

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Prof. Dr. med. Sarah Hohmann

Das Erleben von professioneller Unterstützung während der Geburt und die Ausprägung postpartaler Ängste

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin an der Medizinischen Fakultät der
Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Julia Müller
aus Gummersbach

Hamburg 2023

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 11.03.2024**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Anke Diemert

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort

Inhaltsverzeichnis

Arbeitshypothese und Fragestellung.....	1
1. Einleitung.....	2
1.1 Postpartale Ängste und Depression	2
1.2 Postpartale Ängste und kindliche Entwicklung	3
1.3 Professionelle Unterstützung während der Geburt und postpartales Wohlbefinden – Theoretische Grundlage	5
1.4 Definition des Geburtserlebens und Auswirkungen auf Mutter und Kind	6
1.5 Definition einer positiv erlebten professionellen Unterstützung und Bedeutung für die Geburt	7
1.6 Erlebte professionelle Unterstützung bei der Geburt und das Erleben postpartaler mütterlicher Angst.....	10
1.7 Risikofaktoren für das Auftreten postpartaler Angst.....	12
1.7.1 Psychische Vorerkrankungen	12
1.7.2 Bildungsgrad und Einkommen.....	13
1.7.3 Parität.....	14
1.7.4 Geburtsmodus.....	14
1.7.5 Alter.....	15
1.8 Zielsetzung.....	15
2. Material und Methoden.....	17
2.1 Studiendesign.....	17
2.2 Variablen und Instrumentenbeschreibung	17
2.2.1 Erfassung prä- und postpartaler Angst.....	18
2.2.2 Erfassung der erlebten professionellen Unterstützung während der Geburt	18
2.2.3 Erfassung soziodemographischer Faktoren	19
2.2.4 Erfassung geburtsbezogener Faktoren	20
2.3 Auswertungsverfahren	20
3. Ergebnisse.....	22
3.1 Stichprobenbeschreibung anhand soziodemographischer und geburtsbezogener Daten..	22
3.2 Verteilung der Werte in den erhobenen Variablen	23
3.3 Bivariate Zusammenhänge der Variablen	26
3.4 Lineare Regressionsanalyse	27
4. Diskussion	29
4.1 Prävalenz postpartaler Angst	29
4.2 Eignung des SCIB-Fragebogens zur Erhebung einer erlebten professionellen Unterstützung	29
4.3 Zusammenhang zwischen erlebter professioneller Unterstützung und Geburtsmodus	31
4.4 Erlebte professionelle Unterstützung bei der Geburt und das Erleben postpartaler mütterlicher Angst.....	31
4.5 Risikofaktoren für das Auftreten postpartaler Angst.....	34

4.6 Limitationen der Studie	35
4.7 Stärken der Studie	36
4.8 Ausblick	37
5. Zusammenfassung	38
6. Summary	39
7. Literaturverzeichnis	40
8. Abkürzungsverzeichnis	47
9. Tabellenverzeichnis	48
10. Abbildungsverzeichnis	48
11. Danksagung	49
12. Lebenslauf	50
13. Eidesstattliche Versicherung	51

Arbeitshypothese und Fragestellung

„Every woman has the right to the highest attainable standard of health, which includes the right to dignified, respectful health care throughout pregnancy and childbirth, as well as the right to be free from violence and discrimination“ (WHO, 2014). Dieses Zitat aus einem Statement der Weltgesundheitsorganisation (WHO) des Jahres 2014 verdeutlicht den heutigen Stellenwert einer guten Betreuung in der Schwangerschaft und während der Geburt. Bisher gibt es Anzeichen für einen potenziellen Zusammenhang zwischen erlebter professioneller Unterstützung unter der Geburt und postpartaler Angst, allerdings in bisher nur sehr wenigen veröffentlichten Studien.

Deshalb beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Fragestellung, ob eine gute Betreuung beziehungsweise eine professionelle Unterstützung der werdenden Mutter während der Geburt auch ihr postpartales emotionales Befinden beeinflussen kann. Ziel ist es zu untersuchen, inwieweit eine positiv erlebte Geburtsbetreuung mit einem geringeren Auftreten postpartaler mütterlicher Ängste einhergeht.

1. Einleitung

1.1 Postpartale Ängste und Depression

Psychische Störungen wie Angsterkrankungen oder Depressionen stellen in der Peripartalzeit eine der häufigsten Erkrankungen bei Frauen dar (Kühner, 2016). Innerhalb der Gruppe von zu diagnostizierenden postpartalen Angststörungen lassen sich verschiedene Untergruppierungen klassifizieren: Eine Kategorie bildet die postpartale generalisierte Angststörung, deren Prävalenz nach einem systematischen Review von 0,6 bis 12,3 % reicht und die gekennzeichnet ist durch anhaltende ausgeprägte Angstsymptome oder übermäßige Sorgen, die sich meist auf alltägliche Ereignisse beziehen. Zum anderen lassen sich die postpartale Panikstörung, definiert als nicht auf bestimmte Reize limitierte rezidivierende unerwartete Panikattacken (0,5 - 3,4 %), Phobien (spezifische Phobie 0,01 - 8,7 %, soziale Phobie 0,2 - 5,1 %, Agoraphobie 0 - 0,6 %) und die nicht anders angegebenen Angststörungen mit 4 - 39 % unterscheiden (Goodman et al., 2016; ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, o. D.). Die spezifische Phobie beschreibt die übermäßige Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen (z. B. Tieren oder Höhe), die soziale Phobie die vor sozialen Situationen wie soziale Interaktionen (z. B. Gespräche führen, Reden halten). Bei der Agoraphobie bezieht sich die übermäßige Angst auf bestimmte Situationen, aus denen ein Ausweg erschwert sein könnte oder in denen keine Hilfe erreichbar wäre wie zum Beispiel Menschenmengen oder öffentliche Verkehrsmittel (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, o. D.).

Angststörungen treten übergreifend mit einer Häufigkeit von 13 % im 12-Monats-Zeitraum auf (Kühner, 2016). Je nach Form der Angst, Erhebungsinstrument und Stichprobengröße werden in den jeweiligen Studien Prävalenzen von 2 bis 45 % für das erste Jahr nach der Geburt (Dennis, Brown et al., 2017) und Inzidenzen während der ersten sechs Monate nach der Geburt von 6,1 bis 27,9 % genannt (Ali, 2018). Die Ergebnisse einer schwedischen Studie ergaben eine Prävalenz von Angst im ersten Jahr nach der Geburt von 15 % (Hildingsson et al., 2017). In einem systematischen Review aus dem Jahr 2017 werden die Prävalenz von selbst berichteten allgemeinen Angstsymptomen, ohne Hintergrund einer Angststörung, in den ersten 24 Wochen nach der Geburt mit 15 %, die Prävalenz von jeglicher Angststörung mit 9,9 % und die von einer generalisierten Angststörung mit 5,7 % angegeben (Dennis, Falah-Hassani et al., 2017). In anderer Quelle ergab sich für die generalisierte Angststörung sechs bis acht Wochen postpartal eine Prävalenz von 8,2 % (Wenzel et al., 2005; Ali, 2018). Dennis, Brown et al. (2017) führen die Prävalenz einer anhaltenden postpartalen Angst mit 12,6 % auf. Dabei wurden Angstsymptome eine Woche nach der Geburt sowie vier und acht Wochen nach der Geburt erhoben (Dennis, Brown et al., 2017). Bei Wenzel et al. (2003) lag das Vorkommen von Sorgen und generalisierten Angstsymptomen acht Wochen nach der Geburt bei über 30 %.

Meist wurde postpartale Angst zusätzlich in Studien untersucht, in denen der eigentliche

Schwerpunkt auf der postpartalen Depression lag oder auf Frauen mit bereits bekannten depressiven Symptomen (Matthey et al., 2003; Giakoumaki et al., 2009) sowie auf Frauen mit einer bereits auffälligen Vorgeschichte bezüglich psychiatrischer Symptome oder Erkrankungen (Wenzel et al., 2003). Die Prävalenz von postpartalen Depressionen wird mit etwa 10 bis 15 % angegeben (Kühner, 2016; Matthey et al., 2003). Insgesamt gilt die postpartale Depression im Vergleich zu postpartalen Ängsten als besser erforscht (Ali, 2018; Dennis, Brown et al., 2017; Dennis, Falah-Hassani et al., 2017; Goodman et al., 2016; Matthey et al., 2003; Wenzel et al., 2003; Yelland et al., 2010; Giakoumaki et al., 2009). Darüber hinaus wird auf den Bedarf weiterer Erforschung von postpartaler Angst hingewiesen (Bell et al., 2016; Goodman et al., 2016; Matthey et al., 2003; Wenzel et al., 2003; White et al., 2006). Um diesem Bedarf gerecht zu werden, fokussiert sich die vorliegende Arbeit bewusst auf die postpartale Angst.

In populationsbasierten Studien wurde Angst peripartal zumeist dimensional erfasst und keine spezifische Art von Angststörung erfragt beziehungsweise diagnostiziert (Ali, 2018; Dennis et al., 2013; Goodman et al., 2016). Die meisten Studien, welche sich mit spezifischen Angststörungen beschäftigen, rekrutierten die teilnehmenden Personen überwiegend aus Klinikpopulationen mit Angststörungen (Goodman et al., 2016) und nicht aus der allgemeinen Bevölkerung.

In dieser Arbeit liegt der Fokus bewusst auf der Allgemeinbevölkerung und allgemeinen postpartalen Angstsymptomen, auch aufgrund der Komplexität der Diagnosestellung rund um die Geburt.

1.2 Postpartale Ängste und kindliche Entwicklung

Welchen weitreichenden Einfluss postpartale Ängste der Mutter haben können, wird im Hinblick auf die physische und psychische Gesundheit des Kindes deutlich. Die vorhandene Literatur beschreibt Zusammenhänge zwischen postpartalen Ängsten der Mutter und der kindlichen Entwicklung sowie der Mutter-Kind-Beziehung (Goodman et al., 2016; Ali, 2018; Dennis, Brown et al., 2017; Dennis et al., 2013; Dennis, Falah-Hassani et al., 2017; Reck et al., 2018; Kühner, 2016; Giakoumaki et al., 2009; Field, 2018; Ystrom, 2012).

Eine verzögerte kognitive und soziale Entwicklung bei Kindern wird unter anderem mit mütterlichen postpartalen Ängsten assoziiert (Giakoumaki et al., 2009; Dennis, Brown et al., 2017; Ali, 2018), beispielsweise durch ein ausgeprägt ängstliches Interaktionsverhalten, eine übermäßige mütterliche Regulierung des kindlichen Verhaltens und eine vergleichsweise geringere warmherzige und positive Interaktion (Reck et al., 2018). Darüber hinaus sehen Stein et al. (2014) eine Verbindung zwischen mütterlichen peripartalen psychischen Störungen und einem erhöhten Risiko für psychische und die Entwicklung betreffende Störungen bei Kindern. Bezüglich der späteren Entwicklung von Kindern werden beim Auftreten mütterlicher peripartaler Angststörungen Beeinträchtigungen der Exekutivfunktionen und der Schulleistungen sowie eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Störungen des Sozialverhaltens und expansiven Störungen wie eine

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung beschrieben (Kühner, 2016). Auch in anderen Quellen wird auf einen Zusammenhang zwischen mütterlicher postpartaler Angst und einer geringeren Sozialkompetenz der Kinder hingewiesen (Glasheen et al., 2010). Ali (2018) sieht im Zusammenhang mit postpartaler Angst bei der Mutter zudem die Wahrscheinlichkeit von Angst beim Kind als erhöht an.

Des Weiteren wird übermäßige postpartale Angst der Mutter mit Internalisierungs- und Externalisierungsproblemen von Säuglingen assoziiert (Dennis, Brown et al., 2017; Barker et al., 2011; Dennis, Falah-Hassani et al., 2017; Stein et al., 2014; Field, 2018; Ystrom, 2012) und zwar aufgrund eines entweder eher negativen und distanzierten Erziehungsstils oder eines eher überfürsorglichen bis kontrollierenden mütterlichen Verhaltens (Dennis, Falah-Hassani et al., 2017). Unter Internalisierungsprobleme fallen im Allgemeinen zum Beispiel Angstsymptome oder Depression, unter Externalisierungsprobleme beispielsweise Aufmerksamkeitsdefizitstörungen oder oppositionelle Verhaltensstörungen (Stein et al., 2014). Weitere Studienergebnisse belegen, dass Säuglinge von Müttern mit postpartalen Angststörungen im Vergleich zu Säuglingen von psychisch gesunden Müttern häufiger Probleme mit neuartigen Reizen haben (Reck et al., 2013). Diesen Umstand führen Reck et al. (2013) auf mütterliches Vermeidungsverhalten zurück.

Mehrere Quellen deuten auf ein erhöhtes Risiko einer ungünstigen Mutter-Kind-Interaktion bei vorherrschender mütterlicher Angst im postpartalen Zeitraum hin (Tietz et al., 2014; Glasheen et al., 2010; Reck et al., 2018; Field, 2018; Ali, 2018). Zudem wird ein Zusammenhang zwischen postpartalen Angststörungen und exzessivem Schreien bei Säuglingen in der Literatur beschrieben (Goodman et al., 2016; Dennis, Brown et al., 2017; Glasheen et al., 2010), wobei insbesondere eine in der Vorgeschichte bereits bestehende mütterliche Angststörung für die Entwicklung von exzessivem Schreien im Säuglingsalter von großer Bedeutung zu sein scheint (Petzoldt et al., 2014). Postpartale Angst wird auch mit einer verringerten Wahrscheinlichkeit erfolgreichen Stillens in Verbindung gebracht (Clifford et al., 2006; Forster et al., 2006; Field, 2018; Ali, 2018). Ali (2018) schlussfolgert, dass sogar ein erhöhtes Risiko für Kindesmissbrauch besteht.

Goodman et al. (2016) und Dennis, Brown et al. (2017) berichten von einer Korrelation zwischen postpartalen mütterlichen Angststörungen und einer nicht optimalen motorischen Entwicklung von Säuglingen. Glasheen et al. (2010) hingegen konnten in ihrem systematischen Review keine eindeutigen Assoziationen zwischen postpartaler Angst der Mutter und Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung in der Literatur finden.

Insgesamt weisen die genannten Studien und Reviews eine hohe Qualität auf. Es wurden überwiegend valide Instrumente zur Detektierung von Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung oder sonstiger Auffälligkeiten aufgrund postpartaler Angst angewandt, welche nicht

allein auf Selbstberichten der Mutter basierten. Lediglich bei den Aspekten Stillen und Mutter-Kind-Interaktion stammten die Informationen vor allem aus Selbstberichten der Mütter, wodurch gegebenenfalls ein Bias bestehen könnte, falls aus Angst mehr Auffälligkeiten berichtet wurden.

1.3 Professionelle Unterstützung während der Geburt und postpartales Wohlbefinden – Theoretische Grundlage

Inwieweit es ein Konstrukt gibt für einen möglichen Zusammenhang zwischen professioneller Unterstützung und postpartalem Wohlbefinden, soll im Folgenden genauer beleuchtet werden. Es gibt zwei sich ergänzende Theorien, wie eine professionelle Unterstützung unter der Geburt zu einer Verbesserung des Gefühls von geburtsbezogener Kontrolle und Kompetenz der gebärenden Frau führen kann.

Zunächst sollen die Begrifflichkeiten „Kontrolle“ und „Kompetenz“ kurz erklärt werden: Der Begriff „Kontrolle“ bezieht sich im Sinne von Oesterreich (1981) darauf, „in welchem Maß das Auftreten der vom Handelnden zielgerichtet angestrebten Ereignisse von seinen Handlungen abhängig oder unabhängig ist.“ Unter „Kompetenz“ versteht man in der Definition nach Weinert (2001) "die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können."

Die erste Theorie zum Zusammenhang zwischen professioneller Unterstützung unter der Geburt und der Verbesserung des Gefühls von geburtsbezogener Kontrolle und Kompetenz der Frau geht davon aus, dass der Faktor Unterstützung während der Geburt Stressoren mindern kann, die unter der Geburt auf die Frau einwirken und das Kompetenzgefühl und Selbstvertrauen der Frau negativ beeinflussen können (Bohren et al., 2017). Ein geringes Kompetenzgefühl und Selbstvertrauen können sich wiederum negativ auf das weitere postpartale Wohlbefinden der Frau auswirken, psychische Beeinträchtigungen bedingen sowie eine gute Anpassung an die neue Funktion als Eltern erschweren (Bohren et al., 2017; Hodnett, 2002). Mögliche Stressoren im Laufe des Geburtsprozesses sind beispielsweise häufige Untersuchungen und geburtshilfliche Interventionen, unbekanntes und wechselndes Personal, mangelnde Privatsphäre oder andere Bedingungen und Abläufe im Krankenhaus, die von den gebärenden Frauen als rau wahrgenommen werden könnten. Eine positiv erlebte professionelle Unterstützung kann dies abfedern und eine angenehmere Atmosphäre schaffen (Bohren et al., 2017; Hodnett, 2002).

