



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Vorstellungen zu Schwangerschaft und Geburt“

verfasst von / submitted by

Carina Koppensteiner

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2016 / Vienna, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 190 445 406

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramtsstudium UniStG
UF Biologie und Umweltkunde UniStG
UF Mathematik UniStG

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. MMag. Dr. Sylvia Kirchengast

Danksagung

Ich möchte mich ganz herzlich bei meiner Diplomarbeitsbetreuerin Dr. Sylvia Kirchengast bedanken, die mir mit ihrer freundlichen, hilfsbereiten und zuverlässigen Art bei allen Fragen zur Seite stand und mich mit wichtigen Informationen unterstützte.

Ein herzliches Dankeschön gilt auch meinen Eltern, die mich schon mein ganzes Leben lang in all meinen Entscheidungen und Vorhaben unterstützen, immer ein offenes Ohr für mich haben und ohne deren Hilfe ich nie so weit gekommen wäre. Vielen Dank Papa für deine tatkräftige Unterstützung bei der Dateneingabe! Vielen Dank Mama für ein erstes Korrekturlesen und die konstruktiven Verbesserungsvorschläge!

Vielen Dank auch an meine beiden weiteren Korrekturleserinnen, die in sehr kurzer Zeit noch letzte Fehler und Unstimmigkeiten aufdecken konnten.

Außerdem möchte ich noch meinen Freundinnen und Freunden danken, die mir immer wieder Mut machten und sich über das Voranschreiten meiner Arbeit erkundigten.

Mein innigster Dank gilt natürlich auch allen Teilnehmerinnen, die sich Zeit für meinen Fragebogen genommen und mir so meine Arbeit erst ermöglicht haben.

Beim Verteilen der Fragebögen waren viele Personen involviert. Vielen Dank an meine Familie, meine Verwandten, meine Freunde, den drei Frauenärzten bzw. der Frauenärztin und den beiden Hebammen. Ein besonderer Dank gilt hier der freiberuflichen Hebamme Marlies Lang, die in ihren Geburtsvorbereitungskursen fleißig Fragebögen verteilte und mir so fast ein Viertel aller Schwangeren zukommen ließ.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den verwendeten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Außerdem wurde diese Diplomarbeit noch an keiner Stelle in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt.

Wien, am _____

Unterschrift: _____

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	11
Abstract	12
1. SCHWANGERSCHAFT	13
1.1. Beginn und Dauer der Schwangerschaft	13
1.1.1. Erstes Trimester	14
1.1.2. Zweites Trimester	16
1.1.3. Drittes Trimester	16
2. VAGINALE GEBURT	16
2.1. Evolutionsbiologische Aspekte der Geburt	16
2.2. Geburtsweg	18
2.3. Geburtsmechanismus	19
2.4. Physiologie der Geburt	21
2.4.1. Eröffnungsphase	21
2.4.2. Austreibungsphase	22
2.4.3. Nachgeburtsphase	22
3. VAGINAL-OPERATIVE GEBURT	23
3.1. Zangengeburt	24
3.2. Saugglockengeburt	25
4. KAISERSCHNITT - SECTIO CAESAREA	26
4.1. Kaiserschnittraten	26
4.2. Primäre und sekundäre Sectio	27
4.3. Indikationen für einen Kaiserschnitt	28
4.4. Wunschkaiserschnitt	29
4.5. Operationstechniken	29
4.5.1. Die „klassische“ Sectio	30
4.5.2. Misgav-Ladach Technik - die „sanfte“ Sectio	30
5. KAISERSCHNITT VS. VAGINALE GEBURT	31
6. PRÄNATALDIAGNOSTIK	34
6.1. Nicht-invasive Verfahren	34
6.1.1. Ultraschalluntersuchungen	35
6.1.2. Triple Test	35
6.1.3. Organscreening	35
6.1.4. Ersttrimesterscreening	36
6.2. Invasive Verfahren	37
6.2.1. Chorionzottenbiopsie	37

6.2.2. Amniozentese	37
6.2.3. Chordozentese.....	37
7. VORSTELLUNGEN VON FRAUEN ZUR GEBURT	38
8. FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	42
9. MATERIAL UND METHODEN	43
9.1. Datenerhebung	43
9.2. Aufbau des Fragebogens	43
9.3. Stichprobe	44
9.4. Statistische Auswertung	44
10. ERGEBNISSE	45
10.1. Beschreibung der Stichproben	45
10.1.1. Nicht-Schwangere.....	45
10.1.2. Schwangere	56
10.2. Vergleich Schwangere - Nicht-Schwangere.....	75
10.3. Vergleich Erst- und Mehrgebärende	84
11. DISKUSSION	92
12. SCHLUSSFOLGERUNGEN	98
13. LITERATURVERZEICHNIS.....	99
Anhang.....	109

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geburtsmechanismus bei vorderer Hinterhauptslage	20
Abbildung 2: Kjelland-Zange und Naegele-Zange	24
Abbildung 3: Altersverteilung der Nicht-Schwangeren	45
Abbildung 4: Mit welchem Alter möchten Sie Ihr erstes Kind bekommen?	46
Abbildung 5: Anzahl der gewünschten Kinder bei Nicht-Schwangeren	47
Abbildung 6: Beschwerden während der Schwangerschaft - Nicht-Schwangere	48
Abbildung 7: geplante Stilldauer der Nicht-Schwangeren	50
Abbildung 8: Wahl des Entbindungsortes der Nicht-Schwangeren	51
Abbildung 9: Entscheidung des Geburtsmodus - Nicht-Schwangere	52
Abbildung 10: Aspekte der bevorstehenden Geburt - Nicht-Schwangere	53
Abbildung 11: Ängste von Nicht-Schwangeren bezüglich Schwangerschaft und Geburt	54
Abbildung 12: Gründe für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt bei Nicht-Schwangeren	55
Abbildung 13: Altersverteilung der Schwangeren	57
Abbildung 14: Anzahl der gewünschten Kinder bei Schwangeren	59
Abbildung 15: Beschwerden während der Schwangerschaft - Schwangere	60
Abbildung 16: geplante Stilldauer der Schwangeren	62
Abbildung 17: Wahl des Entbindungsortes der Schwangeren	64
Abbildung 18: Welche Informationsquelle beeinflusste Sie am meisten in Ihrer Entscheidung?	65
Abbildung 19: Entscheidung des Geburtsmodus - Schwangere	66
Abbildung 20: Aspekte der bevorstehenden Geburt - Schwangere	68
Abbildung 21: Ängste von Schwangeren bezüglich Schwangerschaft und Geburt	69
Abbildung 22: Gründe für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt bei Schwangeren	70
Abbildung 23: Wie viele Kinder haben Sie bereits?	72
Abbildung 24: Geburtsmodus der ersten Kinder	73
Abbildung 25: Wie empfanden Sie die Geburt des/der Kindes/er?	74
Abbildung 26: Anzahl der gewünschten Kinder im Vergleich Nicht-Schwangere - Schwangere	75
Abbildung 27: Beschwerden während der Schwangerschaft (Mittelwerte): Nicht-Schwangere - Schwangere	77
Abbildung 28: geplante Stilldauer im Vergleich Nicht-Schwangere - Schwangere	78
Abbildung 29: Wahl des Entbindungsortes im Vergleich Nicht-Schwangere - Schwangere ..	79
Abbildung 30: Entscheidung des Geburtsmodus: Nicht-Schwangere - Schwangere	80

Abbildung 31: Aspekte der Geburt im Vergleich Nicht-Schwangere - Schwangere (Mittelwerte)	81
Abbildung 32: Ängste bezüglich Schwangerschaft und Geburt im Vergleich Nicht- Schwangere - Schwangere (Mittelwerte)	82
Abbildung 33: Gründe für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt im Vergleich	83
Abbildung 34: Familienstand nach Parität	84
Abbildung 35: Höchste abgeschlossene Schulausbildung nach Parität	85
Abbildung 36: Anzahl der gewünschten Kinder nach Parität	85
Abbildung 37: geplante Stilldauer nach Parität	86
Abbildung 38: Beschwerden während der Schwangerschaft nach Parität (Mittelwerte)	87
Abbildung 39: Entscheidung des Geburtsmodus nach Parität	89
Abbildung 40: Ängste bezüglich Schwangerschaft und Geburt nach Parität (Mittelwerte)	90
Abbildung 41: Gründe für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt nach Parität	91

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Welche pränataldiagnostischen Untersuchungen planen Sie in Ihrer eigenen Schwangerschaft durchführen zu lassen?	49
Tabelle 2: Schwangerschaftsbegleitende Maßnahmen bzw. Kurse für Schwangere	49
Tabelle 3: Informationsquellen der Nicht-Schwangeren	51
Tabelle 4: Höchste abgeschlossene Schulausbildung	58
Tabelle 5: Welche pränataldiagnostischen Untersuchungen haben Sie in der momentanen Schwangerschaft durchführen lassen bzw. planen Sie noch zu machen?	61
Tabelle 6: Schwangerschaftsbegleitende Maßnahmen bzw. Kurse für Schwangere	62
Tabelle 7: Wann haben Sie begonnen, sich Gedanken über die bevorstehende Geburt zu machen?	63
Tabelle 8: Informationsquellen der Schwangeren	64
Tabelle 9: Komplikationen bei vorangegangenen Geburten	73
Tabelle 10: Pränataldiagnostische Untersuchungen: Nicht-Schwangere - Schwangere	76
Tabelle 11: Informationsquellen: Nicht-Schwangere - Schwangere	79
Tabelle 12: Informationsquellen nach Parität	88

Zusammenfassung

Die Vorstellungen von Frauen zur Geburt sind sehr unterschiedlich. Während die einen die Geburt als natürlichen Prozess sehen, fürchten die anderen die Schmerzen und die körperlichen Veränderungen, die mit einer Schwangerschaft und einer Geburt einhergehen. Es existieren bereits zahlreiche Studien zu diesem Thema, bei denen jedoch hauptsächlich schwangere Frauen befragt wurden.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit den Unterschieden zwischen Schwangeren und Nicht-Schwangeren bezüglich ihrer Vorstellungen zu Schwangerschaft und Geburt. Die dazu benötigten Daten wurden mithilfe eines selbst erstellten Fragebogens erhoben. 213 Schwangere und 146 Nicht-Schwangere beantworteten im Zeitraum von November 2015 bis Februar 2016 allgemeine Fragen, wie beispielsweise das Alter, den Familienstand und die Ausbildung betreffend, Fragen zur Schwangerschaft (Pränataldiagnostik, Kurse für Schwangere, Stilldauer,...) und Fragen zur Geburt (Geburtsmodus, Entbindungsort, Ängste,...) bzw., falls es sich um Mehrgebärende handelte, auch Fragen zu früheren Geburten.

Schwangere waren durchschnittlich älter und verheiratet oder in einer Partnerschaft lebend, während ein Großteil der Nicht-Schwangeren ledig war. Diverse Beschwerden, wie etwa Übelkeit und Erbrechen, Müdigkeit oder Brust- und Rückenschmerzen, die mit einer Schwangerschaft einhergehen können, stellten sich Nicht-Schwangere unangenehmer vor als sie von Schwangeren empfunden wurden. Schwangere planen ihre Kinder länger zu stillen als Nicht-Schwangere. Der Großteil der Schwangeren und Nicht-Schwangeren plant eine vaginale Geburt, wobei die Gründe dafür zum Teil unterschiedlich sind. Auch bei den Informationsquellen sind sich Schwangere und Nicht-Schwangere uneinig. Während fast alle Nicht-Schwangeren ihren Arzt befragen wollen, erkundigen sich die meisten Schwangeren bei ihrer Hebamme. Nicht-Schwangere wiesen außerdem durchwegs größere Ängste in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt auf als Schwangere. Es zeigen sich also zum Teil große Differenzen zwischen der Einstellung Schwangerer und jener der Nicht-Schwangeren.

In der Literatur findet sich noch sehr wenig bezüglich der Vorstellungen Nicht-Schwangerer. Weitere Studien zu diesem Thema wären wünschenswert, um das Wissen Nicht-Schwangerer zu verbessern und unbegründete Ängste aus dem Weg zu räumen.

Abstract

The way childbirth is perceived differs enormously among pregnant and non-pregnant women. Some of them see childbirth as a natural process, while others are afraid of the pain and the physical changes, which come along with pregnancy and childbirth. There are many studies about pregnancy and childbirth, but in most of them only pregnant women were asked.

This thesis deals with the differences regarding ideas about pregnancy and childbirth between pregnant women and women, that are neither pregnant nor have had a child before. In order to gain the required data, a self-made questionnaire was designed and applied subsequently. From November 2015 to February 2016, 213 pregnant women and 146 non-pregnant women completed the questionnaire, which consisted of common questions about age, family status and education, questions about pregnancy (prenatal testing, antenatal classes, lactation period, etc.) and questions about childbirth (mode of delivery, place of birth, fears, etc.). Those women who have already given birth before, were asked to answer some extra questions about prior childbirths.

Pregnant women were on average older and married or in a partnership, while most of the non-pregnant women were single. In comparison to pregnant women, non-pregnant women felt more uncomfortable about some possible side effects of pregnancy, such as nausea and sickness, tiredness and pain in the breast or the back. The study also showed that pregnant women want to breastfeed their babies longer than non-pregnant women. Most of the pregnant and non-pregnant women want a vaginal delivery, but they have different reasons for this decision. The two groups also disagree about the source of information they use for gathering information about childbirth. While nearly all non-pregnant women want to ask their physician, most of the pregnant women inquire the necessary information of their midwife. In contrast to pregnant women non-pregnant women had greater fears concerning pregnancy and childbirth. To conclude, there are great differences between pregnant and non-pregnant women with regard to this topic.

Currently, there are few studies about the ideas of non-pregnant women, so further studies dealing with this topic would be important to increase the knowledge in this field and to reduce baseless fears.

1. SCHWANGERSCHAFT

1.1. Beginn und Dauer der Schwangerschaft

Der Beginn einer Schwangerschaft ist mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle, der sogenannten Konzeption, festgelegt. Die Schwangerschaftsdauer variiert je nachdem, welchen Bezugspunkt man zur Berechnung verwendet. Man unterscheidet dabei die Schwangerschaftsdauer post conceptionem, bei der man vom Befruchtungszeitpunkt ausgeht, und die Schwangerschaftsdauer post menstruationem, bei der der 1. Tag der letzten Menstruation als Basis dient. In der Praxis ist der genaue Konzeptionstermin meist nicht bekannt (Ausnahme: künstliche Befruchtung), weshalb sich die Berechnungen oft auf den 1. Tag der letzten Monatsblutung beziehen. Die Schwangerschaft dauert auf dieser Basis etwa 281 Tage oder 40 Wochen und wird in drei Trimester unterteilt, wobei jedes 13 Schwangerschaftswochen umfasst (Schneider, 2000a; Mändle, 1995a).

Mit Hilfe der Naegele-Regel kann der Termin für die voraussichtliche Entbindung berechnet werden. Dabei subtrahiert man vom 1. Tag der letzten Regelblutung zuerst drei Monate und addiert dann ein Jahr und sieben Tage. Diese Berechnung stimmt allerdings nur, wenn ein regelmäßiger Zyklus von 28 Tagen vorliegt. Ist dies nicht der Fall, muss die Naegele-Regel adaptiert werden. Mit Hilfe sogenannter Gravidarien (Schwangerschaftsscheiben) kann nicht nur der voraussichtliche Geburtstermin bestimmt werden. Sie geben außerdem Auskunft über weitere wichtige Daten, wie zum Beispiel den Zeitpunkt erster Kindsbewegungen und den Beginn des Mutterschutzes. Die genaueste Methode um das Gestationsalter zu bestimmen, stellt die sonographische Messung der Scheitel-Steiß-Länge des Embryos vor der 12. Schwangerschaftswoche dar. Die Bestimmung des Geburtstermins spielt eine große Rolle, denn dadurch kann der zeitgerechte Verlauf der Schwangerschaft beurteilt werden (Schneider, 2000a; Mändle, 1995a; Vetter & Goeckenjan, 2011).

1.1.1. Erstes Trimester

Blastogenese

Etwa 30 Stunden nach der Befruchtung im ampullären Teil des Eileiters beginnen die ersten Zellteilungen (Mitosen). Die Zygote ist dabei noch von der Zona pellucida umgeben, wodurch keine Größenzunahme stattfindet, sondern die sich teilenden Zellen, auch Blastomeren genannt, immer kleiner werden. Währenddessen wandert der Keim vom Eileiter in Richtung Gebärmutter, die er nach etwa drei Tagen erreicht. Man nennt ihn nun aufgrund der maulbeerartigen Anordnung der Zellen Morula. Die nächsten Mitosen führen dazu, dass sich Erweiterungen in den Zwischenzellräumen der Morula bilden, die sich dann zur Blastozystenhöhle zusammenschließen. In der Blastozyste kann man bereits zwei Zellgruppen unterscheiden: eine äußere Zellmasse (Trophoblast), aus der sich später der kindliche Teil der Plazenta entwickelt, und eine innere Zellmasse (Embryoblast), die den Embryo formt. Fünf bis sechs Tage nach der Befruchtung schlüpft die Blastozyste aus der Zona pellucida und tritt in Kontakt mit der Gebärmutterschleimhaut. Damit beginnt der Vorgang der Einnistung oder Implantation, bei der der Trophoblast durch Zottenbildung in das Endometrium eindringt. Diese funktionelle Einheit übernimmt dann die Versorgung des Embryos (Ludwig & Schultze-Mosgau, 2000; Paulus, 2011; Romahn, 2015).

Am Ende der zweiten Woche hat sich der Keim vollständig in der Uterusschleimhaut eingenistet. Bis zu diesem Zeitpunkt entwickeln sich auch die Amnionhöhle und der Dottersack. Die dazwischen liegende Keimscheibe besteht aus zwei Zellschichten, dem Entoderm und dem Ektoderm. Die Neuralplatte ist ebenfalls bereits erkennbar (Paulus, 2011; Romahn, 2015; Rockenschaub, 2005).

In der dritten Woche entsteht im Laufe der Gastrulation das dritte Keimblatt, das sogenannte Mesoderm. Damit sind nun alle Zelltypen gebildet, die für die Weiterentwicklung des Embryos notwendig sind (Romahn, 2015; Rockenschaub, 2005).

Embryogenese

Die Embryonalperiode dauert zirka von der dritten/vierten bis zur achten Woche nach der Befruchtung und ist gekennzeichnet durch die Anlage der Organsysteme. In dieser Phase ist der Keim sehr anfällig gegenüber Störungen, deren Folgen irreversible Schädigungen der Organe sein können (Paulus, 2011).

In der dritten Embryonalwoche entsteht die Plazenta durch Vermehrung der Zotten aus dem Trophoblasten und Bildung von Blutgefäßen, über die nun der Stoffaustausch zwischen Mutter und Embryo stattfinden kann (Paulus, 2011). Der Mensch entwickelt eine hämochoriale Plazenta, bei der mütterliches und kindliches Blut nicht direkt in Kontakt kommen. Man untergliedert die kreisförmige (Durchmesser zirka 25 cm), 500 g schwere und zirka 3 cm dicke Plazenta in einen maternalen Teil (Decidua basalis) und einen fetalen Teil (Chorion frondosum) (Goerke, 2006; Romahn, 2015).

Die Organanlagen von Lunge, Darm, Leber, Ohr, Augen, Nieren, Schilddrüse und Muskulatur zeichnen sich bereits ab der dritten Embryonalwoche ab und differenzieren sich in weiterer Folge. Die Neuralplatte entwickelt sich zum Neuralrohr, das sich in der vierten Embryonalwoche schließt. Daraus entstehen dann in der fünften Woche Rückenmark, Gehirn und Augen. Ab der vierten Embryonalwoche sind auch die Extremitäten als Knospen angelegt, in denen ab der sechsten Woche Knorpel entstehen, bis es dann zirka sieben Tage später zur Verknöcherung kommt. Am Ende der Embryonalperiode erkennt man bereits einen Unterschied zwischen Hoden und Eierstöcken (Paulus, 2011).

Fetalperiode

Von der Fetalperiode spricht man ab der neunten Schwangerschaftswoche bis zur Geburt. Nach der abgeschlossenen Organogenese bezeichnet man den Embryo als Fetus oder Fötus. Seine Hauptaufgaben liegen nun in der Reifung der zuvor angelegten Organe, im Längenwachstum (3.-5. Monat) und der Gewichtszunahme (6.-9. Monat) (Rockenschaub, 2005; Romahn, 2015).

1.1.2. Zweites Trimester

Zu Beginn des zweiten Trimenon spielt vor allem das Längenwachstum eine große Rolle. Der Kopf, der in der 12. Schwangerschaftswoche etwa ein Drittel des gesamten Körpers des Fetus einnimmt, wächst langsamer als der Rumpf, wodurch sich die Proportionen verändern (Romahn, 2015).

Die Schwangeren bemerken in diesem Drittel neben dem Verschwinden erster Schwangerschaftsbeschwerden, wie zum Beispiel der morgendlichen Übelkeit, auch die ersten Kindsbewegungen (Goerke, 2006; Rockenschaub, 2005).

1.1.3. Drittes Trimester

Im letzten Drittel der Schwangerschaft nimmt das Kind vorwiegend an Gewicht zu. Das Leben der Schwangeren wird durch den wachsenden Bauch beschwerlicher (Romahn, 2015; Rockenschaub, 2005).

Bei einer Geburt ab der 37. Woche wird das Baby als geburtsreif angesehen (Schneider, 2000a). Kommt es vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche zur Welt, so spricht man von einer Frühgeburt. Problematisch ist eine Frühgeburt vor der 35. Woche, da die Lunge des Fetus noch nicht reif ist (Baumann & Schneider, 2000).

2. VAGINALE GEBURT

2.1. Evolutionsbiologische Aspekte der Geburt

Der Mensch ist das einzige heute existierende Säugetier, das sich auf zwei Beinen fortbewegt. Mit der Entwicklung der Bipedie mussten auch einige morphologische Anpassungen einhergehen, wie beispielsweise die Veränderung des Beckens. Dies hatte wiederum zur Folge, dass der Geburtsvorgang komplizierter wurde (Rosenberg & Trevathan, 2002). Man vermutet daher, dass die Geburtshilfe schon vor langer Zeit aufkam (Rosenberg & Trevathan, 1996). Nicht nur die Entwicklung des aufrechten Ganges, sondern auch die eines immer größer werdenden Gehirns prägte den heute gängigen Geburtsvorgang des modernen Menschen (Trevathan, 1987; Steer, 1998).

Erste bipede Vorfahren des modernen Menschen waren die Australopithecinen. Sie hatten bereits ein menschenähnliches Becken, jedoch noch ein kleines Gehirn (Johanson & Edey, 1990). Der Beckeneingang sowie der Ausgang waren längsoval, wodurch keine Rotationen des kindlichen Kopfes nötig waren. Ob allerdings eine externe Drehung des kindlichen Kopfes aufgrund der breiten Schultern bei Australopithecinen bereits stattfand, kann derzeit nur vermutet werden (Tague & Lovejoy, 1986). Im Zuge der Bipedie kam es also zu ersten Veränderungen der Beckenanatomie. Die Vergrößerung des menschlichen Gehirns entstand erst später als die Menschen begannen, Werkzeuge und eine eigene Sprache zu entwickeln (Schick & Toth, 1993, zit. nach Rosenberg & Trevathan, 2002, S. 1199; Steer, 1998).

Die Veränderung zu einem schmäleren Becken limitierte in weiterer Folge allerdings die Größe des kindlichen Schädels (Steer, 1998). Als Konsequenz mussten die Kinder in einem sehr frühen Stadium ihrer Entwicklung geboren werden, sodass der Kopf noch klein genug war, um durch das Becken der Frau zu passen (Rosenberg & Trevathan, 1996; Rosenberg & Trevathan, 2002; Warkentin, 1991).

Der heute übliche Geburtsmodus mit einer internen und externen Drehung des Kopfes ist vermutlich vor 100.000 Jahren entstanden, als sich auch die heutige Gehirngröße und Beckenform festlegten (Rosenberg & Trevathan, 1996).

Vergleicht man die Geburt des modernen Menschen mit jener von nicht-menschlichen Primaten, so kann man drei Unterschiede feststellen (Rosenberg & Trevathan, 2002).

Der menschliche Fetus muss während der Geburt mehrere Rotationen durchführen, um durch das enge Becken zu passen. Große Menschenaffen, wie zum Beispiel Gorillas und Orang-Utans, haben aufgrund des Verhältnisses erwachsener Körpergröße zu kindlicher keine Probleme. Der geräumige Geburtskanal bietet genügend Platz für den kleinen fetalen Schädel. Für kleinere Primaten hingegen ist die Geburt ein anstrengendes Ereignis. Bei ihnen sind jedoch im Vergleich zum Becken des modernen Menschen der Beckeneingang und der Ausgang längsoval, sodass der längsovale fetale Schädel keine interne Drehung benötigt (Rosenberg & Trevathan, 2002; Rosenberg & Trevathan, 1996; Trevathan, 1987).

Ein weiterer Unterschied besteht in der Orientierung des kindlichen Kopfes beim Eintritt in das mütterliche Becken sowie beim Austritt. Während der fetale Schädel aufgrund des querovalen Beckeneingangs des Menschen seitlich eintritt, tut er dies bei nicht-menschlichen Primaten nicht. Beim Austritt aus dem Becken ist das menschliche Neugeborene mit dem Gesicht Richtung Steißbein gedreht, während das von nicht-menschlichen Primaten um 180° gedreht auf die Welt kommt (Rosenberg & Trevathan, 1996; Rosenberg & Trevathan, 2002). Dadurch kann die Primatenmutter bei der Geburt mithelfen, indem sie ihr Kind nach der Geburt des Kopfes aus dem Geburtskanal befreit, zu sich nimmt und eventuell die Atemwege säubert (Trevathan, 1987). Beim Menschen ist dies nicht möglich, da es eine Reihe von Verletzungen des Fetus mit sich bringen könnte (Rosenberg & Trevathan, 2002; Trevathan, 1987).

Als Drittes ist noch zu erwähnen, dass sich nicht-menschliche Primaten während der Geburt zurückziehen und Abgeschiedenheit und Schutz vor Räubern suchen. Beim Menschen ist die Geburt, nicht zuletzt aufgrund der durch den komplexeren Geburtsvorgang notwendigen Geburtshilfe, ein soziales Event (Rosenberg & Trevathan, 2002).

2.2. Geburtsweg

Der Geburtsweg, den das Kind passieren muss, besteht aus dem knöchernen Becken und den Weichteilen. Die Weichteile umfassen das untere Uterinsegment, Zervix, Vagina, Vulva und den Beckenboden, welche während der Geburt stark gedehnt werden. Das knöcherne Becken untergliedert man in einen querovalen Beckeneingang, eine runde Beckenmitte oder Beckenhöhle und einen längsovalen Ausgang. Im letzten Schwangerschaftsdrittel werden durch Hormone die Iliosakralgelenke und die Symphyse aufgelockert, wodurch der Beckengürtel bis zu einem gewissen Grad beweglich wird (Chalubinski & Husslein, 2011; Oswald-Vormdohre, 2015).

2.3. Geburtsmechanismus

Die sogenannte regelrechte Geburt erfolgt aus der vorderen Hinterhauptslage, bei der der vorangehende Teil des Kindes der gebeugte Kopf ist, sodass die kleine Fontanelle führt (Chalubinski & Husslein, 2011; Schneider, 2000b; Oswald-Vormdohre, 2015). Der Geburtsmechanismus kann in mehrere Phasen unterteilt werden: den Eintritts-, Durchtritts- und Austrittsmechanismus und die äußere Drehung des Kopfes (Oswald-Vormdohre, 2015).

In der ersten Phase passt sich der längsovale Kopf des Fetus an den querovalen Beckeneingang an, indem er quer und in indifferenter Haltung eintritt (siehe Abbildung 1a). Beim Durchtritt durch das Becken kommt es einerseits zu einer Haltungsänderung (Kopf wird gebeugt, siehe Abbildung 1b) und andererseits zu einer Drehung um 90° (Hinterhaupt liegt nun vorne, kleine Fontanelle führt, siehe Abbildung 1c). Erst ab diesem Zeitpunkt kann man von einer vorderen Hinterhauptslage sprechen. Beim Austritt aus dem Beckenausgang muss der fetale Kopf das sogenannte Knie des Geburtskanals überwinden. Dies erfolgt durch eine Streckbewegung des kindlichen Kopfes um die Symphyse herum (siehe Abbildung 1d). Nacheinander werden dann Hinterhaupt, Vorderhaupt, Stirn, Gesicht und Kinn über den Damm entwickelt, während die Schultern quer in den Beckeneingang eintreten. Auch diese müssen in der Beckenhöhle eine 90°-Drehung durchführen, um sich dem längsovalen Beckenausgang anzupassen. Daher resultiert die äußere Drehung des Kopfes, sodass dieser wieder in seiner Ausgangsstellung, zur Innenseite eines Oberschenkels der Mutter gerichtet, landet (siehe Abbildung 1e) (Chalubinski & Husslein, 2011; Schneider, 2000b; Oswald-Vormdohre, 2015).

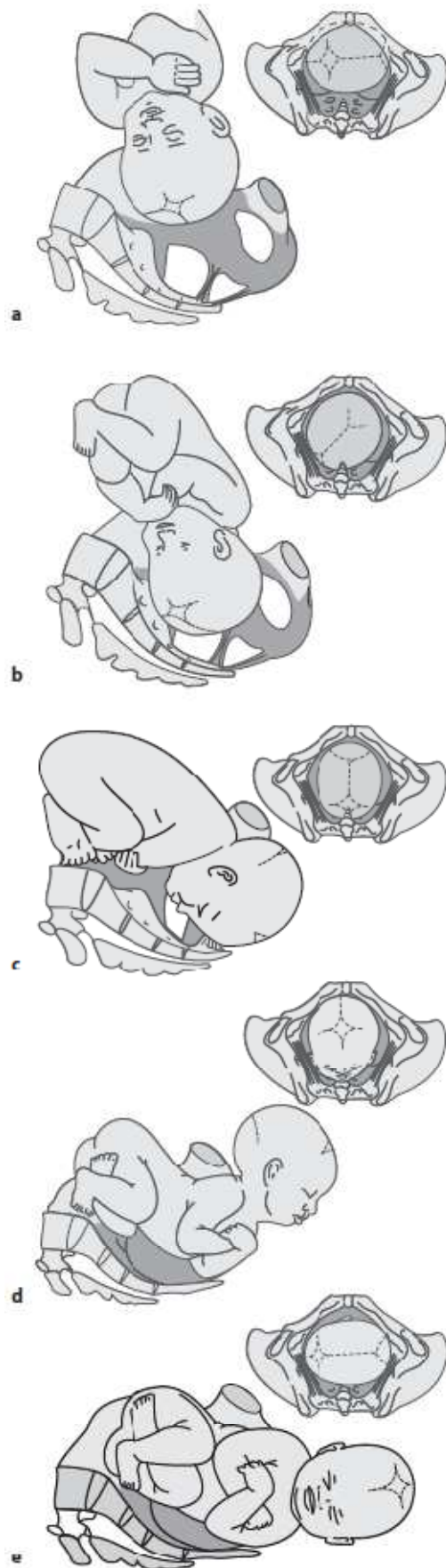


Abbildung 1: Geburtsmechanismus bei vorderer Hinterhauptslage
(Schneider, 2000b)

2.4. Physiologie der Geburt

Der Uterus einer Frau hat zwei verschiedene Aufgaben: während der Schwangerschaft dient er als Fruchthalter, ab Geburtsbeginn muss er als Austreibungsorgan funktionieren (Schneider, 2000b). Am Ende der Schwangerschaft spielen mehrere Faktoren bei der Auslösung der Wehen eine Rolle. Zu ihnen zählen die Hormone Oxytozin, Prostaglandine, Östrogen und Progesteron, sowie mechanische Faktoren, beispielsweise der Druck des vorangehenden kindlichen Teils auf die Zervix (Schneider, 2000b; Trevathan, 1987).

Die Konzentration des in der Plazenta gebildeten Corticoliberins (CRH) nimmt ab der 12. Schwangerschaftswoche im mütterlichen Blut exponentiell zu. Es fördert die ACTH-Sekretion (adrenocorticotropes Hormon) in der fetalen Hypophyse, wodurch in der fetalen Nebennierenrinde mehr Cortisol hergestellt und in weiterer Folge die CRH-Ausschüttung gesteigert wird (positive Rückkoppelung). Außerdem geht auch die Lungenreifung mit diesem Vorgang einher. Ein zweiter Effekt des Corticoliberins ist die Produktion von DHEA (Dehydroepiandrosteron) und dessen Sulfat DHEA-S in der fetalen Nebennierenrinde, die in der Plazenta zur Synthese von Östrogenen beitragen. Am Ende der Schwangerschaft kommt es zu einem starken Anstieg der mütterlichen Östrogen-Konzentration, die einerseits die Rezeptoren für Oxytocin aktiviert, sowie die schwangerschaftserhaltenden Progesteron-Wirkungen schwächt (Silbernagl & Despopoulos, 2007; Oswald-Vormdohre, 2015; Rosenberger, 2007). Oxytocin bewirkt eine Erhöhung der Erregbarkeit des Uterusmuskels und stimuliert die Prostaglandinsynthese. Diese wiederum ist unter anderem für die Dilatation der Zervix verantwortlich (Schneider, 2000b; Rosenberger, 2007; Trevathan, 1987).

Der Geburtsverlauf kann in drei Abschnitte unterteilt werden: die Eröffnungs-, die Austreibungs- und die Nachgeburtsphase.

2.4.1. Eröffnungsphase

Als Eröffnungsphase bezeichnet man den Zeitraum vom Beginn der Wehen bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermundes, wobei der genaue Anfang der Geburtswehen schwer festzustellen ist (Chalubinski & Husslein, 2011). Während der Schwangerschaft bleibt der Gebärmutterhalskanal eng, was dem Verschluss des Uterus und als Schutz vor Krankheitserregern dient (Lippert, 2011).

Der erste und längste Abschnitt der Geburt kann noch einmal in zwei Phasen unterteilt werden. In der Latenzphase kommt es zur Verkürzung der Zervix, wobei der Muttermund noch keine oder nur eine geringe Öffnung aufweist. Anschließend folgt die Aktivphase, in der es zur vollständigen Erweiterung des Muttermundes kommt. Mit jeder Wehe drückt der vorangehende kindliche Teil gegen den Gebärmutterhalskanal und dehnt ihn dabei auf (Schneider, 2000c; Chalubinski & Husslein, 2011). Die Dauer der Eröffnungsphase ist von vielen Faktoren abhängig, wie beispielsweise von der Wehentätigkeit und der Parität (Mändle, 1995b). Sie ist in ihrer Länge sehr variabel und beträgt bei Erstgebärenden im Schnitt zwölf Stunden, bei Mehrgebärenden etwa sieben Stunden. Am Ende dieser ersten Phase platzt im Normalfall die Fruchtblase. Man spricht dann von einem rechtzeitigen Blasensprung. In 20% aller Geburten kommt es zu einem vorzeitigen Blasensprung, der stattfindet, bevor es regelmäßige Eröffnungswehen gibt (Schneider, 2000c).

2.4.2. Austreibungsphase

Im Anschluss an die Eröffnungsphase folgt die Austreibungsphase, die von der vollständigen Eröffnung des Muttermundes bis zur vollendeten Geburt des Kindes dauert (Chalubinski & Husslein, 2011; Schneider, 2000c). Erstgebärende brauchen für diese Phase im Durchschnitt etwas weniger als eine Stunde, während die Dauer bei den darauffolgenden Geburten nur noch maximal halb so lang ist (Schneider, 2000c). Sobald der kindliche Kopf den Beckenboden erreicht hat und auf den Plexus lumbosacralis Druck ausübt, verspürt die Schwangere den Drang zum aktiven Mitpressen (Chalubinski & Husslein, 2011). Diese sogenannten Presswehen werden von der Frau durch aktives Anspannen der Bauchmuskulatur und Krümmung des Körpers unterstützt und führen schließlich zur Geburt des Kindes (Lippert, 2011).

2.4.3. Nachgeburtsphase

Die Nachgeburtsperiode beginnt gleich nach der Geburt des Kindes und endet mit der Ausstoßung der Plazenta (Schneider, 2000c). Diese Phase dauert im Schnitt zwischen 20 und 30 Minuten (Schneider, 2000c; Lippert, 2011). Der Uterus verkleinert sich nach der Geburt des Kindes rasch, wodurch die Plazenta ihre Haftfläche verliert und als Nachgeburt ausgeschieden wird (Chalubinski & Husslein, 2011; Schneider, 2000c).

3. VAGINAL-OPERATIVE GEBURT

Kommt es während der Geburt zu Komplikationen bei der Mutter und/oder beim Kind, so ist oft eine rasche Geburtsbeendigung nötig (Baumann & Geipel, 2000). Diese kann vaginal-operativ, indem mit einem geeigneten Instrument ein Zug am kindlichen Kopf erzeugt wird, oder mittels Kaiserschnitt erfolgen (siehe Kapitel 4). Zu den vaginal-operativen Möglichkeiten zählen die Vakuumextraktion und die Zangenentbindung (Hopp & Kalache, 2011).

