

Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektive Gesundheitseinschätzung von Frauen

Influence of negative birth experience on self-rated health and health-related quality of life in women

Abstract

Background: Experience in practice suggests that self-rated health (SRH) and health-related quality of life (HRQoL) of women after childbirth are sustainably influenced by a negative birth experience but there is a lack of comprehensive research on the subject.

Aim: The aim of this study is to assess SRH and HRQoL in healthy women eight weeks and six months after childbirth and to investigate whether they are influenced by a negative birth experience.

Methods: This analysis includes data from 1,029 primi- and multiparae. Data were collected at birth (t_0), eight weeks (t_1) and six months (t_2) after childbirth within the framework of a prospective, controlled, multi-centre study comparing midwife-led care with consultant-led care for healthy women. HRQoL was measured by the SF-36 and conceptualised by the standardised physical sum scale (PCS) and by the standardised mental sum scale (MCS). The first item of the SF-36 (SF-1) was used to evaluate SRH. Negative birth experience was measured by the German short version of Salmon's Item List (SILGer_12). χ^2 -tests und multiple logistic regressions were used to determine correlations.

Results: Primiparae are three times more likely to report a negative birth experience at eight weeks postpartum compared to multiparae (pp; 32.7% vs. 10.5%, OR 3.07, [95% KI 2.18-4.34], $p < 0.001$), and more than twice as likely to do so at six months pp (29.0% vs. 12.5%, OR 2.32, [95% KI 1.68-3.18], $p < 0.001$). Compared to multiparae HRQoL is twice as likely to be poor in primiparae eight weeks postpartum when childbirth was experienced as a negative event (OR 2.09, 95% KI [1.19-3.65]; $p < 0.01$). Regarding SRH, no significant correlation could be observed in the group of primiparae between a negative birth experience and poor SRH. A negative birth experience is also an independent predictor for poor HRQoL in multiparae, but was only significant six months after childbirth (OR 3.93, [95% KI 1.14-13.53]; $p < 0.030$). The same applies to SRH: a negative birth experience is a significant independent predictor for poor SRH in multiparae six months after childbirth (OR 7.66, [95% KI 2.17-26.99]; $p < 0.002$).

Conclusion: A negative birth experience influences SRH and HRQoL in healthy women at both 8 weeks and 6 months postpartum. Thus, quality of care during childbirth should be evaluated in terms of both foetal and maternal wellbeing. In order to achieve high quality obstetric care, patient-reported outcomes such as birth experience should be incorporated into evaluation in a standardised way.

Keywords: Birth experience, Health-related quality of life, SF-36, subjective health, postpartum

Zusammenfassung

Hintergrund: Erfahrungen aus der Praxis legen die Vermutung nahe, dass ein negatives Geburtserleben die subjektive Gesundheitseinschätzung von Frauen auch Monate nach der Geburt eines Kindes prägt.

Rainhild Schäfers¹

1 Hochschule für Gesundheit,
Bochum, Deutschland

Umfassende Untersuchungen über den Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektive Gesundheitseinschätzung einer gesunden Frau nach der Geburt ihres Kindes blieben bislang aus.

Ziel: Ziel der Studie ist es zu ermitteln, inwiefern ein negatives Geburtserleben die subjektive Gesundheit (SGH) sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität (GHLQ) gesunder Frauen acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt eines Kindes beeinflusst.

Methode: Für die Studie wurden die Daten von 1.029 Erst- und Mehrgebärenden, die im Rahmen einer multizentrisch angelegten, prospektiven Interventionsstudie zum Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal zum Zeitpunkt der Geburt (t_0) sowie acht Wochen (t_1) und sechs Monate (t_2) nach der Geburt erhoben wurden, analysiert. Zur Ermittlung der SGH wurde der SF-1 angewendet. Die GHLQ wurde mittels standardisierter körperlicher (KSK) und standardisierter, psychischer Summenskala (PSK) des SF-36 ermittelt. Das Geburtserleben wurde mittels der deutschen Kurzversion der Salmon's Item List (SILGer_12) zu t_1 und zu t_2 erfasst. Zusammenhänge wurden über X^2 -tests und multiple logistische Regressionsanalysen berechnet.

Ergebnisse: Erstgebärende ($n=728$) berichten gegenüber Mehrgebärenden ($n=310$) acht Wochen postpartum (pp) dreimal häufiger ein negatives Geburtserleben (32,7% vs. 10,5%, OR 3,07, [95% KI 2,18-4,34], $p<0,001$). Sechs Monate pp ist das Risiko um das 2,3-fache erhöht (29,0% vs. 12,5%, OR 2,32, [95% KI 1,68-3,18], $p<0,001$). Acht Wochen pp erhöht ein negatives Geburtserleben die Wahrscheinlichkeit für eine verminderte GHLQ von Erstgebärenden (OR 2,09, [95% KI 1,19-3,65]; $p<0,01$). Bezüglich der SGH erwies sich das negative Geburtserleben in der Gruppe der Erstgebärenden nicht als signifikante Einflussgröße. Für Mehrgebärenden zeigt sich das negative Geburtserleben sechs Monate pp als signifikante Einflussgröße im Hinblick auf eine verminderte GHLQ (OR 3,93, [95% KI 1,14-13,53]; $p<0,05$). Auch die SGH wird in der Gruppe der Mehrgebärenden sechs Monate pp signifikant durch ein negatives Geburtserleben beeinflusst (OR 7,66, [95% KI 2,17-26,99]; $p<0,002$).

Schlussfolgerung: Ein negatives Geburtserleben beeinflusst die SGH und GHLQ von gesunden Frauen sowohl acht Wochen als auch sechs Monate nach der Geburt ihres Kindes. Die Bewertung von Qualität in der Geburtshilfe sollte sowohl auf Basis des kindlichen als auch auf Basis des mütterlichen Wohlbefindens erfolgen. Um eine qualitativ hochwertige geburtshilfliche Versorgung zu erreichen, gilt es die subjektiven Gesundheitseinschätzungen von Frauen nach der Geburt eines Kindes ebenfalls standardisiert zu evaluieren.

