

Große Angst vor der Geburt bei schwangeren Frauen in Deutschland: Erfahrungen und Orientierungen in Bezug auf die Schwangerenbetreuung und die Geburtsvorbereitung – eine rekonstruktive Studie

Zusammenfassung

Hintergrund: Da Schwangere mit großer Angst vor der Geburt (gAvG)/Tokophobie eine vulnerable Gruppe sind, wird Wissen benötigt, wie ihre gesundheitliche Versorgung ein positives Schwangerschafts- und Geburtserlebnis ermöglichen kann. Diese Studie exploriert, wie sich Angst vor der Geburt entwickelt und welche Erlebnisse und Erfahrungen in sozialen Interaktionen für schwangere Frauen mit gAvG bedeutungsvoll sind im Hinblick auf ihre Angst.

Methodik: Zwölf Schwangere mit gAvG nahmen an problem-zentrierten Interviews teil. Die rekonstruktive Analyse erfolgte mit der Dokumentarischen Methode nach Bohnsack mit dem Ziel, kollektive Orientierungsmuster (sinngenetische Typenbildung des Habitus) herauszuarbeiten.

Ergebnisse: Schwangere mit gAvG sehen weder im privaten noch im professionellen Umfeld ausreichend Gelegenheit für bestärkende Gespräche über die Geburt. Berichte von Notfällen und Komplikationen empfinden sie als sehr belastend. Sie wünschen sich eine Hebamme mit der Kompetenz, mit ihrer Angst umzugehen, Informationen über die Geburt konstruktiv zu vermitteln und die Geburtsvorbereitung und -betreuung unterstützend und bestärkend zu gestalten.

Schlussfolgerung: Hebammen benötigen spezielle Kenntnisse, um die Betreuung von Schwangeren mit gAvG didaktisch zielführend zu gestalten. Um gAvG frühzeitig zu erkennen, wird ein deutschsprachiges validiertes Assessmentinstrument benötigt. In zukünftiger Forschung könnte der Kenntnisstand durch eine soziogenetische Typenbildung von Schwangeren mit gAvG erweitert werden.

Schlüsselwörter: Angst vor der Geburt, Hebamme, Versorgungswünsche, Schwangerschaft, klinische Geburtshilfe

Sabine Striebich¹
Gertrud M. Ayerle¹

¹ Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg,
Medizinische Fakultät,
Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften, Halle
(Saale), Deutschland

Hintergrund

In der Hebammenwissenschaft ist es heute international eine vordringliche Aufgabe, die geburtshilfliche Versorgung und ihre Organisation zu untersuchen, um physiologische Abläufe zu fördern, Komplikationen zu verhüten und Sicherheit und Wohlbefinden der Nutzerinnen sicherzustellen [37]. Die bevorstehende Geburt ist für manche Schwangere ein sehr angsteinflößendes Ereignis. Die Angst der Frauen bezieht sich zum einen auf eine mögliche Unzulänglichkeit ihres Körpers, auf unerträgliche Schmerzen und angesichts der Ungewissheit des Verlaufs der Geburt auf einen Verlust der Selbstkontrolle. Andererseits befürchten sie, nicht angemessen unterstützt zu werden und medizinische Interventionen und Komplikationen erleiden zu müssen. Manche Frauen haben große Furcht, die bis hin zu Todesangst reichen kann [46], [54], [67], [70]. Die Schwangere erkennt keine eigenen Handlungsmöglichkeiten, etwas zu einem guten Verlauf

der Geburt beizutragen und sie zu bewältigen [41], [54], [81], dabei sind reale, aber auch irreal bis hin zu neurotischen Ängsten vorhanden [72].

Angst (vom lat. „angustus“: eng) ist ein Grundgefühl, das sich in bedrohlich erlebten Situationen als Anspannung, Besorgnis, Nervosität und innerer Unruhe äußert; auf der körperlichen Ebene kommt es zu einer erhöhten Aktivität des autonomen Nervensystems [6]. Aus der Perspektive der kognitiven Emotionstheorien nach Magda Arnold und Richard Lazarus stellt Angst eine teilweise unbewusste, veränderbare Resonanz der Beurteilung und Bewertung von für das eigene Wohlbefinden signifikanter Umstände durch das Individuum dar; in einem fortdauernden Prozess aus Wechselwirkungen zwischen sich und der Umwelt, nimmt die Person eine kontinuierliche Neubewertung der Situation vor [49], [65]. Ängste, die nicht universell, also angeboren sind, werden durch Konditionierung oder Beobachtung erlernt und sind auch durch Lernprozesse veränderbar; empirisch belegt ist die Wirksamkeit kogni-

tiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren, die dem Aufbau neuer Fertigkeiten und dem Abbau angstauslösender Denkweisen dienen [6].

Bei Angst vor der Geburt (engl. fear of childbirth, FOC) kommt es typischerweise zu negativen Kognitionen in Form von Grübeln als wiederkehrende angstvolle Gedanken bis hin zum Katastrophisieren, etwa bei nächtlichem Wachliegen; im schlimmsten Fall erleben die Frauen Paniksymptome wie Atembeklemmung, Herzklopfen oder Schwitzen [54], [61]. Große Angst vor der Geburt, auch Tokophobie genannt und üblicherweise operationalisiert mit $\geq 85/165$ Punkten des Assessments Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ A) [56], stellt für eine Schwangere eine große psychische Belastung und Einschränkung der Lebensqualität dar [54].

Bei Frauen, die in der Schwangerschaft große Angst vor der Geburt (gAvG) hatten, verläuft die Geburt oft verzögert [1] und geht häufiger mit starken bis unerträglichen Schmerzen einher [35], [51]. Auch während der Geburt haben sie häufiger Ängste, selbst wenn sie eine Regionalanästhesie in Anspruch nehmen [3]. Angst vor der Geburt ist der häufigste Grund für den Wunsch nach einem elektiven Kaiserschnitt [28], [60], [61], [78], auch in Deutschland [58], und ein wichtiger Risikofaktor für ein negatives oder traumatisches Geburtserlebnis [20], [37], [55], [68], für Symptome eines post-traumatischen Stresssyndroms [70] und für eine Depression nach der Geburt [4]. Auch Beeinträchtigungen im Bindungsaufbau mit dem Kind können auftreten [5].

Angst vor der Geburt wird stark durch soziokulturelle Faktoren beeinflusst [67]. Die Prävalenz von großer Geburtsangst/Tokophobie beträgt zwischen 6,3% und 14,8% aller Schwangerschaften in westlichen Ländern wie Europa, Australien, Kanada und den USA [53]. Die regional signifikanten Unterschiede lassen sich durch heterogene Erfassungsmethoden, -zeitpunkte und wahrscheinlich auch geburtshilfliche Versorgungsstrukturen erklären. Daher erscheint eine regionale Erforschung des Phänomens sinnvoll.

Frauen wünschen sich ein positives Erleben der Schwangerschaft und eine Vorbereitung auf die Geburt, die ihre Werte, Überzeugungen und Bedürfnisse berücksichtigt; dazu gehört neben der klinischen Betreuung eine zeitlich passende und angemessene Aufklärung und Information zu wichtigen Aspekten sowie soziale, kulturelle, emotionale und psychologische Unterstützung [18]. Es wird Wissen benötigt, wie Hebammen¹ schwangeren Frauen mit großer Angst vor der Geburt ein positives Geburtserlebnis ermöglichen können [8], das gilt insbesondere auch bei Wunsch nach einem elektiven Kaiserschnitt [17], [19], [29], [31]. Aus Studien sind diesbezügliche Interventionen bekannt, die zu einer Stärkung der Selbstwirksamkeit und einer Verringerung der Angst beitragen können [74]. Vor der Implementation einer Intervention in einen bestimmten Versorgungskontext – wie etwa in Deutschland – ist jedoch vorbereitende Forschung nötig, um die Erfahrungen und Bedürfnisse der Nutzerinnen zu identifizieren [57], [79]. Daher liegen dieser Arbeit folgende Forschungsfragen zugrunde: Wie entwickelt sich

die Angst vor der Geburt? Welche Erlebnisse und Erfahrungen in sozialen Interaktionen im persönlichen Umfeld und in der medizinischen Versorgung sind für schwangere Frauen mit gAvG bedeutungsvoll im Hinblick auf ihre Angst?

Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfragen eignet sich eine interpretativ-hermeneutische Forschungsmethodik, wie die Dokumentarische Methode nach Ralf Bohnsack [13], [12], um kollektive Orientierungsmuster und handlungsleitende Orientierungen von Personen, die einen gemeinsamen „konjunktiven Erfahrungsraum“ [13], [50], also ähnliche Lebensbedingungen oder ein ähnliches Schicksal teilen, zu rekonstruieren. Aus wissenssoziologischer Perspektive beruhen diese kollektiven Orientierungen nicht nur auf explizitem, sondern gerade auch auf implizitem Wissen und können deshalb nicht einfach erfragt werden.

Die Erstautorin reflektierte während der Vorbereitung und Durchführung der Studie die eigene berufliche Rolle als erfahrene Hebamme und Forscherin. Das Vorwissen zu Angst vor der Geburt bei Schwangeren aus der eigenen klinischen Erfahrung war Grundlage „sensibilisierender Konzepte“ ([48], S. 141), die den Zugang zum Forschungsfeld erleichterten und den Dialog in den Interviews unterstützen. Zusammen mit Erfahrung in der Anwendung der Dokumentarischen Methode war es der Forscherin möglich, zwischen einer Innen- und Außenperspektive zu wechseln und sowohl ein tieferes Verständnis der Erfahrungen und Orientierungen der Befragten zu entwickeln als auch im Forschungsprozess die Perspektive der geburtshilflichen Versorgung mitzudenken.

Ethikvotum

Die Studienteilnehmerinnen wurden umfassend über eine freiwillige Teilnahme und den vorgesehenen Datenschutz aufgeklärt und um ihre schriftliche Einwilligung gebeten. Falls das Interview zu einer akuten Verschlimmerung der Angst führen würde, wurde im Vorfeld die Bereitschaft von sechs regional tätigen Psychotherapeut/innen für ein stabilisierendes Gespräch sichergestellt. Die Ethikkommission der zuständigen Universität erteilte der Studie ein positives Votum.

Rekrutierung

Für eine vielfältige Rekrutierung wurden Anmeldesprechstunden in sechs Geburtskliniken, freiberuflich tätige Hebammen und Psychologinnen, relevante Berufsverbände und Fachgesellschaften sowie regionale Internetportale und soziale Netzwerke für Schwangere genutzt.

Stichprobe

Einschlusskriterien waren Schwangere mit einer ersten oder weiteren Schwangerschaft, die von sich selbst angaben, durch große Angst vor der Geburt belastet zu sein. Ausschlusskriterien waren bestehende Schwangerschaftskomplikationen und eine unzureichende Kenntnis der deutschen Sprache. Es meldeten sich insgesamt 28 Frauen per E-Mail oder Telefon. Gründe, dass kein Gespräch zustande kam waren: Nichterfüllen der Einschlusskriterien (n=4), vorzeitige Wehen oder Geburt (n=3) oder persönliche bzw. organisatorische Gründe (n=7). Letztlich wurden mit 12 Frauen Interviews geführt, mit drei Frauen je zwei Gespräche. Die Merkmale der Teilnehmerinnen zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1: Merkmale der Interviewteilernehmerinnen

Schwangere Frauen mit Einlingsschwangerschaft		N (12)
Schwangerschaftswoche	21. - 28.SSW	3
	29. - 37.SSW	9
Parität	Erstgebärende	5
	Mehrgebärende	7
Alter	≤ 20 Jahre alt	1
	29 bis 35 Jahre	7
	≥ 35 Jahre alt	4
Herkunftsland	Aus Deutschland	8
	Aus einem anderen Land	4
Höchster Schulabschluss	Mittlerer Schulabschluss	2
	Abitur	10
Wirtschaftliche Verhältnisse*	Gut	10
	Schwierig	2
Unterstützung durch den Partner**	Gut	6
	Mittelmäßig	5
	Ohne Partner	1
Geplanter Geburtsort und -modus	Klinik / spontan	9
	Klinik / elektiver Kaiserschnitt	2
	Hausgeburt	1

* abgeleitet aus einer Indexfrage

** Selbstangabe anhand 6-stufiger Likert-Skala

Datenerhebung

Es wurden problemzentrierte Interviews geführt, um zu ermöglichen, dass einerseits die Befragten ihre Erlebnisse und Erfahrungen und den eigenen Relevanzrahmen in einem geschützten Rahmen selbstläufig narrativ darlegen und andererseits die Forscherin auf der Basis ihres Vorwissens vertiefende Nachfragen stellen konnte [82]. Die Interviews fanden meist in der Wohnung der Frauen (in einem Fall per Telefon) statt und dauerten zwischen 43 und 278 Minuten. Im erzählgenerierenden Eingangsstimulus wurde darum gebeten, so ausführlich zu erzählen, wie es einer Person gegenüber getan würde, die keine Hebamme ist. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, passwortgeschützt gespeichert und vor dem Zugriff Dritter geschützt; sie wurden vollständig transkribiert und pseudonymisiert. Ein Widerruf der Einwilligung war bis

zum Ende der Rekrutierung möglich. Nach Abschluss der Analyse wurden die Audiodateien gelöscht.

Datenauswertung

Die Analyse erfolgte fortlaufend und parallel zur Datenerhebung und begann im transkribierten Text jeweils mit der Eingangserzählung. Die Erstautorin wählte diejenigen Passagen zur Datenauswertung aus, die einen thematischen Bezug zur Forschungsfrage hatten. Es wurden Erzählungen, Beschreibungen und Passagen besonders fokussierter Argumentation identifiziert, da diese am besten die Orientierungen und die eigene Handlungspraxis der Sprechenden zeigen [12]. In der formulierenden Interpretation wurden zunächst Aussagen zu Ober- und Unterthemen zusammengefasst. Die nachfolgende reflektierende Interpretation hatte die Explikation von Orientierungsrahmen zum Ziel, in welchen diese Themen angesprochen wurden. Abschließend wurden in einem komparativen Analyseschritt interne und fallübergreifende Fallvergleiche angestellt, um eine sinngenetische Typenbildung zu erreichen.

