

14.02.2020

5. Internationale Konferenz der DGHWi Bochum

Dipl. med. päd. Sabine Striebich



**Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0
International (CC BY-NC 4.0)**



**Bedürfnisse schwangerer Frauen
mit großer Angst vor der Geburt:
empirische Grundlage für eine
nutzerinnen-orientierte Versorgung**

Dipl. med. päd. Sabine Striebich

5. internationale Konferenz der DGHWi
„Versorgungsmodelle im Fokus der Hebammenwissenschaft“

14.02.2020, Bochum



Hintergrund



- **Große Angst vor der Geburt (gAvG)** in der Schwangerschaft, syn. Tokophobie
 - stellt eine **große psychische Belastung** mit Einschränkung der **Lebensqualität** dar [1;2]
 - ist assoziiert mit **Interventionen** wie Geburtseinleitung [3] oder elektivem Kaiserschnitt [4] und **Komplikationen** wie verlängerter Geburt [5] mit starken Schmerzen [6;7] und/oder großer Angst [8], mit dem Risiko eines negativen [9] bis zu traumatischen Geburtserlebnisses [10], beeinträchtigter Mutter-Kind-Bindung [11] und postpartaler Depression [12]
- **Die Prävalenz** zwischen 4% (Belgien) und 16% (Estland) aller schwangeren Frauen in westlichen Ländern (≥ 85 Punkte *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire*) [13;14]



Hintergrund



- Den **kognitiven Emotionstheorien** (*Appraisal Theories of Emotion*) nach Arnold und Lazarus [15] folgend, ist Angst ein **Resultat der Überzeugungen und Bewertungen**; Angst zu empfinden ist ein prozesshaftes Geschehen, sie ist veränderbar und potenziell bewältigbar
- gAvG ist **sozio-kulturell geprägt**, bei der Bewältigung spielt die Reaktion der Hebamme eine große Rolle [16;17]
- Eine system. Übersichtsarbeit zu Beginn dieser Dissertation ermittelte, dass **Einzel-/Gruppen-Psychoedukation und psychotherapeutische Gespräche** (kognitive Verhaltenstherapie) wirksam bei der Bewältigung von gAvG sind [18]
- Vorliegende Forschungsergebnisse sind in Deutschland noch nicht in die Praxis überführt



Hintergrund



- Forschungsvorhaben, die die **Bedürfnisse vulnerabler Nutzerinnen ermitteln** und diese für die geburtshilfliche Versorgung verfügbar machen, sind nach den „Lancet-Series“ und weiterer Experten [19] von **hoher Priorität in der Hebammenwissenschaft**, auch in Deutschland [Ayerle und Mattern (2017), 20]
- Dem Gutachten des *Sachverständigenrats im Gesundheitswesen* (2018) zufolge sollten Angebote der Gesundheitsversorgung in Deutschland **bedarfsgerecht** gestaltet werden, dabei spielen „*der objektive, der subjektive und der latente Bedarf sowie die Selbstbestimmung des Patienten eine Rolle*“ [21, S. 49]
- Folglich ist regionale Forschung nötig, um eine **systematische Implementation von Interventionen** („Versorgungskonzept“) im deutschen Versorgungskontext vorzubereiten



Forschungsfragen (FF)



1. Welche **Ansichten und Einstellungen** haben schwangere Frauen mit gAvG im Hinblick auf die **bevorstehende Geburt** und welche Aspekte sind für sie bei der **Bewältigung ihrer Angst** relevant?
2. Wie entwickelt sich die Angst vor der Geburt in der Schwangerschaft und welche **Erfahrungen in der geburtshilflichen Versorgung** sind für schwangere Frauen mit gAvG bedeutungsvoll für ihr Angsterleben?
3. Welche **Bedürfnisse** haben schwangere Frauen mit gAvG in der **Schwangerenbetreuung und Geburtsvorbereitung** sowie bezogen auf die **Betreuung bei der Geburt**?