Schlüsselwörter: Geburtserleben, gesundheitsbezogene Lebensqualität, SF-36, subjektive Gesundheit, postpartal

Hintergrund

Die Geburt eines Kindes gilt als besonders prägendes Ereignis in der Biographie der Frau. Ob die Geburt dabei von der Mutter als positiv oder negativ erlebt wird, scheint multifaktoriell bedingt zu sein und nicht – wie ursprünglich angenommen – mit dem subpartal empfundenen Schmerz zu korrelieren [15][16][19][35]. Nach Waldenström [32] fließen zahlreiche Faktoren in die Bewertung des Geburtserlebens ein. Die Autorin zeigte, dass der Einbezug in die Bewertung und Entscheidungen bezüglich des Geburtsprozesses sowie die Unterstützung durch die Hebamme wesentliche Einflussgrößen für ein positives Geburtserleben waren. Medizinische Interventionen

(Einleitung, Sectio caesarea, vaginal operative Geburt und/oder Gabe von Lachgas) sowie die Geburt eines ersten Kindes waren hingegen eng mit einem negativen Geburtserlebnis assoziiert.

Neben dem Geburtserleben können in der internationalen Forschung auch immer häufiger die subjektiven Gesundheitseinschätzungen im Anschluss an die Geburt als Forschungsgegenstand identifiziert werden. Zu ihnen zählen zum einen die subjektive Gesundheit (SGH) und zum anderen die gesundheitsbezogene Lebensqualität (GHLQ). Bei beiden handelt es sich um mehrdimensionale Konzepte [3][11], deren Erfassung unter anderem in Fachdisziplinen wie der Chirurgie der Evaluation von Effizienz und Effektivität therapeutischer Behandlungen

dient [20]. Im geburtshilflichen Kontext finden sich bislang nur wenige Studien, die den Einfluss geburtspezifischer Aspekte auf die GHLQ (ermittelt über den Medical Outcome Study-36 Item Short Form [SF-36]) und/oder SGH – ermittelt über den SF-1 (erstes Item des SF-36) – zum Forschungsgegenstand haben. Sowohl der SF-1 als auch der SF-36 gelten national wie international als gut validierte Instrumente [11][18][20], jedoch konnten im geburtshilflichen Kontext keine Studien zur Validität ermittelt werden. Ergebnisse müssen in diesem Zusammenhang vorsichtig interpretiert werden. Eine sekundäre Sectio [12][21][30], Wunde Brustwarzen, Mastitis und Schmerzen im Dammbereich [25], postpartale Depressionen [4][8][9] sowie die Geburt eines Jungen [8] scheinen sich auf einzelne Dimensionen der GHLQ oder die SGH schwächend auszuwirken. Ergebnisse zu den unterschiedlichen peripartalen Betreuungsvarianten hebammengeleiteter und ärztlich geleiteter Kreißaal und deren Einfluss auf die subjektiven Gesundheitseinschätzungen differieren hier. Während Bauer [2] keinen Einfluss des hebammengeleiteten Kreißaals auf die SGH acht Wochen nach der Geburt feststellen konnte, identifizierten Knappe et al. [14] in ihrer Multicenterstudie das Betreuungsmodell als stärkenden Faktor sowohl der SGH als auch der GHLQ acht Wochen nach der Geburt. Studien zum Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektiven Gesundheitseinschätzungen konnten nicht identifiziert werden. Schytt und Waldenström [26] haben das Geburtserleben in ihre Untersuchung zur subjektiven Gesundheit von Frauen nach der Geburt ihres Kindes zwar integriert, jedoch nur in Kombination mit dem Geburtsmodus ausgewertet, so dass in Publikationen zur Studie das Geburtserleben als unabhängige Einflussgröße nicht ersichtlich wird. Die Autorinnen zeigen aber, dass die Bewertung der SGH wie auch des Geburtserlebens zeitlichen Einflüssen unterliegt und die Bewertung von Erst- und Mehrgebärenden unterschiedlich vorgenommen wird [26].

Vor diesem Hintergrund wurde mit der nachstehenden Studie das Ziel verfolgt, die SGH sowie die GHLQ gesunder Frauen acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt eines Kindes zu beschreiben. Außerdem wurde ermittelt, inwiefern ein negatives Geburtserleben unter Berücksichtigung weiterer möglicher Einflussfaktoren, wie zum Beispiel der subjektiv empfundenen Morbidität oder dem sozioökonomischen Status diese subjektiven Gesundheitseinschätzungen beeinflusst. Hypothetisch wurde dabei davon ausgegangen, dass a) in der Bewertung der SGH und GHLQ sowie in der Bewertung des Geburtserlebens ein Unterschied zwischen Erst- und Mehrgebärenden besteht, b) die Bewertung der SGH, der GHLQ und des Geburtserlebens zeitlichen Einflüssen unterliegt und c) das Geburtserleben einen Einfluss auf die SGH wie auch die GHLQ hat.