Um den lebensweltlichen Erfahrungshintergrund zu veranschaulichen, der allen befragten Frauen gemeinsam ist, wurde im Verfahren der minimalen Kontrastierung „ein ihnen allen gemeinsamer Habitus oder Orientierungsrahmen“ ([11], S. 194) identifiziert. Darunter sind „inkorporierte, kohärente Wahrnehmungs-, Beurteilungs- und Handlungsschemata“ ([9], S. 201) zu verstehen, die sich als grundlegende Typik (Basistypik) herauskristallisieren ([11], S. 194). Diese Basistypik wurde im vorliegenden Fall mit „schwängere Frauen mit großer Angst vor der Geburt“ betitelt.

Wesentliche Interpretationen wurden in einer Forschungswerkstatt, in einem Promotionskolleg und in Einzelgesprächen mit erfahrenen Forscherinnen kommunikativ validiert. Um Transparenz im Forschungsprozess sicherzustellen, führte die Erstautorin ein Forschungstagebuch und dokumentierte die methodenspezifischen Interpretationsschritte in objektiv nachvollziehbarer Weise. Nachdem bei der Analyse des zwölften Interviews keine neuen Aspekte auftauchten, also eine theoretische Sättigung anzunehmen war, wurde die Datensammlung im Januar 2017 beendet.

Ergebnisse

Die Basistypik wird zunächst anhand der Entwicklung der Angst vor der Geburt in der Schwangerschaft entfaltet. Danach folgt die Präsentation charakteristischer lebensweltlicher Erfahrungen und kollektiver Orientierungen innerhalb der Schwangerenvorsorge sowie im Hinblick auf die Geburtsvorbereitung. Die Publikation der Orientierungen der Befragten im Hinblick auf das Geburtsergebnis und drei Typen von Bewältigungsstrategien ist anderweitig erfolgt (Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology).

Die Ergebnisse beruhen auf Aussagen aus den Interviews mit allen zwölf Befragten, daher wird nachfolgend nicht wiederholt auf die Stichprobe hingewiesen. Besonders prägnante Zitate² veranschaulichen die Rekonstruktion.

Entwicklung der Angst vor der Geburt im Verlauf der Schwangerschaft

In der ersten Hälfte der Schwangerschaft tauchen immer wieder Gedanken an die Geburt auf, aber die Frauen haben kaum Gelegenheit zu vergleichen, wie andere es erleben, Mutter zu werden, etwa weil die eigene Mutter verstorben ist oder die Schwester keine Kinder hat. Wenn andere Frauen es vermeiden, ihre Erfahrungen zu schildern, hemmt dies weitere Nachfragen aus der Vermutung heraus, dass sie keine schönen Erinnerungen haben, und um sich selbst vor negativen Schilderungen zu schützen. Wenn Familienangehörige, Freund/innen oder Kolleg/innen des Öfteren schlimme Geburtsgeschichten erzählen, hinterlassen diese einen nachhaltigen Eindruck: die Schwangeren entwickeln die Angst, dass so etwas auch ihnen selbst passieren könnte:

„und solche (.) Geschichten. ähm Ja, weil das sind halt schon Sachen, die Einen dann beunruhigen. Und ob das jetzt bei einem besser läuft?“ (TN 5, 222-3).

Die Bilder setzen sich gedanklich regelrecht fest und tauchen immer wieder auf:

„Weil das is/das habe ich dann als Bild im Kopf und dann geht's mir schlecht“ (TN 2.2, 876-8); „und gerade in diesem Moment meiner Geburt als die Situation so ein bisschen gefährlich war, ist mir diese Geschichte sofort vor die Augen gekommen“ (TN 1, 211-3).

Es verlangt geistige Anstrengung, sich vor solchen Erzählungen zu schützen:

„Ich sag auch allen, die irgendwie von mir/von irgendwelchen Horrorstories, Geburt erzählen. Ich so: ich will das nicht hören“ (TN 2.2, 876-7).

Eine besonders angsteinflößende Wirkung hat die Beschreibung unerträglicher Schmerzen bei der Geburt, die sie von der eigenen Mutter oder Großmutter hören: *„wie Bein amputieren ohne Betäubung“ (TN 12, 125-6)*. Dies führt zu grundlegenden Zweifeln an den Fähigkeiten ihres eigenen Körpers:

„Also, es gibt da bestimmt 'ne genetische Komponente, wie schmerzempfindlich man is' oder wie ängstlich oder (.) über die körperlichen Voraussetzungen. Und ich denke, dass es halt (.) am logischsten wär', sich mit meiner Familie zu vergleichen, weil ja meine Konstitution (.) wahrscheinlich am ehesten mit ihrer vergleichbar is“ (TN 12, 155-9).

Da sich für die Befragten kaum eine Möglichkeit des Gesprächs ergibt, werden die beunruhigenden und als bedrohlich erlebten Gedanken beiseitegeschoben („verdrängt“ TN 2.1, 33) und negative Gefühle zum Selbstschutz vermieden („sonst werde ich ja verrückt“ TN 2.1, 94-5). Sie sehen zu diesem frühen Zeitpunkt keine eigenen Umgangsmöglichkeiten mit der Angst. Je weiter die Schwangerschaft fortschreitet, desto stärker muss eine

kognitive Anstrengung aufgebracht werden, um sich innerlich selbst zu beruhigen. Hierbei ist ein rationaler Optimismus zu erkennen, ein Glauben, alles werde sich zum Besten fügen:

„ich versuch aktiv zu verdrängen. das ist jetzt schwieriger [...] aber das mach ich dann immer, so versuch ich mich wieder so runter zu regulieren und zu sagen ja, das wird schon alles“ (TN 2.2, 118-21).

Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft drängt sich die Tatsache, dass die Geburt sich unausweichlich nähert, hartnäckig in den Vordergrund und wird wie ein Countdown erlebt:

„jetzt sind es noch sieben Wochen, das ist weniger als acht, das ist richtig nah [...] und dann ist mir auf einmal aufgefallen, okay, weniger als acht Wochen. Das ist echt ganz schön wenig, vor allem wenn's dann// jetzt sind's noch fünf. und wenn's dann wirklich weniger als vier sind, dann ist es eigentlich schon fast morgen. so gefühlt“ (TN 2.2, 845-50).

Tagsüber, wenn sie allein sind und zur Ruhe kommen, oder nachts im Bett, kreisen die Gedanken rund um die Geburt. Sie haben das Gefühl, ihr nicht entkommen zu können. Tagsüber fühlen sich die Befragten leicht reizbar, ungeduldig und innerlich unruhig bis hin zur Panik. Sie wollen sich ablenken, um diesen belastenden Gedanken aus dem Weg zu gehen. Mehrgebärende sehen ihre Angst sehr stark mit ihren vorangegangenen Erfahrungen verknüpft und schildern ihre erste Geburt als ein Ereignis, dessen Heftigkeit sie überrascht und überfordert hat. Rückblickend bewerten sie ihre Vorbereitung auf die erste Geburt als unzureichend, etwa wenn sie an keinem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen hatten:

„ich war da so'n bisschen (.) gutgläubig oder so, hab gedacht, wenn 'ne afrikanische Frau im Busch ihr Kind bekommt, da hat die auch keinen Geburtsvorbereitungskurs, aber dann die Geburt selber, die habe ich doch als (.) ich weiß nicht (.) als überraschend heftig empfunden im Sinne von, dass man so Kontrollverlust hat und auch die Intensität des Schmerzes“ (TN 3.1, 38-43).

Als besonders angstausslösend wird rückblickend erinnert, während heftiger Wehen vollständig die Kontrolle über den eigenen Körper verloren zu haben:

„ich hätte mich da besser vorbereiten müssen, was die Schmerzintensität, glaub ich, angeht (.) weil die hat mich echt [...] also das hat, die Gewalt wie der Körper, wie der das alles selber (.) macht, das fand ich schlimm, das fand ich ganz erschreckend, ganz ehrlich gesagt“ (TN 3.1, 123-7).

Mit dem eigenen Partner über ihre Angst vor der Geburt zu sprechen, ist für die Schwangeren kaum eine Hilfe. Sie werden auf später vertröstet: *„mach Dir doch keinen Kopf, noch ist es nicht soweit“ (TN 4, 249)*; oder sie fühlen sich nicht ernst genommen:

„dass man dann [...] äh (.) j/belächelt wird, weil naja (.) ja, haben ja schon andere geschafft“ (TN 5, 710-2).

Auch wenn ihnen in guter Absicht die Angst regelrecht abgesprochen wird, sie „es etwas lockerer angehen lassen und [...] (sich) nicht so viele Gedanken machen“ sollen (TN 5, 792-3), ist das für sie keinesfalls hilfreich.

Erfahrungen und Orientierungen in der Schwangerenvorsorge

Die Schwangeren werden in ein medizinisches Versorgungssystem eingewoben, wobei die frauenärztliche Praxis der erste Anlaufpunkt für die Schwangeren ist. Eine Hebamme wird nicht nach ihrem Leistungsangebot, sondern nach subjektiven Kriterien („Wie sieht 'se aus? Also, ob sie nett rüberkommt.“ TN 11, 125-5) ausgesucht; darüber, wie sich ärztliche und Hebammenbetreuung ergänzen, ist jedoch wenig bekannt:

„ich hab's ehrlich gesagt noch nicht ganz durchschaut, was jetzt wessen Aufgabe ist“ (TN 2.1, 167-8).

Mit der Vorstellung, von einer Beleghebamme betreut zu werden, werden große Hoffnungen verbunden („das wäre ein Traum“ TN 8, 896). Dahinter steht der Wunsch, bereits in der Schwangerschaft die Person zu kennen, die bei der Geburt dabei sein wird, und Vertrauen zu ihr aufzubauen: dass

„im Krankenhaus jemand da ist, den man schon kennt oder ne. Ja, also mit dem man vorher schon mal gesprochen hat und dass nicht alles komplett fremd ist“ (TN 5, 1163-5).

Einem solchen schlechten Versorgungsangebot sehen sich die Befragten hilflos ausgeliefert:

„wenn man eine Beleghebamme in [Stadt] möchte, dann müsste man eigentlich während man Sex hat da anrufen“ (TN 2.1, 120-3).

In der ärztlichen Schwangerenvorsorge sehen die Frauen kaum Gelegenheit, über ihre Angst zu sprechen und Hilfe zu erhalten:

„da geht es meistens wirklich um medizinische Untersuchungen [...] aber Beratung is' da nich' so“ (TN 5, 1112-4).

Sie sehen die Aufgaben des Arztes/der Ärztin in einer allgemeinen und unpersönlichen Risikoselektion:

„weil der/man weiß der macht jetzt das Grobe und guckt, dass das alles läuft“ (TN 2.2, 527-8).

Die bevorstehende Geburt ist eher kein Gesprächsthema, die Befragten sprechen aber auch von sich aus das Thema gegenüber dem Arzt/der Ärztin nicht an:

„Ich weiß auch nicht, wie das vorgesehen ist“ (TN 5, 439).

Mit Hebammen können die Befragten die Geburt zur Sprache bringen, doch es schließt sich auch mit ihr kaum ein ausführliches Gespräch an:

„ja dann hat man Wehen und dann kann man noch 'ne PDA machen und es wird halt alles ganz schnell erklärt“ (TN 4, 411-3).

Dagegen haben regelmäßige Gespräche bei einer vertrauten Hebamme das Potenzial, entlastend und angstlindernd erlebt zu werden, weil man

„so' n Ort hat, wo man so diese ganzen Fragen auch stellen kann [...] und jemand da ist, der Bescheid weiß und der sich damit auskennt [...] durch die Kompetenz hat das nochmal mehr Gewicht dann, mehr Beruhigungsgewicht“ (TN 2.2, 501-13).

Eine gelöste Atmosphäre bei der Hebamme kann sich auf die Schwangere übertragen:

„kurz nach'm Hebammentermin bin ich tatsächlich ähm immer ein bisschen entspannter“ (TN 2.2, 58-9).

Dass die Hebamme die Initiative ergreift und aktive Angebote macht, wird als sehr positiv erlebt:

„sie war irgendwie vorbereitet, hatte [...] noch 'n Buch mit, Empfehlungen, die ich noch lesen kann (.) ohne, dass ich vorher gefragt habe danach. Das kam so von allein“ (TN 4, 445-8).

Da sich die Befragten selbst oft als unzulänglich und schwach empfinden, können negative Gefühle auftauchen, wenn sie das Gefühl haben, an sie gestellte Anforderungen nicht erfüllt zu haben:

„man kriegt halt häufig irgendwie so ein schlechtes Gewissen verpasst, dass man nicht/sich nicht genug informiert hat, sich nicht genug gekümmert hat“ (TN 5, 336-7).

Schwangere Frauen mit großer Angst vor der Geburt sind sehr aufmerksam, was Ärzte/Ärztinnen oder Hebammen zu ihnen sagen. Sie erleben es als sehr beruhigend, wenn sie in der Schwangerenvorsorge die Bestätigung erhalten, dass alles in Ordnung ist, wie etwa

„sie haben ja 'ne Bilderbuchschwangerschaft“ (TN 9, 982-3).

Wenn bei fehlenden Auffälligkeiten eine Nachfrage, ob alles in Ordnung sei, nicht unbedingt positiv beantwortet wird:

„ja es sieht so danach aus, dass alles in Ordnung ist, aber zu 100% kann ich ihnen das natürlich nicht sagen“ (TN 2.1, 708-10),

kann dies die Frauen unnötig beunruhigen. Bereits ein gering auffälliger Laborbefund in der Schwangerenvorsorge, etwa ein erhöhter Glucosewert, wird von den Befragten als persönliche Schwäche interpretiert:

„und naja, da denkt man halt auch irgendwie, dass man halt so ein bisschen unzulänglich ist [...] weil irgendwie der Zucker nich' richtig abgebaut wird und dann hat man Angst, dass man dem Kind geschadet hat jetzt bis zu diesem Zeitpunkt“ (TN 5, 276-90).

