

**Bachelorarbeit**

# **Die Geburt – ein Albtraum**

**Welche effektiven Therapien bei Tokophobie werden  
in der evidenzbasierten Literatur beschrieben  
und welcher Handlungsspielraum kann für die Hebamme  
diesbezüglich definiert werden?**

---

**Marianne Friedli S02353506**

**Departement:                      Gesundheit**  
**Institut:                            Institut für Hebammen**  
**Studienjahr:                      2011**  
**Eingereicht am:                  02.05.2014**  
**Betreuende Lehrperson:        Kristin Hammer**

## Inhaltsverzeichnis

1	Abstract .....	1
2	Einleitung.....	2
2.1	Problemstellung .....	2
2.2	Zielsetzung .....	3
2.3	Fragestellung .....	4
2.4	Relevanz für die Praxis.....	4
2.5	Stand der Forschung .....	4
2.5.1	Messinstrumente .....	5
2.5.2	Literatur über die Therapie von Tokophobie .....	5
3	Methodisches Vorgehen.....	8
3.1	Ein- und Ausschlusskriterien .....	8
3.2	Literaturrecherche.....	8
3.3	Evaluationsinstrumente .....	10
4	Theoretischer Hintergrund.....	10
4.1	Tokophobie .....	10
4.1.1	Definition .....	10
4.1.2	Diagnostik.....	11
4.1.3	Prävalenz .....	12
4.1.4	Ätiologie.....	12
4.1.5	Folgen .....	13
4.2	Therapieformen von Tokophobie.....	14
4.3	Selbstwirksamkeit und Tokophobie .....	15
4.3.1	Selbstwirksamkeit.....	15
4.3.2	Selbstwirksamkeit im Kontext mit Geburt und Tokophobie .....	16
5	Ergebnisse.....	16
5.1	Übersicht der ausgewählten Studien .....	16
5.2	Beschreibung und Bewertung der Studien .....	21
5.2.1	Rouhe et al. (2012).....	21
5.2.2	Salmela-Aro et al. (2012) .....	23
5.2.3	Salomonsson et al. (2013) .....	25
5.2.4	Salomonsson et al. (2012) .....	27

6	Diskussion .....	29
6.1	Kritische Diskussion der Ergebnisse .....	29
6.1.1	Therapie und Copingstrategien .....	29
6.1.2	Relevanz der Messinstrumente .....	30
6.1.3	Vergleich des Untersuchungsgegenstands .....	31
6.2	Gegenüberstellung mit dem Stand der Forschung .....	32
6.3	Theorie-Praxis-Transfer .....	33
6.4	Rolle der Hebamme .....	34
7	Schlussfolgerung .....	36
7.1	Fazit .....	36
7.2	Limitierungen und Ausblick .....	36
8	Verzeichnisse .....	38
8.1	Literaturverzeichnis .....	38
8.2	Tabellenverzeichnis .....	42
8.3	Abbildungsverzeichnis .....	42
9	Anhang .....	43
9.1	Danksagung .....	43
9.2	Eigenständigkeitserklärung .....	43
9.3	Glossar .....	44
9.4	Einflüsse auf die Selbstwirksamkeitserwartung. Bandura (1977) .....	47
9.5	Kritische Beurteilung quantitativer Studien nach Stahl (1998) .....	48
9.5.1	Studienbeurteilung, Rouhe et al. (2012) .....	48
9.5.2	Studienbeurteilung, Salmela-Aro et al. (2012) .....	54
9.5.3	Studienbeurteilung, Salomonsson et al. (2013) .....	60
9.6	Kritische Beurteilung qualitativer Studien nach Law et al. (1998) .....	65
9.6.1	Studienbeurteilung, Salomonsson et al. (2012) .....	65
9.7	Manual der psychoedukativen Gruppentherapie .....	70
9.8	Selbstwirksamkeit im Kontext mit Tokophobie .....	72
9.9	The Wijma Delivery ExpectancyExperience Questionnaire Version A .....	73
9.10	The Wijma Delivery ExpectancyExperience Questionnaire Version B .....	75
9.11	The Childbirth Self-efficacy Inventory (CBSEI) .....	77
9.12	Wortzahl .....	79

## **1 Abstract**

### **Darstellung des Themas**

Negative Auswirkungen von Tokophobie auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett werden in der Literatur vielfach beschrieben. Die bisherige Forschung weist bezüglich der Therapie von Tokophobie keinen Konsens auf und der Handlungsspielraum der Hebamme in Bezug auf die Therapie bei Tokophobie ist nicht definiert.

### **Ziel**

Ziel der Arbeit ist es, die in der Literatur beschriebenen Effekte der kognitiven Therapie bei Tokophobie darzustellen. Daraus soll eine evidenzbasierte Empfehlung für die Betreuung einer Frau mit Tokophobie abgeleitet werden. Der Handlungsspielraum der Hebamme bezüglich der Therapie von Tokophobie soll eingeschätzt werden.

### **Methode**

Fünf Datenbanken wurden anhand festgelegter Keywords nach themenrelevanter Literatur durchsucht. In einem Prozess von vier Recherehdurchgängen wurden vier Studien unter Berücksichtigung definierter Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt und bewertet.

### **Relevante Ergebnisse**

Psychoedukative Gruppentherapie stellt für einige Schwangere eine geeignete Therapie dar. Die Stärkung der Selbstwirksamkeit ist bei der Betreuung von Frauen mit Tokophobie wertvoll, jedoch fehlt eine evidenzbasierte Intervention dazu.

### **Schlussfolgerung**

Für die Hebamme ist es essentiell, Frauen mit primärer Tokophobie zu identifizieren. Ungeachtet der Ätiologie ihrer Angst ist die Erfassung ihrer individuellen Bedürfnisse zentral, um eine adäquate Betreuung anbieten zu können. Je nach Qualifikation der Hebamme kann sie psychoedukative Gruppentherapie anbieten.

### **Keywords**

*Fear of childbirth, nulliparous, self-efficacy*

## **2 Einleitung**

Die Geburt eines Kindes ist für jede Frau ein einschneidendes Ereignis in ihrem Leben. Neben Vorfreude auf das Kind können verschiedene Faktoren vor oder während der Schwangerschaft Unsicherheiten und Ängste auslösen. Beispielsweise sind der Termin einer Spontangeburt\*, die Länge der Geburt, das Empfinden der Schmerzen und der Geburtsausgang nicht prognostizierbar. Die Beziehung des Paares verändert sich und der berufliche Alltag wird unterbrochen – der gesamte Lebensrhythmus wandelt sich. Möglicherweise wurde eine vorangehende Geburt negativ erlebt.

Der Autorin dieser Bachelorarbeit fällt bei der Betreuung von Frauen mit Wunschkaiserschnitt auf, dass meistens die Angst vor einer Spontangeburt der Auslöser dieses Wunsches ist. Sofort stellt sich die Frage, wovor sich die Schwangeren fürchten und woher diese Angst kommt. Gibt es eine Möglichkeit, den Frauen die Angst zu nehmen? Jede Schwangere muss durch ihre Gynäkologin über die Risiken eines Kaiserschnitts aufgeklärt werden. Kann schwere Geburtsangst die objektive Entscheidungsfindung stören und können wissenschaftlich belegte Risiken aufgrund von schwerer Geburtsangst ausgeblendet oder in Kauf genommen werden?

Anmerkung: Personenbezeichnungen werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der weiblichen Form aufgeführt, schliessen jedoch das männliche Geschlecht mit ein. Die mit " \* " gekennzeichneten Begriffe werden im Glossar näher erläutert.

### **2.1 Problemstellung**

In der westlichen Welt kann laut Otley (2011) eine Geburt für Frau und Kind als sicher bezeichnet werden. In der Schweiz ist die Säuglingssterblichkeit im Jahre 2012 auf unter vier pro 1000 Lebendgeburten gesunken (Bundesamt für Statistik [BFS] [1], 2014). Die mütterliche Mortalitätsrate lag 2011 bei 3.7 von 100 000 Entbindungen (Bundesamt für Statistik [BFS] [2], 2014). Trotzdem geben gemäss Hofberg und Ward (2003) 20% der schwangeren Frauen Tokophobie\* an, laut dem Bund deutscher Hebammen (2007) bezeichnen 6%, ihre Angst als stark behindernd.

Waldenström, Hildingsson und Ryding (2006) belegen, dass über die Hälfte der betroffenen Frauen eine Sectio caesarea\* (Sectio) wünschen, obwohl die mütterliche Letalität\* einer Sectio laut Schneider, Husslein und Schneider (2011) höher ist als jene einer Spontangeburt. Für die Schwangere, die unter Tokophobie leide und eine Sectio wunsche,

seien diese Risiken einfacher zu tragen, als der Gedanke, ihr Kind spontan auf die Welt zu bringen. Im Jahr 2012 lag die Sectorate in der Schweiz bei 33.4%. Mit dieser Rate liegt die Schweiz weit über der von der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* empfohlenen Obergrenze von 10% bis 15% (Bundesamt für Statistik [BFS] [3], 2014). Es liegen für die Schweiz keine Zahlen bezüglich Anzahl der Wunschsectiones und deren Gründe vor, jedoch sind die ökonomischen Folgen eindeutig: Eine Sectio kostet rund CHF 3'700 mehr als eine Spontangeburt (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2013). Laut Sydsjö, Sydsjö, Gunnervik, Bladh und Joseffson (2012) stellt die Wunschsectio jedoch nur für einen Teil der Frauen mit Tokophobie eine Alternative dar, denn für Frauen mit Angst vor Operationen ist die Sectio keine Option. Tokophobie hat zahlreiche Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft, worauf im Kapitel 4.1.5 detailliert eingegangen wird. Otley (2011) fasst die Auswirkungen von Tokophobie wie folgt zusammen:

Tabelle 1. Auswirkungen der Tokophobie (Otley, 2011, S.216)

Folgen von Tokophobie
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Schlaflosigkeit und Depression</li> <li>· Wunschkaiserschnitt</li> <li>· Höhere Rate von Notfallkaiserschnitten</li> <li>· Negatives Geburtserlebnis</li> <li>· Emotionale Instabilität nach der Geburt</li> <li>· Gefühl des Versagens</li> </ul>

Dies zeigt, dass Tokophobie ein wichtiges Thema der Geburtshilfe darstellt und somit Teil des Hebammenalltags ist. Eine konkrete Empfehlung bezüglich Therapie von Tokophobie wird an der *Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW)* im Studiengang *Hebamme* nicht vermittelt. Weder in der Hebammenkunde (Stiefel, Geist und Harder, 2013) noch im Hebammenbuch (Mändle und Opitz-Kreuter, 2007) ist der Handlungsspielraum einer Hebamme im Umgang mit Tokophobie konkret definiert. Jedoch ist das Interesse am Phänomen Tokophobie in der Forschung angesichts der zahlreichen Studien gross (siehe Kapitel 2.5).

## 2.2 Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist es, die in der Literatur beschriebenen Effekte der kognitiven\* Therapie bei Tokophobie darzustellen. Daraus soll eine evidenzbasierte Empfehlung für die Betreu-

ung einer Frau mit Tokophobie abgeleitet werden. Der Handlungsspielraum der Hebamme bezüglich der Therapie von Tokophobie soll eingeschätzt werden.

### **2.3 Fragestellung**

Welche effektiven Therapien bei Tokophobie werden in der evidenzbasierten Literatur beschrieben und welcher Handlungsspielraum kann für die Hebamme diesbezüglich definiert werden?

### **2.4 Relevanz für die Praxis**

Die Ausführungen in Kapitel 2.1 zeigen, dass Tokophobie in unserer Gesellschaft präsent ist und einen Einfluss auf das Erleben von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hat. Somit ist die Relevanz für die Hebammenarbeit gegeben. Gemäss *Kompetenzprofil Diplomierete Hebamme BSc* (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften [ZHAW], 2007) besteht in der Praxis die Aufgabe einer Hebamme darin, ihre Klientinnen nach bestem Wissen und Gewissen zu beraten, ihre Gesundheit zu fördern und in keinem Fall zu gefährden. Die Autonomie der Gebärenden ist zu stützen und eine informierte Entscheidung soll ihr ermöglicht werden. Die Hebamme ist "[...] eine anerkannte Gesundheitsfachperson [...]. Sie arbeitet mit den Frauen partnerschaftlich zusammen und gewährt ihnen die erforderliche Unterstützung, Betreuung und Beratung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit." (ZHAW, 2007, S.4). Die Betreuung und Beratung von Frauen mit Tokophobie könnte mit einer geeigneten Therapie und der Vermittlung von Copingstrategien entsprechend angepasst werden. So wäre eine adäquate Betreuung durch die Hebamme gewährleistet. Das Ziel wäre, den behindernden Faktor einer pathologischen\* Angst vor der Geburt zu regulieren und die Möglichkeit einer selbstbestimmten Geburt wiederherzustellen.

### **2.5 Stand der Forschung**

Wird nach Literatur bezüglich Tokophobie recherchiert, ergeben sich viele Treffer in verschiedenen Zusammenhängen. Die Suchresultate können grob in Bereiche gegliedert werden.

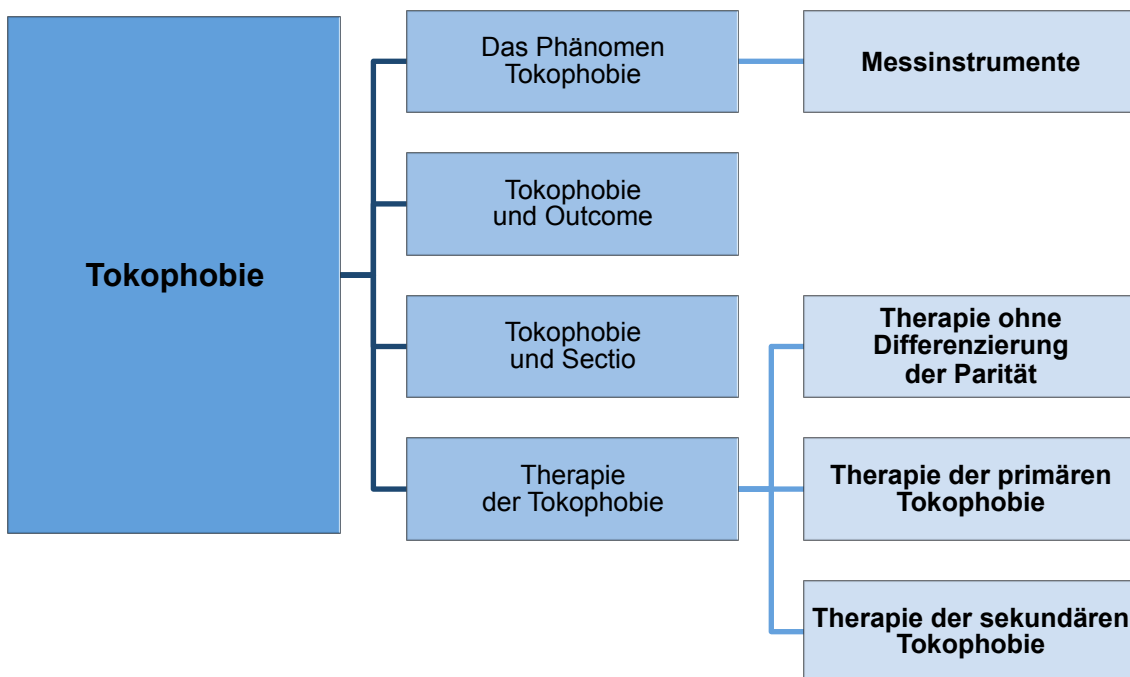


Abbildung 1. Gliederung der Forschungsbereiche bezüglich Tokophobia

Für diese Arbeit ist primär Literatur über die Messinstrumente von Tokophobia und die Therapie von Tokophobia von besonderem Interesse. Der Stand der Forschung wird im Folgenden erläutert.

### 2.5.1 Messinstrumente

In der Forschung werden diverse Methoden verwendet, um Frauen, die unter Tokophobia leiden, zu identifizieren und es existieren verschiedene Messinstrumente, um das Ausmass der Tokophobia zu definieren. Öhman, Grunewald und Waldenström (2003) testen beispielsweise die *Cambridge Worry Scale*. Der von Wijma, Wijma und Zar (1998) entwickelte *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ-A)* erfasst die vorgeburtliche Tokophobia von Erst- und Mehrgebärenden und der *Wijma Delivery Experience Questionnaire (W-DEQ-B)* ist eine angepasste Version, um die Geburtserfahrung zu beurteilen. Jeweils ein Manual dazu ist in Abbildung 7 und 8 (Kapitel 9.9 und 9.10) zu finden.

### 2.5.2 Literatur über die Therapie von Tokophobia

In der Literatur sind zahlreiche Studien zu finden, die den Effekt einer Therapie ohne Differenzierung der Parität\* analysieren. Eine Auswahl ist in Tabelle 2 ersichtlich.



Tabelle 2. Studien zur Therapie von Tokophobie ohne Differenzierung der Parität

Therapie ohne Differenzierung der Parität
Halvorsen, L., Nerum, H., Sørli, T., & Øian, P. (2010). Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean in women with fear of birth?
Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., Könönen, T., & Halmesmäki, E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth.
Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M., & Josefsson, A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy.
Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., & Øian, P. (2006). Maternal Request for Cesarean Section due to Fear of Birth: Can It Be Changed Through Crisis-Oriented Counseling?
Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A., & Lundgren, I. (2011). A Longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors.
Weaver, J., Browne, J., Aras-Payne, A., & Magill-Cuerden, J. (2012). A comprehensive systematic review of the impact of planned interventions offered to pregnant women who have requested a caesarean section as a result of tokophobia (fear of childbirth).
Therapie durch Hebammen ohne Differenzierung der Parität
Ryding, E. L., Persson, A., Onell, C., & Kvist, L. (2003). An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth.
Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010). Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care—a follow-up study.

Gemäss dem Review von Weaver et al. (2012) existieren etliche potentielle Interventionen\*, um Tokophobie zu behandeln, jedoch bleibt die effektivste Methode unklar.

Verschiedene Forscher differenzieren zwischen primärer und sekundärer Tokophobie. Hofberg und Ward (2003) bezeichnen sekundäre Tokophobie als posttraumatische Belastungsstörung\*, sofern sie kein Symptom von Depression ist. Vythilingum (2010) konsultiert existierende Studien und kommt ebenfalls zum Schluss, dass eine Geburt zu einer posttraumatischen Belastungsstörung führen kann. In diesem Sinne fokussieren einige Forscher in ihren Studien die Therapie der sekundären Tokophobie. Eine Auswahl solcher Studien ist in der Tabelle 3 zu finden.

Tabelle 3. Studien zur Therapie der sekundären Tokophobie

Therapie der sekundären Tokophobie
Alder, J., Stadlmayr, W., Tschudin, S., & Bitzer, J. (2006). Post-traumatic symptoms after childbirth: What should we offer?
George, A. Thilly, N., Rydberg, J.A., Luz, R., & Spitz, E. (2013). Effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing treatment in post-traumatic stress disorder after childbirth: a randomized controlled trial protocol.
Lapp, L. K., Agbokou, C., Peretti, C. S., & Ferreri, F. (2010). Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review.
Stramrood, C. A., van der Velde, J., Doornbos, B., Marieke Paarlberg, K., Weijmar Schultz, W., & van Pampus, M. G. (2012). The Patient Observer: Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for the Treatment of Posttraumatic Stress following Childbirth.
Rauch, S. A., Defever, E., Oetting, S., Graham-Bermann, S. A., & Seng, J. S. (2013). Optimism, coping, and posttraumatic stress severity in women in the childbearing year.

Der Review von Lapp, Agbokou, Peretti und Ferreri (2010) analysiert neun Studien zur Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung nach einer Geburt und vergleicht Ergebnisse von drei Therapieformen: *Debriefing and Councelling\**, *Cognitive Behavioural Therapy (CBT)\** und *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)\**. *CTB* und *EMDR* weisen viel versprechende Effekte auf. Die Resultate von George, Thilly, Rydberg, Luz und Spitz (2013) stärken die Ergebnisse von Lapp et al. (2010). Die Resultate zeigen, dass *EMDR* einen positiven Effekt auf die sekundäre Tokophobie aufweist.

Zur Therapie der primären Tokophobie sind nur wenige Studien (Tabelle 4) zu finden.

Tabelle 4. Studien zur Therapie der primären Tokophobie

Therapie der primären Tokophobie
Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2012). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial.
Salmela-Aro, K., Read, S., Rouhe, H., Halmesmäki, E., Toivanen, R. M., Tokola, M. I., & Saisto, T. (2012). Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention.
Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., & Halmesmäki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth.

Diese drei Studien untersuchen eine einzige Therapieform: die psychoedukative\* Gruppentherapie.

### **3 Methodisches Vorgehen**

#### **3.1 Ein- und Ausschlusskriterien**

Nach der Durchsicht der recherchierten Studien in Kapitel 2.5.2 stellt sich heraus, dass die kognitive Therapie von primärer Tokophobie eine Forschungslücke darstellt. Die beiden Reviews zur kognitiven Therapie allgemeiner Tokophobie (Weaver et al., 2012) und sekundärer Tokophobie (Lapp et al., 2010) zeigen, dass Forschung dazu betrieben wird. Aus diesem Grund entschliesst sich die Autorin dieser Arbeit nur Literatur bezüglich kognitiven Therapieformen bei Erstgebärenden mit komplikationslosen Einlingsschwangerschaften, welche unter Tokophobie leiden, zu berücksichtigen. Medikamentöse Therapieformen werden ausgeschlossen. Eingeschlossen sind Studien aus industrialisierten Ländern (z.B. USA, Kanada, Australien und Europa), die sowohl ethnisch als auch bezüglich dem geburtshilflichen Standard mit der Schweiz vergleichbar sind. Studien, die älter als 10 Jahre sind, werden nicht berücksichtigt, ausser es liegt eine Begründung vor.

Es findet keine Bewertung der Messinstrumente statt, welche bei der Diagnosestellung von Tokophobie verwendet werden.

#### **3.2 Literaturrecherche**

Für die Literaturrecherche wurde die Hochschulbibliothek, elektronische Nachschlagewerke sowie die Datenbanken *Cinahl*, *Cochrane*, *Medline*, *Midirs* und *PsychInfo* konsultiert. Die Recherche fand zwischen September 2013 und Januar 2014 statt. In einem ersten Schritt, zwecks Einarbeitung in die Thematik, wurde Literatur bezüglich der Relevanz und der Problematik von Tokophobie in der Geburtshilfe recherchiert. Dazu wurden die Keywords "Tokophobia OR Fear of childbirth" verwendet. In dieser Phase wurde auch in Studien zitierte Literatur konsultiert.

In einem zweiten Schritt stand die Forschungsfrage direkt im Zentrum und es wurden Evidenzen bezüglich Interventionen bei Tokophobie gesucht. Vorerst wurde keine Differenzierung der Parität vorgenommen. Nach der Durchsicht der Resultate, der Einarbeitung in die Problematik und unter Berücksichtigung des Forschungsstandes (Kapitel 2.5), folgte

die in Kapitel 3.1 beschriebene Eingrenzung des Themas. Auf Grund dessen wurde ein dritter Recheredurchgang durchgeführt, welcher die Therapie von primärer Tokophobie fokussiert.