Methode

In der vorliegenden Analyse wurden Daten zweier prospektiver, multizentrisch angelegter Studien zum Versorgungs-

konzept Hebammenkreißaal (gefördert durch das BMBF, FKZ 01 GT 0616), durchgeführt vom Verbund Hebammenforschung an der Hochschule Osnabrück, analysiert. Mit der Interventionsstudie "Versorgungskonzept Hebammenkreißaal" wurde das Ziel verfolgt, den Einfluss des Versorgungskonzeptes Hebammenkreißaal auf die Rate der medizinischen Interventionen und das mütterliche wie kindliche Wohlbefinden zu untersuchen [22]. In der dieser im "piggy bag design" angeschlossenen Studie Kosten/Nutzen- und Kosten/Wirksamkeits-Analysen verschiedener Versorgungsangebote in der Geburtshilfe wurden zudem wirtschaftliche Aspekte des Versorgungskonzeptes Hebammenkreißaal – unter anderem die SGH und die GHLQ – als Outcomeparameter analysiert [14]. Für diese beiden Studien wurden 1.238 Geburten in einem eigens dafür in Anlehnung an den Dokumentations-beleg der klinischen sowie außerklinischen Perinatalerhebung entwickelten Erhebungsbogen während und unmittelbar nach der Geburt des Kindes von der jeweils betreuenden Hebamme dokumentiert (t_0). Erfasst wurden ausschließlich die Geburten der Kinder gesunder Frauen (Low-Risk-Frauen). Der Status Low-Risk wurde nach festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien [31] definiert. Die 1.238 eingeschlossenen Studienteilnehmerinnen erhielten 8 Wochen (t_1) und 6 Monate (t_2) nach der bereits dokumentierten Geburt (t_0) einen 30-seitigen Fragebogen, in dem sie unter anderem zu ihrer SGH, ihrer GHLQ sowie ihrem Geburtserleben befragt wurden. Zur Ermittlung der SGH wurde der SF-1 angewendet. Der SF-1 bildet das erste Item des Medical Outcome Study-36 Item Short Form (SF-36), welcher der Messung der GHLQ diente [5]. Zur Erfassung des Geburtserlebens wurden unterschiedliche Instrumente verwendet. Die Datenerhebung erfolgte zwischen Juli 2007 und Januar 2010. Die Studien wurden unter Einhaltung der GCP-Richtlinien (Guideline for Good Clinical Practice) und der Deklaration von Helsinki konzipiert und von den zuständigen Ethikkommissionen positiv votiert [14][22].

Für die vorliegende Untersuchung wurden die Daten beider Studien hinsichtlich des Einflusses des Geburtserlebens auf die subjektiven Gesundheitseinschätzungen (SGH und GHLQ) erneut analysiert, wobei insbesondere Unterschiede zwischen Erst- und Mehrgebärenden und Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten in der Bewertung der SGH und GHLQ und dem Einfluss des Geburtserlebens von Interesse waren. Innerhalb der vorliegenden Untersuchung wurde die fünf-Punkte Likert Skala des SF-1 zwecks Integration in ein regressionsanalytisches Modell dichotomisiert, wobei die beiden höchsten Kategorien „ausgezeichnet“ und „sehr gut“ in der Kategorie „gut“ und die drei Kategorien „gut“, „schlecht“, „sehr schlecht“ in der Kategorie „beeinträchtigt“ zusammengefasst wurden. Diese Form der Kategorisierung wurde gewählt, um Ceilingeffekte, wie sie in anderen Studien beobachtet wurden [2][26], zu vermeiden. Entsprechend vorherrschender Konventionen wurden die 36 Items des SF-36 in die standardisierte körperliche (KSK) und die standardisierte psychische Summenskala (PSK) überführt. Das Minimum der Skalen beträgt 0, das

Maximum 100. Da zur Beurteilung der GHQ für den SF-36 keine Cut-off-Werte definiert sind, erfolgte für die Aufnahme der GHQ in ein regressionsanalytisches Modell eine Dichotomisierung über die 25 Prozent Perzentile, wobei Werte unterhalb der 25 Prozent Perzentile als beeinträchtigte Lebensqualität verstanden wurden. Für die Bewertung des Geburtserlebens wurden Daten, die mit Hilfe der deutschen Kurzversion der Salmon's Item List (SIL-Ger_12 [28]) erfasst wurden, in die Analyse aufgenommen, nachdem die Diskriminanzfähigkeit und relative Effizienz der unterschiedlichen Instrumente zur Erhebung des Geburtserlebens zuvor getestet wurden. Die Überprüfung des Geburtserlebens als mögliche Einflussgröße der SGH sowie der GHQ erfolgte anhand der binären logistischen Regression. P-Werte, Odds Ratios und deren 95% Konfidenzintervall wurden unter Anwendung der Wald-Statistik berechnet. Univariate Analysen erfolgten unter Anwendung von Chi-Quadrat-basierten Unabhängigkeitstests mit einem Signifikanzniveau von $p < 0,05$. Darüber hinaus fanden der T-Test für Mittelwertvergleiche (Ermittlung des Signifikanzniveaus über Mann-Whitney U-Test) sowie der Wilcoxon Test (im longitudinalen Vergleich) Anwendung. Uni- wie multivariate Analysen wurden sowohl für die gesamte Stichprobe als auch für Erst- und Mehrgebärende getrennt durchgeführt. Adjustierungen vor dem Hintergrund multiplen Testens wurden nicht vorgenommen. Die Daten wurden mit Hilfe der Statistik Software SPSS Predictive Analytics Software 18 (PASW) ausgewertet.

Ergebnisse

In den Ursprungsstudien wurden innerhalb Deutschlands ausschließlich Daten von Frauen erhoben, die zum Ende ihrer Schwangerschaft als gesund (Low Risk) eingestuft wurden. Daher konnte von einer physiologischen Geburt ausgegangen werden. Zudem verfügten die Teilnehmerinnen über gute Deutschkenntnisse. Die Datenerhebung fand zwischen 2007 und 2010 statt. 1.168 der 1.238 Frauen, deren Geburt dokumentiert wurde (t_0), füllten acht Wochen nach der Geburt (t_1) einen Fragebogen aus (siehe Abbildung 1), was einer Rücklaufquote von 94,3 Prozent entspricht. Sechs Monate nach der Geburt (t_2) erhielten unter Berücksichtigung des absehbaren Studienergebnisses 1.138 Frauen einen Fragebogen zugesandt. Von diesen schickten 1.040 Frauen den Fragebogen ausgefüllt zurück, entsprechend einer Rücklaufquote 91,4 Prozent. 59 Frauen füllten weder den Fragebogen zu t_1 noch den zu t_2 aus. Ausgehend von 1.138 Frauen, von denen der Laufzeit der Studie entsprechend zu beiden Zeitpunkten Fragebögen hätten vorliegen können und die offensichtlich im Nachhinein eine Teilnahme an der Studie ablehnten, entspricht dies einer Non-Responder-Rate von 5,2 Prozent. Der Datenpool der vorliegenden Untersuchung setzt sich aus Daten von 1.029 Frauen zusammen, deren Geburtsdokumentationen vorlagen und die sowohl acht Wochen als auch sechs Monate nach

der Geburt ihres Kindes einen ausgefüllten Fragebogen zurücksendeten.