Kommentare zu Befunden im Schwangerschaftsverlauf werden oft wörtlich erinnert. Die Schwangeren leiten aus diesen eine Prophezeiung für die bevorstehende Geburt ab, etwa wenn der Arzt/die Ärztin beim Ultraschall sagt, das Kind habe seinen großen Kopf vom Vater geerbt oder sei recht groß im Verhältnis zur Größe der Frau:

„also da hätt' ich am liebsten gehabt, sie hätte es gar nicht gesagt. //Ja// Sie hat es ja nicht bö's gemeint, meine Ärztin. Aber eigentlich (.) wär' besser gewesen, ich hätt's nicht gewusst“ (TN 9, 1477-9).

Solch eine Aussage kann hartnäckig im Gedächtnis bleiben und die Angst vor der Geburt verstärken:

„Ich hoffe dann, wenn's soweit is', dass ich nicht die ganze Zeit drüber nachdenk', dass er vielleicht nich' äh so klein is'.“ (TN 9, 1485-6).

Bei den Befragten ist eine große Motivation vorhanden, ärztlichem Rat zu folgen:

„alles so gut wie möglich zu erfüllen, was/ was die Ärzte (.) sagen“ (TN 5, 302-3).

Im Fall, dass die Schwangeren ihre Fragen mehreren Professionellen stellen, führen unterschiedliche Auskünfte, etwa ob trotz eines gerinnungshemmenden Medikaments eine Periduralanästhesie (PDA) möglich ist oder ob eine PDA grundsätzlich bei einer Geburt empfohlen werden kann, zu großer Verunsicherung und Ratlosigkeit.

Erfahrungen und Orientierungen im Hinblick auf die Geburtsvorbereitung

Im Geburtsvorbereitungskurs erwarten die Frauen, für sie wichtige Informationen zur Geburt zu erhalten, beispielsweise zu Verfahren der Schmerzerleichterung, und Geburtspositionen auszuprobieren. Andererseits haben sie nur unklare Vorstellungen davon, was genau in einem solchen Kurs stattfinden wird:

„also was da genau (.) gemacht wird, worüber informiert wird, (.), weiß ich noch nicht. Also was man aus'm Fernsehen kennt halt, ne? Also irgendwie Atmen und so“ (TN 5, 820-2).

Die befragten Schwangeren wollen im Kurs ein realistisches Bild davon bekommen, was bei der Geburt auf sie zukommt:

„eine Ehrlichkeit, dass man einfach sagt, das tut saueh. Sie müssen da @³durch@. Statt halt: ja es wird schon nicht so schlimm“ (TN 4, 480-1).

Sie möchten erfahren, was sie selbst bei der Geburt tun können:

„ich möchte da rangehen, dass ich weiß, was ich mit mir machen kann. Wie ich mit meinem Körper arbeiten kann“ (TN 11, 859-61).

Ein besonders wichtiger Aspekt ist, dass nicht die gesamte Geburt aus Schmerzen besteht, sondern dass es Wehenpausen zum Ausruhen gibt und dass sie zur Bewältigung der Wehen ihre Atmung nutzen können:

„also, so wie sie es jetzt beschrieben hat, so 'ne Wehe kann ich so schön weg atmen. Mensch, dann/ das kann mir doch nur helfen“ (TN 11, 520-1).

Die Befragten befürchten, dass durch die Thematisierung von Geburtskomplikationen im Geburtsvorbereitungskurs ihre Angst vor der Geburt zunimmt. Insbesondere über schwere Komplikationen möchten die Schwangeren nichts wissen, außer wenn die Frau selbst Handlungsmöglichkeiten hätte, diesen Komplikationen vorzubeugen (TN 2.2, 664-74). Die Schwangeren möchten aber über häufig eingesetzte Maßnahmen während der Geburt informiert sein, damit sie vorbereitet sind, etwa wenn während der Geburt eine Blutabnahme am Kopf des Kindes erfolgen soll:

„Im Nachhinein fand ich's gut, dass sie's gesagt hat“ (TN 11, 949).

Die Gestaltung der Geburtsvorbereitung als Gruppenkursangebot ist für die Befragten positiv, da dadurch die Gelegenheit zum Austausch mit Gleichgesinnten besteht und sie erkennen:

„okay, die anderen haben die gleichen Probleme“ (TN 2.2, 62).

Sich im Kurs mit anderen Frauen richtig in die Situation hineinzusetzen, kann „befreiend“ (TN 11, 535) wirken. In der Konfrontation mit normativen Verhaltenserwartungen im Austausch mit anderen ist der Wunsch erkennbar, sich von Idealen loszusagen und einen unabhängigen, eigenen Weg finden zu wollen:

„halt so: „Du musst unbedingt das!“ Und: „Ich würde nicht stillen.“ „Ich würde unbedingt stillen. Und mindestens zwei Jahre.“ [...] da denke ich immer: „Leute, das sind eure Erfahrungen. (.) Ich muss die selbst machen“ (TN 9, 335-43).

Zudem kann das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit einen Leistungsdruck über die beste Art der Geburtsvorbereitung und eine Angst zu Versagen auslösen:

„und dann denke ich, oh Gott, das habe ich überhaupt noch gar nicht. Muss ich das jetzt auch machen, und dann entsteht so'n Druck“ (TN 2.2, 64-5).

Unabhängig von möglichem Leistungs- und Konkurrenzdruck hat ein Geburtsvorbereitungskurs das Potenzial, die Angst vor der Geburt zu lindern:

„und ich glaub', wir haben beide, sind viel sicherer aus dieser Geschichte gegangen. Wo wir endlich mal richtige Informationen, einfach nur sachliche Informationen bekommen haben“ (TN 9, 608-09).

Die Befragten wünschen sich, dass der Partner sie zum Kurs begleitet und dort erfährt, wie er sie während der Geburt konkret unterstützen kann. Eigene Ängste und Fehlinformationen des Partners sollen dort besprochen und korrigiert werden. Die Schwangeren legen viel Hoffnung in die Begleitung durch den Partner bei ihrer Geburt: der Partner soll eine beruhigende Wirkung auf sie haben, wenn sie selbst unruhig oder ängstlich werden:

„da is ja mein Mann auch da, der dann wieder, mein Positivdenker, der mich dann wieder ein bisschen in die andere Richtung lenkt, denk ich mal, hoffentlich“ (TN 11, 555-7).

In ihrem Bestreben, gut auf die Geburt vorbereitet zu sein, zeigen die befragten Schwangeren eine hohe Motivation, auch andere Angebote wie Yoga oder Atemarbeit – über die Geburtsvorbereitung hinaus – zu besuchen, empfinden aber eine große Unsicherheit, die Nützlichkeit und Qualität von Angeboten zu beurteilen. Dabei kann das vielfältige Angebot einer Großstadt verwirren und die Schwangere sieht sich als „leichte Beute“ (TN 5, 1100) dubioser Angebote. Um informiert und selbstbestimmt entscheiden zu können, möchten sie eine professionelle Beratung erhalten.

Diskussion

Die Stärke dieser Studie besteht darin, dass die Befragten eine hohe Bereitschaft hatten, über ihre Angst zu spre-

chen, und sie außerdem aus ihrer unmittelbar erlebten Situation heraus berichteten, es also keine Erinnerungsverzerrung (Recall Bias) gibt. Vor Beginn der Interviews konnte das Niveau an Angst vor der Geburt in Ermangelung eines validen deutschsprachigen Assessmentinstruments nicht verlässlich erfasst werden. Die Verwendung der Selbstangabe, unter gAvG zu leiden, als Einschlusskriterium kann einerseits als zu subjektiv kritisiert werden, andererseits könnte sie zu einer heterogenen Stichprobe beigetragen haben. Die Entwicklung, Validierung und der Einsatz eines deutschsprachigen Assessment-Instruments können zukünftig dazu beitragen, große Angst vor der Geburt bei Schwangeren zuverlässiger zu erkennen und hilfreich für die interdisziplinäre Kommunikation und Zuweisung, etwa zu Psychotherapeut/innen, sein.

Die befragten Frauen unterschieden sich im Hinblick auf Parität, Herkunftsland, Einkommen sowie Grad der Unterstützung durch den Partner und geplantem Geburtsmodus, so dass die Stichprobe Daten mit einer hinreichenden Repräsentanz lieferte, die einen validen und detaillierten Einblick in basistypische Erlebens- und Erfahrungshintergründe schwangerer Frauen mit großer Angst vor der Geburt geben. Allerdings konnten keine Frauen mit geringem Bildungsstand (Haupt- oder kein Schulabschluss) in die Studie eingeschlossen werden. Es gilt als generell schwierig, Personen aus nicht privilegierten Lebenslagen für Studien zu gewinnen [26]. Da diese Frauen in dieser Arbeit nicht erreicht wurden, ist es unklar, wie sich ihre Erlebens- und Erfahrungshintergründe unterscheiden.

Die ursprüngliche Befürchtung der Forscherin, das ausführliche Interview könnte von der Schwangeren als Belastung empfunden werden, bestätigte sich nicht. Keine der Befragten äußerte im Anschluss an das Interview den Wunsch nach Kontakt zu einer Psychotherapeutin/ einem Psychotherapeuten.

Mangel an Wissen und Austausch im familiären Kreis über Geburt und Verdrängung der Angst

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen Erkenntnisse einer schwedischen Arbeit (n=20) [21], dass Schwangere mit großer Angst vor der Geburt einerseits versuchen, das Thema Geburt und damit ihre Angst zu vermeiden, andererseits aber auch das Bedürfnis haben, die Angst zu bearbeiten und zu bewältigen; darüber hinaus fällt es Schwangeren schwer, die Angst gegenüber anderen anzusprechen; sie wünschen sich daher, dass die Hebamme nach Angst fragt und Offenheit signalisiert. Beim Umgang mit der Angst sind neben der Ausbildung von hilfreichen Denkstrategien, wie Hoffnung, Zuversicht oder Glaube an ein positives Schicksal, vor allem die Gespräche im sozialen Umfeld und mit Professionellen sowie die eigene Suche nach Wissen (etwa aus Büchern) wesentliche Aktivitäten von schwangeren Frauen mit gAvG [47]. Diese Erkenntnisse können Ansatzpunkte für eine einfühlsame Betreuung liefern.

Ein neues Ergebnis dieser Studie ist, dass Geburtserfahrungen im direkten sozialen Umfeld der Befragten tabuisiert werden, was den Mangel an Austausch und Wissen über Geburt [47] auch in einem vertrauten Umfeld deutlich macht. Angesichts dessen ist nachvollziehbar, dass „Horrorstories“, die von anderen erzählt werden, eine besondere Belastung darstellen und zu Fehlannahmen über die Geburt führen können. Auch im Fernsehen werden Geburten meist übertrieben risikoreich, dramatisch und schmerzhaft dargestellt [42]. Studien aus Kanada und England belegen, dass dies – zusammen mit Erzählungen zu komplizierten Verläufen und Notfällen – sogar bei jungen nicht-schwangeren Frauen und Männern zu vermehrter Angst vor einer späteren Geburt beitragen kann [74], [76]. Hebammen sind daher gefordert, pädagogisch-didaktische Konzepte zu entwickeln, um positive Erfahrungen einer physiologischen Geburt zugänglich zu machen und Aussagen zu Geburtsrisiken angemessen mit schwangeren Frauen zu reflektieren. Ob sich hierfür die aus der Biografiearbeit bekannte und in vielen deutschen Städten angebotene Methode des Erzählcafés [59] eignet, müsste eine Evaluation zeigen.

Was die Suche nach Informationen im Internet betrifft, die heute für Schwangere Normalität ist [39], [64], so ist es problematisch, dass Nutzerinnen keine Hilfen erhalten, um die Qualität der gefundenen Information zu beurteilen [9]. Damit Schwangere mit gAvG ihr Bedürfnis nach Aufklärung und Information befriedigen können, kommt einer gesundheitspolitisch initiierten Planung, Bereitstellung und Qualitätssicherung evidenzbasierter und leicht zugänglicher gesundheitlicher Aufklärung und Gesundheitsinformation über Geburt und über Angebote von Geburtskliniken eine hohe Bedeutung zu. In die Erstellung dieser Informationsangebote sollten Schwangere eingebunden werden. Hebammen sollten auf empfehlenswerte Angebote hinweisen, um dem Gefühl der Unüberschaubarkeit der Angebote entgegenzuwirken.

Information und Unterstützung planen und vertrauensvolle Beziehung gestalten

Es ist bekannt, dass Schwangere vor allem dann Zuversicht im Hinblick auf die bevorstehende Geburt entwickeln, wenn sie sich informiert und in Entscheidungsprozesse einbezogen fühlen und wenn ihnen von professioneller Seite ein Vertrauen in ihre Kräfte vermittelt wird [7]. Dies findet sich in Konzepten für eine psychosomatisch orientierte Geburtshilfe [36], [52], [72].

Schwangere mit gAvG benötigen Informationen zur Gestaltung der Schwangerenvorsorge und -betreuung durch Hebammen und Ärzt/innen, zur Physiologie von Geburt und Schmerz mit Erläuterung der Bedeutung von Körperhaltung und Bewegung sowie Atmung und Entspannung für den Geburtsverlauf, zu Routinemaßnahmen in der Klinik, zu nicht-medikamentösen und medikamentösen Verfahren der Schmerzbewältigung und -linderung und deren Vor- und Nachteilen sowie zu einem elektiven Kaiserschnitt inklusive Entscheidungshilfen, als essenzielle

Voraussetzung für die Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungsrechts [32]. Auch das Erleben der Wehen und der bei einer Geburt auftretende Kontrollverlust stellen wichtige Inhalte dar. Hebammen sollten von Beginn an und routinemäßig in der Schwangerenberatung ausreichend Zeit einplanen, um einem Gespräch zu Ängsten vor der bevorstehenden Geburt ausreichend Raum zu geben. In einer finnischen Befragung von Müttern kurz nach der Geburt (n=20) [45] war beispielsweise das präpartale Aufschreiben der eigenen Ängste für die Klinikakte hilfreich.

