

Welche Bedeutung hat das Konzept der persönlichen Kontrolle auf das Geburtserleben von Frauen?

Ergebnisse der Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißaal

Nicola Bauer, Friederike zu Sayn-Wittgenstein

Stiftung Fachhochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Verbund Hebammenforschung

In Kooperation mit der geburtshilflichen Abteilung im Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide (Chefarzt Prof. Dr. med. W. Friedmann, Leit. Hebamme A. Chamiec)

Kontakt: hebammenforschung@fh-osnabrueck.de

Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Förderkennzeichen 01 GT 0310

Hintergrund und Ziele

International existieren hebammengeleitete Abteilungen (Midwife-led units) seit Anfang der 1990er Jahre in Skandinavien, Großbritannien und Australien, seit einigen Jahren auch in Österreich und in der Schweiz. Am 1. Juni 2003 wurde der erste Hebammenkreißaal in Deutschland im Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide eröffnet. Im Rahmen des Forschungsprojektes *Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess* untersuchte die *Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißaal* Auswirkungen des neuen Modells Hebammenkreißaal im Vergleich zum üblichen Kreißaalmodell.

In einer Vielzahl internationaler Studien wurde die Effektivität des Versorgungskonzeptes hinsichtlich des maternalen und kindlichen Outcomes, medizinischer Interventionen sowie des Geburtsmodus untersucht [1, 9, 13]. Zudem interessierte die Sicht der Frauen auf verschiedene Aspekte im Betreuungsprozess, das physische und psychische Wohlbefinden sowie das Stillverhalten [3, 8, 10, 11, 14]. Bisher haben lediglich zwei Studien das Ausmaß der erlebten Kontrolle in Bezug auf zwei verschiedene Betreuungsmodelle untersucht [8, 9].

Intervention Hebammenkreißaal

- Eigenverantwortliche und selbstständige Betreuung der Frauen in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett durch Hebammen
- Betreuungskriterien einer frauen- und familienorientierte Geburtshilfe**
 - Partnerschaftliche Betreuung
 - Kontinuität der Betreuung
 - Aufklärung und Information
 - Wahlmöglichkeiten und Entscheidungen
 - Mit- und Selbstbestimmung
 - Förderung der physiologischen Geburt
- Zielgruppe:** gesunde Frauen mit keiner bzw. niedriger „Risikoeinstufung“ in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt
- Interdisziplinär erarbeiteter Ein- und Ausschlusskriterienkatalog
- Hinzuziehung einer Ärztin/eines Arztes bei Komplikationen
- Erweiterung des geburtshilflichen Angebots in der Klinik

Primäre Endpunkte

Auswirkungen des Versorgungskonzeptes Hebammenkreißaal im Vergleich zum üblichen Kreißaalmodell

- Sicht der Frauen auf Aspekte der Geburtsbetreuung**
 - Betreuungsgestaltung durch Hebammen
 - Informiertes Entscheiden, Kommunikation und Wahlmöglichkeiten
 - Mit- und Selbstbestimmung, persönliche Kontrolle
 - Kontinuität der Betreuung
- Weitere Hypothesen**
 - Maternale und kindliche Outcomes, medizinische Interventionen, hebammen-geburtshilfliche Maßnahmen, physisches und psychisches Wohlbefinden nach der Geburt, Stillverhalten

Forschungsdesign

- Prospektiv kontrollierte Interventionsstudie
- Projektzeitraum**
 - Februar 2004 bis Januar 2007
- Stichprobengröße**
 - 238 Low-Risk-Frauen (92 Frauen in der Interventions- sowie 146 Frauen in der Kontrollgruppe)
- Erhebungszeitpunkte und -instrumente**
 - t₁ Dokumentationsbogen während der Geburt (n = 238)
 - t₂ Postalische Befragung der Frauen acht Wochen nach der Geburt (n = 198, Rücklaufquote 83,2 %)
- Auswertungsstrategien**
 - Vornehmlich nach Intention-to-Treat (ITT), teilweise nach Per-Protokoll (PP), Signifikanzniveau $\alpha = 5\%$

Konzept persönliche Kontrolle

- Die internale sowie externale persönliche Kontrolle und Leistung scheint Auswirkungen auf ein erfülltes Geburtserleben und das psychische Wohlbefinden nach der Geburt zu haben. Frauen legen großen Wert auf persönliche Kontrolle im Geburtsprozess (4, 6).
- Faktoren, die die persönliche Kontrolle beeinflussen sind unter anderem der Einbezug in Entscheidungen und Wahlmöglichkeiten, die erfahrene Unterstützung, der Geburtsort, medizinische Interventionen sowie das Schmerzerleben [6, 14].

Methodenberatung: Dr. Hermann Pohlabein, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)

