	<u>Genoptagelse af samleje:</u> <i>Blandt spontant fødende:</i> m. OASIS: 78 % u. OASIS: 98 % Forskel: Signifikant		Blandt kvinder, der fødte spontant, havde de med OASIS en langsommere tilbagevenden til seksuel aktivitet, samt en dårligere seksuel funktion 6 mdr. postpartum sammenlignet med dem uden OASIS.
Barrett G et al. 2000 England (56)	Women's sexual health after childbirth	Tværsnitsundersøgelse	Førstegangs-fødende N = 484 Sectio = 90 Vg. fødsler = 274, hvoraf IP = 124 (ref.) GrI = 44	Internt udviklet spørgeskema	3 mdr. pp. (spørger ind til prægravid seksuel funktion) 6 mdr. pp.	<u>Dyspareuni:</u> 3 mdr. pp.: IP: 49% OASIS: 64% Forskel: NS. 6 mdr. pp.: IP: 24% OASIS: 33 %	<u>Genoptagelse af samleje:</u> 6 mdr. pp.: Total: 86 %. Ej oplyst, hvor stor en andel af kvinderne med OASIS, der havde eller ikke havde genoptaget samleje.	6 mdr. pp.: Total: Mindre godt: 38 % Hverken: 47 % Bedre: 10 % Uvist: 6 %	Seksuelle problemer var almindeligt forekommende efter fødslen, uanset om de havde en bristning eller ej. 2 ud af 3 kvinder med OASIS oplevede dyspareuni tre mdr. efter fødslen. Seks mdr. efter, gjorde det sig kun gældende for 1 ud 3.

			GrII og epis = 185 OASIS = 11 Aldersmedian: 30 år			Forskel: NS			
Baud D et al. 2011 Schweitz (54)	Pelvic floor dysfunction 6 years post-anal sphincter tear at the time of vaginal delivery.	Case-kontrol studie	Første- og flergangsfødende N = 784 Cases: Kvinder m. OASIS = 196 Kontrol: Kvinder u. OASIS = 588 Aldersmedian: 36 år	FSFI	6 år pp.	<u>FSFI total score:</u> m. OASIS: 26.1 u. OASIS: 27.3 Forskel: NS			Efter 6 år var der ingen forskel i kvindernes seksuelle funktion målt ved hjælp af FSFI, uanset om de havde fået en OASIS eller ej. Kvinder med OASIS var mere fækalinkontinente.
Brubaker L et al. 2008 USA (35)	Sexual Function 6 Months After First Delivery	Prospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Førstegangs-fødende N = 921 Sectio = 124 Vg. fødsel = 797, hvoraf m. OASIS = 407 u. OASIS = 390 (ref.) Aldersmedian: 30 år	PISQ-12	6 mdr. pp.	<u>PISQ-12:</u> Forskel: NS <u>Dyspareuni:</u> m. OASIS: 35 % u. OASIS: 38 % Forskel: NS	<u>Genoptagelse af samleje</u> 6 mdr. pp. m. OASIS: 88 % u. OASIS: 94 % Forskel: Signifikant	65 % af kvinderne med OASIS svarede, at de er 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med deres sexliv	6 mdr. efter fødslen var førstegangs-fødende med OASIS mindre tilbøjelige til at rapportere seksuel aktivitet. Målt med PISQ-12 var der ikke forskel på kvindernes seksuelle funktion seks mdr. efter fødslen, uanset om de havde født ved sectio, vaginalt eller havde fået en OASIS.
Chang S et al. Taiwan 2010 (36)	Sexual Function in Women 3 Days and 6 Weeks After Childbirth: A Prospective Longitudinal Study Using the Taiwan Version of the Female Sexual Function.	Prospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Første- og flergangsfødende N = 356 Sectio = 156 Vg. fødsel, hvoraf GrI-II = 182 (ref.) OASIS = 17 Aldersspænd: 22-45 år	FSFI	3 dag pp. 6 uger pp.	<u>FSFI:</u> <u>Dag 3:</u> GrI-GrII: LSM = 7.0 OASIS: LSM = 7.1 Forskel: NS <u>6 uger pp.:</u> GrI-GrII: LSM = 13.6 OASIS: LSM = 15.1 Forskel: NS	<u>Genoptagelse af samleje:</u> <u>Dag 3 pp.:</u> GrI-II: LSM = 15 OASIS: LSM = 14.1 Forskel: NS <u>Uge 6 pp.:</u> GrI-II: LSM = 18.8 OASIS: LSM = 20.9 Forskel: NS	<u>Satisfaction:</u> <u>Dag 3 pp:</u> GrI-II: LSM = 51.7 OASIS: LSM = 56.0 Forskel: NS <u>Uge 6 pp.:</u> GrI-II: LSM = 151.1 OASIS: LSM = 166.5 Forskel: NS <u>Desire:</u> <u>Dag 3 pp.:</u> GrI-II: LSM = 6.2	Ved sammenligning af OASIS med mildere bristninger (grI-II), blev der ikke fundet nogen signifikant forskel i FSFI-score, tidspunkt for genoptagelse af samleje, seksuel tilfredshed eller lyst på hverken dag tre eller uge seks efter fødslen.