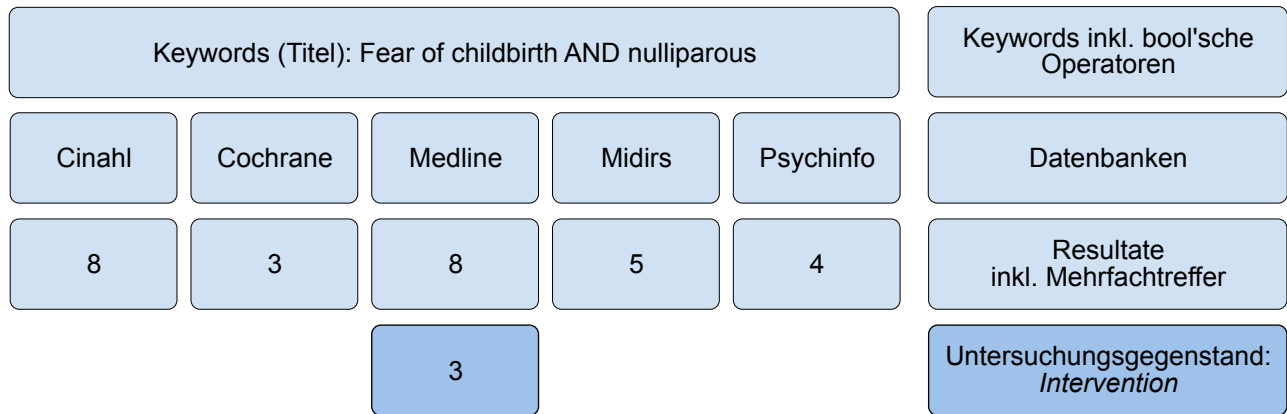


Abbildung 2. Dritter Recheredurchgang: primäre Tokophobie

Diese übersichtliche Resultatmenge beinhaltet drei Studien mit direktem Bezug zur Fragestellung. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind eingehalten. Die Studie von Saisto et al. (2006) wird ausgeschlossen, weil die Evidenzstufe niedriger ist als bei Rouhe et al. (2012), der Untersuchungsgegenstand und die Forschungsfrage jedoch vergleichbar sind.

Durch den von Salmela-Aro et al. (2012) erwähnten Zusammenhang von Selbstwirksamkeit\* und Tokophobie und den dadurch möglichen therapeutischen Ansatz, wurde eine weitere Literatursuche nach Selbstwirksamkeit im Kontext mit Tokophobie durchgeführt.

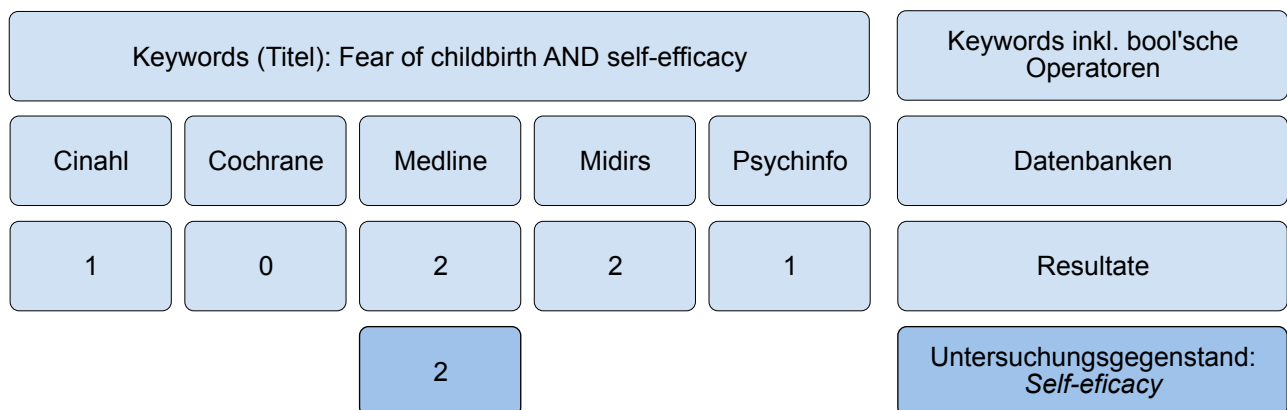


Abbildung 3. Vierter Recheredurchgang: primäre Tokophobie und Selbstwirksamkeit

Die Ergebnisse wurden hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft und in die Auswahl eingeschlossen. Schlussendlich werden vier Studien für diese Bachelorarbeit ausgesucht, um der Frage nach evidenzbasierten Therapieansätzen und Copingstrategien bei primärer Tokophobie nachzugehen.

Tabelle 5. Selektierte Studien

Selektierte Studien
Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2012). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial.
Salmela-Aro, K., Read, S., Rouhe, H., Halmesmäki, E., Toivanen, R. M., Tokola, M. I., & Saisto, T. (2012). Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention.
Salomonsson, B., Gullberg, M. T., Alehagen, S., & Wijma, K. (2012). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women.
Salomonsson, B., Berterö, C., & Alehagen, S. (2013). Self-Efficacy in Pregnant Women with Severe Fear of Childbirth.

### 3.3 Evaluationsinstrumente

Quantitative Studien werden nach Stahl (2008) beurteilt, qualitative Studien nach Law, Stewart, Letts, Pollock, Bosch und Westmorland (1998).

## 4 Theoretischer Hintergrund

Im theoretischen Hintergrund wird auf Tokophobie, Therapieformen von Tokophobie und auf Selbstwirksamkeit im Kontext mit Tokophobie eingegangen. Um ein ganzheitliches Bild von Tokophobie darzustellen, werden Informationen zu primärer und sekundärer Tokophobie aufgeführt. So werden Gründe ersichtlich, warum möglicherweise unterschiedliche Therapieansätze für primäre und sekundäre Tokophobie berücksichtigt werden sollten.

### 4.1 Tokophobie

#### 4.1.1 Definition

Tokophobie als obsessive Geburtsangst wurde gemäss Scollato und Lampasona (2013) erst durch Studien von Hofberg und Brockinton (2000) und von Heuvel (2008) als spezifische medizinisch-psychologische Phobie anerkannt. Nach Scollato et al. (2013) wurden

davor schon etliche Studien über Tokophobie durchgeführt, jedoch wurde das Unbehagen schwangerer Frauen vor der Geburt als eine natürliche Angst vor etwas Unbekanntem und Schmerzhaftem angesehen. Erst Hofberg et al. (2000) heben den traumatischen Aspekt einer Geburt hervor. Die Konsequenzen seien für einige Frauen erschütternd. Hofberg et al. (2000) sowie Heuvel (2008) definieren Tokophobie als einen ernsthaften Angstzustand, in welchem sich Frauen so stark vor der Geburt fürchten, dass sie eine Geburt oder sogar eine Schwangerschaft umgehen, obwohl sie sich ein Kind wünschen.

Der Begriff Tokophobia wird von Martin und Mc Ferran (2008) folgendermassen definiert:

Tokophobia (tocophobia) n. a profound fear of childbirth. There are two types: primary tokophobia, which develops in adolescence and causes many women to avoid childbirth altogether; and secondary tokophobia, which occurs after a traumatic delivery and can stop a woman having another child. Women are more at risk from tokophobia if they have had any of the following: a history of rape or sexual abuse; harrowing memories of educational videos during adolescence; a history of depression; or experience of panic attacks.

In der vorwiegend englischen Literatur wird die pathologische Entwicklung von Geburtsangst einerseits als "Fear of childbirth" (FOC) oder "Severe fear of childbirth" (SFOC), andererseits als "Tokophobia" bezeichnet. In der deutschen Literatur wird Geburtsangst oder Tokophobie verwendet. In dieser Arbeit wird für die Bezeichnungen "FOC", "SFOC" und "Geburtsangst" der Begriff "Tokophobie" verwendet.

#### **4.1.2 Diagnostik**

Es existieren mehrere Messinstrumente zur Erhebung von Tokophobie (siehe Kapitel 2.5.1). Jedoch ist der *W-DEQ* laut Garthus-Niegel, Størksen, Torgersen, Von Soest und Eberhard-Gran (2011) das meist verwendete Instrument. Der Fragebogen sei auf verschiedene Aspekte von Tokophobie ausgerichtet, jedoch als eindimensionales\* Instrument konzipiert. Mit dem *W-DEQ* kann laut Wijma et al. (1998) primäre und sekundäre Tokophobie evaluiert werden, zudem existieren zwei Versionen. Der *W-DEQ-A* dient der Erfassung von vorgeburtlicher Tokophobie, der *W-DEQ-B* stellt die postpartale\* Version dar.

### 4.1.3 Prävalenz

In der Literatur herrscht Uneinigkeit was die Prävalenz\* von Tokophobie betrifft. Sydsjö et al. (2012) weisen darauf hin, dass die Prävalenz, je nach Definition, Messzeitpunkt und kulturellem Kontext, von Studie zu Studie variieren kann. Otley (2011) fasst drei schwedische Studien zusammen, worin 80% der Schwangeren eine allgemeine Angst vor der Geburt äussern. Intensive Angst wird von über 20% bestätigt und pathologische Angst wird von 6 bis 10% der Schwangeren angegeben. Nach dem Bund deutscher Hebammen (2007) äussern 20% aller Schwangeren Angst vor Schwangerschaft und Geburt, wovon 6% diese Angst als stark behindernd erleben. Weaver et al. (2012) publizieren ähnliche Zahlen, weisen jedoch darauf hin, dass Frauen, welche eine Schwangerschaft aufgrund von Tokophobie verhinderten, nicht enthalten seien. Diese Angaben beziehen sich auf primäre und sekundäre Tokophobie. Über die Prävalenz der primären Tokophobie sind keine Daten zu finden.

### 4.1.4 Ätiologie

#### Primäre Tokophobie

Otley (2011) nennt soziale Aspekte wie tiefes Bildungsniveau, ein schlechtes soziales Netz und eine unbefriedigende Partnerschaft als begünstigende Faktoren zur Ätiologie\* von Tokophobie. "Horror-Stories" der Mutter, aus dem sozialen Umfeld, in den Medien und von Fachleuten des Gesundheitswesens stellen kulturelle Aspekte dar, die Tokophobie auslösen können. Als weiteres Problem beschreibt Otley (2011) die Untergrabung des Selbstvertrauens durch das soziokulturelle Klima. Frauen sähen die steigenden Interventions- und Operationsraten als Beweis, dass die Geburt gefährlich und angsteinflössend sei und deshalb medizinisch abgewickelt werden müsse. Gutteridge (2013) erwähnt unter anderem auch sexuellen Missbrauch als Auslöser für Tokophobie. Gutteridge (2013) listet die Ergebnisse zweier Befragungen in der *Pregnancy Psychological Wellbeing Clinic (PPCW)* bezüglich Angstmotiven von Schwangeren auf (Tabelle 6).

Tabelle 6. Angstmotive von Schwangeren (Gutteridge, 2013, S.442)

Umfrage auf der PPCW Website	Persönlich geführte Umfrage der Klinik
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Verlust von Privatsphäre / Sittsamkeit / Würde</li> <li>· Lebensbedrohliche Komplikationen</li> <li>· Gefährdung des Kindes</li> <li>· Nicht rechtzeitiges Erreichen der Klinik</li> <li>· Schmerz</li> <li>· Erdulden ungewollter Interventionen</li> <li>· Nicht Wissen, wie für das Baby zu sorgen ist</li> <li>· Konfrontation mit Ungewissem</li> <li>· Nicht gebären können</li> <li>· Zerreißen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Kontrollverlust</li> <li>· Was die Mutter oder andere Frauen sagten</li> <li>· Ein deformiertes Kind zu gebären</li> <li>· Was sie am Fernsehen sehen</li> <li>· Dinge tun zu müssen, die sie nicht können</li> <li>· Vaginaluntersuche und intime Prozeduren</li> <li>· Auf dem Bett gehalten zu werden</li> <li>· Unfreundliche Hebammen und Ärzte</li> <li>· Unfähigkeit, es zu schaffen</li> <li>· Grosse Kinder</li> </ul>

### Sekundäre Tokophobie

Gemäss Hofberg et al. (2007) kann sich sekundäre Tokophobie, im Sinne einer post-traumatischen Belastungsstörung, nach einem traumatisch erlebten geburtshilflichen Vorfall manifestieren. Typischerweise sei dies eine "traumatische Geburt", wobei die Geburt aus klinischer Perspektive nicht abnormal abgelaufen sein müsse. Aber auch Aborte\*, Todgeburten oder ein Schwangerschaftsabbruch könnten ein Auslöser für sekundäre Tokophobie sein. Gutteridge (2013) führt weiter aus, dass der Geburtsmodus\* nicht entscheidend sein muss. Oft habe ein Element der vergangenen Geburt eine tiefe Angst ausgelöst, unter welcher die Gebärende ihr Leben oder das ihres Kindes in Gefahr sah.

#### 4.1.5 Folgen

Die Forschung nennt verschiedene Folgen von Tokophobie. Der Bund deutscher Hebammen (2007) weist darauf hin, dass laut einer englischen Studie 7% aller Sectiones aufgrund von Tokophobie ausgeführt werden. Gemäss Laursen, Johansen und Hedegaarda (2009) besteht bei Frauen mit Tokophobie ein erhöhtes Risiko für Notfallsectiones. Ausserdem hätten Schwangere, die unter Tokophobie litten, unter der Geburt öfters mit Komplikationen, protrahiertem\* Geburtsverlauf und gesteigerter Schmerzempfindung zu rechnen, als Gebärende, die der Geburt ohne oder mit moderater Angst entgegen sähen. Diese Tatsachen sind gemäss Dick-Read (1972) auf die problematische Wechselwirkung zwischen Angst, Spannung und Schmerz zurückzuführen. Weiter beschreibt der Bund deutscher Hebammen (2007), dass sich bei Frauen mit Tokophobie häufiger ein gestörtes Bonding\* und postpartale Depressionen zeigen. Zusätzlich erwähnt Gutteridge (2013)



Vermeidung von intimer Beziehung, übertriebene Gewissenhaftigkeit bei der Verhütung, Vaginismus\*, Unfähigkeit Penetration zu ertragen und andere psychosexuelle Schwierigkeiten als Folgen der Tokophobie. Weitere Merkmale seien häufiges Verschieben einer Schwangerschaft, gefolgt von einem zwanghaften Gefühl, schwanger werden zu müssen, bevor es zu spät ist und der Wunsch nach einer möglichst frühzeitigen Entbindung. Diese Angaben beziehen sich auf primäre und sekundäre Tokophobie.

#### **4.2 Therapieformen von Tokophobie**

Weaver et al. (2012) erwähnen in ihrem Review folgende Interventionstypen, welche teilweise kombiniert getestet wurden: Psychotherapeutische Beratung, Entspannungslektionen, psychosomatische Betreuung, Gynäkologische- oder Hebammenbetreuung, Besuche von Geburtsabteilungen, krisenorientierte Betreuung, kognitive Therapie, individualisierte Betreuungspläne. In ihrem Review sind Erst- und Mehrgebärende eingeschlossen, Standardbetreuung\* wird als Therapieform ausgeschlossen. Weiter halten Weaver et al. (2012) fest, dass *The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* neue Guidelines mit Therapieformen veröffentlicht habe, zur Behandlung von Frauen, die wegen Tokophobie eine Sectio wünschen. Diese sähen Interventionen wie *CBT*, Unterstützung eines Mitglieds des Maternité-Teams, Kontinuität der Betreuung und formelle Beratung vor. *NICE* führt jedoch keine klare Evidenz auf, um eine spezifische Intervention empfehlen zu können.

Zur Therapie der sekundären Tokophobie werden im Review von Lapp et al. (2010) drei Therapieformen mit positiven Effekten erwähnt: *Debriefing and Councelling*, *CBT* und *EMDR*.

Zur Therapie der primären Tokophobie untersuchen Rouhe et al. (2012) sowie Salmela-Aro et al. (2012) die Effekte der psychoedukativen Gruppentherapie. Ein detailliertes Manual mit integrierten Entspannungsübungen ist in Abbildung 5 (Kapitel 9.7) zu finden. Laut Pschyrembel (2012) [elektronische Version] ist Psychoedukation eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Schulung von Patienten im aktiven Umgang mit einer psychischen oder physischen Krankheit. Das Ziel stellt einerseits ein besseres Verständnis der Erkrankung oder psychischen Störung und andererseits die Förderung der Compliance\* und eines bewältigungsorientierten Umgangs mit der Störung oder Krankheit dar. Ausserdem wird eine Entlastung durch den Austausch mit anderen Betroffenen erwähnt.

## 4.3 Selbstwirksamkeit und Tokophobie

### 4.3.1 Selbstwirksamkeit

Bandura (1977) entwickelte die Selbstwirksamkeitstheorie und definiert Selbstwirksamkeit wie folgt: "Bezeichnung für die Überzeugung einer Person, in einer bestimmten Situation ein Verhalten erfolgreich ausführen zu können."

Die Selbstwirksamkeitstheorie beinhaltet laut Pschyrembel (2012) [elektronische Version] zwei Aspekte:

Das Verhalten einer Person wird bestimmt von

1. der Einschätzung, dass ein best. Verhalten zu einem best. Ergebnis führen wird (Ergebniserwartung);
2. der Überzeugung einer Person, dieses wirksame Verhalten auch ausführen zu können (Kompetenzerwartung od. Selbstwirksamkeitserwartung).

Dies beeinflusst Motivation u. Leistungen einer Person. Das ursprüngliche situationsspezifische Konzept der Selbstwirksamkeit wurde um das Konzept der allgemeinen Selbstwirksamkeit erweitert, welches das allgemeine Vertrauen beschreibt, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Es wird von der Summe aller positiven u. negativen Erlebnisse beeinflusst u. hat einen Effekt auf die Kompetenzerwartung einer Person in völlig neuen Situationen.

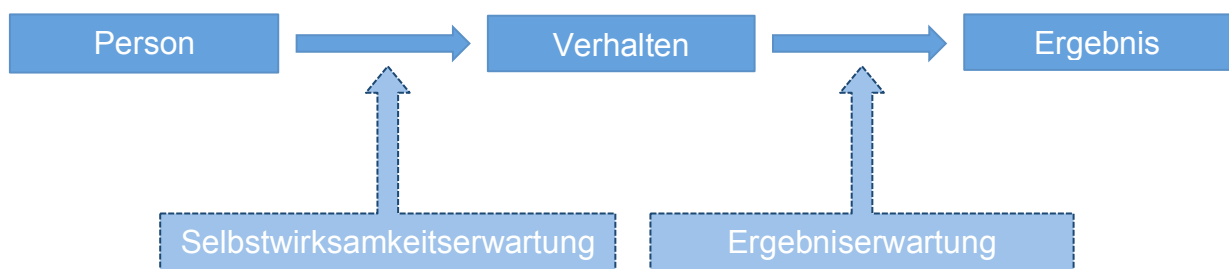


Abbildung 4. Diagramm zur Repräsentation des Unterschieds zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung. (Bandura, 1977, S.193)

Weiter führt Pschyrembel (2012) [elektronische Version] aus, dass Menschen mit hoher Kompetenzerwartung besser mit psychischer Belastung, Krankheiten sowie Schmerzen umgehen könnten, da sie eine optimistischere Grundeinstellung hätten und aktiver in ihre Situation eingriffen. Möglicherweise sei eine Steigerung der Selbstwirksamkeit ein prinzi-

pieller Wirkfaktor der Psychotherapie. Die Förderung der Selbstwirksamkeit sei beispielsweise in der Selbstmanagement-Therapie im Sinne von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2012) ein grundlegendes Therapieziel.

Nach der Hypothese von Bandura (1977) bestimmt die persönliche Selbstwirksamkeit einer Person, ob ein Bewältigungsverhalten eingeleitet wird, wie viel Anstrengung dafür aufgewendet wird und wie lange es gegenüber dem Hindernis oder aversiven Erfahrungen aufrechterhalten wird. Das Erleben von Bewältigung bringt eine Steigerung der Selbstwirksamkeit und reduziert entsprechend das defensive Verhalten. Nach Banduras (1977) Theorie ist Selbstwirksamkeit durch vier zentrale Aspekte beeinflusst: Erreichte Leistungen, stellvertretende Erfahrungen, verbale Überzeugung, emotionale Erregung. In Tabelle 12 (Kapitel 9.4) ist sein Modell aufgeführt.

#### **4.3.2 Selbstwirksamkeit im Kontext mit Geburt und Tokophobie**

Selbstwirksamkeit wird erstmals durch Lowe (1993) in Zusammenhang mit Geburt gesetzt. Sie entwickelt ein Messinstrument, den *Childbirth self-efficacy inventory\** (CBSEI), zur Einschätzung der Selbstwirksamkeit bei Schwangeren. Dieses Instrument basiert auf dem Selbstwirksamkeitskonzept von Bandura (1977). Die Abbildung 9 (Kapitel 9.11) enthält ein Manual des CBSEI. Sieben Jahre später erforscht Lowe (2000) die Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit Tokophobie. Konsistent mit Banduras (1977) Selbstwirksamkeitstheorie steht in ihrer Studie die Ergebniserwartung betreffend eines positiven Geburtserlebnisses nicht in Relation mit Tokophobie, während die Selbstwirksamkeitserwartung signifikant mit Tokophobie korreliert. Gemäss Banduras (1977) Theorie hat Parität den grössten Effekt auf die Geburts-Selbstwirksamkeit.

## **5 Ergebnisse**

### **5.1 Übersicht der ausgewählten Studien**

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Daten der vier ausgewählten Studien ist in den Tabellen 7 bis 10 ersichtlich.

Vorweg ist zu erwähnen, dass alle bewerteten Studien von einer entsprechenden Ethikkommission genehmigt wurden und dass keine der Studie Interessenkonflikte aufwies.