Die Indikationen sind in beiden Fällen gleich und werden eingeteilt in fetale, mütterliche und kombinierte Indikationen (Hopp & Kalache, 2011; Gitsch & Janisch, 1985). Ein pathologisches CTG (Kardiotokografie), fetale Hypoxämie (erniedrigter Sauerstoffgehalt im arteriellen Blut) und fetale Azidose (pH-Wert im Blut unter 7,37) sind Beispiele für fetale Indikationen (Hopp & Kalache, 2011). Zu den mütterlichen Indikationen zählen unter anderem Herz- und Lungenerkrankungen sowie die Erschöpfung der Mutter (Hopp & Kalache, 2011; Gitsch & Janisch, 1985). Unter kombinierten Indikationen versteht man beispielsweise eine verlängerte Austreibungsperiode, mit oder ohne Haltungs- und Einstellungsanomalien, eine schwere Präeklampsie oder einen Geburtsstillstand (Hopp & Kalache, 2011; Gitsch & Janisch, 1985).

Bevor die vaginal-operative Entbindung durchgeführt werden kann, muss man einige Voraussetzungen dafür überprüfen. Dazu zählen die vollständige Eröffnung des Muttermundes, der Höhenstand des fetalen Kopfes in Beckenmitte oder auf Beckenboden und die Abklärung der Haltung und Einstellung des kindlichen Kopfes. Weitere Parameter sind der erfolgte Blasensprung und der Ausschluss eines Schädel-Becken-Missverhältnisses (Hopp & Kalache, 2011; Baumann & Geipel, 2000).

Bei der Wahl des Instrumentes ist ein erfahrener Operateur gefragt, der je nach Situation eine angemessene Entscheidung trifft. Die Vakuumextraktion wird in vielen Ländern aufgrund der schwächeren mütterlichen Verletzungen und der geringeren Langzeitauswirkungen favorisiert. In Österreich wurden 2007 beispielsweise 5,9% Vakuum- und 0,2% Zangenentbindungen durchgeführt (Hopp & Kalache, 2011).

3.1. Zangengeburt

Die Zangenentbindung ist die älteste Methode der vaginal-operativen Geburt. Die Entwicklung der Geburtszange geht auf die englische Ärztfamilie Chamberlen aus dem 17. Jahrhundert zurück (Gitsch & Janisch, 1985; Malon & Rübsaamen, 1995).

Es gibt heutzutage verschiedenste Zangenmodelle, die alle aus zwei Metallblättern bestehen. Ein Metallblatt kann unterteilt werden in den Löffel, den Halsteil und den Zangengriff (Malon & Rübsaamen, 1995; Hopp & Kalache, 2011). Bevorzugt eingesetzt werden die Kjelland-Zange und die Naegele-Zange (Baumann & Geipel, 2000). Die als Universalmodell geltende Kjelland-Zange hat ein Gleitschloss (Malon & Rübsaamen, 1995), wodurch die beiden Zangenblätter gegeneinander verschiebbar sind und sich so gut an den kindlichen Kopf anpassen können (Baumann & Geipel, 2000). Sie weist im Gegensatz zur Naegele-Zange keine Beckenkrümmung auf und ist daher auch besonders geeignet, wenn der fetale Kopf sich noch nicht vollständig gedreht in der Beckenmitte befindet (Hopp & Kalache, 2011).



Abb. 9.13: Kjelland-Zange mit gekreuzter Löffelanordnung

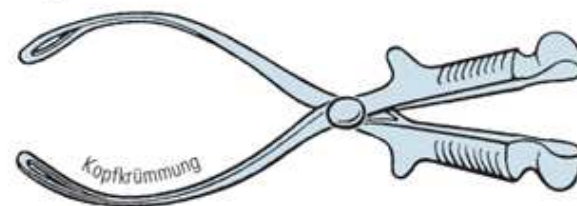


Abb. 9.14: Naegele-Zange (von oben)

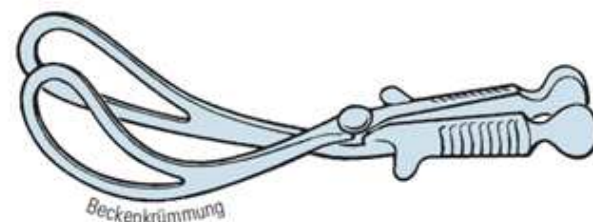


Abb. 9.15: Naegele-Zange (von der Seite)

Abbildung 2: Kjelland-Zange und Naegele-Zange

Die beiden Löffel der Zange werden vorsichtig zwischen Vaginalwand und fetalem Kopf eingeführt und dadurch der Schädel umfasst. Nach dem Schließen der Zange muss zuerst der richtige Sitz überprüft werden, bevor die Extraktion des Kopfes wehensynchron erfolgen kann. Beim Kind können durch die Zangenlöffel Abschürfungen oder kleine Hämatome entstehen, während die Mutter häufig Weichteilverletzungen erleidet (Hopp & Kalache, 2011; Baumann & Geipel, 2000; Malon & Rübsaamen, 1995).

3.2. Saugglockengeburt

1954 gelang es Malmström, einen für die vaginal-operative Geburt verwendbaren Vakuumextraktor zu entwickeln. Das Instrument setzt sich zusammen aus einer Saugglocke aus Metall oder Silikon, einem Schlauchsystem, einer Vakuumflasche und einer Vakuumpumpe (Hopp & Kalache, 2011; Malon & Rübsaamen, 1995).

Bei einer Frühgeburt oder einer Deflexionshaltung wird von einer Saugglockenextraktion abgeraten, da diese zu große Verletzungsgefahr mit sich bringt (Baumann & Geipel, 2000; Malon & Rübsaamen, 1995). Außerdem dauert das Anlegen des Vakuums einige Zeit, weshalb in akuten Notsituationen eine Zangenextraktion oder ein Kaiserschnitt vorzuziehen sind (Baumann & Geipel, 2000).

Nachdem die Glocke am kindlichen Schädel angebracht und der Sitz kontrolliert ist, erfolgt das langsame Ansaugen bis zum optimalen Unterdruck von 0,8kg/cm². Nach einem Probezug findet die Extraktion des Kopfes wehensynchron statt. Der Rest des Körpers wird wie auch bei der Zangenentbindung in gewohnter Weise manuell entwickelt. Durch den Unterdruck entsteht beim Kind ein Kopfgeschwulst, welches sich jedoch kurze Zeit nach der Geburt wieder zurückbildet (Hopp & Kalache, 2011; Baumann & Geipel, 2000; Malon & Rübsaamen, 1995).

4. KAISERSCHNITT - SECTIO CAESAREA

4.1. Kaiserschnittraten

Seit den 1970er Jahren steigt die Zahl der Kaiserschnitte kontinuierlich an (Schneider & Husslein, 2011). Als Gründe dafür nennen Schneider und Husslein (2011) Weiterentwicklungen im Bereich der Anästhesie, der Operationstechnik und der postoperativen Nachbetreuung. Der Kaiserschnitt entwickelte sich somit in den letzten Jahren zu einer sehr sicheren Entbindungsvariante (Schneider & Husslein, 2011) und ist nicht nur in wohlhabenden Ländern, sondern auch in jenen mit niedrigerem Einkommen die am häufigsten durchgeführte abdominale Operation (Hofmeyr, Novikova, Mathai & Shah, 2009). Diente die Sectio früher als letzter Ausweg zur Rettung von Mutter oder Kind, so ist sie heute eine anerkannte Alternative zur Spontangeburt (Schneider & Husslein, 2011).

Baumann und Geipel (2000) geben folgende Gründe für die steigenden Sectionraten an: höheres durchschnittliches Gebäralter, intensivere geburtshilfliche Überwachung, frühere Erkennung fetaler Gefahrenzustände, häufigere elektive Sectio bei Beckenendlagen, Frühgeburten sowie Mehrlingsschwangerschaften, vorhergehender Kaiserschnitt oder andere Operation am Uterus und die Abnahme der vaginal-operativen Verfahren. Der Wunsch der Mutter nach einer Sectio ohne medizinische Indikation zählt ebenfalls zu den Ursachen (OECD, 2015). Immer mehr Ärzte wollen aus Angst vor plötzlich auftretenden Komplikationen und den damit eventuell verbundenen Klagen kein Risiko eingehen und entscheiden sich aufgrund mangelnder Erfahrung in der Operationstechnik (z.B. bei vaginaler Geburt aus Beckenendlage) oder prophylaktisch für einen Kaiserschnitt (DGGG, 2010).

Die Kaiserschnitttrate betrug 2007 weltweit schätzungsweise 15%, wobei es massive Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern gibt. In den Entwicklungsländern ist die durchschnittliche Sectionrate viel niedriger, als in den Industrienationen, die Mortalitätsrate hingegen hoch. In Afrika beispielsweise erfolgten im Mittel etwa 3,5% aller Geburten durch einen Kaiserschnitt, wobei in Südafrika zirka jedes 15. Kind, in Burkina Faso, Mali und Nigeria nicht einmal 2% aller Kinder per Sectio auf die Welt kamen. 2007 betrug die durchschnittliche Sectionrate in Europa 19%. Auch hier konnte man große Differenzen zwischen den einzelnen Ländern erkennen. Italien mit

36% und Portugal mit 30,2% führten, während Serbien und Montenegro mit 8% und Moldawien mit 6,2% die Schlusslichter bildeten (Betrán u.a., 2007).

Vergleicht man die OECD-Länder, so findet man die niedrigsten Sectionraten in den nordischen Ländern Europas (Island, Finnland, Schweden, Norwegen), sowie in Israel mit zirka 15-16,5%. Die Türkei, Mexiko und Chile sind die Spitzenreiter mit einer Kaiserschnitttrate von bis zu 50%. Österreich liegt mit 28,8% knapp über dem OECD-Durchschnitt von 27,6%. Seit 2000 konnte in den meisten OECD-Ländern ein Anstieg der Schnittentbindungen verzeichnet werden, wobei die Raten von etwa 20% auf 28% stiegen. Die Zuwachsrate ist noch deutlicher in jenen Ländern zu erkennen, die heute die höchsten Raten aufweisen (OECD, 2015). Auch in Österreich konnte ein Anstieg der Kaiserschnittentbindungen festgestellt werden. Lag die Sectionrate 2004 noch bei 23,6%, so stieg sie bis 2014 auf 29,8% (Statistik Austria, 2015a).

4.2. Primäre und sekundäre Sectio

Primäre Sectio

Unter primärer Sectio versteht man einen Kaiserschnitt, der vor dem Einsetzen der Wehen bzw. vor dem Blasensprung erfolgt (Kolip, 2012; Malon & Rübsaamen, 1995). Man bezeichnet die primäre Schnittentbindung auch als elektive Sectio, weil die Entscheidung dafür vor der Geburt fällt (Kolip, 2012).

Sekundäre Sectio

Eine sekundäre Sectio, auch als Notkaiserschnitt bezeichnet, wird demnach erst nach dem Einsetzen der Wehen bzw. dem Blasensprung durchgeführt, wenn es während der Geburt zu Komplikationen kommt, die das Leben der Mutter und/oder des Kindes gefährden (Kolip, 2012). Dazu zählen beispielsweise schlechte Herztöne des Kindes oder ein Geburtsstillstand (Lutz & Kolip, 2006).

4.3. Indikationen für einen Kaiserschnitt

Man unterscheidet im Wesentlichen absolute und relative Indikationen. Von einer absoluten Indikation spricht man, wenn aufgrund der Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit von Mutter und/oder Kind nur dieser Entbindungsweg möglich ist. Der Großteil der Kaiserschnitte erfolgt jedoch aufgrund einer relativen Indikation, bei der die geburtsmedizinischen Risiken für Mutter und Kind abgewogen werden müssen (DGKG, 2010).

Zu den absoluten Indikationen zählen laut der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2010):

- Querlage
- absolutes Schädel-Becken-Missverhältnis
- Beckendeformitäten
- drohende Uterusruptur
- Plazenta praevia = Fehllage der Plazenta, bei der ein Teil oder der komplette Geburtskanal verdeckt wird (Baumann, 2000)
- vorzeitige Lösung der Plazenta
- fetale Azidose = Störung des Säure-Basen-Haushaltes (pH-Wert <7,37) (Pschyrembel 1, 2016)
- Amnioninfektionssyndrom = Keimbesiedelung des Chorioamnions während der Schwangerschaft oder der Geburt (Baumann, 2000)
- Eklampsie = Krampfanfälle oder Koma in Verbindung mit einer Präeklampsie, Merkmale der Präeklampsie sind Hypertonie, Proteinurie und Ödeme (Hösli & Holzgreve, 2000)
- Nabelschnurvorfall = Einklemmung der Nabelschnur nach dem Blasensprung durch das Tieferreten des vorangehenden kindlichen Teiles (Baumann, 2000)
- HELLP-Syndrom (Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelet Counts) = Variante der Präeklampsie, die, wie der Name bereits verrät, mit einer Hämolyse, erhöhten Transaminasen- und Bilirubinwerten und erniedrigten Thrombozytenzahlen einhergeht (Pschyrembel 2, 2016) (DGKG, 2010)

Als häufigste relative Indikationen nennt die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2010) Beckenendlage, Makrosomie (über 4500g), Verdacht auf ein Schädel-Becken-Missverhältnis, Mehrlingsschwangerschaft, vorhergehender Kaiserschnitt, pathologisches CTG, verzögerter Geburtsverlauf, Geburtsstillstand und die Erschöpfung der Mutter.

4.4. Wunschkaiserschnitt

Wenn Schwangere eine primäre Sectio ohne medizinischen Grund wünschen, spricht man von einem Wunschkaiserschnitt (Lutz & Kolip, 2006). Die Ursachen dafür sind sehr vielfältig. In einer Studie von Al-Mufti, McCarthy und Fisk (1997) wurden zahlreiche Geburtshelfer nach dem bevorzugten Geburtsmodus und in weiterer Folge auch nach den Gründen für einen primären Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation befragt. Die häufigsten Antworten waren: Angst vor Dammverletzungen und Spätfolgen wie Inkontinenz, Angst vor Auswirkungen auf das Sexualleben, Angst vor Schäden am Kind und die Planbarkeit des Geburtstermins (Al-Mufti u.a., 1997). Hildingsson, Rådestad, Rubertsson und Waldenström (2002) untersuchten schwedische Frauen in früher Schwangerschaft bezüglich der Gründe für einen Wunschkaiserschnitt. Angst vor der Geburt im Allgemeinen, ein vorausgehender Kaiserschnitt und ein vorausgehendes negatives Geburtserlebnis zählten zu den häufigsten Ursachen (Hildingsson u.a., 2002).

4.5. Operationstechniken

Bevor eine Entbindung mittels Kaiserschnitt erfolgen kann, muss der Schwangeren eine Narkose verabreicht werden. Dabei wird heutzutage in den meisten Fällen eine Regionalanästhesie (Spinal- oder Periduralanästhesie) einer Vollnarkose vorgezogen. Gründe dafür sind geringere Risiken, geringerer zeitlicher Aufwand und die Möglichkeit, dass die Mutter die Geburt des eigenen Kindes miterleben kann (Hundelshausen & Mörtl, 2011).

Man unterscheidet viele verschiedene Methoden der Sectio. Hier erwähnt seien nun die „klassische“ Sectio und die immer häufiger angewandte Misgav-Ladach Technik.

4.5.1. Die „klassische“ Sectio

Der Hautschnitt erfolgt meist quer etwa zwei Zentimeter oberhalb der Symphyse (Querschnitt nach Pfannenstiel). Früher wurde auch oft ein vertikaler Schnitt am Unterbauch praktiziert, der jedoch aufgrund der bleibenden sichtbaren Narbe, größeren postoperativen Schmerzen, schlechterer Heilung und einem höheren Risiko für eine Uterusruptur in einer Folgeschwangerschaft nur im Ausnahmefall angewandt wird. Im Anschluss daran können die Bauchdecken (Fettgewebe, Muskelfaszie und Peritoneum) mit dem Skalpell eröffnet werden (Schneider & Husslein, 2011). Die Eröffnung der Gebärmutter, Uterotomie genannt, erfolgt über einen etwa zwei Zentimeter quer am unteren Uterinsegment verlaufenden Schnitt und wird stumpf nach links und rechts mit Hilfe der Finger erweitert (Dudenhausen, 2011). Nun kann das Kind entwickelt und von einer Hebamme oder einem Kinderarzt erstversorgt und abgenabelt werden. Währenddessen wird vom Operateur die Plazenta entweder nach spontaner Lösung oder durch Gabe von Oxytozin induziert entfernt (Gitsch & Janisch, 1985). Zum Schluss werden Uterus, Bauchdecken und Haut vernäht (Schneider & Husslein, 2011).

4.5.2. Misgav-Ladach Technik - die „sanfte“ Sectio

In den 1970er Jahren wurde am Misgav-Ladach-Krankenhaus in Jerusalem (Israel) eine vereinfachte Technik des Kaiserschnitts entwickelt, die schon bald sehr populär wurde (Joura & Husslein, 2000). Es handelte sich dabei um eine Modifikation der Laparotomie (Eröffnung der Bauchhöhle) nach Joel-Cohen (Hofmeyr u.a., 2009). Die Idee dieser neuen Technik war, so wenig Schaden wie möglich anzurichten, überflüssige Schritte zu vermeiden und dadurch den Eingriff so einfach wie möglich zu gestalten (Federici u.a., 1997).

Der Hautschnitt erfolgt dabei etwas höher als beim Pfannenstiel-Querschnitt, etwa drei Zentimeter unter der Verbindungslinie der Spinae iliacae anteriores superiores (Dudenhausen, 2011; Federici u.a., 1997). Subkutis und Faszie werden nur in der Mitte zirka zwei bis drei Zentimeter geöffnet und dann mit Hilfe der Fingern aufgedehnt (Joura & Husslein, 2000; Dudenhausen, 2011). Die Uterotomie wird über

der peritonealen Umschlagfalte vorgenommen und sodann Kind und Plazenta entwickelt (Dudenhausen, 2011). Neben der größtenteils stumpfen Eröffnung, gibt es noch weitere Unterschiede zur „klassischen“ Sectio. Der Uterus wird einschichtig verschlossen, das Peritoneum im Gegensatz zur Faszia nicht genäht. Der Verschluss der Haut erfolgt meist in Form von drei Rückstichnähten (Joura & Husslein, 2000; Dudenhausen, 2011).

Neben den zahlreichen Vorteilen der Misgav-Ladach Methode, wie beispielsweise einer kürzeren Operationszeit, Einsparung an Materialien, einem unkomplizierteren postoperativen Verlauf und einem kürzeren stationären Aufenthalt (Joura & Husslein, 2000), sowie einem geringeren Blutverlust während der Operation (Dudenhausen, 2011), konnten bisher keine Nachteile entdeckt werden (Joura & Husslein, 2000).

5. KAISERSCHNITT VS. VAGINALE GEBURT

Bei einem primären Kaiserschnitt ist der Verlauf der Geburt klarer vorauszusagen als bei einer vaginalen Entbindung, wo plötzlich unerwartete Komplikationen auftreten können und eventuell eine Notsectio oder eine vaginal-operative Hilfe verlangen (Schneider & Husslein, 2011). Dennoch kann man keine genaue Aussage darüber tätigen, ob die elektive Sectio oder eine geplante vaginale Geburt bei einer risikoarmen Schwangerschaft für Mutter und Kind besser ist (Schneider & Husslein, 2011; NIH, 2006).

Risiken für die Mutter bei einer Sectio

Das Risiko bei einer sekundären Sectio ist generell größer als bei einer primären geplanten, da es in diesen Fällen meist schnell gehen muss (Schneider & Husslein, 2011; DGGG, 2010).

Bis vor wenigen Jahren wurde ein Kaiserschnitt aufgrund der hohen mütterlichen Sterblichkeit nur im Notfall durchgeführt. Durch die Verbesserung der Operationstechnik, der Anästhesie, der Thromboseprophylaxe sowie dem Einsatz von Antibiotika ist diese enorm gesunken. Dennoch gibt es andere Risiken, die mit einem Kaiserschnitt assoziiert werden, wie beispielsweise eine erneute Sectio bei

einer Folgeschwangerschaft, Plazentationsstörungen oder eine Uterusruptur (DGGG, 2010). Usta, Hobeika, Abu Musa, Gabriel und Nassar (2005) untersuchten in ihrer Studie die Risikofaktoren und Komplikationen von Plazentationsstörungen und kamen zu folgendem Ergebnis: nach einem Kaiserschnitt steigt das Risiko für das Auftreten einer Placenta praevia um 1,9%, nach zwei um 15,6% und nach drei Sectios um 23,5%. Auch Hemminki, Shelley und Gissler (2005) beschäftigten sich in ihrer Studie mit den Komplikationen und Folgen weiterer Geburten in Abhängigkeit des Geburtsmodus. Neben den schon erwähnten höheren Risiken einer erneuten Sectio und Plazentationsstörungen konnten sie noch häufigere Fehllagen des Fetus sowie häufiger auftretende Blutungen vor Geburtsbeginn in Verbindung mit einem vorangegangenen Kaiserschnitt bringen (Hemminki u.a., 2005).

Die mütterliche Morbidität ist bei einem geplanten Kaiserschnitt dreimal höher als bei einer geplanten vaginalen Entbindung und umfasst zum Teil schwere Komplikationen, wie Wochenbettinfektionen, venöse Thromboembolie, Herzstillstand der Mutter und schwere Blutungen bis zur Notwendigkeit der Entfernung der Gebärmutter (Liu u.a., 2007).

Risiken für die Mutter bei vaginaler Geburt

Beckenbodenschädigungen und Harninkontinenz treten nach einer vaginalen Geburt häufiger auf als nach einer Sectio (DGGG, 2010). Nygaard (2006) spricht sogar von einem doppelt so hohen Risiko einer Harninkontinenz nach der ersten vaginalen Entbindung. Bereits nach dem dritten Kaiserschnitt ist das Risiko einer Harninkontinenz, sowie auch einer Beckenbodenschädigung gleich hoch wie bei der natürlichen Geburt (Ben-Meir, Schenker & Ezra, 2005; Wilson, Herbison & Herbison, 1996, zit. nach Ben-Meir, Schenker & Ezra, 2005, S. 109). Auch bezüglich der Stuhlinkontinenz wurden bereits Untersuchungen gemacht (Eason, Labrecque, Marcoux & Mondor, 2002). Die Ergebnisse zeigten, dass am häufigsten Frauen nach vaginalen Geburten mit einem Dammriss dritter oder vierter Stufe daran litten, gefolgt von natürlichen Entbindungen ohne Komplikationen. Bei einem Kaiserschnitt zeigte sich das niedrigste Risiko (Eason u.a., 2002).

Die sexuelle Gesundheit von Frauen nach einer Geburt wurde bisher noch nicht ausreichend untersucht, da dieses Thema häufig tabuisiert wird, die für diese Studie

nötigen Parameter nicht so einfach zu definieren sind und auch die Stichprobe sehr heterogen sein wird (Husslein, 2001). In einer Studie von Barrett u.a. (2000) konnte ein häufiges Auftreten von sexuellen Problemen nach der Geburt festgestellt werden. Dazu zählten vor allem der Verlust des sexuellen Verlangens sowie die Dyspareunie (Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs). Es zeigte sich, dass diese Probleme drei Monate nach einer vaginalen Geburt häufiger auftraten als nach einem Kaiserschnitt. Nach sechs Monaten konnte man allerdings keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und der Dyspareunie mehr feststellen (Barrett u.a., 2000).

Risiken für das Kind bei einer Sectio

De Luca, Boulvain, Irion, Berner und Pfister (2009) berichten von einer höheren kindlichen Morbiditäts- und Mortalitätsrate nach Sectio im Vergleich zu einer vaginalen Entbindung. Atemwegsprobleme treten außerdem seltener nach einer Sectio am Termin auf als bei einem geplanten Kaiserschnitt vor dem Geburtstermin (De Luca u.a., 2009).

In der Literatur sind Hinweise zu finden, dass Kinder, die per primären Kaiserschnitt, d.h. vor Beginn der Wehen, auf die Welt kommen, ein höheres Risiko für Allergien, Asthma, Diabetes Typ 1 und Magen-Darm Erkrankungen haben (Cho & Norman, 2013; Kero u.a., 2002; Salam u.a., 2006). Laut einer Studie, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Asthma und Sectio beschäftigt, ist das Risiko, in der Kindheit an Asthma zu erkranken, für Kaiserschnittkinder am höchsten, gefolgt von Kindern, die durch eine vaginal-operative Geburt auf die Welt kommen. Am niedrigsten ist das Risiko bei einer vaginalen Geburt. Babies, die vor dem Geburtstermin auf die Welt kommen, haben ebenfalls ein größeres Asthma-Risiko (Tollånes, Moster, Daltveit & Irgens, 2008). Auch Levine, Ghai, Barton und Strom (2001) bestätigten, dass das Risiko des Kindes für eine Atemwegserkrankung, wie beispielsweise dem Atemnotsyndrom, nach einem Kaiserschnitt höher ist als nach einer vaginalen Entbindung. Dabei kann man noch einmal unterscheiden, ob es sich um eine Sectio vor oder nach Wehenbeginn handelt. Das Risiko für das Atemnotsyndrom ist bei einem geplanten Kaiserschnitt höher als bei einem Notkaiserschnitt (Gerten, Coonrod, Bay & Chambliss, 2005).

Die Gründe für das erhöhte Risiko, nach einem Kaiserschnitt an Atemwegserkrankungen oder Allergien zu leiden, sind vielfältig. Laut Tollånes u.a. (2008) spielt bei der vaginalen Geburt der Kontakt mit den mütterlichen Darmbakterien eine große Rolle. Kaiserschnittkinder treffen stattdessen als erstes auf die Bakterien des Krankenhauses (Tollånes u.a., 2008). Ein weiterer Grund könnte sein, dass Kaiserschnittgeburten oftmals komplizierter sind bzw. mit einem erhöhten Risiko an intrauterinen Infektionen einhergehen. Auch die fehlende Enge des Geburtskanals bei einer Sectio hat einen negativen Effekt auf das kindliche Atmungssystem. Es kommt bei einem Kaiserschnitt nämlich nicht zum Herauspressen des Fruchtwassers aus den Atemwegen (Salam u.a., 2006).

Risiken für das Kind bei vaginaler Geburt

Vogl u.a. (2006) fand heraus, dass der Stresshormonspiegel der Mutter und auch die Stresshormone im fetalen Nabelschnurblut bei einer vaginalen Geburt eine höhere Konzentration aufweisen als bei einer Sectio. Mittlerweile weiß man, dass sich dieser Stress positiv auf die abschließende Lungenreifung auswirkt, denn durch die Wehen werden Katecholamine und Prostaglandine ausgeschüttet, die die Produktion von Surfactant fördern (MacDorman, Declercq, Menacker & Malloy, 2006).

6. PRÄNATALDIAGNOSTIK

In der Pränataldiagnostik unterscheidet man invasive Verfahren, wie zum Beispiel die Chorionzottenbiopsie, die Amniozentese oder die Chordozentese, von den nicht-invasiven Verfahren, zu denen neben Ultraschalluntersuchungen noch zahlreiche andere zählen.

6.1. Nicht-invasive Verfahren

Es gibt mittlerweile viele nicht-invasive Verfahren, von denen im Anschluss die gängigsten kurz erläutert werden.

6.1.1. Ultraschalluntersuchungen

Laut dem österreichischen Mutter-Kind-Pass sind während der Schwangerschaft drei Ultraschalluntersuchungen vorgesehen (BMG, 2016). Die erste sollte zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche stattfinden (BMG, 2016) und dient der Lokalisation des Implantationsortes, der Überprüfung der äußeren Form und Vitalität des Embryos (Herzaktivität und Kindsbewegungen), der Bestimmung des Gestationsalters, sowie der Feststellung einer eventuell vorliegenden Mehrlingsschwangerschaft (Tercanli & Holzgreve, 2000). Zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche erfolgt die zweite Ultraschalluntersuchung, während zwischen 30. und 32. Schwangerschaftswoche die letzte stattfindet (BMG, 2016). Beim Ultraschall im zweiten und dritten Trimenon der Schwangerschaft werden die Vitalität, die Lage und das Wachstum des Ungeborenen, der Sitz der Plazenta und ihre Struktur, die Fruchtwassermenge, sowie Hinweise auf eventuelle Fehlbildungen untersucht (Tercanli & Holzgreve, 2000).

6.1.2. Triple Test

Der Name Triple Test kommt daher, dass bei dieser Blutuntersuchung der Mutter drei schwangerschaftsspezifische Hormone (freies Estriol, beta-HCG (humanes Choriongonadotropin), alpha-Fetoprotein) mit dem Alter der Schwangeren und der Schwangerschaftsdauer in Verbindung gebracht werden. Aufgrund dieser Daten kann dann berechnet werden, ob für das Ungeborene ein erhöhtes Risiko für das Down-Syndrom (Trisomie 21) besteht. Dieser minimal-invasive Test birgt keine Risiken für Mutter und Kind, stellt jedoch keine endgültige Diagnose. Eine Alternative mit höherer Entdeckungsrate stellt der Combined-Test dar, bei dem eine Hormonanalyse mit der Nackentransparenzmessung kombiniert ist (Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin 1, 2016).

6.1.3. Organscreening

Das Organscreening ist eine ausführliche Ultraschalluntersuchung, die zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden kann und bei der die kindlichen Organsysteme genauestens untersucht werden. 90 % aller Fehlbildungen können dadurch erkannt und eventuell frühzeitig behandelt werden (Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin 2, 2016).

6.1.4. Ersttrimesterscreening

Das Ersttrimesterscreening dient der Risikoabschätzung für Chromosomenstörungen beim Ungeborenen und besteht aus einem Ultraschall, der Messung der Nackentransparenz und dem Combined Test (Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin 3, 2016).

Ultraschall

Nach der ersten Ultraschalluntersuchung findet zwischen der 11. und 18. Schwangerschaftswoche eine weitere statt (Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin 3, 2016), die vor allem Hinweise auf Fehlbildungen und Chromosomenstörungen geben soll (Arzt, 2009).

Nackenfaltenmessung

Im Zuge einer Ultraschalluntersuchung wird bei der Nackenfaltenmessung zwischen der 11. und 14. Schwangerschaftswoche die maximale Dicke der Flüssigkeitsansammlung im Bereich der Halswirbelsäule des Ungeborenen gemessen. In Kombination mit dem Alter der Schwangeren kann mit Hilfe eines Programmes berechnet werden, ob ein erhöhtes Risiko für eine Chromosomenabweichung (z.B. Trisomie 21) oder einen Herzfehler besteht (Arzt, 2009).

Combined Test

Der Combined Test dient ebenfalls der Früheinschätzung von Down-Syndrom und Organfehlbildungen, wie beispielsweise Herzfehler, und wird zwischen der 11. und 14. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Die Ultraschalldaten der Nackentransparenzmessung und die Daten einer Hormonanalyse, bei der die Plazentahormone PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) und beta-HCG aus dem mütterlichen Blut erhoben werden, sowie das Alter der Mutter werden verwendet, um das Risiko für ein Kind mit Down-Syndrom zu berechnen (Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin 4, 2016).

6.2. Invasive Verfahren

Zu den invasiven Verfahren zählen die Chorionzottenbiopsie, die Amniozentese und die Chordozentese. Mit ihrer Hilfe kann man meist eine eindeutige Diagnose stellen (Arzt, 2009).

6.2.1. Chorionzottenbiopsie

Bei der Chorionzottenbiopsie, die zwischen der 11. und 14. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden kann, wird unter örtlicher Betäubung und Ultraschallkontrolle eine Nadel über die Bauchdecke bis zur Plazenta geführt und mittels einer Spritze Trophoblastengewebe entnommen. Diese Probe wird dann in einem Labor analysiert und eventuelle fetale Erkrankungen erkannt oder ausgeschlossen. Der Vorteil der Chorionzottenbiopsie liegt darin, dass diese Untersuchung in einem sehr frühen Stadium der Schwangerschaft durchgeführt werden kann und das Ergebnis innerhalb von drei Tagen zur Verfügung steht. Zu den Nachteilen zählen ein erhöhtes Infektionsrisiko, eventuell auftretende Hämatome und Blutungen, sowie eine Fehlgeburtenrate von zirka 0,5-1% (Arzt, 2009; Kemmann, 1995).

6.2.2. Amniozentese

Die Amniozentese dient der Überprüfung bei Verdacht auf Chromosomenabweichungen. Sie wird idealerweise zwischen der 15. und 18. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Unter Ultraschallüberwachung wird mit Hilfe einer Hohlnadel, die durch die Bauchdecke bis zur Fruchtblase reicht, Fruchtwasser entnommen. Die darin befindlichen kindlichen Zellen müssen zuerst im Labor kultiviert werden, bevor man den genauen Chromosomensatz bestimmen kann. Nachteile der Amniozentese sind, dass sie erst spät durchgeführt werden kann und es zwei bis drei Wochen dauert, bis die Ergebnisse verfügbar sind. Außerdem beträgt das Fehlgeburtsrisiko, wie auch bei der Chorionzottenbiopsie, 0,5-1% (Arzt, 2009; Kemmann, 1995).

6.2.3. Chordozentese

Die Chordozentese oder Punktion der Nabelvene dient der Entnahme fetalen Nabelschnurblutes und wird eingesetzt, wenn Verdacht auf Infektionen (z.B. Röteln)

oder Anämie (Blutarmut) besteht. Außerdem kann die DNA des Ungeborenen auf Gendefekte untersucht werden. Über die Nabelschnur können dem Kind auch Medikamente oder Bluttransfusionen gegeben werden, was heutzutage zu Therapiezwecken eingesetzt wird. Nachteile dieser Methode sind die erhöhte Infektionsgefahr, die Möglichkeit kindlicher Verletzungen sowie das erhöhte Fehlgeburtsrisiko von 1-2% (Arzt, 2009).

7. VORSTELLUNGEN VON FRAUEN ZUR GEBURT

Es gibt bereits zahlreiche Studien, die sich mit den Vorstellungen von Frauen zur Geburt beschäftigen und wodurch diese eventuell beeinflusst werden.

Hallgren, Kihlgren, Norberg und Forslin (1995) untersuchten in ihrer Studie die Vorstellungen von Frauen zur Geburt und zu Geburtsvorbereitungskursen vor und nach den Kursen bzw. der Geburt. Dazu wurden die elf teilnehmenden Frauen einmal vor dem Geburtsvorbereitungskurs, einmal danach und einmal nach der Geburt interviewt. Die Vorstellungen der Schwangeren nach dem ersten Interview konnten in vier Kategorien zusammengefasst werden. Die erste Gruppe von Frauen sah die Geburt als bedrohliches Event, die zweite als erfreuliches, aber beängstigendes Ereignis, die dritte sprach von der Geburt als einem normalen Prozess und einer Herausforderung, während die restlichen Schwangeren die Geburt als vertrauenswertes Lebensereignis bezeichneten. Frauen, die die Geburt als bedrohlich empfanden, besuchten den Geburtsvorbereitungskurs aufgrund der Empfehlung der Hebamme und nicht unbedingt aufgrund ihres eigenen Interesses. Sie waren der Meinung, dass mehr Wissen um Schwangerschaft und Geburt weitere Ängste hervorrufen könnte. Nach dem Besuch des Kurses änderte allerdings die Hälfte der Schwangeren ihre Meinung im positiven Sinn. Ganz anders verhielten sich Frauen, die die Geburt als Herausforderung ansahen. Sie suchten aktiv nach weiteren Informationen und sahen in den Geburtsvorbereitungskursen auch Austauschmöglichkeiten mit anderen Schwangeren (Hallgren u.a., 1995).

Zehn Jahre später führten Fenwick, Hauck, Downie und Butt (2005) eine ähnliche Untersuchung durch. Ziel ihrer Studie war es, die Erwartungen von Schwangeren

oder Frauen, die innerhalb des letzten Jahres ein Kind geboren hatten, bezüglich der Geburt herauszufinden und auch wodurch diese beeinflusst wurden. Im Vergleich zur Studie von Hallgren u.a. war die Stichprobe mit 202 Frauen bei weitem größer. Nach einem Telefoninterview konnten die Vorstellungen in fünf Kategorien gefasst werden, wobei es drei positive und zwei negative Erwartungshaltungen gab. Der Großteil der Frauen war der Meinung, dass ihr Körper für eine vaginale Geburt gebaut ist und bezeichnete die Geburt daher als natürliches Ereignis. Die zweite positive Vorstellung war gekennzeichnet von der Möglichkeit, an Entscheidungen teilzunehmen, die Kontrolle über die Situation zu behalten und Unterstützung durch andere zu bekommen. In der dritten optimistischen Ansichtsweise wurde die Geburt als ein positives und problemloses Ereignis, das mit einem gesunden Neugeborenen endet, beschrieben. Zu den negativen Erwartungen zählte einerseits die Vorstellung, in der die Geburt generell als negatives Ereignis beschrieben wurde, andererseits die Idee von der Geburt als medizinisches Ereignis. Die letzte Vorstellung, bei der die Geburt mit medizinischer Intervention einhergeht, wurde von den wenigsten Frauen vertreten. Diese Gruppe war dadurch gekennzeichnet, dass die Frauen entweder ein früheres traumatisches Geburtserlebnis hatten oder als Risikoschwangere eingestuft wurden. Die Vorstellungen über die Geburt wurden durch verschiedenste Informationsquellen beeinflusst. Filme, Internet, Bücher und Magazine bildeten eine sehr wichtige Quelle, während jedoch Gespräche mit Familie und Freunden den größten Einfluss hatten. Die drittgrößte Wirkung erzielten Informationen, die von Hebammen und Ärzten kamen (Fenwick u.a., 2005). Zwei Jahre später publizierten Hauck, Fenwick, Downie und Butt (2007) eine Fortsetzung dieser Studie, in der sie untersuchten, ob die Erwartungen der Frauen durch die Geburt bestätigt wurden oder nicht und ob sich die Erwartungen für zukünftige Geburten verändert hatten. Frauen, bei denen sich die Vorstellungen vom tatsächlichen Geburtsverlauf abhoben, änderten ihre Sichtweise in Bezug auf eine weitere Geburt. Teilnehmerinnen, die eine positive Einstellung hatten, die auch durch die Geburt bestätigt wurde, veränderten ihre Sichtweise nicht (Hauck u.a., 2007).