								OASIS: LSM = 31.4 Forskel: NS <i>Uge 6 pp.:</i> GrI-II: LSM = 271 OASIS: LSM = 233.8 Forskel: NS	
Dahlgren H et al. 2022 Sverige (37)	Sexual function in primiparous women: a prospective study	Prospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Førstegangs-fødende N = 985 Sectio = 148 Vg.fødsler = 775, hvoraf IP/GrI = 447 (ref.) GrII = 282 OASIS = 46 Aldersspænd: Ej angivet præcist	PISQ-12	Tidlig GA (baseline seksuel funktion) 8 uger pp. 12 mdr. pp.	PISQ-12: 12 mdr. pp.: IP/GrI: 38.5 OASIS: 37.8 Forskel: NS <u>Subscore dyspareuni:</u> 12 mdr pp: OASIS: aOR = 4.32 (95% CI 1.71 - 10.88). Dvs. kvinderne med OASIS har 4 gange øget risiko for dyspareuni sammenlignet med kvinder med ingen eller overfladiske bristninger.	<u>Genoptagelse af samleje</u> 3 mdr. pp.: OASIS: OR = 6.18 (95% CI 2.83 - 13.47). Dvs. kvinder med OASIS er 6 gange øget risiko for at udskyde vaginalt samleje til senere end 3. mdr. 12 mdr. pp: OASIS: OR = 1,9 (95% CI 0,6-0.5) Forskel: NS	<u>Subscore satisfaction:</u> Forskel: NS	OASIS var associeret med seksuel inaktivitet tre mdr. efter fødslen. 12 mdr. efter var denne forskel udvisket. 12 mdr. efter fødslen sås ingen forskel i kvindernes seksuelle funktion målt vha. PISQ-12, uanset om de havde fået en OASIS eller ej Risikoen for dyspareuni er derimod betydeligt forsøget.
Desseauve D et al. 2016 Frankrig (47)	Evaluation of long-term pelvic floor symptoms after an obstetric anal sphincter injury (OASI) at least one year after delivery: A retrospective cohort study of 159 cases	Retrospektivt kohortestudie uden kontrolgruppe	Første- og flergangsfødende N = 159. Alle havde fået en OASIS. Aldersspænd: Ej angivet præcist	FPFQ	4 år pp.	<u>Dyspareuni:</u> 11% af kvinderne oplevede dyspareuni hyppigt. 35% oplevede dyspareuni fra tid til anden. 40,4% klagede over manglende orgasme. 69% rapporterede utilstrækkelig lubrikation.	98% var regelmæssigt seksuelt aktive.	90% af de seksuelt aktive synes, at sex var "behageligt"	Fire år efter OASIS havde mange kvinder bækkenbundssymptomer, især dyspareuni og anal inkontinens. Desuden oplevede mange kvinder utilstrækkelig lubrikation og manglende orgasme. På trods af disse klager synes kvinderne, at sex var behageligt.
Evans E et al. 2019 Australien (48)	What is the total impact of an obstetric anal sphincter injury? An Australian retrospective study	Retrospektivt kohortestudie uden kontrolgruppe	Første- og flergangsfødende N = 210 Alle havde fået en OASIS	FPFQ	4 år pp.	<u>Dyspareuni:</u> 64% oplevede dyspareuni	81% var seksuelt aktive.		Mere end halvdelen oplevede vedvarende bækkenbundssymptomer, især dyspareuni.

			Aldersmedian: 31 år (ved fødsel)						
Fodstad K et al. 2016 Norge (38)	Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma	Prospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Første- og flergangsfødende N = 561 Cases: Kvinder m. OASIS = 28 Kontroller: kvinder u. OASIS, hvoraf Sectio = 106 IP = 194 GrI = 177 GrII + epis = 162 Aldersmedian: 31,7 år	Internt udviklet spørgeskema	2 mdr. pp. 3 mdr. pp. 1 år pp.	<u>“vanskeligheder ved samleje”:</u> 1 år pp: OASIS: 48 % Kontroller: 23-37 % <u>Dyspareuni:</u> Smerter ved introitus: 1 år pp.: OASIS: 39 % Kontroller: 6–19 % Forskel: Signifikant Smerter ved dyb penetration: Forskel: NS	<u>Genoptagelse af samleje:</u> 2 mdr. pp.: Cases: 17 % Kontroller: 50,5 % aOR = 5.52 (95% CI 1.59-19.1), dvs. kvinder med OASIS er 5,5 gange øget risiko for at udskyde vaginalt samleje til senere end 2 mdr. 3 mdr. pp.: Cases: 50 % Kontroller: 74 % Forskel: Signifikant 1 år pp.: OASIS: 100 % Kontroller: 100 %	OASIS var en stærk, sikker og selvstændig prædiktør for både udskydelse af genoptagelse af samleje efter fødsel (fem gange øget) og for dyspareuni, især smerter ved skedeåbningen.	
Gommesen D et al. 2021 Danmark (31)	Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: A prospective cohort study	Prospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Førstegangs-fødende N = 554 IP/GrI = 191 (ref.) GrII = 189 OASIS = 174 Aldersspredning : Ej angivet præcist	PISQ-12	2 uger pp (spørger ind til prægravid seksuel funktion) 12 mdr pp	<u>PISQ-12:</u> 12 mdr. pp.: OASIS: 12.2 IP/GrI: 10.4 Signifikant højere PISQ-12-score blandt kvinder med OASIS, dvs. dårligere seksuel funktion. <u>Dyspareuni:</u> 12 mdr. pp.: IP/GrI: 25% OASIS: 53% Forskel: Signifikant, aRR = 2.09 (95% CI 1.55-2.81). Dvs. kvinder i OASIS-gruppen er 2,09 gange mere tilbøjelige til at opleve dyspareuni end kvinder i IP/GrI-gruppen		Kvinder med OASIS havde en dårligere seksuel funktion målt vha. PISQ-12 sammenlignet med kvinder uden OASIS. Over halvdelen af kvinder med OASIS oplevede dyspareuni 12 mdr. efter fødslen, i modsætning til en fjerdedel af kvinder med ingen eller overfladiske bristninger.	