Zum anderen gibt es eine weitere Theorie, welche den Fokus weniger auf die Geburtsumgebung, sondern auf den Geburtsprozess selbst legt. Nach dieser Hypothese kann eine als positiv erlebte professionelle Unterstützung während der Geburt die Wahrscheinlichkeit für eine operative Geburt

und nachfolgende Komplikationen verringern sowie das Gefühl von Kontrolle und die Geburtszufriedenheit der Frau erhöhen (Bohren et al., 2017). Die dafür verantwortlichen beschriebenen Mechanismen sind eine verbesserte Passage des Fötus durch das Becken und eine verminderte Stressreaktion der Frau. Diese Mechanismen können durch eine als positiv erlebte professionelle Unterstützung unter der Geburt begünstigt werden, unter anderem durch Ermutigung und Motivation zu Bewegung sowie zum Einnehmen bestimmter Positionen, durch Hilfestellungen zur optimalen Nutzung der Schwerkraft sowie durch die Unterstützung der Frau, ihre bevorzugte Position zu finden und einzunehmen (Bohren et al., 2017; Hodnett, 2002). Studien belegen, dass sich Stresshormone, die im Zustand der Angst unter der Geburt im Blut der Frau nachzuweisen sind, negativ auf den Fötus und die Mutter auswirken. So werden in diesem Zusammenhang abnorme fetale Herzfrequenzen unter der Geburt, eine verringerte Uteruskontraktilität, eine verlängerte Geburtsphase mit regulären Wehen und niedrige Apgar-Scores beschrieben (Lederman et al., 1981). Professionelle Unterstützung in emotionaler, informativer und beratender Form sowie in Form von Komfortmaßnahmen und Fürsprache können Angst und Sorgen und damit assoziierte negative Effekte während der Geburt reduzieren (Bohren et al., 2017).

Zusätzlich zu den beiden vorgestellten Theorien scheint das Gefühl der Kontrolle beziehungsweise der Mangel an Kontrolle ebenfalls ein wichtiger Aspekt bei der Entstehung von Stressreaktionen zu sein (Ford et al., 2009). Es wird auf die Bedeutung des eigenen Kontrollerlebens bei körperlichen und emotionalen Reaktionen auf Stresseinwirkungen hingewiesen. Laut Ford et al. (2009) wirkt sich ein Mangel an erlebter Kontrolle elementar auf den psychischen Zustand der Gebärenden aus und ist an der Entwicklung von erlernter Hilflosigkeit sowie Traumareaktionen beteiligt. So kann ein geringes Maß an erlebter persönlicher und externer Kontrolle während eines wichtigen gesundheitlichen Ereignisses zur Entwicklung von Angst führen (Ford et al., 2009).

1.4 Definition des Geburtserlebens und Auswirkungen auf Mutter und Kind

Das individuelle Geburtserleben hat sich als essentiell im Leben einer jeden Mutter erwiesen (Nilsson et al., 2012; Lundgren et al., 2009). Das Geburtserleben beschreibt „die subjektive besondere Form der Wahrnehmung der zwischenmenschlichen und situativen Sachverhalte im Kontext der Geburt in Bezug auf ihre kognitiven, emotionalen und motivationalen Komponenten“ (Weidner et al., 2012, S. 365). Larkin et al. (2009) charakterisieren es als ein bedeutsames individuelles Lebensereignis, das miteinander verbundene subjektive psychologische und physiologische komplexe Prozesse beinhaltet, die von sozialen, ökologischen, organisatorischen und politischen Kontexten beeinflusst werden. Unter einem positiven Geburtserleben versteht man, in die eigene Kraft und Fähigkeit zu vertrauen, gebären zu können, und zuverlässige, Sicherheit ausstrahlende und unterstützende Personen bei der Geburt zu erleben (Bell & Andersson, 2016).

Die Erfahrungen während einer Geburt können langfristige Folgen für die Gesundheit der Frau oder Beziehung zum Kind und Partner mit sich bringen (Nilsson et al., 2012; Lundgren et al., 2009; Elvander et al., 2013; Nilvér et al., 2017) wie zum Beispiel das Auftreten von posttraumatischen Belastungsstörungen bei stark negativen Erfahrungen (Beck, 2004) oder Einschränkungen beim Stillen (Beck & Watson, 2008). Die Literatur deutet ferner daraufhin, dass sich ein positives Geburtserleben protektiv auf das psychische Wohlbefinden der Mutter in der Peri- und Postpartalzeit auswirkt (Stadlmayr et al., 2009; Nilsson et al., 2012; Michels et al., 2013). So wird ein als positiv erinnerliches Geburtserleben mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit mütterlicher postpartaler Angst assoziiert (Bell et al., 2016). In der Untersuchung von Bell et al. (2016) hatten Frauen, die zu ihren Geburtserfahrungen zwei Monate nach Entbindung befragt wurden und diese als nicht positiv bewertet hatten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit gesteigerte Angstsymptome im Vergleich zu Frauen, die nach zwei Monaten von einem schönen Geburtserleben berichteten. Auch Weisman et al. (2010) beschreiben eine Assoziation zwischen postpartaler Angst und negativen Emotionen während der Geburt. Zudem sehen viele Studien das Potential einer Stärkung des Selbstvertrauens (Lundgren et al., 2009; Elvander et al., 2013; Nilvér et al., 2017) sowie der Mutter-Kind-Beziehung (Elvander et al., 2013). Ein positives Geburtserleben kann als stärkendes Lebensereignis verinnerlicht sein, verbunden mit persönlichem Wachstum (Nilvér et al., 2017). Darüber hinaus berichten Salonen et al. (2009) von einem Zusammenhang zwischen der Geburtserfahrung und der elterlichen Selbstwirksamkeit.

Ein negatives Geburtserleben scheint hingegen mit einem erhöhten Risiko einer postpartalen Depression (Bell & Andersson, 2016) oder einer zukünftigen Angst vor der nächsten Geburt verknüpft zu sein (Nilsson et al., 2012; Nilvér et al., 2017). Auch ist eine Steigerung allgemeiner Angstsymptome möglich (Bell & Andersson, 2016). In der Untersuchung von Giakoumaki et al. (2009) zeigte sich eine Korrelation zwischen dem Auftreten von Angstsymptomen zwei bis drei Tage nach der Geburt und einem negativen Geburtserleben. Nilsson et al. (2012) fanden heraus, dass ein negatives Geburtserleben den stärksten Zusammenhang zu einer nach einem Jahr postpartal bestehenden Geburtsangst aufweist.

1.5 Definition einer positiv erlebten professionellen Unterstützung und Bedeutung für die Geburt

Insbesondere eine positiv erlebte Unterstützung während der Geburt und das Gefühl, in Entscheidungen miteinbezogen zu werden, scheint ein zentraler Faktor für die mütterliche Zufriedenheit mit der Geburt beziehungsweise für ein positives Geburtserleben und somit das postpartale Wohlbefinden zu sein (Fenwick et al., 2015; Bell et al., 2016; Larkin et al., 2009; Lally et al., 2008; Ford et al., 2009; Waldenström, 1999; Bohren et al., 2019; Arthuis et al., 2022). Teilweise wird eine professionelle Unterstützung für einen der bedeutsamsten Faktoren eines positiven Geburtserlebens gehalten (Bell & Andersson, 2016; Nilsson et al., 2012; Nilvér et al., 2017; Bell et

al., 2016; Lundgren et al., 2009; Weidner et al., 2012; Bohren et al., 2017).

Hodnett und Osborn (1989) definieren eine professionelle Unterstützung über vier Faktoren: eine emotionale Komponente wie Ermutigung, Beruhigung und kontinuierliche Präsenz, eine informative Aufgabe wie Anweisungen, Erklärungen und Beratung, greifbare Elemente wie physikalische Maßnahmen, worunter beispielsweise Massagen und kühle Kompressen fallen, und zuletzt den Aspekt der Fürsprache. Letzteres meint, dass eine professionelle Unterstützung in der Lage ist, die Erwartungen des werdenden Elternpaares an das Krankenhauspersonal zu verstehen und in ihrem Namen zu handeln.

Ford et al. (2009), die einen Fragebogen zur Evaluation des Grades an erlebter professioneller Unterstützung und Kontrolle entwickelt haben, fassen folgende Aspekte unter dem Begriff der Unterstützung zusammen: Coaching und das Vermitteln von Bewältigungsstrategien, die Haltung des Personals, das Einfühlungsvermögen und Verständnis, das Beruhigen und Ermutigen, das aktive Zuhören, eine informative Unterstützung und die Unterstützung bei der Schmerzlinderung.

In anderen Quellen werden eine respektvolle und aufmerksame Haltung gegenüber den Frauen (Tumblin & Simkin, 2001) sowie Vertrauen, Privatsphäre und eine gemeinsame Entscheidungsfindung als bedeutsame Komponenten genannt (Bell & Andersson, 2016). Die gemeinsame Entscheidungsfindung ist auch für Hauck et al. (2007) und Hodnett (2002) ein wichtiger Faktor. Auch Studien aus der Zeit der Covid-19-Pandemie belegen, dass eine vorhandene gute professionelle Unterstützung inklusive rascher Ansprechbarkeit des medizinischen Personals bei Anliegen und Fragen sowie das Einbeziehen der Frau in Entscheidungsprozesse während der Geburt einen wichtigen Stellenwert einnehmen für ein positives Geburtserleben der Frau (Batram-Zantvoort et al., 2023).

In weiteren Studien werden unter anderem eine kontinuierliche Präsenz mit erfolgreichem Beziehungsaufbau, eine beruhigende und respektvolle Haltung, Informationsvermittlung über den Geburtsfortschritt, Ratschläge zu Bewältigungsstrategien, Entspannungsmaßnahmen sowie direkte körperliche Unterstützung durch das Krankenhauspersonal im Zusammenhang mit einer positiv erlebten professionellen Unterstützung genannt (Bohren et al., 2017; Nilvér et al., 2017). Viele Studien beschreiben den Punkt der Kontinuität der Betreuung als ein bedeutsames Element für ein positives Geburtserleben (Weidner et al., 2012; Hauck et al., 2007; Hicks et al., 2003). Laut Homer et al. (2002) fällt es Frauen, die eine kontinuierliche Betreuung durch Hebammen unter der Geburt erlebt haben, leichter, mit dem Personal über persönliche Präferenzen zu sprechen. Dadurch erfährt das Personal mehr über die jeweiligen Erwartungen der Frauen an die Geburt, was folglich die Wahrscheinlichkeit eines erfüllten Geburtserlebens erhöht. Frauen mit kontinuierlicher professioneller Unterstützung sprachen nach der Geburt seltener von einem negativen Geburtserleben und entwickelten seltener eine depressive Symptomatik (Bohren et al., 2017).

Zudem wird von einem besseren Outcome für Frau und Kind gesprochen aufgrund von höheren Raten an spontanen vaginalen Geburten, geringeren Raten an Kaiserschnittgeburten und geburtshilflichen Interventionen, einer kürzeren Wehendauer sowie selteneren niedrigen Apgar-Scores (Bohren et al., 2017).

Des Weiteren wird auf die Bedeutung von erlebter professioneller Unterstützung und einer guten Beziehung zwischen Frau und Geburtshelfern für die langfristigen Erinnerungen an die Geburt hingewiesen: Diese verbleiben positiv im Gedächtnis der Frau im Falle einer wahrgenommenen unterstützenden Fürsorge, selbst bei aufgetretenen Komplikationen (Bell & Andersson, 2016; Bell et al., 2016; Lundgren et al., 2009; Stadlmayr et al., 2006). Im Gegensatz dazu steht das Gefühl von Einsamkeit während der Geburt gepaart mit dem Gefühl mangelnder Unterstützung durch Hebammen in Zusammenhang mit einer negativen Geburtserfahrung (Nilsson et al., 2012; Stadlmayr et al., 2006).

Das subjektive Erleben der erhaltenen Unterstützung hängt laut Ross-Davie et al. (2013) nicht mit Faktoren wie Parität, Geburtsmodus, Analgetikagebrauch, Anzahl an medizinischen Interventionen oder dem Erfahrungsschatz der betreuenden Hebamme zusammen. Zudem fand man heraus, dass die Wahrnehmung der erlebten professionellen Unterstützung und Kontrolle nicht mit der verstrichenen Zeit seit der Geburt assoziiert ist (Ford et al., 2009).

Im Kontext einer als positiv erlebten professionellen Unterstützung wird auch das Gefühl der Kontrolle, insbesondere der empfundenen Kontrolle über den eigenen Körper der Frau, als wichtiger Punkt erwähnt (Hofmeyr et al., 2017; Larkin et al., 2009). Hodnett und Osborn (1989) untersuchten die physischen und psychischen Auswirkungen einer kontinuierlichen professionellen Eins-zu-eins-Unterstützung auf die Geburtsergebnisse. Dabei detektierten sie, dass für ein empfundenes Kontrollgefühl der Frau unter der Geburt besonders drei Variablen wichtig sind: die Kontrollerwartungen der Frau, die ständige Anwesenheit einer professionellen Pflegekraft und der Einsatz von Schmerzmitteln. Eine erlebte professionelle Unterstützung führt zu einem höheren Kontrollgefühl der Frau (Ford et al., 2009; Lally et al., 2008). Weidner et al. (2012), Green und Baston (2003) sowie Hauck et al. (2007) heben in ihren Artikeln den positiven Faktor der erlebten Kontrolle im Geburtsverlauf für die Zufriedenheit mit der Geburt und das emotionale Wohlbefinden postpartal (z. B. weniger depressive Symptome) hervor. Auch Fenwick et al. (2015) und Nilsson et al. (2012) sprechen von einer Korrelation zwischen der wahrgenommenen Kontrolle der Frau während der Geburt beziehungsweise der Kontrolle über den eigenen Körper und der Geburtszufriedenheit.

Green et al. (1990) fanden bei einer Befragung vor und sechs Wochen nach der Geburt heraus, dass das Gefühl von Kontrolle sowie das Empfinden, ausreichend Informationen während der Geburt bekommen zu haben, mit positiven psychischen Outcomes der Frau assoziiert sind. Dabei

waren den Frauen ausreichende Informationen sowohl vor, während als auch nach der Geburt wichtig. Signifikant bessere Outcomes hinsichtlich der Geburtszufriedenheit und des seelischen postpartalen Wohlbefindens wurden von Frauen erzielt, die postpartal angaben, dass sie genau die richtige Menge an Informationen erhalten hätten und dass die Informationen weder unvollständig noch verwirrend gewesen wären. Frauen ohne ausgeprägtes Kontrollgefühl über sich selbst oder die Umgebung waren weniger zufrieden mit der Geburt, fühlten geringere Erfüllung und ein geringeres postpartales Wohlbefinden. Frauen mit hohen Zufriedenheitswerten bezogen auf die Geburt hatten eher auch ein hohes seelisches postpartales Wohlbefinden. Niedrige Zufriedenheitswerte waren jedoch nicht mit niedrigem postpartalen Wohlbefinden assoziiert. Des Weiteren zeigte sich in der Studie von Green et al. (1990) ein kumulativer Zusammenhang zwischen geburtshilflichen Interventionen wie Episiotomie, Zangengeburt oder Kaiserschnitt und einem geringen Kontrollgefühl der Frau. Verschiedene Studien konnten die Ergebnisse von Green et al. (1990) hinsichtlich Kontrollgefühl, postpartalem Wohlbefinden und Geburtserleben bestätigen (Simkin, 1991; Gibbins & Thomson, 2001; Lundgren, 2005).

1.6 Erlebte professionelle Unterstützung bei der Geburt und das Erleben postpartaler mütterlicher Angst

Während sich der Zusammenhang zwischen erlebter Unterstützung beim Geburtsvorgang und peri- und postpartalem Wohlbefinden in verschiedenen Studien zeigte (Ford et al., 2009; Bell et al., 2016; Bell & Andersson, 2016; Hodnett, 2002; Nilsson et al., 2012; Nilvér et al., 2017; Sauls, 2002) und am Beispiel von postpartalen posttraumatischen Stresssymptomen (Ford & Ayers, 2011; Ford et al., 2009; Wijma et al., 1997; Soet et al., 2003; Czarnocka & Slade, 2000; Creedy et al., 2000; Cigoli et al., 2006) oder der Depression (Ford & Ayers, 2011; Scott et al., 1999; Bell et al., 2016; Sorenson & Tschetter, 2010; Green & Baston, 2003; Green et al., 1990) vielfach erforscht wurde, gibt es zum Zusammenhang zwischen peripartal erlebter Unterstützung und der spezifischen Ausprägung postpartaler Ängste bislang kaum Untersuchungen.