Tabelle 7. Rouhe et al. (2012), eine Übersicht

Studie 1	
<b>Autoren (Jahr) / Land / Sprache</b>	Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2012) / Finnland / Englisch
<b>Titel</b>	Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial.
<b>Stichprobe / Zeitraum der Datenerhebung</b>	<p>Erstgebärende (schwedisch und finnisch sprechend) mit Tokophobie (<i>W-DEQ-A</i> <math>\geq</math> 100)</p> <p>Interventionsgruppe: n=90, Kontrollgruppe: n=240 (106 hatten später eine Konsultation bezüglich Tokophobie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· (1) in der Mitte der Schwangerschaft</li> <li>· (2) am Ende des dritten Trimesters</li> <li>· (3) drei Monate nach der Geburt</li> </ul>
<b>Ausschlusskriterien</b>	Mehrgebärende, Frauen mit manifestierter Psychose oder schwerer Depression.
<b>Studiendesign / Evidenzstufe nach Stahl (2008)</b>	Quantitatives Studiendesign. Randomisierte, kontrollierte Studie. Evidenzstufe Ib
<b>Messinstrumente</b>	<p>Quellen und Details zu den Messinstrumenten aufgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Version A (W-DEQ-A)</i></li> <li>· <i>Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Version B (W-DEQ-B)</i></li> <li>· <i>Delivery Satisfaction Scale* (DSS)</i></li> </ul>
<b>Resultate</b>	<p>Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (Intention-to-Treat-Prinzip):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Spontangeburt rate: 63.4% vs 47.5% (<math>p = 0.005</math>)</li> <li>· Sectiorate: 22.9% vs 32.5% (<math>p = 0.05</math>)</li> <li>· Notfallsectiorate: 12.2% vs 19.6% (<math>p = 0.05</math>)</li> <li>· Keine statistisch signifikanten Unterschiede der Resultate des <i>DSS</i></li> <li>· Signifikant tiefere <i>W-DEQ-B</i> Scores in der Interventionsgruppe</li> <li>· <i>DSS</i> und <i>W-DEQ-B</i> zeigen eine ausgeprägte negative Korrelation (<math>k = -0.782</math>)</li> </ul>
<b>Von den Studienautoren definierte Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Höhere Rücklaufquote der <i>DSS-Fragebogen</i> hätte ein glaubwürdigeres Resultat bezüglich Zufriedenheit mit der Geburt ermöglicht.</li> <li>· Die Teilnehmerrate in der Interventionsgruppe ist tiefer als erwartet.</li> <li>· Angstzustände und Depression wurden zu Beginn der Studie nicht gemessen, obwohl diese Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Prävalenz der Tokophobie aufweisen.</li> </ul>

Tabelle 8. Salmela-Aro et al. (2012), eine Übersicht

Studie 2	
<b>Autoren (Jahr) / Land / Sprache</b>	Salmela-Aro, K., Read, S., Rouhe, H., Halmesmäki, E., Toivanen, R. M., Tokola, M. I., & Saisto, T. (2012) / Finnland / Englisch
<b>Titel</b>	Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention.
<b>Stichprobe / Zeitraum der Datenerhebung</b>	<p>Erstgebärende (schwedisch und finnisch sprechend) mit Tokophobie (<i>W-DEQ-A</i> <math>\geq</math> 100)</p> <p>Interventionsgruppe: n=92, Kontrollgruppe: n=224 (77 hatten später eine Konsultation bezüglich Tokophobie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· (1) im zweiten Trimester</li> <li>· (2) im dritten Trimester</li> <li>· (3) drei Monate nach der Geburt</li> </ul>
<b>Ausschlusskriterien</b>	Mehrgeschwängerte, Frauen mit schweren psychischen Problemen oder Suizidrisiko sowie Alkohol- oder Drogenmissbrauch.
<b>Studiendesign / Evidenzstufe nach Stahl (2008)</b>	Quantitatives Studiendesign. Randomisierte, kontrollierte Studie. Evidenzstufe Ib
<b>Messinstrumente</b>	<p>Quellen und Details zu den Messinstrumenten aufgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ)</i></li> <li>· Motherhood and Parenting</li> <li>· <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)</i></li> <li>· <i>The Dyadic Adjustment Scale* (DAS)</i></li> </ul> <p>Keine Quellenangabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Preparedness for Childbirth Scale</li> </ul>
<b>Resultate</b>	<p>Hypothese 1 gestützt: Die Intervention steigert das Vorbereitet-Sein auf die Geburt und den Übergang zu Mutterschaft.</p> <p>Hypothese 3 gestützt: Die vorteilhaften Langzeiteffekte der Intervention bezüglich Elternkompetenz sind abhängig von den proximalen Effekten der Intervention bezüglich Vorbereitet-Sein.</p> <p>Hypothese 2 nicht gestützt: Die Intervention bringt keine Steigerung der positiven Mutterschaft verbunden mit späterer Elternkompetenz.</p>
<b>Von den Studienautoren definierte Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Verbleibquote hätte höher sein können</li> <li>· Minoritäten (ethnisch verschiedene und/oder alleinerziehende Erstgebärende) sind in der Stichprobe kaum vertreten</li> <li>· Rolle des Partners sollte integriert werden</li> </ul>

Tabelle 9. Salomonsson et al. (2012), eine Übersicht

Studie 3	
<b>Autoren (Jahr) / Land / Sprache</b>	Salomonsson, B., Gullberg, M. T., Alehagen, S., & Wijma, K. (2013). Schweden / Englisch
<b>Titel</b>	Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women.
<b>Stichprobe / Zeitraum der Datenerhebung</b>	423 Erstgebärende, ≥ 18Jahre, Tokophobie ( <i>W-DEQ-A</i> ≥ 85), unauffälliger Ultraschall zwischen der 18. und 20. Schwangerschaftswoche.  Zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Zu viele fehlende Daten in den Fragebogen.
<b>Studiendesign / Evidenzstufe nach Stahl (2008)</b>	Quantitatives Studiendesign. Querschnittstudie. Evidenzstufe III
<b>Messinstrumente</b>	Quellen und Details zu den Messinstrumenten aufgeführt: <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ-A)</i></li> <li>· <i>Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)</i></li> </ul>
<b>Resultate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Niedrige Selbstwirksamkeitserwartung ist assoziiert mit einem höheren Ausmass an Tokophobie.</li> <li>· Die Präferenz einer Sectio anstelle einer Spontangeburt steht im Zusammenhang mit Tokophobie, nicht mit der Selbstwirksamkeitserwartung.</li> <li>· Die Ergebniserwartung ist höher als die Selbstwirksamkeitserwartung unabhängig vom Ausmass der Tokophobie.</li> </ul>
<b>Von den Studienautoren definierte Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Die Resultate müssen aufgrund der niedrigen Rücklaufquote relativiert werden.</li> <li>· Die Merkmale zwischen Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen können nicht differenziert werden, da keine Drop-out Analyse durchgeführt wurde, was weitere Erkenntnisse hätte generieren können.</li> </ul>

Tabelle 10. Salomonsson et al. (2013), eine Übersicht

Studie 4	
<b>Autoren (Jahr) / Land / Sprache</b>	Salomonsson, B., Berterö, C., & Alehagen, S. (2012). Schweden / Englisch
<b>Titel</b>	Self-Efficacy in Pregnant Women with Severe Fear of Childbirth.
<b>Stichprobe / Zeitraum der Datenerhebung</b>	17 Erstgebärende, $\geq 18$ Jahre, Tokophobie ( $W-DEQ-A \geq 85$ ), unauffälliger Ultraschall zwischen der 18. und 20. Schwangerschaftswoche. Zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Mehrgebärende, Frauen mit schweren psychischen Problemen oder Suizidrisiko sowie Alkohol- oder Drogenmissbrauch.
<b>Studiendesign / Evidenzstufe nach Law et al. (1998)</b>	Qualitatives Studiendesign. Grounded Theory mit deduktivem Aspekt.
<b>Messinstrumente</b>	Quellen und Details zu den Messinstrumenten aufgeführt: <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ-A)</i></li> <li>· <i>Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)</i></li> </ul>
<b>Resultate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Aufgrund des angepassten <i>Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)</i> kann die Selbstwirksamkeit von Frauen mit Tokophobie besser eingeschätzt werden.</li> <li>· Elf Bereiche konnten zur Erfassung der Selbstwirksamkeit bei Frauen mit primärer Tokophobie identifiziert und definiert werden.</li> <li>· Aufgrund der Ergebnisse könnte die Selbstwirksamkeit bei Frauen mit primärer Tokophobie gezielt gestärkt und die Betreuung somit verbessert werden.</li> </ul>
<b>Von den Studienautoren definierte Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Es ist nicht bekannt, wie Erstgebärende ohne Tokophobie ihre Selbstwirksamkeitserwartung definieren.</li> <li>· Die Frauen hatten Probleme, sich in die Szenarien der Geburt zu vertiefen und ihre Aussagen genau zu begründen. Sie blieben bei oberflächlichen Beschreibungen.</li> </ul>

## 5.2 Beschreibung und Bewertung der Studien

### 5.2.1 Rouhe et al. (2012). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial

#### 5.2.1.1 Beschreibung

Die Studie verglich die Anzahl Spontangeburt und das Zufriedenheitsniveau unter Frauen mit Tokophobie nach psychoedukativer Gruppentherapie und nach konventioneller Schwangerschaftsbegleitung.

Die Rekrutierung fand in der Maternité der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsspitals Helsinki statt. Angaben zur Stichprobe und zur Datenerhebung sind in Tabelle 7 (Kapitel 5.1) aufgeführt. Aus ethischen Gründen war es unmöglich, den Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe keine Therapie zur Behandlung ihrer Tokophobie anzubieten. Deshalb erhielten Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe einen Brief, mit dem Vorschlag, ihre Tokophobie mit ihren zuständigen Geburtshelfern zu besprechen. Aus diesem Grund fand die Datenanalyse auf zwei Ebenen statt. Einerseits wurde die Interventionsgruppe mit der gesamten Kontrollgruppe durch ein Intention-to-Treat-Prinzip verglichen. Andererseits wurde die Interventionsgruppe mit jenem Teil der Kontrollgruppe verglichen, der konventionelle Therapie beanspruchte. Das Ausmass der Tokophobie und die Hintergrundcharakteristik der Studienpopulation wiesen keine signifikanten Unterschiede auf. Die psychoedukative Gruppentherapie der Interventionsgruppe wurde grob beschrieben. Ebenfalls lagen Angaben zu Therapieformen in der Kontrollgruppe vor. Alle Daten wurden in die Resultate eingeschlossen. Die Rücklaufquote der *DSS*-Fragebogen lag unter 65%.

Die Resultate der ersten Analyse unter Verwendung des Intention-to-Treat-Prinzips sind in der Tabelle 7 (Kapitel 5.1) zusammengefasst. Zu den *DSS*-Ergebnissen ist anzumerken, dass die positivsten Geburtserfahrungen (Werte der *DSS* im höchsten Quartil), in der Interventionsgruppe zu finden waren: 36.1% versus 22.8% in der Kontrollgruppe ( $p = 0.04$ ).

Die Resultate der zweiten Analyse, in welcher die Kontrollgruppe mit konventioneller Therapie mit der Interventionsgruppe verglichen wurde, sehen ähnlich aus. Die Spontan-



geburtsrate in der Interventionsgruppe war ebenfalls signifikant höher: 65.6% versus 47.2% ( $p = 0.014$ ). Auch die Sektiorate lag signifikant tiefer: 23.3% versus 38.7% ( $p = 0.031$ ). Die Wunschsektiorate (aufgrund von Tokophobie) betrug 12.2% versus 22.6%.

Die Resultate zeigen, dass eine psychoedukative Gruppentherapie einen signifikanten Effekt bei der Behandlung von Erstgebärenden mit Tokophobie aufweist. Sie führt sie zu einer Reduktion der Sektiorate und die höchste Zufriedenheit ist in der Interventionsgruppe zu finden.

### **5.2.1.2 Bewertung**

#### **Stärken**

Die Forscherinnen verwenden mit dieser randomisierten, kontrollierten Studie ein Design mit hohem Evidenzniveau. Das Studiendesign ist geeignet. Die Stichprobengrösse wurde mit einer Powerkalkulation berechnet. Relevante Hintergrundinformationen wurden erfasst und die Forschungslücke nachvollziehbar dargestellt. Es wurden zuverlässige Messinstrumente verwendet, die Quellen sind angegeben und Änderungen werden erneut validiert. Das verwendete Intention-to-Treat-Prinzip stellt die durch die Randomisierung geschaffene Vergleichbarkeit der Gruppen sicher. Die Datenanalyse fand mit geeigneten Verfahren wie dem Chi-Quadrat-Test ( $X^2$ -Test) zur Unterschiedsberechnung der klassifizierten Variablen und dem  $t$ -test für die parametrischen Variablen statt.  $P \leq 0.05$  wurde als signifikant festgelegt. Zur Datenanalyse wurde ein Statistiker hinzugezogen, was die Glaubwürdigkeit erhöht.

Dies ist die erste randomisierte, kontrollierte Studie mit diesem Fokus. Die aus den Ergebnissen abgeleiteten Empfehlungen sind angemessen und theoretisch in der Praxis umsetzbar. Konkrete Empfehlungen für weitere Forschungen werden abgegeben.

#### **Schwächen**

Von den Forscherinnen erwähnte Limitationen sind in der Tabelle 7 (Kapitel 5.1) zu finden. Des Weiteren fehlen die genauen Rücklaufquoten der drei Fragebogen. Die Inhalte sind nicht beschrieben, auch nicht, ob die ersten beiden Fragebogen identisch sind.

Ausführlichere Angaben über das soziale Umfeld wären wünschenswert, denn gemäss Otley (2011) weist dieses einen erheblichen Einfluss auf Tokophobia auf.

Die Rolle der Forscherinnen bei der Datenerhebung wird nicht beschrieben. Eine Ausnahme ist die Teilnahme einer Forscherin bei der Randomisierung. Ein entsprechendes Training zur Datenerhebung wird nicht genannt. Eine Verblindung der Teilnehmerinnen ist unmöglich, da Frauen eventuell realisieren, welcher Gruppe sie zugeteilt sind.

### **Einschätzung der Relevanz der Ergebnisse**

Die Studienbewertung zeigt, dass die hohe Evidenzstufe aufgrund der niedrigen Rücklaufquote und der unsicheren Verblindung leicht geschwächt wird. Trotz der erwähnten Störfaktoren kann der Effekt der Intervention als relevant bezeichnet werden.

## **5.2.2 Salmela-Aro et al. (2012). Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention**

### **5.2.2.1 Beschreibung**

Diese Studie fokussiert die Förderung des Vorbereitet-Seins auf die Geburt und das Mutterwerden sowie die Steigerung der Elternkompetenz bei Frauen mit Tokophobia durch psychoedukative Gruppentherapie. In diesem ressourcenbildenden Programm sind Entspannungsübungen enthalten. Die Studie fand im Rahmen des Projekts von Rouhe et al. (2012) (Kapitel 5.2.1) statt und die Details zur Rekrutierung und Datenerhebung sind in Tabelle 8 (Kapitel 5.1) aufgeführt.

Es wurden drei Hypothesen formuliert. Hypothese 1: Die RCT-Intervention erhöht das Vorbereitet-Sein auf die Geburt und das Mutterwerden. Hypothese 2: Die RCT-Intervention erhöht positive Mutterschaft und damit verbundene Elternkompetenz, später nach der Geburt. Hypothese 3: Die vorteilhaften Langzeiteffekte der Intervention bezüglich Elternkompetenz sind von den proximalen Effekten der Intervention bezüglich Vorbereitet-Sein auf die Geburt und das Mutterwerden abhängig. Hypothese 1 und 3 wurden gestützt, Hypothese 2 nicht.

In der Analyse wurde ein latentes Wachstumskurvenmodell angewendet, um die Veränderungsprozesse der Frauen im Verlauf darzustellen. Daraus kann Vorbereitet-Sein als Medi-

ator zwischen Reduktion von Tokophobie und dem Erleben von positiver, späterer Mutterschaft abgeleitet werden. In Bezug auf die Intervention bedeutet dies, dass psychoedukative Gruppentherapie das Vorbereitet-Sein auf Geburt und Mutterschaft steigert, was langfristig die Elternkompetenz positiv beeinflusst. Auffällig ist die hohe Prävalenz von Depression unter den Teilnehmerinnen: 39% wiesen einen *EPDS-Score* von  $\geq 10$  auf.

### **5.2.2.2 Bewertung**

#### **Stärken**

Diese randomisierte, kontrollierte Studie weist eine hohe Evidenzstufe auf. Das verwendete Studiendesign in Kombination mit der theoriegetriebenen Intervention, lässt wertvolle Schlüsse im Bezug auf Kausalität zu. Die Quellen der verwendeten Messinstrumente sind mehrheitlich angegeben und validiert.

Es ist sinnvoll, diese Studie im Rahmen des Projekts von Rouhe et al. (2012), welches sich auf das geburtshilfliche Ergebnis konzentriert, durchzuführen. Dadurch können Zusammenhänge hergestellt und Erkenntnisse verknüpft werden. Geeignete Hintergrundinformationen zu den Teilnehmerinnen werden gegeben, Depressionen werden mittels *EPDS* ermittelt. Die Forschungsfrage wird begründet. Die Teilnehmerinnen sind vergleichbar, Ein- und Ausschlusskriterien sind angegeben. Gründe für Drop-outs werden erwähnt. Drei sinnvolle Hypothesen werden aufgestellt, die auf die Forschungsfrage eingehen. Es werden geeignete Instrumente und Modelle verwendet, deren Quellen vorliegen. Die Abbildung 5 (Kapitel 9.7) zeigt die ausführliche Beschreibung der psychoedukativen Gruppentherapie, was hilfreich zum Verständnis der Intervention ist. Die Ergebnisse werden kritisch diskutiert und im Kontext anderer Studien betrachtet.

#### **Schwächen**

Von den Forscherinnen erwähnte Limitationen sind in Tabelle 8 (Kapitel 5.1) aufgeführt, wobei die niedrige Retentionsrate\* die grösste Schwäche dieser Studie darstellt. Des Weiteren wird nicht auf die Rolle der Forscherinnen eingegangen. Es ist nicht klar, ob eine Powerkalkulation stattfand und ob ein Intention-to-Treat-Prinzip angewendet wurde. Wie mit unvollständig ausgefüllten Fragebogen umgegangen wird, ist nicht ersichtlich. Eine Verblindung der Teilnehmerinnen ist unmöglich, da Frauen möglicherweise realisieren, welcher Gruppe sie zugeteilt sind. Konsequenzen der Studienergebnisse für die Praxis

werden keine formuliert. Die hohe Depressionsrate unter den Teilnehmerinnen könnte die Effekte der Intervention beeinflussen, da psychoedukative Gruppentherapie primär keine Therapie bei Depression darstellt.

### **Einschätzung der Relevanz der Ergebnisse**

Die Studie wurde grundsätzlich glaubhaft durchgeführt. Die Ergebnisse büßen jedoch aufgrund der niedrigen Retentionsrate an Relevanz ein und könnten durch die hohe Depressionsrate beeinflusst worden sein. Die hohe Evidenzstufe wird durch die unsichere Verblindung leicht geschwächt. Für einige Schwangere mit Tokophobie hat die psychoedukative Gruppentherapie positive Effekte. Dies konnte durch zwei Hypothesen glaubhaft nachgewiesen werden.

### **5.2.3 Salomonsson et al. (2013). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women**

#### **5.2.3.1 Beschreibung**

Für diese quantitative Querschnittstudie wurden Erstgebärende mittels Fragebogen rekrutiert. Daten zur Stichprobe und zur Datenerhebung sind in Tabelle 9 (Kapitel 5.1) aufgeführt. Neben Tokophobie und Selbstwirksamkeit wurden Daten zu demografischen Variablen, wahrgenommener Gesundheit, Vorlieben bezüglich Geburtsmodus und zur psychischen Gesundheit vor der Schwangerschaft erhoben. Die Analysen zeigen, dass Ergebniserwartung und Selbstwirksamkeitserwartung signifikant und positiv korrelieren, während Tokophobie signifikant und negativ mit Ergebniserwartung und Selbstwirksamkeitserwartung korreliert. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung nicht mit einer Wunschsectio einhergeht. Die Wunschsectio ist auf Tokophobie zurückzuführen und nicht auf niedrige Selbstwirksamkeitserwartung. Dies bedeutet, dass die alleinige Stärkung der Selbstwirksamkeit die Wunschsectio nicht abzuwenden vermag, und dass das Betreuungsangebot für diese Frauen ausgebaut werden muss. Es wird betont, dass die Identifizierung von Schwangeren mit Tokophobie essentiell ist. Um eine adäquate Betreuung anbieten zu können, müssten die individuellen Bedürfnisse erfragt und ein Betreuungsplan ausgearbeitet werden.

### **5.2.3.2 Bewertung**

#### **Stärken**

Ein umfassendes Bild zum komplexen Inhalt der Studie wird dargestellt. Die Relevanz der zentralen Aspekte zu Tokophobie und Selbstwirksamkeit werden hergeleitet. Die verwendeten Instrumente weisen eine hohe Zuverlässigkeit auf. Die Datenanalyse stellt eine weitere Stärke der Studie dar. Durch die Verwendung zweier binären logistischen Regressionsmodelle konnte dargestellt werden, wie die Variablen das Ausmass von Selbstwirksamkeit und Tokophobie beeinflussen. Die Tabellen sind verständlich dargestellt und im Text erläutert. Auch die Ergebnisse werden verständlich und übersichtlich dargestellt. Eine kleine Tabelle am Schluss der Studie listet zusammenfassend und übersichtlich den aktuellen Forschungsstand sowie die durch diese Studie erarbeiteten, relevanten Forschungserkenntnisse auf.

#### **Schwächen**

Die von den Forscherinnen eingeräumten Schwächen sind in Tabelle 9 (Kapitel 5.1) aufgeführt. Die Autorin der Bachelorarbeit stellt fest, dass keine Daten bezüglich einer Therapie bei Tokophobie erhoben wurden. In skandinavischen Ländern gibt es laut Otley (2011) verschiedene Betreuungsangebote für Frauen, die unter Tokophobie leiden. Die Studie zeigt, dass knapp ein Viertel der Frauen mit Tokophobie eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung angeben. Es wäre aufschlussreich zu wissen, ob Frauen eine Form von Therapie genossen haben. Weder der Ort noch die Institutionen der Rekrutierung werden erwähnt. Weil Daten zu demografischen Variablen, wahrgenommener Gesundheit, Vorlieben zu Geburtsmodus und zur psychischen Gesundheit vor der Schwangerschaft erhoben werden, wäre die Beschreibung des Settings wichtig.

Vorschläge zur adäquaten Betreuung von Schwangeren mit Tokophobie werden nicht formuliert und konkrete Empfehlungen für weitere Forschung nicht gemacht. Eine Poweralkulation wird nicht durchgeführt. Welche Rolle die Forscherinnen gespielt haben, und ob eine Schulung stattgefunden hat, wird nicht beschrieben.

## **Einschätzung der Relevanz der Ergebnisse**

Die Bewertung dieser Querschnittstudie mit mittlerer Evidenzstufe zeigt, dass die Ergebnisse, trotz der validierten Instrumente, aufgrund der niedrigen Rücklaufquote der Fragebogen sowie nicht dokumentierten Interventionen, vorsichtig zu beurteilen sind.

### **5.2.4 Salomonsson et al. (2012). Self-Efficacy in Pregnant Women with Severe Fear of Childbirth**

#### **5.2.4.1 Beschreibung**

Für diese qualitative Studie wurden alle Teilnehmerinnen im Rahmen einer quantitativen Studie rekrutiert. Diese prospektive\*, beobachtende Langzeitstudie erforschte Zusammenhänge zwischen Tokophobie und Selbstwirksamkeit.

Informationen zu Stichprobe und Datenerhebung sind in Tabelle 10 (Kapitel 5.1) aufgeführt. Semistrukturierte\* Interviews wurden verwendet. Das Studiendesign hat einen deduktiven sowie einen induktiven Aspekt und untersucht den Inhalt der Selbstwirksamkeitstheorie im Kontext mit Tokophobie. Es wurde erforscht, wie Schwangere mit Tokophobie ihre Selbstwirksamkeit definieren. Die Forscherinnen versuchten die Aussagen der Teilnehmerinnen den Bereichen des *CBSEI* zuzuteilen. Die Aussagen konnten zu sechs von sieben Bereichen des *CBSEI* zugeteilt werden. Dies sind: Konzentration, Unterstützung, Kontrolle, Bewegung/Entspannung, Selbstermutigung und Atmung. Da einige Aussagen nicht den vorhandenen Bereichen zugeteilt werden konnten, wurden fünf neue Bereiche definiert. Dies sind: Anleitung, der Körper steuert, die Fachpersonen steuern, Vertrauen und Fatalismus. In Abbildung 6 (Kapitel 9.8) sind die Bereiche und die Aussagen der Teilnehmerinnen aufgeführt.

Die Forscherinnen folgern aus den Ergebnissen, dass nach der Identifikation von Frauen mit Tokophobie der Umfang ihrer Selbstwirksamkeit definiert werden muss, um dann in Zusammenarbeit mit der Frau, die passende Unterstützung zu erarbeiten. Sie schlussfolgern, dass die Stärkung des Glaubens in die Selbstwirksamkeit ein entscheidender Faktor ist, um die Betreuung von Frauen mit Tokophobie zu verbessern.

## 5.2.4.2 Bewertung

### Stärken

Es werden geeignete Hintergrundinformationen gegeben und der aktuelle Stand der Forschung wird dargestellt. Der *W-DEQ-A* stellt ein zuverlässiges Instrument zur Messung von Tokophobie dar. Der deduktive Ansatz dieser Studie integriert das *CBSEI*, welches ein geeignetes Instrument zur Erfassung von Selbstwirksamkeit bezüglich Geburt darstellt. Der induktive Ansatz erfolgt durch die Aufnahme der Aspekte, welche nicht in die Matrix des *CBSEI* passen und ermöglicht so eine auf den Forschungsansatz zugeschnittene Datenerhebung. Das Analyseverfahren wird verständlich beschrieben und die Rolle der Forscherinnen klar definiert. Eine Triangulation findet auf der Ebene der Forscherinnen und der 19 Quellen statt. Die Ergebnisse werden diskutiert und mit früheren Studienergebnissen verglichen.

### Schwächen

Die von den Forscherinnen erwähnten Limitationen, sind in der Tabelle 10 (Kapitel 5.1) zu finden. Die Stichprobengrösse wird nicht durch "theoretische Sättigung" beschränkt. Zur Interviewerin wird keine genaue Angabe gemacht, auch nicht, ob sie in einer Beziehung zu den Teilnehmerinnen steht. Bracketing\* wird nicht konkret erwähnt, lediglich die Formulierung der Fragen wurde so neutral wie möglich gestaltet. Ansichten der Forscherinnen zum Forschungsthema werden nicht erläutert. Ein Member-Checking wird nicht erwähnt. Es wird nicht beschrieben, ob ein Informed consent\* eingeholt wurde. Zwei Teilnehmerinnen konsultierten ein speziell geschultes Tokophobie-Team, die Betreuung der anderen 15 Teilnehmerinnen wird nur grob beschrieben.