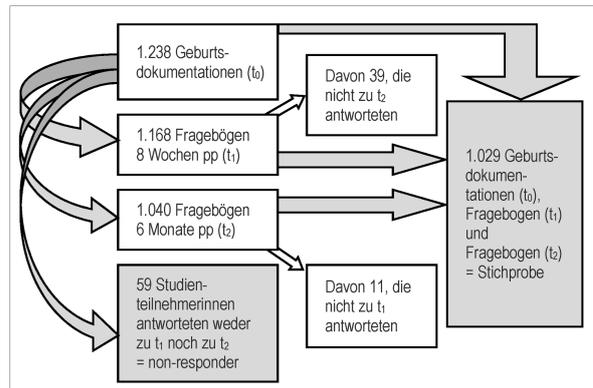


Abbildung 1: Datenerhebung während der Geburt (t_0), 8 Wochen post-partum (pp) (t_1) und 6 Monate postpartum (pp) (t_2) und die daraus resultierende Stichprobe (s. Anmerkung 1)

Im Vergleich der Daten aus den Geburtsdokumentationen konnten zwischen den Studienteilnehmerinnen und den Non-Responder bezüglich der Variablen Geburtsmodus, Periduralanästhesie, Episiotomie und Dammriss 3. oder 4. Grades, Alter und Parität keine signifikanten Unterschiede ermittelt werden.

Die Stichprobe ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung [29] durch einen hohen Bildungsstand und einen hohen Anteil Erstgebärender gekennzeichnet (siehe Tabelle 1). Das Nettoäquivalenzeinkommen in der Schwangerschaft wurde mit durchschnittlich 1.480,22 Euro berechnet, wobei 10,7 Prozent ($n=110$) der Studienteilnehmerinnen keine Angaben zu ihren Einkommensverhältnissen machten.

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe ($n=1.029$) (s. Anmerkung 1)

		n	%
Mittleres Alter	31 Jahre (SD 4,5 Jahre) (Bandbreite 18 – 44 Jahre)		
Parität	Erstgebärende	719	69,9
	Mehrgebärende	310	30,1
Familienstand	Alleinstehend	25	2,4
	In Partnerschaft lebend	1.004	97,6
Schul-/ Berufsbildung	Hochschulabschluss	403	39,2
	Ausbildungsabschluss	532	51,7
	Ohne/in Ausbildung	39	3,8
	Keine Angaben	55	5,3
Geburtsland/ -region	Deutschland	928	90,2
	Europäisches Ausland	18	1,8
	Sonstige	15	1,6
	Keine Angaben	66	6,4

Die Auswertung des SIL-Ger_12 ergibt nach Dichotomisierung des Summscores entsprechend der festgelegten Konventionen in der gesamten Stichprobe einen Anteil von 25,3 Prozent ($n=260$) Frauen, die die Geburt ihres Kindes acht Wochen danach als "negativ erlebt" bewerteten. Sechs Monate nach der Geburt betrug dieser Anteil

23,8 Prozent (n=245). Zwischen Erst- und Mehrgebärenden lässt sich sowohl acht Wochen als auch sechs Monate nach der Geburt ein signifikanter Unterschied feststellen. Acht Wochen postpartum geben 31,7 Prozent der Erstgebärenden und 10,3 Prozent der Mehrgebärenden ein negatives Geburtserleben an (OR 3,07 [95% KI 2,18-4,34], $p < 0,001$), sechs Monate nach der Geburt beschrieben 28,8 Prozent der Erstgebärenden und 12,3 Prozent der Mehrgebärenden ihr Geburtserleben zu diesem Zeitpunkt als negativ (OR 2,32, [95% KI 1,68-3,18], $p < 0,001$).

Sowohl zu t_1 als auch zu t_2 bewertet eine hohe Anzahl von Frauen ihre subjektive Gesundheit als ausgezeichnet oder sehr gut (siehe Abbildung 2), wobei es zwischen Erst- und Mehrgebärenden signifikante Unterschiede (t_1 : OR 1,26 [95% KI 1,07-1,48], $p < 0,01$; t_2 : OR 1,29 [95% KI 1,11-1,51], $p < 0,01$) zu verzeichnen gibt.

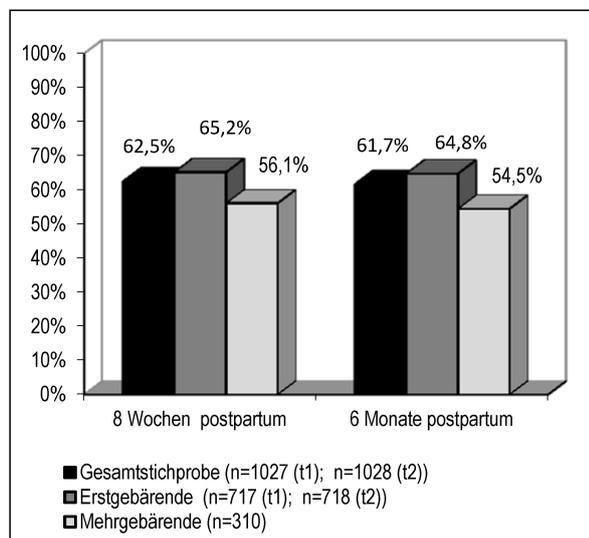


Abbildung 2: Anteil Studienteilnehmerinnen, die ihre subjektive Gesundheit (SGH) als ausgezeichnet oder sehr gut bezeichnen (s. Anmerkung 1)

Bezüglich der GHQL zeigt sich in der Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskala des SF-36 in der gesamten Stichprobe zu t_1 eine niedrigere Bewertung als zu t_2 (siehe Abbildung 3).