Die Wahrnehmung der professionellen Betreuung beziehungsweise Unterstützung während der Geburt und die Beziehung der Frau zu dem sie betreuenden Personal können langfristige psychologische Folgen für das Wohlbefinden der Frau nach sich ziehen (Michels et al., 2013). Michels et al. (2013) fanden heraus, dass Frauen, die sich während der Geburt sehr gut betreut gefühlt hatten und ihr Geburtserleben als sehr positiv bewerteten, signifikant wahrscheinlicher eine hohe postpartale Funktionsfähigkeit aufwiesen. Die postpartale Funktionsfähigkeit wurde dabei definiert über Fragen zu möglichen posttraumatischen Stresssymptomen und psychischen Symptomen wie beispielsweise depressive Verstimmung oder „Baby Blues“, eine häufig vorkommende, kurz andauernde (wenige Stunden bis Tage) und spontan sistierende leichte depressive Verstimmung und Stimmungs labilität in den ersten Tagen postpartal (Sonnenmoser, 2007; Dorsch & Rohde, 2016).

Hinsichtlich postpartalen posttraumatischen Stresssymptomen wird eine Assoziation mit geringer erlebter professioneller Unterstützung beschrieben (Ford & Ayers, 2009; Czarnocka & Slade, 2000; Olde et al., 2006). Ford und Ayers (2011) sehen eine als gering erlebte professionelle Unterstützung als einen Prädiktor für postpartale posttraumatische Stresssymptome bei Frauen mit früherem Trauma in der Vorgeschichte. Michels et al. (2013) berichten von einem Zusammenhang zwischen einer als negativ wahrgenommenen Interaktion mit dem Personal während der Geburt und der Entwicklung von postpartalen posttraumatischen Stresssymptomen. Weitere Studien belegen einen Zusammenhang zwischen postpartalen posttraumatischen Stresssymptomen und einer geringen oder inadäquaten Interaktion mit dem medizinischen Personal (Ford & Ayers, 2011; Soet et al., 2003; Wijma et al., 1997), einer als gering erlebten Unterstützung von Personal und Partner sowie dem Gefühl, schlecht informiert und nicht gehört zu werden (Czarnocka & Slade, 2000; Ford & Ayers, 2011), einer inadäquaten Betreuung unter der Geburt (Creedy et al., 2000; Ford & Ayers, 2011) sowie einer als gering empfundenen, aber eigentlich gewünschten Unterstützung (Cigoli et al., 2006; Ford & Ayers, 2011; Maggioni et al., 2006). Neben lebensbedrohlichen Komplikationen unter der Geburt oder einem Geburtsstillstand kann eine Geburt als traumatisch eingestuft werden, wenn die Frau im umgebenden Personenkreis feindliche oder negative Haltungen wahrnimmt (Elmir et al., 2010; Ford & Ayers, 2011). Hollander et al. (2017) untersuchten ebenfalls mögliche Gründe für eine als traumatisch wahrgenommene Geburt. In deren Studie war der am häufigsten angegebene Grund der Frauen ein Mangel an gefühlter Kontrolle oder der Verlust dieser während der Geburt. Weiterhin wurden Kommunikationsprobleme wie eine als zu gering wahrgenommene Kommunikation und mangelndes Zuhören von Seiten des medizinischen Personals sowie fehlende praktische und emotionale Unterstützung durch das medizinische Personal als Gründe für eine als traumatisch wahrgenommene Geburt aufgeführt. Hollander et al. (2017) weisen zudem darauf hin, dass mangelnde erlebte professionelle Unterstützung während der Geburt einen Risikofaktor für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung darstellt.

In einer Studie von Stadlmayr et al. (2007), die das Auftreten akuter Stressreaktionen in den ersten drei Wochen postpartal untersuchte, konnte einer erlebten professionellen Unterstützung durch das Personal eine protektive Wirkung nachgesagt werden. Zusätzliche Unterstützung während der Geburt, zum Beispiel durch mehrere Familienangehörige, wird zudem mit weniger postpartaler Depression in Verbindung gebracht (Ford & Ayers, 2011; Sauls, 2002; Scott et al., 1999; Zhang et al., 1996).

Wie bereits erwähnt, gibt es für den Zusammenhang zwischen peripartal erlebter Unterstützung und der Ausprägung postpartaler Ängste bisher nur vereinzelte Studien.

Sauls (2002) nennt hinsichtlich postpartaler Angst zwei Studien, welche eine Assoziation zwischen kontinuierlicher Unterstützung unter der Geburt und geringerer postpartaler Angst nachweisen konnten (Hofmeyr et al., 1991; Wolman et al., 1993). Bei diesen Studien handelt es sich jedoch nicht

um eine Unterstützung, die von medizinischem Personal ausging, sondern um Unterstützung durch Freiwillige ohne medizinische oder pflegerische Vorkenntnisse, die für die Studie akquiriert wurden. Bei Hofmeyr et al. (1991) waren die Freiwilligen alle Frauen, die selbst bereits mindestens ein Kind in ihrem Leben entbunden hatten. Der Fokus der Unterstützung lag auf den Punkten Zuspruch, Beruhigung, Anerkennung und Lob (Hofmeyr et al., 1991). Die Frauen, die diese Unterstützung erfahren hatten, hatten eher das Gefühl, dass sie während der Geburt gut zurechtgekommen waren, als die Frauen ohne erlebte Unterstützung. Zudem wurden in der Unterstützungsgruppe ein en Tag nach der Geburt niedrigere Scores der Zustandsangst erhoben (Hofmeyr et al., 1991). In der Studie von Wolman et al. (1993) wurde bei Frauen mit erlebter Unterstützung eine geringere Ausprägung von Angst und Depression zum Zeitpunkt sechs Wochen nach der Geburt erfasst.

Darüber hinaus berichtet Sauls (2002) von einer Studie aus dem Jahr 1992, in der 1252 erstgebärende Frauen mit unkomplizierten Geburten aus fünf randomisierten Studien betrachtet wurden. Dort zeigte sich bei Frauen mit kontinuierlicher Unterstützung unter der Geburt unter anderem eine verminderte Ausprägung mütterlicher Angst und Depression (Klaus et al., 1992). Tumblin und Simkin (2001) sind der Auffassung, dass die Betreuung während der Geburt sowie die Erwartungen der Frauen an die Geburt eine Rolle bei verschiedenen postpartalen affektiven Störungen spielen könnten. Bekannt ist, dass ein Gefühl der fehlenden Kontrolle während der Geburt sowie fehlendes Vertrauen in das umgebende medizinische Personal das Risiko postpartaler Ängste erhöhen (Field, 2018). Dies wird auch in einer Studie von Shlomi Polachek et al. (2014) beschrieben: Man fand einen signifikanten Zusammenhang zwischen mangelnder erlebter Kontrolle der Frau während der Geburt, geringem Vertrauen in sich selbst sowie in medizinisches Personal und dem Auftreten postpartaler Ängste, einen Monat nach der Geburt gemessen. Todesängste der Mutter unter der Geburt waren ebenfalls mit postpartaler Angst assoziiert (Shlomi Polachek et al., 2014). In den Ergebnissen von Shlomi Polachek et al. (2014) berichteten 75 % der Frauen, welche postpartale Ängste entwickelten, von unter der Geburt bestandenen Gefühlen wie Wut und Angst oder einer verspürten emotionalen Distanzierung während der Geburt.

1.7 Risikofaktoren für das Auftreten postpartaler Angst

1.7.1 Psychische Vorerkrankungen

Einen wichtigen risikoe erhöhenden Faktor für das Auftreten postpartaler Angst stellen psychische Vorerkrankungen dar (Bell et al., 2016; Amr & Balaha, 2010; Britton, 2008; Clout & Brown, 2015). Diese bergen neben einem gesteigerten Rezidivrisiko auch ein erhöhtes Risiko einer postpartalen Depression (Rohde et al., 2016; Dorsch & Rohde, 2016).

Eine bekannte Depression oder Angststörung in der Vorgeschichte der Mutter gilt als Gefahr für das Auftreten von anhaltenden allgemeinen Angstsymptomen postpartal (Dennis, Brown et al., 2017; Field, 2018). Auch in weiteren Studien wird eine in der Historie bekannte Angststörung wie eine

generalisierte Angststörung, Panikstörung oder Phobie (Martini et al., 2015; Grant et al., 2008; Jordan & Minikel, 2019), eine in der Schwangerschaft aufgetretene Angststörung (Martini et al., 2015; Reck et al., 2008), das Phänomen assoziierter oder zusätzlicher schwangerschafts- oder geburtsbezogener Ängste (Huizink et al., 2015; Blackmore et al., 2016; Martini et al., 2015; Martini et al., 2016; Mudra et al.; 2020) sowie eine in der Schwangerschaft aufgetretene Depression (Shlomi Polachek et al., 2014) mit einer erhöhten Gefahr einer postpartalen Angststörung assoziiert.

In einer Studie aus dem Jahr 2019 zeigte sich, dass Frauen mit präpartalen Angstzuständen oder Depressionssymptomen auch ein erhöhtes Risiko für allgemeine postpartale Angstsymptome und Depressionen haben (Aris-Meijer et al., 2019). Die Ausprägung der Angstsymptome in der Schwangerschaft korrelierte dabei mit der Ausprägung der postpartalen Angstsymptome (Aris-Meijer et al., 2019). Matthey et al. (2003) fanden heraus, dass eine in der Vorgeschichte bekannte Angststörung (Panikstörung, Phobie, akute Anpassungsstörung mit vorwiegend Angstsymptomen, die mit Ausnahme des Kriteriums der Dauer die Kriterien einer generalisierten Angststörung erfüllt) einen größeren Risikofaktor für eine postpartale affektive Störung wie Depression oder Angst darstellt als eine vorgeschichtliche depressive Störung.

Zudem wird der postpartalen Zeit in der Literatur ein erhöhtes Risiko für eine mögliche Exazerbation von allgemeinen Angstsymptomen zugeschrieben (Dennis et al., 2013; Shlomi Polachek et al., 2014; Wenzel et al., 2003). Shlomi Polachek et al. (2014) berichten zudem, dass Frauen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung in der Vorgeschichte ein doppelt so hohes Risiko für allgemeine postpartale Angstsymptome haben im Vergleich zu gesunden Frauen. Insgesamt kann die psychische Stabilität in der Schwangerschaft als ein Prädiktor für die psychische Stabilität nach der Geburt angesehen werden (Rohde et al., 2016).

1.7.2 Bildungsgrad und Einkommen

Inwieweit der Bildungsgrad der Frau oder das Einkommen eine Rolle spielen, ist anhand der aktuellen Literatur nicht eindeutig zu klären.

Auf der einen Seite wird ein geringer Bildungsgrad mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten allgemeiner postpartaler Ängste (Britton, 2008) oder Angststörungen wie generalisierte Angststörungen, Panikstörungen oder Phobien (Martini et al., 2015; Jordan & Minikel, 2019) in Verbindung gebracht. Yelland et al. (2010) benennen einen fehlenden Abschluss der weiterführenden Schule als Risikofaktor für allgemeine postpartale Angstsymptome.

Auf der anderen Seite wird in der Literatur ein höherer Bildungsgrad der Mutter und eine generelle Erwerbstätigkeit mit allgemeinen postpartalen Angstsymptomen assoziiert (Field, 2018). Auch in weiteren Studien wurde ein Zusammenhang zwischen einem höheren Bildungsgrad und dem Auftreten allgemeiner postpartaler Angstsymptome aufgezeigt (Shlomi Polachek et al., 2014; Bener et al., 2012).

In den Studien von Giakoumaki et al. (2009) sowie Clout und Brown (2015) hingegen konnte keine signifikante Assoziation zwischen Bildungsgrad und dem Auftreten von allgemeinen postpartalen Angstsymptomen nachgewiesen werden. Bezüglich des Faktors Einkommen ergab sich ebenfalls kein Zusammenhang zu postpartaler Angst (Clout & Brown, 2015). Bei Britton (2008) zeigte sich hingegen eine inverse Korrelation zwischen Haushaltseinkommen und allgemeinen postpartalen Angstsymptomen.

1.7.3 Parität

Hinsichtlich des Faktors Parität beschreibt Field (2018) verschiedene Ergebnisse: Abhängig von der jeweiligen Studie gelten sowohl die Erstgeburt als auch eine Multiparität als Risikofaktor für das Auftreten einer postpartalen Angst.

In einer Studie aus dem Jahr 2008 wurde eine signifikante Korrelation zwischen Parität und der Diagnose einer postpartalen Angststörung, worunter Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie, generalisierte Angststörung und posttraumatische Belastungsstörung zusammengefasst wurden, nachgewiesen. Frauen mit mehr als einem Kind wird dabei eine erhöhte Gefährdung zugeschrieben (Grant et al., 2008). Grant et al. (2008) erklären dies mit einer möglichen größeren Belastung der Frau durch die Anforderung, mehrere Kinder gleichzeitig zu versorgen, und verweisen zugleich auf den Bedarf weiterer Untersuchungen, um potenzielle Hintergründe eines Zusammenhangs zwischen Parität und postpartaler Angst genauer zu beleuchten und zu belegen. Auch Bell et al. (2016) sahen eine signifikante Assoziation zwischen Multiparität und allgemeinen postpartalen Angstsymptomen.

In anderen Untersuchungen hingegen ging eine Primiparität mit einem erhöhten Auftreten von allgemeinen postpartalen Angstsymptomen einher (Giakoumaki et al., 2009; Paul et al., 2013).

Im Kontrast zu diesen Ergebnissen fanden Yelland et al. (2010) keinen Zusammenhang zwischen Parität und allgemeinen postpartalen Angstsymptomen. Multiparität konnte in der Untersuchung von Clout und Brown (2015) entgegen ihrer Eingangshypothese nicht als ein Risikofaktor bestätigt werden.

1.7.4 Geburtsmodus

Geteilte Meinungen gibt es auch zum Faktor Geburtsmodus: In einem Artikel aus dem Jahr 2016 wird diesem Faktor kein erhöhtes Risiko für allgemeine postpartale Angstsymptome zugeschrieben (Bell et al., 2016). In der Studie von Shlomi Polachek et al. (2014) konnte ebenfalls keine Assoziation zwischen Geburtsmodus und allgemeinen postpartalen Angstsymptomen nachgewiesen werden. Auch Giakoumaki et al. (2009) beschreiben keine signifikante Korrelation zwischen dem Auftreten von allgemeinen Angstsymptomen zwei bis drei Tage nach der Geburt und der Entbindung per Kaiserschnitt.

Andere Quellen hingegen berichten von einem erhöhten Risiko im Falle eines Kaiserschnitts (Bener et al., 2012; Paul et al., 2013; Field, 2018). Weisman et al. (2010) detektierten die höchste Zustandsangst nach einem Kaiserschnitt und die geringste nach stattgehabter vaginaler Geburt. Zudem wird in einer saudi-arabischen Studie eine signifikante Assoziation zwischen erfolgtem Kaiserschnitt und dem Auftreten postpartaler Angststörungen (generalisierte Angststörung, soziale Phobie, Agoraphobie, Panikstörung) beschrieben (Amr & Balaha, 2010). In einer Studie von Clout und Brown (2015), in der sich ebenfalls ein Zusammenhang zwischen einem Kaiserschnitt und allgemeinen postpartalen Angstsymptomen zeigte, stellte sich dieser jedoch nach Kontrolle der präpartalen psychischen Belastung als nicht signifikant dar.

1.7.5 Alter

Einen bekannten allgemeinen Risikofaktor für eine postpartale Angst beziehungsweise für allgemeine postpartale Angstsymptome stellt ein junges Alter bei Geburt dar (Field, 2018; Weisman et al., 2010). Martini et al. (2015) beschreiben bei einem Alter von unter 25 Jahren eine signifikante Assoziation mit dem Auftreten verschiedener postpartaler Angststörungen (generalisierte Angststörung, Panikstörungen und Phobien). In einer anderen Studie wurden allgemeine Angstsymptome in den Altersgruppen 16 - 24, 25 - 29, 30 - 34 und bei über 35-Jährigen betrachtet (Yelland et al., 2010). Dabei sank das prozentuale Auftreten von Angstsymptomen von 20 % bei der jüngsten Altersgruppe auf 10,9 % bei Müttern über 35 Jahren.

In einer Studie von Clout und Brown (2015) zeigte sich hingegen kein Zusammenhang zwischen allgemeinen postpartalen Angstsymptomen und dem Alter der Frau.

1.8 Zielsetzung

Aufgrund der noch weitgehend unklaren und unzureichenden Datenlage zum direkten Zusammenhang zwischen dem Prädiktor der erlebten Unterstützung und dem Outcome postpartale Angst (Wenzel et al., 2003; Matthey et al., 2003) soll diese Relation in der vorliegenden Arbeit genauer untersucht werden, auch im Hinblick darauf, dass allgemeinen Ängsten eine höhere Prävalenz zugeschrieben wird als beispielsweise der postpartalen Depression. Die in der Literatur beschriebene positive Bedeutung von wahrgenommener Unterstützung während der Geburt für das mütterliche postpartale Empfinden, insbesondere die postpartale Depression und das Auftreten posttraumatischer Stresssymptome, sowie die positiven Auswirkungen auf das Geburtserleben veranlasst neben der WHO (WHO, 2014) auch viele andere, zu einer guten Versorgung von Frauen während des Geburtsprozesses aufzurufen (Bell & Andersson, 2016; Nilvér et al., 2017; Tumblin & Simkin, 2001; Fenwick et al., 2015; Bohren et al., 2017; Ross-Davie et al., 2013; Michels et al., 2013).