### Einschätzung der Relevanz der Ergebnisse

Die Studienbeurteilung lässt darauf schliessen, dass die Ergebnisse aus dieser Studie grundsätzlich zuverlässig erarbeitet wurden. Das Sampling wurde jedoch nicht bis zur Datensättigung ausgeführt was die Resultate schwächt. Die Aussagen der Teilnehmerinnen basieren auf hypothetischen Annahmen, was bei der Ableitung von Erkenntnissen berücksichtigt werden muss. Die Resultate könnten durch unterschiedliche Betreuungs- und Therapieformen der Teilnehmerinnen beeinflusst worden sein.

## **6 Diskussion**

### **6.1 Kritische Diskussion der Ergebnisse**

Grundsätzlich lassen sich die Ergebnisse der vier untersuchten Studien in Bezug auf das Setting untereinander vergleichen. Denn die vier Studien stammen alle aus Skandinavien. Die Populationen sind bezüglich soziodemografischer und ethnischer Variablen weitgehend vergleichbar. Das Gesundheitswesen ist in Schweden und Finnland ähnlich aufgebaut. Es werden ausschliesslich Erstgebärende untersucht, wodurch eine homogene Stichprobe definiert ist. Die Anzahl Studien, die primäre Tokophobie und deren Therapie untersuchen, ist beschränkt, was bedeutet, dass neben den vier gewählten Studien nicht viele Vergleichsoptionen vorhanden sind. Die Autorin dieser Bachelorarbeit hat nur Studien zu einer einzigen Interventionsmethode (psychoedukative Gruppentherapie) zur Therapie von primärer Tokophobie ausfindig machen können. Dies ist nur ein Bruchteil der in Kapitel 3.2 beschriebenen Therapiemöglichkeiten. Untersuchungen anderer Therapieformen schliessen Erst- und Mehrgebärende in die Stichprobe ein, was nicht den Ein- und Ausschlusskriterien dieser Arbeit entspricht. Die Bedeutung der Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit Geburt und Tokophobie wird aufgezeigt.

In der folgenden Diskussion wird auf die Ergebnisse bezüglich der Therapie von Tokophobie eingegangen, die Relevanz der Messinstrumente dargestellt und die Vergleichbarkeit des Untersuchungsgegenstands beleuchtet.

#### **6.1.1 Therapie und Copingstrategien**

In Bezug auf die formulierte Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit liefern die beiden finnischen Studien wertvolle Erkenntnisse zur Therapie von primärer Tokophobie. Salmela-Aro et al. (2012) und Rouhe et al. (2012) untersuchen den Effekt der psychoedukativen Gruppentherapie bei primärer Tokophobie. Die Resultate beider Studien zeigen positive Effekte der psychoedukativen Gruppentherapie auf. Die Rekrutierung von Salmela-Aro et al. (2012) fand im Rahmen der Studie von Rouhe et al. (2012) statt, was ein identisches Setting definiert. Zusätzlich verwenden beide einen identischen Therapieablauf mit integrierten Entspannungsübungen. Beides sind randomisierte, kontrollierte Studien mit einer sehr hohen Evidenzstufe. Die Auswirkungen der Intervention werden in zwei unterschiedlichen Zusammenhängen untersucht (Kapitel 6.1.3). Hilfreich ist die ausführli-



che Beschreibung der Intervention, was einen Einblick in die psychoedukative Gruppentherapie verschafft.

Die beiden schwedischen Studien von Salomonsson et al. (2012) und Salomonsson et al. (2013) untersuchen keine konkrete Therapieform. Sie fokussieren die Relevanz von Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit Tokophobie bei Erstgebärenden. So können Faktoren zur besseren Betreuung von Frauen mit Tokophobie abgeleitet werden. Salomonsson et al. (2012) schlussfolgern in ihrer qualitativen Studie, dass Tokophobie die Aspekte der Selbstwirksamkeitstheorie beeinflusst. Der Glaube in die Selbstwirksamkeit als potentiellles Puzzleteil, um Copingstrategien für Frauen mit Tokophobie zu erarbeiten, ist sowohl bei Salomonsson et al. (2012) als auch bei Salomonsson et al. (2013) eine zentrale Erkenntnis: Schlussendlich bräuchten diese Frauen extensive Unterstützung im Verhältnis zu ihrer definierten Geburtsselbstwirksamkeitserwartung. Eine konkrete Empfehlung zur Stärkung der Selbstwirksamkeit und zur optimierten Betreuung wird nicht formuliert. Die Wichtigkeit der Identifikation von Frauen mit Tokophobie und die Bestimmung ihres Selbstwirksamkeitslevels wird in beiden Studien hervorgehoben. Frauen müssten ermutigt werden, ihre Gedanken bezüglich der bevorstehenden Geburt zu verbalisieren, um individuelle Bedürfnisse aufzudecken, damit Copingstrategien abgeleitet werden können.

Wünscht jedoch eine Schwangere mit Tokophobie eine Sectio, ist dies laut Salomonsson et al. (2013) auf ihre Angst und nicht auf niedrige Selbstwirksamkeitserwartung zurückzuführen. Dies bedeutet, dass die Wunschsectio nicht durch die alleinige Stärkung der Selbstwirksamkeit abgewendet werden kann.

Obwohl die beiden schwedischen Studien keine groben Mängel aufweisen, ist die Evidenzstufe gegenüber den beiden finnischen Studien niedriger und die Aussagekraft der Ergebnisse dadurch schwächer. Dennoch geben die Resultate wertvolle Hinweise auf die Zusammenhänge zwischen Tokophobie und Selbstwirksamkeit und stellen eine Grundlage für weitere Studien mit diesem Fokus dar.

### **6.1.2 Relevanz der Messinstrumente**

Die Wahl von identischen Messinstrumenten gewährleistet eine hohe Vergleichbarkeit. Alle Studien verwenden zur Messung von Tokophobie den *W-DEQ*. Jedoch definieren

Salmela-Aro et al. (2012) und Rouhe et al. (2012) ein Score von  $\geq 100$  und Salomonsson et al. (2012) und Salomonsson et al. (2013) ein Score von  $\geq 85$  als Grenzwert für die Diagnose von Tokophobie. Dies bedeutet, dass in der Stichprobe von Salmela-Aro et al. (2012) und Rouhe et al. (2012) das Ausmass der Tokophobie leicht höher ist.

Salomonsson et al. (2012) und Salomonsson et al. (2013) verwenden beide den *CBSEI* zur Bestimmung der Selbstwirksamkeit, was eine identische Grundlage der beiden Studien darstellt. Salmela-Aro et al. (2012) verwenden den *CBSEI* nicht, obwohl es ein ideales Messinstrument zur Definition der Selbstwirksamkeit vor und nach der Therapieanwendung dargestellt hätte. Salomonsson et al. (2012) deuten an, dass der Inhalt des *CBSEI* für Frauen mit Tokophobie angepasst werden sollte.

### **6.1.3 Vergleich des Untersuchungsgegenstands**

Alle Studien beschreiben Hintergrundinformationen zu den Frauen. Unter anderem wird der Bildungsstand, die Arbeitssituation und das Zusammenleben mit dem Partner dokumentiert. Jedoch fehlen detaillierte Angaben zum sozialen Umfeld. Auch Daten zu sexuellem Missbrauch in der Anamnese\* werden nicht erhoben. Diese beiden Faktoren haben, wie im theoretischen Hintergrund (Kapitel 4.1.4) beschrieben, einen grossen Einfluss auf die Intensität von Tokophobie. Nur Salmela-Aro et al. (2012) erfassen das Ausmass von Depression der Teilnehmerinnen mit der *EPDS*. Die anderen drei Studien versäumen dies, denn durch den *W-DEQ* wird das Ausmass einer Depression, welche nachweislich Einfluss auf Tokophobie hat, nicht erhoben. Diese Faktoren könnten die Ergebnisse beeinflussen.

Salmela-Aro et al. (2012), Salomonsson et al. (2012) und Salomonsson et al. (2013) beschreiben als Forschungsgrundlage das Selbstwirksamkeitskonzept von Bandura (1977). Das heisst, dass den drei zentralen Untersuchungsgegenständen die gleiche Theorie zu Grunde liegt, was eine gewisse Vergleichbarkeit zulässt.

Rouhe et al. (2012) untersuchen bei Frauen mit primärer Tokophobie die Anzahl Kaiserschnitte und die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis nach der Intervention.

Salmela-Aro et al. (2012) definieren Vorbereitet-Sein sowie die Auswirkungen von Vorbereitet-Sein auf Geburt und Mutterschaft als Untersuchungsgegenstand und beleuchten die Veränderung von Vorbereitet-Sein unter dem Einfluss psychoedukativer Gruppentherapie.

Salomonsson et al. (2013) untersuchen die Zusammenhänge von Selbstwirksamkeit bezüglich Geburt und Tokophobie. Gleichzeitig wird untersucht, wie Selbstwirksamkeitserwartung und Tokophobie mit soziodemografischen Charakteristika, psychischen Problemen und Wunschsectio in Beziehung gesetzt werden können, um effektivere Behandlungsformen abzuleiten.

Im Gegensatz dazu testen Salomonsson et al. (2012) den Inhalt der Selbstwirksamkeitstheorie im Kontext mit primärer Tokophobie. Das heisst, durch die Interviews wird erforscht, wie die Schwangeren mit Tokophobie ihre Selbstwirksamkeit definieren. Daraus werden Bewältigungsansätze begründet und abgeleitet.

Trotz gleicher Forschungsgrundlage sind die zentralen Untersuchungsgegenstände sehr unterschiedlich formuliert. Folglich sind diese vier Studien eher ergänzend als vergleichend zu betrachten.

## **6.2 Gegenüberstellung mit dem Stand der Forschung**

Wie im theoretischen Hintergrund dargestellt, sind in der Forschung Unterschiede bezüglich Ätiologie und Therapie zwischen primärer und sekundärer Tokophobie beschrieben. In den zahlreich vorliegenden Studien ohne Differenzierung der Parität ist kein Konsens bezüglich Therapie von Tokophobie zu finden. Weil bisher nur psychoedukative Gruppentherapie zur Behandlung von primärer Tokophobie erforscht wurde, gibt es kaum direkte Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Studien. Einzig Saisto, Toivanan, Samela-Aro und Halmesmäki (2006) untersuchen in ihrer Interventionsstudie ebenfalls die psychoedukative Gruppentherapie bei Erstgebärenden mit Tokophobie, jedoch ist diese nicht randomisiert. Untersuchungsgegenstand und Resultate decken sich weitgehend mit jenen von Rouhe et al. (2012). Auch Saisto et al. (2006) verzeichnen nach der Therapie bei der Interventionsgruppe eine höhere Spontangeburt rate als bei der Kontrollgruppe. Es sind 69.6% Spontangeburt en in der Interventionsgruppe und 50.6% in der Kontrollgruppe. Die Resultate von Rouhe et al. (2012) liegen leicht tiefer, was durch das verwendete Intention-to-Treat-Prinzip erklärt werden könnte.

Samela-Aro et al. (2012) weisen darauf hin, dass die Bewältigung des Lebens durch Vorbereitet-Sein schon mehrmals erforscht worden sei, und dass das Wohlbefinden durch Vorbereitet-Sein verbessert werden könne. Jedoch untersuche ihre Forschungsarbeit erstmals diese Tatsache im Zusammenhang mit Tokophobie und psychoedukativer Gruppentherapie.

Selbstwirksamkeit im Kontext mit Tokophobie wurde auch von Lowe (2000) erforscht. Die Forscherin zeigt auf, dass tiefe Selbstwirksamkeitserwartung in hohem Ausmass mit Tokophobie einhergeht. Diese Erkenntnis wird in den Studien von Salomonsson et al. (2013) und Salomonsson et al. (2012) bestätigt. Jedoch zeigen die Resultate von Lowe (2000) keine Relation zwischen dem Ausmass an Tokophobie und Ergebniserwartung. Die Resultate von Salomonsson et al. (2012) stellen diese Erkenntnisse in Frage. Denn die Resultate ihrer qualitativen Studie deuten an, dass sowohl Tokophobie und Ergebniserwartung, als auch Tokophobie und Selbstwirksamkeitserwartung negativ korrelieren. Möglicherweise unterscheiden sich die Ergebnisse auf grund der unterschiedlichen Datenerhebung. In einer persönlichen Interviewsituation könnte die Selbstwirksamkeit anders dargestellt werden, als in einer Befragung mittels Fragebogen.

Bereits Waldenström et al. (2006) deuten an, dass Tokophobie ein Grund für eine Wunschsectio darstellt. Salomonsson et al. (2013) bestätigen diese Erkenntnis. Dass tiefe Selbstwirksamkeitserwartung nicht mit einer Wunschsectio einhergeht, ist jedoch eine neue Erkenntnis.

### **6.3 Theorie-Praxis-Transfer**

Die Ergebnisse der untersuchten Studien bedeuten für die Praxis, dass Probleme von Frauen mit Tokophobie ernst genommen werden müssen, und dass eine individuelle Betreuung für ein positives Geburtserlebnis und einen guten Start in die Mutterschaft essentiell ist. So steht in der Praxis die Identifikation von Frauen mit Tokophobie an erster Stelle, gefolgt von der Klärung der individuellen Bedürfnisse. Psychoedukative Gruppentherapie kann, gemäss den aufgeführten Resultaten, für einen Teil der Frauen eine effektive Therapie zur Linderung ihrer Angst sein.

In Schweden haben gemäss Waldenström et al. (2006) viele geburtshilfliche Abteilungen eine sogenannte *Aurora-Klinik* eingerichtet. Dort unterstütze ein qualifiziertes Team beste-

hend aus Hebammen, einer Ärztin, einer Psychologin, einer Sozialarbeiterin und teilweise einer Psychiaterin Frauen mit Tokophobie. Schwangere würden üblicherweise nach einer vorgeburtlichen Untersuchung durch Hebamme oder Ärztin an das *Aurora-Team* überwiesen, falls Angst vor der Geburt als hindernd empfunden würde. Nach einem Assessment der individuellen Probleme werde ein Plan für eine folgende Beratung oder Therapie ausgearbeitet. Die *Aurora-Kliniken* seien nicht durch randomisierte, kontrollierte Studien bewertet worden, jedoch weisen Waldenström et al. (2006) darauf hin, dass diese Betreuung Frauen mit Tokophobie eine akzeptablere Geburtserfahrung bieten könnten. Ähnliche Angebote sind laut Gutteridge (2013) in Grossbritannien verbreitet.

In der Schweiz sind aktuell keine vergleichbaren Angebote zu finden. Es ist bisher eine einzige Studie mit dem Fokus Tokophobie in der Schweiz durchgeführt worden. Geissbühler und Eberhard (2002) konnten während ihrer Studie zwischen 1991 und 1999 keine positiven Effekte eines Geburtsvorbereitungskurses bei Schwangeren mit primärer Tokophobie nachweisen.

Eine randomisierte, kontrollierte Studie aus Hong Kong von Ip, Tang und Goggins (2009) testet die Schulung Erstgebärender nach der Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (1977). Tokophobie wird in dieser Studie nicht berücksichtigt. Verwendet wird das *Self-efficacy enhancing educational programme (SEEEP)\**. Die Resultate zeigen einen signifikanten Effekt auf die Fähigkeit, die Geburt zu bewältigen und stützen gleichzeitig Banduras Theorie, dass Selbstwirksamkeit eine wichtige Voraussetzung für die Aneignung und Aufrechterhaltung eines effektiven Bewältigungsverhaltens ist. In der Praxis könnte dieses *SEEEP* eine weitere Option zur Bildung von Copingstrategien darstellen.

#### **6.4 Rolle der Hebamme**

In Bezug auf die Fragestellung kann, aufgrund der Ergebnisse der vier Studien, der Handlungsspielraum für die Hebamme abgeleitet werden. Wie in Kapitel 6.3 beschrieben, steht die Identifizierung von Frauen mit Tokophobie an erster Stelle. Folglich liegt es auch in der Aufgabe der Hebamme, Frauen mit Tokophobie zu identifizieren. Der *W-DEQ* kann für die Diagnostik, wie in Kapitel 2.5.1 erläutert, verwendet werden. Dabei muss der Informed consent berücksichtigt werden: Stimmt die Schwangere der Evaluation ihrer Tokophobie nicht zu, muss dies akzeptiert werden.

Die psychoedukative Gruppentherapie kann aufgrund der Evidenzen von der Hebamme empfohlen werden, sofern sie den Bedürfnissen der Schwangeren entspricht. Eine spezielle Schulung ist zur Führung solcher Sitzungen üblich, folglich sollte die Hebamme eine Frau interprofessionell weiterleiten, sofern sie keine entsprechende Qualifikation vorweisen kann.

Ein konkretes Konzept zur Stärkung der Selbstwirksamkeit liegt nicht vor. Jedoch fallen wichtige Aspekte der von Salomonsson et al. (2012) erforschten Selbstwirksamkeitstheorie in den Wirkungsbereich der Hebammen. So kann die Hebamme die Frau schon während der Schwangerschaft mit den elf Bereichen der Selbstwirksamkeitstheorie, wie in Abbildung 6 (Kapitel 9.8) dargestellt, vertraut machen, damit sie Ressourcen stärken und aufbauen kann. Dadurch ist eine Grundlage zur Entwicklung von Copingstrategien in Zusammenarbeit mit der Schwangeren gegeben. Verbale Überzeugung und Empowerment\* sowie Entspannungsübungen und gegebenenfalls Hypnose tragen zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung bei (Bandura, 1977). Auch unter der Geburt kann die Hebamme direkten Einfluss auf die beschriebenen Aspekte nehmen. Grundsätzlich sind diese Aspekte im *Kompetenzprofil Diplomierte Hebamme BSc* (ZHAW, 2007) bereits enthalten, jedoch ist die wachsame Wahrnehmung von Schwangeren mit Tokophobie eine wichtige Voraussetzung für die gezielte Unterstützung der Frau.

Der wichtigste Aspekt der Selbstwirksamkeit nach Salomonsson et al. (2012) ist "erreichte Leistungen", also die Bewältigung eines Hindernisses. Folglich ist das positive Geburtserlebnis, unterstützt durch die professionelle und einfühlsame Betreuung einer Hebamme, zentral für die Stärkung der Selbstwirksamkeit. Die Langzeitstudie von Hildingsson, Nilsson, Karlström und Lundgren (2011) zeigt auf, dass schlussendlich ein positives Geburtserlebnis die beste Therapie der Tokophobie darstelle, egal ob vorgeburtlich eine spezifische Therapie in Anspruch genommen wurde oder nicht. Gleichzeitig bedeutet ein positives Geburtserlebnis das Vermeiden sekundärer Tokophobie im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung. Umso wichtiger ist die Ermöglichung eines positiven Geburtserlebnisses durch das Fachpersonal, insbesondere durch die Hebammen.

## **7 Schlussfolgerung**

### **7.1 Fazit**

Zusammenfassend sind die in dieser Bachelorarbeit untersuchten Studien seriös durchgeführt und qualitativ gut. Jedoch können die Resultate durch zahlreiche Faktoren beeinflusst worden sein. Denn die Angst vor einer Geburt und die Bedürfnisse der Frauen bleiben individuell. Somit scheint es unmöglich, eine einzige Therapieform für primäre Tokophobie zu definieren. Die Studien beschreiben aber durchaus wertvolle Aspekte, die bei der Betreuung von Schwangeren mit Tokophobie genutzt werden können. Psychoedukative Gruppentherapie stellt für einige Schwangere eine geeignete Therapie dar und kann von der Hebamme, je nach Qualifikation, auch angeboten werden. Die hohe Relevanz der Selbstwirksamkeit kann durch diese Bachelorarbeit aufgezeigt werden. Es wird deutlich, dass die Stärkung der Selbstwirksamkeit bei der Betreuung von Frauen mit Tokophobie wertvoll ist, jedoch fehlt eine evidenzbasierte Intervention dazu. Copingstrategien können aber abgeleitet und in Zusammenarbeit mit der Schwangeren erarbeitet werden.

Aus der bewerteten Literatur wird ersichtlich, dass die Identifikation von Frauen mit Tokophobie sowie die Erfassung ihrer individuellen Bedürfnisse von zentraler Bedeutung sind. So muss das Phänomen Tokophobie im Arbeitsalltag der Hebamme präsent bleiben, damit sie adäquat darauf reagieren kann. Gemäss Salomonsson, Wijma und Alehagen (2010) ist die Betreuung von Frauen mit Tokophobie anspruchsvoll und zeitintensiv. Für die Autorin dieser Bachelorarbeit wäre die Entwicklung flexibler Modelle zur individuellen Betreuung der Klientinnen mit Tokophobie hilfreich. Auch Supervision\* könnte eine nützliche Hilfestellung für die praktizierende Hebamme darstellen, um Erfahrungen auszutauschen und fachliche Kompetenzen auszubauen.

### **7.2 Limitierungen und Ausblick**

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird nur ein Fragment des Themas Tokophobie und deren Therapie beleuchtet. Die Anzahl Studien, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen, ist limitiert. Es hat sich gezeigt, dass es schwierig ist, den Effekt einer Therapie isoliert zu betrachten. Denn viele Faktoren beeinflussen Tokophobie. So individuell die Gründe und die Intensität von Tokophobie sind, so individuell scheint die Therapie. Dies stellt eine Herausforderung für die Erforschung der Zusammenhänge und die Erarbeitung von Therapieformen dar. Die dargestellten Evidenzen verlangen nach weiteren Studien.

Nach den ausführlichen Recherchen für diese Bachelorarbeit ist jedoch für die Autorin die Unterscheidung zwischen der Therapie für primäre und sekundäre Tokophobie sinnvoll, denn die unterschiedliche Ätiologie, wie in Kapitel 4.1.4 beschrieben, ist von entscheidender Bedeutung. Der Bedarf an Forschung für die Therapie von primärer Tokophobie ist offensichtlich.

Der Bedarf an Tokophobie-Zentren, ähnlich den *Aurora-Kliniken*, müsste durch Forschung in der Schweiz erfasst werden. Realisationsmöglichkeiten müssten in einem weiteren Schritt geklärt werden. Die Relevanz der Selbstwirksamkeit im Kontext mit Tokophobie ist aufgezeigt, somit wäre es wünschenswert, Methoden zur Stärkung der Selbstwirksamkeit zu erforschen. Es wäre interessant, die in Kapitel 3.3 erwähnte Therapie von Kanfer et al. (2012) im Kontext mit primärer Tokophobie zu untersuchen. Das gleiche gilt für das in Kapitel 6.4 beschriebene *SEEEP*, welches mit Schwangeren ohne Tokophobie durchgeführt wurde.

Schlussendlich stellt sich auch die Frage, ob bei erfolgloser oder unerwünschter Therapie, Tokophobie als Indikation\* zur Sectio geltend gemacht werden kann. Die Autorin dieser Bachelorarbeit erachtet die Bezeichnung "Wunschsectio" in diesem Fall als inkorrekt, da der Wunsch aufgrund einer pathologischen Angst formuliert wurde und für die Schwangere keine andere Option realistisch ist. Di Renzo (2003) schlägt vor, Tokophobie als Indikation zur elektiven Sectio zuzulassen, um ernsthafte psychologische Beeinträchtigungen zu verhindern.

Eine grosse Herausforderung stellt die Identifikation und die Therapie jener Frauen dar, die eine Schwangerschaft aufgrund ihrer Tokophobie verhindern. Hierzu müssten Strategien entwickelt werden, um diese Frauen zu identifizieren und ihnen Unterstützung anbieten zu können.