Hjort S et al. 2019 Denmark (53)	Mode of birth and long-term sexual health: a follow-up study of mothers in the Danish National Birth Cohort	Retrospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Første- og flergangsfødende N = 37417 Sectio = 6311 Vg.fødsler = 31106 Data for antal kvinder med bristninger er ikke vist, dog beskrives det, at OASIS = 1967 (svt. 7%). Aldersmedian: 44 år	Internt udviklet spørgeskema	16 år pp	<u>Insufficient lubrikation:</u> OASIS: aOR = 1.2 (95% CI 1.01 - 1.43) <u>Dyspareuni:</u> OASIS: aOR = 1.34 (95% CI 1.04 -1.73) Dvs. kvinder med OASIS har 1,34 gange større odds for at opleve dyspareuni og 1,2 gange større odds for nedsat lubrikation sammenlignet med kvinder med mindre bristninger.			Kvinder med OASIS rapporterede flere problemer med nedsat lubrikation og dyspareuni end kvinder med mindre bristninger.
Huber M et al. 2021 Sverige (39)	Pelvic floor dysfunction one year after first childbirth in relation to perineal tear severity	Prospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Førstegangs-fødende N = 424 Sectio = 54 Vg.fødsler, hvoraf IP/GrI = 176 (ref.) GrII = 174 OASIS = 19 Aldersmedian: 30,5 år	Valideret spørgeskema udarbejdet af National Swedish Society of Obstetrics and Gynecology	12 mdr pp	<u>Dyspareuni:</u> IP/GrI: 31% OASIS: 62,5% Forskel: Signifikant, aOR = 3.1 (95% CI 1.1-9.0). Dvs. kvinder med OASIS har 3,1 gange større odds for dyspareuni end kvinder med intakt perineum eller ingen bristning.			Kvinder med OASIS havde en signifikant højere risiko for at opleve en række uønskede symptomer, herunder prolaps, urin- og anal inkontinens, dyspareuni og smerte, der påvirker deres daglige liv.
Leader-Cramer A et al. 2016 USA (49)	Factors Associated With Timing of Return to Intercourse After Obstetric Anal Sphincter Injuries	Retrospektivt kohortestudie uden kontrolgruppe	Første- og flergangsfødende N = 199 Alle har fået en OASIS Aldersmedian: 32,6 år	PISQ-12	1 uge pp. 2 uge pp. 6 uger pp. 3 mdr. pp.	PISQ-12 udfyldt efter 1. vaginale samleje pp. <i>Kvinder, der genoptog samleje < 3 mdr. pp.: PISQ-12: 38,4</i> <i>Kvinder, der genoptog samleje > 3 mdr. PISQ-12 = 35,4.</i> Forskel: Signifikant	<u>Genoptagelse af samleje:</u> < 3 mdr. pp.: 40% > 3 mdr. pp.: 60%		60 % af kvinder med OASIS havde ikke genoptaget samleje tre måneder efter fødslen. Mange af disse kvinder havde oplevet alvorlig anal inkontinens i de første uger efter OASIS. Denne gruppe havde også en lavere PISQ-12 score, hvilket antyder, at anal inkontinens har en indvirkning på seksuel funktion.

Marsh F et al. 2010 England (40)	Obstetric anal sphincter injury in the UK and its effect on bowel, bladder and sexual function	Prospektivt kohortestudie uden kontrolgruppe	Første- og flergangsfødende N = 435 Alle har fået en OASIS Aldersmedian: 29,5 år	Internt udviklet spørgeskema	3 mdr. pp.	<u>Dyspareuni:</u> 32%	<u>Genoptagelse af samleje:</u> 57%	OASIS medførte betydelig morbiditet, idet cirka 30 % af kvinderne rapporterede afførings-, urin- eller seksuelle symptomer tre måneder efter fødslen.
Mous M et al. 2007 Holland (22)	Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery: faecal incontinence and sexual complaints	Retrospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Første- og flergangsfødende N = 209 Cases: Kvinder m. OASIS = 119 Kontrol: Kvinder u. OASIS = 90 Aldersmedian: 52 år	Internt udviklet spørgeskema	25 år pp.	<u>Dyspareuni:</u> m. OASIS: 29% u. OASIS: 13% Forskel: Signifikant <u>FI under sex:</u> m. OASIS: 13 % u. OASIS: 1% Forskel: Signifikant		Kvinder med OASIS havde højere forekomst af dyspareuni og fækal inkontinens ifm. samleje 25 år efter fødslen.
O'Malley D et al. 2018 Irland (41)	Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study	Prospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Førstegangs-fødende N = 832 Sectio = 263 Vg.fødsler = 569, hvoraf IP = 268 (ref.) GrI = 69 GrII + epis. = 469 OASIS = 26 Aldersspænd: Ikke angivet præcist	Internt udviklet spørgeskema	Tidlig GA (spørger ind til prægravid seksuel funktion) 3 mdr. pp. 6 mdr. pp. 12 mdr. pp.	<u>Dyspareuni:</u> 6 mdr. pp.: OASIS: 61% IP: 30,6% Forskel: Signifikant OR = 3.7 (95% CI 1.5–9.3) dvs. at kvinder med OASIS har en 3,7 gange højere risiko for at opleve dyspareuni 12 mdr. pp.: OASIS: 32% IP: 16% Forskel: Signifikant OR = 2.5 (95% CI 1.0–6.1) Dvs. kvinder med OASIS har en 2,5 gange højere risiko for at opleve dyspareuni. <u>Nedsat lubrikation:</u>	<u>Tab af interesse i seksuelle aktiviteter:</u> 6 mdr. pp.: OASIS: 62,5% IP: 40,7% Forskel: Signifikant OR = 2.4 (95% CI 1.0–5.8). Dvs. at kvinder med OASIS har 2,4 gange større odds for at have tabt interesse i seksuelle aktiviteter sammenlignet med kvinder med IP. 12 mdr. pp.: OASIS: 36% IP: 37,8% Forskel: NS	Kvinder med OASIS oplevede oftere dyspareuni end kvinder med ingen eller overfladiske bristninger. Seks mdr. efter fødslen var denne risiko forøget 3,7 gange og 12 mdr. efter 2,5 gange. Kvinderne med OASIS var også i øget risiko for tab af interesse i seksuelle aktiviteter 6 mdr. efter fødslen. Efter et år var denne forskel udvisket. Halvdelen af alle kvinder oplevede nedsat lubrikation seks mdr. efter fødslen. Her gjorde bristningen ingen forskel.