Ziel der vorliegenden Analyse ist es deshalb zu untersuchen, inwieweit eine als positiv erlebte professionelle Unterstützung während der Geburt und das Auftreten postpartaler Angst zum

Zeitpunkt drei Wochen nach der Geburt in einem Sample von 119 Frauen zusammenhängen. Es wird erwartet, dass das Erleben einer positiven professionellen Unterstützung unter der Geburt mit niedrigeren Angstwerten postpartal assoziiert ist.

2. Material und Methoden

2.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Arbeit handelt sich um eine längsschnittliche Analyse von Daten aus der PAULINE-Studie. Die prospektive Längsschnittstudie PAULINE („Pränatale Angst und die emotionale frühkindliche Entwicklung“), welche am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) vom Zentrum für Psychosoziale Medizin unter der Leitung von Dr. Susanne Mudra in enger Kooperation mit der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin am UKE durchgeführt wird, untersucht das elterliche Befinden im Übergang zur Elternschaft und Einflussfaktoren auf die frühkindliche Entwicklung und die Eltern-Kind-Beziehung. Die Erhebungen reichen von der Schwangerschaft bis in das zweite Lebensjahr des Kindes. Für den Zweck der vorliegenden Arbeit wurden folgende Erhebungspunkte genutzt: Zum Zeitpunkt der 36. - 38. Schwangerschaftswoche sowie drei Wochen nach der Geburt wurden Fragebögen eingesetzt. In der 36. - 38. Schwangerschaftswoche wurden die Kontrollvariablen Parität, präpartale Angst und Bildungsstand abgefragt. Drei Wochen nach der Geburt wurde der Prädiktor erlebte professionelle Unterstützung während der Geburt retrospektiv sowie die das Outcome postpartale Angst zum aktuellen Zeitpunkt sowie die Kontrollvariable Geburtsmodus erhoben.

Insgesamt wurden in die Längsschnittstudie 119 Frauen eingeschlossen. Von den 119 Frauen füllten 99 Frauen den Fragebogen zur prä- und postpartalen Angst aus. Diese 99 Frauen wurden als finale Stichprobe herangezogen. Die Befragungen fanden zu zwei Zeitpunkten statt. Der erste Befragungszeitraum der teilnehmenden Frauen der Längsschnittstudie erstreckte sich von August 2015 bis Juni 2018 und der zweite von September 2015 bis August 2018 für den Fragebogen drei Wochen postpartal. Potenzielle Teilnehmerinnen wurden bei offiziellen Terminen zur Geburtsanmeldung auf die Studie aufmerksam gemacht und darüber aufgeklärt. Voraussetzungen für den Einschluss in die Datenauswertung waren eine unterschriebene Einverständniserklärung der teilnehmenden Frauen zur Studienteilnahme und das Ausfüllen der Fragebögen sowohl in der 36. - 38. Schwangerschaftswoche als auch in der dritten Woche nach der Geburt. Ausschlusskriterien waren unvollständig beantwortete Fragebögen bezüglich der Erhebung des Outcomes postpartale Angst sowie ein Alter unter 18 Jahren. Die PAULINE-Studie wird finanziell gefördert von der Georg & Jürgen Rickertsen Stiftung sowie der Jürgen Rickertsen Stiftung. Zu Beginn der PAULINE-Studie wurde ein positives Ethikvotum der Ärztekammer Hamburg eingeholt (PV 5574).

2.2 Variablen und Instrumentenbeschreibung

In der vorliegenden Studie wurden postpartale Angst als Outcome und die erlebte professionelle Unterstützung während der Geburt als Prädiktor untersucht.

Zudem wurden soziodemographische und geburtsbezogene Faktoren als Kontrollvariablen erfasst:

präpartale Angst, Bildungsstand, Parität sowie Geburtsmodus. Diese sowie weitere soziodemographische und geburtsbezogene Faktoren werden in den Abschnitten 2.2.3 und 2.2.4 genauer erläutert.

2.2.1 Erfassung prä- und postpartaler Angst

Um die Outcome-Variable der postpartalen Angst sowie die Kontrollvariable der präpartalen Angst zu erfassen, wurde der Fragebogen State-Trait-Angst-Inventar (STAI) eingesetzt. Der STAI ist ein sehr häufig eingesetzter, ursprünglich englischsprachiger Fragebogen zur Messung von Angstsymptomen (Spielberger et al., 1970; Meades & Ayers, 2011; Dennis, Falah-Hassani et al., 2017). Er findet sowohl in der Forschung als auch in der klinischen Praxis Anwendung und sein Einsatz hat sich insbesondere im postpartalen Zeitraum bewährt (Dennis et al., 2013; Giakoumaki et al., 2009). Auf Grundlage der amerikanischen Originalversion (Spielberger et al., 1970) wurde eine deutsche Version erstellt (Laux et al., 1981).

Der STAI unterscheidet zwischen einer State- und einer Trait-Angst, wozu jeweils ein Fragebogen aus 20 Items konzipiert wurde (Laux et al., 1981; Dennis, Brown et al., 2017; Giakoumaki et al., 2009; Dennis et al., 2013). Der Begriff der State-Angst fragt den aktuellen emotionalen Zustand ab. Die Items zur Trait-Angst beziehen sich auf eine Angst als situationsunabhängige überdauernde Eigenschaft (Grimm, 2009; Laux et al., 1981; Giakoumaki et al., 2009). In der vorliegenden Arbeit wurde die State-Angst-Skala in der deutschen Version benutzt.

State- und Trait-Angst werden anhand einer 4-stufigen Skala eingeschätzt (1 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr“). Dabei wurde die 4-stufige Skala kodiert und negative Items entsprechend rekodiert, sodass eine 1,0 immer die geringste Zustandsangst abbildet und eine 4,0 die entsprechend höchste. Zur Bewertung wird ein Summenscore gebildet, welcher von 20 bis 80 reichen kann – je höher der Summenwert, desto ausgeprägter die Angst. In einer Studie von Giakoumaki et al (2009) geht man bei einem postpartalen mütterlichen Wert von mindestens 40 von klinisch bedeutsamen Ängsten aus.

Der STAI gilt als verlässlicher und valider Test (Laux et al., 1981; Dennis et al., 2013; Weisman et al., 2010; Meades & Ayers, 2011). Die interne Konsistenz für beide Skalen für die deutsche Übersetzung wird mit Cronbach´s alpha = 0,90 angegeben (Laux et al., 1981). In einer Arbeit von Dennis et al. (2013) ergaben sich für den STAI-State Cronbach´s alpha Werte von $\alpha = 0,95$, $0,95$ und $0,94$ bei Anwendungen in der ersten, vierten und achten Woche postpartal.

2.2.2 Erfassung der erlebten professionellen Unterstützung während der Geburt

Um die Variable der erlebten professionellen Unterstützung während der Geburt zu erfassen, wurde der Fragebogen Support and Control in Birth (SCIB) eingesetzt. Er stellt einen etablierten Fragebogen zur Beurteilung des Grades an erlebter Unterstützung und Kontrolle von Frauen bei der

Geburt dar (Ford et al., 2009). Hansche et al. (2009) entwickelten eine deutsche Übersetzung des Fragebogens.

Mit insgesamt 33 Items werden Aspekte der drei Dimensionen interne Kontrolle (zehn Items), externe Kontrolle (elf Items) und Unterstützung (zwölf Items) abgefragt. Die Items der internen Kontrolle beziehen sich auf die Kontrolle über einen selbst, einschließlich körperlicher Symptome, eigener Emotionen und Verhaltensweisen. Externe Kontrolle umfasst die Kontrolle über Ereignisse und die Umgebung, einschließlich Behandlungsmethoden und Entscheidungen, sowie über den Zugriff auf Informationen. Die Skala der Unterstützung beinhaltet Fragen zur Unterstützung durch medizinisches Fachpersonal, einschließlich deren Haltung und Bereitstellung von Informationen sowie Faktoren wie Empathie, Ermutigung, Geduld, aktives Zuhören, Hilfestellung bei Schmerzen und der Situationsbewältigung (Ford et al., 2009; Ford & Ayers, 2011). Die vorliegende Studie fokussierte sich auf die Skala der externen Kontrolle und die der Unterstützung.

Viele Fragen zielen insgesamt darauf ab herauszufinden, ob Aspekte im Ablauf der Geburt und Umfeld als negativ empfunden wurden und somit Stressoren darstellen könnten. Hier zeigt der Fragebogen eine sehr gute Übereinstimmung mit der Theorie von Bohren et al. (2017) zum Zusammenhang zwischen professioneller Unterstützung und postpartalem Wohlbefinden (siehe Abschnitt 1.3).

Die Items werden anhand einer 5-stufigen Antwortskala (1 = „Ich stimme sehr zu.“ bis 5 = „Ich lehne sehr ab.“) bewertet (Ford et al., 2009; Ford & Ayers, 2011; Ross-Davie et al., 2013; Nilvér et al., 2017). Dabei wurde die 5-stufige Skala kodiert und negative Items entsprechend rekodiert, sodass eine 1,0 immer die größte erlebte interne/externe Kontrolle beziehungsweise erlebte Unterstützung abbildet und eine 5,0 die entsprechend geringste. Zur Auswertung des Fragebogens wird jeweils der Mittelwert gebildet (Ford et al., 2009).

Im Rahmen der Validierung der englischen Version des SCIB verifizierten Ford et al. (2009) eine hohe Reliabilität (Ford & Ayers, 2011; Nilvér et al., 2017). Die interne Konsistenz wurde mit Cronbach's alpha $\alpha = 0,95$ für die gesamte Skala sowie für die Unterskala interne Kontrolle mit $\alpha = 0,86$, für externe Kontrolle mit $\alpha = 0,93$ und für Unterstützung mit $\alpha = 0,93$ angegeben (Ford et al., 2009; Ford & Ayers, 2011). Eine Validierung der deutschen Übersetzung gibt es bisher nicht.

2.2.3 Erfassung soziodemographischer Faktoren

Das Alter der Frau zu Studienbeginn wurde mittels des vorhandenen Datensatzes inklusive Stammdaten der teilnehmenden Frauen berechnet.

Der Familienstand wurde in der 36. - 38. Schwangerschaftswoche mittels einer Frage nach einer festen Beziehung erfasst.

Der Bildungsstand wurde ebenfalls in der 36. - 38. Schwangerschaftswoche mithilfe einer Frage nach dem höchsten Bildungsgrad erhoben. Die Teilnehmerinnen konnten aus acht

Antwortmöglichkeiten wählen: Ohne Schulabschluss, In Berufs- oder Schulausbildung, Sonderschule, Volks- oder Hauptschule, Mittlere Reife, Fachabitur, Abitur, Hoch- oder Fachhochschulabschluss und anderer Abschluss (beispielsweise im Ausland). Zur weiteren Berechnung wurde der Faktor Bildungsstand in eine ordinale Variable kodiert und Antwortmöglichkeiten wurden anschließend gebündelt. Dafür wurde die Zuordnung 1 = niedrig bis inklusive Fachabitur, 2 = Abitur und 3 = Hoch-/Fachhochschulabschluss und anderer Abschluss festgelegt. Die Kategorie 3 wurde in der später durchgeführten linearen Regression als Referenzkategorie verwendet.

Zudem wurde das durchschnittliche monatliche Haushaltseinkommen in der 36. - 38. Schwangerschaftswoche erfragt. Dieser Begriff wurde erklärt als das Nettoeinkommen, das alle Haushaltsmitglieder zusammen nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben sowie einschließlich Erziehungsgeld und Kindergeld haben. In aufsteigender Reihenfolge wurde das durchschnittliche monatliche Haushaltseinkommen im Rahmen von zwölf Antwortmöglichkeiten im Fragebogen erfasst. Dabei lag das minimal auswählbare Einkommen unter 500 € und steigerte sich bis zur zwölften Antwortmöglichkeit auf 5000 € und mehr.

2.2.4 Erfassung geburtsbezogener Faktoren

Angaben zur Parität wurden mittels Frage nach vorherigen Schwangerschaften und Geburten in der 36. - 38. Schwangerschaftswoche erhoben. Zur weiteren Berechnung wurde Parität in eine Dummy-Variable kodiert und Antwortmöglichkeiten wurden anschließend zusammengefasst. Dafür wurde die Zuordnung 0 = erstgebärend und 1 = mehrgebärend festgelegt.

Das Gestationsalter wurde wie das Alter der Frau mittels des vorhandenen Datensatzes ermittelt. Drei Wochen nach der Geburt wurde der Geburtsmodus erfragt, wobei zwischen vaginaler Geburt, geplantem Kaiserschnitt, Notkaiserschnitt und anderen unterstützenden Geburtsmodi wie Zangengeburt oder Saugglocke unterschieden wurde. Zur weiteren Berechnung wurde eine Dummy-Variable erstellt und Antwortmöglichkeiten wurden anschließend gebündelt. Dafür wurde die Zuordnung 0 = vaginale Geburt und 1 = alle anderen Geburtsmodi festgelegt.

Das Geschlecht des Neugeborenen (0 = weiblich, 1 = männlich) wurde ebenfalls drei Wochen postpartal erfragt.

Inwiefern die Schwangerschaft geplant war, wurde in der 36. - 38. Schwangerschaftswoche erfragt. Hierbei erfolgte die Unterscheidung zwischen geplanter Schwangerschaft, eher überraschender Schwangerschaft oder Kinderwunschbehandlung (1 = eher überraschend, 2 = geplant, 3 = Kinderwunschbehandlung).

2.3 Auswertungsverfahren

Die statistische Analyse erfolgte mit dem Programm SPSS 23.0 für Windows. Im Rahmen der deskriptiven Statistik wurden Häufigkeitstabellen und Histogramme beziehungsweise Balkendiagramme von den Variablen erstellt sowie Mittelwert, Standardabweichung, Median,

Minimum und Maximum berechnet. Mithilfe der Ergebnisse der deskriptiven Statistik wurde die Stichprobe beschrieben.

Für die weitere Datenauswertung wurde eine Missinganalyse durchgeführt. Da der prozentuale Anteil der Missings bei allen relevanten Variablen unter 5 % lag, wurden die Missings der Prädiktoren- und Kontrollvariablen mit dem EM-Algorithmus ersetzt. Bei der Kontrollvariable Bildungsstand wurden die Werte gerundet, ab dem Wert 0,5 wurde aufgerundet.

Zwischen den Kontrollvariablen Parität, präpartale Angst, Bildungsstand und Geburtsmodus, den Prädiktoren externe Kontrolle und Unterstützung sowie dem Outcome postpartale Angst wurden jeweils bivariate Korrelationen berechnet. Für die ordinale Kontrollvariable Bildungsstand wurde die Korrelation nach Spearman ermittelt. Für die restlichen Variablen wurde aufgrund ihres metrischen Charakters beziehungsweise aufgrund einer Dummy-Kodierung die Pearson-Korrelation berechnet. So konnte ein erster Überblick über eventuelle Zusammenhänge geschaffen werden.

Zur Überprüfung der Eingangshypothese wurde der Zusammenhang des Outcomes postpartale Angst mit dem Prädiktor erlebte professionelle Unterstützung während der Geburt untersucht, unter Berücksichtigung der Kontrollvariablen Parität, präpartale Angst, Bildungsstand und Geburtsmodus. Hierfür wurde eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt und die Variable Bildungsstand einer Dummy-Kodierung unterzogen. Die lineare Regressionsanalyse wurde über ein allgemeines lineares Modell als multivariate Analyse berechnet, in der alle Kontrollvariablen eingeschlossen wurden. Alle vorgenommenen Tests wurden zweiseitig getestet. Die Irrtumswahrscheinlichkeit α wurde auf 5 %, das Signifikanzniveau auf $p < 0,05$ festgelegt.

3. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der soziodemographischen Auswertung, die Verteilung der Werte in den erhobenen Variablen sowie die Korrelationen und die Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse dargestellt.

3.1 Stichprobenbeschreibung anhand soziodemographischer und geburtsbezogener Daten

Die meisten Frauen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung im mittleren Alter. Der Durchschnitt lag bei ca. 33 Jahren ($SD = 3,77$). Die Teilnehmerinnen waren zu dem Zeitpunkt überwiegend in einer festen Partnerschaft, hatten einen mittleren bis hohen Bildungsgrad sowie ein mittleres bis hohes durchschnittliches monatliches Haushalteinkommen. Präpartale Angstsymptome waren in ihrer Ausprägung im unteren bis mittleren Bereich. Im Durchschnitt ergab sich ein Summenscore von 34,19 ($SD = 9,94$). Für knapp mehr als die Hälfte der Frauen war es die erste und überwiegend eine geplante Schwangerschaft. Die meisten Frauen gebären ein reifes Kind mit einem durchschnittlichen Gestationsalter von 39,8 Schwangerschaftswochen ($SD = 1,21$). Sie gebären überwiegend per vaginaler Geburt und insgesamt häufiger ein männliches Neugeborenes.