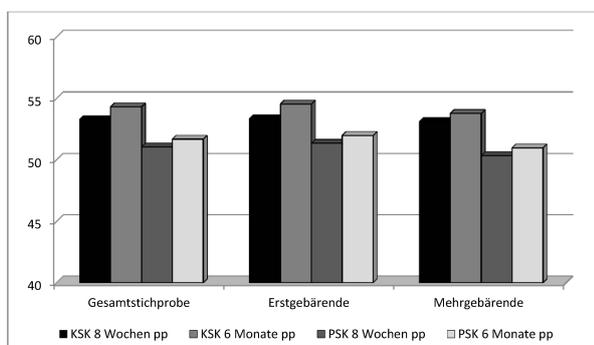


Abbildung 3: Körperliche Summenskala (KSK) und psychische Summenskala (PSK) des SF-36 acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt (pp) (s. Anmerkung 1)

Die Entwicklung ist sowohl in der körperlichen Summenskala (KSK) als auch in der psychischen Summenskala (PSK) signifikant (KSK -1,1 [95% KI -1,49 bis -0,70], $p < 0,001$; PSK -0,61 [95% KI -1,06 bis -0,14], $p < 0,01$). Für die KSK wird der Unterschied auf Signifikanzniveau auch in den Subgruppenanalysen (Erst- und Mehrgebärende) deutlich (Erstgebärende: -1,22 [95% KI -1,71 bis -0,74], $p < 0,001$; Mehrgebärende: -0,8 [95% KI -1,48 bis -0,12], $p < 0,05$). Bezüglich der PSK zeigte sich nur in der Gruppe der Erstgebärenden eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität von t_1 zu t_2 (PSK -0,65 [95% KI -1,20 bis -0,98], $p < 0,05$). Die Gruppe der Erstgebärenden bewertete nur im Hinblick auf die PSK ihre Lebensqualität signifikant positiver gegenüber der Gruppe der Mehrgebärenden ein (OR 1,18, [95% KI 1,04-1,35], $p < 0,05$ bzw. OR 1,25, [95% KI 1,10-1,43], $p < 0,01$).

Die Entwicklung der multivariaten Modelle erfolgte auf Basis der Literatur und der darauf aufbauenden univariaten Analysen. Es wurden nur die Variablen als unabhängige Variablen in das Modell überführt, deren Zusammenhang zu beeinträchtigten subjektiven Gesundheitseinschätzungen auf einem Signifikanzniveau von $p < 0,05$ ersichtlich wurde.

Negatives Geburtserleben als Einflussgröße für eine beeinträchtigte SGH

Die univariaten Analysen zeigten sowohl in der Gesamtstichprobe, als auch in den Gruppen der Erst- und Mehrgebärenden den Zusammenhang zwischen einem negativen Geburtserleben und einer beeinträchtigten SGH auf. Außerdem wurde der Zusammenhang zwischen einem Haushaltsnettoeinkommen pro Kopf von weniger als 1.569,53 Euro (Median der Stichprobe), einem mütterlichen Alter über 31 Jahre (Median der Stichprobe), der Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen Krankenversicherung, alleinlebend, körperlichen Beschwerden bzw. Schmerzen, einer sekundären Sectio, einer Episiotomie, Hinweise einer postpartalen Depression, einer mangelnden emotionalen Unterstützung durch den Familien-/Freundeskreis oder durch den Partner, einer postpartalen Hebammenbetreuung von mehr als fünf Wochen, gesundheitlichen Auffälligkeiten des Kindes sowie die Geburt eines Mädchens und einer beeinträchtigten SGH deutlich.

In den multivariaten Analysen, welche die zuvor genannten Aspekte integrierten, blieb der Zusammenhang zwischen einem negativen Geburtserleben und eine als beeinträchtigt bewertete SGH in der Gesamtstichprobe zu t_2 bestehen (OR 1,65 [95% KI 1,00-2,70], $p < 0,05$). Auch in der Gruppe der Mehrgebärenden zeigte sich ein negatives Geburtserleben in Bezug auf die SGH zu t_2 als unabhängige Einflussgröße (OR 7,66 [95% KI 2,17-26,99], $p < 0,01$). Für Erstgebärende zeigte sich ein negatives Geburtserleben in den regressionsanalytischen Berechnungen weder zu t_1 noch zu t_2 als unabhängiger Einflussfaktor.