Die Befragten dieser Studie wünschen eine Hebammenbetreuung, die dem kontinuierlichen Versorgungsmodell („midwife-led continuity model“) entspricht, das mit größerer Zufriedenheit, weniger Interventionen während der Geburt und besseren geburtshilflichen Outcomes [14], [63], auch für Frauen mit großer Geburtsangst [33], [75], in Zusammenhang steht. Allerdings ist es nicht die reine Anwesenheit der Hebamme, sondern ihre Kompetenz, mit der Angst der Schwangeren umzugehen [30] sowie einen angemessenen Betreuungsstil und eine unterstützende Führungsrolle anzubieten [44], die den Ausschlag gibt. Eine Herausforderung für die Hebammen ist, dass möglicherweise gerade bei Frauen mit großer Angst ein Gespräch dazu führen kann, dass ihnen die Angst bewusster wird bzw. das gefühlte Angstniveau ansteigt, wie dies eine schwedische Studie von 11% der retrospektiv befragten Frauen (n=10/94) und 26% der Männer (n=11/43) berichtet [23].

Eine praktische Herausforderung stellt das Risikoassessment für die Geburtsplanung bei einer Schwangeren mit gAvG dar. Ein neues Ergebnis dieser Studie ist, dass prognostizierende Aussagen, etwa zur Größe des Kindes, von Schwangeren mit gAvG sehr aufmerksam wahrgenommen werden und ihre Angst verstärken können. Auch können Schwangere mit gAvG schon bei geringen Abweichungen, etwa von Laborwerten, anhaltende Schuldgefühle im Hinblick auf mögliche negative Folgen einer Mangelfunktion ihres Körpers für das ungeborene Kind entwickeln. Hier zeigt sich eine Verbindung zu der feministischen Kritik, dass die heute bestehende Risiko-Fokussierung und Ökonomisierung in der Geburtsmedizin in Deutschland zu einer problematischen Überantwortung einer gelingenden Schwangerschaft auf die schwangere Frau führen kann [34]. Es sind daher strukturelle Änderungen empfehlenswert, die eine Geburtskultur anstreben, die durch eine wertschätzende Fürsorge-(Care-)Beziehung zwischen Hebammen und Ärzt/innen einerseits und schwangeren/gebärenden Frauen andererseits gekennzeichnet ist.

Geburtsvorbereitung als Ort, um eine reale Vorstellung von einer Geburt zu gewinnen

Für die Befragten dieser Studie hat – neben der Unberechenbarkeit einer Geburt – das Thema Schmerz eine besondere Wichtigkeit, da sie sehr den Fähigkeiten des

eigenen Körpers misstrauen – wie es auch in anderen Studien beschrieben wurde [61], [67]. Wenn die große Angst vor der Geburt jedoch dazu führt, überhaupt kein Angebot zur Geburtsvorbereitung wahrzunehmen [27], [69], fehlt diesen Frauen das Wissen zu nicht-medikamentösen und medikamentösen Verfahren der Schmerzleichterung, das zu einer Verringerung der Angst vor der Geburt beitragen könnte [2]. Hier wäre eine individuelle Begleitung von Frauen mit gAvG in ihrer Schwangerschaft hilfreich, in der einerseits die persönlichen Ängste wahrgenommen und andererseits das Wissen über Angebote der gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen vermittelt werden könnte.

Es stellt sich die Frage, wie der Bedarf von Frauen mit gAvG an Austausch mit Peers und sozialer Unterstützung zur Bewältigung ihrer Situation gefördert werden kann, ohne Frauen zu bestimmten Entscheidungen zu überreden [40]. Zudem sind Hebammen gefordert, mit den subjektiv empfundenen Unzulänglichkeiten der Teilnehmerinnen und ggf. einem hinderlichen Konkurrenzdruck innerhalb der Gruppe angemessen umzugehen. Auch der Einbezug des Partners und seiner eigenen Ängste [22] bzw. der Begleitperson muss berücksichtigt werden. Angebote zur Geburtsvorbereitung sind daher psychologisch [25], [24] und lerntheoretisch [15], [62] zu fundieren und sorgfältig didaktisch zu planen, um eine positive und bestärkende Wirkung zu entfalten.

Bedürfnisorientierte Versorgung von Schwangeren mit gAvG

Es sollte ein umfängliches Versorgungskonzept für Schwangere mit großer Angst vor der Geburt entwickelt werden, welches sowohl die ambulante als auch die stationäre Betreuung abdeckt. Das ambulante Versorgungsangebot für Schwangere mit gAvG sollte durch theoriebasierte Einzel-/Gruppen-Psychoedukation mit Entspannung durch Hebammen und durch therapeutische Gespräche nach Art der kognitiven Therapie durch Psychotherapeut/innen – Verfahren, die sich in Studien als wirksam erwiesen haben [74] – erweitert werden. Dadurch würden alle Schwangeren mit gAvG eine individuelle Unterstützung zur Bewältigung ihrer Angst vor der Geburt erhalten. Da die von den Befragten gewünschte Geburtsbetreuung durch eine Beleghebamme u.a. aufgrund struktureller Gegebenheiten und fehlender Ressourcen in Deutschland nicht überall umsetzbar erscheint, ist es eine offene Frage, wie eine vertrauensvolle Anbindung an die Klinik organisiert werden kann, damit die Bedürfnisse von Schwangeren mit gAvG beachtet werden können. Es ist bekannt, dass Schwangere vor allem dann Zuversicht im Hinblick auf die bevorstehende Geburt entwickeln, wenn sie sich informiert und in Entscheidungsprozesse einbezogen fühlen und wenn ihnen von professioneller Seite ein Vertrauen in ihre Kräfte vermittelt wird [7]. Statt eines Geburtsplans scheint ein ausführliches Gespräch in der Geburtsklinik über Wünsche, Werte und Wahlmöglichkeiten besser zur Vertrauensbildung geeignet zu sein [16].

Innerhalb des stationären Bereichs ist es wichtig, dass alle an der Versorgung beteiligten Personen auf den erweiterten Betreuungsbedarf einer Schwangeren mit gAvG aufmerksam gemacht werden. Die Etablierung von Standards einer respektvollen Betreuung von schwangeren Frauen können zur Prävention von gAvG als Folge von unangemessener, grenzüberschreitender Behandlung in der Klinik [43] beitragen. In schwedischen Publikationen wird auf interdisziplinäre Abteilungen, sog. „Aurora-Teams“ [80] hingewiesen; Konzepte sind jedoch auf Deutsch nicht verfügbar. Es wäre auch ein Kommunikationskonzept denkbar, das bereits in einer Klinik in England erfolgreich eingesetzt wurde [45]. Dort wurde für vulnerable Schwangere ein auffälliger Aufkleber auf der Klinikakte eingesetzt, ergänzt durch Notizen zur emotionalen Verfassung der Schwangeren in der Akte; zusätzlich wurde eine mehrtägige Weiterbildung für das Personal angeboten. Laut Autor/innen trat bei 53 Frauen, die nach diesem Konzept betreut wurden, keine traumatische Geburtserfahrung infolge schlechter, unangemessener Betreuung auf. Zudem wurde insgesamt ein größeres Augenmerk auf das psychische Wohlbefinden von Schwangeren und Gebärenden gelegt [45]. Da die Gesamtevaluation jedoch nicht publiziert wurde und unerwünschte Wirkungen wie Etikettierung (Labeling) zu bedenken sind, sollten hierfür – wie für alle Interventionen für Schwangere mit gAvG – eine Machbarkeitsstudie und fortlaufende Evaluation vorgesehen werden.

Schlussfolgerung

Hebammen, die Schwangere mit gAvG betreuen, benötigen spezielle Kenntnisse, um den Betreuungsprozess angemessen, d.h. auch pädagogisch-didaktisch zielführend, zu gestalten [44], daher sollten bereits in der Primärqualifikation psychologische Grundkenntnisse über die besonderen Bedürfnisse von Schwangeren mit großer Geburtsangst sowie pädagogisch-didaktische Kompetenzen bei der Beratung und Betreuung dieser Frauen vermittelt werden. Für die Durchführung von Einzel- oder Gruppen-Psychoedukation und Beratung [74] ist allerdings eine weiterführende Qualifikation erforderlich, um Lernprozesse zur Bewältigung der gAvG anregen und begleiten zu können.

Zur Erfassung der Geburtserfahrung wird ein Assessmentinstrument benötigt, das bisher nicht auf Deutsch vorliegt. Daher wird die Übersetzung und Validierung des englischsprachigen Pregnancy and Childbirth Questionnaire (PCQ) [77] empfohlen.

Zukünftige Forschungsarbeiten könnten den Zusammenhang von Erfahrungshintergründen, wie etwa einem geringen Bildungsstand (Haupt- oder kein Schulabschluss), der geografischen Herkunft oder dem Umgang mit der großen Angst vor der Geburt (soziogenetische Typenbildung), untersuchen und dadurch vertiefte Erkenntnisse erbringen.

Anmerkungen

¹ Mit der Bezeichnung Hebamme sind sowohl weibliche als auch männliche Berufsangehörige gemeint.

² In den Zitaten sind Sprechpausen in Sekunden als Punkte in Klammern angegeben.

³ Die Einrahmung eines Wortes durch das Zeichen „@“ steht für eine lachende Äußerung.

Interessenkonflikte

Die Autorinnen erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Förderung

Die Erstautorin erhielt für die Durchführung der Forschungsarbeit 300 Euro durch die Hebammengemeinschaftshilfe (HGH e.V.) und 1.500 Euro als Forschungsstipendium von der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF e.V.). Es ergab sich daraus jedoch kein Interessenkonflikt, da die Sponsoren keinen Einfluss auf die Planung der Arbeit sowie die Datenerhebung, Analyse und Ergebnisse hatten.

Literatur

- Adams S, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*. 2012;119(10):1238-46. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x
- Aksoy M, Aksoy AN, Dostbil A, Celik MG, Ince I. The Relationship between Fear of Childbirth and Women's Knowledge about Painless Childbirth. *Obstet Gynecol Int J*. 2014;2014:274303. DOI: 10.1155/2014/274303
- Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(1):56-62. DOI: 10.1002/cam4.1016
- Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth*. 2012;25(3):e37-43. DOI: 10.1016/j.wombi.2011.09.002
- Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. *J Psychosom Res*. 1984;28(3):213-20. DOI: 10.1111/mec.13956
- Asendorpf J, Caspar F. Angst. In: Wirtz MA, editor. *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Hogrefe; 2019 [accessed 2019 Mar 06]. Available from: <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/angst-1/>
- Avery MD, Saftner MA, Larson B, Weinfurter EV. A systematic review of maternal confidence for physiologic birth: characteristics of prenatal care and confidence measurement. *J Midwifery Womens Health*. 2014;59(6):586-95. DOI: 10.1111/jmwh.12269
- Berentson-Shaw J, Scott KM, Jose PE. Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *J Reprod Infant Psychol*. 2009;27(4):357-73. DOI: 10.1080/02646830903190888

9. Bertelsmann Stiftung. Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Ein Literaturueberblick zu theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden. 2018[accessed 2019 Dec]. DOI: 10.11586/2017051
10. Blasius J, Schmitz A. Sozialraum- und Habituskonstruktion. Die Korrespondenzanalyse in Pierre Bourdieus Forschungsprogramm. In: Lenger A, Schneikert C, Schumacher F, editors. Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus: Grundlagen, Zugaenge, Forschungsperspektiven. Wiesbaden: Springer VS; 2013. p. 201-20.
11. Bohnsack R. Dokumentarische Methode und die Logik der Praxis. In: Lenger A, Schneikert C, Schumacher F, editors. Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Wiesbaden: Springer VS; 2013. p. 175-200.
12. Bohnsack R. Praxeologische Wissenssoziologie. Berlin, Toronto: Barbara Budrich Opladen; 2017.
13. Bohnsack R. Rekonstruktive Sozialforschung. Einfuehrung in qualitative Methoden. 9th ed. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich; 2014.
14. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;7:CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
15. Carlsson IM, Ziegert K, Nissen E. The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery.* 2015;31(10):1000-7. DOI: 10.1016/j.midw.2015.05.005
16. DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(1):31.e1-31.e4. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.09.087
17. Dehghani M, Sharpe L, Khatibi A. Catastrophizing mediates the relationship between fear of pain and preference for elective caesarean section. *Eur J Pain.* 2014;18(4):582-9. DOI: 10.1002/j.1532-2149.2013.00404.x
18. Downe S, Finlayson K, Tuncalp O, Glmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG.* 2016;123(4):529-39. DOI: 10.1111/1471-0528.13819
19. Dweik D, Sluijs AM. What is underneath the cesarean request? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015;94(11):1153-5. DOI: 10.1111/aogs.12692
20. Elvander C, Chattingius S, Kjerulf H. Birth Experience in Women with Low, Intermediate or High Levels of Fear: Findings from the first Baby Study. *Birth.* 2013;40(4):289-96. DOI: 10.1111/birt.12065
21. Eriksson C, Jansson L, Hamberg K. Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery.* 2006;22(3):240-8. DOI: 10.1016/j.midw.2005.10.002
22. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Content of childbirth-related fear in Swedish women and men – analysis of an open-ended question. *J Midwifery Womens Health.* 2006;51(2):112-8. DOI: 10.1016/j.jmwh.2005.08.010
23. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: A population based study. *J Psychosom Obstet Gynaeco.* 2005;26(1):63-72. DOI: 10.1080/01674820400023275
24. Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(7):617-22. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.07.002
25. Escott D, Spiby H, Slade P, Fraser RB. The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery.* 2004;20(2):144-56. DOI: 10.1016/j.midw.2003.11.001
26. Esser H. Ueber die Teilnahme an Befragungen. *ZUMA Nachrichten.* 1986;10(18):38-47. URN: urn:nbn:de:0168-ssoar-210300
27. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstrom U. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery.* 2004;20(3):226-35. DOI: 10.1016/j.midw.2004.01.003
28. Faisal I, Matinnia N, Hejar AR, Khodakarami Z. Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery.* 2014;30(2):227-33. DOI: 10.1016/j.midw.2013.08.011
29. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery.* 2010;26(4):394-400. DOI: 10.1016/j.midw.2008.10.011
30. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Soc Sci Med.* 2006;63(1):64-75. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.11.065
31. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Oian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205(1):45 e1-9. DOI: 10.1016/j.ajog.2011.03.043
32. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. *Bundesgesetzblatt. Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9.*
33. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlstrom A, Haines H. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sex Reprod Healthc.* 2018;16:50-5. DOI: 10.1016/j.srhc.2018.02.006
34. Jung T. Die „gute Geburt“ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwaertigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Oekonomisierung des Geburtshilfesystems. *Gender – Zeitschrift fuer Geschlecht, Kultur und Gesellschaft.* 2017;9(2):30-45.
35. Junge C, von Soest T, Weidner K, Seidler A, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S. Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth.* 2018;45(4):469-77. DOI: 10.1111/birt.12349
36. Junge-Hoffmeister J, Weidner K, Bittner A. Psychische Erkrankungen waehrend der Schwangerschaft. In: Weidner K, Rauchfu M, Neises M, editors. Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde. Koeln: Deutscher Aerzte Verlag; 2012. p. 292-304.
37. Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sex Reprod Healthc.* 2011;2(3):93-9. DOI: 10.1016/j.srhc.2011.03.002
38. Kennedy HP, Cheyney M, Dahlen HG, Downe S, Foureur MJ, Homer CSE, et al. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth.* 2018;45(3):222-231. DOI: 10.1111/birt.12361
39. Lagan B, Sinclair M, Kernohan W. What is the Impact of the Internet on Decision-Making in Pregnancy? A Global Study. *Birth.* 2011;38(4). DOI: 10.1111/j.1523-536X.2011.00488.x
40. Lhnen J, Albrecht M, Muehlhauser I, Steckelberg A. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. 2017 [accessed 2019 Dec]. Available from: <https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/leitlinie-evidenzbasierte-gesundheitsinformation-fin.pdf>

41. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;21(4):219-24. DOI: 10.3109/01674820009085591
42. Luce A, Cash M, Hundley V, Cheyne H, van Teijlingen E, Angell C. "Is it realistic?" the portrayal of pregnancy and childbirth in the media. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:40. DOI: 10.1186/s12884-016-0827-x
43. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(5):508-17. DOI: 10.1111/aogs.12593
44. Lyberg A, Severinsson E. Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *J Nurs Manag*. 2010;18(4):391-9. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2010.01083.x
45. McKenzie-McHarg K, Ayers S, Olander EK. Think pink! A sticker alert system for psychological distress or vulnerability during pregnancy. *Br J Midwifery*. 2014;22(8):559-95. DOI: 10.12968/bjom.2014.22.8.590
46. Melender HL. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth*. 2002;29(2):101-10.
47. Melender HL. Fears and Coping Strategies associated with Pregnancy and Childbirth in Finland. *J Midwifery Womens Health*. 2002;47(4):256-63. DOI: 10.1016/S1526-9523(02)00263-5
48. Mey G. Erzaehlungen in qualitativen Interviews: Konzepte, Probleme, soziale Konstruktionen. *Sozialer Sinn*. 2000;1(1):135-51.
49. Moors A. Theories of emotion causation: A review. *Cogn Emot*. 2009;23(4):625-62. DOI: 10.1080/02699930802645739
50. Nentwig-Gesemann I. Konjunktiver Erfahrungsraum. In: Bohnsack R, Geimer A, Meuser M, editors. *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung*. 4th ed. Opladen: Budrich; 2018. p. 131-3.
51. Nettelbladt P, Fagerström CF, Uddenberg N. The Significance Of Reported Childbirth Pain. *J Psychosom Res*. 1976;20:215-21. DOI: 10.1016/0022-3999(76)90024-6
52. Neuhaus W. Theorie und Praxis der Geburtsvorbereitung, Entwicklung spezieller Methoden, Umgang mit dem Geburtsschmerz. In: Stauber M, Kentenich H, Richter D, editors. *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynaekologie*. Berlin: Springer; 1999. p. 265-71.
53. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):28. DOI: 10.1186/s12884-018-1659-7
54. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*. 2009;25(2):e1-9. DOI: 10.1016/j.midw.2007.01.017
55. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women Birth*. 2012;25(3):114-21. DOI: 10.1016/j.wombi.2011.06.001
56. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(8):907-20. DOI: 10.1111/aogs.13138
57. Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G, Schrappe M. *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik, Methoden, Anwendung*. Stuttgart: Schattauer; 2017.
58. Reiter B, Windbichler G. Motive fuer den Wunsch nach einer electiven Sectio ohne medizinische Indikation. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2010;70(05):P28. DOI: 10.1055/s-0030-1254944
59. Runte N, Von Reiche N. Erzaehlfcafes „Der Start ins Leben“. 2018 [accessed 2018 Dec]. Available from: <https://erzaehlfcafe.net/>
60. Ryding EL, Lukasse M, Parys AS, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth*. 2015;42(1):48-55. DOI: 10.1111/birt.12147
61. Saisto T, Halmesmki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82:201-8. DOI: 10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x
62. Salomonsson B, Bertero C, Alehagen S. Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(2):191-202. DOI: 10.1111/1552-6909.12024
63. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4:CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
64. Sayakhot P, Carolan-Olah M. Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:65. DOI: 10.1186/s12884-016-0856-5
65. Schmidt L. Neurose. In: Wirtz MA, editor. *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Hogrefe; 2019 [accessed 2019 Dec]. Available from: <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/neurose-1/>
66. Schmidt L. Neurose. In: Wirtz MA, editor. *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Hogrefe; 2019 [accessed: 2019 Apr 06]. Available from: <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/neurose-1/>
67. Schmitz A, Schmidt-Atzert L, Lothar Schmidt-Atzert L, Peper M. *Emotionspsychologie: Ein Lehrbuch*. 2nd ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2014.
68. Sheen K, Slade P. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 2018;27(13-14):2523-35. DOI: 10.1111/jocn.14219
69. Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women Birth*. 2016;29(3):203-7. DOI: 10.1016/j.wombi.2015.10.009
70. Sioma-Markowska U, Zur A, Skrzypulec-Plinta V, Machura M, Czajkowska M. Causes and frequency of tocophobia – own experiences. *Ginekol Pol*. 2017;88(5):239-43. DOI: 10.5603/GP.a2017.0045
71. Sjöegren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1997;18:266-72.
72. Soederquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*. 2009;116(5):672-80. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x
73. Stauber M. Psychosomatische Forderungen an die Betreuung in der Schwangerschaft. In: Stauber M, Kentenich H, Richter D, editors. *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynaekologie*. Berlin: Springer; 1999. p. 259-63.
74. Stoll K, Hall W. Vicarious birth experiences and childbirth fear: does it matter how young canadian women learn about birth? *The Journal of perinatal education*. 2013;22(4):226-33. DOI: 10.1891/1058-1243.22.4.226
75. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*. 2018;61:97-115. DOI: 10.1016/j.midw.2018.02.013
76. Sydsjö G, Blomberg M, Palmquist S, Angerbjörn L, Bladh M, Josefsson A. Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:115. DOI: 10.1186/s12884-015-0548-6

77. Thomson G, Stoll K, Downe S, Hall WA. Negative impressions of childbirth in a North-West England student population. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2017;38(1):37-44. DOI: 10.1080/0167482X.2016.1216960
78. Truijens SE, Pommer AM, van Rinnard Heimel PJ, Verhoeven CJ, Oei SG, Pop VJ. Development of the Pregnancy and Childbirth Questionnaire (PCQ): evaluating quality of care as perceived by women who recently gave birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;174:35-40. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2013.11.019
79. Tsui MH, Pang MW, Melender H-L, Xu L, Lau TK, Leung TN. Maternal Fear Associated with Pregnancy and Childbirth in Hong Kong Chinese Women. *Women Health.* 2007;44(4):79-92. DOI: 10.1300/J013v44n04_05
80. Voigt-Radloff S, Stemmer R, Korporal J, Horbach A, Ayerle G, Schfers R, et al. Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopaedie. Ein forschungsmethodischer Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen. Version 2.0. 2016. DOI: 10.6094/UNIFR/10702
81. Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG.* 2006;113(6):638-46. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x
82. Wijma K. Why focus on 'fear of childbirth'? *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2003;24(3):141-3. DOI: 10.3109/01674820309039667
83. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. In: Jtemann GE, editors. *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder.* Weinheim: Beltz; 1985. p. 227-55.

Korrespondenzadresse:

Sabine Striebich
 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Magdeburger Str. 8, 06112 Halle (Saale), Deutschland
 sabine.striebich@medizin.uni-halle.de

Bitte zitieren als

Striebich S, Ayerle GM. Große Angst vor der Geburt bei schwangeren Frauen in Deutschland: Erfahrungen und Orientierungen in Bezug auf die Schwangerenbetreuung und die Geburtsvorbereitung – eine rekonstruktive Studie. *GMS Z Hebammenwiss.* 2020;7:Doc01. DOI: 10.3205/zhwi000015, URN: urn:nbn:de:0183-zhwi0000158

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zhwi/2020-7/zhwi000015.shtml>

Eingereicht: 14.01.2019

Angenommen: 21.03.2019

Veröffentlicht: 16.03.2020

Copyright

©2020 Striebich et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Severe fear of childbirth of pregnant women in Germany: Experiences and collective frames of orientation regarding antenatal care and birth preparation – a reconstructive study

Abstract

Background: Pregnant women with severe fear of childbirth (FOC)/tophobia are a vulnerable group, knowledge is therefore required as to how maternity care can support a positive pregnancy and birth experience. This study explores the development of FOC and which experiences and social interactions are significant in this regard.

Methods: Twelve pregnant women with FOC took part in problem-centred interviews. The reconstructive analysis, conducted according to Bohnsack's Documentary Method, aimed at reconstructing collective frames of orientation (genesis of habitus).

Results: Pregnant women with FOC lack the opportunity to talk about labour and birth in an affirming way in either the private or professional setting. They are upset by reports of obstetrical emergencies and complications. They wish for a midwife who is competent in dealing with their fear, who provides helpful information about labour and birth as well as supportive care during labour.

Conclusion: Midwives need specific knowledge to provide didactically effective care for pregnant women with FOC. A valid German assessment tool is needed to identify FOC early in pregnancy. An analysis focusing on socio-genesis could be an appropriate future research topic to deepen the current knowledge base.

Keywords: fear of childbirth, midwife, patient preferences, pregnancy, clinical maternity care

Sabine Striebich¹
Gertrud M. Ayerle¹

¹ Martin Luther University
Halle-Wittenberg, Medical
Faculty, Institute of Health
and Nursing Sciences, Halle
(Saale), Germany

Background

One of today's top priorities for midwifery worldwide is to examine the provision of intrapartum care and how that care is organised with the aim of supporting physiological processes, preventing complications and ensuring the safety and wellbeing of the recipients of this care [37]. For some pregnant women, the imminent birth of their child is a terrifying event. These women are afraid of their bodies being inadequate, of the unbearable pain, and, given the uncertainty about the process of labour and birth, also of potentially losing self-control. They are also worried that they will not receive adequate support and will experience complications requiring medical intervention. For some women this fear is so severe that it can only be described as a morbid dread of childbirth [46], [54], [68], [71]. These mothers-to-be believe there are no courses of action they can take that will contribute to making childbirth a positive experience and that will enable them to cope with the process [41], [54], [82]. They suffer from real and even distorted or incomprehensible

fears, which can be seen as learned dysfunction (formerly called 'neurotic') [73].

Fear is a basic emotion which manifests itself as tension, anxiety, nervousness and an inner turmoil in situations perceived by an individual as threatening; at the physical level, fear results in increased activity of the autonomic nervous system [6]. From the perspective of the cognitive theories of emotions, following Magda Arnold and Richard Lazarus, fear is a partly subconscious, changeable response to an individual's appraisal of circumstances that are important for their personal wellbeing. In an ongoing process comprising interactions between a person and their environment, the individual constantly re-evaluates the situation [49], [67]. Fears that are not universal or innate are acquired through conditioning or observation and can also be changed through learning processes; there is empirical evidence of the effectiveness of cognitive behavioural therapy, which for instance helps individuals to develop new skills and reduce ways of thinking that trigger fear [6].

In the case of fear of childbirth (FOC), typical effects are negative cognitions in the form of rumination or recurring fearful thoughts even going as far as catastrophising, for example during periods of night-time wakefulness. In the worst cases, women suffering from FOC experience symptoms of panic such as difficulty breathing, palpitations and sweats [54], [61]. Severe fear of childbirth, also known as tocophobia, and generally operationalised as = 85/165 points in the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ A) [56], is a major psychological stress for a pregnant woman and significantly diminishes her quality of life [54].

For women who had FOC during pregnancy, the progress of labour and childbirth is often slowed [1] and is more frequently accompanied by intense and even unbearable labour pain [35], [51]. These women are also more likely to be afraid during labour even if they are given regional anaesthesia [3]. FOC is the most common reason for women requesting an elective caesarean section [28], [60], [61], [79], something which also holds true for Germany [58], as well as a significant risk factor for a negative or traumatic birth experience [20], [37], [55], [69], for symptoms of post-traumatic stress syndrome (PTSD) [71] and postnatal depression [4]. It can also have a negative impact on bonding and attachment with the baby [5].

FOC is strongly influenced by socio-cultural factors [68]. The prevalence of FOC/ tocophobia is between 6.3 percent and 14.8 percent of all pregnancies in the West, including Europe, Australia, Canada and the USA [53]. Any significant regional differences can be explained by heterogeneous survey methods and timing and probably also maternity care structures. A regional study of the phenomenon would therefore seem expedient.

Women wish for a positive pregnancy experience and birth preparation that takes their values, beliefs and needs into account; alongside clinical care, this also includes timely and appropriate explanations and information about the most important aspects of labour and childbirth as well as social, cultural, emotional and psychological support [18]. Midwives¹ need specific knowledge to facilitate a positive birth experience for mothers-to-be suffering from tocophobia [8]. This particularly applies to cases where the women request an elective caesarean section [17], [19], [29], [31]. Various studies have highlighted interventions in this area that can contribute to an enhanced sense of self-efficacy and help diminish fears [75]. Before any kind of intervention is undertaken in a specific care context – in Germany, for instance – preparatory research is needed to identify the experiences and needs of the care recipients [57], [80]. The present paper therefore seeks to explore the following research questions: How does FOC develop? What experiences and social interactions, both in their private environment and the clinical care context, are significant for pregnant women with FOC?