Eine aktuelle Studie aus dem Jahr 2016 von Peñacoba-Puente, Carmona-Monge, Marín-Morales und Gallardo beschäftigte sich mit der Veränderung der Vorstellungen schwangerer Frauen vom ersten bis zum dritten Trimester. Abgesehen davon, dass kaum Unterschiede im Verlauf der Schwangerschaft feststellbar waren, konnte man

bei den gegebenen Aussagen deutliche Präferenzen erkennen. Über 90% aller Teilnehmerinnen wünschten sich Unterstützung von ihrem Ehemann, eine problemlose, schnelle Geburt und ein gesundes Kind, das sie nach der Geburt in ihre Arme schließen können. Die wenigsten Frauen fürchteten sich vor den Schmerzen der Geburt und davor, nicht zu wissen, was mit ihnen während der Entbindung passiert. Außerdem konnte festgestellt werden, dass Mehrgebärende positivere Erwartungen in Bezug auf die Geburtsschmerzen haben als Erstgebärende (Peñacoba-Puente u.a., 2016). Auch Ayers und Pickering (2005) deckten Unterschiede zwischen Erst- und Mehrgebärenden auf. Frauen, die zum ersten Mal schwanger waren, zeigten negativere Emotionen und stellten sich die Geburt traumatischer und herausfordernder vor als Mehrgebärende. Eine weitere Erkenntnis dieses Papers war, dass Ängste während der Schwangerschaft die Erwartungen negativ beeinflussen und die Erwartungen in Zusammenhang mit dem tatsächlichen Geburtserleben stehen. Eine negative Einstellung zur bevorstehenden Geburt ist also mit einem negativen Geburtserlebnis korreliert, während eine positivere Einstellung mit einem erfreulicheren Geburtsverlauf in Verbindung steht (Ayers & Pickering, 2005).

Es sind zurzeit noch wenige Studien bekannt, die sich mit den Vorstellungen Schwangerer aus Entwicklungsländern beschäftigen. Oweis und Abushaikha (2004) untersuchten Schwangere aus Jordanien bezüglich ihrer Einstellung zur bevorstehenden Geburt. Allgemein zeigten sich eher negative Erwartungen. Die Frauen stellten sich die Geburt schmerzhaft, beängstigend, schwer und lange vor. Ein großer Unterschied zu anderen Ländern ist das Fehlen von Geburtsvorbereitungskursen in Jordanien. Die Einführung dieser könnte die Einstellung von jordanischen Schwangeren positiv beeinflussen (Oweis & Abushaikha, 2004).

Aufgrund der steigenden Kaiserschnittraten untersuchten Tschudin u.a. (2009) in ihrer Studie die Einstellung von Frauen zum Thema Wunschkaiserschnitt. Der Großteil der Frauen (82,6%) wünschte sich eine vaginale Geburt. Die häufigsten Gründe gegen einen Kaiserschnitt waren das fehlende Geburtserlebnis, die mit einem Kaiserschnitt verbundene Operation und bleibende Narben und das erhöhte Risiko für die Mutter. Zu den Aspekten, die für einen Wunschkaiserschnitt sprechen, zählten die Schmerzfreiheit während der Geburt und die Verhinderung von

eventuellen Dammverletzungen, sowie ein negatives Erlebnis einer vorausgehenden vaginalen Geburt (Tschudin u.a., 2009).

Auch Chong und Mongelli (2003) beschäftigten sich in ihrer Studie mit der Einstellung von Frauen zu vaginaler Geburt und Wunschkaiserschnitt. Zusätzlich zum bevorzugten Geburtsmodus und den Gründen für und gegen einen Wunschkaiserschnitt wurde auch das Wissen der Schwangeren über mögliche Komplikationen der beiden Geburtsmodi überprüft. Es stellte sich heraus, dass wie auch in der Studie von Tschudin u.a. der Großteil der Frauen (95,1%) vaginal entbinden möchte. Der Hauptgrund, der gegen einen Wunschkaiserschnitt spricht, ist wiederum das fehlende Geburtserlebnis. Für einen Wunschkaiserschnitt sprechen das Vermeiden von Stress bei der Geburt und das Vermeiden eines Notkaiserschnittes. Das Wissen um die Komplikationen, die mit einer vaginalen Geburt bzw. einem Kaiserschnitt einhergehen können, ist sehr unterschiedlich. Viele Frauen sind sich über die Schmerzen nach einem Kaiserschnitt und die Möglichkeit einer Wundinfektion im Klaren. Die erhöhten Inkontinenzrisiken bei der ersten vaginalen Geburt sind jedoch weniger bekannt.

Wie die vorgelegten Studien zeigen, sind die Vorstellungen von Frauen zur Geburt sehr unterschiedlich. Geburtsvorbereitungskurse sowie Gespräche mit Hebammen und Ärzten haben das Ziel, Schwangeren wichtige Hinweise und Informationen zu bieten und dadurch deren Einstellung im positiven Sinne zu beeinflussen.

8. FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

Ziel dieser Arbeit war, Unterschiede zwischen Schwangeren und Nicht-Schwangeren bezüglich ihrer Vorstellungen zu Schwangerschaft und Geburt zu untersuchen. Auf Basis dieser Fragestellung wurden folgende Hypothesen aufgestellt und überprüft:

Hypothese 1: Schwangere und Nicht-Schwangere unterscheiden sich bezüglich ihrer Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt und der Wahl der schwangerschaftsbegleitenden Maßnahmen.

Hypothese 2: Schwangere und Nicht-Schwangere unterscheiden sich bezüglich ihrer geplanten Stilldauer, der Wahl der Informationsquellen und der Gründe für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt.

Hypothese 3: Schwangere haben genauere Vorstellungen zu Schwangerschaft und Geburt als Nicht-Schwangere.

9. MATERIAL UND METHODEN

9.1. Datenerhebung

Als Basis für diese Arbeit dient eine Stichprobe von 213 Schwangeren und 146 nicht schwangeren Studierenden. Die Daten wurden im Zeitraum von November 2015 bis Februar 2016 erhoben. Für die Stichprobe der Schwangeren wurden Fragebögen (siehe Anhang) in niederösterreichischen Praxen von drei Gynäkologen (zwei aus dem Waldviertel, einer aus dem Innviertel) und einer Gynäkologin aus dem Waldviertel aufgelegt. Außerdem verteilten zwei Hebammen, eine davon pensioniert, die Fragebögen an die Schwangeren in ihren Geburtsvorbereitungskursen. Einen Großteil der werdenden Mütter erreichte ich allerdings via Internet über Verwandte, Freunde und Bekannte und deren Bekannte. Zu diesem Zweck wurde ein dem ausgedruckten Exemplar identischer Online-Fragebogen über die Homepage <https://www.umfrageonline.com/> erstellt. Für die Stichprobe der Nicht-Schwangeren wurde ebenfalls ein Online-Fragebogen angefertigt und über Bekannte und Verwandte via Internet verbreitet.

9.2. Aufbau des Fragebogens

Die beiden Fragebögen wurden extra für diese Diplomarbeit verfasst. Der für die Schwangeren enthält 41 Fragen, der für die Nicht-Schwangeren 29. In beiden werden persönliche Daten (Alter, Nationalität, Ausbildung,...), sowie Daten zur Schwangerschaft (Pränataldiagnostik, Beschwerden, Stillverhalten,...) und zur Geburt (Informationsquellen, angestrebter Geburtsmodus, Ängste,...) erhoben. Bei den Schwangeren wird noch zwischen Erst- und Mehrgebärenden unterschieden, wodurch es ein paar zusätzliche Unterpunkte zu früheren Geburten gibt.

Die Fragen sind hauptsächlich zum Ankreuzen, entweder Single Choice oder Multiple Choice. Bei letzteren können oft zusätzliche Antwortmöglichkeiten von den Probandinnen ergänzt werden. Die Anzahl der offenen Fragen wurde möglichst gering gehalten. Es finden sich außerdem je drei Fragen mit Aussagen zu möglichen Nebeneffekten der Schwangerschaft, Ängsten und Aussagen zur Geburt, die mit einer Bewertungsskala von 1 bis 4 zu beantworten sind. Dabei wurde bewusst eine

gerade Zahl an Antwortmöglichkeiten gewählt, sodass die Schwangeren und Nicht-Schwangeren keine Mitte zur Auswahl haben.

9.3. Stichprobe

213 Schwangere und 146 Nicht-Schwangere füllten die Fragebögen entweder per Hand oder elektronisch aus. Bei den Fragebögen, die über die Online-Umfrage ausgefüllt wurden, musste ich 13 Schwangere und zehn Nicht-Schwangere ausschließen, da sie die Umfrage meist zu einem relativ frühen Zeitpunkt abgebrochen haben. Somit bleibt ein Datensatz von 200 Schwangeren und 136 Nicht-Schwangeren. Die Studentinnen waren zwischen 18 und 35 Jahre alt und wiesen ein mittleres Alter von 22,86 Jahren (Standardabweichung = SD = 2,963) auf. Die jüngste Schwangere war 18, die älteste 41 Jahre. Das Durchschnittsalter lag in dieser Gruppe bei 28,73 Jahren (SD = 4,226).

9.4. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS Statistics 23.0 für Windows. Es wurden Häufigkeitstabellen und Säulendiagramme mit den relativen Häufigkeiten erstellt. Zusammenhänge, die dadurch ersichtlich gemacht worden sind, wurden mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests auf ihre Signifikanz geprüft. Bei jenen drei Fragen, die mit einer vierstufigen Likert-Skala zu beantworten waren, wurden zuerst mittels deskriptiver Statistik die Mittelwerte gebildet und danach die Gruppenunterschiede mit Hilfe des nicht parametrischen Mann-Whitney U-Tests auf ihre Signifikanz geprüft. Die Grafiken wurden mit Powerpoint (Microsoft Office PowerPoint 2007), die Tabellen in Excel (Microsoft Office Excel 2007) erstellt.

10. ERGEBNISSE

10.1. Beschreibung der Stichproben

10.1.1. Nicht-Schwangere

Allgemeines

Diese Gruppe ist dadurch gekennzeichnet, dass alle Probandinnen zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens studierten, nicht schwanger waren und auch noch kein Kind auf die Welt gebracht haben. Sie umfasst 136 Teilnehmerinnen im Alter von 18 bis 35 Jahren mit einem mittleren Alter von 22,86 (SD = 2,963). Abbildung 3 zeigt die Altersverteilung der Nicht-Schwangeren. Über die Hälfte der Probandinnen (55,1%) war zwischen 21 und 24 Jahre alt. 30 Teilnehmerinnen (22,1%) waren jünger als 21 Jahre, die restlichen 30 älter als 24 Jahre. Eine Frau gab ihr Alter nicht an.

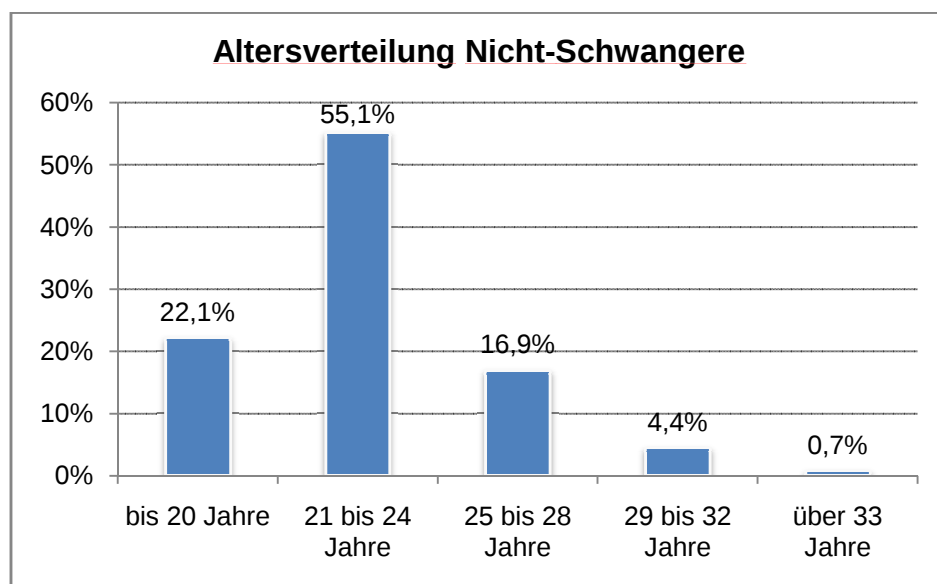


Abbildung 3: Altersverteilung der Nicht-Schwangeren

Bis auf sieben Probandinnen hatten alle österreichische Staatsbürgerschaft (94,9%). Fünf Studentinnen stammten aus Deutschland, eine aus Polen und eine gab ihre Nationalität nicht bekannt.

Etwas mehr als die Hälfte aller Nicht-Schwangeren (53,7%) war ledig, die restlichen 63 Studentinnen (46,3%) lebten in einer Partnerschaft. Unter den Probandinnen dieser Gruppe war niemand verheiratet oder geschieden.

Die Mehrheit der Frauen (55,1%) studiert an der Universität Wien. 8,1% absolvieren ihr Studium an der Technischen Universität Wien (TU), 7,4% an der Kirchlichen Pädagogischen Hochschule Wien/Krems (KPH Wien/Krems) und je 4,4% an der Wirtschaftsuniversität Wien (WU) bzw. der Universität für Bodenkultur Wien (BOKU). Je fünf Probandinnen stammen von der Medizinischen Universität Wien und von der FH Campus Wien. Die verbleibenden 18 Personen (13,2%) sind Studentinnen einer anderen Universität oder Fachhochschule.

Auf die Frage „Möchten Sie einmal Kinder haben?“ antwortete der Großteil der Nicht-Schwangeren (86%) mit „Ja“. 15 Studentinnen (11%) sind sich noch nicht sicher und vier Frauen (3%) möchten keine Kinder bekommen. Weiters beschäftigten sich 61 Probandinnen (44,9%) zumindest manchmal mit Kinderplanung. 29,4% hatten sich bereits Gedanken über Kinderplanung gemacht, etwa ein Viertel noch gar nicht.

Abbildung 4 zeigt, mit welchem Alter die Studentinnen ihr erstes Kind planen. Die meisten (53,7%) wollen zwischen 25 und 30 Jahren schwanger werden, etwas weniger als ein Drittel aller Probandinnen (30,1%) beabsichtigt zwischen 30 und 35 Jahren das erste Kind zu bekommen. Zwei Studentinnen (1,5%) möchten ihr erstes Kind bereits unter 25 bzw. erst über 35 Jahren in die Welt setzen. 13,2% aller Nicht-Schwangeren wissen noch nicht genau, wann sie Nachwuchs haben wollen.

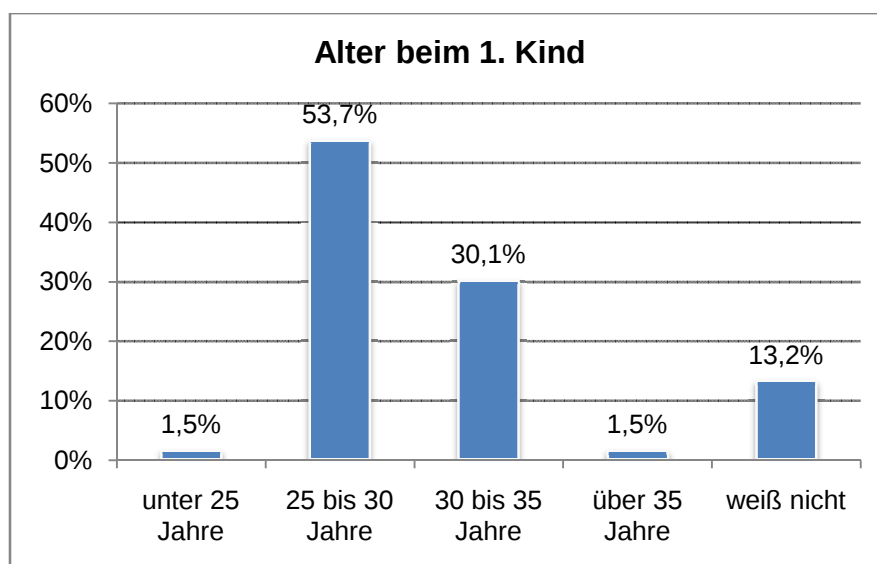


Abbildung 4: Mit welchem Alter möchten Sie Ihr erstes Kind bekommen?

In Abbildung 5 ist ersichtlich, wie viele Kinder die Nicht-Schwangeren einmal haben möchten. 56,6% aller Studentinnen wünschen sich zwei Kinder, während 29,4% drei

Kinder planen. Vier Frauen (2,9%) wollen keine Kinder, sechs (4,4%) jeweils eines und fünf Probandinnen (3,7%) wollen sogar vier oder mehr Kinder. Vier Teilnehmerinnen beantworteten diese Frage nicht.

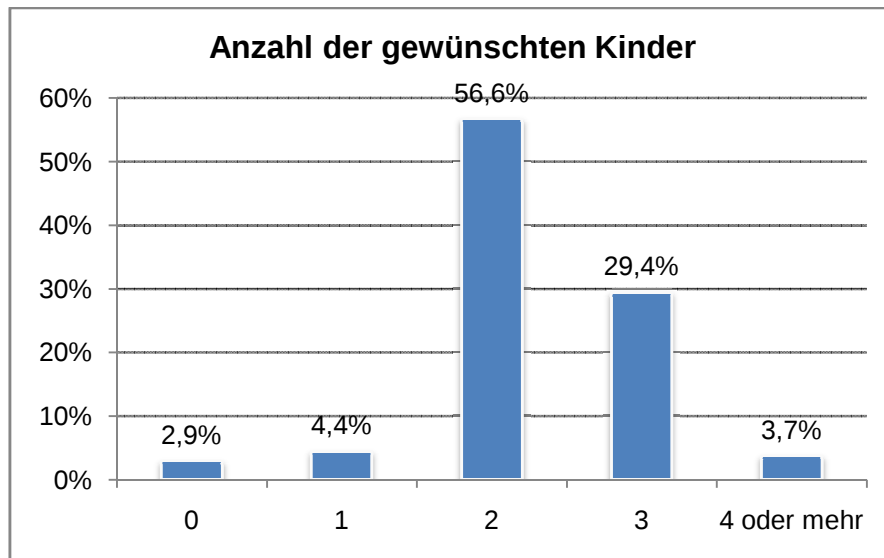


Abbildung 5: Anzahl der gewünschten Kinder bei Nicht-Schwangeren

Die Mehrheit der Studentinnen (43,4%) möchte sich die Karenzzeit mit dem Partner teilen, 24,3% wollen diese alleine genießen. Drei Probandinnen (2,2%) möchten nicht in Karenz gehen, während 30,1% es noch nicht genau wissen.

44,1% aller Nicht-Schwangeren haben vor, nach der Karenzzeit wieder in den Beruf einzusteigen. 18,4% der Teilnehmerinnen wollen so bald wie möglich arbeiten gehen, während ein Viertel der Frauen erst wieder ihrer Beschäftigung nachgehen möchte, wenn das Kind in den Kindergarten kommt. 17 Probandinnen (12,5%) wissen noch nicht, wie sie sich entscheiden werden.

Vorstellungen zur Schwangerschaft

Die Studentinnen wurden unter anderem gefragt, wie sie die in Abbildung 6 aufgelisteten Beschwerden während der Schwangerschaft empfinden würden. Sie konnten dabei zwischen vier Antwortmöglichkeiten wählen, die sich von sehr unangenehm bis nicht unangenehm erstreckten. Die meisten Beschwerden wurden von den Probandinnen als sehr bzw. eher unangenehm eingeschätzt. Eher weniger unangenehm stellen sie sich Müdigkeit und Stimmungsschwankungen vor.

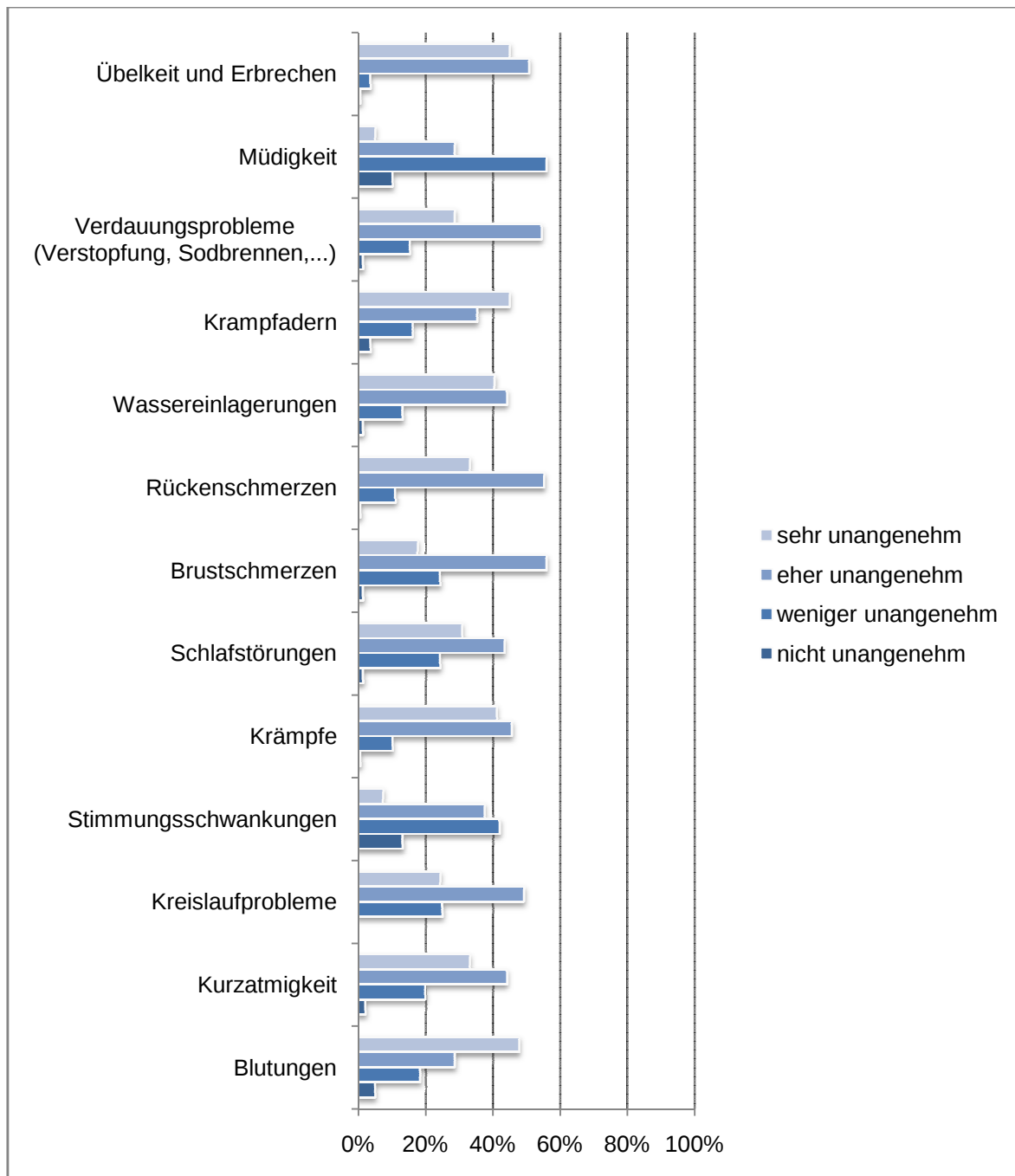


Abbildung 6: Beschwerden während der Schwangerschaft - Nicht-Schwangere

Tabelle 1 zeigt, welche pränataldiagnostischen Untersuchungen mit welcher Häufigkeit angekreuzt wurden. Alle Studentinnen möchten einmal zumindest eine der angeführten Untersuchungen durchführen, wobei die Mehrheit (72,8%) eine oder mehrere Ultraschalluntersuchungen plant. Viele Probandinnen (46,3%) wissen zum momentanen Zeitpunkt noch nicht genau, welche pränataldiagnostischen Untersuchungen sie in ihrer eigenen Schwangerschaft machen wollen. Unter den invasiven Verfahren wurde am häufigsten (14,7%) die Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) genannt.

Tabelle 1: Welche pränataldiagnostischen Untersuchungen planen Sie in Ihrer eigenen Schwangerschaft durchführen zu lassen?

		Häufigkeit	Prozent
Ultraschalluntersuchungen		99	72,8
Triple Test (Blutuntersuchung der Mutter)		48	35,3
Chorionzottenbiopsie (Punktion der Plazenta)		6	4,4
Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung)		20	14,7
Nabelschnurpunktion		1	0,7
ich weiß es noch nicht		63	46,3
keine		0	0
andere:	Nackenfaltenmessung	1	0,7

121 Teilnehmerinnen möchten einmal schwangerschaftsbegleitende Maßnahmen oder Kurse besuchen. Lediglich 11% wollen dies nicht tun. In Tabelle 2 sind die Häufigkeiten der Nennungen angeführt.

Tabelle 2: Schwangerschaftsbegleitende Maßnahmen bzw. Kurse für Schwangere

		Häufigkeit	Prozent
Geburtsvorbereitungskurs für werdende Mütter		58	47,9
Geburtsvorbereitungskurs für Paare		89	73,6
Schwangerschaftsgymnastik		63	52,1
Schwimmen für Schwangere		42	34,7
Yoga für Schwangere		54	44,6
geburtsvorbereitende Akupunktur		9	7,4
andere:	Erste Hilfe für Babys/Kleinkinder	1	0,8

105 Studentinnen (77,2%) möchten ihr Kind einmal sicher stillen, 24 Probandinnen (17,6%) tendieren auch eher dazu. Fünf Frauen (3,7%) glauben eher nicht, dass sie ihrem Baby die Brust geben werden und eine Teilnehmerin will dies sicher nicht. Abbildung 7 zeigt, dass etwas mehr als die Hälfte aller Nicht-Schwangeren (50,4%) zwischen drei und sechs Monaten stillen möchte. Etwas mehr als ein Drittel (37,8%) plant eine Stillzeit zwischen sechs Monaten und einem Jahr.

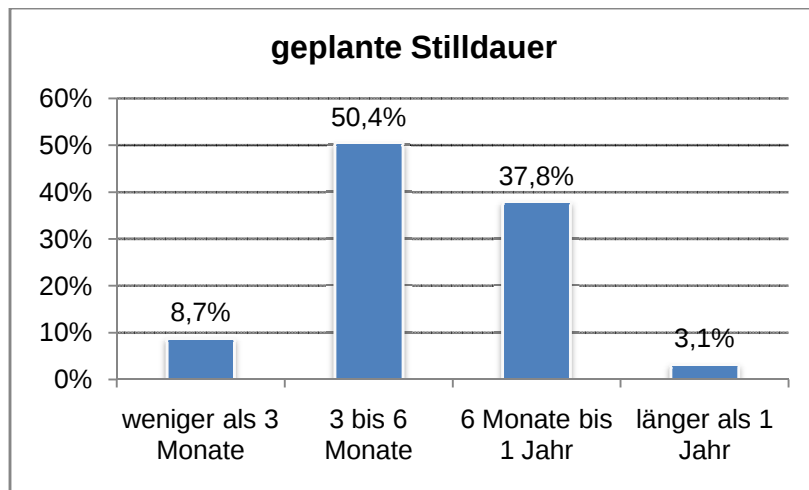


Abbildung 7: geplante Stilldauer der Nicht-Schwangeren

Vorstellungen zur Geburt

Eine Hälfte aller Nicht-Schwangeren hat sich bereits Gedanken über den Ablauf der eigenen Geburt gemacht, die andere Hälfte noch nicht. Etwa zwei Drittel (66,2%) aller Studentinnen möchte einmal vaginal gebären, etwas weniger als ein Drittel (30,9%) hat sich den Geburtsmodus noch nicht überlegt und lediglich vier Frauen (2,9%) wünschen sich einen Kaiserschnitt.

Bezüglich des Entbindungsortes haben sich 50 Probandinnen (36,8%) noch nicht entschieden. Die zweithäufigste Antwort mit 28,7% war, dass die Entbindung stationär in einem öffentlichen Krankenhaus stattfinden soll, gefolgt vom Privatspital, das 19,9% aller Nicht-Schwangeren bevorzugen. Elf Studentinnen (8,1%) entschieden sich für eine ambulante Geburt in einem öffentlichen Krankenhaus, während 5,1% in einem Geburtshaus entbinden wollen und nur 1,5% zu Hause. Abbildung 8 verdeutlicht diesen Sachverhalt.

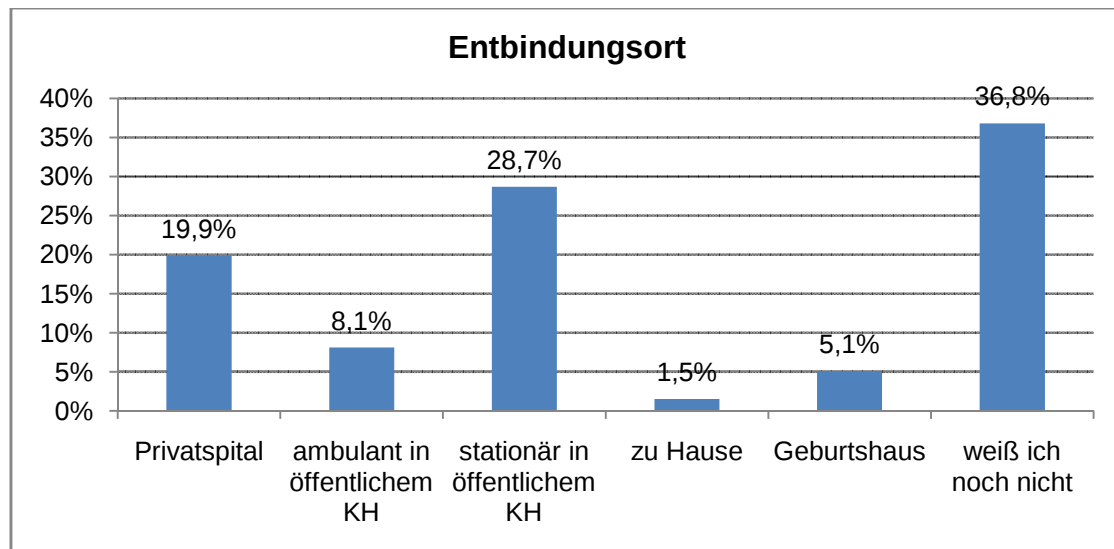


Abbildung 8: Wahl des Entbindungsortes der Nicht-Schwangeren
KH = Krankenhaus

Die Studentinnen wurden außerdem gefragt, wo sie sich über die verschiedenen Geburtsmöglichkeiten informieren werden. Aus Tabelle 3 können die Häufigkeiten, mit der eine Antwort angekreuzt wurde, entnommen werden. Bei den Probandinnen dieser Gruppe bevorzugten 93,4% den Arzt, gefolgt von der Hebamme mit 71,3%, Freunden mit 70,6% und Familie mit 66,9%. Auch andere Mütter (55,9%), Bücher/Zeitschriften (44,1%) und das Internet (51,5%) sind sehr beliebt. Über TV und Radio möchten sich lediglich drei Teilnehmerinnen informieren.

Tabelle 3: Informationsquellen der Nicht-Schwangeren

	Häufigkeit	Prozent
Arzt	127	93,4
Freunde	96	70,6
Familie	91	66,9
Bücher/Zeitschriften	60	44,1
Hebamme	97	71,3
andere Mütter	76	55,9
Internet	70	51,5
TV/Radio	3	2,2

Abbildung 9 zeigt, ob die Probandinnen sich alleine für einen Geburtsmodus entscheiden werden oder in Absprache mit jemand anderen. Immerhin 44,1% der Studentinnen möchten dies gemeinsam mit dem Partner entscheiden.

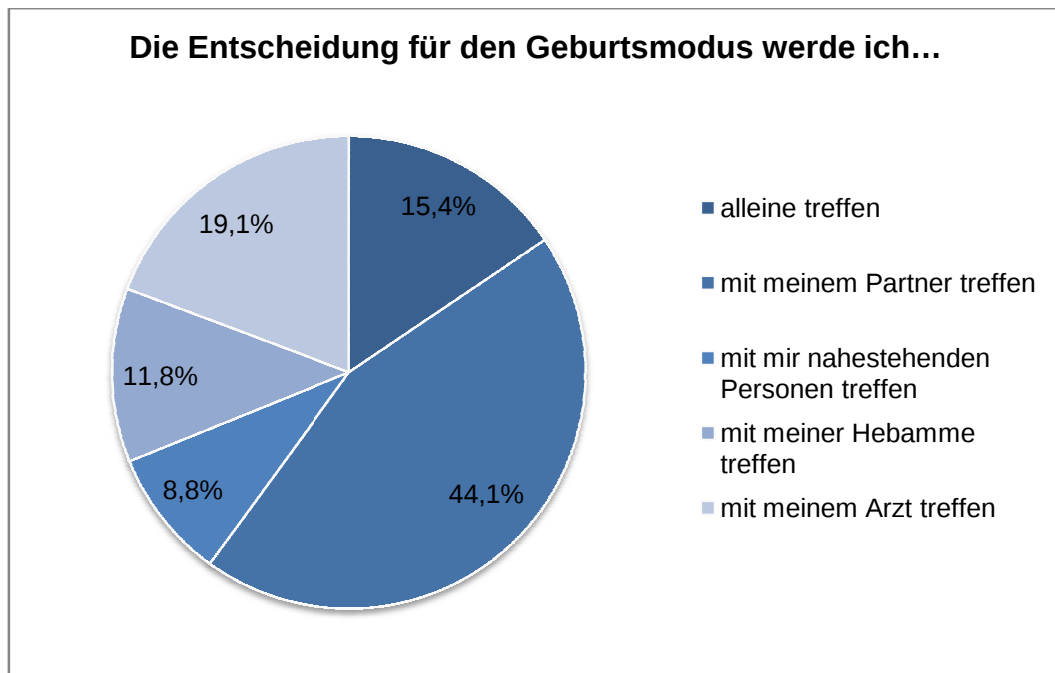


Abbildung 9: Entscheidung des Geburtsmodus - Nicht-Schwangere

Etwas weniger als drei Viertel (74,3%) der Nicht-Schwangeren hätte bei der Geburt gerne ihren Partner dabei, vier Frauen (2,9%) möchten dies nicht und 22,1% sind sich diesbezüglich noch nicht sicher. Lediglich eine Studentin äußerte den Wunsch, jemand anderen bei der Geburt dabei zu haben, nämlich ihre Mutter.

Auf die Frage „Wollen Sie eine private Hebamme?“ antworteten 36% der Probandinnen mit „Ja“, 61% mit „Nein“ und vier Frauen gar nicht. Die Gründe für eine private Hebamme waren sehr vielfältig. Am häufigsten wurden die individuellere, persönlichere Betreuung, Sicherheit und Vertrauen genannt. Zwei Probandinnen wählten eine private Hebamme wegen der Entbindungsart („falls ich mich doch für eine Hausgeburt entscheide“, „Entbindung im Geburtshaus, schmales Becken“). Eine Studentin ist der Meinung, dass die Hebamme die beste Ausbildung in Bezug auf die Geburt hat und eine Teilnehmerin antwortete mit „weil Hebammen toll sind“.

In der Umfrage wurde auch erhoben, wie wichtig die in Abbildung 10 aufgelisteten Aspekte der bevorstehenden Geburt für die Probandinnen sind. Dabei steht die Sicherheit des Babys eindeutig im Vordergrund, gefolgt von der Sicherheit der Mutter und dem sofortigen Kontakt mit dem Baby nach der Entbindung. Weniger wichtig ist für die meisten die Planbarkeit des Geburtszeitpunktes.