Negatives Geburtserleben als Einflussgröße für eine beeinträchtigte GHLQ

In den univariaten Analysen wurde ein Zusammenhang zwischen einem negativen Geburtserleben und einer eingeschränkten GHLQ deutlich. Weitere Aspekte, die in einem Zusammenhang mit einer eingeschränkten GHLQ standen, waren: ein Haushaltsnettoeinkommen pro Kopf von weniger als 1.569,53 Euro (Median der Stichprobe), ein mütterliches Alter über 31 Jahre (Median der Stichprobe), Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung, alleinstehend, Berufstätigkeit nach der Geburt, körperliche Beschwerden bzw. Schmerzen, eine geburts-hilfliche Periduralanästhesie, Hinweise auf das Vorliegen einer postpartalen Depression, mangelnde emotionale Unterstützung durch den Familien-/Freundeskreis oder durch den Partner, gesundheitliche Auffälligkeiten des Kindes sowie die Geburt eines Mädchens. Der Zusammenhang zwischen einem negativen Geburtserleben und einer eingeschränkten GHLQ blieb in den multivariaten Analysen, welche die obenstehenden Aspekte integrierten, bestehen. In der Gesamtstichprobe erwies sich zu t_1 ein negatives Geburtserleben als unabhängige Einflussgröße in den psychischen Dimensionen der GHLQ (PSK, OR 1,97 [95% KI 1,22-3,16], $p < 0,01$). Zu t_2 schien der Einfluss eines negativen Geburtserlebens auf die GHLQ nicht mehr signifikant. In der Gruppe der Erstgebärenden erwies sich ebenfalls zu t_1 ein negatives Geburtserleben als unabhängige Einflussgröße auf die psychischen Dimensionen der GHLQ (PSK, OR 2,09 [95% KI 1,19-3,65], $p < 0,05$). Wie in der Gesamtstichprobe war auch hier der Einfluss zu t_2 nicht mehr signifikant. In der Gruppe der Mehrgebärenden konnte zu t_1 kein Einfluss eines negativen Geburtserlebens auf die GHLQ aufgezeigt werden. Zu t_2 zeigte sich ein negatives Geburtserleben jedoch als unabhängige Einflussgröße (PSK, OR 3,93 [95% KI 1,14 bis 13,53], $p < 0,05$).

Diskussion

Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass sich ein negatives Geburtserleben auch ein halbes Jahr nach der Geburt noch auf die SGH und die GHLQ auswirkt. Die Inzidenzrate eines negativen Geburtserlebens in der vorliegenden Analyse erscheint mit 25,3 Prozent bzw. 23,8 Prozent sehr hoch. Waldenström et al. [34] berichten lediglich von 6,8 Prozent. Dies liegt möglicherweise in der Art der Operationalisierung begründet. Während Waldenström et al. das Geburtserleben über eine einzelne Frage, zu beantworten über eine siebenstufige bipolare Bewertungsskala, operationalisierten, wurde in der vorliegenden Analyse mit dem SIL-Ger_12 ein mehrdimensionales Erhebungsinstrument mit insgesamt 12 Items eingesetzt. In der Diskriminanzfähigkeit und relativen Effizienz erwies sich der SIL-Ger_12 gegenüber einer einfachen Fragestellung in den vorgeschalteten Instrumentenanalysen als geeigneter. In der Instrumentenanalyse zeigten sich bei Operationalisierung des Geburtserlebens über

eine einzige Frage ähnliche Inzidenzraten wie die von Waldenström et al. Bezüglich des Geburtserlebens fällt weiterhin auf, dass nur in der Gruppe der Erstgebärenden eine signifikante Verbesserung in der Bewertung des Geburtserlebens von t_1 zu t_2 zu verzeichnen ist. Die Gruppe der Mehrgebärenden zeigt bereits zu t_1 deutlich positivere durchschnittliche Bewertungen. Eine tendenziell positivere Bewertung seitens der Mehrgebärenden gegenüber den Erstgebärenden stellte auch Waldenström [33] fest. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass sich für Erstgebärende die Lebenssituation nach der Geburt eines Kindes im Vergleich zu Mehrgebärenden gravierender ändert und sich dies in der retrospektiven Beurteilung zum Geburtserleben widerspiegelt. Denkbar wäre auch, dass für Mehrgebärende gegenüber Erstgebärenden grundsätzlich eher die Möglichkeit besteht, im Geburtsprozess von Hebammen, Ärztinnen und Ärzten als Expertin wahrgenommen und deshalb auch eher in Entscheidungen einbezogen zu werden. Nach Waldenström [32], David und Kentenich [7] wie auch Spaich et al. [27] führt letzteres zu einem positiven Geburtserleben. Unklar bleibt, welche Erwartungen Frauen zuvor an die Geburt ihres Kindes hatten und inwiefern diese erfüllt wurden. Erwartungshaltungen vor der Geburt sowie das Ausmaß der Erfüllung wirken sich auf die Bewertung des Geburtserlebens nach der Geburt aus, wobei Erstgebärende höhere Erwartungen an die Geburt ihres Kindes im Vergleich zu Mehrgebärenden haben [10]. Auch dies kann ein Grund für die unterschiedliche Bewertung des Geburtserlebens von Erst- und Mehrgebärenden sein.

Die Qualität der Geburtshilfe wird derzeit in Deutschland anhand von zwölf ausgewählten Indikatoren gemessen, die sich im Wesentlichen auf neonatale Ergebnisaspekte sowie Struktur- und Prozessaspekte beziehen [1]. Das geburtliche Erleben und die subjektive Einschätzung der Gesundheit der Frauen zählen hierzulande derzeit nicht zu den Qualitätsmaßstäben der klinischen Geburtshilfe. Es erscheint jedoch vor dem Hintergrund der Ergebnisse empfehlenswert, diese einzubeziehen.

In den Daten zur SGH fällt auf, dass Erstgebärende gegenüber Mehrgebärenden deutlich positivere Bewertungen vornehmen. Nach Jylhä [13] entwickelt sich die Bewertung der subjektiven Gesundheit nicht ausschließlich aus dem aktuellen Gesundheitszustand, sondern wird unter anderem durch gesellschaftliche Normen geprägt. Die mütterliche Freude über die Geburt eines gesunden Kindes und das damit oft verbundene Zurückstellen des eigenen Wohlbefindens kann durchaus als eine solche Norm verstanden werden. Das Unverständnis, mit dem das Umfeld auf mütterliche Gefühle der Niedergeschlagenheit, Trauer o.ä. reagiert, lässt vermuten, dass hier gesellschaftliche Erwartungen und persönliches Empfinden kollidieren können. Möglicherweise können sich Erstgebärende Normierungen bzw. Normierungserwartungen schwerer entziehen als Mehrgebärende. Eine positive Bewertung der Gesundheit trotz möglicherweise gleichzeitig empfundener Krankheitslast könnte hier die Folge sein. Im Vergleich zu früheren Arbeiten [2][25], wird in der vorliegenden Analyse die SGH von Frauen nach der