Methods

Design

An interpretative or hermeneutic research methodology is well suited to address these research questions. Ralf Bohnsack's documentary method [13], [12], in particular, reconstructs collective frames of orientation of social groups and patterns of their orientation of action/behaviour. Pregnant women with FOC represent such a social group of persons who share a so-called “conjunctive space of experience” [13], [50], implicating shared milieu-specific orientations of behaviour. From a cognitive sociology perspective, these collective patterns of orientation are based not only on explicit but specifically also on implicit knowledge and can therefore not easily be explored through simple questioning.

During the preparatory and implementation phase of the study, the lead author reflected on her own professional role as an experienced midwife and researcher. Her prior knowledge of FOC, acquired through her own clinical experience caring for pregnant women, was the basis for the “sensitising concepts” ([48], p. 141), which facilitated her access to the research field and also supported the dialogue during the interviews. Besides her experience of applying the documentary method, she was also able to switch between an internal and external perspective and develop a more in-depth understanding of the respondents' experiences and frames of orientation as well as to see things from the angle of a professional providing intrapartum care.

Ethics committee vote

The participants of the study were fully informed that participation was voluntary and received comprehensive information about data protection. They were asked to provide their written consent to participate. To cover the eventuality of an interview seriously exacerbating a respondent's fear, six psychotherapists working in the region were pre-emptively requested to facilitate a therapy session, should the need arise. The relevant ethics committee of the university voted positively on the study.

Recruitment

For the purpose of ensuring a diverse recruitment process, the study used the access to users via registration consultation sessions at six maternity hospitals, independent midwives and psychologists, relevant professional associations and societies, as well as regional Internet portals and social networks for pregnant women.

Sample

Inclusion criteria were mothers-to-be in either their first or subsequent pregnancies who self-reported as suffering from FOC. Exclusion criteria were existing pregnancy complications and insufficient knowledge of German. A total of 28 women contacted the lead author by email or phone. The reasons for an interview not being conducted

were non-fulfilment of inclusion criteria (n=4), premature contractions or birth (n=3), or personal or organisational reasons (n=7). Ultimately, interviews were carried out with 12 women, and, with three of the women, two interviews were conducted. Table 1 shows the characteristics of the participants.

Table 1: Characteristics of interview participants

Women with singleton pregnancy		N (12)
Gestational age	21–28 weeks	3
	29–37 weeks	9
Parity	Primiparous	5
	Multiparous	7
Age	≤ 20 years	1
	29 to 35 years	7
	≥ 35 years	4
Country of origin	Germany	8
	Another country	4
Highest level of educational attainment	Intermediate school-leaving certificate (<i>Mittlerer Schulabschluss</i>)	2
	A-levels (<i>Abitur</i>)	10
Economic circumstances*	Good	10
	Difficult	2
Support from partner**	Good	6
	Moderate	5
	No partner	1
Planned location and mode of delivery	Hospital / spontaneous	9
	Hospital / elective c-section	2
	Home birth	1

* derived from an index question

** self-reported based on a six-level Likert scale

Data survey

Problem-centred interviews were conducted, which, on the one hand, enabled interviewees to talk freely about their experiences and their own frame of relevance in a protected environment and, on the other hand, also enabled the researchers to pose more in-depth follow-up questions based on their prior knowledge [82]. The interviews generally took place in the woman's home (one interview was conducted by telephone) and lasted for between 43 and 278 minutes. As a stimulus to encourage the narrative, interviewers opened the discussion by asking the women to describe their experiences in as much detail as possible, as though they were talking to someone who was not a midwife. The interviews were digitally recorded, saved, password protected and protected from access by unauthorised persons. They were transcribed in full and pseudonymised. Participants were entitled to withdraw their consent up until the completion of recruitment. Once the analysis was concluded, the audio files were deleted.

Data evaluation

The analysis was conducted on a continuous basis, parallel to data collection, and was initiated with the introductory narrative in each transcript. For data evaluation, the lead author selected those passages from the tran-

script which were thematically linked to the research question. Narratives, descriptions and passages comprising particularly focused argumentation were specifically identified as these are known to best illustrate the frames of orientation and patterns of orientation of action/behaviour [12]. In the first analysing step ("*formulating interpretation*"), statements on the overarching themes and subtopics were summarised. The objective of the subsequent "*reflective interpretation*" was then to explicate the frames of orientation in which these topics were discussed. Finally, in the "*comparative analysis*", internal and cross-case comparisons were conducted with the aim to arrive at homologous patterns, which means the generic principle or the *modus operandi* of habitus.

In order to illustrate the lifeworld experience shared by the women interviewed, a minimal contrasting pairs approach was used to identify "*a habitus or frame of orientation common to all interlocutors*" ([11], p. 194. This included understanding the "*incorporated coherent modes of perception, evaluation, and action*" ([9], p. 201), which emerged as a 'basic type' ([11], p. 194). In the present study, this basic type was entitled "pregnant women with FOC".

Repeated reflections in a research workshop, a doctoral study course and with experienced researchers facilitated the communicative validation of key interpretations. To ensure transparency of the research process, the lead author kept a research journal and documented the methodology-specific steps of interpretation in a manner that could be objectively verified. Once the analysis of the 12th interview revealed no new aspects, it could be assumed that the theoretical saturation point had been reached; therefore, data collection was concluded (January 2017).

Results

First of all, the 'basic type' is presented based on the genesis and subjective experience of FOC during pregnancy. This is followed by the description of the women's characteristic lifeworld experiences and collective frames of orientation regarding antenatal care as well as birth preparation. The respondents' frames of orientation focussing specifically on labour and birth as well as three types of coping strategies is published elsewhere (Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology). The findings presented below are based on statements taken from the interviews with all 12 respondents. Therefore, no further reference will be made regarding the sample. Particularly insightful quotes² illustrate the reconstruction of content ("P" is the abbreviation for participant).

Development of FOC during pregnancy

During the first half of pregnancy, the participants repeatedly think about labour and birth but they have very little opportunity to compare their preconceptions with

others? experiences because, for instance, their own mother is deceased or their sisters do not have any children. If other women are reluctant to describe their experiences, this discourages them from asking any further questions as they assume that the experiences of these other women must be unfavourable, and they want to protect themselves from hearing negative accounts of childbirth.

If family members, friends or colleagues recount traumatic birth stories, this leaves a lasting impression: the mothers-to-be develop a fear that something similar could happen to them:

“and stories like this (.) Erm, yes, well it’s because these things then really do make me anxious. Will it really go any better for me?” (P 5, 222-3).

The women cannot get these images out of their heads and they repeatedly come to the surface:

“Because that’s/I have that picture in my head and then I feel bad” (P 2.2, 876-8); *“and precisely at the point during my own labour when the situation became a little bit risky, this story immediately popped into my head”* (P 1, 211-3). *It requires psychological effort for women to protect themselves from stories like this: “I tell everyone who wants to recount any kind of childbirth horror story, I tell them I don’t want to hear it”* (P 2.2, 876-7).

Particularly terrifying for the participants are descriptions of unbearable pain during childbirth, especially if it is experienced and recounted by their own mother or grandmother:

“like having a leg amputated without anaesthetic” (P 12, 125-6).

This results in fundamental doubts about the capabilities of their own bodies:

“Well I do think there is definitely a genetic component affecting how sensitive to pain you are or how anxious or (.) regarding your physical abilities. And I think it really makes most sense for me to compare myself to members of my own family, because my constitution is probably most similar to theirs” (P 12, 155-9).

Because the respondents had only limited opportunities for discussions, their unsettling thoughts, perceived by them as threatening, are put aside (“suppressed” P 2.1, 33) and negative feelings are avoided as a form of self-preservation (“otherwise I will go crazy” P 2.1, 94-5). At this early stage, they see no way of dealing with their fear. The further the pregnancy progresses, the more cognitive effort they have to make to calm themselves inwardly. Here we can identify a form of rational optimism, a belief that everything will turn out for the best:

“I try to actively suppress. That has become more difficult now [...] but I always do that, it’s how I try and calm myself down and say to myself, it’s OK, everything will be fine” (P 2.2, 118-21).

As the pregnancy progresses, the fact that the birth is inevitably approaching persistently comes to the fore and is experienced like a countdown:

“Now there are just seven weeks left, that’s fewer than eight, that’s really close [...] and then I suddenly

realised, OK, there are fewer than eight weeks to go now. That’s really not much at all, particularly when// and now there are just five weeks left. And when there are actually fewer than four, well then, it’s almost tomorrow. That’s what it feels like” (P 2.2, 845-50).

During the day, when the mothers-to-be are on their own and able to relax, or at night in bed, their thoughts centre on the birth. They feel as though they cannot escape them. In the daytime, the respondents feel irritable and inwardly nervous or even in a state of panic. They look for distraction to avoid these thoughts. Multiparous women perceive their fear as being very closely linked to their previous experiences and they describe their first birth as an event, the intensity of which surprised and overwhelmed them. In retrospect, they consider the preparation they had for their first labour as inadequate, for instance, if they had not participated in a birth preparation course:

“I was slightly (.) naïve or something. I thought well, if an African woman can give birth in the bush, and she hasn’t been to any kind of antenatal course, but then there was the birth itself, I found this (.) I’m not sure (.) surprisingly intense in the sense that you lose control and the intensity of the pain, too” (P 3.1, 38-43).

In hindsight, the women recall the complete loss of control over their own bodies during strong contractions as a particular source of fear:

“I think I should have prepared better, with regard to the intensity of the pain (.) because it really [...] well it, the violence with which the body, how it does everything itself (.), I found that awful, I found that totally frightening, to be honest” (P 3.1, 123-7).

Trying to talk about their fear of childbirth with their own partners does not really help the pregnant women. Discussions of their fears are put off until later:

“don’t worry, we aren’t there yet” (P 4, 249); *or they do not feel that they are being taken seriously: “that you are then [...] erm (.) ridiculed, because, well (..) other women have managed it before you”* (P 5, 710-2). *Even when, in good faith, the women’s FOC is actually discussed properly, and she should “be a little bit more at ease with it [...] and not worry quite so much about it”* (P 5, 792-3),

this discussion is still by no means helpful to her.

Experiences and frames of orientation regarding antenatal care

The participants become part of a clinical care system where the gynaecologist’s office is their first port of call. Midwives are not chosen based on the range of services they offer, but rather according to subjective criteria (“What she looks like. And whether she comes across as friendly.” P 11, 125-5). However, the women know very little about how obstetric and midwifery care complement one another:

“to be honest, I haven’t yet quite understood who is responsible for what” (Pa 2.1, 167-8).

Pregnant women attach great hopes to the prospect of being cared for by a midwife who provides continual-care (“that would be a dream” P 8, 896). This is based on the desire to get to know the person who is going to be present at birth already during pregnancy and to have the opportunity to develop trust in her: that

“there is someone there for you in hospital who you already know. Someone you have already spoken to before and who is not a complete stranger” (P 5, 1163-5).

The respondents felt helpless to do anything about the poor availability of midwives providing continuity-of-care:

“if you want an attending midwife in [name of the town], then really you have to put in the call whilst you are still trying to conceive” (P2.1, 120-3).

During the antenatal check-ups in the obstetrician’s office, the women feel they have very little opportunity to talk about their fear and to receive help:

“It really is mainly about medical examinations [...] and counselling is not a big part of it” (P 5, 1112-4).

They consider it the doctor’s role to carry out an overall and impersonal risk assessment:

“because he/you know he just generally checks the overall condition and makes sure that everything is going smoothly” (P 2.2, 527-8).

The impending birth is not really a subject of discussion, but neither do the respondents raise the issue with the doctor on their own initiative:

“I don’t know whether that’s something they expect us to do” (P 5, 439).

The respondents do feel that they can broach the subject with a midwife but even then, this rarely results in any kind of in-depth discussion:

“so then you have contractions and then you can have an epidural and everything is explained really quickly” (P 4, 411-3).

In contrast, regular discussions with a familiar and trusted midwife have the potential to provide the respondent with a sense of relief and to ease her fear, because she has:

“a place where she can ask all these questions [...] and someone is there who is knowledgeable and who is an expert on the subject [...] and because of her skills, this all has so much more weight, a more significant calming effect” (P 2.2, 501-13).

If the midwife is able to create a relaxed atmosphere, this can have a positive impact on the mother-to-be:

“immediately after my midwife appointment I am actually always a little bit more relaxed” (P 2.2, 58-9).

The fact that the midwife takes the initiative and proactively makes suggestions is seen as something positive:

“she was quite prepared, had also brought [...] a book with her, with recommendations, which I’d still like to read (.) without me even having asked her. She just did it spontaneously” (P 4, 445-8).

Because the respondents often see themselves as inadequate and weak, negative feelings arise if they feel that they have not fulfilled the demands placed on them:

“you often have a guilty conscience that you haven’t gathered enough information, that you haven’t made enough effort” (P 5, 336-7).

Pregnant women with FOC pay great attention to what the doctors and midwives tell them. They find it very reassuring when they receive confirmation during their antenatal appointment that everything is going well, such as when they hear words like

“yours is a textbook pregnancy” (P 9, 982-3).

When there are no apparent anomalies and the mother-to-be asks whether everything is fine and does not receive a response that is unambiguously positive, such as:

“well yes, it looks as though everything is fine, but I obviously can’t give you a 100 percent promise of that” (P 2.1, 708-10),

this can worry the women unnecessarily. Even just a slightly deviant lab result during a routine antenatal check, such as a raised blood glucose level, for example, is interpreted by the respondent as a sign of personal weakness:

“and, well, I do then somehow think that I’m a bit inadequate [...] because somehow my sugar isn’t being properly broken down and then I worry that I’ve already harmed the baby” (P 5, 276-90).

Comments on test results during pregnancy are often remembered word for word. The mother-to-be then extrapolates a prediction for the forthcoming birth from these results, for instance when the doctor comments during an ultrasound examination that the baby must have inherited its big head from the father, or it is really big in comparison with the mother’s height:

“well I’d definitely rather she hadn’t said that. //Yes// She meant no harm by it, my doctor. But actually (.) it would have been better if I hadn’t known that “ (P 9, 1477-9).