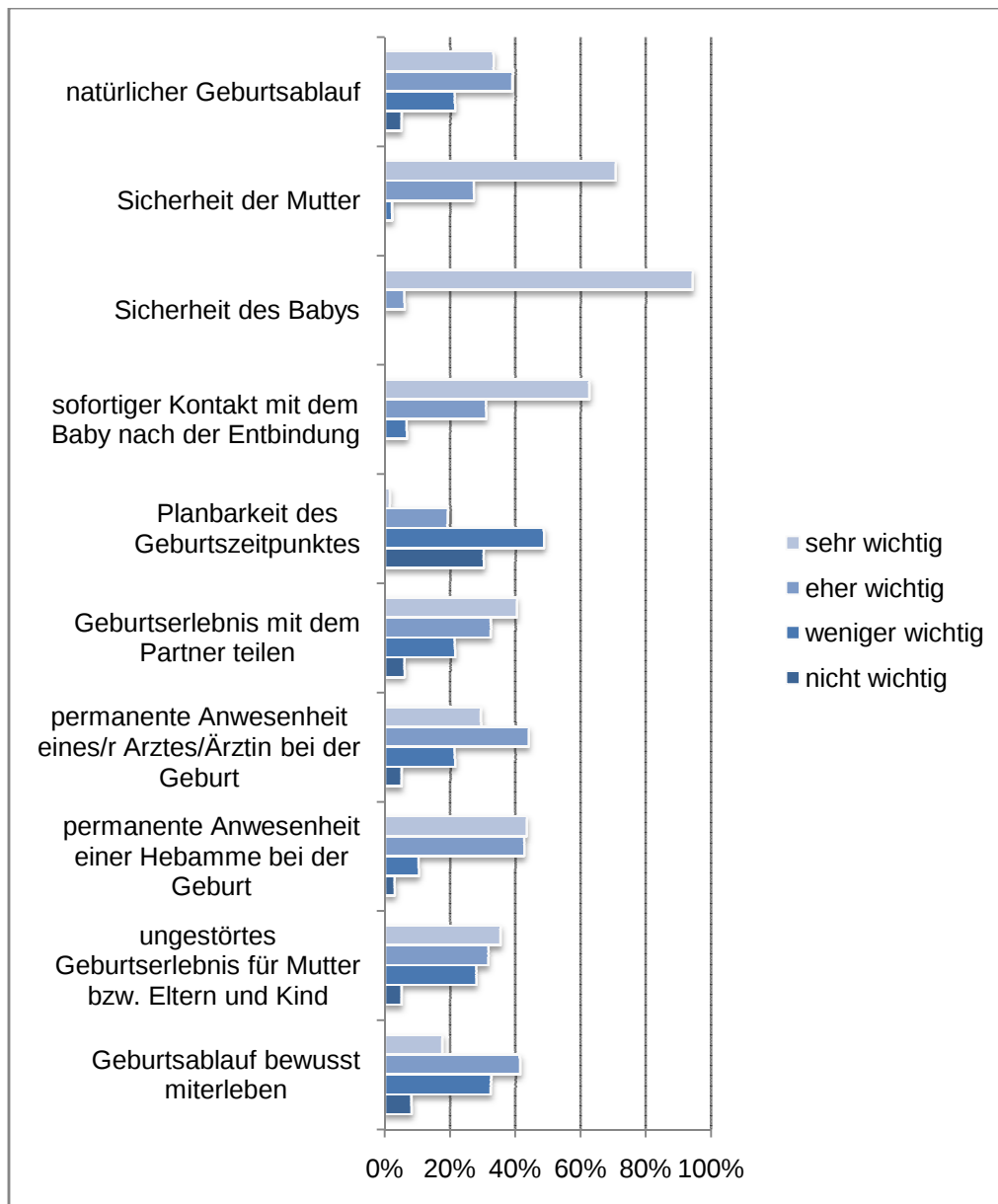


Abbildung 10: Aspekte der bevorstehenden Geburt - Nicht-Schwangere

Der Fragebogen beinhaltete 15 Aussagen bezüglich möglicher Ängste, die während der Schwangerschaft und der Geburt auftreten könnten. Abbildung 11 veranschaulicht die Antworten der Probandinnen. Die größten Ängste betreffen die Geburtsschmerzen und Komplikationen während der Geburt, die entweder das Kind oder die Mutter selbst betreffen. Die wenigsten Probandinnen fürchten, alleine gelassen zu werden.

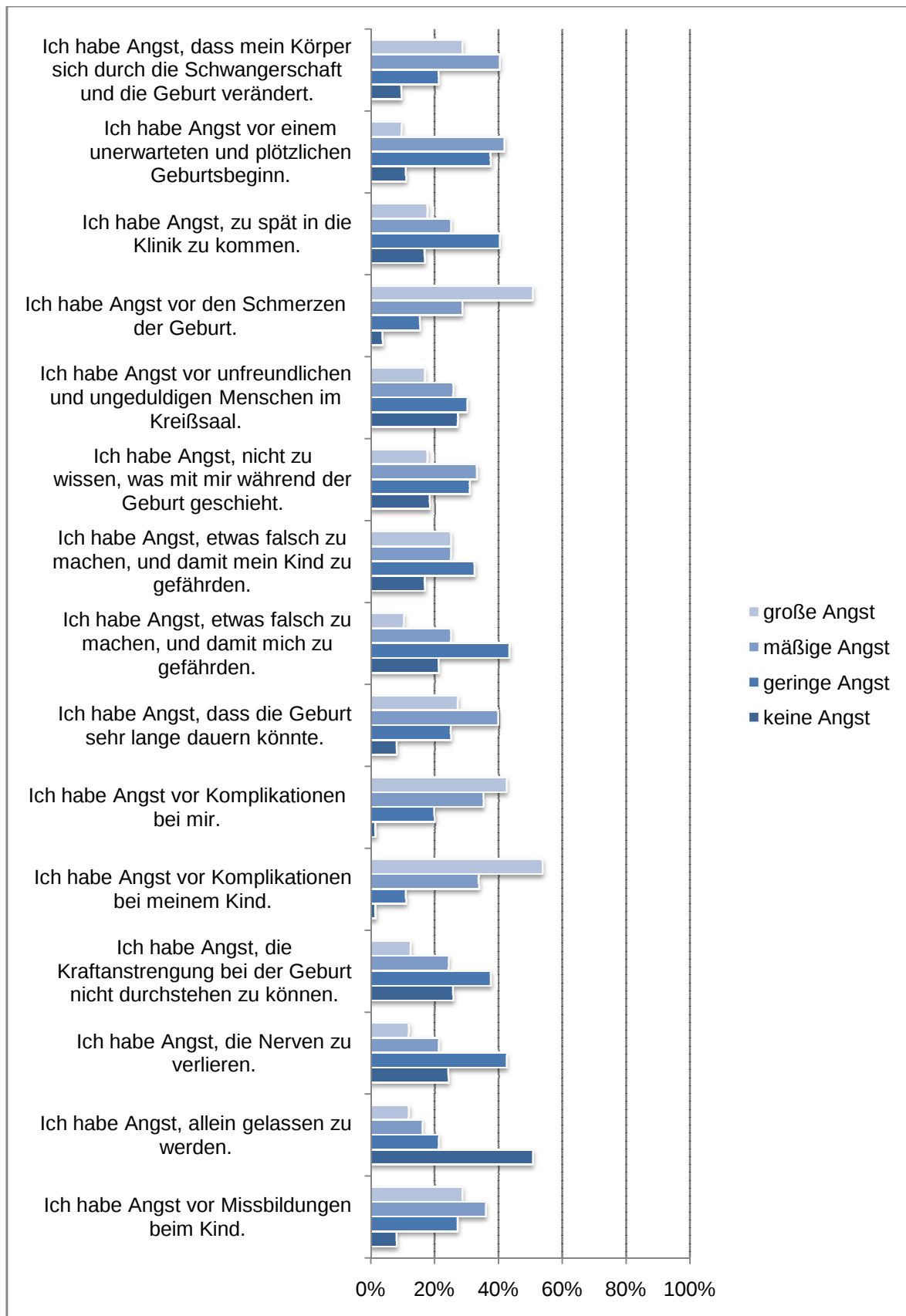


Abbildung 11: Ängste von Nicht-Schwangeren bezüglich Schwangerschaft und Geburt

Die beiden nachfolgenden Fragen wurden nur von jenen 90 Teilnehmerinnen beantwortet, die vaginal entbinden möchten.

6,7% der Nicht-Schwangeren möchten die vaginale Geburt ganz ohne schmerzstillende Medikamente erleben, während 51,1% schmerzstillende Medikamente im Bedarfsfall wollen. 18 Studentinnen (20%) würden sich für eine Periduralanästhesie entscheiden, etwas mehr hingegen (24,4%) wollen mit Homöopathie und Bachblüten die Geburtsschmerzen lindern. Die Mehrheit der Probandinnen (58,9%) ist sich noch nicht sicher bzw. trifft diese Entscheidung je nach Situation.

Die zweite Frage beschäftigte sich mit den Gründen, warum sich die Teilnehmerinnen für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt entschieden hatten. In Abbildung 12 sind die Häufigkeiten der vorgegebenen Antworten ersichtlich. 62 Studentinnen (68,9%) wählten „Die Geburt soll spontan stattfinden und zu dem Zeitpunkt, wo das Baby dafür bereit ist“.

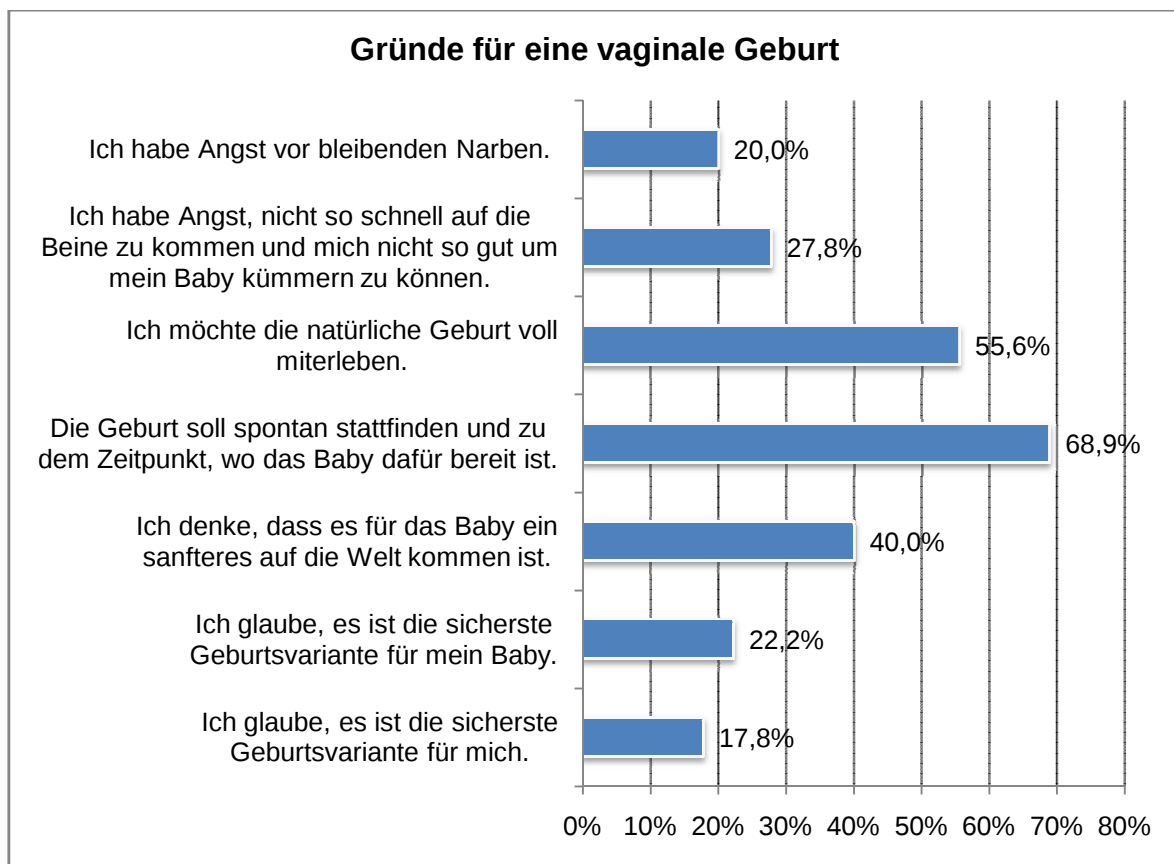


Abbildung 12: Gründe für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt bei Nicht-Schwangeren

Zehn Probandinnen gaben auch andere als die vorgegebenen Antworten. Manche bevorzugten die natürliche Geburt, weil es „besser für das Baby“ und natürlicher ist. Eine Frau hingegen spricht sich strikt gegen eine Operation aus. Eine Antwort lautete „Ich glaube, dass die Bakterienkultur, die das Baby bei einer vaginalen Geburt mitbekommt, wichtig für das Immunsystem des Kindes sein kann. Außerdem glaube ich auch, dass sich mein Körper besser von einer vaginalen Geburt erholen kann. Ich empfinde es als unnötig, einen Kaiserschnitt durchzuführen solange kein Notfall vorliegt.“ Als letztes Beispiel will ich folgende liebevolle Aussage anführen: „Ich möchte das Leben meines Kindes von der ersten Sekunde an so aktiv und bewusst wie möglich erleben.“

Die letzten beiden Fragen bezogen sich nur noch auf jene vier Studentinnen, die einen Wunschkaiserschnitt beabsichtigten.

Zuerst wurde nach den Gründen für einen Wunschkaiserschnitt gefragt. Drei von vier Probandinnen haben Angst vor der Geburt im Allgemeinen und auch vor den Auswirkungen, die die Geburt auf das Sexualleben haben könnte. Die Hälfte der Teilnehmerinnen fürchtet sich vor den Schmerzen, vor Dammverletzungen und Spätfolgen und möchte, dass die Geburt schnell vorbei ist. Eine Studentin gab an, dass für sie aus gesundheitlichen Gründen nur ein Kaiserschnitt in Frage kommt. Für eine Probandin ist der Zeitpunkt der Geburt ein Auswahlkriterium, eine andere glaubt, dass es die sicherste Geburtsvariante für das Kind ist und eine der vier Nicht-Schwangeren hat Angst vor unvorhersehbaren Komplikationen.

Die letzte Frage beschäftigte sich mit der Art der Anästhesie während der Sectio. Zwei Probandinnen wünschen eine Periduralanästhesie, je eine weiß es noch nicht bzw. überlässt diese Entscheidung dem Arzt.

10.1.2. Schwangere

Allgemeines

Diese zweite große Gruppe umfasst 200 Frauen, die zu dem Zeitpunkt, zu dem sie den Fragebogen ausfüllten, schwanger waren. Die jüngste Teilnehmerin war 18 Jahre alt, die älteste 41. Das Durchschnittsalter lag bei 28,73 Jahren (SD = 4,226). In

Abbildung 13 ist die Altersverteilung der Schwangeren dargestellt. In die Gruppe der 25- bis 28-Jährigen fielen, wie auch in die der 29- bis 32-Jährigen, 64 Probandinnen (32%). 19% der Teilnehmerinnen waren zwischen 33 und 36 Jahren, während sich 12% im Alter von 21 bis 24 Jahren befanden. In die Kategorie „bis 20 Jahre“ und in die der über 37-Jährigen fielen nur jeweils fünf Frauen (2,5%).

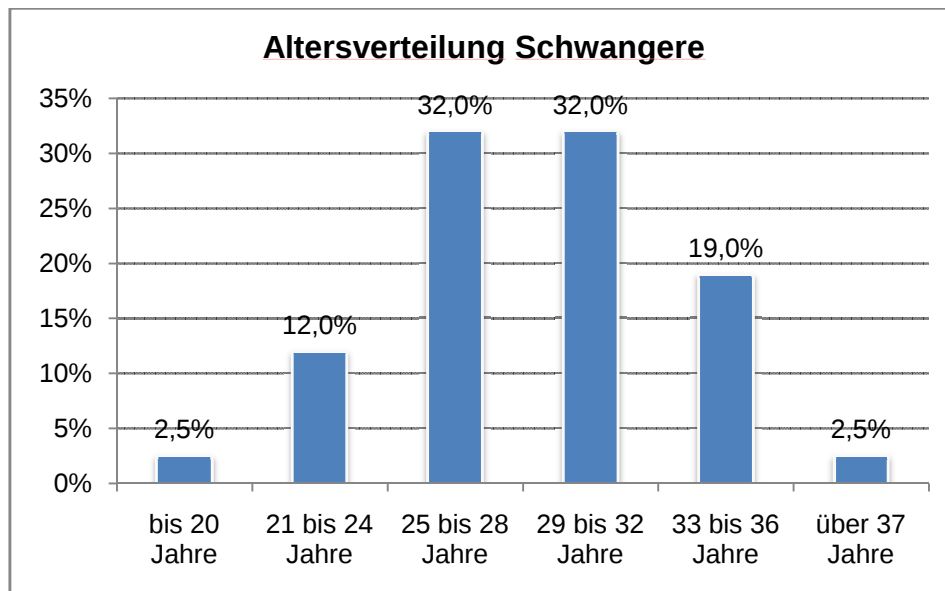


Abbildung 13: Altersverteilung der Schwangeren

157 Schwangere (78,5%) stammten aus Österreich, 29 Teilnehmerinnen (14,5%) waren Deutsche und sechs Frauen (3%) kamen aus der Schweiz. Je eine Probandin war aus der Türkei, aus Italien, aus Belgien und aus Bosnien und Herzegowina. Vier werdende Mütter gaben ihre Nationalität nicht bekannt.

Der Großteil der Schwangeren (47%) gab an, verheiratet zu sein. Fast genauso viele (41%) lebten in einer Partnerschaft. 11% der Frauen waren ledig und nur zwei Probandinnen waren bereits geschieden. Fast alle Teilnehmerinnen (95,5%) lebten mit dem Vater des Kindes zusammen, nur neun werdende Mütter taten dies nicht.

Tabelle 4 zeigt die Verteilung der höchsten abgeschlossenen Schulausbildung der Schwangeren. Etwas mehr als ein Drittel aller Frauen (35,5%) hat einen Schulabschluss ohne Matura, 27% mit Matura und die restlichen 37,5% einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss.

Tabelle 4: Höchste abgeschlossene Schulausbildung

	Häufigkeit	Prozent
Hauptschule	10	5,0
Lehre	34	17,0
berufsbildende mittlere Schule ohne Matura	27	13,5
allgemeinbildende höhere Schule mit Matura	15	7,5
berufsbildende höhere Schule mit Matura	39	19,5
Universität	39	19,5
Fachhochschule	36	18,0

89 % der Frauen waren zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens berufstätig oder zumindest vor dem Mutterschutz. Die Mehrheit dieser Frauen (66,9%) möchte die Karenzzeit alleine in Anspruch nehmen. 47 werdende Mütter (26,4%) wollen sich diese Zeit mit ihrem Partner teilen. Neun Teilnehmerinnen (5,1%) haben sich über die Karenzzeit noch keine genauen Gedanken gemacht und drei Probandinnen möchten die Karenzzeit nicht in Anspruch nehmen.

Die Mehrheit der Schwangeren (55,5%) plant den Wiedereinstieg in den Beruf nach der Karenzzeit. 54 Frauen (27%) möchten wieder arbeiten gehen, sobald das Kind in den Kindergarten kommt. Am dritthäufigsten (12%) wurde die Variante gewählt, bei der die werdenden Mütter sobald wie möglich wieder ins Berufsleben einsteigen. Sechs Probandinnen wissen noch nicht genau, ob sie nach der Karenz wieder in ihren Job einsteigen wollen, drei Teilnehmerinnen wollen nach der Geburt ihres Kindes zu Hause bleiben und eine möchte erst wieder arbeiten, wenn das Kind in die Schule kommt.

60,5% aller Frauen wünschen sich einmal zwei Kinder. Nicht ganz ein Viertel aller Probandinnen (23,5%) möchte gerne drei Kinder haben. 21 Schwangere gaben bekannt, dass sie sich nur dieses eine Baby wünschen, während sieben werdende Mütter gleich vier oder mehr Kinder bekommen wollen. In Abbildung 14 ist die Anzahl der gewünschten Kinder graphisch dargestellt.

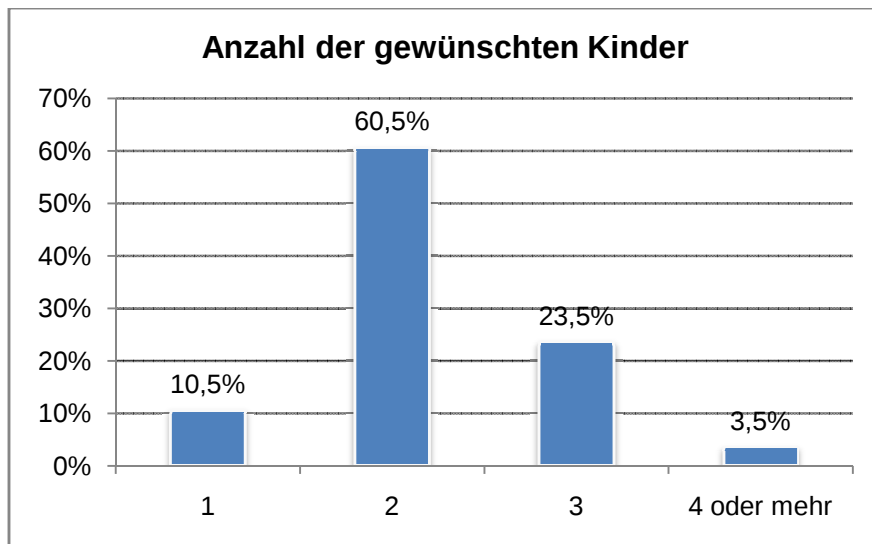


Abbildung 14: Anzahl der gewünschten Kinder bei Schwangeren

Derzeitige Schwangerschaft

Die schwangeren Frauen waren zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens zwischen der 7. und 41. Schwangerschaftswoche (Mittelwert = 25,78, SD = 7,675). Bei 97% aller Probandinnen kam die Schwangerschaft auf natürlichem Weg zustande. Vier Frauen wurden durch künstliche Befruchtung schwanger und zwei Teilnehmerinnen mit medizinischer Hilfe.

Der Großteil der Schwangeren (78%) gab an, leichte Beschwerden zu haben, elf Frauen klagten sogar, unter ernsten zu leiden. Lediglich 33 Teilnehmerinnen verzeichneten keine Probleme während der bisherigen Schwangerschaft.

Abbildung 15 zeigt, wie die aufgelisteten Nebeneffekte von den Schwangeren empfunden werden. Die Frauen konnten, wie auch schon die Nicht-Schwangeren, zwischen vier Antwortmöglichkeiten von sehr unangenehm bis nicht unangenehm wählen. Der Großteil der Möglichkeiten wurde als nicht unangenehm eingeschätzt. Schlafstörungen, Rückenschmerzen, Verdauungsprobleme, Müdigkeit und Übelkeit und Erbrechen sind für manche Probandinnen etwas lästiger.

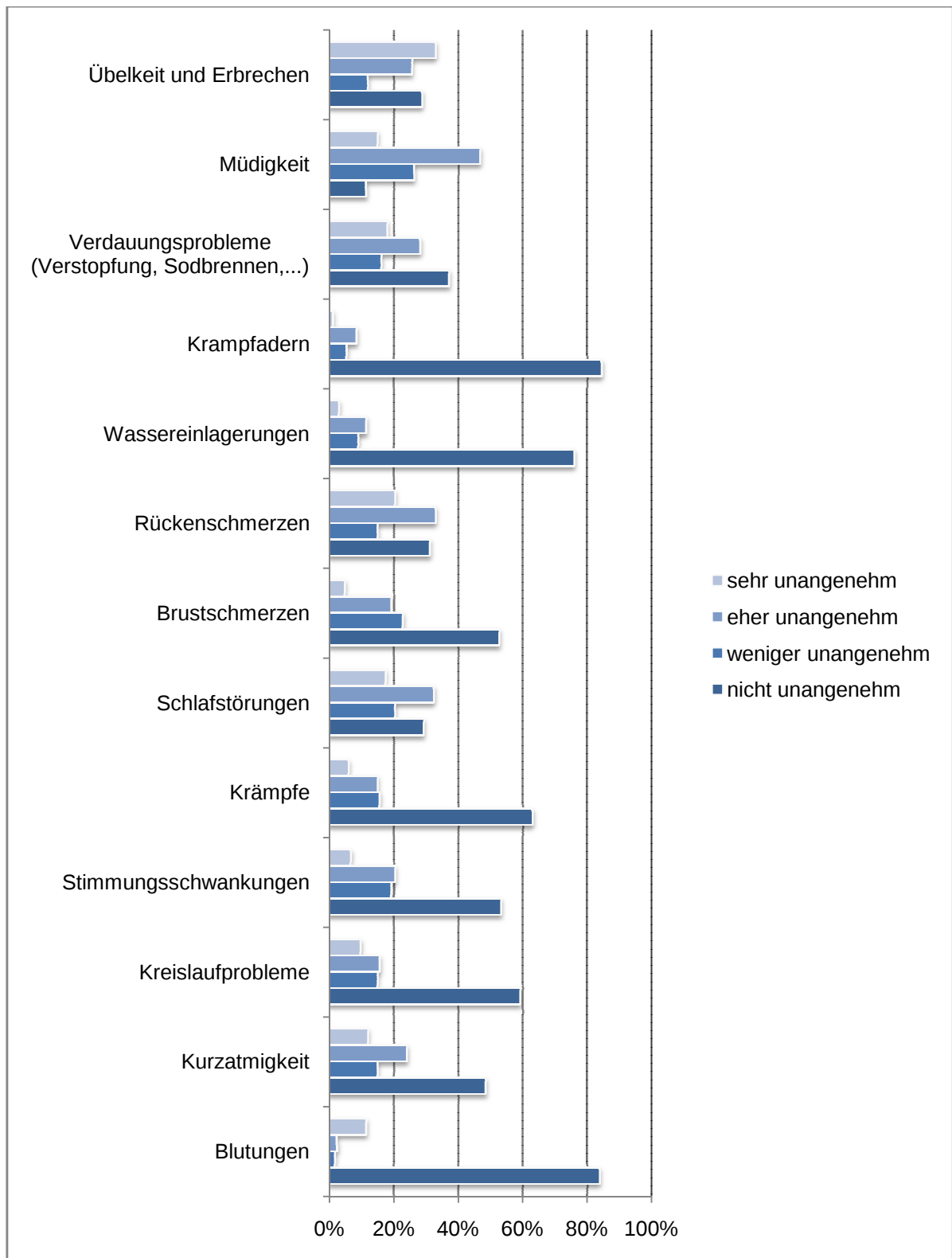


Abbildung 15: Beschwerden während der Schwangerschaft - Schwangere

Tabelle 5 listet auf, wie viele Frauen die unten genannten pränataldiagnostischen Untersuchungen bisher durchführen ließen oder noch machen wollen. Die unter „andere“ angeführten Tests wurden von den Teilnehmerinnen selbst dazugeschrieben, wodurch es sein kann, dass diese durchaus von mehr Frauen durchgeführt werden als hier ersichtlich ist. Beinahe alle Schwangeren planen zumindest eine Ultraschalluntersuchung. Die invasiven Verfahren werden nur durchgeführt, wenn es absolut notwendig ist.

Tabelle 5: Welche pränataldiagnostischen Untersuchungen haben Sie in der momentanen Schwangerschaft durchführen lassen bzw. planen Sie noch zu machen?

		Häufigkeit	Prozent
Ultraschalluntersuchungen		194	97
Triple Test (Blutuntersuchung der Mutter)		46	23
Chorionzottenbiopsie (Punktion der Plazenta)		2	1
Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung)		2	1
Nabelschnurpunktion		0	0
ich weiß es noch nicht		2	1
keine		3	1,5
andere:	Nackenfaltenmessung	13	6,5
	Organscreening	37	18,5
	Combined Test	14	7
	Glukosetest	1	0,5
	Kardiotokografie	1	0,5
	NIPT (Non Invasive Prenatal Test)	1	0,5
	Harmony Test	1	0,5
	Feindiagnostik	1	0,5

138 Frauen (69%) möchten einmal schwangerschaftsbegleitende Maßnahmen bzw. Kurse für Schwangere besuchen oder haben bereits welche besucht. Tabelle 6 listet die Häufigkeiten der Nennungen auf.

Tabelle 6: Schwangerschaftsbegleitende Maßnahmen bzw. Kurse für Schwangere

		Häufigkeit	Prozent
Geburtsvorbereitungskurs für werdende Mütter		71	51,4
Geburtsvorbereitungskurs für Paare		63	45,7
Schwangerschaftsgymnastik		28	20,3
Schwimmen für Schwangere		10	7,2
Yoga für Schwangere		46	33,3
geburtsvorbereitende Akupunktur		39	28,3
andere:	Hebammenbesuche	2	1,4
	Bauchtanz für Schwangere	1	0,7
	Aquagymnastik	1	0,7
	Hypnose	1	0,7
	Informationsabende (z.B. über Geburtsschmerzen)	1	0,7

Der Großteil der Schwangeren (90,5%) möchte einmal stillen, 6% der Teilnehmerinnen tendieren ebenfalls dazu. Drei Probandinnen sprechen sich eher gegen das Stillen aus, während sich vier Frauen sicher sind, dass sie dies nicht möchten. Fast die Hälfte aller Schwangeren (47,9%) möchte zwischen sechs Monaten und einem Jahr stillen. 39,5% der Probandinnen planen eine Stillzeit zwischen drei und sechs Monaten. Lediglich 19 werdende Mütter haben vor, dem Kind länger als ein Jahr die Brust zu geben, während fünf Frauen nur ganz kurz stillen möchten (siehe Abbildung 16).

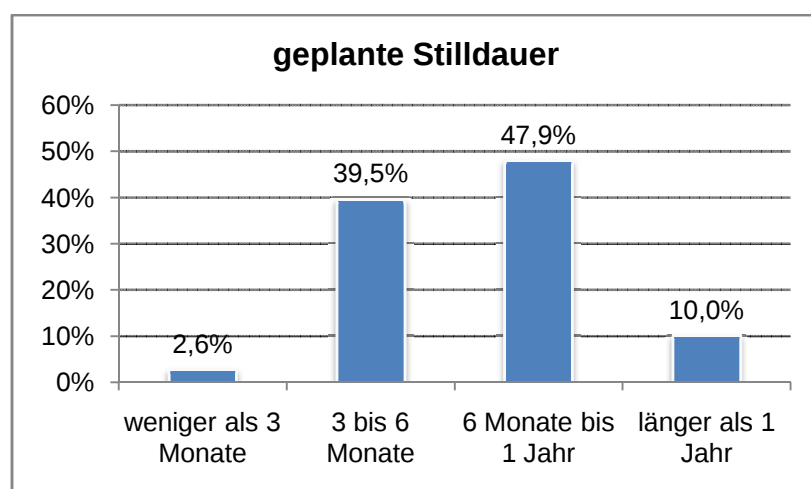


Abbildung 16: geplante Stlldauer der Schwangeren

Bevorstehende Geburt

Die Schwangeren wurden befragt, ab wann sie sich Gedanken über die bevorstehende Geburt gemacht hatten. In Tabelle 7 sind die Häufigkeiten der Antworten aufgelistet. Dabei sind fast alle Antwortmöglichkeiten gleich oft gewählt worden, außer „gleich nachdem ich erfahren habe, dass ich schwanger bin“. Zwei Probandinnen füllten diese Frage nicht aus, eine hatte sich noch keine Gedanken über die anstehende Geburt gemacht.

Tabelle 7: Wann haben Sie begonnen, sich Gedanken über die bevorstehende Geburt zu machen?

		Häufigkeit	Prozent
schon bevor ich schwanger war		45	22,5
gleich nachdem ich erfahren habe, dass ich schwanger bin		23	11,5
im Laufe des 1. Schwangerschaftsdrittels		44	22,0
im Laufe des 2. Schwangerschaftsdrittels		48	24,0
im Laufe des 3. Schwangerschaftsdrittels		37	18,5
andere:	nie	1	0,5
fehlend		2	1,0

Die Mehrheit der Probandinnen (87,5%) möchte einmal vaginal gebären, 17 Frauen (8,5%) wählten einen Kaiserschnitt als bevorzugte Entbindungsmethode und acht Teilnehmerinnen (4%) wussten es zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens noch nicht.

Bei der Frage nach dem Entbindungsort sind sich die Schwangeren größtenteils einig. 72,5% von ihnen möchten ihr Kind stationär in einem öffentlichen Krankenhaus auf die Welt bringen. Als zweithäufigster Geburtsort (15,5%) wurde die ambulante Geburt in einem öffentlichen Krankenhaus genannt. Sieben Frauen möchten zu Hause gebären, während sechs Probandinnen ein Privatspital bevorzugen. Lediglich zwei Schwangere entschieden sich für das Geburtshaus und neun Teilnehmerinnen wissen es noch nicht genau (siehe Abbildung 17).

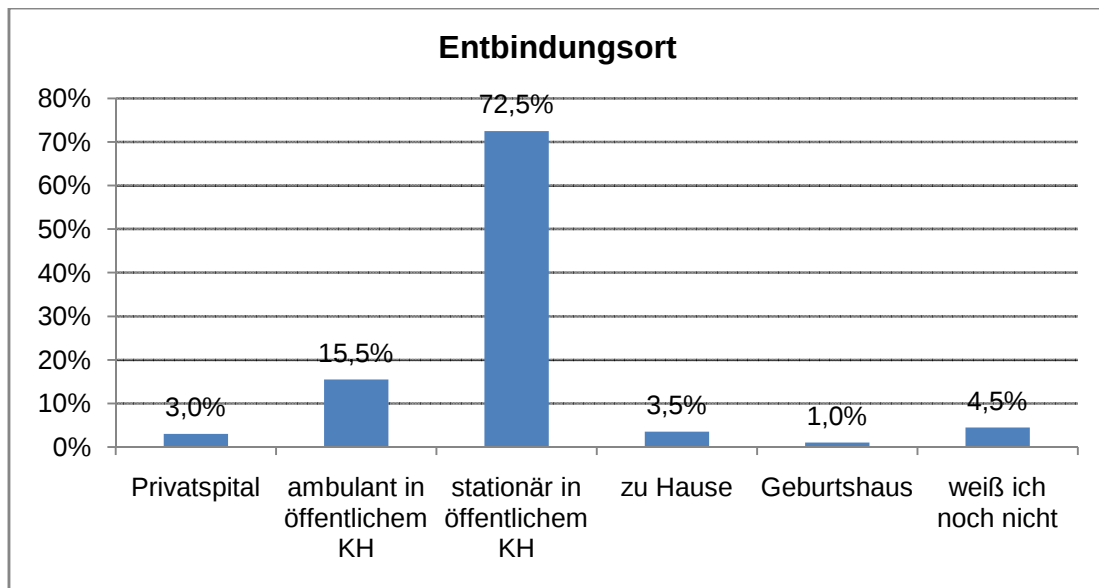


Abbildung 17: Wahl des Entbindungsortes der Schwangeren
KH = Krankenhaus

Wie auch schon bei der Gruppe der Nicht-Schwangeren gab es die Frage nach den Informationsquellen rundum Schwangerschaft und Geburt. An erster Stelle steht hier die Hebamme mit 51,5%, dicht gefolgt vom Arzt mit 50,5%. Ebenfalls als Informationsquelle sehr beliebt sind Freunde (43%) und das Internet (34,5%). Etwas weniger als ein Drittel aller Frauen informiert sich über die Familie (32%), andere Mütter (31%) oder liest in Büchern und Zeitschriften nach (29,5%). 20 Frauen haben sich noch gar nicht informiert und lediglich vier Probandinnen nutzen TV und Radio als Informationsquelle (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Informationsquellen der Schwangeren

	Häufigkeit	Prozent
Arzt	101	50,5
Freunde	86	43,0
Familie	64	32,0
Bücher/Zeitschriften	59	29,5
Hebamme	103	51,5
andere Mütter	62	31,0
Internet	69	34,5
TV/Radio	4	2,0
Ich habe mich noch nicht informiert	20	10,0

Zusätzlich zu der vorangeführten Frage wurde bei den werdenden Müttern noch nach jener Informationsquelle gefragt, die sie am meisten in ihrer Entscheidung beeinflusst hat. Die Antworten der Probandinnen sind in Abbildung 18 veranschaulicht. Als wichtigste Quelle bezeichnen die Schwangeren die Erfahrungen von Familie, Freunden und Bekannten (34%). Viele Mehrgebärende (27,5%) setzen auf ihre eigenen Erfahrungen bei einer vorausgegangenen Geburt. 15,5% aller Frauen wählten die Hebamme als die am meisten beeinflussende Komponente. Etwas weniger oft (13,5%) wurde der Gynäkologe/die Gynäkologin genannt. Das Schlusslicht bilden die Medien mit 7%.