						6 mdr. pp.: OASIS: 52,2% IP: 40,2% Forskel: NS 12 mdr. pp.: OASIS: 37,5% IP: 35,8% Forskel: NS	Generelt set var kvindernes interesse i seksuelle aktiviteter mindre end før graviditeten.		
O'Shea M et al. 2018 USA (51)	Long-Term Sexual Function After Obstetric Anal Sphincter Injuries	Retrospektivt kohortestudie uden kontrolgruppe	Første- og flergangsføden de N = 47 kvinder og 25 mandlige partnere. Alle kvinder med OASIS Aldersmedian: 36 år	FSFI: Kun kvinden GRISS: Kvinder og mænd	3 år pp.	FSFI-score Gennemsnit: 22,7 47% havde FSFI score < 26, hvilket indikerer seksuel dysfunktion. <u>Dyspareuni:</u> 5% rapporterede 'mange' eller 'rigtigt mange' smerter ifm. samleje. <u>GRISS-score > 5:</u> Kvinder: 34% Mænd: 28% En GRISS-score > 5 indikerer seksuel dysfunktion.	Hyppigste problem i GRISS-subscale var "infrequency of intercourse". Dette gjorde sig gældende for begge parter, men særligt mændene (88%)	Sexual satisfaction: Generelt rapporterede mændene, at de var mere "dissatisfied" end kvinderne med en subscale score på 4,28 vs. 3,11. Både mænd og kvinder rapporterede "non communication" som et problem.	Selv tre år efter fødslen opfyldte knap halvdelen af kvinderne med OASIS (og mange af deres mandlige partnere) kriterierne for seksuel dysfunktion.
Otero M et al. 2005 Schweiz (50)	Women's health 18 years after rupture of the anal sphincter during childbirth	Retrospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Første- og flergangsføden de N = 890 Cases: Kvinder m. OASIS = 445 Kontrol: Kvinder u. OASIS = 445 Aldersspænd: Ikke angivet præcist	FSFI	18 år pp.	<u>Total FSFI < 25:</u> m. OASIS: 38% u. OASIS 39% Forskel: NS		<u>Subdomænet satisfaction:</u> Forskel: NS	Kvinder, der havde fået en OASIS, havde ikke flere seksuelle symptomer end kvinder uden OASIS 18 år efter fødslen.
Propst K et al. 2023 USA	Impact of Obstetric Anal Sphincter Injuries on Postpartum	Prospektivt kohortestudie uden kontrolgruppe	Første- og flergangsføden de	PPFBQ	6 mdr. pp.	<u>PPFBQ</u> Gennemsnitlig score 2.6, hvilket indikerer nedsat seksuel funktion:	<u>Genoptagelse af samleje:</u> 3 mdr. pp.: 64%	<u>Tilfredshed med 1. samleje pp.:</u> Tilfreds: 29,4% Hverken: 29,4%	64 % havde genoptaget samleje tre mdr. efter fødslen, dette tal steg til knap 90% seks måneder efter fødslen.