## 8 Verzeichnisse

### 8.1 Literaturverzeichnis

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, Vol 84(2), 191-215.  
doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bund deutscher Hebammen (Hrsg.). (2007). *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen. Die Betreuung von Frauen mit psychischen Problemen*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Bundesamt für Gesundheit (2013). *Kaiserschnittgeburten in der Schweiz*. Bericht in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier (08.3935). Heruntergeladen von <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/index.html?lang=de> am 17.03.2014
- Bundesamt für Statistik [1]. Fortpflanzung, Gesundheit der Neugeborenen - Daten, Indikatoren (2014) *Säuglingssterblichkeit*. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/01.html> am 06.02.2014
- Bundesamt für Statistik [2]. Müttersterblichkeit. *Todesursachenstatistik*. E-mail von [erwin.wueest@bfs.admin.ch](mailto:erwin.wueest@bfs.admin.ch) am 06.03.2014
- Bundesamt für Statistik [3]. *Anzahl Kaiserschnitten an Entbindungen, Erhebungsjahr 2012*. Stand der Datenbank: 21.11.2013. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/tools/search.html> am 06.02.2014
- Dick-Read, G. (1972). *Mutterwerden ohne Schmerz*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Di Renzo, G. C. (2003). Tocophobia: a new indication for Cesarean delivery?. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 13(4), 217-217.
- Geissbuehler, V., & Eberhard, J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(4), 229-235.
- Garthus-Niegel, S., Størksen, H. T., Torgersen, L., Von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2011). The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire—a factor analytic study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), 160-163.
- Heuvel van den, M.A. (2008). Pathological fear of childbirth. Academic Dissertation. Department of Psychology and Health. Tilburg University.

- Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A., & Lundgren, I. (2011). A Longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 40*(5), 532-543.
- Hofberg, K. & Brockington, I.F. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry, 176*, 83- 85.
- Hofberg, K., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate medical journal, 79*(935), 505-510.
- Hofberg, K. & Ward, M. R. (2007). Tokophobia: A Profound Dread and Avoidance of Childbirth (When Pathological Fear Effects the Consultation). *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology, 2*, 165-172.  
doi:10.1007/978-1-84628-808-1\_16
- Ip, W. Y., Tang, C. S., & Goggins, W. B. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing, 18*(15), 2125-2135
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. P. D. D. (2012). Grundlagen der Selbstmanagement-Therapie. In *Selbstmanagement-Therapie* (pp. 19-84). Berlin: Springer.
- Khorsandi, M., Ghofranipour, F., Faghihzadeh, S., Hidarnia, A., Akbarzadeh Bagheban, A., & Aguilar-Vafaie, M. E. (2008). Iranian version of childbirth self-efficacy inventory. *Journal of clinical nursing, 17*(21), 2846-2855.
- Lapp, L. K., Agbokou, C., Peretti, C. S., & Ferreri, F. (2010). Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 31*(3), 113-122.
- Laursen, M., Johansen, C., & Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 116*(10), 1350-1355.
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). Guidelines for critical review of qualitative studies. *McMaster University Occupational Therapy Evidence-Based Practice Research Group*.
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Research Nursing Health, 16*(2). 141-149.
- Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 21*(4), 219-224.

- Mändle, C., & Opitz-Kreuter, S. (2007). *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Martin, E. & Mc Ferran, T. (2008). *A Dictionary of Nursing*. Oxford University Press.
- Öhman, S. G., Grunewald, C., & Waldenström, U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 148-152.
- Otley, H. (2011). Fear of childbirth: Understanding the causes, impact and treatment. *British Journal of Midwifery*, 19(4). 215-20.
- Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie Online. (2012). Berlin, Boston: De Gruyter. Heruntergeladen von <http://www.degruyter.com/view/product/177801> am 02.04.2014
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(1), 75-84.
- Salmela-Aro, K., Read, S., Rouhe, H., Halmesmäki, E., Toivanen, R. M., Tokola, M. I., & Saisto, T. (2012). Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of health psychology*, 17(4), 520-534.
- Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327-337.
- Salomonsson, B., Berterö, C., & Alehagen, S. (2013). Self-Efficacy in Pregnant Women with Severe Fear of Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42(2), 191-202.
- Salomonsson, B., Gullberg, M. T., Alehagen, S., & Wijma, K. (2013). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(3), 116-121.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J-E., Könönen, T., & Halmesmäki, E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics and Gynecology*, 98, 820-826.
- Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., & Halmesmäki, E. (2006). Therapeutic Group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 1315-1319.

- Schneider, H., Husslein, P., & Schneider, K. T. M. (2006). *Die Geburtshilfe*. Berlin: Springer.
- Scollato, A. & Lampasona, R. (2013). Tokophobia: When Fear Of Childbirth Prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1, 1-17.  
doi:10.6092/2282-1619/2013.1.893
- Stahl, K. (2008). Die eigene Arbeit voranbringen. Evidenzbasiertes Arbeiten. *Hebammenforum*, 11-31.
- Stiefel, A., Geist, Ch. & Harder, U. (Hrsg.). (2013). *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M., & Josefsson, A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(1), 44-49.
- Vythilingum, B. (2010). Should childbirth be considered a stressor sufficient to meet the criteria for PTSD?. *Archives of women's mental health*, 13(1), 49-50.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(6), 638-646.
- Weaver, J., Browne, J., Aras-Payne, A., & Magill-Cuerden, J. (2012). A comprehensive systematic review of the impact of planned interventions offered to pregnant women who have requested a caesarean section as a result of tokophobia (fear of childbirth). *JBI Library of Systematic Reviews*, 10(28 Suppl), S153 - S163.
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19(2), 84-97.
- Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. (2007). *Kompetenzprofil Hebamme BSc*. Heruntergeladen von [http://www.gesundheit.zhaw.ch/fileadmin/user\\_upload/gesundheit/studium/bachelorstudiengaenge/hebamme/Kompetenzprofil\\_Hebamme\\_BSc\\_web.pdf](http://www.gesundheit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/gesundheit/studium/bachelorstudiengaenge/hebamme/Kompetenzprofil_Hebamme_BSc_web.pdf) am 02.04.2014

## 8.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Auswirkungen der Tokophobie, Darstellung der Autorin, nach Otley (2011).....	3
Tabelle 2. Studien zur Therapie von Tokophobie ohne Differenzierung der Parität, Darstellung der Autorin.....	6
Tabelle 3. Studien zur Therapie der sekundären Tokophobie, Darstellung der Autorin .....	7
Tabelle 4. Studien zur Therapie der primären Tokophobie, Darstellung der Autorin .....	7
Tabelle 5. Selektierte Studien, Darstellung der Autorin .....	10
Tabelle 6. Angstmotive von Schwangeren, Darstellung der Autorin, nach Gutteridge (2013) .....	13
Tabelle 7. Rouhe et al. (2012), eine Übersicht, Darstellung der Autorin.....	17
Tabelle 8. Salmela-Aro et al. (2012), eine Übersicht, Darstellung der Autorin .....	18
Tabelle 9. Salomonsson et al. (2012), eine Übersicht, Darstellung der Autorin .....	19
Tabelle 10. Salomonsson et al. (2013), eine Übersicht, Darstellung der Autorin .....	20
Tabelle 11. Glossar, Darstellung der Autorin .....	44
Tabelle 12. Einflüsse auf die Selbstwirksamkeitserwartung, Darstellung der Autorin, nach Bandura (1977).....	47
Tabelle 13. Studienbeurteilung. Rouhe et al. (2012), Darstellung der Autorin.....	48
Tabelle 14. Studienbeurteilung. Salmela-Aro et al. (2012), Darstellung der Autorin .....	54
Tabelle 15. Studienbeurteilung. Salomonsson et al. (2013), Darstellung der Autorin .....	60
Tabelle 16. Studienbeurteilung. Salomonsson et al. (2012), Darstellung der Autorin .....	65

## 8.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Gliederung der Forschungsbereiche bezüglich Tokophobie, Darstellung der Autorin.....	5
Abbildung 2. Dritter Recheredurchgang: primäre Tokophobie, Darstellung der Autorin.....	9
Abbildung 3. Vierter Recheredurchgang: primäre Tokophobie und Selbstwirksamkeit, Darstellung der Autorin.....	9
Abbildung 4. Diagramm zur Repräsentation des Unterschieds zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung, Darstellung der Autorin, nach Bandura (1977).....	15
Abbildung 5. Manual der psychoedukativen Gruppentherapie, Salmela-Aro et al. (2012) .....	71

Abbildung 6. Selbstwirksamkeit im Kontext mit Tokophobie, Salomonsson et al. (2013) .....	72
Abbildung 7. The Wijma Delivery ExpectancyExperience Questionnaire Version A, Wijma et al. (1998) .....	74
Abbildung 8. The Wijma Delivery ExpectancyExperience Questionnaire Version B, Wijma et al. (1998) .....	76
Abbildung 9. The Childbirth Self-efficacy Inventory (CBSEI). Khorsandi, Ghofranipour, Faghihzadeh, Hidarnia, Akbarzadeh Bagheban und Aguilar-Vafaie (2008), nach Lowe (1993).....	78

## 9 Anhang

### 9.1 Danksagung

Ich möchte mich bei meiner Betreuerin Frau Hammer für ihre wertvolle Unterstützung während der Entstehung dieser Bachelorarbeit bedanken. Bei Frau Brendel bedanke ich mich für ihr Engagement bei der Schreibberatung. Für die wertvollen Informationen am Peer-Feedback bezüglich Dispo bedanke ich mich bei Frau Huber. Bei Tobias Stahel, Salomé Fahrländer und Elsbeth Friedli bedanke ich mich für das aufwändige Korrekturlesen.

### 9.2 Eigenständigkeitserklärung

“Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.”

Datum:

Unterschrift Studierende:

### 9.3 Glossar

Tabelle 11. Glossar

<b>Abort</b>	Fehlgeburt. Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft vor der extrauterinen Lebensfähigkeit des Fetus (i.d.R. vor der 24. Schwangerschaftswoche). Fetus < 500g.
<b>Anamnese</b>	Vorgeschichte einer Erkrankung.
<b>Ätiologie</b>	1) Die Lehre von den Ursachen, besonders von den Krankheitsursachen; 2) im weiteren Sinn auch die Ursachen selbst.
<b>Bonding</b>	Bindungsverhalten zwischen Menschen, insbesondere zwischen Eltern und ihren neugeborenen Kindern.
<b>Bracketing</b>	Ausklammern des vorhandenen Wissens der Forscherin.
<b>Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)</b>	Instrument zur Messung der Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Geburt.
<b>Cognitive Behavioural Therapy (CBT)</b>	Kognitive Verhaltenstherapie. Betont explizit die grosse Relevanz von Kognitionen, sowohl bei der Konzeptualisierung psychischer Störungen, als auch bei psychotherapeutischen Interventionen.
<b>Compliance</b>	Die Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Massnahmen.
<b>Coping / Copingstrategien</b>	(engl.) to cope "mit jemandem/etwas fertig werden" Psychische Bewältigung und Verarbeitung von Belastungen, die insbesondere durch chronische oder unheilbare Erkrankungen und Behinderungen verursacht werden (Stress). Bewältigungsstrategie. (engl.) coping strategy. Massnahme und/oder Verhaltensweise, die darauf abzielt, mit belastenden Situationen und Stressoren umzugehen.
<b>Debriefing and Councelling</b>	(engl.) Debriefing und Beratung. Umfasst die Vermittlung von Informationen über Stressreaktionen und Traumaverarbeitung sowie über Umgangsstrategien zur Reduzierung der posttraumatischen Symptome. Die Betroffenen sollen mit dem Ereignis zusammenhängende Gefühle und Gedanken frei äussern, ihre Erfahrungen ordnen und ihnen Bedeutung zuweisen, um den Stresszustand abzubauen.
<b>Delivery Satisfaction Scale (DSS)</b>	8-Punkte Fragebogen zur Evaluation der Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis.

<b>The Dyadic Adjustment Scale (DAS)</b>	Die Dyadic Adjustment Scale (DAS) ist international das am häufigsten eingesetzte Verfahren zur Erfassung der Beziehungsqualität.
<b>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</b>	Ein speziell entwickelter Fragebogen, um Depressionen bei Müttern nach der Geburt zu entdecken. Der Fragebogen schliesst Symptome (Müdigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit) aus, welche nach einer Geburt häufig sind und in diesem Zeitraum nicht als depressive Symptome zu werten sind. Der Fragebogen kann auch während der Schwangerschaft zur Erfassung depressiver Symptome verwendet werden.
<b>Eindimensional</b>	Nur einen Aspekt berücksichtigend, beschränkt, einseitig, eingleisig. Ein Eindimensionales Messinstrument berücksichtigt beispielsweise nur die Quantität und nicht die Qualität eines bestimmten Symptoms.
<b>Empowerment</b>	Konzept für den Umgang mit Klientinnen, nach dem die Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen bestärkt und gefördert wird. Aufbau von Fähigkeiten, Strategien und Ressourcen, um aktiv Ziele zu erreichen.
<b>Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)</b>	Psychotherapeutische Methode (F. Shapiro, 1988) der Traumatherapie. Durch Fokussierung auf das Trauma und die damit verbundenen emotionalen, kognitiven und somatischen Erfahrungen, bei gleichzeitiger Stimulation verschiedener Gehirnareale, ist die Verarbeitung und Integration des Traumas (balancierte Aktivierung limbischer und kortikaler Strukturen) möglich. Indikation: v. a. posttraumatische Belastungsstörung.
<b>Geburtsmodus</b>	Art der Entbindung (Vaginalgeburt oder Kaiserschnittgeburt).
<b>Indikation</b>	Kriterium zur hinreichend gerechtfertigten Anwendung eines bestimmten klinischen Verfahrens (eines Arzneimittels). 1. absolute Indikation: bei Lebensgefahr. 2. relative Indikation: bei bedingter Gefährdung der Patientin oder alternativen Verfahren.
<b>Informed consent</b>	(engl.) informierte, auf Aufklärung beruhende Einwilligung.
<b>Intervention</b>	Ergreifen von Massnahmen, um einen Zustand oder ein Problem zu verhindern, abzubauen oder Folgen zu verringern.
<b>Kognition / kognitiv</b>	Sammelbezeichnung für alle Prozesse, die mit dem Erkennen zusammenhängen, z. B. Wahrnehmung, Gedächtnis, Lernen, Erwartungen, Bewertung.
<b>Letalität</b>	Wahrscheinlichkeit, an einer Krankheit zu sterben.
<b>Parität</b>	Bezeichnung zur Beschreibung der individuellen Geburtenbiographie einer Frau, also die Zahl der Geburten einer Frau.



<b>pathologisch</b>	krankhaft
<b>Postpartal</b>	nach der Geburt (auf die Mutter bezogen).
<b>Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)</b>	Posttraumatische Belastungsstörung. Bezeichnung für psychische Störung nach extrem belastendem Ereignis (z. B. Folter, Vergewaltigung, Unfall, Katastrophe).
<b>Prävalenz</b>	Häufigkeit einer Erkrankung oder eines Merkmals innerhalb einer Population.
<b>Prospektiv</b>	Auf das Zukünftige gerichtet; vorausschauend.
<b>Protrahiert</b>	Verzögert.
<b>Psychoedukative Gruppentherapie</b>	Siehe Kapitel 4.2
<b>Retentionsrate</b>	Verbleibquote.
<b>Sectio caesarea (Sectio)</b>	Kaiserschnitt, abdominale Schnittentbindung. (Plural: die Sectiones).
<b>Selbstwirksamkeit</b>	Siehe Kapitel 4.3
<b>Self-efficacy Enhancing Educational Programme (SEEEP)</b>	Programm zur Stärkung der Selbstwirksamkeit, basierend auf der Theorie von Bandura (1977).
<b>Semistrukturiertes Interview</b>	Interview, das unter Anwendung eines Leitfadens durchgeführt wird. Die Interviewte wird als Expertin für ihr Gebiet betrachtet. Auf der Basis des Interview-Leitfadens kann die Interviewerin die Themen und den Ablauf steuern. Die Interviewte kann frei sprechen, was Freiraum für Probleme und Lösungsideen gibt.
<b>Spontangeburt</b>	Die ohne medikamentöse oder mechanische Einleitung und Unterstützung erfolgende physiologische Geburt.
<b>Standardbetreuung</b>	Durch die Krankenversicherung gedeckte Grundbetreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.
<b>Supervision</b>	Verfahren zur Teamberatung. Einzel- und Gruppensupervision. Auf Schilderung beruhende Analyse des Verhaltens der Hebamme und der Interaktion zwischen Klientin und Hebamme. Förderung fachlicher Kompetenzen und der Professionalität.
<b>Tokophobie</b>	Siehe Kapitel 4.1.1
<b>Vaginismus</b>	Scheidenkrampf. Krampfhafter Verschluss des Scheideneingangs durch Muskelzusammenziehung bei Einführung des Penis; meist psychogen bedingt.

## 9.4 Einflüsse auf die Selbstwirksamkeitserwartung. Bandura (1977)

Tabelle 12. Einflüsse auf die Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977, S.195)

Source	Mode of induction
<b>Performance accomplishments</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Participant Modeling</li> <li>· Performance desensitization</li> <li>· Performance exposure</li> <li>· Self instructed performance</li> </ul>
<b>Vicarious experience</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Life modeling</li> <li>· Symbolic modeling</li> </ul>
<b>Verbal persuasion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Suggestion</li> <li>· Exhortation</li> <li>· Self instruction</li> <li>· Interpretive treatments</li> </ul>
<b>Emotional arousal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Attribution</li> <li>· Relaxation Biofeedback</li> <li>· Symbolic desensitization</li> <li>· Sybmolic exposure</li> </ul>

## 9.5 Kritische Beurteilung quantitativer Studien nach Stahl (1998)

### 9.5.1 Studienbeurteilung, Rouhe et al. (2012)

Tabelle 13. Studienbeurteilung (Rouhe et al., 2012)

<b>Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial.</b>
<p><u>Datenbank:</u> MiDirs Maternity and Infant Care</p> <p><u>Keywords:</u> fear of childbirth, nulliparous, intervention</p>
<p><b>Evidenzstufe</b></p> <p>Ib Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie.</p>
<p><b>Titel</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>· <i>Durch Titel Inhalt klar?</i></li></ul>
<p>Der Titel beinhaltet das Studiendesign (Randomized Controlled Trial) und beschreibt das geburtshilfliche Resultat nach Intervention bei Erstgebärenden mit intensiver Tokophobie als Untersuchungsgegenstand, lässt jedoch die Art der Intervention offen.</p>
<p><b>Abstract</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>· <i>Vorhanden?</i></li><li>· <i>Strukturiert?</i></li><li>· <i>Erwähnung von: Ziel, Methode, Ergebnis, Schlussfolgerung und Keywords?</i></li></ul>
<p>Der Abstract ist vorhanden und klar durch die wesentlichen Aspekte Ziel, Design, Setting, Population, Methode, Resultat und Schlussfolgerung strukturiert. Als Untersuchungsgegenstände sind der Geburtsmodus und die Zufriedenheit angegeben, welche mit der Zielformulierung korrelieren. Die verwendeten Keywords werden aufgelistet.</p>
<p><b>Einleitung / Hintergrund</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>· <i>Hintergrundinformationen zur Studie?</i></li><li>· <i>Aktueller Forschungsstand dargestellt?</i></li><li>· <i>Wie alt sind die Studien?</i></li><li>· <i>Dargestellte Studien im Zusammenhang mit Forschungsfrage?</i></li><li>· <i>Literatur beschrieben und zusammengefasst oder auch kritisch diskutiert?</i></li><li>· <i>Sind Forschungslücken dargestellt?</i></li></ul>
<p>In der Einleitung werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben und die entsprechenden Quellen sind im Anhang klar aufgelistet. Die verwendeten Studien stehen im Zusammenhang mit der Forschungsfrage, 16 der 40 Quellen sind älter als zehn Jahre.</p> <p>Auf den aktuellen Forschungsstand wird eingegangen, die Literatur wird beschrieben und kritisch diskutiert.</p>

<p>Als Forschungslücke wird auf das Fehlen von randomisierten, kontrollierten Studien zum Thema hingewiesen.</p>
<p><b>Ziel der Studie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Wird dies klar formuliert?</i></li> <li>· <i>Begründung der Forschungsfrage?</i></li> <li>· <i>Klare Definition des Untersuchungsgegenstandes</i></li> </ul>
<p>Das Hauptziel der Studie ist die Untersuchung des Effekts der psychoedukativen Gruppentherapie bezüglich des Geburtsmodus' bei primärer Tokophobie in einem randomisierten Setting. Der Vergleich von Spontan- geburtsrate und Zufriedenheit unter Frauen mit Tokophobie stellt den Untersuchungsgegenstand dar. Der Faktor „Zufriedenheit“, wie er im Abstract benannt wird, fehlt in der Einleitung unbegründet.</p>
<p><b>Methode</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Qualitativer oder quantitativer Forschungsansatz?</i></li> <li>· <i>Begründung der Wahl?</i></li> <li>· <i>Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?</i></li> <li>· <i>Welches Studiendesign wird verwendet? -randomisiert, kontrolliert -nicht-experimentell -deskriptiv etc.</i></li> <li>· <i>Begründung des Studiendesigns?</i></li> <li>· <i>Eignung des Studiendesigns für die Forschungsfrage?</i></li> </ul>
<p>Es wird ein quantitativer Forschungsansatz gewählt, die Wahl wird nicht begründet. Der Forschungsansatz ist für das Ziel der Studie angemessen. Es wird ein randomisiertes, kontrolliertes Studiendesign gewählt, was für diese Studie grundsätzlich geeignet ist. Einerseits, weil der Effekt einer Behandlung von Tokophobie in der Wissenschaft meist mit der Anzahl Kaiserschnitte gemessen wird und andererseits, weil mit Interventions- und Kontrollgruppe gearbeitet werden kann. Jedoch ist nicht auszuschliessen, dass Frauen realisieren, welcher Gruppe sie zugeteilt sind. Somit ist eine Verblindung nicht garantiert.</p>
<p><b>Setting</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Beschreibung des Settings?</i></li> <li>· <i>Eignung des Settings zum Erreichen des Studienziels?</i></li> </ul>
<p>Das Setting wird beschrieben, die Studie fand zwischen Oktober 2007 und August 2009 in Helsinki statt. Finnisch und Schwedisch sprechende Erstgebärende in der 11 bis 13 Schwangerschaftswoche (nach einer Routineuntersuchung) konnten freiwillig in der Maternité des Departements Gynäkologie und Geburtshilfe der Universität Helsinki einen Fragebogen mitnehmen. Dies ist ein geeignetes Setting für das Erreichen des Studienziels.</p>
<p><b>Teilnehmerinnen/Stichprobe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Wie gross ist die Stichprobe?</i></li> <li>· <i>Powerkalkulation? (nur bei quantitativer Studie)</i></li> <li>· <i>Rekrutierung der Teilnehmer?</i></li> <li>· <i>Eignung des Auswahlverfahrens?</i></li> </ul>

- *Nennung von Ein-und Ausschlusskriterien?*
- *Anzahl von Anfragen und Ablehnungen mit Begründung?*
- *Bei Vergleichsstudien:*
  - Randomisiertes Zuordnen der Teilnehmer?
  - Beschreibung der Zuordnung?
  - Vergleichbare Merkmale und gleiche Behandlung der Teilnehmer ausserhalb der Intervention?
  - Standardabweichung?
  - Verblindung?

Die Stichprobe besteht aus 131 Frauen in der Interventions- und 240 Frauen in der Kontrollgruppe. Eine Powerkalkulation wird durchgeführt. Standardabweichungen werden in den Tabellen angegeben. Die Teilnehmer werden im beschriebenen Setting mittels 12'000 Fragebogen rekrutiert. Erstgebärende mit Tokophobie werden durch den *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ-A)* identifiziert. Der *W-DEQ-A* ist eine standardisierte Screening-Methode für Tokophobie und wurde von Schwedisch auf Finnisch übersetzt sowie validiert. Dieses Auswahlverfahren ist geeignet, jedoch ist es mit dieser Methode nicht möglich, die Begründung einer Ablehnung zu erfassen.