Methodik



- Interpretativ–hermeneutischer **Forschungsansatz**
- Konzeption einer breiten, **indirekten und direkten Rekrutierungsstrategie**, um schwangere Frauen zu erreichen, die das Varianzspektrum des Phänomens gAvG möglichst gut abbilden
- **Datenerhebung:** Problemzentrierte Interviews mit Schwangeren mit gAvG (Selbstangabe), Beendigung der Datenerhebung nach Feststellung der theoretischen Sättigung (n=12)
- **Datenauswertung:** Dokumentarische Methode [22], zur Rekonstruktion kollektiver Orientierungen des Handelns und des Denkens (typische Muster)



Methodik



Parität	Erstgebärende: 5		Mehrgebärende: 7
SSW beim 1. Gespräch	21.–28.SSW: 3		29.–37.SSW: 9
Alter	≤20 J.: 1	29 bis 35 J.: 7	≥36 J.: 4
Herkunftsland	Deutschland: n=8		Anderes Land: n=4
Schulabschluss	Abitur: 10		Mittlerer Schulabschluss: 2
Wirtschaftliche Verhältnisse*	gut: 10		schwierig: 2
Unterstützung durch den Partner**	gut: 6	mittelmäßig: 5	ohne Partner: 1
Geplanter Geburtsmodus	Klinik: spontan n=9	Klinik: elekt. KS n=2	Hausgeburt: n=1

* Abgeleitet aus einer Indexfrage

** Selbstangabe anhand 6-stufiger Likert-Skala



Methodik



Parität	Erstgebärende: 5	Mehrggebärende: 7	
SSW beim 1. Gespräch	21.-28.SSW: 3	29.-37.SSW: 9	
Alter	≤20 J.: 1	29 bis 35 J.: 7	≥36 J.: 4
Herkunftsland	Deutschland: n=8	Anderes Land: n=4	
Schulabschluss	Abitur: 10	Mittlerer Schulabschluss: 2	
Wirtschaftliche Verhältnisse*	gut: 10	schwierig: 2	
Unterstützung durch den Partner**	gut: 6	mittelmäßig: 5	ohne Partner: 1
Geplanter Geburtsmodus	Klinik: spontan n=9	Klinik: elekt. KS n=2	Hausgeburt: n=1

* Abgeleitet aus einer Indexfrage

** Selbstangabe anhand 6-stufiger Likert-Skala



Ergebnis



Basistypik

„schwängere Frauen mit großer Angst vor der Geburt“

inkl. 3 Typen von Bewältigungsressourcen [23, 24]



Ergebnisse zu FF 2



Wie entwickelt sich die Angst vor der Geburt in der Schwangerschaft?

- Die Befragten sehen sich in der Schwangerschaft mit zahlreichen Ge- und Verboten, etwa zur Lebensführung, konfrontiert, die als dilemmatisch und uneinlösbar erlebt werden können
- Sie haben im Alltag kaum Gelegenheit dazu, die Lebensphase des Mutter-werdens zu beobachten
- Die Qualität verfügbarer Gesundheits-Informationen über Geburt können sie nicht beurteilen
- Die ihnen in ihrem sozialen Umfeld regelmäßig und ungefragt zugetragenen Berichte über Notfälle und Komplikationen bei Geburten belasten sie sehr



Ergebnisse zu FF 2 und 3



Welche Erfahrungen in der geburtshilflichen Versorgung sind für schwangere Frauen mit gAvG bedeutungsvoll für ihr Angsterleben?

- Die Befragten befinden sich in einem ärztlich geprägten Versorgungssystem, ihr Informationsbedürfnis wird nicht zufriedenstellend befriedigt
- Sie wünschen sich ausführliche Gespräche über die bevorstehende Geburt, sehen aber kaum Gelegenheit und zeigen keine Eigeninitiative, diese zu suchen
- Die Befragten achten aufmerksam auf die Wortwahl von Ärztinnen oder Ärzten und Hebammen und leiten aus diesen Rückschlüsse auf ihre bevorstehende Geburt ab
- Unvollständige oder widersprüchliche Informationen von Ärzt*nnen und Hebammen, etwa zur PDA, verunsichern sie



Ergebnisse zu FF 1



Welche Ansichten und Einstellungen haben Schwangere mit gAvG im Hinblick auf die bevorstehende Geburt?