Geburt eines Kindes deutlich schlechter bewertet. Während bei Schytt et al. [25] und Bauer [2] um die 90 Prozent der jeweiligen Stichprobe die Bewertung ihrer SGH in den obersten beiden Kategorien der Likert Skala vornahmen, geschieht dies in der vorliegenden Analyse nur in etwa 60 Prozent der Fälle. Dies liegt möglicherweise in der Formulierung des verbalen Mittelwertes der fünf Punkte Likert Skala begründet. Schytt et al. [25] und Bauer [2] verwendeten eine fünf Punkte Likert Skala mit einer neutralen Verbalmarke als Mittelpunkt, die letztendlich zu einem ausgeprägten Ceilingeffekt geführt hat. In einer abschließenden Diskussion bemerkt Schytt [24], dass durch die Verwendung einer neutralen Verbalmarke die Anzahl der Frauen mit einer beeinträchtigten Gesundheit unterschätzt wird. Im SF-1 wird auf eine neutrale Verbalmarke als Mittelpunkt verzichtet. Er ist vielmehr ordinalskaliert, mit einer positiven Bewertung (gut) als Mittelpunkt der Skala. Unter Verwendung einer positiven Bewertung als Mittelpunkt der Likert Skala zeigte sich eine deutliche Auflockerung des Ceilingeffekts. Gleichwohl muss diskutiert werden, dass im Zuge der quantitativen Auswertung (Zusammenfassung der Skala in nur 2 Ausprägungen) die Zuordnung des positiv formulierten Mittelpunktes zur Kategorie „eingeschränkte Gesundheit“ (statt zur Kategorie „gute Gesundheit“) erfolgte, und sollte Gegenstand weiterer Forschung insbesondere Sensitivitätsanalysen sein.

Limitationen der Studie

Zwar gilt der SF-36 im nationalen wie internationalen Kontext als hinlänglich validiertes Instrument [6], im deutschsprachigen Raum wurde er allerdings in den Ursprungsstudien erstmalig im geburtshilflichen Kontext angewendet, sodass in diesem Zusammenhang keine Aussagen zur Reliabilität und Validität des Instruments getroffen werden können. Neben den Schwächen, die aus dem retrospektiven Design resultieren, erweist sich die reduzierte Anwendung des SF-36 im geburtshilflichen Kontext als eine deutliche Grenze der Studie. Mogos et al. [17] thematisieren in diesem Zusammenhang, dass valide Instrumente zur Messung der GHQ von Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt bisher fehlen. Ähnliches gilt für den SIL-Ger_12 zur Erfassung des Geburtserlebens. Auch hier kann bislang auf wenige deutsche Studien zurückgegriffen werden [23][28], sodass keine ausreichenden Aussagen zu Reliabilität und Validität getroffen werden können. Der Verzicht auf eine Adjustierung der Daten vor dem Hintergrund multipler Tests muss als Schwäche in der Datenauswertung gesehen werden und stellt in der Interpretation der Ergebnisse eine deutliche Limitation der Studie dar. Auch können die Ergebnisse zum Zusammenhang der SGH und des Geburtserlebens aufgrund fehlender Sensitivitätsanalysen bezüglich der erfolgten Dichotomisierung des SF-1 nur bedingt als valide interpretiert werden. Schließlich kann die Auswahl der Stichprobe, die sich aus dem Forschungsdesign der Ursprungsstudien zum Versorgungskonzept

Hebammenkreißaal ergeben hat, angesichts des hohen Bildungsstandes, des geringen Anteils an Frauen mit Migrationshintergrund sowie des ausschließlichen Niedrigrisikokollektivs nicht als repräsentativ gelten. Vor diesem Hintergrund müssen die Ergebnisse zum Geburtserleben als beeinflussende Größe auf die subjektiven Gesundheitseinschätzungen von Frauen nach der Geburt eines Kindes als erste Hinweise verstanden werden, die es durch weitere Forschung zu erhärten oder auch zu widerlegen gilt.

Fazit

In der vorliegenden Studie konnte eine Assoziation zwischen einem negativen Geburtserleben und der körperlichen und psychischen Gesundheit von Frauen acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt eines Kindes belegt werden. Weitere Forschungsvorhaben zu diesem Thema sind notwendig. Insbesondere sollten sich prospektive, longitudinale Studien anschließen, die sich explizit dem Geburtserleben und den beeinflussenden Faktoren widmen. Zudem gilt es, die Reliabilität und Validität entsprechender Instrumente hierzu zu erhärten. Kenntnisse, die hieraus gewonnen werden, sollten in die Qualitätserhebung und -bewertung der geburtshilflichen Versorgung überführt werden.

Anmerkungen

1. Datenerhebungsort und -zeitraum: Deutschland 2007-2010 [22][14].

Interessenkonflikt

Die Daten der vorliegenden Studie wurden durch den Verbund Hebammenforschung unter finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (FKZ 01 GT 0616) im Rahmen zweier Studien zum Versorgungskonzept Hebammenkreißaal erhoben und von den Projektleitungen Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein und Prof. Dr. Manfred Haubrock für die vorliegende Studie zur Verfügung gestellt. Die vorliegende Studie wurde ohne Bereitstellung etwaiger finanzieller Mittel durchgeführt. Mit ihr wurden ausschließlich berufliche Interesse verfolgt.

Literatur

1. AQUA - Institut fuer angewandte Qualitaetsfoerderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2014 - 16/1 Geburtshilfe. Goettingen: AQUA; 2015.
2. Bauer NH. Der Hebammenkreissaal. Goettingen: V & R unipress; 2011.