Einen Überblick über die deskriptive Statistik der Stichprobe verschafft *Tabelle 1*.

Tabelle 1: Charakteristika des Studienkollektivs (n = 99)

	Verteilung in %
Alter	
19 - 29 Jahre	12,1
30 - 39 Jahre	80,8
40 - 42 Jahre	5,1
keine Angabe	2,0
Familienstand	
in fester Beziehung	94,9
in keiner festen Beziehung	3,0
keine Angabe	2,0
Bildungsstand	
ohne Schulabschluss	3,0
in Berufs-/Schulbildung	1,0
Sonderschule	1,0
Volks-/Hauptschule	6,1
Mittlere Reife	4,0
Fachabitur	13,1
Abitur	66,7
Hoch-/Fachhochschulabschluss und anderer Abschluss	1,0
keine Angabe	4,0

Durchschnittliches monatl. Haushaltseinkommen	
unter 500 EUR	1,0
500 bis unter 750 EUR	1,0
750 bis unter 1.000 EUR	2,0
1.000 bis unter 1.250 EUR	1,0
1.250 bis unter 1.500 EUR	1,0
1.500 bis unter 1.750 EUR	1,0
1.750 bis unter 2.000 EUR	2,0
2.000 bis unter 2.250 EUR	2,0
2.250 bis unter 3.000 EUR	4,0
3.000 bis unter 4.000 EUR	15,2
4.000 bis unter 5.000 EUR	26,3
5.000 EUR und mehr	29,3
keine Angabe	14,1
Präpartale Angst (Summenscore)	
20 - 39	76,8
40 - 59	16,2
60 - 77	4,0
keine Angabe	3,0
Parität	
keine Kinder	53,5
ein oder mehr Kinder	44,4
keine Angabe	2,0
Planbarkeit der Schwangerschaft	
eher überraschend	17,2
geplant	66,7
Kinderwunschbehandlung	5,1
keine Angabe	11,1
Gestationsalter (Schwangerschaftswochen)	
< 37+0	2,0
37+0 - 40+0	46,5
> 40+0	45,5
keine Angabe	6,1
Geburtsmodus	
vaginale Geburt	76,8
geplanter Kaiserschnitt	4,0
Notkaiserschnitt	13,1
andere Methode (z. B. Saugglocken- oder Zangengeburt)	6,1
Geschlecht des Neugeborenen	
männlich	59,6
weiblich	38,4
keine Angabe	2,0

3.2 Verteilung der Werte in den erhobenen Variablen

Im Folgenden werden die Verteilungen der Prädiktoren und des Outcomes erläutert und dargestellt.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die deskriptive Statistik von Prädiktoren und Outcome.

Tabelle 2: Deskriptive Statistik der Prädiktoren und des Outcomes (n = 99)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Minimum	Maximum
erlebte Unterstützung	1,881	0,6258	1,0	4,3
erlebte externe Kontrolle	2,145	0,7247	1,0	4,2
postpartale Angst	34,710	9,0920	22,0	75,0

M, Mittelwert; *SD*, Standardabweichung.

Abbildung 1 zeigt die Verteilung des Prädiktors erlebte Unterstützung. Die kumulative Prozentzahl derer, bei denen sich ein Mittelwert von 1,0 - 2,3 ergeben hat, also der Anteil mit relativ hoher erlebter Unterstützung, lag bei 80,8 %. Ein Mittelwert von 5,0 wurde bei keiner Frau errechnet. Lediglich drei Frauen machten Angaben mit einem Mittelwert von über 3,0.

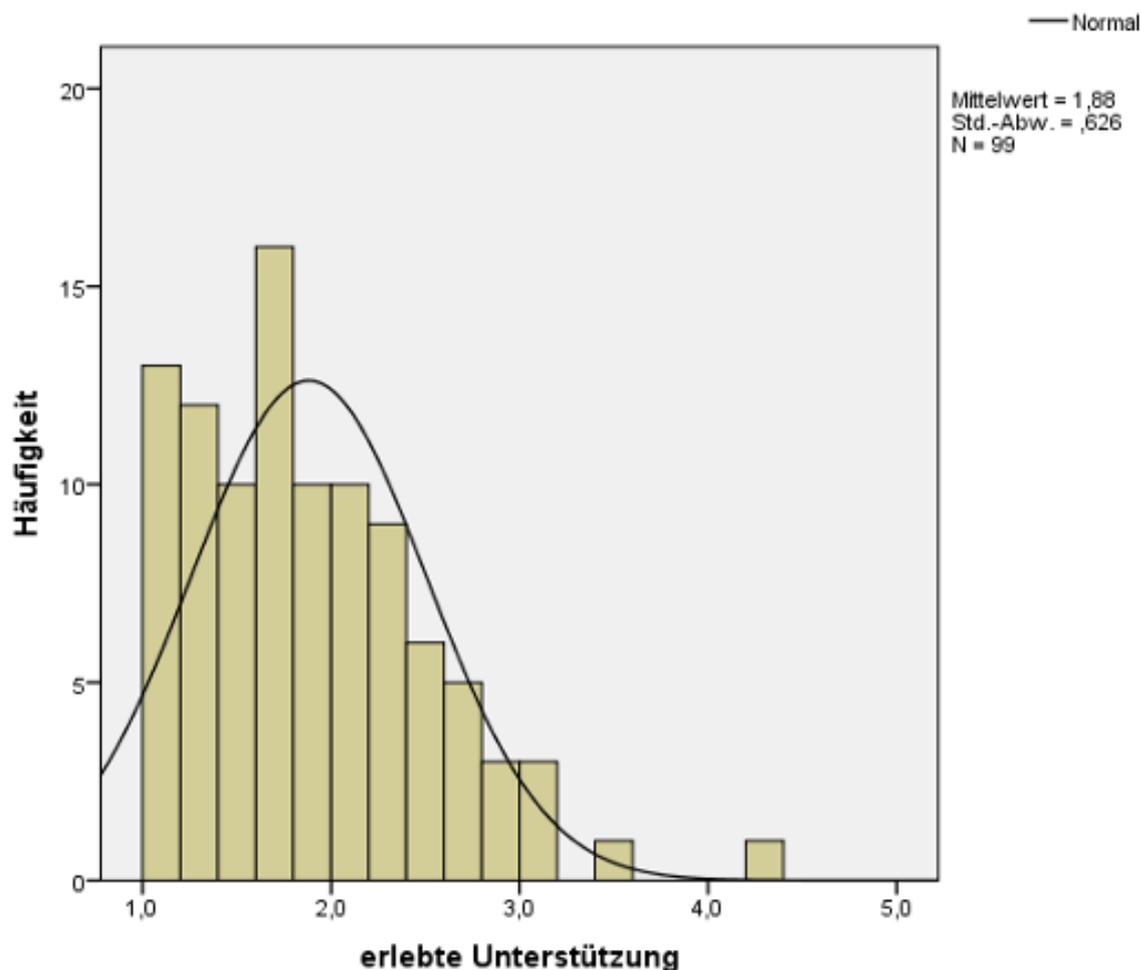


Abbildung 1: Verteilung des Prädiktors erlebte Unterstützung

Wie in *Abbildung 2* dargestellt, erlebten insgesamt mehr Frauen eine höhere externe Kontrolle im Vergleich zu einer niedrig ausgeprägten externen Kontrolle. Zehn Frauen machten Angaben mit einem Mittelwert von über 3,0. Im Vergleich zum Prädiktor erlebte Unterstützung zeigte sich der Prädiktor erlebte externe Kontrolle breiter gestreut.

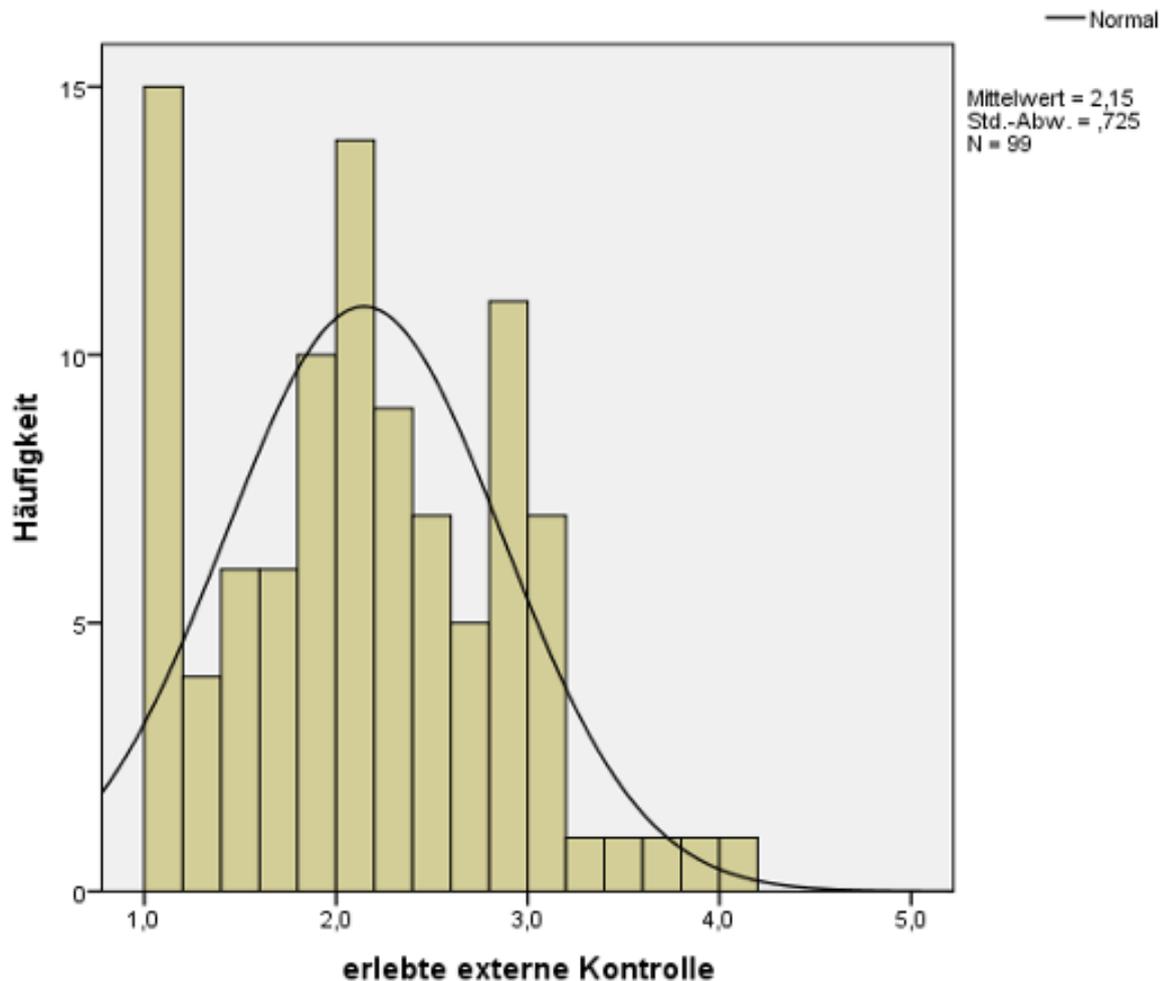


Abbildung 2: Verteilung des Prädiktors erlebte externe Kontrolle

Abbildung 3 zeigt die Verteilung des Outcomes postpartale Angst. Der Mittelwert beim Outcome postpartale Angst lag bei $M = 34,71\%$ ($SD = 9,092$). Insgesamt zeigten 79,8 % einen Wert von unter 40. Bei 20,2 % lag die mütterliche Angst demnach bei einem Wert größer oder gleich 40, ab welchem gemäß Giakoumaki et al. (2009) von manifesten Angstsymptomen gesprochen werden kann. Nur zwei Frauen hatten einen postpartalen mütterlichen Wert von über 60.

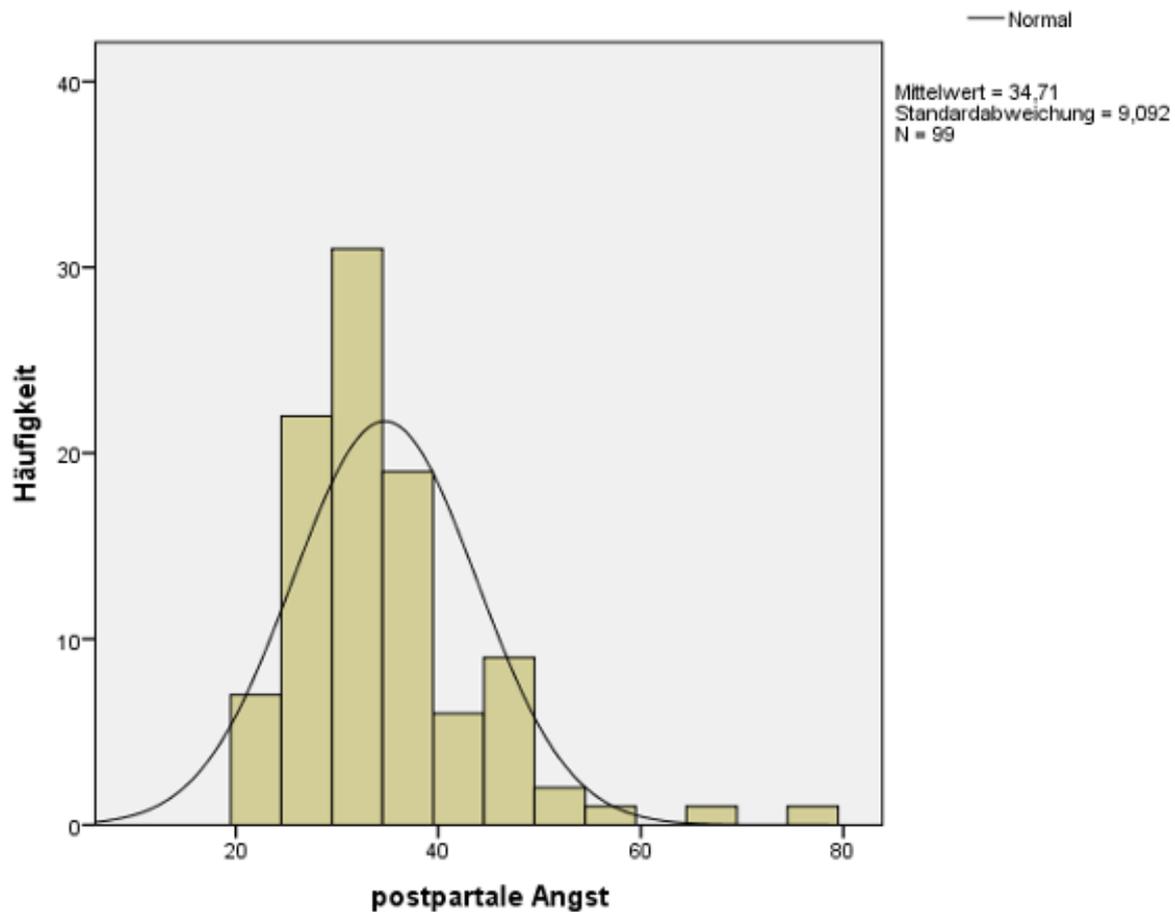


Abbildung 3: Verteilung des Outcomes postpartale Angst

3.3 Bivariate Zusammenhänge der Variablen

Die Korrelationen für die metrischen Variablen Outcome, Prädiktoren und präpartale Angst wurden ebenso nach Pearson berechnet wie die für die Dummy-Variablen Geburtsmodus und Parität. Es zeigte sich eine signifikant positive Korrelation ($p < 0,01$) sowohl zwischen präpartaler Angst und erlebter Unterstützung als auch zwischen präpartaler und postpartaler Angst. Der Geburtsmodus korrelierte ebenfalls signifikant positiv mit postpartaler Angst ($p < 0,05$) und zudem signifikant positiv mit erlebter Unterstützung sowie erlebter externer Kontrolle ($p < 0,01$). Parität zeigte eine signifikant negative Korrelation mit postpartaler Angst ($p < 0,05$) ebenso wie mit dem Geburtsmodus ($p < 0,01$). Weder erlebte externe Kontrolle noch erlebte Unterstützung während der Geburt wiesen eine signifikante Korrelation mit postpartaler Angst auf.

Die Korrelationen nach Spearman wurde für die nicht metrische Variable Bildungsstand berechnet. Hierbei ergaben sich keine signifikanten Korrelationen weder mit den Prädiktoren noch mit dem Outcome postpartale Angst.

Zur Veranschaulichung sind die Korrelationen in *Tabelle 3* dargestellt.

Tabelle 3: Bivariate Zusammenhänge der Variablen (n = 99)

	1	2	3	4	5	6	7
1 postpartale Angst	-	0,093	0,097	0,605**	0,200*	-0,216*	-0,089
2 erlebte Unterstützung		-	0,596**	0,300**	0,262**	-0,110	-0,043
3 erlebte externe Kontrolle			-	0,159	0,287**	-0,097	-0,162
4 präpartale Angst				-	0,074	0,084	-0,064
5 Geburtsmodus					-	-0,369**	0,150
6 Parität						-	-0,182
7 Bildungsstand							-

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, 2-seitig.