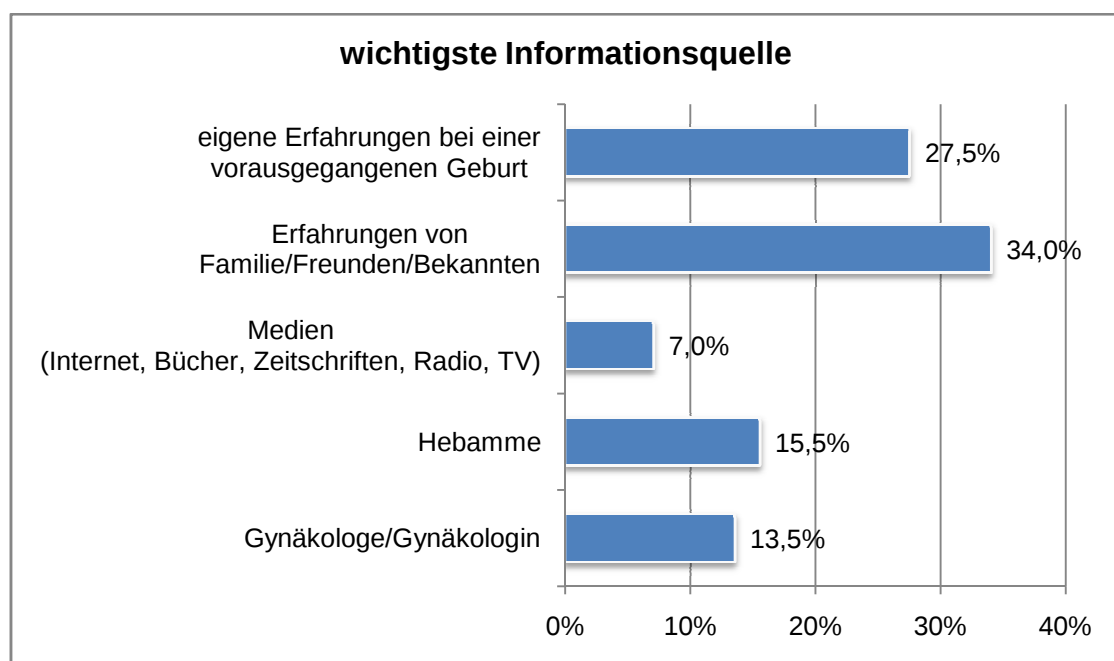


Abbildung 18: Welche Informationsquelle beeinflusste Sie am meisten in Ihrer Entscheidung?

Aus Abbildung 19 kann man ablesen, dass fast die Hälfte aller Frauen (47%) die Entscheidung für den Geburtsmodus gemeinsam mit ihrem Partner getroffen hat. Knapp 40% entschieden sich alleine, während nur 2,5% nahestehende Personen um ihren Rat fragten. 7% aller Probandinnen zogen den Gynäkologen/die Gynäkologin zu Rate und lediglich eine Teilnehmerin ließ sich von der Hebamme beraten. Sieben Schwangere beantworteten diese Frage nicht.

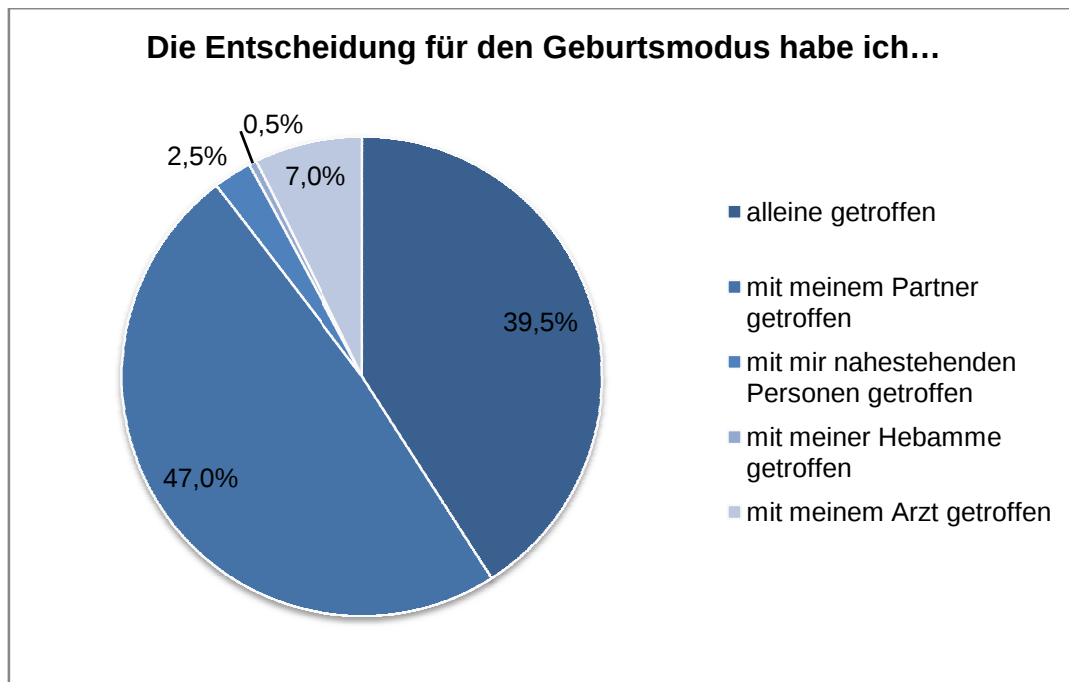


Abbildung 19: Entscheidung des Geburtsmodus - Schwangere

17 Teilnehmerinnen (8,5%) haben Zweifel an der Wahl ihres Geburtsmodus. Fünf Probandinnen haben diverse Ängste, wie zum Beispiel vor den Schmerzen bei einer vaginalen Geburt oder vor plötzlich auftretenden Komplikationen. Eine Frau spricht von einem traumatischen früheren Geburtserlebnis, bei dem sie mit einem ungeplanten Kaiserschnitt überrascht wurde und hat Angst, sich den Geburtsmodus nicht aussuchen zu können. Vier Schwangere können aufgrund körperlicher Bedingungen ihrerseits oder seitens des Kindes nicht vaginal gebären. Eine Probandin hofft noch darauf, dass sich ihr Kind von der Querlage in die vordere Hinterhauptslage dreht. Eine Mehrgebärende hatte einen Kaiserschnitt bei einer vorangegangenen Geburt und fürchtet einen eventuellen Narbenbruch bei einer vaginalen Geburt.

Fast alle Frauen (94%) möchten ihren Partner bei der Geburt dabei haben. Eine Teilnehmerin ist dagegen und zwei Schwangere nehmen ihre Mutter zur Entbindung mit. Neun Probandinnen wissen noch nicht genau, wer sie begleiten soll. 93% aller werdenden Mütter gaben an, dass auch ihr Partner bei der Geburt dabei sein möchte. Sechs Männer wollen ihre Frauen nicht begleiten. Sieben Schwangere wissen nicht, ob ihr Partner bei der Geburt dabei sein will.

Wie auch beim Fragebogen der Nicht-Schwangeren wurde nach dem Wunsch einer privaten Hebamme gefragt. 27,5% aller Schwangeren möchten eine private Hebamme haben. Gründe dafür sind vor allem Sicherheit, Vertrauen und die persönlichere Betreuung. Manche Frauen haben bereits negative Erfahrungen ohne einer privaten Hebamme bei einer vorangegangenen Geburt erlebt und wollen auf keinen Fall, dass sich diese wiederholen. Wiederum andere hatten bereits sehr gute Erfahrungen mit einer privaten Hebamme. Drei Schwangere, die sich für eine Hausgeburt entschieden haben, wollen aus diesem Grund eine private Hebamme. Ebenfalls drei Probandinnen möchten aufgrund der ambulanten Geburt im öffentlichen Krankenhaus eine Hebamme zur Nachbetreuung. Die Nachbetreuung wurde auch bei stationärer Geburt im öffentlichen Krankenhaus als Grund für eine private Hebamme angegeben. Eine Teilnehmerin bevorzugt aufgrund einer Risikoschwangerschaft eine private Hebamme.

Eine weitere Frage, die sowohl die Gruppe der Studentinnen als auch die der Schwangeren beantworten konnten, drehte sich um gewisse Aspekte der bevorstehenden Geburt. Die Probandinnen sollten mit einer vierstufigen Skala von 1= sehr wichtig bis 4 = gar nicht wichtig ihre Einstellung bezüglich der in Abbildung 20 angeführten Aussagen angeben. Die Sicherheit des Babys stand dabei ganz klar an erster Stelle, dicht gefolgt von dem sofortigen Kontakt mit dem Baby nach der Entbindung und der Sicherheit der Mutter. Den Teilnehmerinnen dieser Gruppe war es ebenfalls von großer Bedeutung, das Geburtserlebnis mit dem Partner teilen zu können, einen natürlichen Geburtsablauf bewusst erleben zu können, sowie ein ungestörtes Geburtserlebnis zu haben. Weniger wichtig erschienen ihnen die permanente Anwesenheit eines Arztes bzw. einer Ärztin während der Geburt und die Planbarkeit des Geburtszeitpunktes.

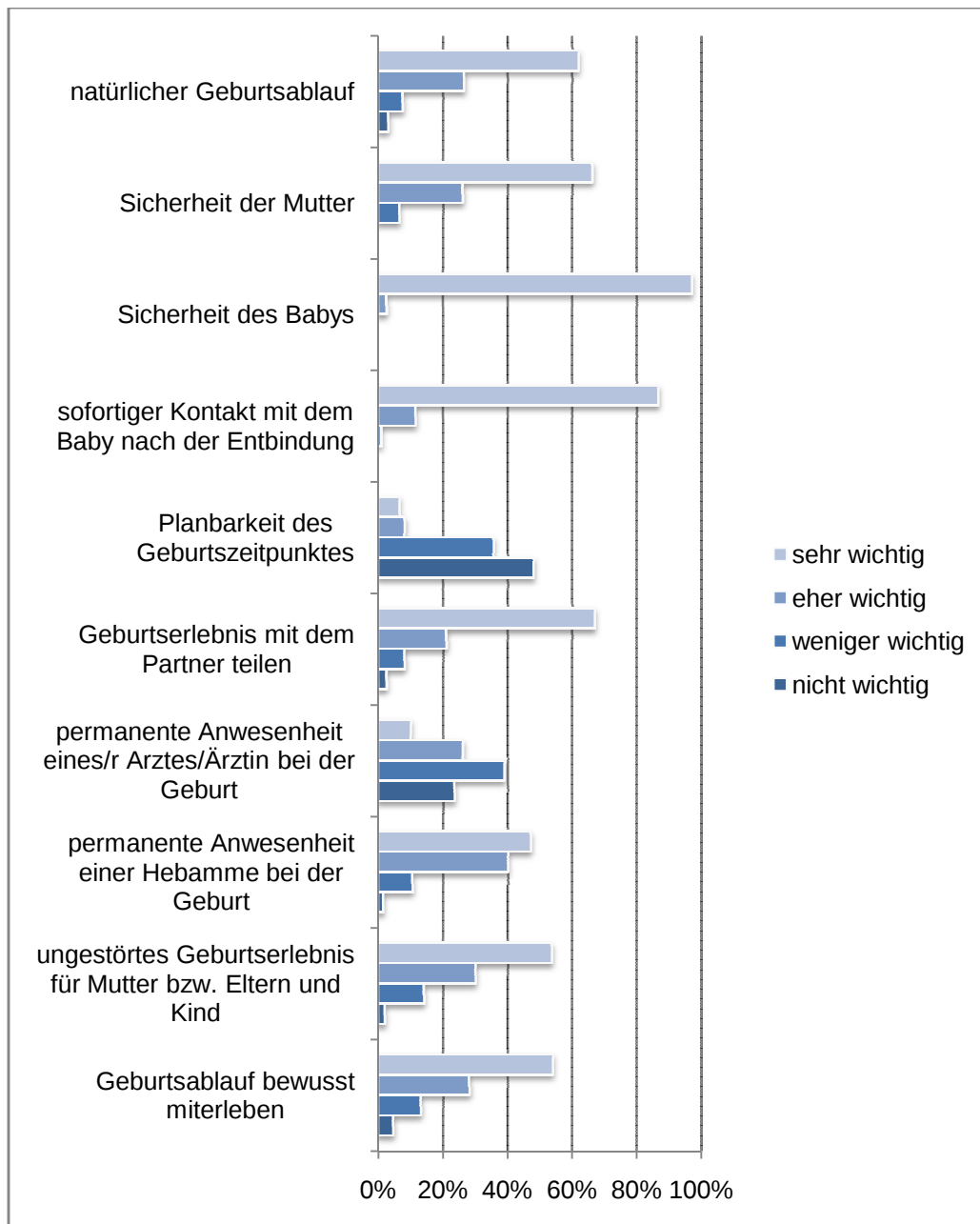


Abbildung 20: Aspekte der bevorstehenden Geburt - Schwangere

Die Schwangeren wurden außerdem auch nach ihren Ängsten während Schwangerschaft und Geburt gefragt. Die größten Unsicherheiten verspüren die werdenden Mütter bezüglich Komplikationen, die bei ihrem Kind auftreten könnten. Auch die Geburtsschmerzen und die Dauer der Geburt bereiten ihnen Sorgen. Weniger Ängste scheinen sie zu haben, zu spät in die Klinik zu kommen, etwas falsch zu machen und damit sich selbst zu gefährden und alleine gelassen zu werden (siehe Abbildung 21).

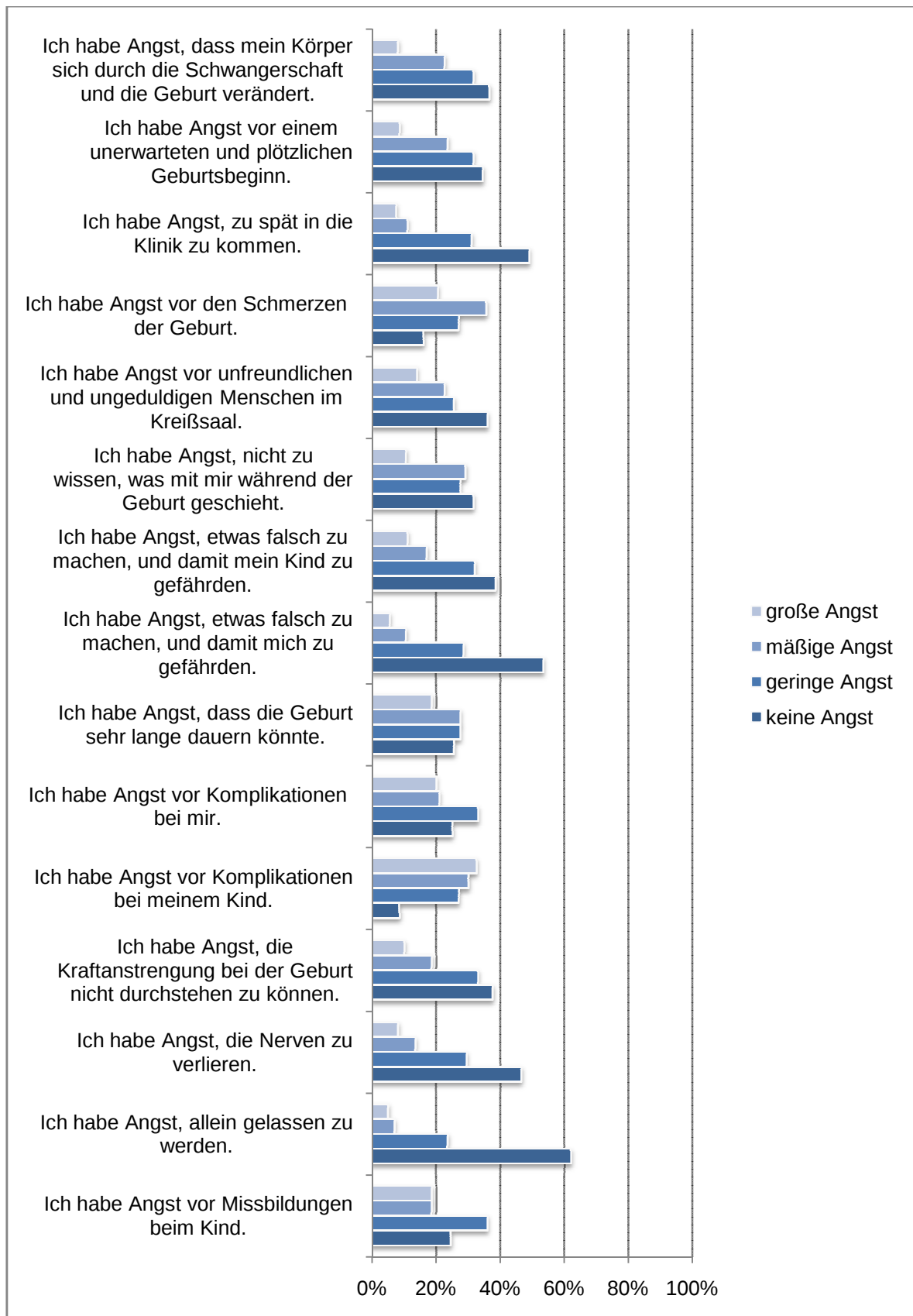


Abbildung 21: Ängste von Schwangeren bezüglich Schwangerschaft und Geburt

Die beiden anschließenden Fragen wurden wieder nur von jenen Frauen beantwortet, die sich für eine vaginale Geburt entschieden haben. In dieser Gruppe waren es 175 Probandinnen.

Etwas mehr als die Hälfte der Schwangeren (51,4%) möchte während der vaginalen Geburt schmerzstillende Medikamente im Bedarfsfall. 54 Teilnehmerinnen (30,9%) wollen die Geburt ganz ohne schmerzstillende Medikamente erleben, während sich 13,7% aller Frauen eine Periduralanästhesie wünschen. 20% möchten es mittels Homöopathie und Bachblüten versuchen und die restlichen 38,9% wissen es noch nicht genau bzw. entscheiden spontan je nach Situation.

Als zweites wurden wiederum die Gründe für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt untersucht. Die Häufigkeiten der Antworten sind in Abbildung 22 dargestellt. Wie auch schon bei den Nicht-Schwangeren war „Die Geburt soll spontan stattfinden und zu dem Zeitpunkt, wo das Baby dafür bereit ist“ die beliebteste Antwortmöglichkeit.

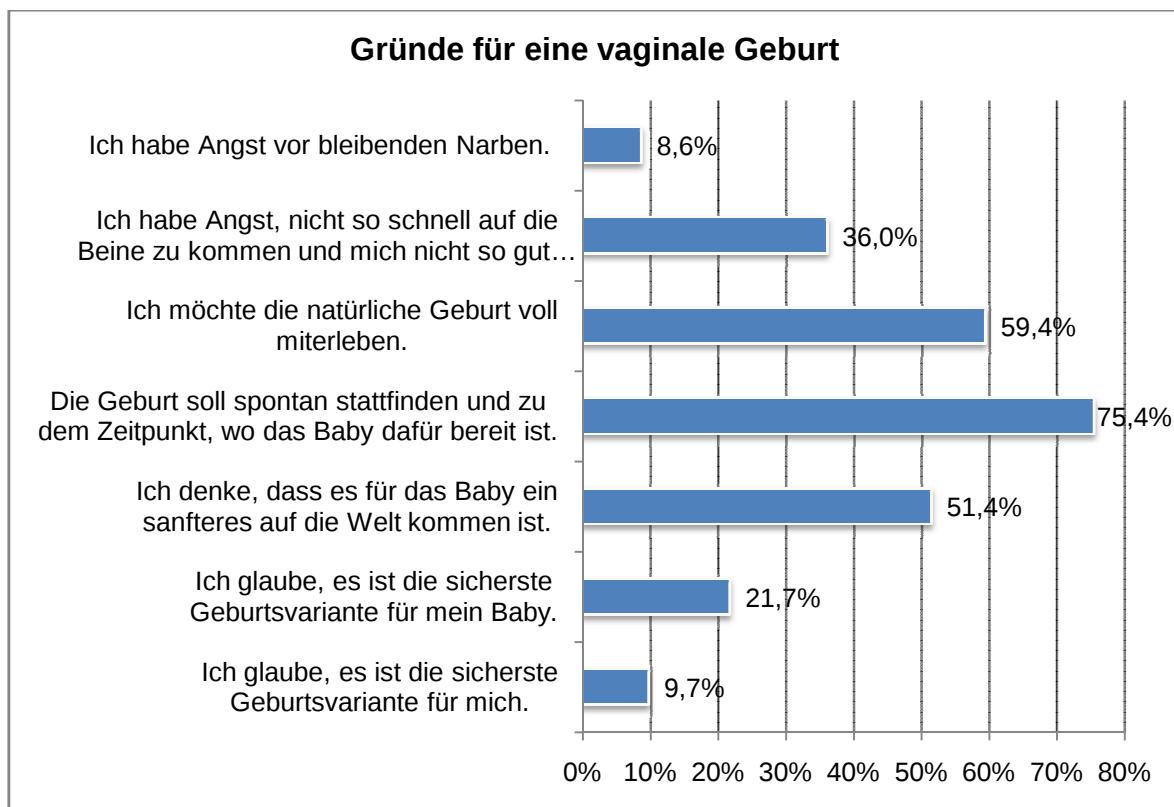


Abbildung 22: Gründe für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt bei Schwangeren

Elf Teilnehmerinnen hatten andere als die in Abbildung 22 aufgelisteten Gründe. „Meine letzte Geburt war ein Kaiserschnitt. Die Geburt selbst und die Wochen

danach waren die schlimmsten meines Lebens“ ist ein Hintergrund, warum sich die Probandin für eine vaginale Geburt entschieden hat. Eine weitere hatte nach dem letzten Kaiserschnitt große emotionale Schwierigkeiten. Zwei Schwangere sind der Meinung, dass die vaginale Geburt die bessere und zugleich sicherste Variante für das Baby sei und eine Kandidatin sieht einfach keinen Grund für einen Kaiserschnitt. Eine weitere Begründung lautete: „Der Kontakt mit der Vaginalflora bei der Geburt ist wichtig für mein Kind, sowie auch die Anstrengung, und das möchte ich ihr, wenn möglich, nicht nehmen“. Auch die Mutter-Kind-Beziehung und die bei einer vaginalen Geburt ausgeschütteten Hormone wurden von einer Frau genannt.

17 Probandinnen entschieden sich für einen Kaiserschnitt. Bei zwölf Schwangeren gibt es eine medizinische Indikation dafür, bei fünf nicht.

Die häufigste Ursache stellte mit 33,3% ein Kaiserschnitt bei einer vorangegangenen Geburt dar. 25% aller Frauen gaben eine Beckenendlage des Kindes als Grund an, während jeweils eine Probandin eine Mehrlingsgeburt erwartete, aufgrund einer Placenta praevia einen Kaiserschnitt plante, an Schwangerschaftsdiabetes litt oder ihr Baby eine Schräg- oder Querlage eingenommen hatte. Eine Schwangere gab neurologische Probleme, eine körperliche Einschränkungen und eine eine Cerclage aufgrund einer früheren Konisation als weitere Gründe an.

Diejenigen Teilnehmerinnen, die sich für einen Wunschkaiserschnitt entschieden hatten, wurden nach den Gründen dafür gefragt. Jeweils drei Frauen nannten die Angst vor unvorhersehbaren Komplikationen, Angst vor Dammverletzungen und Spätfolgen, sowie die Auswirkungen, die eine vaginale Geburt auf das Sexualleben haben könnte, als Ursachen. Zwei Schwangere wollten den Geburtstermin planen können, hatten Angst vor der Geburt im Allgemeinen, wollten, dass die Geburt möglichst schnell vorbei ist oder hatten bereits ein früheres traumatisches Geburtserlebnis. Je einmal wurden die Antwortmöglichkeiten „Angst vor Schmerzen“ und „sicherste Geburtsvariante für das Baby bzw. für die Mutter“ angekreuzt.

Bei der Frage nach der Anästhesie waren sich die Schwangeren fast einig. 15 Frauen wollen eine Periduralanästhesie während des Eingriffes. Eine Teilnehmerin entschied sich für eine Vollnarkose und eine lässt den Arzt darüber urteilen.

Innerhalb der Gruppe der Schwangeren kann man noch zwischen Erst- und Mehrgebärenden unterscheiden. Für letztere gab es ein paar zusätzliche Fragen zu vorangegangenen Geburten.

Frühere Geburten

Die Gruppe der Mehrgebärenden besteht aus 71 Frauen, von denen die meisten (77,5%) bereits ein Kind haben. Zwölf Teilnehmerinnen (16,9%) gaben an, schon zwei Kinder in die Welt gesetzt zu haben, während drei Probandinnen mit ihrem 4. Kind schwanger waren. Lediglich eine Frau wurde zum 5. Mal Mutter (siehe Abbildung 23).

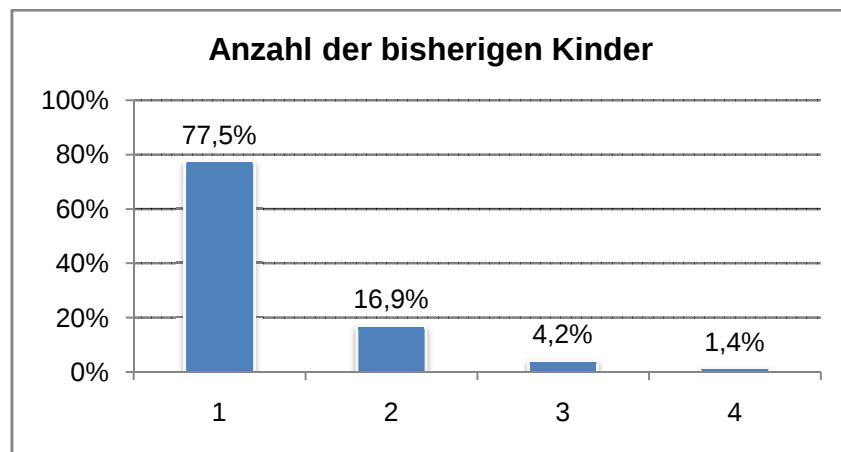


Abbildung 23: Wie viele Kinder haben Sie bereits?

Bei ihrem ersten Kind waren die Teilnehmerinnen durchschnittlich 25,44 Jahre alt (SD = 4,620), wobei die jüngste im Alter von 16 Jahren, die älteste im Alter von 36 Jahren ihr erstes Baby auf die Welt brachte. Fast alle Geburten (95,8%) fanden im Krankenhaus statt. Es gab außerdem vier Hausgeburten und eine Probandin, die ihr Kind im Krankenwagen bekam.

Der Großteil der Kinder (66,2%) erblickte das Licht der Welt auf vaginalem Weg. Aus Abbildung 24 kann man ablesen, dass 16,9% aller Frauen einen Notkaiserschnitt hatten, 14,1% einen geplanten Kaiserschnitt und in 4,2% aller Fälle eine vaginal-operative Geburt stattgefunden hatte.

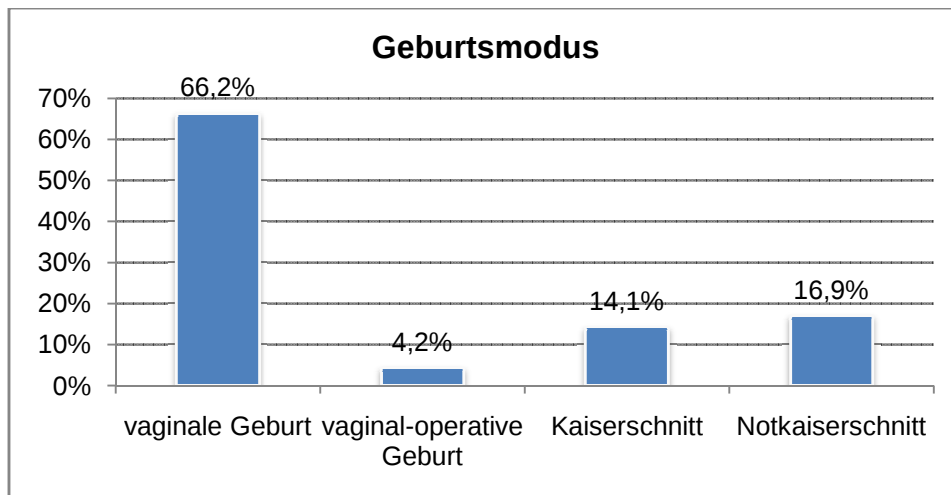


Abbildung 24: Geburtsmodus der ersten Kinder

27 Mehrgebärende (38,0%) gaben an, dass es bei zumindest einer der vorangegangenen Geburten Komplikationen gegeben hatte. Die Häufigkeiten der Nennungen sind Tabelle 9 zu entnehmen. Am öftesten traten eine Lageanomalie des Kindes (48,1%) und ein ungeplanter Kaiserschnitt (37%) auf. In 18,5% aller Fälle wurde ein vorzeitiger Blasensprung als Komplikation genannt. Je drei Schwangere kämpften mit einem Nabelschnurvorfal, schwachen oder unregelmäßigen Herztönen des Kindes bzw. starken Blutungen. Zwei Probandinnen hatten vorzeitige Wehen, eine schlechte Wehen und bei einer wurde eine Fehllage der Plazenta diagnostiziert.

Tabelle 9: Komplikationen bei vorangegangenen Geburten

	Häufigkeit	Prozent
vorzeitiger Blasensprung	5	18,5
Nabelschnurvorfal	3	11,1
schlechte Wehen	1	3,7
Lageanomalie	13	48,1
schwache/unregelmäßige Herztöne des Kindes	3	11,1
vorzeitige Wehen	2	7,4
ungeplanter Kaiserschnitt	10	37,0
starke Blutungen	3	11,1
Plazenta praevia	1	3,7

Eine Frage beschäftigte sich mit den Gefühlen, die die Schwangeren während ihren vorherigen Geburten hatten. Der Großteil der Probandinnen (80,3%) kreuzte sehr positiv oder eher positiv an, 15,5% aller Teilnehmerinnen hatte die Geburt als eher negative Erfahrung in Erinnerung und 4,2% aller Frauen als sehr negativ (siehe Abbildung 25).

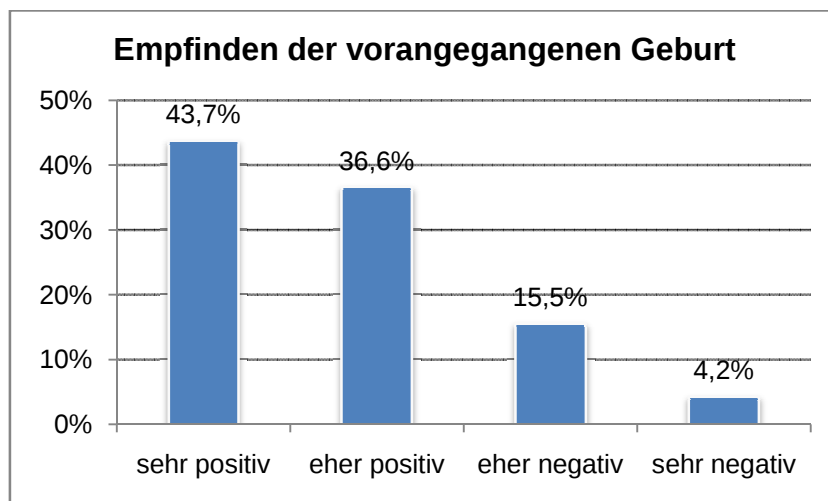


Abbildung 25: Wie empfanden Sie die Geburt des/der Kindes/er?

Nicht ganz ein Viertel der Mehrgebärenden (23,9%) hatte bereits eine oder mehrere Fehlgeburten hinter sich, vier Frauen (5,6%) sogar einen oder mehrere Schwangerschaftsabbrüche.

10.2. Vergleich Schwangere - Nicht-Schwangere

Unter den 336 Probandinnen befanden sich 200 Schwangere und 136 Nicht-Schwangere.

Allgemeines

Die Schwangeren waren mit durchschnittlich 28,73 Jahren (SD = 4,226) etwas älter als die Gruppe der Nicht-Schwangeren, welche im Mittel ein Alter von 22,86 Jahren (SD = 2,963) aufwiesen.

Über die Hälfte der Studentinnen (53,7%), allerdings nur etwas mehr als ein Zehntel der Schwangeren (11%) gab an, ledig zu sein. 46,3% der Nicht-Schwangeren und 41% der Schwangeren lebten zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens in einer Partnerschaft. Die meisten werdenden Mütter (47%) waren verheiratet und nur zwei schwangere Frauen bereits geschieden.

Abbildung 26 zeigt, wie viele Kinder die Probandinnen planen. Die meisten Schwangeren (60,5%) und Nicht-Schwangeren (56,6%) wünschen sich einmal zwei Kinder. 29,4% der Studentinnen und 23,5% der schwangeren Frauen möchten insgesamt einmal drei Kinder bekommen. 10,5% der werdenden Mütter und 4,4% der Nicht-Schwangeren haben bereits mit einem Kind ihre Familienplanung abgeschlossen und lediglich fünf Studentinnen bzw. sieben Schwangere wollen vier oder mehr Kinder. Vier Nicht-Schwangere wollen gar keine Kinder bekommen, während sich je vier Nicht-Schwangere und vier Schwangere ihrer Stimme enthielten.

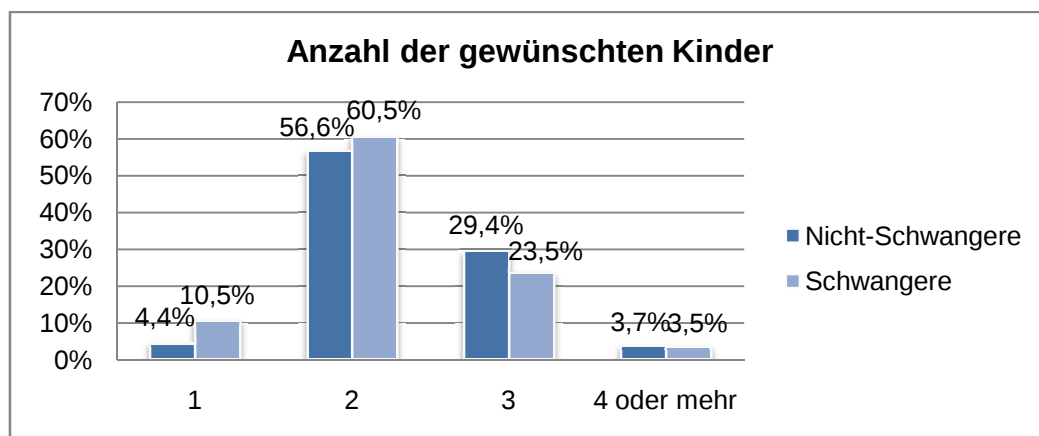


Abbildung 26: Anzahl der gewünschten Kinder im Vergleich Nicht-Schwangere - Schwangere

Schwangerschaft

Tabelle 10 gibt Auskunft darüber, wie viele Teilnehmerinnen welche pränataldiagnostischen Untersuchungen planen. Schwangere wählten im Vergleich zu Nicht-Schwangeren signifikant häufiger Ultraschalluntersuchungen ($p=0,000$, $\chi^2=42,502$). Studentinnen entschieden sich dagegen wesentlich öfter für einen Triple Test ($p=0,014$, $\chi^2=6,072$) und eine Fruchtwasseruntersuchung ($p=0,000$, $\chi^2=24,852$). Auffällig ist auch, dass die Gruppe der Nicht-Schwangeren oft noch keine genauen Vorstellungen hat, welche pränataldiagnostischen Untersuchungen in der eigenen Schwangerschaft durchgeführt werden sollen.

Tabelle 10: Pränataldiagnostische Untersuchungen: Nicht-Schwangere - Schwangere

	Nicht-Schwangere in %	Schwangere in %
Ultraschalluntersuchungen	72,8	97,0
Triple Test (Blutuntersuchung der Mutter)	35,3	23,0
Chorionzottenbiopsie (Punktion der Plazenta)	4,4	1,0
Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung)	14,7	1,0
Nabelschnurpunktion	0,7	0,0
ich weiß es noch nicht	46,3	1,0
keine	0,0	1,5

Abbildung 27 zeigt die Unterschiede zwischen Schwangeren und Nicht-Schwangeren bezüglich ihrer Einschätzung zu verschiedensten Beschwerden, die während der Schwangerschaft auftreten können. Die Probandinnen hatten dabei vier Antwortmöglichkeiten zur Auswahl, die von 1 = sehr unangenehm bis 4 = nicht unangenehm reichten. In Abbildung 27 sind die Mittelwerte festgehalten. Laut dem Ergebnis des Mann-Whitney U-Tests sind alle Unterschiede statistisch signifikant ($p<0,05$). Die Gruppe der Studentinnen stellt sich die unten genannten Beschwerden mit Ausnahme der Müdigkeit schlimmer vor, als sie von den Schwangeren empfunden werden.