8611 Fragebogen werden retourniert, davon sind 4210 Mehrgebärende, die aufgrund der Forschungsfrage ausgeschlossen werden. Eine manifestierte Psychose oder schwere Depression gilt als weiteres Ausschlusskriterium.

371 Erstgebärende mit einem *W-DEQ-A* Wert  $\geq 100$  und vergleichbaren Merkmalen, werden in Interventions- und Kontrollgruppe im Verhältnis 1:2 geteilt. Eine Begründung zur Wahl dieses Verhältnisses liegt nicht vor. Die Frauen werden durch verschlossene, undurchsichtige Couverts zufällig den Gruppen zugeordnet. Die Zuteilung ist nicht Computer gesteuert. Eine Verblindung der Teilnehmerinnen ist unmöglich, da Frauen eventuell realisieren, welcher Gruppe sie zugeteilt sind. Die Frauen der Kontrollgruppe wurden mit einem Brief kontaktiert, mit der Empfehlung, sich bei ihrem Geburtshilfzentrum zu melden, um ihre Tokophobie zu besprechen. Ob die Therapeuten verblindet sind, wird nicht beschrieben. Die Anzahl der Drop-outs wird bei beiden Gruppen beschrieben, Gründe der Ausfälle werden erwähnt.

### **Datenerhebung**

- *Wie und wann wurden die Daten erhoben?*
- *War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?*
- *Beschreibung des Instruments der Datenerhebung? (Fragebogen, Interview, Leitfaden)*
- *Falls bestehendes Instrument Quelle dazu angeben?*
- *Begründung und Änderung des Instruments bei einer Veränderung genannt?*
- *Wurde die Qualität bei einer Veränderung oder einem neuen Instrument getestet?*
- *Von wem wurden die Daten erhoben?*
- *Hat ein entsprechendes Training stattgefunden?*
- *Rolle der ForscherInnen?*
- *Datenerhebung durch alle gleich durchgeführt?*
- *Festhaltung der Daten?*

<p>Die Daten werden nach dem Screening und der Randomisierung über drei Fragebogen ermittelt, von denen zwei in der Schwangerschaft und einer nach der Geburt verteilt werden. Der erste Fragebogen wird in der Mitte der Schwangerschaft ausgefüllt, der zweite am Ende des dritten Trimesters und der dritte Fragebogen drei Monate nach der Geburt. Die ersten beiden Fragebogen enthalten Fragen bezüglich psychologischen, sozialen Aspekten sowie schwangerschafts- und geburtsbezogene Fragen – genaue Inhalte sind nicht beschrieben, auch nicht, ob die ersten beiden Fragebogen identisch sind. Zusätzlich werden die Angst analog des VAS-Scores mit Werten von 0 bis 10 und vergangene Abtreibungen sowie Aborte registriert. Der nachgeburtlich verwendete Fragebogen besteht aus zwei Teilen. Einerseits enthält er den <i>W-DEQ-B</i> Fragebogen, eine abgeänderte und validierte Form des <i>W-DEQ-A</i> für eine nachgeburtliche Befragung bezüglich der Einschätzung von Tokophobie. Der <i>W-DEQ-B</i> wird nicht beschrieben. Andererseits enthält er den <i>Delivery satisfaction scale (DSS)</i> zur Evaluation der Zufriedenheit des Geburtserlebnisses. Dieser wird beschrieben, ob er validiert ist, wird nicht angegeben. Die Quellen, der beiden verwendeten Instrumente, sind angegeben. Diese Methoden der Datenerhebung sind geeignet.</p> <p>Daten zu Modus und Dauer der Geburt sowie Massnahmen zur Schmerzbewältigung werden der Patientendokumentation entnommen. Ebenfalls Daten zum Kind wie Gewicht, Nabelschnur-pH, und APGAR-Score. Die Datenerhebungsmethoden sind geeignet.</p> <p>Die Rolle der Forscherinnen bei der Datenerhebung ist nicht beschrieben. Eine Ausnahme bildet die Teilnahme einer Forscherin bei der Randomisierung. Ein entsprechendes Training zur Datenerhebung wird nicht genannt.</p> <p>Es sind keine unterschiedlichen Datenerhebungen beschrieben, es ist anzunehmen, dass alle Daten in den Fragebogen festgehalten werden, jedoch wird nichts Genaueres dazu angegeben. Ob unvollständig ausgefüllte Fragebogen abgegeben wurden und wie damit umgegangen wird, ist nicht beschrieben.</p>
<p><b>Ethische Aspekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Genehmigung durch Ethikkomitee?</i></li> <li>· <i>Einwilligung der TeilnehmerInnen?</i></li> <li>· <i>Aufklärung über Studie?</i></li> <li>· <i>Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und Anonymisierung</i></li> </ul>
<p>Die Studie wird durch eine Ethikkommission genehmigt. Die Einwilligung der Teilnehmerinnen wird eingeholt. Ein Informed consent ist von den Teilnehmerinnen gegeben, dessen Inhalt wird nicht beschrieben. Über Vertraulichkeit und Anonymisierung sind keine Angaben vorhanden.</p>
<p><b>Datenanalyse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Quantitative Studien</li> <li>· <i>Statistische Analyseverfahren klar benannt?</i></li> <li>· <i>Statistische Tests geeignet?</i></li> <li>· <i>Signifikanzniveau benannt?</i></li> </ul>
<p>Die Analysenverfahren werden genau aufgezeigt, die Rücklaufquoten teilweise dargestellt. In einem ersten Schritt wird ein Intention-to-Treat-Prinzip angewendet, welches Interventions- und Kontrollgruppe vergleicht. In einem zweiten Schritt werden die Frauen der Kontrollgruppe, welche zusätzliche Unterstützung bezüglich</p>

Tokophobia erhielten, mit den Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe verglichen.

Aus den Daten wird berechnet, wie viele Frauen mit psychoedukativer Gruppentherapie behandelt werden müssen, um eine Sectio zu verhindern, wenn die konventionell behandelten Frauen als Referenz dienen (Number needed to treat: NNT).

Die statistischen Analyseverfahren sowie die Programme zur Auswertung sind benannt und die statistischen Tests sind zur Auswertung der Daten geeignet. Das Signifikanzniveau wird benannt und eine Powerkalkulation durchgeführt. Ein Statistiker wird konsultiert.

Es wird nicht erwähnt, ob unvollständig ausgefüllte Fragebogen ausgewertet werden und die genaue Rücklaufquote der drei Fragebogen wird nicht geschildert.

### **Ergebnisse**

- *Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?*
- *Miteinbezug aller erhobenen Daten in der Auswertung ?*
- *Wie hoch war die Ausfallrate?*
- *Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie geschildert?*
- *Beschreibung der Merkmale der TeilnehmerInnen?*
- *Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?*
- *Klarer Zusammenhang zwischen Aussagen im Text und den Grafiken und Tabellen?*
- *Fehler und Inkonsistenzen vorhanden?*
- *Bei Fragebogen: Wie hoch war die Rücklaufquote? (mind. 65%)*

Die Endergebnisse werden klar und verständlich dargestellt. Wie die Daten der ersten beiden Fragebogen in die Auswertung einbezogen wurden wird nicht detailliert erläutert. Die Ausfallrate beträgt 31%. Gründe für das Ausscheiden aus der Studie werden genau geschildert. Die Studie zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich des persönlichen Hintergrunds der Frauen. Die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe hatten keinen höheren *W-DEQ-A* Score als jene der Kontrollgruppe. Die Tabellen und Grafiken sind klar und verständlich und stehen im Zusammenhang mit den Aussagen im Text. Fehler und Inkonsistenzen werden keine gefunden.

Die Rücklaufquote der *DSS-Fragebogen* lag unter 65%, nämlich bei 63.5% in der Interventions- und bei 56.7% in der Kontrollgruppe. Die NNT um einen Kaiserschnitt, egal mit welcher Indikation, zu verhindern, beträgt 6.5 zugunsten der psychoedukativen Gruppentherapie. Das heisst, es müssen 6 Frauen mit Gruppentherapie behandelt werden, um einen Kaiserschnitt zu verhindern, verglichen mit der konventionellen Therapie.

### **Diskussion**

- *Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Fragestellung?*
- *Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien? (Übereinstimmung und Unterschiede)*
- *Benennung der Grenzen von der Studie?*
- *Benennung von eventuellen Fehlern?*
- *Vorschläge zur Vermeidung dieser?*
- *Diskussion über klinische Relevanz der Ergebnisse?*

Die Ergebnisse werden in Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert und die Resultate werden mit bereits vorhandenen Studien verglichen.

Grenzen der Studie werden klar benannt. Erstens wird die Tatsache erwähnt, dass es ethisch nicht vertretbar ist, eine randomisierte Studie durchzuführen, ohne der Kontrollgruppe ebenfalls eine Form der Therapie bei Tokophobie zu ermöglichen. Obwohl aus diesem Grund zwei Analysemethoden angewendet wurden, war die psychoedukative Gruppentherapie der konventionellen Therapie überlegen. Zweitens wird die niedrige Rücklaufquote der *DSS-Fragebogen* erwähnt. Ausserdem ist die Teilnahme an der Gruppentherapie leicht tiefer als erwartet, was mit früheren Studien korreliert. Offenbar entspricht eine Gruppentherapie nicht jeder Frau. Drittens wird das Ausmass von Angst und Depression vor der Tokophobiemessung nicht erhoben, obwohl die Resultate der Behandlung dadurch beeinflusst werden könnten. Die klinische Relevanz der Ergebnisse wird diskutiert, die Möglichkeit, die Ergebnisse für weitere westliche Länder zu generalisieren ist gegeben.

Konkrete Fehler werden keine benannt. Jedoch wird auf die Problematik hingewiesen, dass in der Kontrollgruppe ebenfalls eine Form von Behandlung der Tokophobie stattfand. 106 von 240 Frauen der Kontrollgruppe beanspruchten zusätzliche Unterstützung bezüglich ihrer Tokophobie und konsultierten ein- bis fünfmal eine Hebamme oder eine Gynäkologin oder einen speziellen Geburtsvorbereitungskurs geführt von einer geschulten Hebamme. Aus ethischen Gründen, ist es nicht möglich, diese Behandlung der Kontrollgruppe zu unterlassen.

Die klinische Relevanz wird aufgezeigt. Daten des ersten Analysedurchgangs, des Intention-to-Treat-Modells, zeigen bei der Interventionsgruppe eine signifikante Reduktion der Kaiserschnitttrate sowie eine signifikante Erhöhung der Spontangeburttrate durch kognitive Therapie auf. Bezüglich der Wunschkaiserschnitte aufgrund von Tokophobie werden keine signifikanten Unterschiede registriert.

Ausserdem zeigt der zweite Teil der Studie eine signifikant höhere Spontangeburttrate der Interventionsgruppe verglichen mit dem Teil jener Kontrollgruppe, die eine Form von zusätzlicher Unterstützung bezüglich Tokophobie in Anspruch nahm. Zudem ist auch die Kaiserschnitttrate der Interventionsgruppe signifikant tiefer.

Es wurden keine signifikanten Unterschiede bezüglich des kindlichen Outcomes zwischen den Gruppen festgestellt.

Die *DSS-Fragebogen* zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, jedoch werden die positivsten Geburtserlebnisse in der Interventionsgruppe gemessen. Der *W-EDQ-B-Fragebogen* zeigt eine signifikant tiefere Punktzahl bei der Interventionsgruppe, was auf ein positives Geburtserlebnis schliessen lässt. *DDS* und *W-EDQ-B* zeigen eine ausgeprägte negative Korrelation.

#### **Schlussfolgerungen und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis**

- *Ableitung von Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus den Ergebnissen?*
- *Angemessene Empfehlungen und umsetzbar in der Praxis?*
- *Empfehlung für weitere Forschung?*

Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen werden wie folgt abgeleitet: Um die Wunsch- und Notfallkaiserschnitttrate zu reduzieren, ist es wichtig Frauen, mit primärer Tokophobie eine entsprechende Therapie



<p>anzubieten. Eine psychoedukative Gruppentherapie zeigt einen signifikanten Effekt bei der Behandlung von Erstgebärenden mit Tokophobie: sie führt zu einer höheren Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis sowie zu einer Reduktion der Sectiorate.</p> <p>Diese Empfehlungen sind angemessen und theoretisch in der Praxis umsetzbar. Konkrete Empfehlungen für weitere Forschungen werden abgegeben.</p>
<p><b>Literatur und andere Angaben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Eindeutige Literaturangaben?</i></li> <li>· <i>Sind alle zitierten Quellen in den Literaturangaben?</i></li> </ul>
<p>Die Literaturangaben sind eindeutig. Alle zitierten Quellen befinden sich in den Literaturangaben.</p>
<p><b>Sonstiges</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Finanzierung der Studie?</i></li> <li>· <i>In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt?</i></li> <li>· <i>Interessenskonflikte mit eventuellem Einfluss auf die Ergebnisse? (Durchführung am eigenen Arbeitsplatz, Interesse des Sponsors)</i></li> </ul>
<p>Die Studie wird von der Emil Aaltonen Foundation und der Signe and Ane Gyllenberg Foundation finanziert. Die Forscher haben keine Verbindung mit den Stiftungen und die Stiftungen hatten ausser der Finanzierung keine anderen Rollen. Interessenskonflikte sind nicht beschrieben.</p>

### 9.5.2 Studienbeurteilung, Salmela-Aro et al. (2012)

Tabelle 14. Studienbeurteilung (Salmela-Aro et al., 2012)

<p><b>Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention</b></p>
<p><u>Datenbank:</u> PsychInfo</p> <p><u>Keywords:</u> fear of childbirth, nulliparous, intervention</p>
<p><b>Evidenzstufe</b></p> <p>Ib Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie.</p>
<p><b>Titel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Durch Titel Inhalt klar?</i></li> </ul>
<p>Der Titel beinhaltet das Studiendesign (Randomized Controlled Trial) und beschreibt die Förderung positiver Mutterschaft bei Erstgebärenden mit Tokophobie als Untersuchungsgegenstand.</p>
<p><b>Abstract</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Vorhanden?</i></li> </ul>

- *Strukturiert?*
- *Erwähnung von: Ziel, Methode, Ergebnis, Schlussfolgerung und Keywords?*

Der Abstract ist vorhanden, jedoch nicht durch die wesentlichen Aspekte Ziel, Design, Setting, Population, Methode, Resultat und Schlussfolgerung strukturiert. Das Ziel stellt die Förderung der Geburtsbereitschaft sowie die Steigerung positiver Elternkompetenz dar. Das Studiendesign wird erwähnt und Angaben zu Intervention und Methode sind vorhanden. Eine Schlussfolgerung ist in einem Satz formuliert. Zum Setting und den Resultaten gibt es keine Angaben. Die verwendeten Keywords werden aufgelistet.

Die fehlenden Angaben sind im Abstract der Studie von Rouhe et al. (2012) beschrieben, es fehlt jedoch der Hinweis, dass die vorliegende Studie im erwähnten Rahmen durchgeführt wurde.

### **Einleitung / Hintergrund**

- *Hintergrundinformationen zur Studie?*
- *Aktueller Forschungsstand dargestellt?*
- *Wie alt sind die Studien?*
- *Dargestellte Studien im Zusammenhang mit Forschungsfrage?*
- *Literatur beschrieben und zusammengefasst oder auch kritisch diskutiert?*
- *Sind Forschungslücken dargestellt?*

In der Einleitung werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben und die entsprechenden Quellen sind im Anhang klar aufgelistet. Die verwendeten Studien stehen im Zusammenhang mit der Forschungsfrage. 24 der 41 Quellen sind älter als zehn Jahre.

Auf den aktuellen Forschungsstand wird eingegangen, die Literatur wird beschrieben und kritisch diskutiert. Es wird auf Resultate aus Studien ausserhalb der Geburtshilfe eingegangen, die Vorbereitet-Sein und Selbstwirksamkeit sowie deren positiven Auswirkungen auf das Wohlbefinden untersucht haben. Als Forschungslücke wird auf das Fehlen solcher Studien im geburtshilflichen Rahmen hingewiesen.

### **Ziel der Studie**

- *Wird dies klar formuliert?*
- *Begründung der Forschungsfrage?*
- *Klare Definition des Untersuchungsgegenstandes*

Die Unterstützung des erfolgreichen Mutterwerdens von Erstgebärenden mit Tokophobie durch Förderung des Vorbereitet-Seins, welches wiederum positive Mutterschaft sowie hohe Elternkompetenz nach der Geburt begünstigt, wird als Hauptziel der Studie beschrieben. Die Forschungsfrage wird hergeleitet und begründet. Als Untersuchungsgegenstand werden drei Hypothesen klar formuliert.

Erstens: Durch die Intervention wird eine Förderung des Vorbereitet-Seins auf Geburt und Mutterwerden erreicht. Zweitens: Durch die Intervention wird eine positive Mutterschaft und spätere Elternkompetenz gefördert. Drittens: Die vorteilhaften Langzeiteffekte der Intervention bezüglich Elternkompetenz sind von den proximalen Effekten der Intervention bezüglich Vorbereitet-Sein abhängig.

### **Methode**

- *Qualitativer oder quantitativer Forschungsansatz?*

- *Begründung der Wahl?*
- *Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?*
- *Welches Studiendesign wird verwendet? -randomisiert, kontrolliert -nicht-experimentell -deskriptiv etc.*
- *Begründung des Studiendesigns?*
- *Eignung des Studiendesigns für die Forschungsfrage?*

Die Studie ist Teil der Studie von Rouhe et al. (2012) und es wird zu Beginn des Kapitels "Methode" auf diese verwiesen. Es wird ein quantitativer Forschungsansatz gewählt, die Wahl wird nicht begründet. Der Forschungsansatz ist für das Ziel der Studie angemessen. Es wird ein randomisiertes, kontrolliertes Studiendesign gewählt, was für diese Studie geeignet ist und eine hohe Evidenzstufe aufweist. Die Wahl wird nicht begründet.

### **Setting**

- *Beschreibung des Settings?*
- *Eignung des Settings zum Erreichen des Studienziels?*

Die Untersuchung wird im Rahmen der Studie von Rouhe et al. (2012) durchgeführt und das Setting wird identisch beschrieben (siehe Tabelle 15 (S. 52) "Setting"). Dies ist ein geeignetes Setting für das Erreichen des Studienziels.

### **Teilnehmerinnen/Stichprobe**

- *Wie gross ist die Stichprobe?*
- *Powerkalkulation? (nur bei quantitativer Studie)*
- *Rekrutierung der Teilnehmer?*
- *Eignung des Auswahlverfahrens?*
- *Nennung von Ein-und Ausschlusskriterien?*
- *Anzahl von Anfragen und Ablehnungen mit Begründung?*
- *Bei Vergleichsstudien:*
  - Randomisiertes Zuordnen der Teilnehmer?
  - Beschreibung der Zuordnung?
  - Vergleichbare Merkmale und gleiche Behandlung der Teilnehmer ausserhalb der Intervention?
  - Standardabweichung?
  - Verblindung?

Die Untersuchung wird im Rahmen der Studie von Rouhe et al. (2012) durchgeführt. Das bedeutet, die Rekrutierung erfolgt auf gleiche Weise. Eine Powerkalkulation wird in dieser Studie jedoch nicht durchgeführt. Damit fehlen Informationen darüber, wie viele Schwangere hätten eingeschlossen werden müssen, um den vermuteten Effekt der Intervention (sofern vorhanden) auch nachweisen zu können. Standardabweichungen werden in den Tabellen angegeben. Die Teilnehmer werden im beschriebenen Setting mittels 12'000 Fragebogen rekrutiert. Erstgebärende mit Tokophobie werden durch den *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ-A)* identifiziert. Der *W-DEQ-A* ist eine standardisierte Screening-Methode für Tokophobie und wurde von Schwedisch auf Finnisch übersetzt sowie validiert. Dieses Auswahlverfahren ist

geeignet, jedoch ist es nicht möglich, die Begründung einer primären Ablehnung zu definieren.

8611 Fragebogen werden retourniert. Mehrgebärende werden aufgrund des Forschungsfokus ausgeschlossen. Zusätzlich wurden Frauen mit schweren psychischen Problemen oder mit Suizidrisiko sowie schwerem Alkohol- und Drogenmissbrauch ausgeschlossen.

355 Erstgebärende mit einem *W-DEQ-A* Wert  $\geq 100$  werden unter Verwendung eines nicht näher beschriebenen Zufallsmechanismus in Interventions- und Kontrollgruppe im Verhältnis 1:2 geteilt. Eine Begründung zur Wahl dieses Verhältnisses liegt nicht vor. 131 Frauen in der Interventionsgruppe nahmen teil, Gründe der Absagen werden erwähnt. In der Kontrollgruppe nahmen 224 Frauen teil. Dem Follow-up folgten 204 Teilnehmerinnen, die Anzahl der Drop-outs beträgt 151 (Interventions- und Kontrollgruppe).

Eine Verblindung der Teilnehmerinnen ist unmöglich, da Frauen eventuell realisieren, welcher Gruppe sie zugeteilt sind. Zusätzlich zur nachgewiesenen Tokophobie werden soziodemografische Merkmale und Depressionssymptome erhoben.

Die Frauen der Kontrollgruppe wurden mit einem Brief kontaktiert, mit der Empfehlung, sich bei ihrem Geburtshilfezentrum zu melden, um ihre Tokophobie zu besprechen. 77 Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe hatten später eine Konsultation in ihrer Maternité wegen ihrer Tokophobie.

Ob die Therapeuten verblindet sind, wird nicht beschrieben.

#### **Datenerhebung**

- *Wie und wann wurden die Daten erhoben?*
- *War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?*
- *Beschreibung des Instruments der Datenerhebung? (Fragebogen, Interview, Leitfaden)*
- *Falls bestehendes Instrument Quelle dazu angegeben?*
- *Begründung und Änderung des Instruments bei einer Veränderung genannt?*
- *Wurde die Qualität bei einer Veränderung oder einem neuen Instrument getestet?*
- *Von wem wurden die Daten erhoben?*
- *Hat ein entsprechendes Training stattgefunden?*
- *Rolle der Forscherinnen?*
- *Datenerhebung durch alle gleich durchgeführt?*
- *Festhaltung der Daten?*

Die Daten werden nach dem Screening und der Randomisierung über drei Fragebogen ermittelt, von denen zwei in der Schwangerschaft und einer nach der Geburt verteilt werden. Der erste Fragebogen wird in der Mitte der Schwangerschaft ausgefüllt, der zweite am Ende der Schwangerschaft und der dritte Fragebogen drei Monate nach der Geburt.

Die Inhalte der Fragebogen sind teilweise beschrieben. Vorbereitet-Sein wird mit einer *Preparedness for Childbirth Scale* eruiert, die 14 Fragen sind in einer Tabelle ersichtlich. Die Quelle des Fragebogens ist nicht angegeben. Mutter- und Elternkompetenz werden mit 12 Referenzaussagen durch eine 4-Punkteskala bewertet. Es liegen Beispiele vor, jedoch fehlt eine genaue Beschreibung. Die Quelle der Aussagen wird jedoch angegeben.