3. Bitzer EM. Die Perspektive der Patienten - Lebensqualität und Patientenzufriedenheit. In: Schwartz F, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U, Hrsg. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Muenchen, Jena: Urban & Fischer; 2003. S. 453-60.
4. Boyce P, Johnstone S, Hickey A, Morris-Yates A, Harris M, Strachan T. Functioning and well-being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*. 2000;3(3):91-7. doi: 10.1007/s007370070002
5. Bullinger M. Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36 Survey. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2000;43(3):190-7. doi: 10.1007/s001030050034
6. Bullinger M, Morfeld M. Der SF-36 Health Survey. In: Schoeffski O, Schulenburg JG, Hrsg. Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2007. S. 387-402.
7. David M, Kantenich H. Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung. *Gynaekologe*. 2008;41(1):21-7. doi: 10.1007/s00129-007-2088-2
8. de Tychev C, Briancon S, Lighezzolo J, Spitz E, Kabuth B, de Luigi V, Messembourg C, Girvan F, Rosati A, Thockler A, Vincent S. Quality of life, postnatal depression and baby gender. *J Clin Nurs*. 2008;17(3):312-22. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01911.x
9. Dennis C. Influence of depressive symptomatology on maternal health service utilization and general health. *Arch Womens Ment Health*. 2004;7(3):183-91. doi: 10.1007/s00737-004-0053-9
10. Hildingsson I. Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study. *Women birth*. 2015;28(2):e7-13. doi: 10.1016/j.wombi.2015.01.011
11. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37. doi: 10.2307/2955359
12. Jansen AJG, Essink-Bot M, Duvekot JJ, van Rhenen DJ. Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery. *J Psychosom Res*. 2007;63(3):275-81. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.06.003
13. Jylhae M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009;69(3):307-16. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013
14. Knappe N, Buck C, Haubrock M. Hebammenkreisaal - finanzierbar und sicher? *Deutsche Hebammenzeitschrift*. 2011;12(1):29-33.
15. Lemola S, Stadlmayr W, Grob A. Maternal adjustment five month after birth. *J Reprod Infant Psycho*. 2007;25(3):190-202. doi: 10.1080/02646830701467231
16. Lind B, Hoel T. Alleviation of labor pain in Norway - An interview investigation in 1969 and 1986. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1989;68(2):125-29. doi: 10.3109/0001634890909899
17. Mogos FM, August EM, Salinas-Miranda AA, Sultan DH, Salihi HM. A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Appl Res Qual Life*. 2013;8(2):219-50. doi: 10.1007/s11482-012-9188-4
18. Morfeld M, Bullinger M, Nantke J, Braehler E. Die Version 2.0 des SF-36 Health-Survey - Ergebnisse einer bevoelkerungsrepraesentativen Studie. *Soz Praeventivmedizin*. 2005;50(5):292-300. doi: 10.1007/s00038-005-4090-6
19. Morgan B, Bulpitt C, Clifton P, Lewis P. Analgesia and satisfaction in childbirth (The Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet*. 1982;320(8302):808-11. doi: 10.1016/S0140-6736(82)92691-5
20. Radoschewski M. Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Masse. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2000;43(3):165-89. doi: 10.1007/s001030050033
21. Safarinejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med*. 2009;6(6):1645-67. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01232.x
22. Sayn Wittgenstein F zu, Bauer N, Schaefer R, Kuemper J, Foraita R. Hebammenkreissaal: Chance fuer Veraenderungen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*. 2011;12(1):26-8.
23. Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura E, Husslein P, Langer, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(9):834-40. doi: 10.1080/j.1600-0412.2003.00194.x
24. Schytt E. Women's health after childbirth. Stockholm: Universitetsservice US; 2006.
25. Schytt E, Lindmark G, Waldenstroem U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG*. 2005;112(2):210-17. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00319.x
26. Schytt E, Waldenstroem U. Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after childbirth. *J Womens Health*. 2007;16(3):390-405. doi: 10.1089/jwh.2006.0030
27. Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sutterlin M, Kehl S. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur J of obstet gynecol reprod biol*. 2013;170(2):401-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.040
28. Stadlmayr W, Amsler F, Lemola S, Stein S, Alt M, Burgin D, Surbek D, Bitzer J. Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006;27(4):211-24. doi: 10.1080/01674820600804276
29. Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr.068 vom 18.02.2011 - Schulische und berufliche Qualifikation junger Muetter. 2011. Verfuegbar unter: <http://www.schattenblick.de/infopool/politik/bildung/pbsta456.html> [Zugriff 10.09.2015]
30. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9(4). doi: 10.1186/1471-2393-9-4
31. Verbund Hebammenforschung. *Handbuch Hebammenkreissaal - Vom Konzept zur Umsetzung*. Osnabrueck: Eigenverlag; 2007.
32. Waldenström U. Continuity of carer and satisfaction. *Midwifery*. 1998;14(4):207-13. doi: 10.1016/S0266-6138(98)90092-4
33. Waldenström U. Women's Memory of Childbirth at Two Months and One Year after the Birth. *Birth*. 2003;30(4):248-54. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00254.x
34. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 2004;31(1):17-27. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x
35. Waldenström U, Nilsson C. Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1994;73(7):547-54. doi: 10.3109/00016349409006271

Korrespondenzadresse:

Rainhild Schäfers
Hochschule für Gesundheit, Gesundheitscampus 6-8,
44801 Bochum, Deutschland
rainhild.schaefers@hs-gesundheit.de

Bitte zitieren als

Schäfers R. Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektive Gesundheitseinschätzung von Frauen. GMS Z Hebammenwiss. 2015;2:Doc02.
DOI: 10.3205/zhwi000005, URN: urn:nbn:de:0183-zhwi0000051

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zhwi/2015-2/zhwi000005.shtml>

Eingereicht: 27.02.2015

Angenommen: 10.11.2015

Veröffentlicht: 17.12.2015

Copyright

©2015 Schäfers. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.