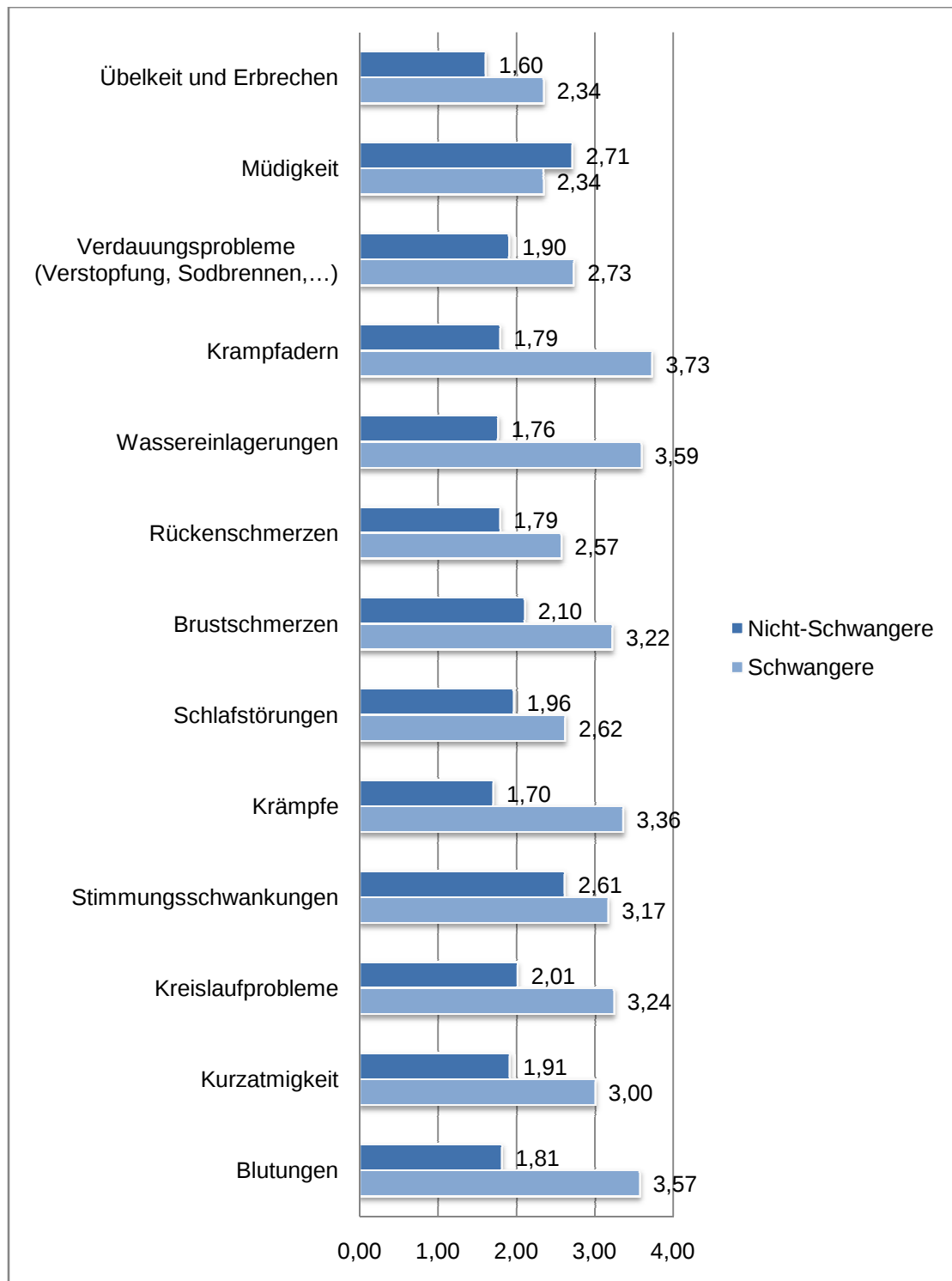


Abbildung 27: Beschwerden während der Schwangerschaft (Mittelwerte): Nicht-Schwangere - Schwangere
 1=sehr unangenehm, 2=eher unangenehm, 3=eher weniger unangenehm, 4=nicht unangenehm

Bezüglich der schwangerschaftsbegleitenden Maßnahmen bzw. Kursen für Schwangeren konnten mittels Chi-Quadrat-Test folgende signifikante Unterschiede festgestellt werden: Nicht-Schwangere planen häufiger, einen Geburtsvorbereitungskurs für Paare zu besuchen als Schwangere ($p=0,000$,

$\chi^2=21,141$), ebenso möchten sie signifikant öfter Schwangerschaftsgymnastik praktizieren ($p=0,000$, $\chi^2=27,973$) und an einem Kurs für Schwimmen für Schwangere teilnehmen ($p=0,000$, $\chi^2=31,280$). Schwangere hingegen wählten häufiger eine geburtsvorbereitende Akupunktur ($p=0,000$, $\chi^2=18,761$). In Bezug auf die Antworten „Geburtsvorbereitungskurs für werdende Mütter“ und „Yoga für Schwangere“ konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

94,8% der Studentinnen und 96,5% der schwangeren Frauen möchten einmal stillen. Schwangere planen signifikant länger zu stillen als Nicht-Schwangere ($p=0,002$, $\chi^2=14,513$). Abbildung 28 verdeutlicht diesen Sachverhalt.

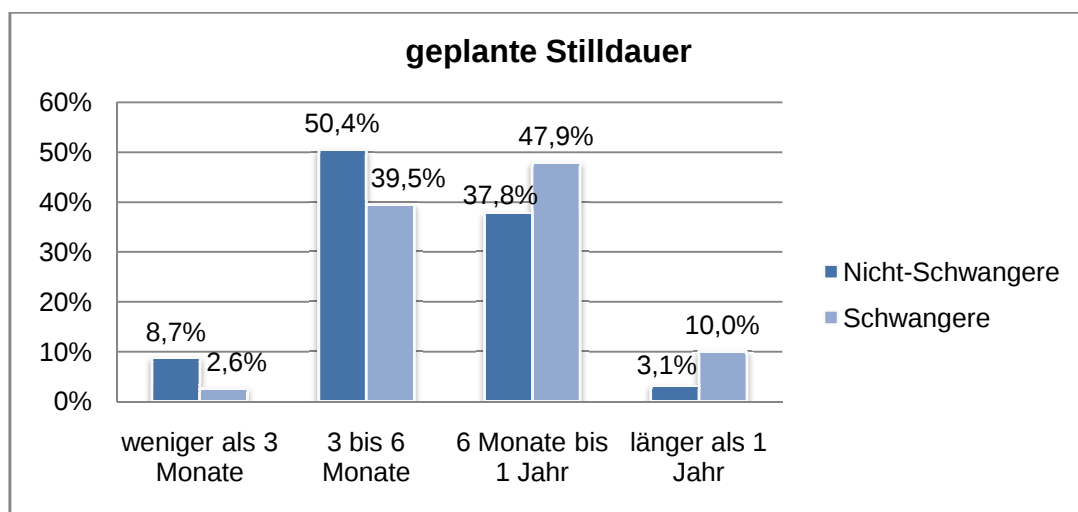


Abbildung 28: geplante Stilldauer im Vergleich Nicht-Schwangere - Schwangere

Geburt

Die Mehrheit der Schwangeren (87,9%) und der Nicht-Schwangeren (66,2%) plant eine vaginale Geburt. Nur wenige werdende Mütter (8,5%) und noch weniger Studentinnen (2,9%) entschieden sich für einen Kaiserschnitt. Nicht ganz ein Drittel aller Nicht-Schwangeren (30,9%) und etwa 4% aller Schwangeren wissen noch nicht, wie sie einmal entbinden möchten.

Bei der Frage nach dem geplanten Entbindungsort antworteten fast drei Viertel der Schwangeren (72,5%) stationär in einem öffentlichen Krankenhaus. Die Studentinnen sind sich bei dieser Frage nicht so einig. Etwas mehr als ein Drittel (36,8%) weiß noch nicht, wo die Entbindung stattfinden soll. 28,7% der Nicht-

Schwangeren wollen ihr Kind stationär in einem öffentlichen Krankenhaus auf die Welt bringen, während knapp 20% in einem Privatspital gebären möchten. Abbildung 29 zeigt auch die Prozentangaben der restlichen Nennungen.

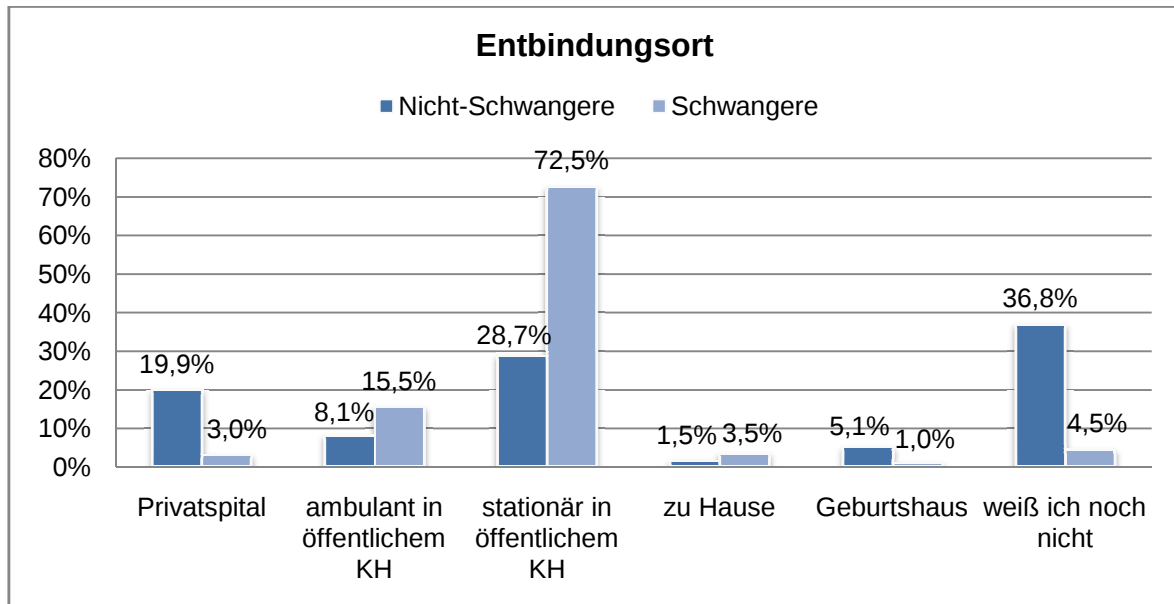


Abbildung 29: Wahl des Entbindungsortes im Vergleich Nicht-Schwangere - Schwangere
KH = Krankenhaus

Tabelle 11 zeigt, welche Informationsquellen von den Teilnehmerinnen herangezogen werden. Laut den Ergebnissen des Chi-Quadrat Tests gibt es bei allen Antwortmöglichkeiten außer „TV/Radio“ signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ($p < 0,05$).

Tabelle 11: Informationsquellen: Nicht-Schwangere - Schwangere

	Nicht-Schwangere in %	Schwangere in %
Arzt	93,4	50,5
Freunde/Bekannte	70,6	43,0
Familie	66,9	32,0
Bücher/Zeitschriften	44,1	29,5
Hebamme	71,3	51,5
andere Mütter	55,9	31,0
Internet	51,5	34,5
TV/Radio	2,2	2,0

Bei der Frage nach der Entscheidung für den Geburtsmodus gaben 44,1% der Nicht-Schwangeren und 47% der Schwangeren an, diese gemeinsam mit dem Partner zu treffen. Viele werdende Mütter (39,5%) entscheiden darüber alleine, während bei den Studentinnen die zweithäufigste Antwort mit 19,1% war, dass sie gemeinsam mit dem Arzt über den Geburtsmodus urteilen werden (siehe Abbildung 30).

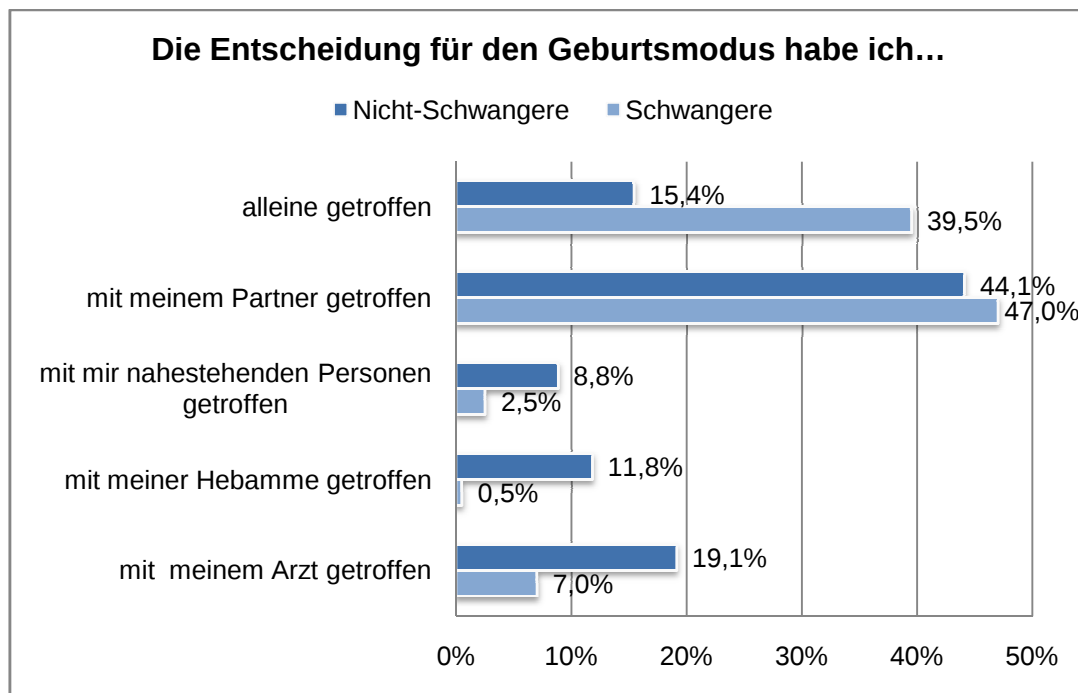


Abbildung 30: Entscheidung des Geburtsmodus: Nicht-Schwangere - Schwangere

Schwangere und Nicht-Schwangere wurden auch bezüglich gewisser Aspekte der Geburt verglichen. Dabei konnten die Probandinnen auf einer Skala von 1 = sehr wichtig bis 4 = gar nicht wichtig die in Abbildung 31 aufgezählten Punkte bewerten. Davon wurden die Mittelwerte gebildet und in Form des nachfolgend abgebildeten Diagrammes visualisiert. Der Mann-Whitney U-Test ergab Folgendes: Schwangere empfinden einen natürlichen Geburtsablauf, den sofortigen Kontakt mit dem Baby nach der Entbindung, das Teilen des Geburtserlebnisses mit dem Partner, sowie ein ungestörtes und bewusstes Geburtserlebnis signifikant wichtiger als Nicht-Schwangere (je $p=0,000$). Für Studentinnen wirken die permanente Anwesenheit eines/r Arztes/Ärztin während der Geburt ($p=0,000$), sowie die Planbarkeit des Geburtszeitpunktes ($p=0,003$) beruhigender. Die Sicherheit der Mutter und des Kindes, ebenso wie die permanente Anwesenheit einer Hebamme sind beiden Gruppen gleich wichtig. Hier konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

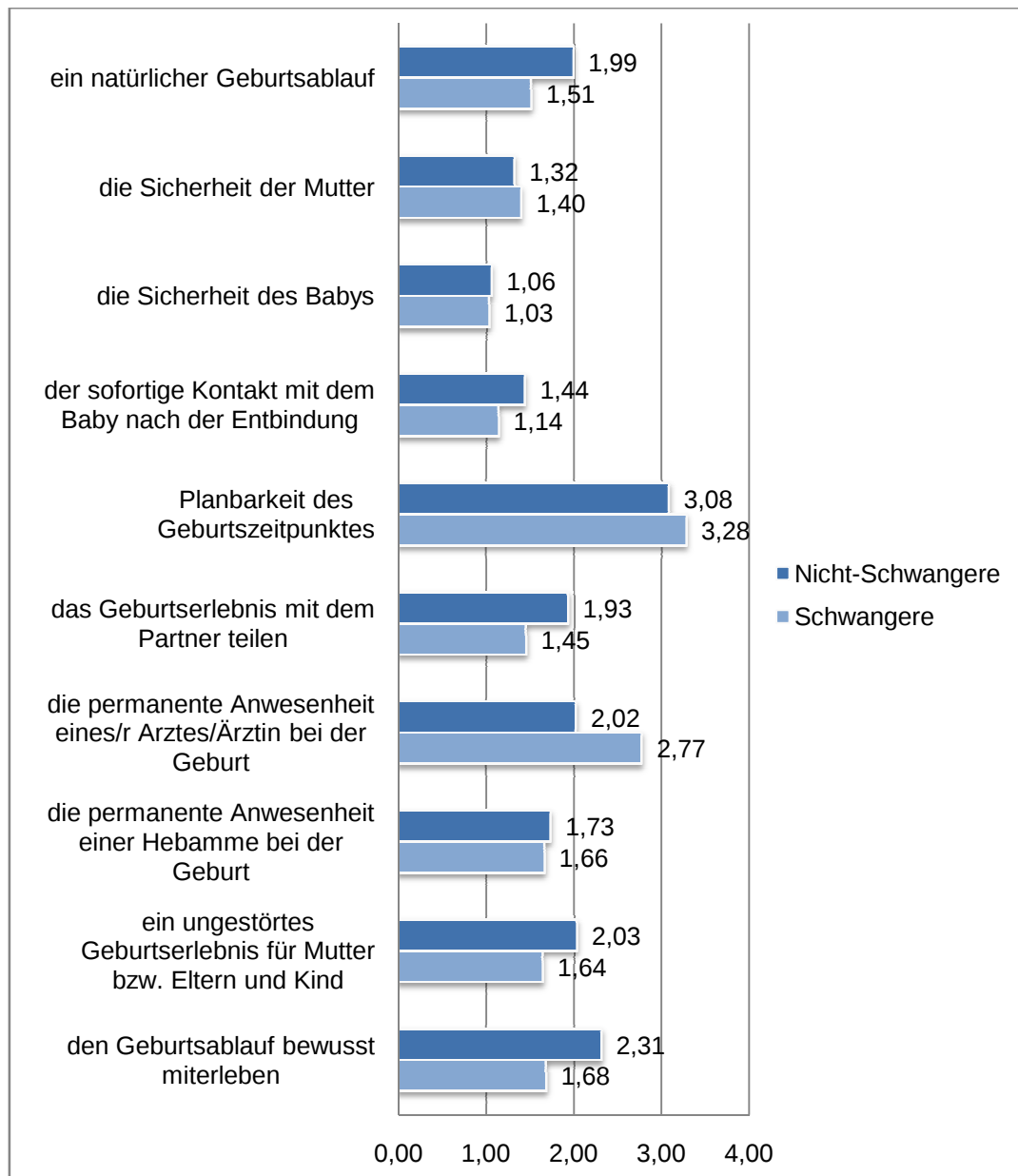


Abbildung 31: Aspekte der Geburt im Vergleich Nicht-Schwangere - Schwangere (Mittelwerte)
 1=sehr wichtig, 2=eher wichtig, 3=weniger wichtig, 4=gar nicht wichtig

Analog zum obigen Fall verlief die Auswertung bezüglich der Ängste der Geburt. Wiederum konnten die Teilnehmerinnen zwischen 1 = große Angst, 2 = mäßige Angst, 3 = geringe Angst und 4 = keine Angst wählen. Abbildung 32 zeigt die Mittelwerte der Antworten. Laut Ergebnissen des Mann-Whitney U-Tests liegen fast überall signifikante Unterschiede vor ($p < 0,05$). Nur bei der Antwortmöglichkeit „Ich habe Angst vor unfreundlichen und ungeduldigen Menschen im Kreißsaal“ konnte keiner festgestellt werden. Nicht-Schwangere haben durchwegs größere Ängste als Schwangere.

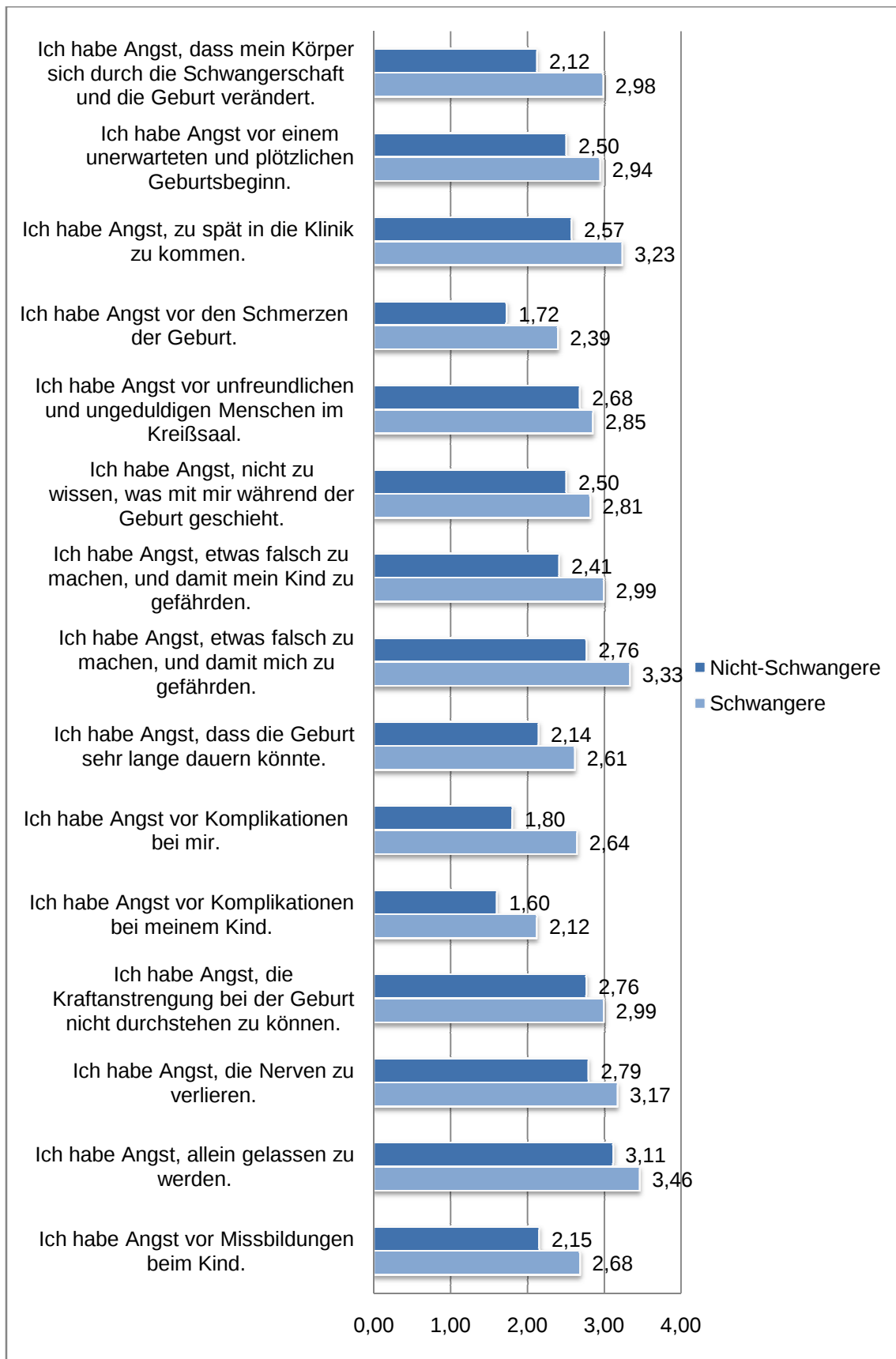


Abbildung 32: Ängste bezüglich Schwangerschaft und Geburt im Vergleich Nicht-Schwangere - Schwangere
(Mittelwerte)

1=große Angst, 2=mäßige Angst, 3=geringe Angst, 4=keine Angst

Abbildung 33 zeigt, warum sich die Probandinnen für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt entschieden haben. Nicht-Schwangere verzeichnen signifikant häufiger Ängste vor bleibenden Narben ($p=0,007$, $\chi^2=7,226$). Ansonsten konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

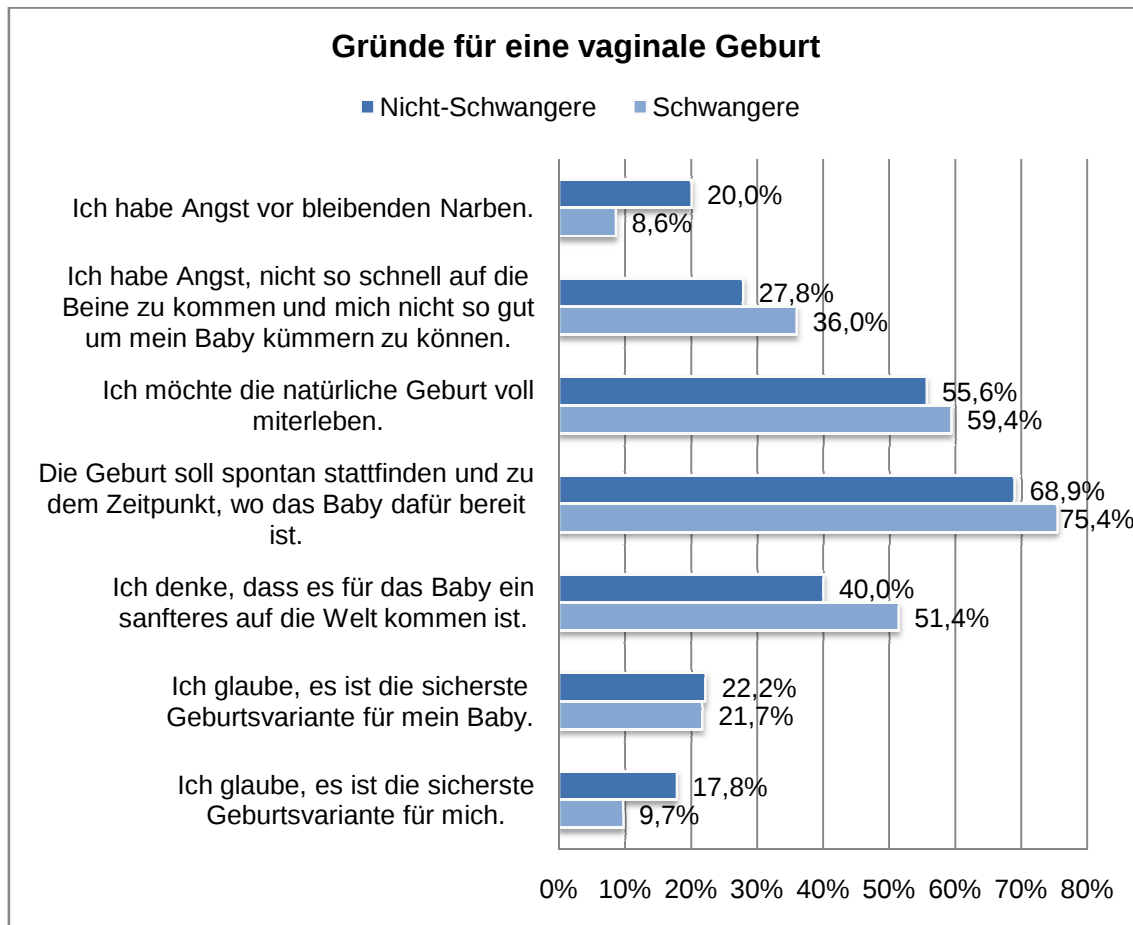


Abbildung 33: Gründe für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt im Vergleich
Nicht-Schwangere - Schwangere

10.3. Vergleich Erst- und Mehrgebärende

Unter den 200 schwangeren Frauen der Stichprobe befanden sich 129 Erstgebärende (64,5%) und 71 Mehrgebärende (35,5%).

Allgemeines

Die Erstgebärenden waren durchschnittlich 28,15 Jahre alt (SD = 4,127). 55 Mütter hatten bereits ein Kind und waren nun in ihrer zweiten Schwangerschaft durchschnittlich 29,25 Jahre alt (SD = 4,321). Unter den Mehrgebärenden befanden sich zwölf Mütter, die bereits zwei Kinder hatten. Diese wiesen ein mittleres Alter von 31,83 Jahren auf (SD = 3,433). Jene vier Frauen mit drei oder mehr Kindern waren im Schnitt 30,75 Jahre alt (SD = 3,862).

Abbildung 34 zeigt den Familienstand der Erst- und Mehrgebärenden. Frauen, die zum ersten Mal schwanger waren, lebten häufiger alleine oder in einer Partnerschaft. Im Gegensatz dazu gab über die Hälfte der Mehrgebärenden (59,2%) an, verheiratet zu sein.

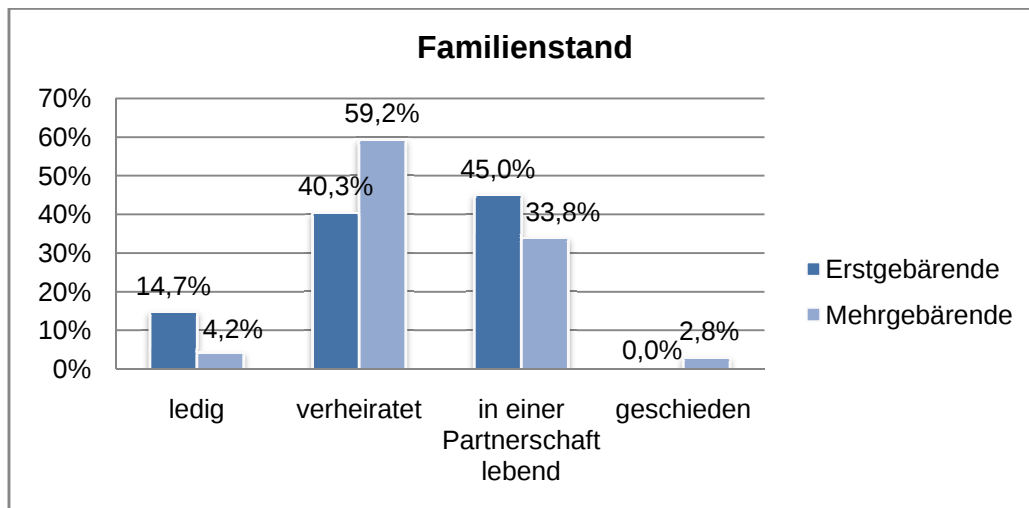


Abbildung 34: Familienstand nach Parität

In Abbildung 35 kann man die höchste abgeschlossene Schulausbildung der Schwangeren ablesen. Laut Chi-Quadrat-Test gibt es hier signifikante Unterschiede zwischen Erst- und Mehrgebärenden ($p=0,004$, $\chi^2=18,812$). Erstgebärende absolvierten häufiger eine berufsbildende mittlere Schule ohne Matura bzw. eine berufsbildende höhere Schule mit Matura, während Mehrgebärende bereits nach der Hauptschule oder Lehre ihre Schulausbildung abgeschlossen hatten. Frauen, die

zum ersten Mal schwanger sind, sind außerdem häufiger berufstätig (93%) als Mehrgebärende (81,7%).

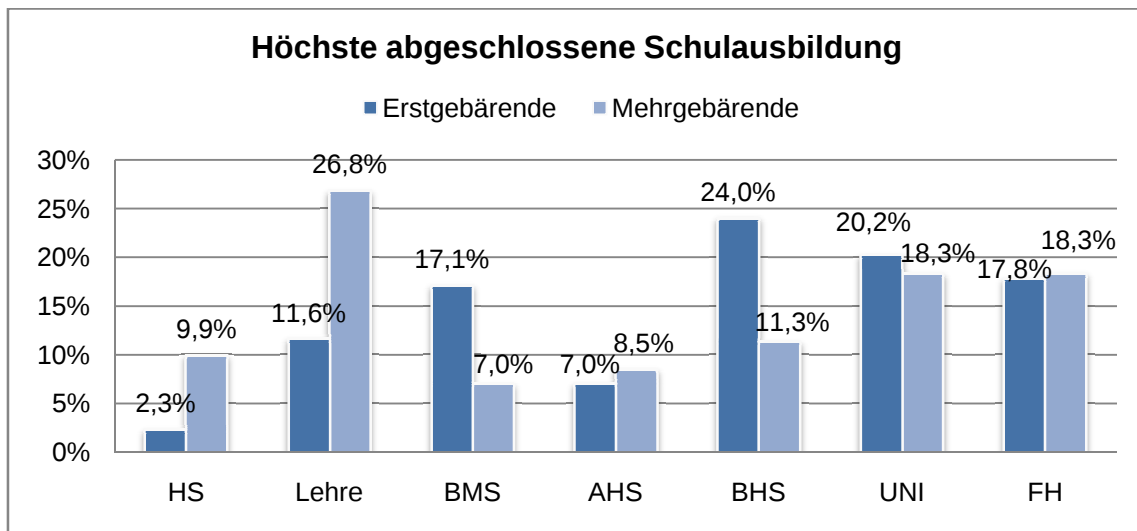


Abbildung 35: Höchste abgeschlossene Schulausbildung nach Parität

(HS = Hauptschule, BMS = berufsbildende mittlere Schule ohne Matura, AHS = allgemeinbildende höhere Schule mit Matura, BHS = berufsbildende höhere Schule mit Matura, UNI = Universität, FH = Fachhochschule)

Erstgebärende wünschen sich tendenziell weniger Kinder als Mehrgebärende. Abbildung 36 verdeutlicht diesen Sachverhalt. Bei zwei Kindern ist die Differenz noch relativ gering: 59,7% der Erstgebärenden und 62% der Mehrgebärenden haben mit zwei Kindern die Familienplanung abgeschlossen. Bei den Frauen, die sich einmal drei Kinder wünschen, merkt man schon einen deutlicheren Unterschied. Nur 19,4% der werdenden Mütter, aber 31% der Mütter planen drei Kinder.

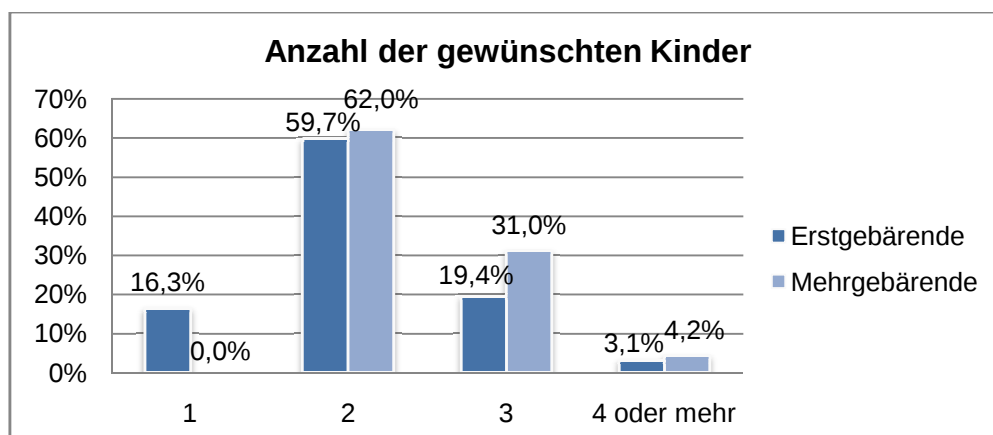


Abbildung 36: Anzahl der gewünschten Kinder nach Parität

Schwangerschaft

Bezüglich der pränataldiagnostischen Untersuchungen sind sich Erst- und Mehrgebärende annähernd einig. Ultraschalluntersuchungen werden mit etwa 97% am häufigsten, invasive Verfahren hingegen nur im Ausnahmefall durchgeführt. Der Triple Test wurde häufiger von Erstgebärenden angekreuzt. Alle übrigen pränataldiagnostischen Untersuchungen wurden von den Schwangeren selbst genannt und können daher schwer verglichen werden.

Mittels Chi-Quadrat-Test konnte in Bezug auf die schwangerschaftsbegleitenden Maßnahmen festgestellt werden, dass Erstgebärende signifikant häufiger einen Geburtsvorbereitungskurs für werdende Mütter besuchen ($p=0,003$, $\chi^2=8,754$). Mehrgebärende entschieden sich hingegen signifikant öfter für eine geburtsvorbereitende Akupunktur ($p=0,010$, $\chi^2=6,548$). Alle anderen Unterschiede waren nicht signifikant.

Alle Erstgebärenden und auch der Großteil der Mehrgebärenden (90,5%) möchten ihr Kind einmal stillen. Abbildung 37 zeigt, wie lange die Schwangeren vorhaben zu stillen. Mehrgebärende planen ihren Babys länger die Brust zu geben als Erstgebärende.

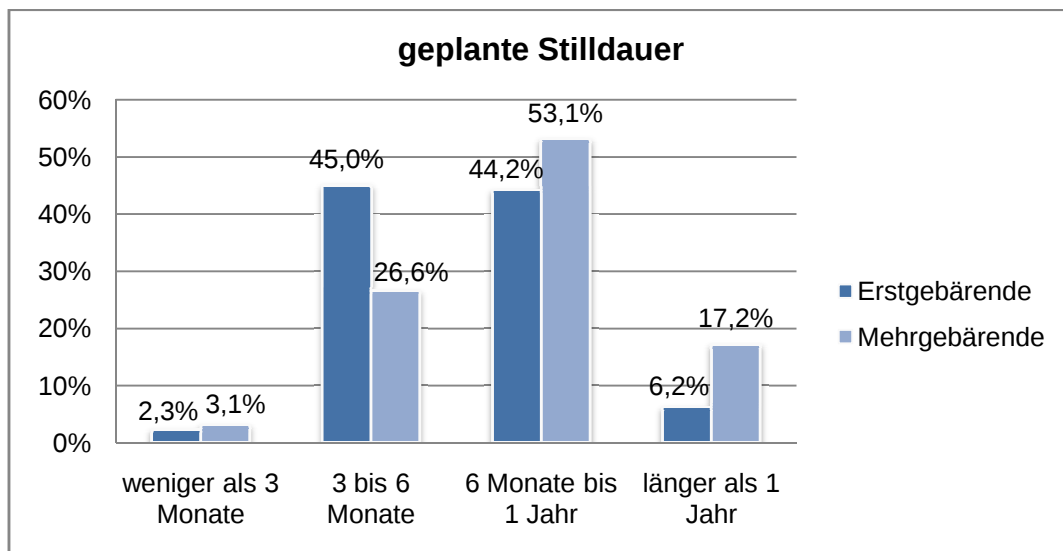


Abbildung 37: geplante Stilldauer nach Parität

79,8 % der Erstgebärenden und 90,1% der Mehrgebärenden gaben an, leichte oder ernste Beschwerden zu haben. Abbildung 38 zeigt wie auch beim Vergleich der Nicht-Schwangeren und Schwangeren den Mittelwertvergleich diesmal aufgeteilt

nach Parität der Schwangeren. Dabei ergab der Mann-Whitney U-Test, dass Mehrgebärende Übelkeit und Erbrechen ($p=0,007$) sowie Müdigkeit ($p=0,008$) signifikant schlimmer empfinden als Erstgebärende.