Sekundäre Variablen (Hintergrundinformationen zu den Teilnehmerinnen) werden beschrieben: zu Alter, Arbeit, "Eltern leben zusammen" sowie "mütterliches Geburtsland" werden Daten erhoben. Depression wird

<p>mit der <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i> gemessen, die Quelle ist angegeben. Die Zufriedenheit mit der Partnerschaft wird mit der <i>The Dyadic Adjustment Scals (DAS)</i> gemessen, die Quelle ist angegeben.</p> <p>Die beschriebenen Instrumente wurden nicht abgeändert. Wer die Daten erhoben hat und ob die Personen dafür geschult wurden, ist nicht ersichtlich. Die Rolle der Forscherinnen wird nicht klar dargestellt.</p>
<p><b>Ethische Aspekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Genehmigung durch Ethikkomitee?</i></li> <li>· <i>Einwilligung der TeilnehmerInnen?</i></li> <li>· <i>Aufklärung über Studie?</i></li> <li>· <i>Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und Anonymisierung</i></li> </ul>
<p>Die Studie wird durch eine Ethikkommission genehmigt. Die Einwilligung der Teilnehmerinnen wird eingeholt. Ein Informed consent ist von den Teilnehmerinnen gegeben, dessen Inhalt wird nicht beschrieben. Über Vertraulichkeit und Anonymisierung sind keine Angaben vorhanden.</p>
<p><b>Datenanalyse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Quantitative Studien</li> <li>· <i>Statistische Analyseverfahren klar benannt?</i></li> <li>· <i>Statistische Tests geeignet?</i></li> <li>· <i>Signifikanzniveau benannt?</i></li> </ul>
<p>Die statistischen Analyseverfahren sowie die Programme zur Auswertung sind benannt und die statistischen Tests sind zur Auswertung der Daten geeignet. Die Datenanalysen wurden anhand des latenten Wachstumskurvenmodells nach Muthén und Muthén (2007) durchgeführt, um das individuelle Level und die Veränderung des Vorbereitet-Seins und dessen Zusammenhang mit positivem Übergang zu Mutterschaft und Elternkompetenz nach der Geburt zu analysieren. Die latente Wachstumskurve verwendet zufällige Einflüsse, um individuelle Unterschiede festzuhalten und festgelegte Einflüsse, um die durchschnittliche Zunahme der Bereitschaft festzuhalten. Die Auswertung der sekundären Variablen fand durch einen unabhängigen t-Test (kontinuierliche Variablen) sowie einem Chi-Quadrat-Test (kategorische Variablen) statt.</p> <p>Quellen und Referenzen zu den Auswertungen sind benannt. Das Signifikanzniveau wird in den Tabellen benannt. Eine Powerkalkulation wird nicht durchgeführt. Die Rücklaufquoten werden nicht vollständig dargestellt. Es wird nicht erwähnt, ob unvollständig ausgefüllte Fragebogen ausgewertet werden.</p>
<p><b>Ergebnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?</i></li> <li>· <i>Miteinbezug aller erhobenen Daten in der Auswertung ?</i></li> <li>· <i>Wie hoch war die Ausfallrate?</i></li> <li>· <i>Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie geschildert?</i></li> <li>· <i>Beschreibung der Merkmale der TeilnehmerInnen?</i></li> <li>· <i>Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?</i></li> <li>· <i>Klarer Zusammenhang zwischen Aussagen im Text und den Grafiken und Tabellen?</i></li> <li>· <i>Fehler und Inkonsistenzen vorhanden?</i></li> </ul>

- *Bei Fragebogen: Wie hoch war die Rücklaufquote? (mind. 65%)*

Die Ergebnisse werden mittels Tabellen und im Text erklärt. Alle Daten wurden in die Auswertung mit einbezogen. Die Ausfallrate in der Interventionsgruppe beträgt 31%. Gründe für das Ausscheiden aus der Studie werden genau geschildert. Die Drop-outs unterscheiden sich bezüglich der sekundären Variablen von jenen der Teilnehmerinnen, die Unterschiede sind aufgezeigt. Die Drop-outs unterschieden sich jedoch nicht von den Teilnehmerinnen im Bezug auf das Vorbereitet-Sein im ersten Fragebogen.

Das Modell zur Testung des Interventionseffekts wird genau dargestellt und auf die drei Hypothesen wird eingegangen und deren Zusammenhang dargestellt. Die Resultate stützen die Hypothese 1 und 3 nicht aber die Hypothese 2.

Fehler und Inkonsistenzen sind keine vorhanden. Die Verbleibquote aller Teilnehmerinnen beträgt 57%.

### **Diskussion**

- *Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Fragestellung?*
- *Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien? (Übereinstimmung und Unterschiede)*
- *Benennung der Grenzen von der Studie?*
- *Benennung von eventuellen Fehlern?*
- *Vorschläge zur Vermeidung dieser?*
- *Diskussion über klinische Relevanz der Ergebnisse?*

Die Ergebnisse werden in Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert, diskutiert und die Resultate werden mit bereits vorhandenen Studien verglichen. Die drei Hypothesen werden kritisch diskutiert.

Grenzen der Studie werden klar benannt. Eine höhere Retentionsrate hätte die Popularität der Intervention gestärkt. Ein auf die Drop-outs zugeschnittenes Interventionsangebot ist erstrebenswert. Weil nur eine kleine Gruppe nicht aus Finnland stammt, ist es unmöglich ethnische Unterschiede nachzuweisen. Es wird vorgeschlagen, weitere Studien mit diesem Fokus durchzuführen. Ausserdem wird erwähnt, dass zusätzliche Forschung mit Alleinerziehenden durchgeführt werden sollte und die Rolle des Partners intensiver berücksichtigt werden sollte.

Konkrete Fehler werden keine benannt.

### **Schlussfolgerungen und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis**

- *Ableitung von Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus den Ergebnissen?*
- *Angemessene Empfehlungen und umsetzbar in der Praxis?*
- *Empfehlung für weitere Forschung?*

Schlussfolgerungen werden abgeleitet. Zusammenfassend sind die positiven Interventionsresultate vielversprechend. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass durch die Intervention bei Frauen mit Tokophobie ihre Belastbarkeit gefördert und ihre Kapazität gesteigert werden kann.

Diese Empfehlungen sind angemessen und theoretisch in der Praxis umsetzbar. Konkrete Empfehlungen für weitere Forschungen werden abgegeben.

<p><b>Literatur und andere Angaben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Eindeutige Literaturangaben?</i></li> <li>· <i>Sind alle zitierten Quellen in den Literaturangaben?</i></li> </ul>
<p>Die Literaturangaben sind eindeutig. Alle zitierten Quellen befinden sich in den Literaturangaben.</p>
<p><b>Sonstiges</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Finanzierung der Studie?</i></li> <li>· <i>In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt?</i></li> <li>· <i>Interessenskonflikte mit eventuellem Einfluss auf die Ergebnisse? (Durchführung am eigenen Arbeitsplatz, Interesse des Sponsors)</i></li> </ul>
<p>Es kann angenommen werden, dass die Studie ebenfalls von der Emil Aaltonen Foundation und der Signe and Ane Gyllenberg Foundation finanziert wird, jedoch sind keine konkreten Angaben zur Finanzierung vorhanden. Die Studie wurde im Rahmen der Studie von Rouhe et al. (2012) durchgeführt: Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial.</p> <p>Die Forscher haben keine Verbindung mit den Stiftungen und die Stiftungen hatten ausser der Finanzierung keine anderen Rollen. Interessenskonflikte sind nicht beschrieben.</p>

### 9.5.3 Studienbeurteilung, Salomonsson et al. (2013)

Tabelle 15. Studienbeurteilung (Salomonsson et al., 2013)

<p><b>Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women.</b></p>
<p><u>Datenbank:</u></p> <p><u>Keywords:</u> fear of childbirth, nulliparous</p>
<p><b>Evidenzstufe</b></p> <p>III Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht-experimenteller Querschnittsstudie.</p>
<p><b>Titel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Durch Titel Inhalt klar?</i></li> </ul>
<p>Der Titel hält mit der Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit Tokophobie den Forschungsgegenstand fest.</p>
<p><b>Abstract</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Vorhanden?</i></li> <li>· <i>Strukturiert?</i></li> <li>· <i>Erwähnung von: Ziel, Methode, Ergebnis, Schlussfolgerung und Keywords?</i></li> </ul>
<p>Der Abstract ist vorhanden und durch die wesentlichen Aspekte Ziel, Methode, Resultate und Schlussfolgerung strukturiert. Ein klarer Überblick über die Hauptaspekte der Studie wird gegeben.</p> <p>Die verwendeten Keywords werden aufgelistet.</p>

<p><b>Einleitung / Hintergrund</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Hintergrundinformationen zur Studie?</i></li> <li>· <i>Aktueller Forschungsstand dargestellt?</i></li> <li>· <i>Wie alt sind die Studien?</i></li> <li>· <i>Dargestellte Studien im Zusammenhang mit Forschungsfrage?</i></li> <li>· <i>Literatur beschrieben und zusammengefasst oder auch kritisch diskutiert?</i></li> <li>· <i>Sind Forschungslücken dargestellt?</i></li> </ul>
<p>In der Einleitung werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben und die entsprechenden Quellen sind im Anhang klar aufgelistet. Die verwendeten Studien stehen im Zusammenhang mit der Forschungsfrage. 15 der 40 Quellen sind älter als zehn Jahre.</p> <p>Auf den aktuellen Forschungsstand wird eingegangen, die Literatur wird beschrieben und kritisch diskutiert. Die Forschungslücke ist dargestellt.</p>
<p><b>Ziel der Studie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Wird dies klar formuliert?</i></li> <li>· <i>Begründung der Forschungsfrage?</i></li> <li>· <i>Klare Definition des Untersuchungsgegenstandes</i></li> </ul>
<p>Das Ziel der Studie ist im letzten Abschnitt der Einleitung formuliert. Die Studie erforscht die Zusammenhänge von Selbstvertrauen bezüglich Geburt und Tokophobie. Gleichzeitig untersucht sie, wie Selbstwirksamkeitserwartung und Tokophobie mit soziodemografischen Charakteristika, psychischen Problemen und Wunschkaiserschnitt in Beziehung gesetzt werden können. Die Forschungsfrage wird nicht ausdrücklich begründet, aber durch die dargestellten Hintergrundinformationen kann eine Begründung abgeleitet werden. Die Forscherinnen stellen die Vermutung auf, dass die wahrgenommene Selbstwirksamkeit ein wichtiger Faktor in der Bewältigung des Geburtserlebnisses sein könnte, während auch die Selbstwirksamkeit und Tokophobie in einer Wechselbeziehung zu stehen scheinen.</p>
<p><b>Methode</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Qualitativer oder quantitativer Forschungsansatz?</i></li> <li>· <i>Begründung der Wahl?</i></li> <li>· <i>Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?</i></li> <li>· <i>Welches Studiendesign wird verwendet? -randomisiert, kontrolliert -nicht-experimentell -deskriptiv etc.</i></li> <li>· <i>Begründung des Studiendesigns?</i></li> <li>· <i>Eignung des Studiendesigns für die Forschungsfrage?</i></li> </ul>
<p>Bereits im Abstract wird die Studie als Querschnittstudie bezeichnet, was gleichzeitig den quantitativen Forschungsansatz definiert. Diese Wahl wird nicht begründet, jedoch ist das analytische Design zur Prävalenz und der Qualität von Selbstwirksamkeit geeignet.</p>
<p><b>Setting</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Beschreibung des Settings?</i></li> <li>· <i>Eignung des Settings zum Erreichen des Studienziels?</i></li> </ul>



Das Setting wird nicht ausführlich beschrieben. Angaben zu involvierten Institutionen und geografischen Regionen werden nicht gemacht. Jedoch werden Details zur Rekrutierung geschildert. Die Adressen von 1000 Schwedisch sprechenden Frauen über 18 Jahren werden nach einem unauffälligen Routineultraschall zwischen der 18. und 20. Schwangerschaftswoche für die Rekrutierung registriert.

Das Setting scheint geeignet, jedoch wären für eine abschliessende Beurteilung genauere Angaben nötig. Beispielsweise stellt sich die Frage, ob sich Patientinnen je nach Institution (Privatklinik, Hebammenpraxis, etc.) gerade bezüglich demografischen Variablen, wahrgenommener Gesundheit, Vorliebe zu Geburtsmodus unterscheiden.

### **Teilnehmerinnen/Stichprobe**

- *Wie gross ist die Stichprobe?*
- *Powerkalkulation? (nur bei quantitativer Studie)*
- *Rekrutierung der Teilnehmer?*
- *Eignung des Auswahlverfahrens?*
- *Nennung von Ein- und Ausschlusskriterien?*
- *Anzahl von Anfragen und Ablehnungen mit Begründung?*
- *Bei Vergleichsstudien:*
  - *Randomisiertes Zuordnen der Teilnehmer?*
  - *Beschreibung der Zuordnung?*
  - *Vergleichbare Merkmale und gleiche Behandlung der Teilnehmer ausserhalb der Intervention?*
  - *Standardabweichung?*
  - *Verblindung?*

Die Stichprobe enthält 423 Erstgebärende. Eine Powerkalkulation wird nicht durchgeführt. Damit fehlen Informationen darüber, wie viele Schwangere hätten eingeschlossen werden müssen, um den vermuteten Unterschied, sofern vorhanden, auch nachweisen zu können.

Genauere Ein- und Ausschlusskriterien werden nicht beschrieben. Die Fragebogen dienen zur Rekrutierung und enthalten den *W-DEQ*, den *CBSEI* Fragebogen sowie Fragen bezüglich demografischer Variablen, wahrgenommener Gesundheit, Vorlieben zu Geburtsmodus und zur psychischen Gesundheit vor der Schwangerschaft. Dies ist ein geeignetes Auswahlverfahren. Gründe, warum Fragebogen nicht retourniert wurden, liegen keine vor. 17 unvollständig ausgefüllte Fragebogen führten zum Ausschluss. Sechs Frauen entsprachen nicht den Kriterien und wurden ausgeschlossen, wobei die unerfüllten Kriterien nicht benannt werden.

### **Datenerhebung**

- *Wie und wann wurden die Daten erhoben?*
- *War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?*
- *Beschreibung des Instruments der Datenerhebung? (Fragebogen, Interview, Leitfaden)*
- *Falls bestehendes Instrument Quelle dazu angegeben?*
- *Begründung und Änderung des Instruments bei einer Veränderung genannt?*
- *Wurde die Qualität bei einer Veränderung oder einem neuen Instrument getestet?*
- *Von wem wurden die Daten erhoben?*

- *Hat ein entsprechendes Training stattgefunden?*
- *Rolle der ForscherInnen?*
- *Datenerhebung durch alle gleich durchgeführt?*
- *Festhaltung der Daten?*

Die Datenerhebung fand zwischen April 2010 und 2011 statt und die Teilnehmerinnen erhielten die Fragebogen zwischen der 25. und 26. Schwangerschaftswoche. Dies stellt eine geeignete Methode zur Datenerhebung dar. Die verwendeten Instrumente sind beschrieben und deren Quellen sind angegeben. Der Cronbach's alpha coefficient wird aufgeführt und kann als "gut" bis "exzellent" beurteilt werden. Warum die kurze Version des *CBSEI* verwendet wird, ist nicht begründet, die Reliabilität und Validität der kurzen Version ist jedoch belegt.

Auf die Rolle der Forscherinnen wird nicht eingegangen. Auch nicht, ob ein entsprechendes Training stattgefunden hat. Bezüglich der Datenerhebung sind keine Unterschiede beschrieben und die Daten wurden in den Fragebogen festgehalten.

#### **Ethische Aspekte**

- *Genehmigung durch Ethikkomitee?*
- *Einwilligung der TeilnehmerInnen?*
- *Aufklärung über Studie?*
- *Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und Anonymisierung*

Die Studie wurde vom Regional Ethical Review Board Linköping genehmigt. Das Ausfüllen und Retournieren der Fragebogen wurde als Einverständniserklärung zur Teilnahme gewertet. Ein Informationsblatt wurde den Fragebogen beigelegt, der Inhalt ist jedoch nicht beschrieben. Das Retournieren der Fragebogen kann als freiwillig bezeichnet werden, bezüglich Vertraulichkeit und Anonymisierung liegen keine Angaben vor.

#### **Datenanalyse**

- Quantitative Studien
- *Statistische Analyseverfahren klar benannt?*
- *Statistische Tests geeignet?*
- *Signifikanzniveau benannt?*

Die statistischen Analyseverfahren sowie die Programme zur Auswertung sind benannt. Es wird beschrieben, wie mit fehlenden Daten umgegangen wird und die Quelle zu dieser Methode liegt vor. Die Teilnehmerinnen wurden nach der Auswertung in sinnvolle Gruppen unterteilt. Aufgrund des *W-DEQ* wurde je eine Gruppe mit milder bis moderater (*W-DEQ* <85) und eine mit schwerer (*W-DEQ* ≥85) Tokophobie gebildet. Der *CBSEI* ermöglicht eine Gruppierung durch die Quartilwerte; das erste Quartil bildet die Gruppe mit tiefer Selbstwirksamkeitserwartung, das zweite und dritte Quartil bildet die Gruppe mit moderater Selbstwirksamkeitserwartung und das vierte Quartil die Gruppe mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung. Die Gruppe mit moderater Selbstwirksamkeitserwartung wird aufgrund des Forschungsziels ausgeschlossen, welches nur auf tiefe und hohe Selbstwirksamkeitserwartung fokussiert.

Die statistischen Tests sind genau beschrieben und für diese Daten geeignet. Besonders wichtig ist dabei das logistische Regressionsmodell. Damit kann die relative Wahrscheinlichkeit bestimmt werden, mit der ein

bestimmtes Ereignis (z.B. Wunschkaiserschnitt) in Abhängigkeit von einer oder mehr unabhängigen Variablen (z.B. Tokophobie) eintritt. Das Signifikanzniveau wird benannt.

### **Ergebnisse**

- *Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?*
- *Miteinbezug aller erhobenen Daten in der Auswertung ?*
- *Wie hoch war die Ausfallrate?*
- *Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie geschildert?*
- *Beschreibung der Merkmale der TeilnehmerInnen?*
- *Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?*
- *Klarer Zusammenhang zwischen Aussagen im Text und den Grafiken und Tabellen?*
- *Fehler und Inkonsistenzen vorhanden?*
- *Bei Fragebogen: Wie hoch war die Rücklaufquote? (mind. 65%)*

Die Resultate werden übersichtlich und verständlich dargestellt. Alle Daten fließen in die Analyse ein. Eine Ausfallrate nach der Stichprobenprüfung wird nicht beschrieben, das heisst keine Teilnehmerin wird im Prozess ausgeschlossen.

Die Tabellen sind klar und verständlich und stimmen mit den Aussagen im Text überein. Die Merkmale der Teilnehmerinnen werden in den Ergebnissen genau beschrieben. Fehler und Inkonsistenzen sind nicht entdeckt worden. Weniger als 50% der angeschriebenen Frauen nahmen an der Studie teil.

### **Diskussion**

- *Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Fragestellung?*
- *Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien? (Übereinstimmung und Unterschiede)*
- *Benennung der Grenzen von der Studie?*
- *Benennung von eventuellen Fehlern?*
- *Vorschläge zur Vermeidung dieser?*
- *Diskussion über klinische Relevanz der Ergebnisse?*

Die Ergebnisse werden detailliert im Zusammenhang mit der Fragestellung diskutiert. Bereits bestehende Studien werden miteinbezogen und es werden Übereinstimmungen und Unterschiede zu diesen Studien aufgezeigt. Grenzen der Studie werden wenige benannt, die klinische Relevanz wird diskutiert. Es wird auf die tiefe Rücklaufquote und die fehlende Drop-out-Analyse eingegangen. Folglich können keine Unterschiede bezüglich Tokophobie und Selbstwirksamkeit zwischen Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen erfasst werden. Auch die Tatsache, dass im Vergleich zu früheren Studien ein massiv höherer Prozentsatz (20.8%) der Teilnehmerinnen einen *W-DEQ* Score  $\geq 85$  erreichten, wird durch die niedrige Rücklaufquote relativiert – gleichzeitig wird jedoch auf übereinstimmende Daten bezüglich Charakteristika von Frauen mit Tokophobie in früheren Studien hingewiesen. Die Stärke dieser Studie wird in der Verwendung von glaubwürdigen und validierten Instrumenten gesehen und der Vergleichbarkeit mit Publikationen, welche die gleichen Instrumente verwenden. Fehler werden keine benannt.

<p><b>Schlussfolgerungen und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Ableitung von Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus den Ergebnissen?</i></li> <li>· <i>Angemessene Empfehlungen und umsetzbar in der Praxis?</i></li> <li>· <i>Empfehlung für weitere Forschung?</i></li> </ul>
<p>Die Forscherinnen leiten Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen ab und formulieren Empfehlungen. Diese sind beschrieben und durchaus umsetzbar in der Praxis. Auf die Art und Weise wie mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung umgegangen werden kann, wird nicht eingegangen.</p> <p>Weil die Resultate nur für Erstgebärende gelten, wird empfohlen, Studien mit Mehrgebärenden durchzuführen, um Zusammenhänge zwischen Tokophobie und Selbstwirksamkeit generalisieren zu können.</p>
<p><b>Literatur und andere Angaben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Eindeutige Literaturangaben?</i></li> <li>· <i>Sind alle zitierten Quellen in den Literaturangaben?</i></li> </ul>
<p>Die Literaturangaben sind eindeutig. Alle zitierten Quellen befinden sich in den Literaturangaben.</p>
<p><b>Sonstiges</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Finanzierung der Studie?</i></li> <li>· <i>In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt?</i></li> <li>· <i>Interessenskonflikte mit eventuellem Einfluss auf die Ergebnisse? (Durchführung am eigenen Arbeitsplatz, Interesse des Sponsors)</i></li> </ul>
<p>Die Studie wurde mit Hilfe des "Swedish Council for Working Life and Social Research" finanziert. In welchem Zusammenhang die Studie durchgeführt wird, ist nicht beschrieben, ein Interessenskonflikt eben so wenig.</p>

## 9.6 Kritische Beurteilung qualitativer Studien nach Law et al. (1998)

### 9.6.1 Studienbeurteilung, Salomonsson et al. (2012)

Tabelle 16. Studienbeurteilung (Salomonsson et al., 2012)

Self-Efficacy in Pregnant Women with Severe Fear of Childbirth.	
<p><b>ZWECK DER STUDIE</b></p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	<p>Der Zweck der Studie bestand darin, die Selbstwirksamkeitstheorie bezüglich Geburt (CBSEI) im Zusammenhang mit Tokophobie anzuwenden und zu testen.</p>
<p><b>LITERATUR</b></p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</p>	<p>Der Hintergrund der Studie und eine Übersicht über die entsprechende Literatur sind vorhanden. Die relevanten Informationen werden verknüpft und der Stand der Forschung aufgezeigt. Es werden Hin-</p>

<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<p>tergründe zu Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit Geburt dargestellt.</p> <p>Das Ausmass der Selbstwirksamkeit bei Frauen mit Tokophobie unter der Geburt ist unbekannt. Diese Lücke im heutigen Wissen rechtfertigt die Notwendigkeit der Studie.</p>
<p><b>STUDIENDESIGN</b></p> <p>Welches Design hatte die Studie?</p> <input type="radio"/> Ethnographie <input checked="" type="radio"/> Grounded Theory (gegenstandsverankerte Theoriebildung) <input type="radio"/> Partizipative Handlungsforschung <input type="radio"/> Phänomenologie <input checked="" type="radio"/> andere <u>Kombination von deduktiver- und induktiver Herangehensweise</u>	<p>Das Studiendesign enthält den Aspekt der gegenstandsverankerten Theoriebildung (Induktion) und enthält zusätzlich einen deduktiven Aspekt. Denn für die Interviewfragen werden Bereiche bezüglich der Verhaltensweise der Frauen (z.B. Konzentration, Denken, Unterstützung, Entspannung, Eigenmotivation, Kontrolle und Atmen) aus dem <i>Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)</i> abgeleitet, was einen deduktiven Aspekt zeigt. Bereiche, die nicht in die Matrix des <i>CBSEI</i> eingefügt werden konnten, wurden mit einer induktiven Herangehensweise analysiert. Ein phänomenologischer Ansatz kann nicht verwendet werden, da nicht auf bereits gemachte Erfahrungen der Teilnehmerinnen eingegangen wird, sondern ihre Einschätzung eines bevorstehenden Ereignisses im Zentrum steht.</p>
<p>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</p> <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<p>Die Forscherinnen geben ihre theoretische Sichtweise an. Aus der erwähnten Theorie leiten sie die Tatsache ab, dass das individuelle Selbstwirksamkeitslevel bei der Bewältigung von ungünstigen Situationen eine Rolle spielt, und dass es Hinweise gibt, dass Tokophobie- und Selbstwirksamkeitslevel negativ zueinander in Verbindung stehen.</p>
<p>Verwendete Methode(n):</p> <input type="radio"/> teilnehmende Beobachtung <input checked="" type="radio"/> Interviews <input type="radio"/> historische Forschung <input type="radio"/> Fokusgruppen <input type="radio"/> andere _____	<p>Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden semistrukturierte Interviews geführt. Zwei Pilot-Interviews werden durchgeführt, die nicht in die Bewertung einfließen. Aufgrund der Ergebnisse werden kleine Anpassungen in der Führung der Interviews gemacht. Alle Interviews werden von der ersten Autorin der Studie geführt. Alle Interviews wurden mittels digitalen Audiorekordern aufgenommen und dauerten zwischen 29 und 82 Minuten.</p>
<p><b>STICHPROBENAUSWAHL</b></p> <p>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?</p> <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <p>Wurde die Stichprobe so lange</p>	<p>Der Vorgang zur Stichprobenauswahl wird erläutert. Es wird ein statistisches, homogenes Sampling durchgeführt. Die Stichprobe wird aus einer grösseren, prospektiven Langzeitstudie generiert, welche Zusammenhänge zwischen Tokophobie und Geburtsselbstwirksamkeit untersucht. Auf Grund der Teilnahme an der Langzeitstudie wird abgeleitet, dass die Teilnehmerinnen an dieser Interviewstudie interessiert sein könnten.</p>