(42)	Sexual Function: A Prospective Cohort Study		N = 151, hvoraf alle havde fået en OASIS. Aldersmedian: 31,5 år			Generelt rapporterede kvinderne med OASIS -Nedsat nydelse under sex -Nedsat sexlyst -Nedsat frekvens af sex -Dyspareuni	6 mdr. pp.: 89,7%	Utilfreds: 41,3%	Ifølge kvinderne var deres seksuelle funktion blevet forringet sammenlignet med før fødslen, herunder fald i sexlyst, nedsat nydelse og mindre seksuel aktivitet, samt mere smerte ved samleje.
Rådestad I et al. 2007 Sverige (43)	Tears in the Vagina, Perineum, Sphincter Ani, and Rectum and First Sexual Intercourse after Childbirth: A Nationwide Follow-up	Prospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Første- og flergangsføden de N = 2490 Sectio = 336 Vg.fødsler = 2154, Data for antal kvinder med bristninger er ikke vist, dog beskrives det, at OASIS = 59 (svt. 2%) Aldersmedian: 30 år	Internt udviklet spørgeskema	2 mdr. pp. 1 år pp.		<u>Genoptagelse af samleje:</u> 3 mdr. pp: m. OASIS: 50,8% u. OASIS: 76,7% Forskel: Signifikant aOR = 2.1 (95% CI 1.4–3.1) 6 mdr. pp: m. OASIS: 86.4 % u. OASIS: 92.4 % Forskel: Signifikant aOR = 2,2 (95% CI 1.1–4.6) Dvs. kvinder med OASIS har 2,2 gange højere risiko for at genoptage samleje senere <u>12 mdr pp</u> 4% er ikke seksuelt aktive. Ej forskel på kvinder med og uden OASIS		OASIS er negativt associeret med, hvornår kvinderne genoptog samleje efter fødslen. Forskellen var størst efter tre mdr., men er også evident 6 mdr. efter fødslen
Sayed Ahmed W et al. 2017 Egypten (44)	Female sexual function following different degrees of perineal tears	Prospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Første- og flergangsføden de N = 156 Cases: Kvinder m. OASIS = 56 Kontrol: Kvinder u. OASIS = 100 Aldersmedian: 30 år	FSFI	6 mdr. pp. 12 mdr. pp.	<u>FSFI-score:</u> 6 mdr. pp: m. OASIS: 18 u. OASIS: 28 Forskel: Signifikant 12 mdr. pp: m. OASIS: 21.8 u. OASIS: 29.7 Forskel: Signifikant <u>Subdomænet pain:</u> 12 mdr. pp: m. OASIS: 3.5 u. OASIS: 4.4	<u>Genoptagelse af samleje</u> <u>Tidspunkt, i uger:</u> m. OASIS: 16.5 ± 5.4 uger u. OASIS: 8.2 ± 1.5 uger Forskel: Signifikant	<u>Subdomænet satisfaction:</u> 12 mdr.. pp: m. OASIS: 3.6 u. OASIS: 5.1 Forskel: Signifikant	Kvinder med OASIS havde en signifikant lavere seksuel funktion 6 og 12 mdr. postpartum sammenlignet med kontrolgruppen (Grl-II). Derudover genoptog de seksuelle aktiviteter signifikant senere.

						Forskel: Signifikant			
Signorello et al. 2001 USA (52)	Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women	Retrospektiv kohortestudie med kontrolgruppe	Førstegangs-fødende N = 615 IP/Grl = 211 (ref.) Grl = 336 OASIS = 68 Aldersspænd: Ej angivet eksakt	Internt udviklet spørgeskema	6 mdr. pp. (spørger ind til prægravid seksuel funktion)	<u>Dyspareuni:</u> Ved 1. samleje pp.: IP/Grl: 58% OASIS: 77% Forskel: Signifikant, OR=3,6 (95% CI 1.6-8.0) Dvs. kvinder med OASIS havde en 3,6 gange højere risiko for at opleve dyspareuni. 3 mdr. pp.: IP/Grl: 33 % OASIS: 61 % Forskel: Signifikant, OR=3.7 (95% CI 1.7-7.7) Dvs. kvinder med OASIS havde en 3,7 gange højere risiko for at opleve dyspareuni. 6 mdr. pp.: IP/Grl: 18 % OASIS: 27 % Forskel: NS	<u>Genoptagelse af samleje:</u> 6 uger pp.: IP/Grl: 30 % OASIS: 20 % 6 mdr. pp.: IP/Grl: 95 % OASIS: 93 % Tidspunkt, i uger: IP/Grl: 7,1 uger OASIS: 9,3 uger Forskel: Signifikant	<u>Seksuel tilfredshed:</u> 6 mdr. pp. sammenlignet med før fødsel (OASIS) Værre: 23,7 % Samme: 64,4 % Bedre: 11,9 % <u>Sandsynlighed for at opnå orgasme:</u> Værre: 19,7 % Samme: 69,6 % Bedre: 10,7 %	Den relative risiko for at opleve dyspareuni tre mdr. postpartum var tre gange øget hos kvinder med OASIS sammenlignet med kvinder uden. 27 % med OASIS oplevede fortsat dyspareuni seks mdr. postpartum, men dette var ikke signifikant forskelligt fra de øvrige grupper. Omkring en femtedel af kvinderne med OASIS oplevede, at det var sværere at opnå en orgasme efter fødslen sammenlignet med før fødslen. En fjerde var også mindre tilfredse med deres sexliv sammenlignet med før fødslen.
Stedenfelt M et al. Norge 2014 (55)	Anal incontinence, urinary incontinence and sexual problems in primiparous women – a comparison between women with episiotomy only and women with episiotomy and obstetric anal sphincter injury	Case-kontrol studie	Førstegangsføde N = 74 Cases: Kvinder m. OASIS + epis = 37 Kontrol: Kvinder u. OASIS + epis = 37 Aldersmedian: 29,5 år	Internt udviklet spørgeskema	35 mdr pp	<u>Seksuel lyst:</u> Signifikant flere kvinder med OASIS oplevede problemer med nedsat sexlyst sammenlignet med kvinder uden: OR = 7.62 (95% CI 1.30-44.64) Dvs. kvinder med OASIS havde en 7,62 gange højere risiko for at opleve problemer med nedsat seksuel lyst.	<u>Ingen seksuel aktivitet:</u> m. OASIS: 13% u. OASIS: 0 % Forskel: Signifikant		kvinder med OASIS havde en 7,62 gange højere risiko for at opleve problemer med nedsat seksuel lyst sammenlignet med kvinder uden OASIS.
Tilak et al. 2022 Canada	Pelvic floor healing milestones after obstetric anal	Prospektiv kohortestudie med kontrolgruppe	Førstegangsføde N = 74	FSFI	2 mdr pp 4 mdr pp 6 mdr pp	<u>FFSI</u> 2 mdr. pp.: IP/grl: 18,3 OASIS: 11,0		<u>Subdomænet satisfaction:</u> IP/Grl: 3,3 OASIS: 3,5	Kvinder med OASIS havde en signifikant lavere seksuel funktion to måneder efter fødslen sammenlignet med