A statement like this can remain engraved on the woman’s mind and exacerbate her fear:

“I do hope that when the moment arrives, I won’t just think about that the whole time, and that maybe he won’t be that small after all.” (P 9, 1485-6).

The respondents are all highly motivated to follow the obstetricians’ advice:

“to follow the doctor’s instructions as closely as possible” (P 5, 302-3).

In the case that pregnant women pose their questions to different professionals and receive differing information, for instance in answer to whether an epidural is possible despite being on anticoagulants or whether an epidural is generally recommended during childbirth, this results in great uncertainty and helplessness.

Experiences and frames of orientation regarding birth preparation

During a birth preparation course, the women expect to receive important information about childbirth, for example about methods of pain relief, and to be able to try out different birthing positions. However, they only have a vague idea about what such a course will entail:

“well, I’m not yet sure what exactly (.) we’ll do, what information we’ll receive (.). I guess it’ll be like what you see on TV, right? Well, breathing and stuff” (P 5, 820-2).

The women interviewed wanted the course to give them a realistic impression of what they could expect during childbirth:

“a bit of honesty, for them to simply say, it hurts like hell. You just have to get @³through@ it. Rather than them saying: don’t worry, it won’t be that bad” (P 4, 480-1).

They want to know what they can do for themselves during labour:

“I want to get to grips with it, to know what I can do. How I can work with my own body” (P 11, 859-61).

A particularly important aspect is that there won’t be continual pain throughout the entire duration of childbirth but that there are breaks between contractions during which women can rest and that they can use their breath to help them get through their contractions:

“so, the way she described it to me is that I can really nicely breathe through these contractions. Wow, that will definitely be a great help to me” (P 11, 520-1).

The respondents worry that discussing birth complications during an antenatal class will increase their FOC. They were particularly keen not to be told anything about severe complications, unless a woman herself could actively do something for their prevention these complications (P 2.2, 664-74). However, the respondents did want to be well informed about the measures routinely taken during childbirth so that they are prepared, for instance if, during the birth, a blood sample is taken from the baby’s head:

“In hindsight, I was pleased that she had told me about that” (P 11, 949).

The fact that childbirth preparation courses have a group format is a positive aspect for the respondents because it gives them the opportunity to exchange information and experiences with like-minded women and they realise: “OK, so others have the same problems as I do” (P 2.2, 62). To be able to really put themselves in the position of the other women participating in the course can be “liberating” (P11, 535). When confronted with normative behavioural expectations in an exchange with others, the desire to free themselves from the idealistic images and to find their own independent path becomes apparent:

“So it’s like this: “That’s the way you have to do it!” And: “I wouldn’t breast feed.” – “I would definitely breast feed. And for at least two years.” [...] And then I always think: “Ladies, these are your experiences. (.) I have to do it my way” (P 9, 335-43).

Moreover, a woman’s sense of her own inadequacy can put her under pressure to choose the best method of preparing for birth and can also trigger a fear of failure:

“then I think, oh my God, I haven’t even done that yet. And that’s something else I need to do, and then there is so much emotional pressure” (P 2.2, 64-5).

Regardless of any possible pressure to succeed, or of competition, an antenatal course can potentially alleviate FOC:

“I think we both came out of it with more confidence.

And we finally got the right information, just the straightforward facts” (P 9, 608-9).

Respondents want their partners to accompany them to the course so that they can find out exactly how to support them during childbirth. They expect the course to give their partners an opportunity to discuss their own fears and correct any misinformation they may have. They place a lot of hope in their partner’s presence during birth: they expect their partners to have a calming effect on them when they themselves become anxious or scared:

“my husband will be there too, and he is my positive thinker, I think he can guide me in another direction a bit, hopefully” (P 11, 555-7).

In their quest to be well prepared for birth, the mothers-to-be who were interviewed were highly motivated to make use of other available options such as yoga or breathing exercises over and above the standard birth preparation courses – but they were very uncertain about their ability to assess the usefulness of such courses and services. In this context, the wide range of services on offer in a city can be confusing and the mother-to-be may see herself as “easy prey” (P 5, 1100) for service-providers offering courses of dubious quality. In order to be able to make a confident and informed decision, they are keen to seek professional advice.

Discussion

The strength of this study is that the respondents were very willing to talk about their fears and, moreover, were also reporting on a situation that they were currently directly experiencing; in other words, the risk of recall bias is low. Before starting the interview, the level of FOC could not be reliably obtained due to the absence of a valid assessment tool in German language. Using self-reported FOC as an inclusion criterion, on the one hand, could be criticised as being too subjective, on the other hand, it may have contributed to creating a heterogeneous sample. The development, validation and use of a German assessment tool would help to identify FOC in pregnant women more reliably in future and could also be useful for interdisciplinary communication and referrals, as for example to a psychotherapist.

The participants differed in terms of parity, country of origin, income, as well as the level of support they received from their partners, and the planned mode of delivery. This meant that the sample provided data that were sufficiently conceptually representative and gave a valid and detailed insight into typical experiences of pregnant women with FOC. However, it was not possible to include any less educated women in the study (lower level than secondary education [Hauptschule] or those leaving school without qualification). It is generally difficult to attract persons living in less privileged conditions to

participate in studies [26]. As we were unable to reach these women for the current study, it is unknown how their experiences might differ.

The original concern of the researcher that the in-depth interview might be perceived by the participants as a stressful experience proved to be unfounded. None of the respondents expressed the wish, at the end of the interview, to be put in touch with a psychotherapist.

Lack of knowledge and opportunities for exchange with family and friends about childbirth and the suppression of fear

The results of this study corroborate the findings of a Swedish study (n=20) [21], indicating that mothers-to-be with FOC, on the one hand, attempt to avoid the subject of childbirth and thus their fear but, on the other hand, also have the need to process and overcome their fear. Moreover, it is difficult for them to talk to other people about FOC; they therefore hope that the midwife will ask them about experience of fear thus signalling an openness to the subject. Important actions taken by mothers-to-be with FOC in order to deal with their fear include developing constructive thought strategies, such as hope, confidence or belief in a positive outcome, but particularly conversations in their social environment and discussions with professionals, as well as their own independent search for knowledge (in books, for instance) [47]. These insights could be starting points for the provision of compassionate care for women with FOC.

One new finding delivered by the current study is that birth experiences are a taboo subject in the respondents' immediate social context. This highlights the lack of communication and knowledge about childbirth [47], even in a familiar environment. Bearing this in mind, we can understand why the "horror stories" told by others can be a source of particular stress and result in misconceptions about childbirth. Also, in television programmes, births are usually portrayed as excessively risky, dramatic and painful experiences [42]. Studies from Canada and England prove that this – combined with accounts of complications and emergencies – can contribute even in young non-pregnant women and men to increased fear of a future birth [75], [77]. Midwives are therefore called upon to develop educational and didactic concepts to facilitate access to positive experiences of the physiological process of childbirth and to appropriately reflect statements about risks of childbirth with the mothers-to-be in their care. Whether the "story-telling café" [59] method known from biographical studies and established in many German cities would be suited for ameliorating FOC would have to be assessed.

In terms of searching for information on the Internet which has become common practice for pregnant women these days [39], [64], it is problematic that users do not receive any assistance in appraising the quality of the information provided [9]. In order that mothers-to-be with FOC can satisfy their need for education and information, it is es-

sential that health policy measures are taken to initiate the planning, provision and quality assurance of evidence-based and easily accessible health education and information about childbirth and the services provided by maternity hospitals. Pregnant women should be involved in developing the kind and manner of information provided. Midwives should point out recommended sources of information to counter the women's sense that the sheer amount of information is overwhelming.

Planning information and support and creating a relationship of trust

It is recognised that pregnant women develop confidence regarding the impending birth primarily when they feel informed and involved in decision-making processes and when the professionals caring for them convey trust in the women's abilities [7]. This is reflected in concepts for psychosomatic-oriented maternity care [36], [52], [73]. Mothers-to-be with FOC require information on how the antenatal care provided by midwives and doctors is organised, on the physiology of childbirth and pain including explanations about the importance of position, movement, breathing and relaxation for the progress of birth, on routine measures that will be taken in hospital, on medicated and non-medicated methods of pain management and relief (and the advantages and disadvantages of these) as well as information on elective caesarean sections including decision-making support. These are essential prerequisites for them to be able to exercise their right to self-determination [32]. The experience of uterine contractions and the loss of control that occurs during childbirth are also important pieces of information for pregnant women with FOC. Midwives should plan sufficient time, right from the beginning and routinely, for their consultation sessions with mothers-to-be to ensure that there is enough time for a discussion about the woman's fears regarding the impending birth. According to a Finnish survey of mothers conducted shortly after childbirth (n=20) [45], the act of women writing down their fears for their hospital files antepartum, for instance, proved to be a very helpful exercise.

The respondents of this study would prefer a midwife's care in keeping with the midwife-led model of continuity, which is associated with greater satisfaction, fewer interventions during childbirth and better obstetric outcomes [14], [63], also for women with FOC [33], [76]. However, it is not solely the presence of the midwife during birth that makes the difference but rather her competency to manage a pregnant woman's fear [30] as well as to provide the appropriate style of care and to guide her supportively during labour [44]. One challenge for midwives is that there is a possibility, especially with women suffering from tocophobia, that a discussion about fear might lead to a greater awareness of their fear, or an increase in their perceived level of fear. This was reported by a Swedish study for 11 percent of retrospectively surveyed women (n=10/94) and 26 percent of men (n=11/43) [23].

Conducting a risk assessment as part of the process of birth planning presents a particular challenge in case of FOC. One new finding from the present study is that women take prognostic statements, such as about the size of the baby, very much to heart and that such statements can increase their fear. In the event of even minor discrepancies, for example of lab results, a mother-to-be with FOC can also develop a lasting sense of guilt about the potential negative consequences of her body's malfunction for her unborn child. In this regard, there is a link to feminist criticism that the focus on risk and the economisation of obstetric medicine prevailing in Germany today have the potential to lead to a problematic shift of the responsibility for a successful pregnancy to the pregnant woman herself [34]. It would therefore be advisable to implement structural changes which aim at achieving a birth culture characterised by a respectful care relationship between midwives and doctors, on the one hand, and with pregnant/labouring women, on the other.

Antenatal courses as a space where realistic ideas of childbirth can be developed

For the participants of this study the subject of pain – alongside the unpredictable nature of childbirth – is particularly important since they lack confidence in their body's capabilities, as has also been described in other studies [61], [68]. Yet, when FOC results in women declining to attend any form of antenatal course [27], [70] the consequence is that these women then also lack knowledge about both the medicated and non-medicated methods of pain relief available, which could, in fact, help to reduce their FOC [2]. Here, individual one-to-one support during pregnancy would be helpful for women with FOC which could acknowledge the woman's personal fears and, moreover, impart information about the range of healthcare services provided by midwives.

The question also arises as to how we can meet the need of women with FOC for an exchange with peers and for social support in order to help them tackle their situation, without persuading them to come to specific decisions [40]. Moreover, midwives also need to respond adequately to the participants' subjective feelings of inadequacy and, in some cases, also a detrimental competitive pressure within the group attending a birth preparation course. The partner or accompanying person and their own fears [22] also have to be taken into account. Antenatal courses must therefore have a sound basis from both a psychological [25], [24] and learning theory [15], [62] perspective and need to be carefully planned in terms of their didactic approach in order for them to have a positive and empowering effect.

Needs-oriented care for women with FOC

An extensive care concept should be developed for pregnant women with FOC covering both outpatient and

inpatient care. Out-patient care for women with FOC should be expanded to include theory-based individual and group psychoeducation with components of relaxation provided by midwives as well as therapeutic cognitive-therapy-based consultations with a psychotherapist. In studies both approaches have proven to be effective [75] and would provide mothers-to-be suffering from FOC with the opportunity to access individualised support in tackling their fear.

As the respondents' desired form of support during childbirth from a midwife known to them cannot for various reasons, including structural conditions and a lack of resources in Germany, always and everywhere be realised, it remains an open question as to how the hospital's care provision can be organised in such a way that the needs of women with FOC are taken into account. It is recognised that a pregnant woman develops confidence regarding the impending birth primarily when she feels informed and involved in decision-making and when the professionals caring for her convey trust in her abilities [7]. Rather than a birth plan, an in-depth assessment conducted at the maternity hospital about the wishes, values and options of the mother-to-be would seem to be a more suitable way of developing trust [16]. In inpatient care, it is important that all professionals involved in looking after mothers-to-be with FOC are aware of their additional care needs. Establishing multidisciplinary standards of respectful care for pregnant women can contribute to the prevention of FOC as a consequence of inappropriate, insensitive care in hospital which is disrespectful of their subjective experience [43]. Swedish reports refer to multidisciplinary units which they call "Aurora Teams" [81]; unfortunately, a description of this approach is not available in German. A communication concept that has already been successfully implemented in an English hospital might also be plausible [45]. According to this method, a prominent sticker is placed on the front of a vulnerable pregnant woman's hospital file, supplemented by file notes on her emotional state. In addition, the personnel attend several days of further training. According to the author of the concept, 53 women whose care followed this approach did not have a traumatic birth experience as a consequence of poor and inappropriate care. Moreover, greater emphasis was generally placed on the psychological welfare of pregnant women and women in childbirth [45]. However, since the overall evaluation was not published and possible undesirable effects of labelling must also be considered, as is the case with all interventions for women with FOC, a feasibility study and on-going evaluation would have to be planned in future.

Conclusion

Midwives caring for pregnant women with FOC require specialised knowledge in order to appropriately design their care process, also in terms of its educational-didactical and targeted approach [44]. It is therefore important

that as part of their primary training, midwives acquire a basic psychological knowledge of the specific needs of pregnant women with tocophobia as well as the educational and didactic skills to advise, and care for, these women. However, midwives need further qualifications to stimulate and support learning processes for coping with FOC in conducting individual or group psychoeducation and consultations [75].

To capture the birth experience, an assessment tool is required which does not yet exist in German language. The translation and validation of the English Pregnancy and Childbirth Questionnaire (PCQ) [78] is therefore recommended.

Future research studies could explore the inter-relationship between history of experiences, such as lower levels of education, geographic origin, and coping with FOC (socio-genetic typification) and thus diversify the current knowledge base.