<p>zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p>1000 schwedische Erstgebärende zwischen der 25. und 26. Schwangerschaftswoche werden zur Langzeitstudie eingeladen. Von 423 teilnehmenden Erstgebärenden werden 27 von der Autorin der vorliegenden Studie ausgewählt und telefonisch kontaktiert. Die Stichprobe enthielt schlussendlich 19 Teilnehmerinnen. Sechs Drop-outs geben keine Begründung an, zwei gaben Zeitmangel an.</p> <p>Ob eine wohlinformierte Zustimmung eingeholt wird, ist nicht beschrieben – es wird lediglich beschrieben, dass die Frauen einverstanden seien. Die Studie ist vom "The Regional Ethical Review Board, Linköping" genehmigt worden. Die Vertraulichkeit der Daten wird nicht erwähnt.</p>
<p><b>DATENERHEBUNG</b></p> <p><b>Deskriptive Klarheit</b></p> <p>klare und vollständige Beschreibung von:</p> <p>Ort <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Teilnehmern <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Referenzen des Forschers <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Angabe der Annahmen des Forschers "in Klammern" ("bracketing") <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Prozedurale Strenge</b></p> <p>Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p>Im Kapitel Stichprobe werden Hintergrundinformationen zu den Teilnehmerinnen gegeben. Ob die Glaubwürdigkeit der Informanten überprüft wird, ist nicht beschrieben.</p> <p>Im Kapitel Datenerhebung wird auf den Ort und den Zeitpunkt der Interviews eingegangen. Zwei weitere Drop-outs werden erwähnt und begründet. Eine Beschreibung der Interviewführung liegt vor und gibt ein gutes Gesamtbild des Interviews.</p> <p>Zur Interviewerin werden keine genauen Angaben gemacht auch nicht, ob sie in einer Beziehung zu den Teilnehmerinnen steht.</p> <p>Bracketing wird nicht erwähnt, Ansichten der Forscherin zu Selbstwirksamkeit unter der Geburt werden nicht erläutert.</p> <p>Die Forscherinnen beschreiben die verwendeten Verfahren klar. Dies gewährleistet, dass Daten genau aufgezeichnet werden und dass die erhobenen Daten für das "Gesamtbild" repräsentativ sind. Alle Informationsquellen, auf die sich die Forscherinnen beziehen, sind angegeben.</p>
<p><b>DATENANALYSE</b></p> <p><b>Analytische Genauigkeit</b></p> <p>War die Datenanalyse induktiv?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p>Angaben zur Flexibilität des Datenerhebungsprozesses liegen keine vor ausser den zwei Testinterviews und den darauffolgenden Anpassungen. Auf Veränderungen oder Trends wurde im beschriebenen Rahmen der induktiven Datenerhebung eingegangen. Die Forscherinnen beschreiben, wie sich die Erkenntnisse aus den Daten ergeben haben folgendermassen: In einem deduktiven Prozess werden</p>

<p>Stimmten die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein</p> <p><b>Überprüfbarkeit</b></p> <p>Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein  <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein  <input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p>die Antworten aufgrund des <i>CBSEI</i> sechs Bereichen zugeteilt und in einem induktiven Prozess werden Aussagen fünf weiteren Bereichen zugeteilt, die nicht zum <i>CBSEI</i> Raster gehören.</p> <p>Die von den Forscherinnen entwickelten Aussagen sind logisch konsistent und widerspiegeln die Daten. Die Aussagen geben alle existierenden Daten wieder, und die Daten sind den Aussagen/Codes in geeigneter Weise zugeordnet.</p> <p>Die Überlegungen der Forscherinnen in der Phase der Analyse sind klar beschrieben. Der Prozess der Identifizierung von Kategorien ist verständlich.</p>
<p><b>Theoretische Verbindungen</b></p> <p>Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein</p>	<p>Die theoretischen Konzepte und die Bedeutung, die sich aus den Daten ergeben haben, sind verständlich dargestellt. Die Ergebnisse machen im Hinblick auf das derzeitige Wissen Sinn.</p>
<p><b>VERTRAUENSWÜRDIGKEIT</b></p> <p>Wird Triangulierung angegeben, nach</p> <p>Quellen/Daten     <input checked="" type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein  Methoden            <input type="checkbox"/> ja    <input checked="" type="checkbox"/> nein  Forscher            <input checked="" type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein  Theorien            <input type="checkbox"/> ja    <input checked="" type="checkbox"/> nein?</p> <p>Wurde "Member checking" (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Alle drei Forscherinnen sind an der Analyse der Daten und an der Entwicklung des Codierungs-Schemas beteiligt. Die Analysen werden unter den drei Forscherinnen diskutiert bis ein Konsens gefunden wird.</p> <p>Das verwendeten Instrumente <i>Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ-A)</i> und <i>Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)</i> zeigen eine hohe Validität und deren Quellen sind beschrieben.</p>
<p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</b></p> <p>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?</p>	<p>Die Schlussfolgerung ist konsistent und mit den von den Forscherinnen angegebenen Ergebnissen. Alle Daten und Ergebnisse werden im Detail diskutiert und die Erkenntnisse werden mit existierender Literatur verglichen.</p>

<p>sen? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p>Implikationen und Empfehlungen sind explizit auf praktische Situationen bezogen. Die Autorinnen übertragen die Erkenntnisse in die Praxis und leiten mögliche Handlungsstrategien bezüglich Frauen mit Tokophobie ab.</p>
--	--



## 9.7 Manual der psychoedukativen Gruppentherapie

Group session	Gestation week	Focused topic (duration 90 minutes)	Agenda	Relaxation	In attendance
1	28	Information about fear and anxiety, group therapy and the effects of relaxation. Enhance feelings of safety and help to find hope of dealing with the fear. Normalization of fear.	Introduction, sharing feelings about the group and childbirth, psycho-education about anxiety.	Guided 30 minutes	Therapist
2	29	Information about the fear of childbirth, the normalization of individual reactions and information about the stages of delivery.	Psycho-education about the fear, stages of the delivery.	Guided 30 minutes	Therapist
3	30	Hospital routines, the birth process and pain relief.	Introduction given by midwife, who goes through the process of the birth, what happens in the hospital during the delivery, stages of birth and about pain-relief.	Guided 30 minutes	Therapist, midwife
4	31	Involving father-to-be (partner) in a stronger relationship with the birth and enhancing mutual understanding.	Present partners and their best qualities and strengths in connection with the delivery. Discussion about what the baby may expect from parents.	Guided 30 minutes	Therapist, partner
5	33	Promoting hope of good motherhood, possible setbacks and enhancing the bonding with the fetus.	Psycho-education about the time after birth, sharing feelings about the baby, an imagery exercise of the birth and meeting the baby. The feelings of motherhood in particular possible setbacks.	Guided 30 minutes	Therapist
6	35	Completing preparations for delivery and organizing written wishes addressed to the midwife.	Preparedness to delivery, support and possible setbacks.	Guided 30 minutes	Therapist

Group session	Gestation week	Focused topic (duration 90 minutes)	Agenda	Relaxation	In attendance
7	6-8 weeks after delivery	Discussion about delivery experiences, detection of trauma and depression symptoms, discussion about mother-infant relationship and positive parenthood.	Information about motherhood. Presentation of the babies. Telling and sharing the birth stories. Summarizing the group experience. Information how to receive help if needed. Encourage to discuss the difficulties and happiness as a mother and enhance feelings to be good enough mothers. In the end they are asked what greetings they would send to next group.	Guided 30 minutes	Therapist, babies

Abbildung 5. Manual der psychoedukativen Gruppentherapie. Salmela-Aro et al. (2012)

## 9.8 Selbstwirksamkeit im Kontext mit Tokophobie

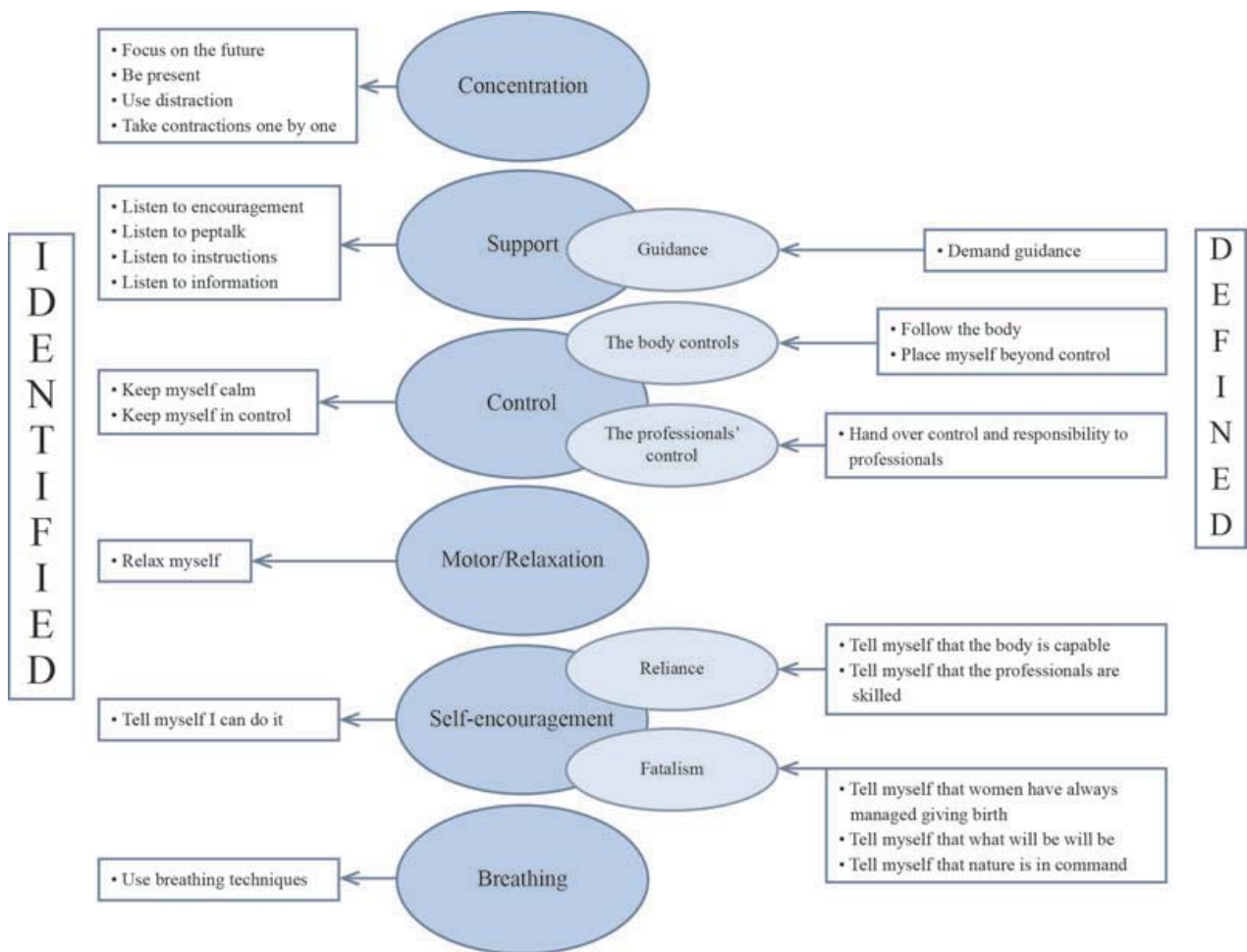


Abbildung 6. Selbstwirksamkeit im Kontext mit Tokophobie. Salomonsson et al. (2013). Unter *identified* (dunkelblau) sind die 6 Bereiche aus dem CBSEI dargestellt. Aussagen, die nicht den Bereichen des CBSEI zugeteilt werden können, werden neu aufgenommen und unter *defined* (hellblau) aufgelistet.

## 9.9 The Wijma Delivery Expectancy Experience Questionnaire Version A

© 1996 K. Wijma & B. Wijma

### Instruction

This questionnaire is about feelings and thoughts women may have at the prospect of labour and delivery.

The answers to each question appear as a scale from 1 to 6. The outermost answers (1 and 6 respectively) correspond to the opposite extremes of a certain feeling or thought.

Please complete each question by drawing a circle around the number belonging to the answer which most closely corresponds to **how you imagine** your labour and delivery will be.

Please answer **how you imagine** your labour and delivery will be – not the way you hope it will be.

I How do you think your labour and delivery will turn out as a whole?

1	1	2	3	4	5	6
	Extremely fantastic					Not at all fantastic
2	1	2	3	4	5	6
	Extremely frightful					Not at all frightful

How do you think you will feel in general during the labour and delivery?

	1	2	3	4	5	6
	Extremely lonely					Not at all lonely
4	1	2	3	4	5	6
	Extremely strong					Not at all strong
5	1	2	3	4	5	6
	Extremely confident					Not at all confident
6	1	2	3	4	5	6
	Extremely afraid					Not at all afraid
7	1	2	3	4	5	6
	Extremely deserted					Not at all deserted
8	1	2	3	4	5	6
	Extremely weak					Not at all weak
9	1	2	3	4	5	6
	Extremely safe					Not at all safe
10	1	2	3	4	5	6
	Extremely independent					Not at all independent
11	1	2	3	4	5	6
	Extremely desolate					Not at all desolate

12	1	2	3	4	5	6	25	1	2	3	4	5	6	
	Extremely tense					Not at all tense		I will behave extremely badly					I will not behave badly at all	
13	1	2	3	4	5	6	26	1	2	3	4	5	6	
	Extremely glad					Not at all glad		I will dare to totally surrender control to my body					I will not dare to surrender control to my body at all	
14	1	2	3	4	5	6								
	Extremely proud					Not at all proud								
15	1	2	3	4	5	6	27	1	2	3	4	5	6	
	Extremely abandoned					Not at all abandoned		I will totally lose control of myself					I will not lose control of myself at all	
16	1	2	3	4	5	6								
	Totally composed					Not at all composed								
17	1	2	3	4	5	6	V	How do you imagine it will feel the very moment you deliver the baby?						
	Extremely relaxed					Not at all relaxed								
18	1	2	3	4	5	6	28	1	2	3	4	5	6	
	Extremely happy					Not at all happy		Extremely funny					Not at all funny	
III	How do you think you will feel during the labour and delivery?							29	1	2	3	4	5	6
								Extremely natural					Not at all natural	
19	1	2	3	4	5	6	30	1	2	3	4	5	6	
	Extreme panic					No panic at all		Extremely self-evident					Not at all self-evident	
20	1	2	3	4	5	6	31	1	2	3	4	5	6	
	Extreme hopelessness					No hopelessness at all		Extremely dangerous					Not at all dangerous	
21	1	2	3	4	5	6	VI	Have you, during the last month, had fantasies about the labour and delivery, for example...						
	Extreme longing for the child					No longing for the child at all								
22	1	2	3	4	5	6	32	...fantasies that your child will die during labour/delivery?						
	Extreme self-confidence					No self-confidence at all		1	2	3	4	5	6	
								Never					Very often	
23	1	2	3	4	5	6	33	...fantasies that your child will be injured during labour/delivery?						
	Extreme trust					No trust at all		1	2	3	4	5	6	
								Never					Very often	
24	1	2	3	4	5	6		Would you please now check that you have not forgotten to answer any questions.						
	Extreme pain					No pain at all								
IV	What do you think will happen when labour is most intense?													

Abbildung 7. The Wijma Delivery ExpectancyExperience Questionnaire Version A. Wijma et al. (1998)

## 9.10 The Wijma Delivery Expectancy Experience Questionnaire Version B

### Instruction

This questionnaire is about feelings and thoughts women may have after childbirth.

The answers to each question appear as a scale from 1 to 6. The outermost answers (1 and 6 respectively) correspond to the opposite extremes of a certain feeling or thought.

Please complete each question by drawing a circle around the number belonging to the answer which most closely corresponds to **how you now think** your labour and delivery was.

Please answer **how you now think** your delivery was – not the way you wish it would have been.

I How did you experience your labour and delivery as a whole?

1 1 2 3 4 5 6  
Extremely fantastic Not at all fantastic

2 1 2 3 4 5 6  
Extremely frightful Not at all frightful

II How did you feel in general during the labour and delivery?

3 1 2 3 4 5 6  
Extremely lonely Not at all lonely

4 1 2 3 4 5 6  
Extremely strong Not at all strong

5 1 2 3 4 5 6  
Extremely confident Not at all confident

6 1 2 3 4 5 6  
Extremely afraid Not at all afraid

7 1 2 3 4 5 6  
Extremely deserted Not at all deserted

8 1 2 3 4 5 6  
Extremely weak Not at all weak

9 1 2 3 4 5 6  
Extremely safe Not at all safe

10 1 2 3 4 5 6  
Extremely independent Not at all independent

11 1 2 3 4 5 6  
Extremely desolate Not at all desolate

12 1 2 3 4 5 6  
Extremely tense Not at all tense

13 1 2 3 4 5 6  
Extremely glad Not at all glad

14 1 2 3 4 5 6  
Extremely proud Not at all proud

15 1 2 3 4 5 6  
Extremely abandoned Not at all abandoned

16 1 2 3 4 5 6  
Extremely composed Not at all composed

17 1 2 3 4 5 6  
Extremely relaxed Not at all relaxed

18 1 2 3 4 5 6  
Extremely happy Not at all happy

III What did you feel during the labour and delivery?

19 1 2 3 4 5 6  
Extreme panic No panic at all

20 1 2 3 4 5 6  
Extreme hopelessness No hopelessness at all

21 1 2 3 4 5 6  
Extreme longing for the child No longing for the child at all

22 1 2 3 4 5 6  
Extreme self-confidence No self-confidence at all

23 1 2 3 4 5 6  
Extreme trust No trust at all

24 1 2 3 4 5 6  
Extreme pain No pain at all

IV What happened when the labour was most intense?

25 1 2 3 4 5 6  
I behaved extremely badly I did not behave badly at all

<p>26</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p>I dared to totally surrender control to my body</p>	<p>30</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p>Extremely self-evident</p>
<p>27</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p>I lost total control of myself</p>	<p>31</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p>Extremely dangerous</p>
<p>V</p> <p>How was the very moment you delivered the baby?</p>	<p>VI</p> <p>Had you, during the labour and delivery, fantasies like for example...</p>
<p>28</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p>Extremely funny</p>	<p>32</p> <p>...fantasies that your child would die during labour/delivery?</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p>Never Very often</p>
<p>29</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p>Extremely natural</p>	<p>33</p> <p>...fantasies that your child would be injured during labour/delivery?</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p>Never Very often</p>
<p>I did not dare surrender control to my body at all</p>	<p>Not at all self-evident</p>
<p>I did not lose control of myself at all</p>	<p>Not at all dangerous</p>
<p>Not at all funny</p>	<p>Would you please now check that you have not forgotten to answer any questions.</p>
<p>Not at all natural</p>	

Abbildung 8. The Wijma Delivery Expectancy Experience Questionnaire Version B. Wijma et al. (1998)

## 9.11 The Childbirth Self-efficacy Inventory (CBSEI)

CBSES: Part I

ID\_\_\_\_\_

Outcome-AL

Think about how you imagine labour will be and feel when you are having contractions 5 minutes apart or less. For each of the following behaviours, indicate how helpful you feel the behaviour could be in helping you cope with this part of labour by circling a number between 1, not at all helpful and 10, very helpful.

	Not at all helpful 1									Very helpful 10
1 Relax my body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2 Get ready for each contraction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3 Use breathing during labour contractions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4 Keep myself in control	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5 Think about relaxing	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6 Concentrate on an object in the room to distract myself	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7 Keep myself calm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8 Concentrate on thinking about the baby	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9 Stay on top of each contraction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10 Think positively	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11 Not think about the pain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12 Tell myself that I can do it	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13 Think about others in my family	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14 Concentrate on getting through one contraction at a time	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15 Listen to encouragement from the person helping me	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

\*I Praise God and ask for help from him.

Efficacy-AL

Continue to think about how you imagine labour will be and feel when you are having contractions 5 minutes apart or less. For each behaviour, indicate how certain you are of your ability to use the behaviour to help you cope with this part of labour by circling a number between 1, not at all sure and 10, completely sure.

	Not at all sure 1									Completely sure = 10
16 Relax my body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17 Get ready for each contraction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18 Use breathing during labour contractions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19 Keep myself in control	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20 Think about relaxing	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21 Concentrate on an object in the room to distract myself	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22 Keep myself calm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23 Concentrate on thinking about the baby	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24 Stay on top of each contraction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25 Think positively	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26 Not think about the pain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27 Tell myself that I can do it	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28 Think about others in my family	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29 Concentrate on getting through one contraction at a time	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30 Listen to encouragement from the person helping me	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

\*\*I Praise God and ask for help from him.



CBSES: Part II

ID \_\_\_\_\_

Outcome-SS

Think about how you imagine labour will be and feel when you are pushing your baby out to give birth. For each of the following behaviours, indicate how helpful you feel the behaviour could be in helping you cope with this part of labour by circling a number between 1, not at all helpful and 10, very helpful.

	Not at all helpful									Very helpful
31 Relax my body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32 Get ready for each contraction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33 Use breathing during labour contractions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34 Keep myself in control	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35 Think about relaxing	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36 Concentrate on an object in the room to distract myself	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37 Keep myself calm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38 Concentrate on thinking about the baby	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39 Stay on top of each contraction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40 Think positively	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41 Not think about the pain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42 Tell myself that I can do it	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43 Think about others in my family	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44 Concentrate on getting through one contraction at a time	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45 Focus on the person helping me in labour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46 Listen to encouragement from the person helping me	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

\*\*I Praise God and ask for help from him.

Efficacy-SS

Continue to think about how you imagine labour will be and feel when you are pushing your baby out to give birth. For each behaviour, indicate how certain you are of your ability to use the behaviour to help you cope with this part of labour by circling a number between 1, not at all sure and 10, completely sure.

	Not at all sure = 1									Completely sure = 10
47 Relax my body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48 Get ready for each contraction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49 Use breathing during labour contractions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50 Keep myself in control	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51 Think about relaxing	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52 Concentrate on an object in the room to distract myself	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
53 Keep myself calm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54 Concentrate on thinking about the baby	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
55 Stay on top of each contraction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
56 Think positively	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
57 Not think about the pain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
58 Tell myself that I can do it	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
59 Think about others in my family	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
60 Concentrate on getting through one contraction at a time	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
61 Focus on the person helping me in labour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
62 Listen to encouragement from the person helping	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

\*\*I Praise God and ask for help from him.

Abbildung 9. The Childbirth Self-efficacy Inventory. Khorsandi, Ghofranipour, Faghihza-deh, Hidarnia, Akbarzadeh Bagheban und Aguilar-Vafaie (2008), nach Lowe (1993)

## **9.12 Wortzahl**

Abstract: 197 Wörter

Bachelorarbeit (exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge): 7811 Wörter