- Die Befragten wünschen sich eine natürliche Geburt, sie haben aber kaum Wissen darüber
- Eine Geburt stellt in ihren Augen ein risikobehaftetes Ereignis dar, die medizinische Überwachung gibt ihnen Sicherheit
- Die Geburt erscheint ihnen als körperlich-technischer Akt, eine Art Leistungsprüfung, die sie bestehen müssen und für deren Gelingen sie verantwortlich sind – auch was die Gesundheit des Kindes angeht
- Sie befürchten, bei der Geburt in der Klinik nicht ausreichend unterstützt zu werden und dass es deshalb zu Komplikationen kommt



Ergebnisse zu FF 1 und 3

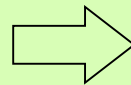


Welche Aspekte sind für sie bei der Bewältigung relevant?

3 Typen von Bewältigungsressourcen:



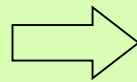
**Informierende
Unterstützung**



Die Befragten möchten sich fortlaufend gut informiert fühlen über Routinen und Interventionen und darüber, was sie selbst bei der Geburt tun können



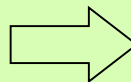
**Körperbezogene
Unterstützung**



Atmungs- und Entspannungsübungen können zur Wahrnehmung des eigenen Körpers und zum Umgang mit dem Schmerz hilfreich sein



**Sozioemotionale
Unterstützung**



Sie möchten sich bei der Geburt dem Wissen und der Erfahrung der Hebamme anvertrauen, möchten motiviert werden und wünschen sich eine engmaschige und führende Begleitung



Schlussfolgerung

Nutzen der Ergebnisse dieser Arbeit



- Aus diesen Ergebnissen können – nach Reflektion vorhandener **Limitationen der Studie** – Empfehlungen zur Versorgung schwangerer Frauen mit gAvG abgeleitet werden
- Diese Empfehlungen sollten in einem **Versorgungskonzept** zusammengefasst werden, welches die disziplin- und sektorenübergreifende Versorgung von schwangeren Frauen mit gAvG beschreibt
- Dieses Versorgungskonzept sollte als **komplexe Intervention** in einem Versorgungsforschungsprojekt **pilotiert und evaluiert** [25] werden
- Die Betreuung von schwangeren/gebärenden Frauen mit gAvG stellt Hebammen vor besondere **pädagogisch–didaktische Herausforderungen**; es werden spezielle Qualifizierungsmaßnahmen benötigt



Schlussfolgerung

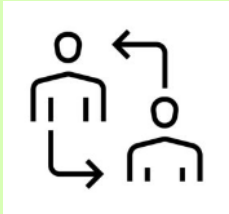
Empfehlungen zur Betreuung schwangerer Frauen mit gAvG



- gAvG sollte in der Schwangerenvorsorge routinemäßig erfasst werden; regelmäßige **Gesprächsangebote**; Geburt mit Beleghebamme / vertrauter Hebamme
- (Qualitätsgesicherte) **Geburtsvorbereitung**; Aufklärung über Angst vor der Geburt (**Psychoedukation** einzeln oder in der Gruppe); ergänzend: **psychotherapeutisches Gesprächsangebot** (kognitive Verhaltenstherapie)
- **Geburtsanmeldegespräch/-e** in der Klinik zur Vertrauensbildung, mit dem Ziel der gemeinsamen Entscheidungsfindung zur Gestaltung der Geburt (unter Einbezug evidenzbasierter Entscheidungshilfen)
- Wichtig ist eine achtsame Betreuung **vor/während der Geburt**, vor allem in besonders **kritischen Situationen**, etwa bei Terminüberschreitung, in der Latenzphase und bei großer Angst der Gebärenden während ihrer Geburt
- Nach der Geburt: **Gespräch über die Geburtserfahrung**



Zusammenfassung und Ausblick



gAvG bei schwangeren Frauen in Deutschland ist wesentlich bedingt durch soziokulturelle Faktoren und beeinflusst durch Interaktionen im medizinischen Versorgungskontext



Die Entwicklung einer **bedarfsgerechten Versorgungsstruktur (Versorgungskonzept)** birgt das Potenzial, dass Hebammen schwangere Frauen bei der Bewältigung ihrer Angst bestmöglich unterstützen und ihnen ein positives Geburtserlebnis ermöglichen



Dank

Ein großer Dank geht an die **Hebammengemeinschaftshilfe (HGH)** für die finanzielle Unterstützung des Projekts

Und an die **Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF)**, die 2016 das gemeinsame Projekt

„Gedanken und Gefühle schwangerer Frauen im Hinblick auf ihre bevorstehende Geburt: Entwicklung und Validierung eines deutschsprachigen Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung“ (Elke Mattern)

und

„Angst vor der Geburt: Bedürfnisse und Wünsche von schwangeren Frauen in Deutschland und die Perspektive von Hebammen – eine rekonstruktive qualitative Studie“ (Sabine Striebich)

mit dem **Forschungsstipendium** ausgezeichnete.



Literatur

1. Saisto T, Halmesmäki E (2003) Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 82: 201–208
2. Nilsson C, Lundgren I (2009) Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 25(2): e1–9
3. Sydsjö G, Sydsjö A, Gunnervik C et al. (2012) Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 91(1): 44–9
4. Ryding EL, Lukasse M, Van Parys AS, Wangel AM, Karro H, Kristjánsdóttir, Schroll AM and Schei B (2015) Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth* 42(1): 48–55
5. Laursen M, Johansen C and Hedegaard M (2009) Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* 116(10): 1350–5
6. Junge C, von Soest T, Weidner K, Seidler A, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S (2018) Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth* 45(4): 469–77
7. Nettelblatt P, Fagerström CF and Uddenberg N (1976) The Significance Of Reported Childbirth Pain *Journal of Psychosomatic Research* 20: 215–221
8. Alehagen S, Wijma B and Wijma K (2006) Fear of childbirth before, during and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 85(1): 56–62
9. Areskog B, Kjessler B and Uddenberg N (1982) Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecologic and obstetric investigation* 13(2): 98–107
10. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M on behalf of the Bidens Study Group (2017) Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. *Midwifery* 51: 33–39
11. Areskog B, Uddenberg N and Kjessler B (1984) Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Research* 28(3): 213–20
12. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G and Wijma K (2009) Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG* 116(5): 672–80
13. Lukasse M, Schei, B and Ryding, E L (2014) Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sex Reprod Healthc.* 5 (3) 99–106



Literatur

14. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, Sparud-Lundin C, Wigert H and Begley C (2018) Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 18(1): 28
15. Lazarus RS, and Folkman S (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer
16. Eriksson C, Jansson L and Hamberg K (2006) Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery* 22(3): 240–8
17. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J (2006) How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Soc Sci Med* 63(1): 64–75
18. Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61, 97–115. doi:10.1016/j.midw.2018.02.013
19. Kennedy, H. P., Cheyney, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Foureur, M. J., Homer, C. S. E., ... Renfrew, M. J. (2018). Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*, 45(3), 222–231. doi:10.1111/birt.12361
20. Ayerle GM und Mattern E (2017) Prioritäre Themen für die Forschung durch Hebammen: Eine Analyse von Fokusgruppen mit schwangeren Frauen, Müttern und Hebammen. *ZHWi* 5(2): 62–65
21. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*
22. Bohnsack, R. (2003). *Rekonstruktive Sozialforschung* (Vol. 5. Auflage). Opladen: Leske und Budrich.
23. Striebich, S. & Ayerle, G. M. (2019): Fear of childbirth (FOC): pregnant women's perceptions towards the impending hospital birth and coping resources – a reconstructive study, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, DOI: 10.1080/0167482X.2019.1657822
24. Striebich, S., Ayerle, G.M. (2019) Große Angst vor der Geburt bei schwangeren Frauen in Deutschland: Erfahrungen und Orientierungen in Bezug auf die Schwangerenbetreuung und die Geburtsvorbereitung – eine rekonstruktive Studie. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft, Journal of Midwifery Science*, 7, 34–41
25. Medical Research Council (2019) *Developing and evaluating complex interventions*. Available: www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance [20.09.2019]