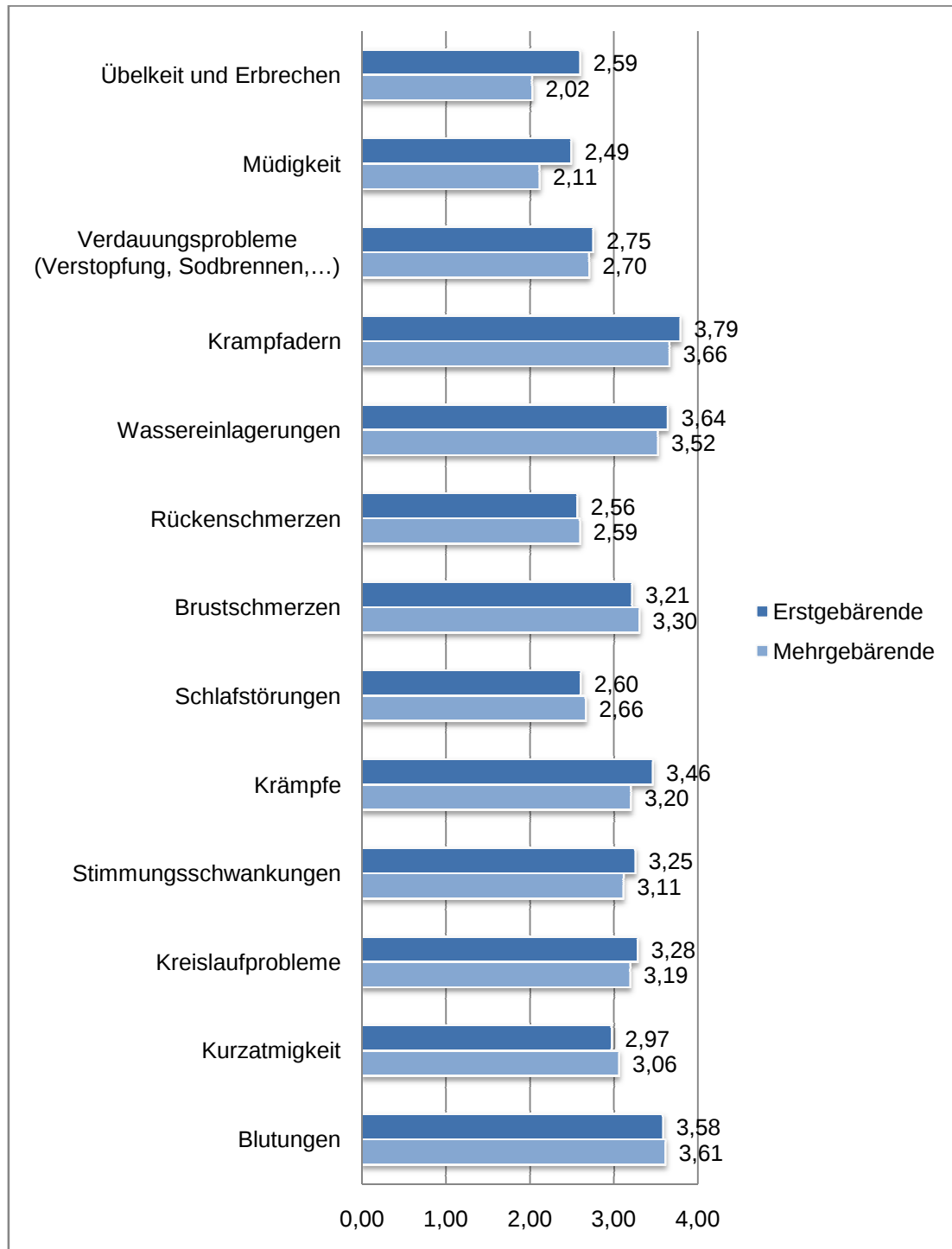


Abbildung 38: Beschwerden während der Schwangerschaft nach Parität (Mittelwerte)

1=sehr unangenehm, 2=eher unangenehm, 3=eher weniger unangenehm, 4=nicht unangenehm

Geburt

Bezüglich der Wahl des Entbindungsortes sind sich Erst- und Mehrgebärende ziemlich einig. Die Mehrheit der zum ersten Mal werdenden Mütter (75,2%) und der Frauen, die erneut ein Baby bekommen, (67,6%) möchte ihr Kind stationär in einem öffentlichen Krankenhaus auf die Welt bringen. Als zweithäufigster Geburtsort kommt für beide Gruppen die ambulante Geburt in einem öffentlichen Krankenhaus in Frage. Alle anderen Antworten wurden nur von wenigen Frauen gewählt.

Tabelle 12 zeigt, wo sich Schwangere über Schwangerschaft und Geburt informieren werden. Mehrgebärende befragen signifikant häufiger ihren Arzt ($p=0,005$, $\chi^2=7,911$), während Erstgebärende lieber Freunde und Bekannte ($p=0,006$, $\chi^2=7,686$) zu Rate ziehen.

Tabelle 12: Informationsquellen nach Parität

	Erstgebärende in %	Mehrgebärende in %
Arzt	43,4	64,3
Freunde/Bekannte	50,4	30,0
Familie	36,4	24,3
Bücher/Zeitschriften	31,8	25,7
Hebamme	51,2	52,9
andere Mütter	32,6	28,6
Internet	38,8	27,1
TV/Radio	1,6	2,9
ich habe mich noch nicht informiert	10,1	10,0

Auch bei der Frage nach der wichtigsten Informationsquelle konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Erst- und Mehrgebärenden festgestellt werden ($p=0,000$, $\chi^2=133,523$). Etwas mehr als drei Viertel aller Mehrgebärenden (77,1%) wurden von den eigenen Erfahrungen bei einer vorangegangenen Geburt am meisten beeinflusst, während für Erstgebärende vor allem Erfahrungen von Familie, Freunden und Bekannten (50,8%) zählten.

Die Entscheidung für den Geburtsmodus trafen Erstgebärende häufiger gemeinsam mit ihrem Partner (50,4%), während Mehrgebärende sich öfters alleine entschieden (45,1%). Abbildung 39 zeigt, welche Antworten mit welcher Häufigkeit genannt wurden.

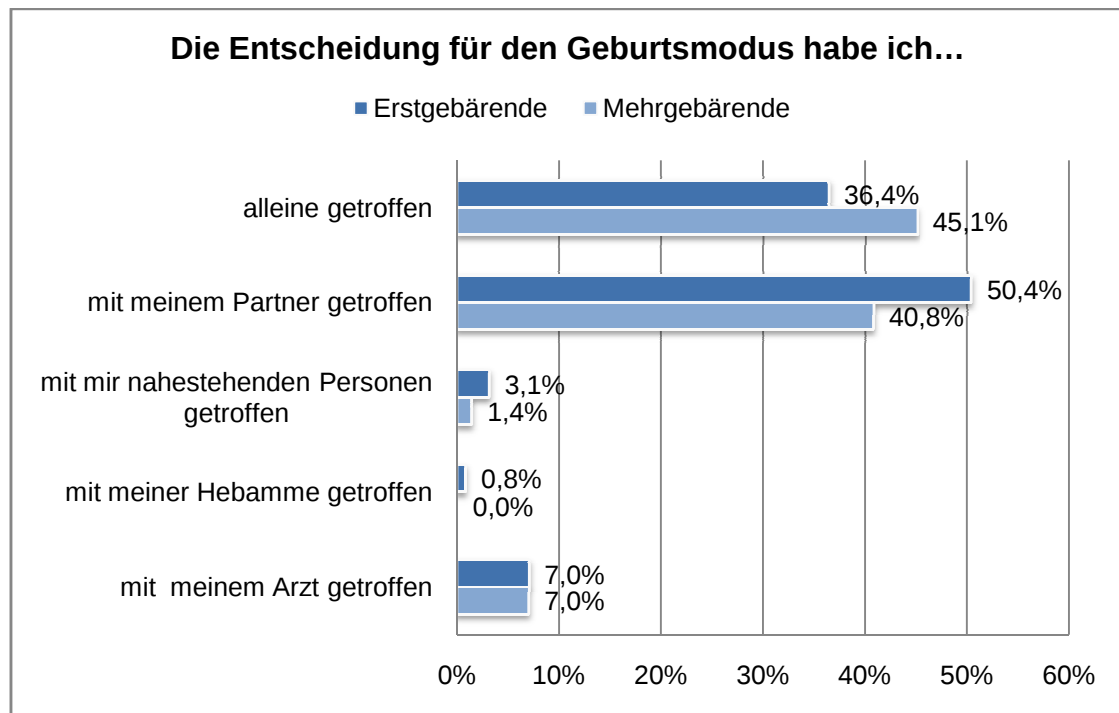


Abbildung 39: Entscheidung des Geburtsmodus nach Parität

Abbildung 40 bildet die Mittelwerte der von den Schwangeren genannten Ängste ab. Mittels Mann-Whitney U-Test konnte bei folgenden Antworten ein signifikanter Unterschied festgestellt werden:

- „Ich habe Angst, dass mein Körper sich durch die Schwangerschaft und die Geburt verändert.“ ($p=0,009$)
- „Ich habe Angst vor den Schmerzen der Geburt.“ ($p=0,018$)
- „Ich habe Angst, die Kraftanstrengung bei der Geburt nicht durchstehen zu können.“ ($p=0,016$)

Dabei haben die Erstgebärenden in jedem der drei Fälle größere Ängste als die Frauen, die schon ein Kind oder auch mehrere zur Welt gebracht haben.

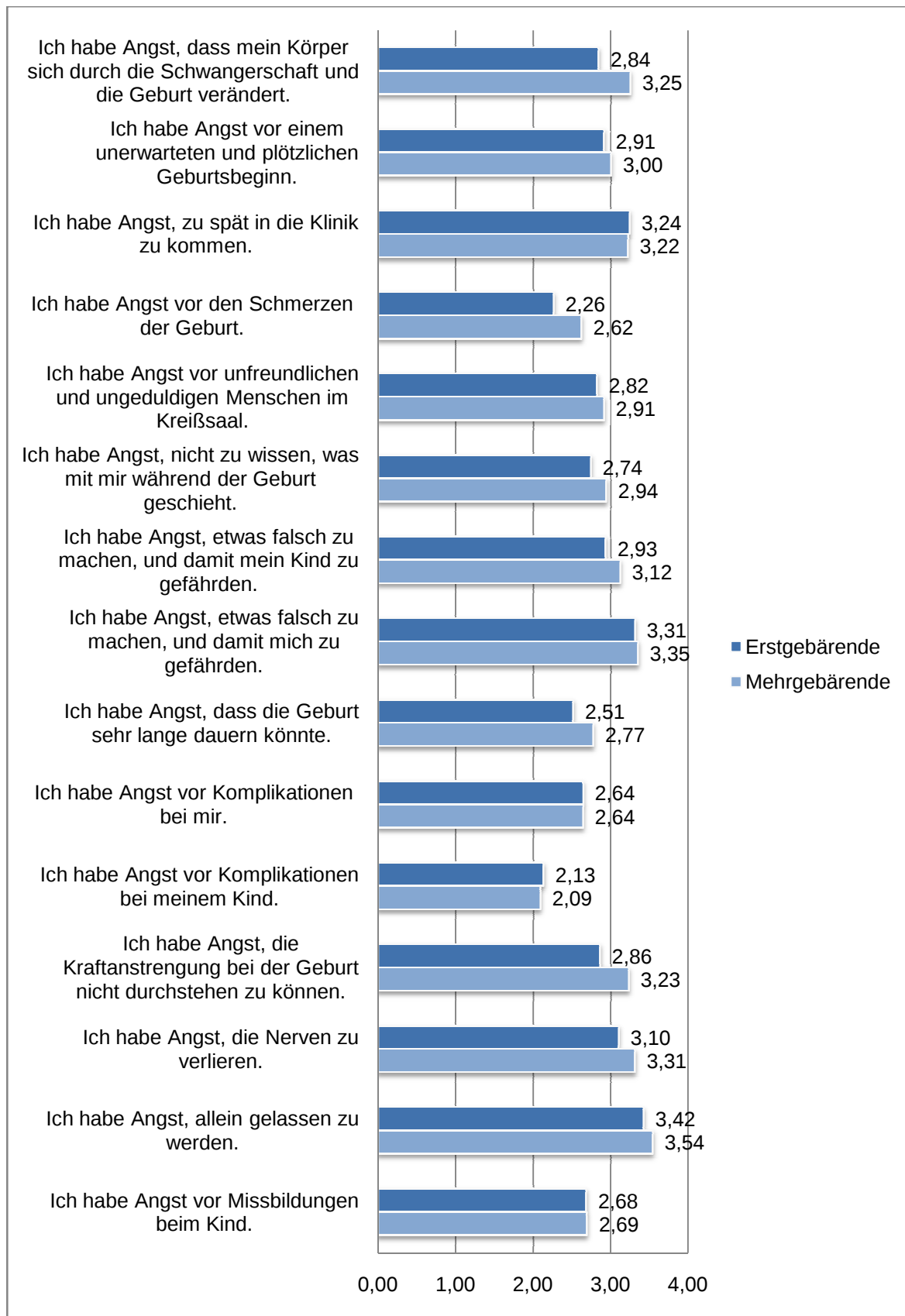


Abbildung 40: Ängste bezüglich Schwangerschaft und Geburt nach Parität (Mittelwerte)

1=große Angst, 2=mäßige Angst, 3=geringe Angst, 4=keine Angst

114 Erstgebärende (88,4%) und 61 Mehrgebärende (85,9%) wünschen sich eine vaginale Geburt. Bezüglich der Gründe für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Mehrgebärende haben allerdings etwas größere Ängste, nach einem Kaiserschnitt nicht so schnell wieder fit zu sein, während mehr Erstgebärende denken, dass die vaginale Geburt die sicherste Geburtsvariante für Mutter und Kind und ein sanfterer Einstieg für das Baby ins Leben ist. Abbildung 41 verdeutlicht diesen Sachverhalt.

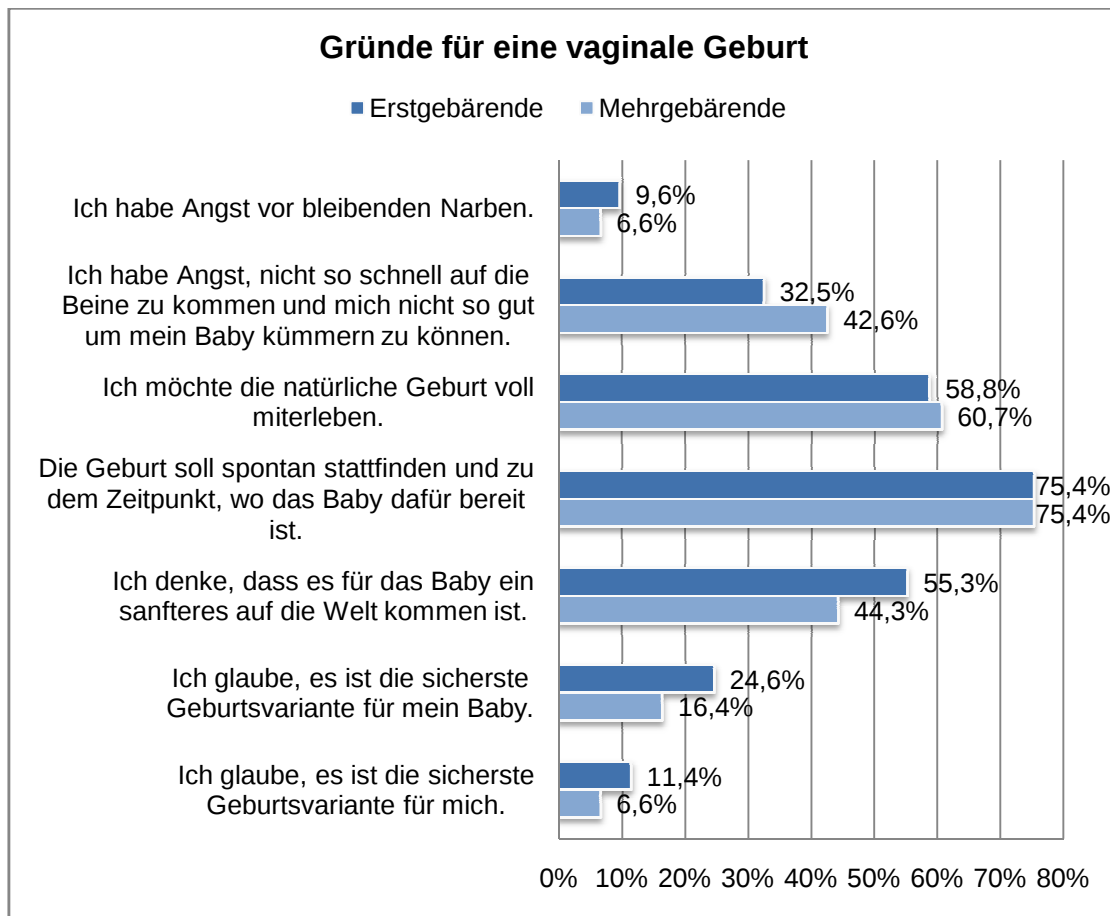


Abbildung 41: Gründe für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt nach Parität

11. DISKUSSION

Ziel dieser Studie war, Unterschiede zwischen Schwangeren und Nicht-Schwangeren bezüglich ihrer Vorstellungen zu Schwangerschaft und Geburt herauszufinden. Bevor nun die in Kapitel acht aufgelisteten Hypothesen diskutiert werden, sollte nochmals darauf hingewiesen werden, dass die Gruppe der Nicht-Schwangeren dadurch gekennzeichnet war, dass alle Teilnehmerinnen zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens studierten, nicht schwanger waren und auch noch kein Kind auf die Welt gebracht haben. Dadurch ist die vorliegende Studie nicht repräsentativ hinsichtlich der Gesamtpopulation der Nicht-Schwangeren.

Es gibt nur wenig Literatur zu den Vorstellungen Nicht-Schwangerer. Studien zu Schwangeren im Allgemeinen bzw. Studien, die zwischen Erst- und Mehrgebärenden unterscheiden, sind häufiger zu finden.

Hypothese 1: Schwangere und Nicht-Schwangere unterscheiden sich bezüglich ihrer Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt und der Wahl der schwangerschaftsbegleitenden Maßnahmen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass Nicht-Schwangere durchwegs größere Ängste haben als Schwangere. Von den 15 gegebenen Aussagen über mögliche Ängste zeigte sich sogar 14-mal ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Vergleicht man Erst- und Mehrgebärende, so sind Frauen, die zum ersten Mal schwanger sind, ängstlicher als Frauen, die bereits ein Kind haben. Melender (2002) konnte in ihrer Studie ebenfalls feststellen, dass Ängste bei Erstgebärenden häufiger vorkommen als bei Mehrgebärenden. Gründe dafür, dass Nicht-Schwangere die meisten und Mehrgebärende die geringsten Ängste aufweisen, könnten einerseits die fehlenden Erfahrungen Schwangerschaft und Geburt betreffend, andererseits auch das mangelnde Wissen der Nicht-Schwangeren sein. Cleeton (2001) fand in ihrer Studie einen ähnlichen Zusammenhang. Viele College-Studenten und College-Studentinnen stellen sich die Geburt als wunderbare, aber mit qualvollen Schmerzen verbundene Erfahrung vor. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass diese Anschauung in Zusammenhang mit geringem bis gar

keinem Wissen über Schwangerschaft und Geburt stehen (Cleeton, 2001). Stoll, Edmonds und Hall (2015) stellten ebenfalls fest, dass der Zugang zu Informationen zum Thema Schwangerschaft und Geburt die Ängste vermindert.

Bei der Einschätzung der Beschwerden zeigte sich ebenfalls ein großer Unterschied zwischen der Gruppe der Schwangeren und der Nicht-Schwangeren. Mit Ausnahme der Müdigkeit stellten sich Studentinnen alle aufgezählten Beschwerden unangenehmer vor. Betrachtet man wiederum Erst- und Mehrgebärende, so zeigen sich nur signifikante Unterschiede bei Übelkeit und Erbrechen und Müdigkeit. Erstgebärende finden diese Beschwerden nicht so schlimm wie Mehrgebärende. Hier könnte man wieder argumentieren, dass Nicht-Schwangere aufgrund fehlender Erfahrungen und fehlendem Wissen schlimmere Vorstellungen haben (Cleeton, 2001). Erstgebärende sind vielleicht noch euphorischer im Vergleich zu Mehrgebärenden bzw. haben Mehrgebärende vielleicht in ihrer vorherigen Schwangerschaft schon einiges durchgemacht und zusätzlich ein kleines Kind zu Hause, wodurch ihre Einschätzung beeinflusst wird.

Bezüglich der im Fragebogen enthaltenen zehn Aspekte zur Geburt hatten Schwangere und Nicht-Schwangere ganz unterschiedliche Meinungen. Während für Schwangere ein natürlicher Geburtsablauf, der sofortige Kontakt mit dem Baby nach der Entbindung, das Teilen des Geburtserlebnisses mit dem Partner, sowie ein ungestörtes und bewusstes Geburtserlebnis wichtiger waren, wollten Nicht-Schwangere signifikant häufiger die permanente Anwesenheit eines Arztes oder einer Ärztin bei der Geburt. Zwischen Erst- und Mehrgebärenden konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Es kann also bestätigt werden, dass sich Schwangere und Nicht-Schwangere bezüglich ihrer Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt unterscheiden.

In Bezug auf die schwangerschaftsbegleitenden Maßnahmen planen Nicht-Schwangere häufiger einen Geburtsvorbereitungskurs für Paare, Schwangerschaftsgymnastik und Schwimmen für Schwangere. Schwangere hingegen entschieden sich signifikant häufiger für eine geburtsvorbereitende Akupunktur. Schwangere werden vermutlich von Hebammen auf das Angebot und die Vorzüge einer geburtsvorbereitenden Akupunktur hingewiesen, während sich Studentinnen darunter nicht so viel vorstellen können.

Vergleicht man Erst- und Mehrgebärende, so plant der Großteil der Erstgebärenden (86%) schwangerschaftsbegleitende Kurse zu besuchen, während über die Hälfte der Mehrgebärenden (62%) dies nicht tut. Erstgebärende tendieren dazu, häufiger Geburtsvorbereitungskurse zu besuchen als Mehrgebärende. Dies konnte durch eine Studie von Fabian, Rådestad und Waldenström (2004) bestätigt werden. Der häufigste Grund, warum Mehrgebärende nicht an einem Geburtsvorbereitungskurs teilnahmen, war, dass sie bereits während einer vorherigen Schwangerschaft einen besucht haben (Fabian u.a., 2004).

Schwangere und Nicht-Schwangere unterscheiden sich also nicht nur in ihrer Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt, sondern auch bezüglich der schwangerschaftsbegleitenden Maßnahmen. Hypothese 1 kann somit bestätigt werden.

Hypothese 2: Schwangere und Nicht-Schwangere unterscheiden sich bezüglich ihrer geplanten Stilldauer, der Wahl der Informationsquellen und der Gründe für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt.

Die geplante Stilldauer fällt bei Schwangeren durchschnittlich länger aus als bei Nicht-Schwangeren, bei denen über die Hälfte aller Teilnehmerinnen (50,8%) zwischen drei und sechs Monaten stillen möchte. Schaut man sich wiederum Erst- und Mehrgebärende getrennt an, so kann festgestellt werden, dass Mehrgebärende länger stillen wollen als Erstgebärende. In einer Studie des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend 2007 zeigte sich ebenfalls, dass Frauen, die bereits einmal gestillt haben, eine längere Stilldauer planen als Frauen ohne diese Erfahrung. Die World Health Organization (WHO) gab 2001 sechs Monate ausschließliches Stillen als optimale Dauer für das Neugeborene an. Schwangere planen vermutlich eine längere Stillzeit aufgrund der genaueren Auseinandersetzung mit diesem Thema und dem Wissen um Vorteile für Mutter und Kind. Muttermilch gilt als die natürliche Ernährung des Kindes. Sie ist jederzeit verfügbar, hat immer die passende Temperatur und kann in ihrer Zusammensetzung je nach den Bedürfnissen des Kindes variieren. Außerdem haben Kinder, die gestillt wurden, ein verringertes Risiko für Neurodermitis und Asthma. Durch den engen

Körperkontakt beim Stillen wird die Mutter-Kind-Beziehung gefördert. Weiters schützen die Abwehrstoffe der Muttermilch das Kind vor Infektionen des Respirations- und des Gastrointestinaltraktes. Stillen führt bei der Mutter zur vermehrten Oxytozin-Ausschüttung, die für die Blutstillung und Uterusrückbildung nach der Geburt verantwortlich ist und so vor Infektionen und Anämien schützen (Abou-Dakn, 2011).

Bezüglich der Wahl der Informationsquellen konnten fast überall signifikante Unterschiede zwischen Schwangeren und Nicht-Schwangeren festgestellt werden. Lediglich TV und Radio wurden von beiden Gruppen kaum gewählt. Nicht-Schwangere wollen alle der aufgelisteten Informationsquellen häufiger nutzen als Schwangere und gaben meist mehrere verschiedene Quellen an. Beim Vergleich nach Parität konnte festgestellt werden, dass Mehrgebärende signifikant häufiger den Arzt konsultieren, während sich Erstgebärende bei Freunden und Bekannten informieren. Aaronson, Mural und Pfoutz (1988) fanden in ihrer Studie ebenfalls heraus, dass Erstgebärende Freunde und Familie als eine der Hauptinformationsquellen nutzen.

Bei den Gründen für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt konnte zwischen Schwangeren und Nicht-Schwangeren nur bei einer Antwortmöglichkeit ein signifikanter Unterschied entdeckt werden. Studentinnen fürchten sich häufiger vor den bleibenden Narben nach einer Operation. Stoll u.a. (2009) untersuchten in ihrer Studie ebenfalls die Gründe männlicher und weiblicher Studenten für die Bevorzugung eines Geburtsmodus. 12,2% aller Frauen und 8,9% aller Männer gaben als Grund für eine vaginale Geburt die Vermeidung der mit einem Kaiserschnitt verbundenen Narbe an (Stoll u.a., 2009). In der im Zuge dieser Diplomarbeit untersuchten Studie kreuzte sogar jede fünfte Studentin diese Antwort an.

Laut den vorliegenden Ergebnissen unterscheiden sich Schwangere und Nicht-Schwangere bezüglich der geplanten Stilldauer und der Wahl der Informationsquellen. Die Gründe für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt sind ähnlich, allerdings gehen auch hier die Vorstellungen der beiden Gruppen etwas auseinander. Hypothese 2 kann daher nur teilweise bestätigt werden.

Hypothese 3: Schwangere haben genauere Vorstellungen zu Schwangerschaft und Geburt als Nicht-Schwangere.

Die Gruppe der Nicht-Schwangeren wurde nach den Gedanken zu ihrer Kinderplanung gefragt. Der Großteil der Studentinnen gab zu, manchmal über die eigene Kinderplanung nachzudenken. Etwas mehr als ein Viertel beschäftigte sich bereits öfter mit diesem Thema und ein Viertel aller Nicht-Schwangeren hatte darüber noch gar nicht nachgedacht. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass der Kinderwunsch für manche Akademikerinnen noch in der Ferne liegt. Betrachtet man allerdings, mit welchem Alter die Nicht-Schwangeren ihr erstes Kind bekommen möchten, so erkennt man, dass dies gar nicht so spät ist. Über die Hälfte aller Studentinnen (53,7%) plant das erste Kind zwischen 25 und 30 Jahren. Im Vergleich dazu lag das durchschnittliche Alter der österreichischen Erstgebärenden 2014 bei 29,1 Jahren, also an der oberen Grenze dieser Altersspanne. Zwanzig Jahre zuvor bekamen Frauen ihr erstes Kind mit durchschnittlich 25,9 Jahren und 2004 mit 27,6 Jahren. Es zeigt sich also die Tendenz zu einem steigenden Erstgebärendenalter (Statistik Austria, 2015b). Berücksichtigt man nun, dass die Studentinnen der Untersuchungsgruppe ein mittleres Alter von 22,86 Jahren aufwiesen, so dauert es doch noch ein paar Jahre, bis eigene Kinder in Aussicht sind.

Vergleicht man die Gruppe der Schwangeren mit jener der Nicht-Schwangeren, so erkennt man, dass Nicht-Schwangere viel häufiger noch keine genauen Vorstellungen zu diversen Themen bezüglich Schwangerschaft und Geburt haben. Auf die Frage nach der Inanspruchnahme der Karenzzeit, antwortete knapp ein Drittel aller Studentinnen mit „weiß ich noch nicht“. Im Vergleich dazu haben sich nur 5,5% aller Schwangeren noch keine Gedanken darüber gemacht. Außerdem sind sich 12,5% aller Nicht-Schwangeren unsicher, ob sie nach der Geburt ihres ersten Kindes wieder arbeiten gehen wollen. Nur 3% aller Schwangeren antwortete gleich. Ein riesiger Unterschied zeigte sich auch bezüglich der Planung pränataldiagnostischer Untersuchungen während der Schwangerschaft. Lediglich 1% der Schwangeren, allerdings 46,3% der Nicht-Schwangeren weiß noch nicht, welche Untersuchungen in der eigenen Schwangerschaft durchgeführt werden sollen. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Studentinnen oft noch nicht viel über die Möglichkeiten, die die Pränataldiagnostik heutzutage bietet, gehört haben. Dies

würde auch erklären, warum fast 15% der Nicht-Schwangeren eine Amniozentese planen, die als invasives Verfahren mit einem erhöhten Abortrisiko verbunden ist und nur durchgeführt wird, wenn der Verdacht auf eine Chromosomenstörung vorliegt. Beim geplanten Geburtsmodus und Entbindungsort zeigen sich ähnliche Differenzen. 30,9% der Nicht-Schwangeren und 3,5% der Schwangeren haben sich noch nicht für eine Entbindungsart entschieden. Etwas höher sind die Prozentsätze in Bezug auf den Geburtsort. 36,8% aller Studentinnen und 4,5% der Schwangeren sind sich noch unsicher darüber, wo sie ihr Kind auf die Welt bringen möchten. Einen letzten Unterschied konnte man noch bei der Frage nach dem Dabeisein des Partners bei der Geburt feststellen. 4,5% aller Schwangeren und fast fünfmal so viele Nicht-Schwangere (22,1%) sind sich noch nicht sicher, ob der eigene Partner dabei sein soll oder nicht. Vielleicht liegt das daran, dass die Mehrheit der Studentinnen zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens ledig war.

Insgesamt zeigt sich, dass Nicht-Schwangere sich noch weniger Gedanken über Schwangerschaft und Geburt gemacht und Schwangere bereits genauere Vorstellungen über dieses Thema entwickelt haben. Dadurch konnte die dritte Hypothese bestätigt werden.

12. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Diese Studie zeigt, dass große Unterschiede zwischen den Vorstellungen Schwangerer und Nicht-Schwangerer bestehen. Ängste und Schwangerschaftsbeschwerden werden von Studentinnen viel schlimmer bewertet als von Schwangeren. Es konnten signifikante Unterschiede bezüglich der Wahl der pränataldiagnostischen Untersuchungen, der schwangerschaftsbegleitenden Kurse und der Informationsquellen gefunden werden. Außerdem planen Schwangere eine längere Stilldauer im Vergleich zu Nicht-Schwangeren.

In der Literatur findet sich noch sehr wenig zu den Vorstellungen Nicht-Schwangerer. Zukünftige Studien auf diesem Gebiet wären wünschenswert. Man könnte dadurch die Ursachen verschiedenster Ängste bezüglich Schwangerschaft und Geburt erheben und in weiterer Folge Präventivmaßnahmen ergreifen, dass sich diese erst gar nicht entwickeln. Dabei spielt sicherlich die Bereitstellung von detaillierten Informationen eine große Rolle. Einerseits könnte man bereits in der Schule einen Informationstag zum Thema Schwangerschaft und Geburt abhalten, andererseits natürlich die Schwangerenvorsorge ausbauen. Durch die verbesserte Aufklärung können Unsicherheiten und Irrtümer aus dem Weg geräumt und so vielleicht auch die ständig steigende Kaiserschnitttrate gesenkt werden.

13. LITERATURVERZEICHNIS

Aaronson, L.S., Mural, C.M. & Pfoutz, S.K. (1988). Seeking Information: Where Do Pregnant Women Go?. *Health Education and Behaviour*, 15, 335-345.

Abou-Dakn, M. (2011). Stillen. In H. Schneider, P. Husslein & K.T.M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Auflage, S. 1106-1122). Berlin: Springer

Al-Mufti, R., McCarthy, A. & Fisk, N.M. (1997). Survey of obstetricians` personal preference and discretionary practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology*, 73, 1-4.

Arzt, W. (2009). *Pränataldiagnostik. Was? Wie? Wozu?: Informationen zu Untersuchungen während der Schwangerschaft*. Verfügbar unter http://www.xn--prnatal-info-hcb.at/fileadmin/user_upload/Dokumente/Praenataldiagnostik-Was-Wie-Wozu.pdf [30.5.2016]

Ayers, S. & Pickering, A.D. (2005). Women´s expectations and experiences of birth. *Psychology and Health*, 20, 79-92.

Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R. & Manyonda, I. (2000). Women`s sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 186-195.

Baumann, P. (2000). Pathologische Geburt. In K. Dietrich (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 404-430). Berlin: Springer

Baumann, P. & Geipel, A. (2000). Prinzipien der operativen Geburtshilfe. In K. Dietrich (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 450-454). Berlin: Springer

Baumann, P. & Schneider, K.T.M. (2000): Die gestörte Spätschwangerschaft. In K. Dietrich (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 393-403). Berlin: Springer

Ben-Meir, A., Schenker, J.G. & Ezra, Y. (2005). Cesarean section upon request: is it appropriate for everybody?. *Journal of Perinatal Medicine*, 33, 106-111.

Betrán, A.P., Merialdi, M., Lauer, J.A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P. & Wagner, M. (2007). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21, 98-113.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ), Sektion IV (2007). *Säuglingsernährung Heute 2006: Struktur- und Beratungsqualität an den Geburtskliniken in Österreich, Ernährung von Säuglingen im ersten Lebensjahr.*

Verfügbar unter

http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Eltern_und_Kind/Stillen_und_Beikost [30.5.2016]

Chalubinski, K.M. & Husslein, P. (2011). Normale Geburt. In H. Schneider, P. Husslein & K.T.M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Auflage, S. 684-711). Berlin: Springer

Cho, C.E. & Norman, M. (2013). Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208, 249-254.

Chong, E.S.Y. & Mongelli, M. (2003). Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 80, 189-194.

Cleeton, E.R. (2001). Attitudes and Beliefs About Childbirth Among College Students: Results of an Educational Intervention. *Birth*, 28, 192-201.

De Luca, R., Boulvain, M., Irion, O., Berner, M. & Pfister, R.E. (2009). Incidence of Early Neonatal Mortality and Morbidity After Late-Preterm and Term Cesarean Delivery. *Pediatrics*, 123, 1064-1071.

DGGG - Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe(2010). *Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea.* Verfügbar unter

[http://www.dggg.de/leitlinienstellungnahmen/archivierte-leitlinien/federfuehrende-leitlinien-der-dggg/?tx_damfrontend_pi1\[catEquals\]=88&tx_damfrontend_pi1\[treeID\]=3076&tx_damfrontend_pi1\[id\]=573&tx_damfrontend_pi1\[sort_title\]=DESC](http://www.dggg.de/leitlinienstellungnahmen/archivierte-leitlinien/federfuehrende-leitlinien-der-dggg/?tx_damfrontend_pi1[catEquals]=88&tx_damfrontend_pi1[treeID]=3076&tx_damfrontend_pi1[id]=573&tx_damfrontend_pi1[sort_title]=DESC) [30.5.2016]

Dudenhausen. J.W. (2011). *Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen* (21., überarbeitete Auflage). Berlin: De Gruyter

Duller, C. (2013). *Einführung in die Statistik mit EXCEL und SPSS: Ein anwendungsorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch* (3., überarbeitete Auflage). Berlin: Springer

Eason, E., Labrecque, M., Marcoux, S. & Mondor, M. (2002). Anal incontinence after childbirth. *Canadian Medical Association Journal*, 166, 326-330.