Notes

¹ The term “midwife” refers to both male and female practitioners.

² In the quotations, the pauses in speech are indicated with a point/points in brackets.

³ Putting an “@” either side of a word indicates that the respondent is laughing whilst speaking.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

The author received 300 Euros from the Hebammengemeinschaftshilfe (HG e.V.) and was awarded a grant of 1,500 Euros from the German Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology (DGPPG e.V.) to conduct this study. This does not result in a conflict of interest as the sponsors had no influence whatsoever on the planning of the study, data collection and analysis.

References

- Adams S, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*. 2012;119(10):1238-46. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x
- Aksoy M, Aksoy AN, Dostbil A, Celik MG, Ince I. The Relationship between Fear of Childbirth and Women's Knowledge about Painless Childbirth. *Obstet Gynecol Int J*. 2014;2014:274303. DOI: 10.1155/2014/274303
- Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(1):56-62. DOI: 10.1002/cam4.1016
- Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth*. 2012;25(3):e37-43. DOI: 10.1016/j.wombi.2011.09.002
- Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. *J Psychosom Res*. 1984;28(3):213-20. DOI: 10.1111/mec.13956
- Asendorpf J, Caspar F. Angst. In: Wirtz MA, editor. *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Hogrefe; 2019 [accessed 2019 Mar 06]. Available from: <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/angst-1/>
- Avery MD, Saftner MA, Larson B, Weinfurter EV. A systematic review of maternal confidence for physiologic birth: characteristics of prenatal care and confidence measurement. *J Midwifery Womens Health*. 2014;59(6):586-95. DOI: 10.1111/jmwh.12269
- Berentson-Shaw J, Scott KM, Jose PE. Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *J Reprod Infant Psychol*. 2009;27(4):357-73. DOI: 10.1080/02646830903190888
- Bertelsmann Stiftung. *Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Ein Literaturueberblick zu theoretischen Ansaetzen und empirischen Befunden*. 2018[accessed 2019 Dec]. DOI: 10.11586/2017051
- Blasius J, Schmitz A. Sozialraum- und Habituskonstruktion. Die Korrespondenzanalyse in Pierre Bourdieus Forschungsprogramm. In: Lenger A, Schneikert C, Schumacher F, editors. *Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus: Grundlagen, Zugaenge, Forschungsperspektiven*. Wiesbaden: Springer VS; 2013. p. 201-20.
- Bohnsack R. *Dokumentarische Methode und die Logik der Praxis*. In: Lenger A, Schneikert C, Schumacher F, editors. *Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus*. Wiesbaden: Springer VS; 2013. p. 175-200.
- Bohnsack R. *Praxeologische Wissenssoziologie*. Berlin, Toronto: Barbara Budrich Opladen; 2017.
- Bohnsack R. *Rekonstruktive Sozialforschung. Einfuehrung in qualitative Methoden*. 9th ed. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich; 2014.
- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7:Cd003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Carlsson IM, Ziegert K, Nissen E. The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery*. 2015;31(10):1000-7. DOI: 10.1016/j.midw.2015.05.005
- DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(1):31.e1-31.e4. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.09.087
- Dehghani M, Sharpe L, Khatibi A. Catastrophizing mediates the relationship between fear of pain and preference for elective caesarean section. *Eur J Pain*. 2014;18(4):582-9. DOI: 10.1002/j.1532-2149.2013.00404.x
- Downe S, Finlayson K, Tunçalp O, Glmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG*. 2016;123(4):529-39. DOI: 10.1111/1471-0528.13819
- Dweik D, Sluijs AM. What is underneath the cesarean request? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(11):1153-5. DOI: 10.1111/aogs.12692

20. Elvander C, Chattingius S, Kjerulff H. Birth Experience in Women with Low, Intermediate or High Levels of Fear: Findings from the first Baby Study. *Birth*. 2013;40(4):289-96. DOI: 10.1111/birt.12065
21. Eriksson C, Jansson L, Hamberg K. Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*. 2006;22(3):240-8. DOI: 10.1016/j.midw.2005.10.002
22. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Content of childbirth-related fear in Swedish women and men – analysis of an open-ended question. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(2):112-8. DOI: 10.1016/j.jmwh.2005.08.010
23. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: A population based study. *J Psychosom Obstet Gynaeco*. 2005;26(1):63-72. DOI: 10.1080/01674820400023275
24. Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(7):617-22. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.07.002
25. Escott D, Spiby H, Slade P, Fraser RB. The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery*. 2004;20(2):144-56. DOI: 10.1016/j.midw.2003.11.001
26. Esser H. Ueber die Teilnahme an Befragungen. *ZUMA Nachrichten*. 1986;10(18):38-47. URN: urn:nbn:de:0168-ssoar-210300
27. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstrom U. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*. 2004;20(3):226-35. DOI: 10.1016/j.midw.2004.01.003
28. Faisal I, Matinnia N, Hejar AR, Khodakarami Z. Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery*. 2014;30(2):227-33. DOI: 10.1016/j.midw.2013.08.011
29. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*. 2010;26(4):394-400. DOI: 10.1016/j.midw.2008.10.011
30. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Soc Sci Med*. 2006;63(1):64-75. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.11.065
31. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Oian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(1):45 e1-9. DOI: 10.1016/j.ajog.2011.03.043
32. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9*.
33. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlstrom A, Haines H. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sex Reprod Healthc*. 2018;16:50-5. DOI: 10.1016/j.srhc.2018.02.006
34. Jung T. Die „gute Geburt“ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwaertigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Oekonomisierung des Geburtshilfesystems. *Gender – Zeitschrift fuer Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*. 2017;9(2):30-45.
35. Junge C, von Soest T, Weidner K, Seidler A, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S. Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth*. 2018;45(4):469-77. DOI: 10.1111/birt.12349
36. Junge-Hoffmeister J, Weidner K, Bittner A. Psychische Erkrankungen waehrend der Schwangerschaft. In: Weidner K, Rauchfu M, Neises M, editors. *Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde*. Koeln: Deutscher Aerzte Verlag; 2012. p. 292-304.
37. Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sex Reprod Healthc*. 2011;2(3):93-9. DOI: 10.1016/j.srhc.2011.03.002
38. Kennedy HP, Cheyney M, Dahlen HG, Downe S, Foureur MJ, Homer CSE, et al. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;45(3):222-231. DOI: 10.1111/birt.12361
39. Lagan B, Sinclair M, Kernohan W. What is the Impact of the Internet on Decision-Making in Pregnancy? A Global Study. *Birth*. 2011;38(4). DOI: 10.1111/j.1523-536X.2011.00488.x
40. Lhnen J, Albrecht M, Muehlhauser I, Steckelberg A. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. 2017 [accessed 2019 Dec]. Available from: <https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/leitlinie-evidenzbasierte-gesundheitsinformation-fin.pdf>
41. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;21(4):219-24. DOI: 10.3109/01674820009085591
42. Luce A, Cash M, Hundley V, Cheyne H, van Teijlingen E, Angell C. "Is it realistic?" the portrayal of pregnancy and childbirth in the media. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:40. DOI: 10.1186/s12884-016-0827-x
43. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(5):508-17. DOI: 10.1111/aogs.12593
44. Lyberg A, Severinsson E. Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *J Nurs Manag*. 2010;18(4):391-9. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2010.01083.x
45. McKenzie-McHarg K, Ayers S, Olander EK. Think pink! A sticker alert system for psychological distress or vulnerability during pregnancy. *Br J Midwifery*. 2014;22(8):559-95. DOI: 10.12968/bjom.2014.22.8.590
46. Melender HL. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth*. 2002;29(2):101-10.
47. Melender HL. Fears and Coping Strategies associated with Pregnancy and Childbirth in Finland. *J Midwifery Womens Health*. 2002;47(4):256-63. DOI: 10.1016/S1526-9523(02)00263-5
48. Mey G. Erzaehlungen in qualitativen Interviews: Konzepte, Probleme, soziale Konstruktionen. *Sozialer Sinn*. 2000;1(1):135-51.
49. Moors A. Theories of emotion causation: A review. *Cogn Emot*. 2009;23(4):625-62. DOI: 10.1080/02699930802645739
50. Nentwig-Gesemann I. Konjunktiver Erfahrungsraum. In: Bohnsack R, Geimer A, Meuser M, editos. *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung*. 4th ed. Opladen: Budrich; 2018. p. 131-3.
51. Nettelblatt P, Fagerstrm CF, Uddenberg N. The Significance Of Reported Childbirth Pain. *J Psychosom Res*. 1976;20:215-21. DOI: 10.1016/0022-3999(76)90024-6
52. Neuhaus W. Theorie und Praxis der Geburtsvorbereitung, Entwicklung spezieller Methoden, Umgang mit dem Geburtsschmerz. In: Stauber M, Kantenich H, Richter D, editors. *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynaekologie*. Berlin: Springer; 1999. p. 265-71.

53. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):28. DOI: 10.1186/s12884-018-1659-7
54. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*. 2009;25(2):e1-9. DOI: 10.1016/j.midw.2007.01.017
55. Nilsson C, Lundgren I, Karlstrom A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women Birth*. 2012;25(3):114-21. DOI: 10.1016/j.wombi.2011.06.001
56. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(8):907-20. DOI: 10.1111/aogs.13138
57. Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G, Schrappe M. *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik, Methoden, Anwendung*. Stuttgart: Schattauer; 2017.
58. Reiter B, Windbichler G. Motive fuer den Wunsch nach einer electiven Sectio ohne medizinische Indikation. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2010;70(05):P28. DOI: 10.1055/s-0030-1254944
59. Runte N, Von Reiche N. Erzaehlfcafes „Der Start ins Leben“. 2018 [accessed 2018 Dec]. Available from: <https://erzaehlcafe.net/>
60. Ryding EL, Lukasse M, Parys AS, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth*. 2015;42(1):48-55. DOI: 10.1111/birt.12147
61. Saisto T, Halmesmki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82:201-8. DOI: 10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x
62. Salomonsson B, Bertero C, Alehagen S. Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(2):191-202. DOI: 10.1111/1552-6909.12024
63. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4:CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
64. Sayakhot P, Carolan-Olah M. Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:65. DOI: 10.1186/s12884-016-0856-5
65. Schmidt L. Neurose. In: Wirtz MA, editor. *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Hogrefe; 2019 [accessed 2019 Dec]. Available from: <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/neurose-1/>
66. Schmidt L. Neurose. In: Wirtz MA, editor. *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Hogrefe; 2019 [accessed: 2019 Apr 06]. Available from: <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/neurose-1/>
67. Schmitz A, Schmidt-Atzert L, Lothar Schmidt-Atzert L, Peper M. *Emotionspsychologie: Ein Lehrbuch*. 2nd ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2014.
68. Sheen K, Slade P. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 2018;27(13-14):2523-35. DOI: 10.1111/jocn.14219
69. Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women Birth*. 2016;29(3):203-7. DOI: 10.1016/j.wombi.2015.10.009
70. Sioma-Markowska U, Zur A, Skrzypulec-Plinta V, Machura M, Czajkowska M. Causes and frequency of tocophobia – own experiences. *Ginekol Pol*. 2017;88(5):239-43. DOI: 10.5603/GP.a2017.0045
71. Sjoegren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1997;18:266-72.
72. Soederquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*. 2009;116(5):672-80. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x
73. Stauber M. Psychosomatische Forderungen an die Betreuung in der Schwangerschaft. In: Stauber M, Kentenich H, Richter D, editors. *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynaekologie*. Berlin: Springer; 1999. p. 259-63.
74. Stoll K, Hall W. Vicarious birth experiences and childbirth fear: does it matter how young canadian women learn about birth? *The Journal of perinatal education*. 2013;22(4):226-33. DOI: 10.1891/1058-1243.22.4.226
75. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*. 2018;61:97-115. DOI: 10.1016/j.midw.2018.02.013
76. Sydsjo G, Blomberg M, Palmquist S, Angerbjorn L, Bladh M, Josefsson A. Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:115. DOI: 10.1186/s12884-015-0548-6
77. Thomson G, Stoll K, Downe S, Hall WA. Negative impressions of childbirth in a North-West England student population. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2017;38(1):37-44. DOI: 10.1080/0167482X.2016.1216960
78. Truijens SE, Pommer AM, van Rinnard Heimeel PJ, Verhoeven CJ, Oei SG, Pop VJ. Development of the Pregnancy and Childbirth Questionnaire (PCQ): evaluating quality of care as perceived by women who recently gave birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;174:35-40. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2013.11.019
79. Tsui MH, Pang MW, Melender H-L, Xu L, Lau TK, Leung TN. Maternal Fear Associated with Pregnancy and Childbirth in Hong Kong Chinese Women. *Women Health*. 2007;44(4):79-92. DOI: 10.1300/J013v44n04_05
80. Voigt-Radloff S, Stemmer R, Korporeal J, Horbach A, Ayerle G, Schfers R, et al. *Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopaedie. Ein forschungsmethodischer Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen. Version 2.0*. 2016. DOI: 10.6094/UNIFR/10702
81. Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*. 2006;113(6):638-46. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x
82. Wijma K. Why focus on 'fear of childbirth'? *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003;24(3):141-3. DOI: 10.3109/01674820309039667
83. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. In: Jtemann GE, editors. *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim: Beltz; 1985. p. 227-55.

Corresponding author:

Sabine Striebich

Martin Luther University Halle-Wittenberg, Medical Faculty,
 Institute of Health and Nursing Sciences, Magdeburger
 Str. 8, 06112 Halle (Saale), Germany
 sabine.striebich@medizin.uni-halle.de

Please cite as

Striebich S, Ayerle GM. Große Angst vor der Geburt bei schwangeren Frauen in Deutschland: Erfahrungen und Orientierungen in Bezug auf die Schwangerenbetreuung und die Geburtsvorbereitung – eine rekonstruktive Studie. *GMS Z Hebammenwiss.* 2020;7:Doc01.
DOI: 10.3205/zhwi000015, URN: urn:nbn:de:0183-zhwi0000158

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zhwi/2020-7/zhwi000015.shtml>

Received: 2019-01-14

Accepted: 2019-03-21

Published: 2020-03-16

Copyright

©2020 Striebich et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.