(45)	sphincter injury: A prospective case control feasibility study		Cases: Kvinder m. OASIS = 35 Kontrol: Kvinder m. IP/GrI = 39 Aldersmedian: 32,7 år			Forskel: Signifikant 4 mdr. pp: IP/grI: 19,2 OASIS: 20,6 Forskel: NS 6 mdr pp: IP/grI: 22,8 OASIS: 20,1 Forskel: NS <u>Subdomænet pain:</u> 6 mdr. pp: IP/grI: 4,0 OASIS: 3,8 Forskel: NS		Forskel: NS	kvinder med ingen eller overfladiske bristninger. Efter fire og seks måneder var denne forskel udvisket. Begge grupper havde en FSFI score < 26, hvilket indikerer seksuelle dysfunktioner.
Van Brummen et al. Holland 2006 (46)	Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth?	Prospektivt kohortestudie med kontrolgruppe	Førstegangsfødende N = 377 Sectio = 68 Vg.fødsler = 309, hvoraf IP = 50 (ref.) GrI-II = 96 Epis = 144 OASIS = 19	MMQ-S skala	GA: 12 (baseline seksuel funktion) GA: 36 3 mdr. pp. 12 mdr. pp.	<u>Seksuel funktion:</u> Forskel: NS	<u>Seksuel aktivitet:</u> 12 mdr. pp: OASIS: 81,3% IP: 93,5% Forskel: Signifikant, aOR = 0.20 (95% CI 0.04 - 0.92). Dvs. at kvinder med OASIS har mindre sandsynlighed for at være seksuelt aktiv 12 mdr pp. i forhold til kvinder uden OASIS.	<u>Utilfredshed med seksuelle forhold:</u> Signifikant associeret til a) Ingen seksuel aktivitet tidligt i graviditeten b) Stigende maternal alder	Kvinder med OASIS var signifikant mindre tilbøjelige til at være seksuelt aktive et år efter fødslen sammenlignet med kvinder med intakt perineum. Kvinder, der ikke havde været seksuelt aktive tidligt i graviditeten, havde en markant højere risiko for at forblive seksuelt inaktive et år efter fødslen.

Ordforklaringsliste:

NS: Non signifikant

NS: Non signifikant

IP: Intakt perineum

Vg: Vaginal

pp: Postpartum

GA: Gestationsalder

FI: Fækal inkontinens

LSM: Least squares mean

GrI: Fødselsbristning grad 1

GrII: Fødselsbristning grad 2

GrIII-GrV: Fødselsbristning grad 3-4

OASIS: Obstetric anal sphincter injury (som er det samme som GrIII-V)

PISQ-12 Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire of 12 questions

FSFI: Female Sexual Function Index

MMQ-S skala: The Maudsley Marital Questionnaire - The sexual scale

FPFQ: Female Pelvic Floor Questionnaire

Referencer

1. Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Andresen JB, Graugaard C. Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018. Statens Serum Institut & Aalborg Universitet, 2019.
2. Graugaard, C., Giraldi, A. & Møhl, B. (2019). Hvad er seksualitet og seksuel trivsel? I: *Sexologi – Faglige perspektiver på seksualitet*. 1. udgave, 1.oplag. København: Munksgaard.
3. lsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci* 2005;19(4):381–387.
4. Woolhouse H, McDonald E, Brown S. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: Women's experiences with health professionals. *Aust J Prim Health* 2014;20(3):298–304.
5. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006;46(4):282–287
6. Buurman MBR, Lagro-Janssen ALM. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: A qualitative interview study. *Scand J Caring Sci* 2013;27(2):406–413.
7. Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for svangreomsorgen*. Version 4, 2022. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.
8. Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, Bosteels J, Deprest J. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: A systematic review and meta-analysis. *Bjog*. 2022;129(7):1017-28.
9. Lins, K. (2018). *Samtalen om sex*. København: Hans Reitzels Forlag.
10. Graugaard, C., Giraldi, A. & Møhl, B. (2019). At arbejde klinisk-sexologisk. I: *Sexologi – Faglige perspektiver på seksualitet*. 1. udgave, 1.oplag. København: Munksgaard.
11. Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA, Byrd JM. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract* 1996;33(2):143. Web of Science® Google Scholar.
12. Kline CR, Martin DP, Deyo RA. Health consequences of pregnancy and childbirth as perceived by women and clinicians. *Obstet Gynecol* 1998;92(5):842–848.