Literatur
[1] Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, K., Lozanov, P., Husztein, P., Meyerhofer, K. (2004). Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during normal vaginal delivery: a comparison between midwife and physician management. *Wiener Klinische Wochenschrift* 30 (116): 379-384.
[2] Blanch, F., Lavender, T., Walkinshaw, S., Alfirevic, Z. (1998). Dysfunctional labour. A randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105: 117-120.
[3] Brown, S., Lumley, J. (1998). Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105: 156-161.
[4] Cheung, W. and Ip, W.-Yim, Chan, D. (2007). Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery* 23: 123-130.
[5] Dennis, C., Creedy, D. (2004). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
[6] Green, J., Baston, H. (2003). Feeling in Control during Labor: Concepts, Correlates and Consequences. *Birth* 30 (4): 235-247.
[7] Hodnett, E., Simons-Tropea, D.A. (1987). The Labour Agency Scale: Psychometric Properties of an Instrument Measuring Control During Childbirth. *Research in Nursing & Health* 10: 301-310.
[8] Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., Sakala, C. (2005). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
[9] Hodnett, E., Downe, S., Edwards, N., Walsh, D. (2007). Home-like versus institutional settings for birth (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
[10] Homer, C., Davis, G., Cooke, M., Barclay, L. (2002). Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomized controlled trial in Australia. *Midwifery* 18: 102-112.
[11] Hundley, V., Glazener, C., Milne, J., Mollison, J. (1997). Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104: 1273-1281.
[12] Janssen, P., Ryan, E.M., Elches, D.J., Klein, M.C., Reime, B. (2007). Outcome of Planned Hospital Birth Attended by Midwives Compared with Physicians in British Columbia. *Birth* 34 (June): 140-147.
[13] Oakley, D., Murray, M., Murland, T., Hayashi, R., Andersen, F., Mayes, F., Rooks, J. (1996). Comparisons of Outcomes of Maternity Care by Obstetricians and Certified Nurse-Midwives. *Obstetrics and Gynaecology* 88: 823-829.
[14] Wallstenom, U., Turbult, D. (1998). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105: 1160-1170.

Labour Agency Scale (LAS)

Die LAS ist ein validiertes und reliables 29-Item-Instrument, das von Hodnett & Simmons-Tropea (1987) entwickelt wurde. Die verkürzte Version besteht aus 10 Items - sechs positiven und vier negativen Aussagen bezüglich des erfahrenen Ausmaßes von persönlicher Kontrolle während der Geburt. Jedes Item wird auf einer siebenstufigen Antwortskala bewertet. Der Summenscore liegt zwischen zehn und 70 Punkten [7].

International wird die LAS in verschiedenen Studien eingesetzt [2, 5, 12]. Im deutschsprachigen Raum wurde sie bisher noch nicht angewandt. Vor Einsatz in dieser Studie wurde die LAS übersetzt sowie rückübersetzt und im Rahmen des Pretests überprüft.

ITT

Labour Agency Scale	Intention-To-Treat		
	ArztKRS	Heb.KRS	All
n	107	76	183
.	39	16	55
Minimum	25.0	31.0	25.0
Median	58.0	60.0	59.0
Mittelwert	56.4	58.5	57.3
Maximum	70.0	70.0	70.0
Stdabw.	8.8	8.8	8.9
Wilcoxon Teststatistik	Z-Wert	p-Wert NV 2-seitig	
7621.5000	1.7829	0.0746	

Tab. 1: Labour Agency Scale (ITT) (n = 183)

PP

Labour Agency Scale	Per-Protokoll		
	ArztKRS	Heb.KRS	All
n	107	34	141
.	39	7	46
Minimum	25.0	33.0	25.0
Median	58.0	63.0	59.0
Mittelwert	56.4	60.7	57.4
Maximum	70.0	70.0	70.0
Stdabw.	8.8	8.5	8.9
Wilcoxon Teststatistik	Z-Wert	p-Wert NV 2-seitig	
3011.0000	2.8779	0.0040	

Tab. 2: Labour Agency Scale (PP) (n = 141)

Ergebnisse

- Auswertung nach ITT:** In der Interventionsgruppe (n = 76) wurden 31 bis 70 Punkte und in der Kontrollgruppe (n = 107) 25 bis 70 Punkte erreicht. Der Median in der Interventionsgruppe beträgt 60.0, in der Kontrollgruppe 58.0. [p-Wert 2-seitig = 0.0746, Wilcoxon Test]
- Auswertung nach PP:** Die Frauen der Interventionsgruppe (n = 34) erreichten 33 bis 70 Punkte, die der Kontrollgruppe (n = 107) 25 bis 70 Punkte. Der Median in der Interventionsgruppe beträgt 63.0, in der Kontrollgruppe 58.0. [p-Wert 2-seitig = 0.0040, Wilcoxon Test]
- Die Beurteilung der erfahrenen persönlichen Kontrolle bei Auswertung nach ITT zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Bei der Auswertung nach PP besteht ein signifikanter Unterschied.
- Bei der Auswertung nach PP werden nur die Studienteilnehmerinnen miteinbezogen, die im gewählten Kreißaalmodell geboren haben. Frauen der Interventionsgruppe erleben ausschließlich eine spontane Geburt.

Diskussion

- In der Interventionsgruppe werden signifikant weniger **medizinische Interventionen** eingesetzt. [ITT, p-Wert 2-seitig = 0.0005, Kovarianzanalyse]
- Auch hinsichtlich dem **Einbezug in Entscheidungen** besteht ein signifikanter Unterschied. Frauen der Interventionsgruppe fühlen sich zu 93,8 % in Entscheidungen miteinbezogen, Frauen der Kontrollgruppe zu 84,2 %. [ITT, p = 0.0408]
- Frauen der Interventionsgruppe beurteilen rückblickend zu 62,2 % die **Geburt positiv**, in der Kontrollgruppe zu 47,8 %. [ITT, p = 0.0475]

Ausblick

- Weitere Forschung ist erforderlich um Faktoren, die das Ausmaß der erfahrenen persönlichen Kontrolle während der Geburt unterstützen zu ermitteln. Interessant ist dies insbesondere hinsichtlich der geburtshilflichen Betreuungsmodelle, der Kontinuität der Betreuung, der Beteiligung im Geburtsprozess sowie der Unterstützung.
- Die Ergebnisse könnten dazu dienen die Betreuung während der Geburt so zu gestalten um Frauen die größtmögliche Chance zur persönlichen Kontrolle zu ermöglichen.