3.4 Lineare Regressionsanalyse

Für das vorliegende Modell wurden folgende Variablen aufgenommen: postpartale Angst, erlebte Unterstützung und erlebte externe Kontrolle, präpartale Angst, Geburtsmodus, Parität und Bildungsstand (aufgeteilt in „niedrig bis inklusive Fachabitur“ und „Abitur“ bei „Hoch-/Fachhochschulabschluss und anderer Abschluss“ als Referenzkategorie). Alle Variablen zeigten sich im vorliegenden Modell voneinander unabhängig mit *VIF*-Werten deutlich unter 10 (Chatterjee & Price, 1977).

Die lineare Regressionsanalyse ergab ein $R^2 = 0,487$. Das vorliegende Modell erklärt somit 48,7 % der Streuung im Outcome, also der postpartalen Angst, und stellt damit ein zufriedenstellendes stabiles Modell dar. Ca. 50 % der Streuung werden nicht durch das vorliegende Modell erklärt, was auf bisher unbekannt weitere Einflussvariablen hinweist. Der *F*-Wert lag bei 12,360, das Signifikanzniveau lag $p < .000$, wonach das vorliegende Modell Werte für das Outcome postpartale Angst signifikant vorhersagt.

Wie in *Tabelle 4* nachzuvollziehen, zeigte sich insgesamt bei zwei Aspekten ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,05$). Diese waren Parität und präpartale Angst.

Zum einen ergab sich zwischen Parität und postpartaler Angst eine signifikant negative Korrelation. Frauen, die bereits zuvor entbunden hatten, zeigten geringere Werte hinsichtlich postpartaler Angst. Zum anderen ergab sich zwischen präpartaler und postpartaler Angst eine signifikant positive Korrelation. Frauen mit ansteigender präpartaler Angst zeigten auch höhere Werte hinsichtlich postpartaler Angst.

Wohingegen sich zwischen präpartaler Angst und erlebter Unterstützung eine signifikant positive Korrelation ($p < 0,01$) nachweisen ließ, konnte zwischen postpartaler Angst und den Prädiktoren erlebte Unterstützung und erlebte externe Kontrolle in der vorliegenden Studie kein signifikanter Zusammenhang aufgezeigt werden.

Tabelle 4: Lineare Regressionsanalyse (n = 99)

Variable	B	SE B	β	p
Konstante	19,537	3,071		0,000
erlebte Unterstützung	-2,633	1,422	-0,181	0,067
erlebte externe Kontrolle	0,291	1,207	0,023	0,810
präpartale Angst	0,597	0,071	0,665	0,000
Geburtsmodus	1,950	1,849	0,091	0,294
Parität	-5,182	1,505	-0,286	0,001
niedrig bis inkl. Fachabitur	3,362	1,946	0,137	0,087
Abitur	2,707	2,035	0,104	0,187

B und SE B, nicht-standardisierter Koeffizient; β , standardisierter Koeffizient.

4. Diskussion

Inwiefern erlebte professionelle Unterstützung während der Geburt und das Auftreten postpartaler allgemeiner Angst zum Zeitpunkt drei Wochen nach der Geburt zusammenhängen, sollte in der vorliegenden Arbeit untersucht werden. Anhand der Regressionsanalyse ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Variablen.

4.1 Prävalenz postpartaler Angst

Im Vergleich zu Wenzel et al. (2003), wo das Vorkommen von Sorgen und generalisierten Angstsymptomen acht Wochen nach der Geburt bei über 30 % lag, fiel es in der hier untersuchten Stichprobe mit 20,2 % geringer aus (vgl. *Abbildung 3*). Dies könnte unter anderem an den unterschiedlichen Messzeitpunkten liegen. Gegebenenfalls steigt die Ausprägung an Angstsymptomen mit weiteren Wochen an und liegt nach acht Wochen insgesamt höher als nach drei Wochen. Zudem könnte die Diskrepanz auf Unterschiede in der Stichprobe zurückzuführen sein. Zum Beispiel zeigte sich ein Unterschied in der Altersverteilung: Bei Wenzel et al. (2003) lag das durchschnittliche Alter bei 28,7 Jahren, in der vorliegenden Studie bei 33,3 Jahren (vgl. Abschnitt 3.1). In einigen Quellen wird ein jüngeres Alter als Risikofaktor für postpartale Ängste gesehen (Field, 2018; Weisman et al., 2010) und könnte somit als Erklärung für das erhöhte Auftreten von Angstsymptomen in der Studie von Wenzel et al. (2003) herangezogen werden.

In anderer Quelle ergab sich für die generalisierte Angststörung sechs bis acht Wochen postpartal eine Prävalenz von 8,2 % (Wenzel et al., 2005; Ali, 2018), also ein niedrigerer Wert trotz späterem Erhebungszeitpunkt. In der vorliegenden Studie wurde jedoch nicht spezifisch nach diagnostizierten Angststörungen geschaut, sondern allgemeine Angstsymptome abgefragt, was den höheren Wert in dieser Studie und den niedrigeren Wert in der genannten Quelle erklären kann. Es ist zu erwarten, dass sich bei einer Abfrage von unspezifischen und allgemeiner formulierten Symptomen mehr Personen angesprochen fühlen und eingeschlossen werden können als bei enger gefassten Fragestellungen nach diagnostizierbaren Störungen, wobei bestimmte Kriterien erfüllt sein müssen, um als Störung gewertet werden zu können.

Ein annähernd ähnliches Ergebnis zu dem der vorliegenden Arbeit ergab sich mit einer Prävalenz von 12,6 % in der Studie von Dennis, Brown et al. (2017), welche ebenfalls den STAI-Fragebogen angewandt und unter anderem vier Wochen postpartal mögliche Angstsymptome erhoben hatten.

4.2 Eignung des SCIB-Fragebogens zur Erhebung einer erlebten professionellen Unterstützung

Laut der Theorie von Bohren et al. (2007) können mögliche Stressoren über ein vermindertes Selbstvertrauen und Kompetenzgefühl das postpartale Wohlbefinden der Frau verringern. Eine positiv erlebte professionelle Unterstützung kann sich hingegen positiv auf diesen Umstand

auswirken (Bohren et al., 2007). Dies spiegelt sich auch in dem in der vorliegenden Studie angewandten SCIB-Fragebogen zur Erfassung der erlebten professionellen Unterstützung wider. Zum Beispiel wurde die erlebte Kontrolle über die Durchführung von Untersuchungsmethoden und den Zeitpunkt der Durchführung abgefragt oder auch die Beziehung zum Personal durch verschiedene Fragen eruiert. Viele Fragen zielten darauf ab herauszufinden, ob Aspekte im Ablauf der Geburt und Umfeld als negativ empfunden wurden und somit Stressoren darstellen könnten. Auch eine potenziell mangelnde Privatsphäre wurde erfasst, zum Beispiel anhand einer Frage nach der Kontrolle über den Zugang zum eigenen Zimmer.

Ebenso wurde die ergänzende Theorie von Bohren et al. (2017), die auf den Geburtsprozess selbst abzielt beziehungsweise begünstigende Faktoren einer erlebten professionellen Unterstützung auf den Geburtsprozess und folgend auf die Geburtszufriedenheit sowie das Kontrollgefühl der Frau benennt, über den eingesetzten Fragebogen abgebildet. Beispielsweise wurde gezielt nach ermutigendem und motivierendem Personal gefragt oder nach Hilfestellungen des Personals, verschiedene Positionen während des Geburtsprozesses einzunehmen. Insgesamt zeigen sich viele Überschneidungen zwischen der These von Bohren et al. (2007) und dem angewandten Fragebogen.

Auch die vier Faktoren einer professionellen Unterstützung nach Hodnett und Osborn (1989), welche sich teilweise auch mit den Definitionen von Bohren et al. (2017) überschneiden, werden anhand des eingesetzten Fragebogens zur Erfassung der erlebten professionellen Unterstützung sehr gut repräsentiert. Im Bereich der emotionalen Komponente wurden die Teilnehmerinnen zu motivierenden, ermutigenden und fürsorglichen Eigenschaften des Personals befragt. Informative Faktoren wurden zum Beispiel über Fragen zur Möglichkeit der Frauen, eigene Fragen zu stellen, oder mittels Fragen nach erhaltenen Hilfestellungen während des Geburtsprozesses durch das Personal ermittelt. Physikalische Maßnahmen wie Massagen oder kühle Kompressen wurden nicht explizit abgefragt, jedoch wurde nach Unterstützung bezüglich verschiedener Positionen unter der Geburt gefragt, was der Kategorie der greifbaren Elemente von Hodnett und Osborn (1989) zugeordnet werden kann. Der letzte Faktor, der Faktor der Fürsprache, lässt sich wiederum klar im SCIB wiederfinden. Beispielsweise wurden die Teilnehmerinnen danach gefragt, inwieweit das Personal nach den eigenen beziehungsweise nach den Vorstellungen der Frauen agiert hatte, ob sich die Teilnehmerinnen vom Personal ernst genommen gefühlt hatten und das Personal die Bedürfnisse der Frau verstanden hatte.

Wie im Einleitungsteil beschrieben, hat das Gefühl der Kontrolle eine große Bedeutung bezüglich einer positiv erlebten professionellen Unterstützung. Auch im SCIB nimmt das Kontrollgefühl einen hohen Stellenwert ein. So beziehen sich rund die Hälfte aller Fragen auf das Kontrollgefühl der Frau.

Insgesamt lässt sich an dieser Stelle also zusammenfassen, dass sich der SCIB inhaltlich als sehr geeignet zur Abfrage der Prädiktoren einer erlebten professionellen Unterstützung herausstellt und mit der vorherrschenden Literatur diesbezüglich übereinstimmt. Somit stellt der Fragebogen eine gute Grundlage dar zur Erfassung einer möglichen Korrelation zwischen erlebter professioneller Unterstützung und postpartaler Angst. Vor diesem Hintergrund ist das Ergebnis keiner nachgewiesenen Korrelation zwischen beiden Variablen am ehesten auf andere Faktoren zurückzuführen, welche im Folgenden diskutiert werden sollen.

4.3 Zusammenhang zwischen erlebter professioneller Unterstützung und Geburtsmodus

Mittels der gewählten Methodik konnte eine positive signifikante Korrelation zwischen einer erlebten professionellen Unterstützung (Unterkategorien erlebte Unterstützung und erlebte externe Kontrolle) und Geburtsmodus nachgewiesen werden, insofern, dass eine höhere erlebte professionelle Unterstützung mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für eine operative Geburt einhergeht (vgl. *Tabelle 3*).

Somit bestätigt das Ergebnis die Theorie von Bohren et al. (2017), dass es einen Zusammenhang zwischen erlebter professioneller Unterstützung und der Wahrscheinlichkeit einer operativen Geburt gibt. Den von Green et al. (1990) genannten Zusammenhang zwischen geburtshilflichen Interventionen wie Episiotomie, Zangengeburt oder Kaiserschnitt und einem geringen Kontrollgefühl der Frau konnte ebenfalls bestätigt werden: So war ein größeres Kontrollgefühl mit weniger Kaiserschnitten oder vaginal operativen Geburtsmethoden assoziiert (vgl. *Tabelle 3*).

4.4 Erlebte professionelle Unterstützung bei der Geburt und das Erleben postpartaler mütterlicher Angst

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen einer erlebten professionellen Unterstützung bei der Geburt und dem Erleben postpartaler mütterlicher Angst gibt es verschiedene Studien in der Literatur, welche eine signifikante Korrelation nachgewiesen haben, die vom Ergebnis dieser Arbeit abweicht (vgl. *Tabelle 4*). Allerdings zeigen diese Studien sowohl untereinander als auch im Vergleich zur vorliegenden Studie deutliche Unterschiede hinsichtlich des Studiendesigns und der Definition des jeweiligen Outcomes, welche die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschweren.

Green et al. (1990) kamen zu dem Ergebnis, dass das Gefühl von Kontrolle sowie das Gefühl, ausreichend Informationen unter der Geburt zu bekommen, mit einem positiven psychischen Outcome der Frau assoziiert sind. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit konnte dies nicht bestätigt werden. Diese Diskrepanz könnte auf Unterschiede im jeweilig verwendeten Outcome zurückzuführen sein. So wurde bei Green et al. (1990) das Wohlbefinden abgefragt, welches ein allgemeineres und unspezifisches Kriterium darstellt im Vergleich zu postpartalen Angstsymptomen, welche in dieser Studie als Outcome herangezogen wurden. Bei einem unspezifischen Kriterium

zeigen sich unter Umständen eher signifikante Ergebnisse, da ein sehr allgemein gefasstes Kriterium gegebenenfalls mehr Teilnehmerinnen anspricht und durch den Faktor Unterstützung leichter zu beeinflussen sein könnte als ein spezifisches Symptom wie Angst. Zudem unterscheidet sich der Zeitpunkt der Messung um drei Wochen, was ein weiterer möglicher beeinflussender Faktor sein könnte.

Hinzu kommt, dass die zu der Zeit von Green et al. (1990) vorherrschenden Arbeitsbedingungen die Unterstützung der Frauen unter der Geburt und somit das Outcome insgesamt verbessert haben könnten. Mögliche Gründe wären zum Beispiel ein besserer Personalschlüssel und ein dadurch weniger gestresstes medizinisches Personal sowie eine kontinuierlichere Eins-zu-eins-Betreuung. Seit mehreren Jahren besteht ein deutlicher Hebammenmangel. Eine Hebamme betreut dadurch oft mehrere Frauen unter der Geburt gleichzeitig, was eine enorme Belastung darstellen kann und eine kontinuierliche Einzelbetreuung der Gebärenden stark einschränkt. Eine solche ist jedoch nach Weidner et al. (2012) oder Hauck et al. (2007) mit einem positiven Geburtserleben assoziiert und dieses wiederum mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit mütterlicher postpartaler Angst beziehungsweise mit einem besseren postpartalen Wohlbefinden (Bell et al., 2016). Grundsätzlich könnten bei der Studie aus England gesundheitssystemische oder gesundheitspolitische Unterschiede eine Rolle im Hinblick auf die Ergebnisdiskrepanz spielen.

Michels et al. (2013) konnten zeigen, dass Frauen, die sich während der Geburt sehr gut betreut gefühlt hatten, signifikant wahrscheinlicher eine hohe postpartale Funktionsfähigkeit aufwiesen. Dies konnte in der vorliegenden Studie nicht nachgewiesen werden, was auf unterschiedliche Definitionen des Outcomes zurückgeführt werden könnte. Michels et al. (2013) legten einen Fokus auf posttraumatische Stresssymptome und depressive Verstimmungen, worunter auch der sogenannte „Baby Blues“ fällt, welcher mit 25 - 50 % (Sonnenmoser, 2007), in anderen Quellen sogar mit 50 - 70 % (Dorsch & Rohde, 2016; Kühner, 2016), eine insgesamt höhere Prävalenz aufweist als postpartale Angst, die in der vorliegenden Arbeit als Outcome herangezogen wurde. Zudem gab es in der Studie von Michels et al. (2013) mit 664 Studienteilnehmerinnen ein deutlich größeres Studienkollektiv. Die genannten Punkte könnten in der Gesamtheit das Erreichen der Signifikanz bei Michels et al. (2013) bedingen. Bei Michels et al. (2013) handelt es sich darüber hinaus um eine australische Studie. Auch an dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass Unterschiede in gesundheitssystemischen und gesundheitspolitischen Bereichen zu Diskrepanzen in den Ergebnissen geführt haben könnten.

Die von Sauls (2002) aufgeführten Studienergebnisse konnten ebenfalls nicht bestätigt werden. Jedoch lassen sich auch hier relevante Unterschiede im Studienaufbau erkennen, die mögliche Erklärungen für die Diskrepanz bieten könnten.

So wurden für die Studie von Hofmeyr et al. (1991), welche eine Assoziation zwischen kontinuierlicher Unterstützung unter der Geburt und geringerer postpartaler Angst nachweisen

konnten, freiwillige zusätzliche Personen vor Ort im Kreißsaal eingesetzt, die die Frauen während der Geburt mit Zuspruch, Beruhigung und einer anerkennenden und lobenden Haltung unterstützen sollten. Für den Faktor Unterstützung wurde in der vorliegenden Studie das im Krankenhaus regulär arbeitende medizinische Personal herangezogen, welches im Rahmen seiner alltäglichen Arbeit im Krankenhaus natürlich weit mehr Aufgaben nachgeht als der alleinigen persönlichen Unterstützung der Frauen und zusätzlich auf mögliche Notfallsituationen eingehen muss. Zudem kann auch hier auf den aktuellen Personalmangel hingewiesen werden, der eine kontinuierliche Einzelbetreuung der Frauen erschwert. Durch die freiwilligen zusätzlichen Personen bei Hofmeyr et al. (1991) und den damit verbundenen Fokus auf die persönliche Unterstützung der Frauen sowie eine engere, ggf. Eins-zu-eins-Betreuung, könnte eine erhebliche Verbesserung der von den Frauen empfundenen Unterstützung erreicht worden sein, welche nötig sein könnte, um eine entsprechende Korrelation überhaupt zu zeigen. Hier lässt sich wieder auf die bereits in Abschnitt 1.6 genannten Ergebnisse von Weidner et al. (2012) oder Hauck et al. (2007) verweisen, wonach eine Kontinuität der Betreuung mit einem positiven Geburtserleben assoziiert ist und jenes wiederum mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit mütterlicher postpartaler Angst (Bell et al., 2016).