13. Dessie S, Hacker MR, Dodge L, Elkadry E. Do obstetrical providers counsel pregnant women about postpartum pelvic floor dysfunction? *Journal of Pelvic Medicine and Surgery*. 2011;17(2 SUPPL. 1):S23.
14. Lindqvist M, Lindberg I, Nilsson M, Uustal E, Persson M. "Struggling to settle with a damaged body" - A Swedish qualitative study of women's experiences one year after obstetric anal sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth. *Sex Reprod Healthc*. 2019;19:36-41.
15. Spaich S, Link G, Alvarez SO, Weiss C, Sütterlin M, Tuschy B, et al. Influence of Peripartum Expectations, Mode of Delivery, and Perineal Injury on Women's Postpartum Sexuality. *J Sex Med*. 2020;17(7):1312-25.
16. DSOG Guideline. (2019). *Sphincterruptur ved vaginal fødsel. Behandling og opfølgning*.
17. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:59.
18. Roper JC, Amber N, Wan OYK, Sultan AH, Thakar R. Review of available national guidelines for obstetric anal sphincter injury. *Int Urogynecol J*. 2020;31(11):2247-59.
19. Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (DKF).
20. Fenner DE, Genberg B, Brahma P, Marek L, DeLancey JO. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(6):1543-9; discussion 9-50.
21. DSOG Sandbjerg Guideline. (2003). *Anal inkontinens og anal sphincter ruptur*. .
22. Mous M, Muller SA, de Leeuw JW. Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery: faecal incontinence and sexual complaints. *Bjog*. 2008;115(2):234-8.
23. Johannesson E, Sjöberg Å L, Segerbrand N, Fagevik Olsén M, Gutke A. Women's experiences of obstetric anal sphincter injury and physical therapy interventions - A qualitative study. *Braz J Phys Ther*. 2022;26(2):100397.
24. Spaich S, Link G, Alvarez SO, Weiss C, Sutterlin M, Tuschy B, et al. Influence of Peripartum Expectations, Mode of Delivery, and Perineal Injury on Women's Postpartum Sexuality. *Journal of Sexual Medicine*. 2020;17(7):1312-25.
25. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: Postpartum sexual function. *Obstetrics and Gynecology*. 2012;119(3):647-55.
26. Lund, H., Juhl, C., Andreassen, J., Møller, A. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: redskaber til evidensbaseret praksis*. Munsgaard.
27. Frandsen TF, Eriksen MB. Planlægning af systematisk litteratursøgning. *Ugeskrift for Læger*. 2020 dec. 28;182:V10200722.

28. PRISMA-guidelines.
29. Quality assessment of studie Joanna Brix Institute - guide til scoping review
JBI manual for Evidence Synthesis, Chapter 11: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>.
30. Open sciens framework <https://osf.io>.
31. Gommesen D, Nohr E, Qvist N, Rasch V. Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: A prospective cohort study. *BMJ Open*. 2019;9(12):e032368.
32. Rayyan - webbaseret screeningssværktøj til systematiske reviews. Available from: https://www.bibliotekerne.via.dk/sites/default/files/rayan_vejledning_060820.pdf.
33. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia-A prospective study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2008;137(2):152-6.
34. Angles-Acedo S, Ros-Cerro C, Escura-Sancho S, Elias-Santo-Domingo N, Palau-Pascual MJ, Espuna-Pons M. Coital resumption after delivery among OASIS patients: Differences between instrumental and spontaneous delivery. *BMC Women's Health*. 2019;19(1):154.
35. Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connolly A, Moalli P, Brown MB, et al. Sexual function 6 months after first delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 2008;111(5):1040-4.
36. Chang SR, Chang TC, Chen KH, Lin HH. Sexual function in women 3 days and 6 weeks after childbirth: a prospective longitudinal study using the Taiwan version of the Female Sexual Function Index. *J Sex Med*. 2010;7(12):3946-56.
37. Dahlgren H, Jansson MH, Franzen K, Hiyoshi A, Nilsson K. Sexual function in primiparous women: a prospective study. *International Urogynecology Journal*. 2022;33(6):1567-82.
38. Fodstad K, Staff AC, Laine K. Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *International Urogynecology Journal*. 2016;27(10):1513-23.
39. Huber M, Malers E, Tunon K. Pelvic floor dysfunction one year after first childbirth in relation to perineal tear severity. *Scientific reports*. 2021;11(1):12560.
40. Marsh F, Lynne R, Christine L, Alison W. Obstetric anal sphincter injury in the UK and its effect on bowel, bladder and sexual function. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2011;154(2):223-7.

41. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; A longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018;18(1):196.
42. Propst K, Yao M, Ferrando CA, Hickman LC. Impact of Obstetric Anal Sphincter Injuries on Postpartum Sexual Function: A Prospective Cohort Study. *Urogynecology*. 2023;29(1):67-74.
43. Rådestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth*. 2008;35(2):98-106.
44. Sayed Ahmed WA, Kishk EA, Farhan RI, Khamees RE. Female sexual function following different degrees of perineal tears. *International Urogynecology Journal*. 2017;28(6):917-21.
45. Tilak M, Mann G, Gong M, Lee T, Koenig N, Geoffrion R. Pelvic floor healing milestones after obstetric anal sphincter injury: A prospective case control feasibility study. *International Urogynecology Journal*. 2022;33(Supplement 1):S81.
46. van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart CH. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *Bjog*. 2006;113(8):914-8.
47. Desseauve D, Proust S, Carlier-Guerin C, Rutten C, Pierre F, Fritel X. Evaluation of long-term pelvic floor symptoms after an obstetric anal sphincter injury (OASI) at least one year after delivery: A retrospective cohort study of 159 cases. *Gynecol Obstet Fertil*. 2016;44(7-8):385-90.
48. Evans E, Falivene C, Briffa K, Thompson J, Henry A. What is the total impact of an obstetric anal sphincter injury? An Australian retrospective study. *International urogynecology journal*. 2019.
49. Leader-Cramer A, Kenton K, Dave B, Gossett DR, Mueller M, Lewicky-Gaupp C. Factors Associated With Timing of Return to Intercourse After Obstetric Anal Sphincter Injuries. *Journal of Sexual Medicine*. 2016;13(10):1523-9.
50. Otero M, Boulvain M, Bianchi-Demicheli F, Floris LA, Sangalli MR, Weil A, et al. Women's health 18 years after rupture of the anal sphincter during childbirth: II. Urinary incontinence, sexual function, and physical and mental health. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(5):1260-5.
51. O'Shea MS, Lewicky-Gaupp C, Gossett DR. Long-Term Sexual Function After Obstetric Anal Sphincter Injuries. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2018;24(2):82-6.

52. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2001;184(5):881-90.
53. Hjorth S, Kirkegaard H, Olsen J, Thornton JG, Nohr EA. Mode of birth and long-term sexual health: a follow-up study of mothers in the Danish National Birth Cohort. *BMJ Open*. 2019;9(11):029517.
54. Baud D, Meyer S, Vial Y, Hohlfeld P, Achtari C. Pelvic floor dysfunction 6 years post-anal sphincter tear at the time of vaginal delivery. *International Urogynecology Journal*. 2011;22(9):1127-34.
55. Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen B, Oian P. Anal incontinence, urinary incontinence and sexual problems in primiparous women - a comparison between women with episiotomy only and women with episiotomy and obstetric anal sphincter injury. *BMC Women's Health*. 2014;14(1):157.
56. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor CR, Glazener CMA. Sexual function after childbirth: Women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition [3] (multiple letters). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1998;105(2):242-4.
57. Graugaard, C., Giraldi, A. & Møhl, B. (2019). Svangerskab, barsel og seksualitet. I: *Sexologi – Faglige perspektiver på seksualitet*. 1. udgave, 1.oplag. København: Munksgaard.
58. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208.
59. Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, Khalsa S, Qualls C. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003;14(3):164-8; discussion 8.
60. Graugaard, C., Giraldi, A. & Møhl, B. (2019). ICD-11-diagnoser. I: *Sexologi – Faglige perspektiver på seksualitet*. 1. udgave, 1.oplag. København: Munksgaard.
61. Association, A.P (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. bookpointUS, Washington, DC.
62. Graugaard, C., Giraldi, A. & Møhl, B. (2019). Seksuelle problemer og dysfunktioner - et overblik. I: *Sexologi – Faglige perspektiver på seksualitet*. 1. udgave, 1.oplag. København: Munksgaard.
63. Geuens S, Mivšek AP, Gianotten WL. *Midwifery and Sexuality*: Springer International Publishing; 2023.

64. Andresen JB, Graugaard C, Andersson M, Bahnsen MK, Frisch M. Sexual Inactivity and Dysfunction in Denmark: A Project SEXUS Study. *Arch Sex Behav.* 2022;51(8):3669-88.
65. Bahnsen MK, Graugaard C, Andersson M, Andresen JB, Frisch M. Physical and Mental Health Problems and Their Associations With Inter-Personal Sexual Inactivity and Sexual Dysfunctions in Denmark: Baseline Assessment in a National Cohort Study. *J Sex Med.* 2022;19(10):1562-79.
66. Graugaard C, Pedersen BK, Frisch M. *Seksualitet og Sundhed.* København: Vidensråd for Forebyggelse. 2015:1-43.
67. Graugaard, C., Giraldi, A. & Møhl, B. (2019). *Sundhed, sygdom og seksualitet. I: Sexologi – Faglige perspektiver på seksualitet.* 1. udgave, 1.oplag. København: Munksgaard.
68. WHO. *Defining sexual health.* Genève: World Health Organization, 2006.
69. Graugaard, C., Møhl, B., Hertoft, P. (2016). *Krop, sygdom og seksualitet.* 1. udgave, 3.oplag. Hans Reitzels Forlag.
70. Huber M, Tunon K, Lindqvist M. "From hell to healed" - A qualitative study on women's experience of recovery, relationships and sexuality after severe obstetric perineal injury. *Sexual and Reproductive Healthcare.* 2022;33:100736.
71. Priddis H, Schmied V, Dahlen H. Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC Womens Health.* 2014;14(1):32.
72. O'Malley D, Smith V, Higgins A. Women's solutioning and strategising in relation to their postpartum sexual health: A qualitative study. *Midwifery.* 2019;77:53-9.
73. Rogers RG, Pauls RN, Thakar R, Morin M, Kuhn A, Petri E, et al. An international Urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2018;29(5):647-66.
74. GynZone: evidence-based e-learning for the treatment of birth lacerations.
75. Darmody E, Bradshaw C, Atkinson SD. Women's experience of obstetric anal sphincter injury following childbirth: An integrated review. *Midwifery.* 2020;91:102820.
76. Mestre-Bach G, Blycker GR, Potenza MN. Behavioral Therapies for Treating Female Sexual Dysfunctions: A State-of-the-Art Review. *J Clin Med.* 2022;11(10).