Fabian, H.M., Rådestad, I.J. & Waldenström, U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 20, 226-235.

Federici, D., Lacelli, B., Muggiasca, L., Agarossi, A., Cipolla, L. & Conti, M. (1997). Cesarean section using the Misgav Ladach method. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 57, 273-279.

Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J. & Butt, J. (2005). The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*, 21, 23-35.

Gerten, K.A., Coonrod, D.V., Bay, R.C. & Chambliss, L.R. (2005). Cesarean delivery and respiratory distress syndrome: Does labor make a difference?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, 1061-1064.

Gitsch, E. & Janisch, H. (1985). *Geburtshilfe*. Wien: Wilhelm Maudrich

Goerke, K. (2006). *Taschenatlas der Geburtshilfe* (2., unveränderte Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Hallgren, A., Kihlgren, M., Norberg, A. & Forslin, L. (1995). Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery*, 11, 130-137.

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, 235-247.

Hemminki, E., Shelley, J. & Gissler, M. (2005). Mode of delivery and problems in subsequent births: A register-based study from Finland. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, 169-177.

Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C. & Waldenström, U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 618-623.

Hofmeyr, J.G., Novikova, N., Mathai, M. & Shah, A. (2009). Techniques for cesarean section. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201, 431-444.

Hopp, H. & Kalache, K. (2011). Vaginaloperative Entbindung. In H. Schneider, P. Husslein & K.T.M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Auflage, S. 867-885). Berlin: Springer

Hösli, I. & Holzgreve, W. (2000). Maternale Risiken und Erkrankungen in der Schwangerschaft. In K. Dietrich (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 334-365). Berlin: Springer

Hundelshausen, B. & Mörtl, M.G. (2011). Geburtshilfliche Anästhesie und Analgesie. In H. Schneider, P. Husslein & K.T.M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Auflage, S. 1026-1057). Berlin: Springer

Husslein, P. (2001). Elective caesarean section versus vaginal delivery: Whither the end of traditional obstetrics?. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 265, 169-174.

Janssen, J. & Laatz, W. (2007). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows: Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests* (6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer

Johanson, D.C. & Edey, M.A. (1990). *Lucy: The Beginnings of Humankind: How our oldest human ancestor was discovered - and who she was*. New York: Simon & Schuster

Joura, E.A. & Husslein, P. (2000). Eine kritische Bewertung der Sektotechnik nach Misgav-Ladach. *Der Gynäkologe*, 33, 298- 302.

Kemmann, K. (1995). Besondere Untersuchungsmethoden in der Schwangerschaft und unter der Geburt. In C. Mändle, S. Opitz-Kreuter & A. Wehling (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (S. 163-202). Stuttgart: Schattauer

Kero, J., Gissler, M., Grönlund, M.M., Kero, P., Koskinen, P., Hemminki, E. & Isolauri, E. (2002). Mode of Delivery and Asthma - Is There a Connection?. *Pediatric Research*, 52, 6-11.

Kolip, P. (2012). *Einflussfaktoren auf den Geburtsmodus: Kaiserschnitt versus Spontangeburt*. Verfügbar unter <http://gesundheitsmonitor.de/schwerpunkte/versorgungserfahrung/detail/studien/zeige/einflussfaktoren-auf-den-geburtsmodus-kaiserschnitt-versus-spontangeburt/> [30.5.2016]

Levine, E.M., Ghai, V., Barton, J.J. & Strom, C.M. (2001). Mode of Delivery and Risk of Respiratory Disease in Newborns. *Obstetrics and Gynecology*, 97, 439-442.

Lippert, H. (2011). *Lehrbuch Anatomie* (8. Auflage). München: Urban & Fischer

Liu, S., Liston, R.M., Joseph, K.S., Heaman, M., Sauve, R. & Kramer, M.S. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Canadian Medical Association Journal*, 176, 455-460.

Ludwig, M. & Schultze-Mosgau, A. (2000). Normale Schwangerschaft: Konzeption und Implantation. In K. Dietrich (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 126-142). Berlin: Springer

Lutz, U. & Kolip, P. (2006). *Die GEK-Kaiserschnittstudie*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (Band 42). Sankt Augustin: Asgard-Verlag

MacDorman, M.F., Declercq, E., Menacker, F. & Malloy, M.H. (2006). Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with „No Indicated Risk,“ United States, 1998-2001 Birth Cohorts. *Birth*, 33, 175-182.

Malon, A. & Rübsaamen, C. (1995). Geburtshilfliche Operationen. In C. Mändle, S. Opitz-Kreuter & A. Wehling (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (S. 659-669). Stuttgart: Schattauer

Mändle, C. (1995a). Schwangerenvorsorge. In C. Mändle, S. Opitz-Kreuter & A. Wehling (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (S. 117-149). Stuttgart: Schattauer

Mändle, C. (1995b). Betreuung und Leitung der regelrechten Geburt. In C. Mändle, S. Opitz-Kreuter & A. Wehling (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (S. 229-260). Stuttgart: Schattauer

Melender, H.L. (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth*, 29, 101-111.

NIH - National Institutes of Health (2006). *State-of-the-Science Conference Statement on Cesarean Delivery on Maternal Request*. Verfügbar unter consensus.nih.gov/2006/cesareanstatement.pdf [30.5.2016]

Nygaard, I. (2006). Urinary Incontinence: Is Cesarean Delivery Protective?. *Seminars in Perinatology*, 30, 267-271.

OECD (2015). *Health at a glance 2015*. Verfügbar unter http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en [30.5.2016]

Oswald-Vormdohre, G. (2015). Faktoren der Geburt. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6. Auflage, S385-414). Stuttgart: Schattauer

Oweis, A. & Abushaikha, L. (2004). Jordanian pregnant women's expectations of their first childbirth experience. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 264-271.

Paulus, W.E. (2011). Embryologie und Teratologie. In H. Schneider, P. Husslein & K.T.M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Auflage, S. 81-108). Berlin: Springer

Peñacoba-Puente, C., Carmona-Monge, F.J., Marín-Morales, D. und Gallardo, C.É. (2016). Evolution of childbirth expectations in Spanish pregnant women. *Applied Nursing Research*, 29, 59-63.

Rockenschaub, A. (2005). *Gebären ohne Aberglauben: Fibel und Plädoyer für die Hebammenkunst* (3., verbesserte Auflage). Wien: Facultas Universitätsverlag

Romahn, M. (2015). Physiologische Entwicklung der Schwangerschaft. In C. Mändle, S. Opitz-Kreuter & A. Wehling (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6. Auflage, S. 91-127). Stuttgart: Schattauer

Rosenberg, K. & Trevathan, W. (1996). Bipedalism and Human Birth: The Obstetrical Dilemma Revisited. *Evolutionary Anthropology*, 4, 161-168.

Rosenberg, K. & Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 1199-1206.

Rosenberger, C. (2007). Wehenphysiologie. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (4., aktualisierte Auflage, S. 220-227). Stuttgart: Hippokrates

Salam, M.T., Margolis, H.G., Mcconnell, R., McGregor, J.A., Avol, E.L. & Gilliland, F.D. (2006). Mode of Delivery Is Associated With Asthma and Allergy Occurrences in Children. *Annals of Epidemiology*, 16, 341-346.

Schick, K. & Toth, N. (1993). *Making Silent Stones Speak: Human Evolution and the Dawn of Technology*. New York: Touchstone, Simon and Schuster

Schneider, K.T.M. (2000a). Schwangerenvorsorge. In K. Dietrich (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 154-171). Berlin: Springer

Schneider, K.T.M. (2000b). Die physiologisch-anatomischen Grundlagen der Geburt. In K. Dietrich (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 172-186). Berlin: Springer

Schneider, K.T.M. (2000c). Physiologischer Geburtsablauf. In K. Dietrich (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 186-189). Berlin: Springer

Schneider, H. & Husslein, P. (2011). Sectio caesarea. In H. Schneider, P. Husslein & K.T.M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Auflage, S. 910-922). Berlin: Springer

Silbernagl, S. & Despopoulos, A. (2007). *Taschenatlas Physiologie* (7. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Statistik Austria (2015a). *Ergebnisse im Überblick: Geborene*. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/index.html [30.5.2016]

Statistik Austria (2015b). *Durchschnittliches Gebärd- bzw. Fertilitätsalter der Mutter nach Lebendgeburtenfolge seit 1984*. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/index.html [30.5.2016]

Steer, P. (1998). Caesarean section: an evolving procedure?, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, 1052-1055.

Stoll, K., Edmonds, J.K. & Hall, W.A. (2015). Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Delivery Among Young American Women Before Childbirth: A Survey Study. *Birth*, 42, 270-276.

Stoll, K., Fairbrother, N., Carty, E., Jordan, N., Miceli, C., Vostreil, Y. & Willihnganz, L. (2009). "It's All the Rage These Days": University Students' Attitudes Toward Vaginal and Cesarean Birth. *Birth*, 36, 133-140.

Tague, R.G. & Lovejoy, C.O. (1986). The obstetric pelvis of A.L. 288-1 (Lucy), *Journal of Human Evolution*, 15, 237-255.

Tercanli, S. & Holzgreve, W. (2000). Pränatale Diagnostik. In K. Dietrich (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 300-331). Berlin: Springer

Tollånes, M.C., Moster, D., Daltveit, A.K. & Irgens, L.M. (2008). Cesarean Section and Risk of Severe Childhood Asthma: A Population-Based Cohort Study. *The Journal of Pediatrics*, 153, 112-116.

Trevathan, W.R. (1987). *Human Birth: An Evolutionary Perspective*. New York: Aldine de Gruyter

Tschudin, S., Alder, J., Hendriksen, S., Bitzer, J., Popp, K.A., Zanetti, R., Hösli, I., Holzgreve, W. & Geissbühler, V. (2009). Pregnant women's perception of cesarean section on demand. *Journal of Perinatal Medicine*, 37, 251-256.

Usta, I.M., Hobeika, E.M., Abu Musa, A.A., Gabriel, G.E. & Nassar, A.H. (2005). Placenta previa-accreta: Risk factors and complications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, 1045-1049.

Vetter, K. & Goeckenjan, M. (2011). Schwangerenvorsorge. In H. Schneider, P. Husslein & K.T.M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Auflage, S. 193-209). Berlin: Springer

Vogl, S., Worda, C., Egarter, C., Bieglmayer, C., Szerkeres, T., Huber, J. & Husslein, P. (2006). Mode of delivery is associated with maternal and fetal endocrine stress response. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 441-445.

Warkentin, B. (1991). *Die Evolution der menschlichen Geburt: Medizinische, biologische und anthropologische Aspekte*. Berlin: Springer

WHO - World Health Organization (2002). *Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding*. Verfügbar unter http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.09/en/ [30.5.2016]

Wilson, P.D., Herbison, R.M. & Herbison, G.P. (1996). Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 103, 154-161.

Internetlinks:

(zuletzt aufgerufen am: 30.5.2016)

Pschyrembel 1: <https://www.pschyrembel.de/#q=fetale+azidose&d=&f=&v=list>

Pschyrembel 2:

https://www.pschyrembel.de/#q=HELLP-Syndrom&d=kw_4388774&f=&v=doc

Bundeministerium für Gesundheit (BMG):

http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Eltern_und_Kind/Mutter_Kind_Pass

Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin 1:

http://www.perinatal.at/sites/praenataldiagnostik_triplettest.html

Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin 2:

http://www.perinatal.at/sites/praenataldiagnostik_organscreening.html

Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin 3:

http://www.perinatal.at/sites/praenataldiagnostik_zeitlicher_ablauf_11.html

Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin 4:

http://www.perinatal.at/sites/praenataldiagnostik_combinedtest.html

Anhang

Liebe Studentinnen!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit am Institut für Anthropologie der Universität Wien beschäftige ich mich mit dem Thema Schwangerschaft und Geburt. Es geht dabei vor allem um die Vorstellungen von Frauen, die noch keine Kinder haben bzw. noch nicht schwanger sind, zu diesen beiden Themen.

Ich ersuche Sie daher, diesen Fragebogen auszufüllen und bedanke mich schon einmal herzlich im Voraus für Ihre Hilfe! Die erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und nur für die Diplomarbeit verwendet, wobei jede Probandin vollkommen anonym bleibt. Daher bitte ich Sie, alle Fragen zu beantworten. Sollten Sie Anmerkungen zu einzelnen Fragen oder Antworten haben, zögern Sie nicht, diese am Rand bzw. am Ende des Fragebogens hinzuzufügen!

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an dieser Studie teilzunehmen!

Carina Koppensteiner

Allgemeines

1. Alter: _____ Jahre
2. Nationalität:
☐ Österreich ☐ andere: _____
3. Familienstand:
☐ ledig ☐ in einer Partnerschaft lebend
☐ verheiratet ☐ geschieden
4. Universität:
☐ Universität Wien ☐ Technische Universität Wien (TU)
☐ Wirtschaftsuniversität (WU) ☐ Universität für Bodenkultur (BOKU)
☐ Medizinische Universität Wien ☐ sonstige: _____
5. Studium: _____ 6. Semester: _____
7. Möchten Sie einmal Kinder haben?
☐ ja ☐ weiß ich noch nicht ☐ nein
8. Machen Sie sich schon Gedanken über Kinderplanung?
☐ ja ☐ manchmal ☐ nein

9. Mit welchem Alter möchten Sie Ihr erstes Kind bekommen?

- ☐ unter 25 ☐ zwischen 25 und 30 ☐ zwischen 30 und 35
☐ über 35 ☐ weiß ich nicht

10. Wie viele Kinder möchten Sie einmal haben? _____ Kind(er)

11. Falls Sie berufstätig sind und schwanger werden, werden Sie die Karenzzeit in Anspruch nehmen?

- ☐ nein ☐ mein Partner und ich werden uns diese Zeit teilen
☐ ja, ich alleine ☐ weiß ich noch nicht

12. Planen Sie, nach der Geburt des Kindes wieder arbeiten zu gehen?

- ☐ nein ☐ ja, sobald wie möglich
☐ ja, nach der Karenzzeit ☐ weiß ich noch nicht
☐ ja, aber erst, wenn das Kind in den Kindergarten kommt
☐ ja, aber erst, wenn das Kind in die Schule kommt

Vorstellungen zur Schwangerschaft

13. Welche Beschwerden während der Schwangerschaft würden Sie als **sehr unangenehm (=1)**, **eher unangenehm (=2)**, **eher weniger unangenehm (=3)**, **nicht unangenehm (=4)** empfinden? (Bitte zutreffendes ankreuzen!)

	1	2	3	4
Übelkeit und Erbrechen				
Müdigkeit				
Verdauungsprobleme (z.B. Verstopfung, Sodbrennen,...)				
Krampfadern				
Wassereinlagerungen				
Rückenschmerzen				
Brustschmerzen				
Schlafstörungen				
Krämpfe				
Stimmungsschwankungen				
Kreislaufprobleme				
Kurzatmigkeit				
Blutungen				

14. Welche pränataldiagnostischen Untersuchungen planen Sie in Ihrer eigenen Schwangerschaft durchführen zu lassen? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Ultraschalluntersuchungen
- ☐ Triple Test (Blutuntersuchung der Mutter)
- ☐ Chorionzottenbiopsie (Punktion der Plazenta)
- ☐ Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung)
- ☐ Nabelschnurpunktion
- ☐ keine ☐ ich weiß es noch nicht ☐ andere: _____

15. Möchten Sie einmal schwangerschaftsbegleitende Maßnahmen bzw. Kurse für Schwangere besuchen?

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Geburtsvorbereitungskurs für werdende Mütter
- ☐ Geburtsvorbereitungskurs für Paare
- ☐ Schwangerschaftsgymnastik ☐ Yoga für Schwangere
- ☐ Schwimmen für Schwangere ☐ geburtsvorbereitende Akupunktur
- ☐ andere:

16. Haben Sie vor zu stillen?

- ☐ ja ☐ eher ja ☐ eher nein ☐ nein

Wenn ja, wie lange haben Sie vor zu stillen?

- ☐ weniger als drei Monate ☐ drei bis sechs Monate
- ☐ sechs Monate bis ein Jahr ☐ länger als ein Jahr

Vorstellungen zur Geburt

17. Haben Sie sich bereits Gedanken über den Ablauf einer eigenen Geburt gemacht?

- ☐
- ja
- ☐
- nein

18. Welchen Geburtsmodus streben Sie einmal an?

- ☐ vaginale Geburt ☐ Kaiserschnitt ☐ ich weiß es noch nicht

19. Wo möchten Sie einmal entbinden?

- ☐ in einem Privatspital
 ☐ zu Hause
☐ ambulant in einem öffentlichen Krankenhaus
 ☐ in einem Geburtshaus
☐ stationär in einem öffentlichen Krankenhaus
 ☐ ich weiß es noch nicht

20. Wo werden Sie sich über die unterschiedlichen Geburtsmöglichkeiten informieren?

(Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---|--|
| ☐ Arzt/Ärztin | ☐ Hebamme |
| ☐ Freunde/Bekannte | ☐ andere Mütter |
| ☐ Familie | ☐ Internet |
| ☐ Bücher/Zeitschriften | ☐ TV/Radio |

21. Die Entscheidung für den Geburtsmodus...

- ☐ ... werde ich alleine treffen.
- ☐ ... werden mein Partner und ich gemeinsam treffen.
- ☐ ... werde ich mit Personen, die mir sehr nahe stehen, gemeinsam treffen.
- ☐ ... werde ich gemeinsam mit meiner Hebamme treffen.
- ☐ ... werde ich gemeinsam mit meinem/r Gynäkologen/in treffen.

22. Möchten Sie, dass Ihr Partner bei der Geburt dabei ist?

- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich noch nicht
- ☐ ich hätte lieber jemand anderen dabei: _____

23. Wollen Sie eine private Hebamme?

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum? _____

24. Wie wichtig sind für Sie folgende Aspekte der bevorstehenden Geburt? (1 = sehr wichtig, 2 = eher wichtig, 3 = weniger wichtig, 4 = gar nicht wichtig, Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	1	2	3	4
ein natürlicher Geburtsablauf				
die Sicherheit der Mutter				
die Sicherheit des Babys				
der sofortige Kontakt mit dem Baby nach der Entbindung				
Planbarkeit des Geburtszeitpunktes				
das Geburtserlebnis mit dem Partner teilen				
die permanente Anwesenheit eines/r Arztes/Ärztin bei der Geburt				
die permanente Anwesenheit einer Hebamme bei der Geburt				
ein ungestörtes Geburtserlebnis für Mutter bzw. Eltern und Kind				
den Geburtsablauf bewusst miterleben				

25. Welche Situationen bezüglich der Schwangerschaft und der Geburt machen Ihnen Angst?

(1 = große Angst, 2 = mäßige Angst, 3 = geringe Angst, 4 = keine Angst, Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	1	2	3	4
Ich habe Angst, dass mein Körper sich durch die Schwangerschaft und die Geburt verändert.				
Ich habe Angst vor einem unerwarteten und plötzlichen Geburtsbeginn.				
Ich habe Angst, zu spät in die Klinik zu kommen.				
Ich habe Angst vor den Schmerzen der Geburt.				
Ich habe Angst vor unfreundlichen und ungeduldigen Menschen im Kreißsaal.				
Ich habe Angst, nicht zu wissen, was mit mir während der Geburt geschieht.				
Ich habe Angst, etwas falsch zu machen, und damit mein Kind zu gefährden.				
Ich habe Angst, etwas falsch zu machen, und damit mich zu gefährden.				
Ich habe Angst, dass die Geburt sehr lange dauern könnte.				
Ich habe Angst vor Komplikationen bei mir.				
Ich habe Angst vor Komplikationen bei meinem Kind.				
Ich habe Angst, die Kraftanstrengung bei der Geburt nicht durchstehen zu können.				
Ich habe Angst, die Nerven zu verlieren.				
Ich habe Angst, allein gelassen zu werden.				
Ich habe Angst vor Missbildungen beim Kind.				

26. Falls Sie sich für eine vaginale Geburt entscheiden werden, möchten Sie...

(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ ... die Geburt ganz ohne schmerzstillende Medikamente erleben.
- ☐ ... schmerzstillende Medikamente im Bedarfsfall.
- ☐ ... eine Periduralanästhesie (PDA, lokale Anästhesie).
- ☐ ... Homöopathie, Bachblüten.
- ☐ ... weiß ich noch nicht, kommt auf die Situation an.

27. Warum entscheiden Sie sich für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt?

(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Ich habe Angst vor bleibenden Narben.
- ☐ Ich habe Angst, nicht so schnell auf die Beine zu kommen und mich nicht so gut um mein Baby kümmern zu können.
- ☐ Ich möchte die natürliche Geburt voll miterleben.
- ☐ Die Geburt soll spontan stattfinden und zu dem Zeitpunkt, wo das Baby dafür bereit ist.
- ☐ Ich denke, dass es für das Baby ein sanfteres auf die Welt kommen ist.
- ☐ Ich glaube, es ist die sicherste Geburtsvariante für mein Baby.
- ☐ Ich glaube, es ist die sicherste Geburtsvariante für mich.
- ☐ andere: _____

28. Falls Sie sich für einen Wunschkaiserschnitt entscheiden werden, warum?

(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Ich möchte den Geburtstermin planen können.
- ☐ Ich habe Angst vor den Schmerzen.
- ☐ Ich habe Angst vor der Geburt im Allgemeinen.
- ☐ Ich glaube, es ist die sicherste Geburtsvariante für mein Baby.
- ☐ Ich glaube, es ist die sicherste Geburtsvariante für mich.
- ☐ Ich möchte, dass die Geburt schnell vorbei ist.
- ☐ Ich habe Angst vor unvorhersehbaren Komplikationen.
- ☐ Ich habe Angst, die Kraftanstrengung der Geburt nicht durchstehen zu können.
- ☐ Ich habe Angst vor Dammverletzungen und Spätfolgen wie Inkontinenz.
- ☐ Ich habe Angst, dass die Geburt Auswirkungen auf mein Sexualleben hat.
- ☐ andere: _____

29. Welche Art der Anästhesie möchten Sie während des Eingriffs?

- ☐ Vollnarkose
- ☐ Periduralanästhesie (PDA, lokale Anästhesie)
- ☐ diese Entscheidung überlasse ich dem Arzt
- ☐ weiß ich noch nicht

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Falls Sie sich für die Ergebnisse meiner Diplomarbeit interessieren, können Sie mich gerne per Mail kontaktieren (carina.koppensteiner@gmx.at)!

Liebe werdende Mütter!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit am Institut für Anthropologie der Universität Wien beschäftige ich mich mit dem Thema Schwangerschaft und Geburt. Es geht dabei vor allem um die Vorstellungen werdender Mütter zu diesen beiden Themen.

Ich ersuche Sie daher, diesen Fragebogen auszufüllen und bedanke mich schon einmal herzlich im Voraus für Ihre Hilfe! Die erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und nur für die Diplomarbeit verwendet, wobei jede Probandin vollkommen anonym bleibt. Daher bitte ich Sie, alle Fragen zu beantworten. Sollten Sie Anmerkungen zu einzelnen Fragen oder Antworten haben, zögern Sie nicht, diese am Rand bzw. am Ende des Fragebogens hinzuzufügen!

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an dieser Studie teilzunehmen!

Carina Koppensteiner

Allgemeines

1. Alter: _____ Jahre
2. Nationalität:
☐ Österreich ☐ andere: _____
3. Familienstand:
☐ ledig ☐ in einer Partnerschaft lebend
☐ verheiratet ☐ geschieden
4. Leben Sie mit dem Vater ihres Kindes zusammen?
☐ ja ☐ nein
5. Höchste abgeschlossene Schulausbildung:
☐ Hauptschule ☐ Lehre
☐ berufsbildende mittlere Schule ohne Matura (z.B. HAS)
☐ Allgemeinbildende höhere Schule mit Matura (AHS)
☐ Berufsbildende höhere Schule mit Matura (BHS, z.B. HAK, HTL, HLW)
☐ Universität ☐ Fachhochschule
6. Sind Sie derzeit berufstätig bzw. waren Sie es vor dem Mutterschutz?
☐ ja ☐ nein

7. Falls Sie berufstätig sind bzw. es vor dem Mutterschutz waren, werden Sie die Karenzzeit in Anspruch nehmen?
- ☐ nein ☐ mein Partner und ich werden uns diese Zeit teilen
- ☐ ja, ich alleine ☐ weiß ich noch nicht
8. Planen Sie, nach der Geburt des Kindes wieder in den Beruf einzusteigen?
- ☐ nein ☐ ja, sobald wie möglich
- ☐ ja, nach der Karenzzeit ☐ weiß ich noch nicht
- ☐ ja, aber erst, wenn das Kind in den Kindergarten kommt
- ☐ ja, aber erst, wenn das Kind in die Schule kommt
9. Wie viele Kinder möchten Sie einmal haben?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 oder mehr
10. Haben Sie bereits Kinder?
- ☐ nein (**weiter zu Frage 20**) ☐ ja

Frühere Geburten

(Nur zu beantworten, falls Sie bereits ein Kind/Kinder haben!)

11. Wie viele Kinder haben Sie bereits? _____ Kind(er)
12. Wie alt sind diese?
1. Kind: _____ Jahre 2. Kind: _____ Jahre 3. Kind: _____ Jahre 4. Kind: _____ Jahre
13. Wie alt waren Sie bei Ihrem ersten Kind? _____ Jahre
14. Wo haben Sie ihr Kind/ihre Kinder zur Welt gebracht? (Mehrfachantworten möglich)
- ☐ zu Hause ☐ im Krankenhaus
- ☐ in einem Geburtshaus ☐ andere: _____
15. Geburtsmodus der ersten Kinder (Mehrfachantworten möglich):
- ☐ vaginale Geburt ☐ geplanter Kaiserschnitt
- ☐ vaginal-operative Geburt (z.B. Zangengeburt, Saugglockengeburt)
- ☐ Notkaiserschnitt

16. Gab es Komplikationen bei der/den vorherigen Geburt/en?

☐ nein

☐ ja

Wenn ja, welche?

☐ vorzeitiger Blasensprung

☐ vorzeitige Wehentätigkeit

☐ Nabelschnurvorfall

☐ ungeplanter Kaiserschnitt

☐ schlechte Wehenkontraktion

☐ starke Blutungen

☐ verkehrte Lage des Kindes

☐ Plazenta praevia (Fehllage d. Plazenta)

☐ schwache/unregelmäßige Herztöne des Kindes

☐ andere: _____

17. Die Geburt des/der Kindes/er empfand ich als:

☐ sehr positiv

☐ eher positiv

☐ eher negativ

☐ sehr negativ

18. Hatten Sie bereits eine oder mehrere Fehlgeburten?

☐ ja

☐ nein

19. Hatten Sie bereits einen oder mehrere Schwangerschaftsabbrüche?

☐ ja

☐ nein

Derzeitige Schwangerschaft

20. In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) befinden Sie sich? _____ SSW

21. Wie kam die Schwangerschaft zustande?

☐ auf natürlichem Weg

☐ durch künstliche Befruchtung

☐ mit medizinischer Hilfe (z.B. Hormonbehandlung)

22. Welche pränataldiagnostischen Untersuchungen haben Sie in der momentanen

Schwangerschaft durchführen lassen bzw. planen Sie noch zu machen? (Mehrfachantworten möglich)

☐ Ultraschalluntersuchungen

☐ Triple Test (Blutuntersuchung der Mutter)

☐ Chorionzottenbiopsie (Punktion der Plazenta)

☐ Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung)

☐ Nabelschnurpunktion

☐ keine

☐ ich weiß es noch nicht

☐ andere: _____

23. Wie würden Sie den bisherigen Schwangerschaftsverlauf beurteilen?

- ☐ leichte Beschwerden
☐ ernste Beschwerden
☐ keine Beschwerden

Falls Sie Beschwerden haben, welche und wie empfinden Sie diese?

(1 = sehr unangenehm, 2 = eher unangenehm, 3 = eher weniger unangenehm, 4 = nicht unangenehm, Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	1	2	3	4
Übelkeit und Erbrechen				
Müdigkeit				
Verdauungsprobleme (z.B. Verstopfung, Sodbrennen,...)				
Krampfadern				
Wassereinlagerungen				
Rückenschmerzen				
Brustschmerzen				
Schlafstörungen				
Krämpfe				
Stimmungsschwankungen				
Kreislaufprobleme				
Kurzatmigkeit				
Blutungen				

24. Besuchen Sie schwangerschaftsbegleitende Maßnahmen bzw. Kurse für Schwangere bzw. planen Sie, dies noch zu tun?

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Geburtsvorbereitungskurs für werdende Mütter
☐ Geburtsvorbereitungskurs für Paare
☐ Schwangerschaftsgymnastik ☐ Yoga für Schwangere
☐ Schwimmen für Schwangere ☐ geburtsvorbereitende Akupunktur
☐ andere: _____

25. Haben Sie vor zu stillen?

- ☐ ja ☐ eher ja ☐ eher nein ☐ nein

Wenn ja, wie lange haben Sie vor zu stillen?

- ☐ weniger als drei Monate ☐ drei bis sechs Monate
☐ sechs Monate bis ein Jahr ☐ länger als ein Jahr

4. Bevorstehende Geburt

26. Wann haben Sie begonnen, sich Gedanken über die bevorstehende Geburt zu machen?

- ☐ schon bevor ich schwanger war
- ☐ gleich nachdem ich erfahren habe, dass ich schwanger bin
- ☐ im Laufe des ersten Schwangerschaftsdrittels
- ☐ im Laufe des zweiten Schwangerschaftsdrittels
- ☐ im Laufe des dritten Schwangerschaftsdrittels

27. Welchen Geburtsmodus streben Sie an?

- ☐ vaginale Geburt
- ☐ Kaiserschnitt
- ☐ ich weiß es noch nicht

28. Wo möchten Sie entbinden?

- ☐ in einem Privatspital
- ☐ zu Hause
- ☐ ambulant in einem öffentlichen Krankenhaus
- ☐ in einem Geburtshaus
- ☐ stationär in einem öffentlichen Krankenhaus
- ☐ ich weiß es noch nicht

29. Wie haben Sie sich über die unterschiedlichen Geburtsmöglichkeiten informiert?

(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Arzt/Ärztin
- ☐ Hebamme
- ☐ Freunde/Bekannte
- ☐ andere Mütter
- ☐ Familie
- ☐ Internet
- ☐ Bücher/Zeitschriften
- ☐ TV/Radio
- ☐ ich habe mich noch nicht informiert

30. Welche Informationsquelle beeinflusste Sie am meisten in Ihrer Entscheidung? (Bitte nur eine Antwortmöglichkeit ankreuzen!)

- ☐ eigene Erfahrungen bei einer vorausgegangenen Geburt
- ☐ Erfahrungen von Familie/Freunden/Bekannten
- ☐ Medien (Internet, Bücher, Zeitschriften, Radio, TV)
- ☐ Hebamme
- ☐ Gynäkologe/Gynäkologin

31. Die Entscheidung für den Geburtsmodus...

- ☐ ... habe ich alleine getroffen.
- ☐ ... haben mein Partner und ich gemeinsam getroffen.
- ☐ ... habe ich mit Personen, die mir sehr nahe stehen, gemeinsam getroffen.
- ☐ ... habe ich gemeinsam mit meiner Hebamme getroffen.
- ☐ ... habe ich gemeinsam mit meinem/r Gynäkologen/in getroffen.

32. Haben Sie Zweifel an der Wahl Ihres Geburtsmodus?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum? _____

33. Möchten Sie, dass Ihr Partner bei der Geburt dabei ist?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich noch nicht

☐ ich hätte lieber jemand anderen dabei: _____

34. Möchte Ihr Partner bei der Geburt dabei sein?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

35. Wollen Sie eine private Hebamme?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum? _____

36. Welche Situationen bezüglich der Schwangerschaft und der Geburt machen Ihnen Angst?

(1 = große Angst, 2 = mäßige Angst, 3 = geringe Angst, 4 = keine Angst, Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	1	2	3	4
Ich habe Angst, dass mein Körper sich durch die Schwangerschaft und die Geburt verändert.				
Ich habe Angst vor einem unerwarteten und plötzlichen Geburtsbeginn.				
Ich habe Angst, zu spät in die Klinik zu kommen.				
Ich habe Angst vor den Schmerzen der Geburt.				
Ich habe Angst vor unfreundlichen und ungeduldigen Menschen im Kreißaal.				
Ich habe Angst, nicht zu wissen, was mit mir während der Geburt geschieht.				
Ich habe Angst, etwas falsch zu machen, und damit mein Kind zu gefährden.				
Ich habe Angst, etwas falsch zu machen, und damit mich zu gefährden.				
Ich habe Angst, dass die Geburt sehr lange dauern könnte.				
Ich habe Angst vor Komplikationen bei mir.				
Ich habe Angst vor Komplikationen bei meinem Kind.				
Ich habe Angst, die Kraftanstrengung bei der Geburt nicht durchstehen zu können.				
Ich habe Angst, die Nerven zu verlieren.				
Ich habe Angst, allein gelassen zu werden.				
Ich habe Angst vor Missbildungen beim Kind.				

37. Wie wichtig sind für Sie folgende Aspekte der bevorstehenden Geburt? (1 = **sehr wichtig**, 2 = **eher wichtig**, 3 = **weniger wichtig**, 4 = **gar nicht wichtig**, Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	1	2	3	4
ein natürlicher Geburtsablauf				
die Sicherheit der Mutter				
die Sicherheit des Babys				
der sofortige Kontakt mit dem Baby nach der Entbindung				
Planbarkeit des Geburtszeitpunktes				
das Geburtserlebnis mit dem Partner teilen				
die permanente Anwesenheit eines/r Arztes/Ärztin bei der Geburt				
die permanente Anwesenheit einer Hebamme bei der Geburt				
ein ungestörtes Geburtserlebnis für Mutter bzw. Eltern und Kind				
den Geburtsablauf bewusst miterleben				

38. Falls Sie sich für eine vaginale Geburt entschieden haben, möchten Sie...

(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ ... die Geburt ganz ohne schmerzstillende Medikamente erleben.
- ☐ ... schmerzstillende Medikamente im Bedarfsfall.
- ☐ ... eine Periduralanästhesie (PDA, lokale Anästhesie).
- ☐ ... Homöopathie, Bachblüten.
- ☐ ... weiß ich noch nicht, kommt auf die Situation an.

39. Warum haben Sie sich für eine vaginale Geburt und gegen einen Kaiserschnitt entschieden?

(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Ich habe Angst vor bleibenden Narben.
- ☐ Ich habe Angst, nicht so schnell auf die Beine zu kommen und mich nicht so gut um mein Baby kümmern zu können.
- ☐ Ich möchte die natürliche Geburt voll miterleben.
- ☐ Die Geburt soll spontan stattfinden und zu dem Zeitpunkt, wo das Baby dafür bereit ist.
- ☐ Ich denke, dass es für das Baby ein sanfteres auf die Welt kommen ist.
- ☐ Ich glaube, es ist die sicherste Geburtsvariante für mein Baby.
- ☐ Ich glaube, es ist die sicherste Geburtsvariante für mich.
- ☐ andere: _____

40. Falls Sie sich für einen Kaiserschnitt entschieden haben, gibt es für diesen einen dringenden medizinischen Grund?

☐ ja

☐ nein

Falls ja, welchen?

☐ Mehrlingsgeburt

☐ Schräg- bzw. Querlage

☐ Beckenendlage (Steißlage)

☐ Schädel-Becken-Missverhältnis

☐ Placenta praevia (Fehllage der Plazenta)

☐ (Schwangerschafts-) Diabetes

☐ Bluthochdruck der Mutter

☐ Kaiserschnitt bei vorangegangener Geburt

☐ andere: _____

Falls nein, warum haben Sie sich für einen Wunschkaiserschnitt entschieden?

(Mehrfachantworten möglich)

☐ Ich möchte den Geburtstermin planen können.

☐ Ich habe Angst vor den Schmerzen.

☐ Ich habe Angst vor der Geburt im Allgemeinen.

☐ Ich glaube, es ist die sicherste Geburtsvariante für mein Baby.

☐ Ich glaube, es ist die sicherste Geburtsvariante für mich.

☐ Ich möchte, dass die Geburt schnell vorbei ist.

☐ Ich habe Angst vor unvorhersehbaren Komplikationen.

☐ Ich habe Angst, die Kraftanstrengung der Geburt nicht durchstehen zu können.

☐ Ich habe Angst vor Dammverletzungen und Spätfolgen wie Inkontinenz.

☐ Ich hatte bereits ein traumatisches früheres Geburtserlebnis.

☐ Ich habe Angst, dass die Geburt Auswirkungen auf mein Sexualleben hat.

☐ andere: _____

41. Welche Art der Anästhesie möchten Sie während des Eingriffs?

☐ Vollnarkose

☐ Periduralanästhesie (PDA, lokale Anästhesie)

☐ weiß ich noch nicht

☐ diese Entscheidung überlasse ich dem Arzt

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Falls Sie sich für die Ergebnisse meiner Diplomarbeit interessieren, können Sie mich gerne per Mail kontaktieren (carina.koppensteiner@gmx.at)!