Darüber hinaus gab es in der Studie von Hofmeyr et al. (1991) mit einer Kontroll- und einer Supportgruppe einen anderen Studienaufbau. Zudem bestand das Studienkollektiv von Hofmeyr et al. (1991) aus Erstgebärenden mit unkomplizierten Geburten. In der vorliegenden Studie gab es einen Anteil von 44,4 % an Mehrgebärenden und somit einen deutlichen Unterschied im Studienkollektiv. Möglicherweise ist der Effekt einer als positiv erlebten Unterstützung bei Erstgebärenden insgesamt stärker, in der Annahme, dass sie im Vergleich zu Mehrgebärenden ängstlicher in die Schwangerschaft und Geburt starten aufgrund einer komplett neuen und ungewissen Situation ohne Vorerfahrungen. Unter Umständen hat sich der Effekt in der untersuchten Stichprobe mit vielen Mehrgebärenden, die meist eher wissen, was auf sie zukommt, mit vorwiegend unkomplizierten Vorgeburten im Studienkollektiv daher nicht gezeigt. Die Hypothese, dass Mehrgebärende möglicherweise von vornherein mit weniger Angst in die Geburt gestartet waren und der Effekt einer erlebten professionellen Unterstützung somit gegebenenfalls weniger zum Tragen kam, könnte auch durch die gezeigte signifikant negative Korrelation zwischen Parität und Geburtsmodus untermauert werden. Multiparität geht demnach mit einer höheren Rate an vaginalen Geburten einher. Die dafür verantwortlichen Mechanismen könnten geringere Angstsymptome während der Geburt und somit eine verminderte Stressreaktion sein. Laut der Studie von Lederman et al. (1981) wirken sich Stresshormone unter der Geburt negativ auf Fötus und Mutter aus. Eine geringere Konzentration an Stresshormonen könnte somit als Erklärung für ein höheres Auftreten von vaginalen Geburten bei Mehrgebärenden herangezogen werden, beispielsweise aufgrund einer geringeren Rate an sekundären Wehenschwächen oder vorzeitigen Entbindungen infolge abnormer fetaler Herzfrequenzen.

Bei einer weiteren Studie, die von Sauls (2002) genannt wurde, in der sich bei Frauen mit kontinuierlicher Unterstützung unter der Geburt unter anderem eine verminderte Ausprägung

mütterlicher Angst und Depression zeigte (Klaus et al., 1992), handelte es sich in der Studienpopulation ebenfalls ausschließlich um Erstgebärende. Bei Klaus et al. (1992) gab es mit 1252 Frauen zudem eine deutlich größere Stichprobe, was das Erreichen einer Signifikanz erklären könnte, da Signifikanzen insbesondere bei kleineren Effekten in größeren Studienpopulationen eher nachzuweisen sind.

Auch in der Studie von Wolman et al. (1993), in der eine geringere Ausprägung von Angst und Depression zum Zeitpunkt sechs Wochen nach der Geburt bei Frauen mit Unterstützung erfasst wurde, wurden ausschließlich Erstgebärende untersucht.

Die Ergebnisse von Shlomi Polachek et al. (2014) zum Zusammenhang zwischen mangelnder erlebter Kontrolle sowie mangelndem Vertrauen ins medizinische Personal und postpartaler Angst konnten ebenfalls nicht bestätigt werden. Der Erhebungszeitraum der israelischen Studie war mit vier Wochen postpartal recht ähnlich, jedoch kann die Diskrepanz in den Ergebnissen an der komplett anderen Studienpopulation, an kulturellen wie auch gesundheitssystemischen oder gesundheitspolitischen Unterschieden liegen.

4.5 Risikofaktoren für das Auftreten postpartaler Angst

In der vorliegenden Studie konnte kein Zusammenhang zwischen Bildungsstand und postpartaler Angst nachgewiesen werden. Somit kann die uneindeutige Studienlage in keine Richtung klar veri- oder falsifiziert werden. Hier wird es zukünftig noch mehr Untersuchungen geben müssen.

Hinsichtlich des Faktors Parität hingegen konnten die Ergebnisse von Giakoumaki et al. (2009) bestätigt werden. Eine Primiparität war mit einer erhöhten postpartalen Angst assoziiert (vgl. *Tabelle 4*). Bei Giakoumaki et al. (2009) wurde äquivalent zur vorliegenden Arbeit der STAI-Fragebogen zur Erhebung postpartaler Angst verwendet. Wie bereits in Abschnitt 1.7.3 beschrieben, gibt es zwei Studien, welche hingegen eine Korrelation zwischen Multiparität und postpartalen Angstsymptomen zeigten (Grant et al., 2008; Bell et al., 2016). Diese Studien weisen teilweise Unterschiede in Studiendesign und Studienpopulation auf. Bei Grant et al. (2016) waren beispielsweise Frauen mit einem hohen Risiko für postpartale Angst überrepräsentiert. Allerdings ist aktuell noch unklar, inwiefern dies die gegensätzlichen Ergebnisse erklären könnte. Hier könnten weitere Studien neue Erkenntnisse liefern.

In der vorliegenden Studie zeigte sich die vaginale Geburt mit einer geringeren Ausprägung beziehungsweise die Entbindung per Kaiserschnitt mit einer höheren Ausprägung von postpartaler Angst assoziiert (vgl. *Tabelle 3*). Damit konnten die Ergebnisse von Bener et al. (2012), Weisman et al. (2010), Paul et al. (2013) und Field (2018) bestätigt werden. Da, wie bereits in Abschnitt 4.3. beschrieben, ein Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus Entbindung per vaginaler Geburt und einer erlebten professionellen Unterstützung nachgewiesen werden konnte (sowohl hinsichtlich

des Prädiktors erlebte Unterstützung als auch hinsichtlich des Prädiktors erlebte externe Kontrolle), könnte dies wiederum zu weniger postpartaler Angst führen (vgl. *Tabelle 3*). Die erlebte professionelle Unterstützung und das Kontrollerleben könnten wichtige Faktoren für den Geburtsmodus sein und somit auch ein wichtiger Faktor, um postpartale Ängste zu reduzieren.

Bezüglich des Faktors präpartale Angst unterstützen die Ergebnisse die Studienlage, dass eine psychische Vorerkrankung beziehungsweise Vorbelastung positiv mit postpartaler Angst korreliert (vgl. *Tabelle 3 und 4*). Möglicherweise ist diese Korrelation auch so stark, dass sie einen Zusammenhang zwischen einer erlebten professionellen Unterstützung und postpartaler Angst mindert und deshalb kein Zusammenhang aufgezeigt werden konnte. Hierbei ist ergänzend zu erwähnen, dass sich eine signifikante Korrelation auch zwischen präpartaler Angst und der Unterkategorie erlebte Unterstützung zeigte in dem Sinne, dass eine erhöhte präpartale Angst mit einer geringen erlebten Unterstützung assoziiert ist (vgl. *Tabelle 3*). Möglicherweise verhindert eine präpartale Angst ein positives Erleben der Frauen von Unterstützung. Gegebenenfalls kann eine noch so gute professionelle Unterstützung eine präpartale psychische Belastung nicht überwinden und das Auftreten einer postpartalen Angst nicht verhindern beziehungsweise ausreichend mindern.

4.6. Limitationen der Studie

Selektionseffekte sind in der vorliegenden Studie nicht auszuschließen. Innerhalb der Studienpopulation kann es zu einer Selektion von eher motivierten und belastbaren Frauen gekommen sein, die den Mehraufwand durch zum Beispiel das Ausfüllen der Fragebögen und Wahrnehmen persönlicher Termine oder Telefonate in Kauf genommen und in ihren Alltag eingebaut haben. Denkbar wäre, dass eine Studienpopulation aus eher motivierten, psychisch stabilen Frauen, die der Befragung insgesamt positiv gegenüberstehen und grundsätzlich in guter psychischer Verfassung die Geburt und die postpartale Phase durchlebt haben, auch weniger anfällig für psychische Belastungen und Symptome sind im Vergleich zu Frauen, die die Studienteilnahme abgelehnt haben.

Die Stichprobenanalyse zeigte, dass die Teilnehmerinnen insgesamt eine eher niedrige präpartale psychische Belastung und ein eher hohes Bildungsniveau aufwiesen. Zudem waren fast alle teilnehmenden Frauen in einer festen Beziehung und die meisten Schwangerschaften geplant. Es gab überwiegend vaginale Geburten in der Stichprobe und nur zwei Frühgeburten. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die Studienpopulation insgesamt eher wenige Risikofaktoren für das Auftreten einer postpartalen Angst vorwies und das Ergebnis nicht unbedingt auf die Gesamtpopulation übertragen werden kann.

Die eher kleine Stichprobe von 99 Frauen könnte die allgemeine Repräsentativität der Studie einschränken. Darüber hinaus sollte erwähnt werden, dass die erlebte professionelle Unterstützung

retrospektiv und mittels Fragebögen, also einer subjektiven Darstellung, erfasst wurde, sich Erinnerungen und Emotionen in der Retrospektive verändert haben könnten und gegebenenfalls nicht jede Frage mit voller Konzentration und Geduld beantwortet wurde.

4.7 Stärken der Studie

Die vorliegende Studie zeichnet sich zum einen durch die gesellschaftliche und klinische Relevanz der Thematik aus. Ganz aktuell hat die Covid-19-Pandemie einmal mehr gezeigt, wie wichtig die peripartale Betreuung ist. In Zeiten von Restriktionen, Personalmangel und sich oft ändernden Bedingungen im Kreißsaal aufgrund von Covid-19 wurde die peripartale Betreuung oftmals als negativ von den Frauen empfunden. Es wurden vermehrt eingeschränkte Entscheidungsmöglichkeiten sowie Gefühle von Unsicherheit, Angst und fehlender Kontrolle beschrieben (Flaherty et al., 2022; Molgora & Accordini, 2020; Aydin et al., 2022). Die vorliegende Studie stellt hier einen wichtigen Beitrag dar, um in dem bisher noch wenig untersuchten Feld der professionellen erlebten Unterstützung und postpartalen Angst vertiefte Erkenntnisse zu erhalten und Ableitungen für den klinischen Alltag zu treffen.

Die Studienpopulation ist hinsichtlich geburtsbezogener Daten und Altersstruktur vergleichbar mit der Allgemeinpopulation und liefert durch ein prospektives Design sowie valide Instrumente reliable Daten für Folgeuntersuchungen. Darüber hinaus hebt sich die Untersuchung durch Unterschiede in der Stichprobe im Vergleich zu vorhandenen Studien zu postpartaler Angst und erlebter Unterstützung hervor. So bestanden die meisten Studienkollektive bisher beispielsweise nur aus Erstgebärenden. Im vorliegenden Fall ergab sich hingegen ein heterogenes Bild der Parität. Dieser Umstand kann neue wertvolle Erkenntnisse liefern im Vergleich zu anderen Studien.

Die Erhebung erfolgte mit drei Wochen postpartal zu einem relativ frühen Zeitpunkt der Elternschaft. Es ging daher nicht vorwiegend um die Erfassung einer pathologischen Angststörung, da diese in der Regel ein längeres Andauern der Symptome voraussetzt als drei Wochen. Vielmehr ging es um eine Erhebung des Befindens und von Auffälligkeiten, welche jedoch zu einer erheblichen Belastung der Betroffenen führen können. Das Wochenbett stellt eine Zeit der emotionalen Instabilität und des Einfindens in eine neue Lebensphase dar. Primäres Ziel ist es nicht zu pathologisieren, sondern frühzeitige Belastungen wie zum Beispiel auch den „Baby Blues“ im Sinne der Prävention zu erkennen und dafür zu sensibilisieren. Dies aufzudecken, bevor eine ausgeprägte Pathologie entsteht, kann einen hohen präventiven Wert haben und weitere negative Folgen für Mutter und Kind vermeiden. Da es insgesamt wenige Studien gibt, die sich auf eine solche Erhebung zu einem derart frühen Zeitpunkt fokussieren, stellt die vorliegende Studie einen umso wichtigeren Beitrag dar, um weitere klinisch relevante Erkenntnisse zu gewinnen.

Zudem zeichnet sich die Studie durch das praxisnahe und realitätsgetreue Setting im Krankenhaus aus, wo der Faktor Unterstützung vom medizinischen Personal ausgeht und nicht von externen

lediglich für die Studie akquirierten Menschen.

4.8 Ausblick

Diese Studie konnte zeigen, dass es weiterhin Bedarf an Erforschung von Einflussfaktoren für die Prävalenz von postpartaler Angst gibt. Die Untersuchung kann als gute Orientierung dienen, zukünftige Studien in diesem Bereich zu konzipieren. Dabei wären größere und heterogene Stichproben erstrebenswert. Das in dieser Arbeit herausgearbeitete Wissen über bekannte Risikofaktoren postpartaler Angstsymptome sollte in zukünftigen Studien beim Aufbau des Studienkollektivs genutzt werden. Eine heterogene Stichprobe, die zum Beispiel auch alleinstehende Frauen, Teilnehmende aus eher sozial schwächeren Verhältnissen und mehr Entbindungen per Kaiserschnitt beinhaltet, wäre sinnvoll für ein zukünftiges Studiendesign. Darüber hinaus sind weitere Erhebungspunkte denkbar.

Wünschenswert wäre, dass die Schlussfolgerungen dieser und auch zukünftiger Studien im Gesundheitssystem Anklang finden, um die Betreuung Gebärender und deren postpartales Befinden zu verbessern.

5. Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es zu untersuchen, inwieweit eine als positiv erlebte professionelle Unterstützung während der Geburt mit postpartalen Ängsten zum Zeitpunkt drei Wochen nach der Geburt zusammenhängt. Es handelte sich um eine längsschnittliche Analyse von Daten aus der PAULINE-Studie. Die für diese Arbeit genutzten Daten wurden anhand von Fragebögen erfasst.

Anhand der Ergebnisse ließ sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen einer erlebten professionellen Unterstützung während der Geburt und postpartaler Angst nachweisen. Allerdings konnten signifikante Korrelationen zwischen dem Risikofaktor präpartale Angst und postpartaler Angst, zwischen dem Geburtsmodus und postpartaler Angst sowie zwischen dem Geburtsmodus und erlebter professioneller Unterstützung aufgezeigt werden.

Bislang gibt es sowohl international als auch in Deutschland nur wenige Studien, die den Zusammenhang zwischen der erlebten professionellen Unterstützung während der Geburt und postpartalen Ängsten untersucht haben. Die vorliegenden Erkenntnisse können eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung partizipativer klinischer Ansätze in der Patient:innenversorgung sowie für weiterführende wissenschaftliche Studien darstellen.

6. Summary

The aim of this study was to investigate whether a positive experienced professional support during birth is related to postpartum anxiety three weeks after birth. This was a longitudinal analysis of data from the PAULINE study. The data used for this work was collected using questionnaires.

In our study, no statistically significant association was found between experienced professional support during childbirth and postpartum anxiety. However, our data showed significant correlations between the risk factor prenatal anxiety and postpartum anxiety, modus of birth and postpartum anxiety as well as modus of birth and experienced professional support.

There have only been a few studies, both internationally and in Germany, that have investigated the relation between the experienced professional support during birth and postpartum anxiety. The present findings can represent an important basis for the further development of participatory clinical approaches in patient care and for further scientific studies.

7. Literaturverzeichnis

- Ali, E. (2018). Women's experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review. *International Journal of Women's Health*, 10, 237-249. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s158621>
- Amr, M. & Balaha, M. (2010). Minor Psychiatric Morbidity in Young Saudi Mothers Using Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan: JCPSP*, 20(10), 680-684. <https://doi.org/10.2010/jcpsp.680684>
- Aris-Meijer, J., Bockting, C., Stolk, R., Verbeek, T., Beijers, C., van Pampus, M. & Burger, H. (2019). What If Pregnancy Is Not Seventh Heaven? The Influence of Specific Life Events during Pregnancy and Delivery on the Transition of Antenatal into Postpartum Anxiety and Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2851. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162851>
- Arthuis, C., LeGoff, J., Olivier, M., Coutin, A. S., Banaskiewicz, N., Gillard, P., Legendre, G. & Winer, N. (2022). The experience of giving birth: a prospective cohort in a French perinatal network. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04727-7>
- Aydin, E., Glasgow, K., Weiss, S. M., Khan, Z. F., Austin, T., Johnson, M. H., Barlow, J. & Lloyd-Fox, S. (2022). Giving birth in a pandemic: women's birth experiences in England during COVID-19. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(304). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04637-8>
- Barker, E. D., Jaffee, S. R., Uher, R. & Maughan, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and Anxiety*, 28(8), 696-702. <https://doi.org/10.1002/da.20856>
- Batram-Zantvoort, S., Alaze, A., Lazzarini, M., Valente, E. P., Mariani, I., Covi, B. & Miani, C. (2023). Verletzte Geburtsintegrität während der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Erfahrungen von Gebärenden mit der geburtshilflichen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt-gesundheitsforschung-gesundheitsschutz*, 66(3), 302-311. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03667-7>
- Beck C. T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nursing research*, 53(4), 216-224. <https://doi.org/10.1097/00006199-200407000-00004>
- Beck, C. T. & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nursing research*, 57(4), 228-236. <https://doi.org/10.1097/01.nnr.0000313494.87282.90>
- Bell, A. F. & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112-123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>
- Bell, A. F., Carter, C. S., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O., Pyra, M., Connelly, J. N. & Rubin, L. H. (2016). Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Arch Womens Ment Health*, 19(2), 219-227. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0555-7>
- Bener, A., Gerber, L. M. & Sheikh, J. (2012). Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *International Journal of Women's Health*, 4, 191-200. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s29380>
- Blackmore, E. R., Gustafsson, H., Gilchrist, M., Wyman, C. & O'Connor, T. (2016). Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 197, 251-258. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.008>
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H. M. & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *The Cochrane library*, 2019(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012449.pub2>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane library*, 2017(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003766.pub6>
- Britton, J. R. (2008). Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and Anxiety*, 25(9), 793-800. <https://doi.org/10.1002/da.20325>
- Chatterjee, S. & Price, B. (1977). Regression analysis by example. New York: John Wiley & Sons.

- Cigoli, V., Gilli, G. & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(2), 91-97. <https://doi.org/10.1080/01674820600714566>
- Clifford, T. J., Campbell, M. K., Speechley, K. N. & Gorodzinsky, F. (2006). Factors Influencing Full Breastfeeding in a Southwestern Ontario Community: Assessments at 1 Week and at 6 Months Postpartum. *Journal of Human Lactation*, 22(3), 292-304. <https://doi.org/10.1177/0890334406290043>
- Clout, D. & Brown, R. (2015). Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders* 188, 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.054>
- Cohen, M., Ansara, D., Schei, B., Stuckless, N. & Stewart, D. (2004). Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor and delivery. *Journal of Women's Health*, 13(3), 315-324. <https://doi.org/10.1089/154099904323016473>
- Creedy, D., Shochet, I. & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms. *Birth*, 27(2), 104-111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>
- Czarnocka, J. & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35-51. <https://doi.org/10.1348/014466500163095>
- Dennis, C. L., Brown, H. K., Falah-Hassani, K., Marini, F. C. & Vigod, S. N. (2017). Identifying women at risk for sustained postpartum anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 213, 131-137. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.013>
- Dennis, C. L., Coghlan, M. & Vigod, S. (2013). Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the State-Trait Anxiety Inventory? *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 1217-1220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.049>
- Dennis, C. L., Falah-Hassani, K. & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315-323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>
- Dorsch, V. M. & Rohde, A. (2016). Postpartale psychische Störungen – Update 2016. *Frauenheilkunde Update*, 10(04), 355-374. <https://doi.org/10.1055/s-0042-112631>
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142-2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Elvander, C., Cnattingius, S. & Kjerulff, K. H. (2013). Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear. Findings from the First Baby Study. *Birth*, 40(4), 289-296. <https://doi.org/10.1111/birt.12065>
- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J. & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239-246. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003>
- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior & Development*, 51, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.005>
- Flaherty, S. K., Delaney, H., Matvienko-Sikar, K. & Smith, V. (2022). Maternity care during COVID-19: a qualitative evidence synthesis of women's and maternity care providers' views and experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(438). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04724-w>
- Ford, E. & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, 26(12), 1553-1570. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770>
- Ford, E., Ayers, S. & Wright, D. B. (2009). Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *Journal of Women's Health*, 18(2), 245-252. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0882>
- Forster, D. A., McLachlan, H. L. & Lumley, J. (2006). Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *International Breastfeeding Journal*, 1(18). <https://doi.org/10.1186/1746-4358-1-18>
- Giakoumaki, O., Vasilaki, K., Lili, L., Skouroliakou, M. & Liosis, G. (2009). The role of maternal anxiety in the early postpartum period: Screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 21-

28. <https://doi.org/10.1080/01674820802604839>
- Gibbins, J. & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0263>
- Glasheen, C., Richardson, G. A. & Fabio, A. (2010). A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Arch Womens Ment Health*, 13(1), 61-74. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0109-y>
- Goodman, P., Mackay, M. & Tavakoli, A. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>
- Goodman, J. H., Watson, G. R. & Stubbs, B. (2016). Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 203, 292-331. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.033>
- Grant, K. A., McMahon, C. & Austin, M. P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 101-111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.002>
- Green, J. M. & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: Concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30(4), 235-247. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00253.x>
- Green, J. M., Coupland, V. A. & Kitzinger, J. (1990). Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women. *Birth*, 17(1), 15-24. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1990.tb00004.x>
- Grimm, Jürgen (Hg.) (2009): *State-Trait-Anxiety Inventory nach Spielberger. Deutsche Lang- und Kurzversion*. MF-Working Paper 2009/02. Abgerufen am 28. September 2020, von https://empcom.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/p_empcom/Grimm2009_StateTraitAngst_MFWorkPaper2009-02.pdf
- Hansch, Y., Fischer, J. & Martini, J. (2009). *Fragebogen zur erlebten Unterstützung und Kontrolle während der Geburt*. Technische Universität Dresden: Dresden
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J. & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, 23(3), 235-247. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.02.002>
- Hicks, C., Spurgeon, P. & Barwell, F. (2003). Changing childbirth: a pilot project. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 617-628. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02665.x>
- Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A. & Haines, H. (2017). Exploring the Fear of Birth Scale in a mixed population of women of childbearing age - A Swedish pilot study. *Women and Birth*, 31(5), 407-413. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.005>
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 160-172. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(02\)70189-0](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(02)70189-0)
- Hofmeyr, G. J., Nikodem, V. C., Wolman, W. L., Chalmers, B. E. & Kramer, T. (1991). Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98(8), 756-764. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1991.tb13479.x>
- Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E. & Stramrood, C. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515-523. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>
- Homer, C. S., Davis, G. K., Cooke, M. & Barclay, L. M. (2002). Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*, 18(2), 102-112.
- Huizink, A. C., Delforterie, M. J., Scheinin, N. M., Tolvanen, M., Karlsson, L. & Karlsson, H. (2016). Adaption of pregnancy anxiety questionnaire-revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Archives of Women's Mental Health*, 19(1), 125-132. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0531-2>
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (o. D.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Jordan, V. & Minikel, M. (2019). Postpartum anxiety: More common than you think. *The Journal of Family Practice*, 68(3), 165-174.
- Klaus, M., Kennell, J., Berkowitz, G. & Klaus, P. (1992). Maternal assistance and support in labor: Father, nurse, midwife, or doula? *Clinical Consultations in Obstetrics and Gynecology*, 4(4), 211-217.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety

- disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317-325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Kühner, C. (2016). Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit: Häufigkeit, Verlauf und klinische Diagnostik. *Nervenarzt*, 87(9), 926-936. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0175-0>
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S. & Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-7>
- Larkin, P., Begley, C. M. & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth. *Midwifery*, 25(2), 49-59.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar*. Weinheim: Beltz
- Lederman, E., Lederman, R. P., Work, B. A., Jr, & McCann, D. S. (1981). Maternal psychological and physiologic correlates of fetal-newborn health status. *American journal of obstetrics and gynecology*, 139(8), 956-958. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(81\)90967-4](https://doi.org/10.1016/0002-9378(81)90967-4)
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21, 346-354.
- Lundgren, I., Karlsdottir, S. I. & Bondas, T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context—a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(2), 115-128. <https://doi.org/10.1080/1748262080242341>
- Maggioni, C., Margola, D. & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(2), 81-90. <https://doi.org/10.1080/01674820600712875>
- Martini, J., Asselmann, E., Einsle, F., Strehle, J. & Wittchen, H. U. (2016). A prospective-longitudinal study on the association of anxiety disorders prior to pregnancy and pregnancy- and child-related fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 58-66. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.007>
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Hofler, M. & Wittchen, H. U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 385-395. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.012>
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P. & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 139-147. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00012-5)
- Meades, R. & Ayers, S. (2011). Anxiety measures validated in perinatal populations: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.009>
- Melender, H. L. (2006). What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51(5), 331-339. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.02.009>
- Michels, A., Kruske, S. & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 172-182. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.791921>
- Molgora, S. & Accordini, M. (2020). Motherhood in the Time of Coronavirus: The Impact of the Pandemic Emergency on Expectant and Postpartum Women's Psychological Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567155>
- Mudra, S., Göbel, A., Barkmann, C., Goletzke, J., Hecher, K., Schulte-Markwort, M., Diemert, A. & Arck, P. (2020). The longitudinal course of pregnancy-related anxiety in parous and nulliparous women and its association with symptoms of social and generalized anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 260, 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.033>
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A. & Hildingsson, I. (2012). Self-reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 25, 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.001>

- Nilvér, H., Begley, C. & Berg, M. (2017). Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1356-y>
- Nystedt, A., Hogberg, U. & Lundman, B. (2006). Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery*, 22(1), 56-65. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.05.003>
- Oesterreich, R. (1981). *Handlungsregulation und Kontrolle* (S. 24). Urban & Schwarzenberg.
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002>
- Paul, I. M., Downs, D. S., Schaefer, E. W., Beiler, J. S. & Weisman, C. S. (2013). Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics*, 131(4), 1218-1224. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2147>
- Petzoldt, J., Wittchen, H. U., Wittich, J., Einsle, F., Höfler, M. & Martini, J. (2014). Maternal anxiety disorders predict excessive infant crying: a prospective longitudinal study. *Archives of Disease in Childhood*, 99(9), 800-806. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-305562>
- Reck, C., Müller, M., Tietz, A., & Möhler, E. (2013). Infant distress to novelty is associated with maternal anxiety disorder and especially with maternal avoidance behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 404-412. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.009>
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stufenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., Sohn, C. & Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 459-468. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01264.x>
- Reck, C., Tietz, A., Müller, M., Seibold, K. & Tronick, E. (2018). The impact of maternal anxiety disorder on mother-infant interaction in the postpartum period. *PLOS ONE*, 13(5), e0194763. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194763>
- Rohde, A., Hocke, A., Meurers, A. & Dorsch, V. (2016). Peripartales Management bei psychischer Vorerkrankung: Strategien zur Rezidivprophylaxe nach der Entbindung. *Der Nervenarzt*, 87(9), 980-988. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0182-1>
- Ross-Davie, M. C., Cheyne, H. & Niven, C. (2013). Measuring the quality and quantity of professional intrapartum support: testing a computerised systematic observation tool in the clinical setting. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-163>
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Järvenpää, A. -L., Isoaho, H. & Tarkka, M. -T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2324-2336. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05113.x>
- Sauls, D. (2002). Effects of labor support on mothers, babies and birth outcomes. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(6), 733-741. <https://doi.org/10.1177/0884217502239209>
- Scott, K. D., Klaus, P. H. & Klaus, M. H. (1999). The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine*, 8(10), 1257-1264. <https://doi.org/10.1089/jwh.1.1999.8.1257>
- Shlomi Polachek, I., Huller Harari, L., Baum, M. & Strous, R. D. (2014). Postpartum anxiety in a cohort of women from the general population: risk factors and association with depression during last week of pregnancy, postpartum depression and postpartum PTSD. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(2), 128-134.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long term perceptions of their first birth experience. *Part I. Birth*, 18(4), 203-210. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1991.tb00103.x>
- Soet, J., Brack, G. & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x>
- Sonnenmoser, M. (2007). Postpartale Depression: Vom Tief nach der Geburt. *Dtsch Arztebl International*, 6(2). <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=54466>
- Sorenson, D. S. & Tschetter, L. (2010). Prevalence of negative birth perception, disaffirmation, perinatal trauma symptoms, and depression among postpartum women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), 14-25. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00234.x>

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stadlmayr, W., Amsler, F., Lemola, S., Stein, S., Alt, M., Bürgin, D., Surbek, D. & Bitzer, J. (2006). Memory of childbirth in the second year: The long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(4), 211-224. <https://doi.org/10.1080/01674820600804276>
- Stadlmayr, W., Bitzer, J., Amsler, F., Simoni, H., Alder, J., Surbek, D. & Bürgin, D. (2007). Acute stress reactions in the first 3 weeks postpartum: A study of 219 patients. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 135, 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.11.016>
- Stadlmayr, W., Cignacco, E., Surbek, D. & Büchi, S. (2009). Screening-Instrumente zur Erfassung von Befindlichkeitsstörungen nach der Geburt. *Die Hebamme*, 22(01), 13-19. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1213450>
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M. & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61277-0)
- Tietz, A., Zietlow, A. L. & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 433-442. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0423-x>
- Tumblin, A. & Simkin, P. (2001). Pregnant Women's Perceptions of Their Nurse's Role During Labor and Delivery. *Birth*, 28(1), 52-56.
- Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 471-482. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(99\)00043-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(99)00043-4)
- Walker, J. (2001). *Control and the Psychology of Health: Theory, Measurement and Applications*. (1. Auflage). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Weidner, K., Rauchfuß, M. & Neises, M. (2012). *Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde*: Deutscher Ärzteverlag.
- Weinert, F. E. (2001). Concept of competence: A conceptual clarification. In D. S. Rychen & L. H. Salganik (Eds.), *Defining and selecting key competencies* (45-65). Hogrefe & Huber Publishers.
- Weisman, O., Granat, A., Gilboa-Schechtman, E., Singer, M., Gordon, I., Azulay, H., Kuint, J. & Feldman, R. (2010). The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Archives of Women's Mental Health*, 13(6), 505-513. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0169-z>
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(3), 295-311. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.001>
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C. & Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Arch Womens Ment Health*, 6(1), 43-49. <https://doi.org/10.1007/s00737-002-0154-2>
- White, T., Matthey, S., Boyd, K. & Barnett, B. (2006). Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(2), 107-120. <https://doi.org/10.1080/02646830600643874>
- Wijma, K., Soederquist, J. & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 587-597. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(97\)00041-8](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00041-8)
- Wolman, W. L., Chalmers, B., Hofmeyr, G. J. & Nikodem, V. C. (1993). Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomized, controlled study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168(5), 1388-1393. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(11\)90770-4](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(11)90770-4)
- World Health Organization (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement* (No. WHO/RHR/14.23). World Health

Organization.

- Yelland, J., Sutherland, G. & Brown, S. J. (2010). Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-771>
- Ystrom, E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-36>
- Zhang, J., Bernasko, J. W., Leybovich, E., Fahs, M. & Hatch, M. C. (1996). Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: A meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 88(4), 739-744. [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(96\)00232-3](https://doi.org/10.1016/0029-7844(96)00232-3)

8. Abkürzungsverzeichnis

PAULINE	Pränatale Angst und die emotionale frühkindliche Entwicklung
SCIB	Support and Control in Birth
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Statistik- und Analyse-Software)
STAI	State-Trait-Angst-Inventar
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
WHO	Weltgesundheitsorganisation

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Charakteristika des Studienkollektivs (n = 99).....	22
Tabelle 2: Deskriptive Statistik der Prädiktoren und des Outcomes (n = 99).....	24
Tabelle 3: Bivariate Zusammenhänge der Variablen (n = 99).....	27
Tabelle 4: Lineare Regressionsanalyse (n = 99).....	28

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung des Prädiktors erlebte Unterstützung.....	24
Abbildung 2: Verteilung des Prädiktors erlebte externe Kontrolle.....	25
Abbildung 3: Verteilung des Outcomes postpartale Angst.....	26

11. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen beteiligten Personen danken, die mich bei der Bearbeitung meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin, Dr. med. Susanne Mudra, für ihre ausgezeichnete, warmherzige und andauernde Unterstützung über den gesamten Zeitraum sowie ihr stets konstruktives Feedback.

Zudem möchte ich Dipl.-Psych. Ariane Göbel und M.Sc.-Psych. Lydia Stuhmann danken für ihre tatkräftige Unterstützung, Beantwortung von methodischen Fragen, Gabe wertvoller Tipps beim Vorgehen und Ihr Korrekturlesen.

Im Weiteren möchte ich dem Team der statistischen Beratung des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf herzlich danken für seine wertvolle Unterstützung und die Beantwortung von Fragen zur Methodik.

Zuletzt gilt mein Dank meiner Familie und meinen Freunden, vor allem für die emotionale Unterstützung auf dem Weg der Fertigstellung meiner Dissertation.

13. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: