

Diplomarbeit

Geburtsmodus und Körperschema

Wie wirkt sich der Geburtsmodus auf das
Körperempfinden aus?

eingereicht von

Birgit Wolff

Matr.Nr.: 0433265

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Klinische Abteilung für Geburtshilfe

der

Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

unter der Anleitung von

PD. Dr.med. Margit Holzapfel – Bauer

Ao. Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn. Josef Haas

Mag. Dr. Martha Dorfer

Ort, Datum (Unterschrift)



Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am

Unterschrift



Vorwort

Viele Frauen beschäftigen sich während der Schwangerschaft und auch schon davor mit der Thematik der Geburt. In der heutigen Zeit ist es durchaus kein Muss mehr, spontan zu gebären, denn es besteht die Möglichkeit des so genannten „Wunschkaiserschnitts“. Er wird ohne medizinische Indikation und lediglich auf Wunsch der werdenden Mutter durchgeführt. Gründe für diese Überlegungen sind nicht nur die Auseinandersetzung mit dem Thema „Schmerzen unter der Geburt“, sondern auch die Frage, ob sich durch die Art der Geburt etwas verändert. Viele Frauen haben dabei auch um ihre Sexualität Angst, geschürt durch Slogans wie „save your love channel do a cesarean“ - ein Thema, welches in den verschiedenen Foren im Internet heiß diskutiert wird (etwa 33.600 Treffer bei Google).

Dies waren auch meine bzw. die Überlegungen von Frau PD. Dr. med. Margit Holzapfel-Bauer, Herrn ao. Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn. Josef Haas und Frau Mag. Dr. Martha Dorfer, welche uns zu dieser Studie inspiriert haben.

Die grundsätzliche Fragestellung war, ob es gravierende Unterschiede im Schmerzempfinden und im Körperschema zwischen vaginaler Entbindung und Kaiserschnitt gibt.

Nach reiflichen Überlegungen und gründlicher Planung startete ich schließlich in Zusammenarbeit mit meinen Betreuern am 29.9.2009 nach positivem Ethikkommissionsvotum die Studie für diese Diplomarbeit.

Für die Rekrutierung der Schwangeren war bis zu ihrem Weggehen von der Frauenklinik des LKH Graz (UFK) Frau PD. Dr. Holzapfel-Bauer zuständig und dies wurde danach von Frau Mag. Dr. Dorfer und mir übernommen.

In den darauffolgenden beinahe zwei Jahren wurden insgesamt mehr als 290 Studienteilnehmerinnen rekrutiert, in die Gruppen „vaginale Geburt“ und „Sectio“ eingeteilt und befragt. Da es leider nicht immer so einfach war die passenden Frauen zu gewinnen, konnte die Gruppe „Sectio“ bis zum Ende meines Studiums nicht abgeschlossen werden. (Die Studie läuft aber unabhängig davon weiter.)

Auf Grund dessen bezieht sich die Diplomarbeit ausschließlich auf die „vaginale“ Gruppe.



Danksagungen

Großer Dank gilt meinen Betreuern, die mich bei der Planung, der Arbeit zur Studie und der Diplomarbeit großartig unterstützt haben und mir jederzeit beratend zur Seite standen.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Eltern und meiner Familie, die mir das Studium ermöglicht haben und mir immer unterstützend zur Seite stehen.

Danken möchte ich auch den Schwestern des Gebärdhauses unter der Leitung von Frau Sr. Brigitte Amon, Frau Sr. Elke Höflechner und Frau Sr. Elisabeth Zierler-Matzer, welche mir stets freundlich und hilfsbereit entgegengekommen sind.

Des Weiteren möchte ich mich bei allen bedanken, die meine Arbeit Korrektur gelesen haben, allen voran Frau Claudia Stoiser, MA und meinem Partner Gernot Steyer.

Ich danke auch Herrn PD Dr. Rainer Pöppinghege, welcher mir seine Broschüre über die Geschichte der Geburtshilfe und Gynäkologie zukommen ließ.



Zusammenfassung

In der vaginalen Gruppe wurden 110 Frauen zu insgesamt drei Zeitpunkten befragt. Den ersten Fragebogen (Frankfurter Körperkonzeptskalen) erhielten sie in etwa zehn Tage vor der Geburt. Eine Befragung über die Schmerzen während der Geburt wurde im Wochenbett durchgeführt und für die dritte Befragung wurden die Fragebögen per Post nach einem halben Jahr zugeschickt. Die Studienteilnehmerinnen gebären meist in der 40. Schwangerschaftswoche, es war das erste Kind und das durchschnittliche Alter betrug 30 Jahre. Bei 74,5% war kein Eingreifen in die Geburt nötig, bei 25,5% wurde aufgrund eines pathologischen CTGs (15,5%) oder eines Geburtsstillstandes (5,5%) interveniert. Die häufigsten schmerzstillenden Mittel waren Nalbuphin (35,5%), Buscopan (19,1%) und die Periduralanästhesie (18,2%); 27,3% erhielten keine Schmerzstillung.

Frankfurter Körperkonzeptskalen

In der Auswertung wurde das Empfinden der Frauen in folgenden Skalen negativer:

- Skala zur Selbstakzeptanz des Körpers
- Skala zur Akzeptanz des Körpers durch andere
- Skala zum Körperkontakt
- Skala zu Aspekten der körperlichen Erscheinung
- Skala zur Gesundheit und zum körperlichen Befinden
- Skala zur Pflege des Körpers und der äußeren Erscheinung

Die Skalen zur Sexualität und zu dissimilatorischen Körperprozessen blieben nahezu unverändert und die Einschätzungen in der Skala zur körperlichen Effizienz wurden positiver.

Schmerzfragebogen

Das Schmerzempfinden der Frauen in der Eröffnungsphase stieg im Vergleich zum Wochenbett an, das der Austreibungs- und Plazentaphase sank. Auch die



postpartalen Schmerzen wurden ein halbes Jahr später als stärker empfunden und die Studienteilnehmerinnen fühlten sich im Wochenbett stärker durch die Dauer und Intensität der Schmerzen beeinträchtigt.

91,9% waren mit ihrer Geburtsmethode zufrieden, 22,7% hatten nach sechs Monaten noch Schmerzen, jedoch benötigten nur 1,8% Schmerzmittel.

Diese waren meist ziehend und situationsabhängig im Genitalbereich durch Geschlechtsverkehr ausgelöst.

90,9% fühlten sich durch die Geburtsmethode nicht in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt und bei 70,9% hatte sich der Bauch bereits wieder fast vollständig zurück gebildet.

Leider erlebten 10% der Teilnehmerinnen die Geburt als traumatisch.



Abstract

In the vaginal group 110 women were interviewed at three times. The first questionnaire (Frankfurter Körperkonzeptskalen) they received approximately 10 days before birth. A survey of pain during childbirth was carried out in puerperium and the third inquiry was mailed to them after six months.

The majority of the study participants were primigravida and the average age was 30years. The majority gave birth in the 40th week of pregnancy. In 74.5% no intervention was necessary during birth, 25.5% received intervention due to a pathological CTG (15.5%) or a birth arrest (5.5%).

The most common painkillers were nalbuphine (35.5%), Buscopan (19.1%) and peridural anaesthesia (18.2%). 27.3% received no analgesia.

Frankfurter Körperkonzeptskalen

Throughout the evaluation, the perception of women became negative in the following scales:

- Scale of self- acceptance of the body
- Scale of acceptance of the body through others
- Scale of body contact
- Scale to the appearance of the body
- Scale of health and state of body
- Scale of body care and external appearance

The scales of sexuality and body dissimilatory processes remained almost unchanged and the estimates in the scale for physical efficiency became more positive.

Pain questionnaire

The pain perception of women in the opening phase was increased compared to puerperium and it reduced in expulsion and placenta phase. At the six month survey the postpartal pain was felt to be stronger and the study participants felt more affected by the duration and intensity of pain during childbirth.



91.9% were satisfied with their birth method, 22.7% had some pain after six months, but only 1.8% needed analgesia. These were mostly described as dragging pains and dependent on the situation in the genital area caused by sexual intercourse.

90.9% felt unrestricted in their freedom of movement by the birth method and 70.9% had the feeling that the belly was almost completely re-formed. Unfortunately, 10% of the participants experienced the birth as traumatic



Inhalt

Vorwort.....	ii
Danksagungen	iii
Zusammenfassung.....	iv
Abstract.....	vi
Abkürzungen	ix
Glossar.....	x
Abbildungsverzeichnis.....	xi
Tabellenverzeichnis.....	xii
1 Einleitung	1
1.1 Geschichte der Geburtshilfe.....	1
1.2 Geschichte des Kaiserschnitts	3
1.3 Spontangeburt.....	9
1.4 Sectio Caesarea.....	15
1.5 Körperschema.....	20
2 Material und Methoden.....	23
2.1 Frankfurter Körperkonzeptskalen	23
2.2 Schmerzfragebögen.....	30
2.3 Methode	32
3 Ergebnisse und Interpretation	35
3.1 Allgemeine Daten.....	35
3.2 Frankfurter Körperkonzeptskalen	44
3.3 Schmerzfragebogen.....	61
4 Diskussion.....	76
4.1 Frankfurter Körperkonzeptskalen	76
4.2 Schmerzfragebögen.....	77
5 Abbildungsnachweis	79
6 Tabellennachweis	80
7 Literaturnachweis	81
8 Anhang: Projektplan	83
9 Anhang –Fragebögen.....	85
10 Lebenslauf.....	96



Abkürzungen

BEL:	Beckenendlage
CTG:	Kardiotokographie
FBA:	Fetalblutanalyse
FKKS:	Frankfurter Körperkonzeptskalen
G:	Gravida
IFT:	Intrauteriner Fruchttod
Max:	Maximum
Min:	Minimum
P:	Para
PDA:	Periduralanästhesie
SAKA:	Skala zur Akzeptanz des Körpers durch andere
SASE:	Skala zu Aspekten der körperlichen Erscheinung
SD:	Standard Deviation (Standardabweichung)
SDIS:	Skala zu Dissimilatorischen Körperprozessen
SGKB:	Skala zur Gesundheit und zum körperlichen Befinden – SGKB
SKEF:	Skala zur körperlichen Effizienz
SKKO:	Skala zum Körperkontakt
SPKF:	Skala zur Pflege des Äußeren und der körperlichen Funktionsfähigkeit
SPSS:	Statistical Package for the social sciences
SSAK:	Skala zur Selbstakzeptanz des Körpers
SSEX:	Skala zur Sexualität
SSW:	Schwangerschaftswoche
St. p.:	Status post (Zustand nach)
TVT:	Tiefe Venenthrombose
VBAC:	Vaginal Birth after Caesarean



Glossar

Asphyxie:	Sauerstoffmangel
Forceps:	Geburtszange
Gravida:	Schwangerschaften
Kiwi:	Saugglocke zur Vakuumextraktion
Lochien:	Wochenfluss nach der Geburt
Makrosomie:	Zu großes Kind
Mean:	Mittelwert
Para:	Geburten



Abbildungsverzeichnis

Abbildung Titelseite: Modell Fetus im Uterus

Abbildung Kopfzeile: verschiedene Forcepszangen

Abbildung 1: Gebärstühle	2
Abbildung 2: Die Geburt des Julius Cäsar	4
Abbildung 3: Stein'sche Messer	6
Abbildung 4: Bishop-Score	9
Abbildung 5: Zangengeburt	13
Abbildung 6: Geburt mit einer Sauglocke	14
Abbildung 7: Ablauf Sectio Caesarea	18
Abbildung 8: Einteilung Selbstkonzept	22
Abbildung 9: Altersverteilung	35
Abbildung 10: Schwangerschaftswochen	36
Abbildung 11: Alter bei Geburt des Kindes	40
Abbildung 12: Verteilung "Hilfe" bei Geburt	41
Abbildung 13: Schmerzmittel unter der Geburt	42
Abbildung 14: Ergebnisse SSAK	46
Abbildung 15: Ergebnisse SAKA	48
Abbildung 16: Ergebnisse SSEX	50
Abbildung 17: Ergebnisse SKKO	52
Abbildung 18: Ergebnisse SASE	54
Abbildung 19: Ergebnisse SGKB	55
Abbildung 20: Ergebnisse SPKF	57
Abbildung 21: Ergebnisse SKEF	59
Abbildung 22: Ergebnisse SIDS	61
Abbildung 23: Ergebnisse Eröffnungsphase	62
Abbildung 24: Ergebnisse Austreibung	64
Abbildung 25: Ergebnisse Plazenta	65
Abbildung 26: Ergebnisse postpartale Schmerzen	67
Abbildung 27: Ergebnisse Beeinträchtigung Dauer	69
Abbildung 28: Ergebnisse Beeinträchtigung Intensität	70



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sectiorate in Österreich (%).....	7
Tabelle 2: Zunahme Sectiorate an der UFK Graz	8
Tabelle 3: Vergleich G zu P	38
Tabelle 4: Alter und Geburt	40
Tabelle 5: Ergebnisse Schmerzmittel	42
Tabelle 6: Ergebnisse SSAK	46
Tabelle 7: Ergebnisse SAKA	48
Tabelle 8: Ergebnisse SSEX	49
Tabelle 9: Ergebnisse SKKO	52
Tabelle 10: Ergebnisse SASE	53
Tabelle 11: Ergebnisse SGKB	55
Tabelle 12: Ergebnisse SPKF	57
Tabelle 13: Ergebnisse SKEF	58
Tabelle 14: Ergebnisse SDIS	60
Tabelle 15: Ergebnisse Eröffnungsphase.....	62
Tabelle 16: Ergebnisse Austreibung.....	63
Tabelle 17: Ergebnisse Plazenta	65
Tabelle 18: Ergebnisse postpartale Schmerzen	67
Tabelle 19: Ergebnisse Beeinträchtigung Dauer	68
Tabelle 20: Ergebnisse Beeinträchtigung Intensität	70
Tabelle 21: Methode wiederholen	71
Tabelle 22: Schmerzen nach 6 Monaten	73



1 Einleitung

1.1 Geschichte der Geburtshilfe¹

Lange Zeit war die Geburtsheilkunde eine reine Frauendomäne. Männern war es, um die Intimsphäre der Frau zu schützen, nicht erlaubt, der Geburt beizuwohnen – männliche Ärzte wurden nur bei Gefahr für Mutter oder Kind hinzugezogen.

Im Mittelalter bestanden die „medizinisch“ tätigen Frauen vor allem aus den unteren Gesellschaftsschichten, wie Bäuerinnen oder Leibeigene. Sie erlangten ihr Wissen durch Überlieferungen und Erfahrung, entwickelten dieses durch Experimente weiter, hatten ein großes Wissen über den menschlichen Körper und verschiedenste Kräuter.¹ *„Die ‘Kräuterweiber’ kannten Schmerzmittel, Abtreibungs- und Verhütungsmittel, hatten Muttermundsveränderungen und Zyklusstörungen beobachtet und konnten schwierige Kindslagen diagnostizieren und beheben. Auch kleinere Operationen wie den Dammschnitt konnten sie ausführen.“¹* Dementsprechend war das Ansehen dieser Frauen innerhalb der Gesellschaft sehr groß.

Zum anderen gab es aber auch viele Menschen, die Angst vor ihnen hatten und sie als Hexen beschimpften. Sie glaubten an Zauberei und die Verbündung mit dem Teufel. Im Laufe der Zeit nahm diese Angst stetig zu und führte schließlich zwischen 14. und 16. Jahrhundert zu einem kirchlichen Erlass. Dieser untersagte die Anwendung von Magie und Kräutern und verpflichtete die Hebammen zur Nottaufe.

Erste Anforderungsprofile an Hebammen gab es bereits im 15. Jahrhundert. Diese schrieben den Glauben an Gott, Gesundheit, Geschick und Ehrlichkeit vor. Weiters mussten die Frauen verheiratet oder verwitwet sein und selbst einmal entbunden haben. Somit lag das Alter bei Arbeitsbeginn meist bei 30-35 Jahren.

„Die Ausbildung der Hebammen bestand bis zum 18. Jahrhundert aus einer mehrjährigen Lehrzeit bei einer erfahrenen Hebamme sowie einer Prüfung beim Stadtphysicus, der die Frauen auch kurz theoretisch einwies.“¹ Bis Ende des 18. Jahrhunderts war das Wissen fast ausschließlich mündlich überliefert und gelehrt worden. Lehrbücher im heutigen Sinne gab es kaum und nur die wenigsten



Menschen konnten sie sich leisten oder überhaupt lesen. Somit ging im Falle des Todes einer erfahrenen Hebamme auch ihr Wissen verloren.

Im Mittelalter befolgten die Frauen spezielle Riten vor der Geburt: Sie gingen häufiger in die Kirche, beteten zu den Schutzheiligen Godehard und Norbert um eine glückliche und unkomplizierte Geburt und trugen oft blaue Wachsscheiben mit dem Bild des Lamm Gottes.²

Da Entbindungsanstalten erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts entstanden, gebären die Frauen zu Hause. Es dauerte, bis diese Gebärhäuser einen besseren Ruf erlangten, denn es bestanden hohe Sterblichkeitsraten. Die Klientel setzte sich daher vorwiegend aus armen und ledigen Frauen zusammen. Zur damaligen Zeit wurde Sex außerhalb der Ehe bestraft und im Falle einer Schwangerschaft mussten sie mit einer Geldstrafe oder sogar Gefängnis rechnen. Daher nahmen viele das Risiko auf sich, alleine zu gebären. *„Die Accouchiranstalten nutzten die Gesetzeslage und boten den Frauen Straffreiheit an. Als Gegenleistung verlangten die Ärzte jedoch, dass sich die werdenden Mütter für medizinische Experimente und zu spezifischen Operationstechniken bereit erklärten.“*¹

Gelegentlich erhielten die Frauen auch etwas Geld, die Kinder konnten gratis getauft beziehungsweise, wenn notwendig, auch beerdigt werden.

Bis in das 20. Jahrhundert war daher die Hausgeburt üblich. Erst nach dem zweiten Weltkrieg gingen immer mehr Frauen zur Geburt ihres Kindes in ein Krankenhaus.

1.1.1 Gebärstühle¹

Die ersten Gebärstühle (Abbildung 1) vermuten Historiker bereits 2500 v. Christus. Ihnen wurde besonders in der Austreibungsphase eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Sie gerieten jedoch im Laufe der Zeit durch neue Geburtstechniken wieder aus der Mode.



Abbildung 1: Gebärstühle

Im Europa des 16. Jahrhunderts sorgte besonders Savonarola, ein Arzt aus Italien, für die Verbreitung dieser Stühle – so gehörten sie bald zur Mitgift und



waren je nach Reichtum unterschiedlich gestaltet. Gelegentlich brachte auch die Hebamme einen Stuhl mit oder man borgte ihn von der Kirche aus.

Der Aufbau dieser Stühle war immer der gleiche: *„Die Sitzfläche war stets mit einer Aussparung versehen, die dem Arzt oder der Hebamme Platz zur Unterstützung der Gebärenden bot. Außerdem hatte der Stuhl eine leicht nach hinten geneigte unbewegliche Rückenlehne, die etwa 40 Zentimeter hoch war. Am Sitz waren zwei Griffe angebracht und später auch noch Armlehnen zum Aufstützen und Festhalten sowie kleine Bänke für die Füße.“*¹ Besonders populär waren im 18. Jahrhundert die Modelle von Georg Wilhelm Stein d. Ä.. Der Professor für Geburtshilfe in Marburg war bekannt für technisch höherwertigere Modelle mit verstellbaren Einstellungen und ausklappbaren Extras.

Mit zunehmenden Kenntnissen über Hygiene verschwanden die Gebärstühle jedoch wieder und wichen dem Bett, in welchem der Arzt bessere Übersicht und Eingriffsmöglichkeiten hatte.

1.2 Geschichte des Kaiserschnitts³

„Kaum ein chirurgischer Eingriff ist in Geschichte und Gegenwart der Medizin so bekannt, so sagem unwoben und gleichzeitig in seiner Anwendung und Ausführung so umstritten wie die Sectio caesarea, der ‘Kaiserschnitt’ „.“³

Geschichtlich gesehen ranken sich zahlreiche Mythen und Legenden um den Kaiserschnitt. *„Zu dieser Idee trugen vermutlich drei verschiedene Vorstellungen bei:*

- *die Erfahrung bei Tier und Mensch, dass es Geburtshindernisse und -unmöglichkeiten gibt, die sich womöglich durch ein Aufschneiden lösen lassen*
- *die Überlegung, dass eine Schnittentbindung etwas Außergewöhnliches war und sich deshalb besonders für herausragende Persönlichkeiten als Kennzeichen und günstiges Omen ‘eignete’*
- *die Idee von ritueller Reinheit, die der Schnittentbindung anhaftete – nicht zwischen Urin und Kot (...) geboren zu werden, hatte wohl eine vergleichbare Bedeutung wie etwa die im orientalischen Kulturraum verbreitete Jungfrauengeburt.“³*



Aufgrund dieser Vorstellungen finden sich in vielen Lebensläufen berühmter historischer Persönlichkeiten, beispielsweise Buddha, verschiedene Götter und Heilige, Geburten als Kaiserschnitt dargestellt.

Eines der berühmtesten Beispiele ist die Geburt Gaius Julius Cäsars (100-44 v.Chr.). „*Plinius der Ältere behauptete, dass (...) auch 'der erste der Cäsaren' aus der Gebärmutter geschnitten worden sei. (...)*

Spätromische Grammatiker leiteten von diesem Zitat zunächst eine allgemeine Etymologie des späteren Titels Cäsar (ursprünglich ein Beinamen, im Sinne von 'Herausgeschnittener') ab. (...)



Abbildung 2: Die Geburt des Julius Cäsar

ab. (...) Spätstens Isodor von Sevilla (um 570-

636) identifizierte jedoch den 'ersten der Cäsaren' als Gaius Julius Cäsar, denn in der Zwischenzeit war das historiographische Wissen über die natürliche Geburt des Cäsaren verloren gegangen. “³

In Wahrheit ist die Geburt von Julius Cäsar (Abbildung 2) durch einen Kaiserschnitt sehr unwahrscheinlich, da seine Mutter auch noch rund zehn Jahre nach der Geburt gelebt hatte, die Sectio aber nur an sterbenden oder bereits Toten durchgeführt wurde.

Der Name der Schnittentbindung wurde vor allem vom französischen Arzt François Rousset geprägt. Dieser nannte ihn „Section Caesarienne“, ein Begriff, der von Caspar Bauhin 1582 zu „Sectio caesare“ (caedere = lat. schneiden) übersetzt wurde. Dieser neue Name setzte sich rasch gegenüber dem alten, „Hysterotomotokia“ (Gebärmutterschnittgeburt), durch.

Medizinisch gesehen hatte der Kaiserschnitt jedoch lange keine, bzw. nur sehr geringe Bedeutung. De facto wurde er nur an toten oder sterbenden Müttern als Notoperation durchgeführt, um zumindest das Kind zu retten oder taufen zu können (Sectio in mortua). Seine Gewichtung stieg erst um 1900, als man mehr Kenntnisse über Hygiene, Analgesie, Blutstillung, Nahttechnik und -material erlangte und somit die Überlebenschancen von Mutter und Kind stiegen.



Die Aufzeichnungen aus der Vergangenheit sind zusätzlich sehr kurz gehalten und geben kaum Auskunft über den Ablauf dieser Operation. Aus den ersten bekannten Operationsberichten ging lediglich die Durchführung eines linken Lateralschnitts mit Verdrängung der intraabdominellen Organe hervor. Der Grund dafür war, dass die Sectio hauptsächlich von Hebammen, Badern und Wundärzten vorgenommen wurde und die Aufzeichnungen meist von Stadtschreibern oder dem örtlichen Pfarrer stammten, also nicht vom Operateur selbst. Einer der ersten ärztlichen Operationsberichte stammte um 1500 von Pietro d'Argellata, welcher den schwangeren Bauch mit einem Medianschnitt vom Processus xiphoideus bis zum Os pubis eröffnete.

Im 16. Jahrhundert wurden die Aufzeichnungen konkreter und vielfach publiziert. Auch die ersten Bücher entstanden, zum Beispiel 1545 vom französischen Arzt und Buchdrucker Charles Estienne und dem Chirurgen Étienne de la Rivière. Dieses Werk enthielt neben detaillierten Ausführungen über die Operation selbst auch zahlreiche Abbildungen über die Schnitfführung.

Weiters gab Rousset, ein früher Verfechter der Sectio, Ende des 16. Jahrhunderts auch Indikationen an: Makrosomie, Fehllagen, Gemini, IFT und enge Geburtswege.

Im weiteren Verlauf entwickelten sich verschiedenste Arten der Schnitfführung, wie der Kreuz- oder Lateralschnitt, jedoch setzte sich im 18. Jahrhundert schließlich der Medianschnitt durch, da er blutungsärmer war.

Bei der Operation selbst wurde die Schnitfführung mit Tinte vorgezeichnet. Da man zu dieser Zeit noch kaum Besteck hatte, benutzte man vorwiegend Schwämme, um die Bauchwunde offen zu halten und das Abdomen trocken zu legen. Vernäht wurde nur minimal oder man verschloss lediglich mit Pflastern. Der Gedanke dahinter war, den Lochien und anderen Wundsekreten die Möglichkeit des Abfließens zu geben. Der Uterus selbst wurde ebenfalls nicht vernäht. Man überließ den Wundverschluss der Eigenkontraktion und unterstützte diese gegebenenfalls mit Kälte, Reibung, Säuren oder durch Schröpfen der Mamillen. Starke Blutungen wurden ausgebrannt oder ohne System genäht. Gefäßligaturen oder -klemmen entwickelte man erst später. Die ersten Uterusnähte wurden Ende

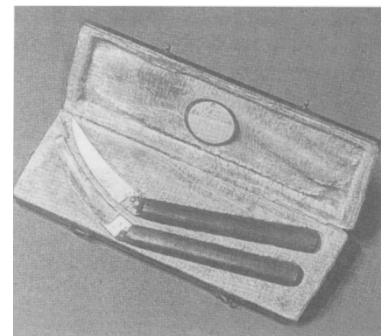


des 18. Jahrhunderts durchgeführt, das Nahtmaterial bestand anfangs aus Catgut (Tierdarm), später wurden Silberdraht und schließlich Seide verwendet.

Da im 18. Jahrhundert kaum Sedierungsmöglichkeiten bekannt waren, wurde vorwiegend Alkohol verwendet und die Schwangere an den Operationstisch gefesselt. Die Äther- und kurze Zeit später auch die Chloroform-Narkose wurde erst um 1850 bekannt. Laudanum und andere Opioide erhielten die Frauen postoperativ.

Weitere wichtige Punkte in der Geburtshilfe des 18. Jahrhunderts waren die Entwicklungen diagnostischer und therapeutischer Verfahren sowie die Konstruktion verschiedener Zangen und Haken bei schwierigen Geburten. Ein Beispiel eines therapeutischen Verfahrens war die Synchronotomie, die Durchtrennung der Symphyse, um die Geburtswege zu erweitern; ein Eingriff, der für die Frau oft letal endete.

Daneben entwickelte sich auch das chirurgische Besteck weiter. So konstruierte Georg Wilhelm Stein der Ältere ein spezielles Operationsbesteck für den Kaiserschnitt: die Stein'schen Messer.¹ (Abbildung 3)



Ein weiterer Meilenstein, sowohl in der Geschichte des Kaiserschnitts als auch in der Medizin generell, waren

Abbildung 3: Stein'sche Messer

die Erkenntnisse über die Hygiene. So begann man um 1865 präoperativ mit Karbol zu desinfizieren.

Mitte des 19. Jahrhunderts senkten schließlich die Infektionsprophylaxe, Narkose, verbesserte Instrumente und ein standardisierteres Vorgehen die Sterblichkeitsrate bei der Sectio.

Neben dem Fortschritt der Medizin des 19. Jahrhunderts spielten auch Ethik und Recht immer größere Rollen, womit sich die Ärzte zunehmend auch juristischen Problemen stellen mussten. Von Seiten der Kirche, teilweise auch gesetzlich, wurde die Entbindung verlangt, um das Ungeborene taufen zu können. Auf der anderen Seite gab es jedoch auch eine Vielzahl von Angehörigen, die Angst vor dem Scheintod der Gebärenden hatten und die Schnittentbindung untersagten. So wurde zum Beispiel 1770 ein Arzt verurteilt, weil er das Verbot der Mutter befolgte und die bereits verstorbene Tochter nicht sectionierte. Aufgrund dieses Problems



ging man schließlich dazu über, die Schwangere präpartal zu untersuchen und, bei Feststellung der Geburtsunmöglichkeit, mit Kollegen das weitere Vorgehen zu beraten.

Ende des 19. Jahrhunderts konnte man schließlich die Mortalität nach Sectio von ursprünglich 50-80% auf 22% senken. Die neuen Operationstechniken sahen z.B. eine getrennte Naht von Muscularis und Serosa vor, um das Operationsfeld besser nach außen verschließen zu können. Eine andere, sehr radikale Methode, schlug die Entfernung des Uterus nach Sectio vor.

1906 folgte eine weitere Wende in der Geschichte des Kaiserschnitts. Fritz Frank (1856-1923) schlug einen Querschnitt im unteren Uterussegment vor. Bisher wurde ein Längsschnitt durchgeführt, welcher häufig Gefäße und die Plazenta verletzte.

Für die heute angewandte Methode der Schnittführung ist größtenteils Hermann Johannes Pfannenstiel (1862-1909) verantwortlich. Er setzte den Hautschnitt suprasymphysär und bezog sowohl die Subkutis als auch die Muskelfaszie mit ein. Die Rektusmuskulatur wurde im Bereich der Linea alba längs inzidiert und getrennt. Durch diese Methode konnte das Risiko einer postoperativen Hernie praktisch ausgelöscht werden.

Weiter verfeinert wurde diese Methode in einem Krankenhaus in Jerusalem, wonach sie auch benannt wurde: die Misgav-Ladach Methode. Sie wurde erstmals 1994 in Montreal publik gemacht und ist heute der Standard vieler Krankenhäuser.

1.2.1 Neuere Entwicklungen

Weltweit ist die Anzahl der durchgeführten Sectiones im Steigen, auch wenn die Raten zwischen und innerhalb der einzelnen Länder schwanken. Neueste Schätzungen ergeben einen Anteil von ca. 15%, teilweise sogar mehr als 30% weltweit.³

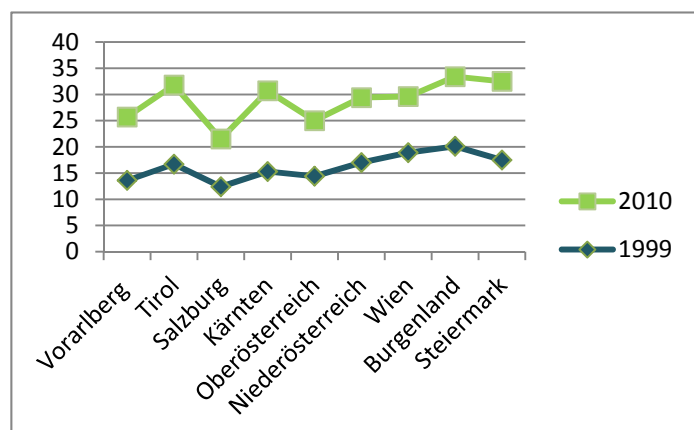


Tabelle 1: Sectiorate in Österreich (%)



Wie man in Tabelle 1 erkennt betrifft der Anstieg der Entbindungen durch Kaiserschnitt auch Österreich. Besonders stark ist dieser in Tirol, Kärnten und der Steiermark.⁴

- Vorarlberg: +12,1%
- Tirol: + 15,1%
- Salzburg: + 9,1%
- Kärnten: + 15,4%
- Steiermark: + 15%
- Oberösterreich: + 10,6%
- Niederösterreich: + 12,4%
- Wien: + 10,7%
- Burgenland: +13,3%

Auch an der Frauenklinik des LKH Graz ist der Anteil der Kaiserschnitte von 7,9% (1980) auf 31,4% (2009) gestiegen (Tabelle 2).

Die Gründe dafür sind vielfältig: steigendes maternales Alter, höheres Geburtsgewicht, Apparativdiagnostik (CTG, FBA) und damit verbunden die frühere Erkennung eines fetalen

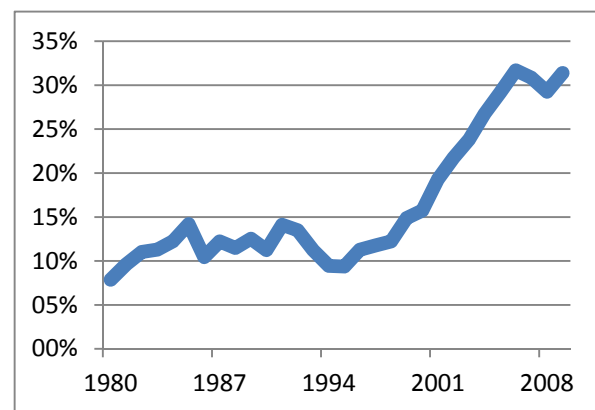


Tabelle 2: Zunahme Sectiorate an der UFK Graz

Sauerstoffmangels. Auch versucht man, durch den Kaiserschnitt schwierigen Kindslagen und den damit verbundenen vaginal-operativen Eingriffen zu entgehen. Weiters beherrschen immer weniger Ärzte die verschiedenen Manualhilfen bzw. Handgriffe bei Fehllage des Kindes. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die geringere Belastungstoleranz der werdenden Eltern und die Ängste der Gebärenden vor körperlichen Schäden durch die Geburt (Inkontinenz, Genitalprolaps).

Neben medizinischen Indikationen wünschen sich auch immer mehr Mütter einen Kaiserschnitt, um den Schmerzen bei einer vaginalen Geburt zu entgehen. Abgesehen davon, erlebte ich bei einer Famulatur in Ägypten 2008 auch einen



anderen Grund für eine hohe Kaiserschnitttrate: die zeitlich deutlich bessere Planbarkeit der Geburt während des Afrika Cups – einer Fußballmeisterschaft.

1.3 Spontangeburt⁵

Eine regelhafte Geburt liegt vor, wenn das Kind mit Beginn der 38. SSW und einem Gewicht von 2500-4000g aus vorderer Hinterhauptshaltung spontan geboren wird.

Für die bevorstehende Geburt gibt es einige Hinweise:

- Absinken des Fundus
- Senkwehen: unregelmäßig, etwa 3-4 Wochen vor der Geburt, wichtig für das Eintreten des kindlichen Kopfes in das Becken
- Vorwehen: in den letzten Tagen vor der Geburt, für die richtige Einstellung des Kopfes
- Abgehen des muttermundverschließenden Schleimpfropfs

Weiters kann man den Bishop-Score berechnen (Abbildung 4). Dieser beurteilt die Zervixbeschaffenheit, die Weite des Muttermundes und die Höhe des führenden Kindsteils. Erreicht werden können Werte zwischen 0 und 15, wobei eine Punktezahl größer 7 für eine bevorstehende Geburt spricht.

Befunde	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte
Portiostand	Sakral	Mediosakral	Zentriert, in der Führungslinie	
Portiollänge	2 cm	1 cm	1/2 cm	Verstrichen
Portiokonsistenz	Derb	Mittel	Weich	
Muttermundsweite	Geschlossen	1 cm	2 cm	3 cm
Leitstelle des VT	2 cm über der Interspinalenebene	1 cm über der Interspinalenebene	1 - 2 cm unter der Interspinalenebene	

Abbildung 4: Bishop-Score

1.3.1 Geburtsablauf

Die Geburt teilt man in drei Abschnitte ein: Eröffnungs-, Austreibungs- und Plazentaphase. Der Kopf des Kindes tritt bereits kurz vor der Geburt in das maternale Becken ein und kann vaginal mit der Sutura sagittalis und den beiden



Fontanellen getastet werden. Als Beginn ist der Zeitpunkt der ersten, regelmäßigen und zervixwirksamen Wehen bzw. der Blasensprung definiert.

1.3.1.1 Eröffnungsphase⁶

Die Eröffnungsphase ist durch die Öffnung des Muttermundes definiert. Durch Druck des Kindskopfes zentriert sich der Muttermund, gleichzeitig erfolgt die Öffnung, welche mit einer Weite von etwa 10 cm abgeschlossen ist. Die Dauer ist unterschiedlich und abhängig von der Anzahl der Paritäten. So erfolgt bei Erstgebärenden zuerst eine Verkürzung der Zervix, dann die Öffnung des inneren und zum Schluss die Öffnung des äußeren Muttermundes. Bei Multiparae passieren diese Vorgänge gleichzeitig. Wichtig ist, dass sich während der Geburt ein kontinuierlicher Fortschritt zeigt.

Blasensprung

In die Eröffnungsphase fällt auch der Blasensprung. Dieser wird durch Spannungen der Eihäute verursacht, die beim Tiefertreten des Kindes entstehen. Es gibt verschiedene Definitionen des Blasensprungs:

- Regelrecht: am Ende der Eröffnungsphase bei vollständig eröffnetem Muttermund
- Vorzeitig: vor Beginn zervixwirksamer Wehen, es besteht die Gefahr einer Infektion durch aufsteigende Keime
- Frühzeitig: vor abgeschlossener Muttermundöffnung
- Verspätet: in der Austreibungsperiode
- Hoher Blasensprung: über Muttermundsniveau, Vorblase noch tastbar
- Zweizeitig: bei hohem Blasensprung, wenn im weiteren Geburtsfortschritt eine Ruptur im unteren Bereich stattfindet
- Falscher Sprung: es reißt nur das Chorion, nicht aber das Amnion ein

1.3.1.2 Austreibungsphase⁶

Dieser Zeitraum betrifft die Geburt des Kindes. Durch den Druck des Kopfes auf den Beckenboden wird die Mutter zum aktiven Pressen angeregt. Dabei drückt sie willkürlich mit den Wehen mit und hilft so, den Geburtskanal zu weiten. Sobald der Kopf in der Scheide sichtbar wird, spricht man von Einschneiden des Kopfes. Er



gleitet jedoch nach der Wehe wieder zurück in die Vagina. Erst wenn auch in den Pausen das Caput sichtbar bleibt, spricht man von Durchschneiden. Dieser Moment bestimmt für den Damm den Punkt seiner maximalen Belastung. Daher wird von der Hebamme der so genannte Dammschutz ausgeführt: Sie drückt in den Wehen aktiv dagegen, um ihn vor dem Reißen zu bewahren. Sollte dies nicht ausreichend sein, wird eine Episiotomie durchgeführt um ein Zerreißen zu verhindern.

In dieser Phase besteht auch für das Kind ein hohes Risiko einen Sauerstoffmangel zu erleiden. Gründe dafür sind die herabgesetzte Durchblutung von Uterus und Plazenta während der Presswehen sowie die verringerte Hirndurchblutung durch den erhöhten Druck auf den kindlichen Kopf. Daher sollte diese Phase bei Primiparae nicht länger als eine Stunde, bei Multiparae nicht länger als 20-30 Minuten dauern.

1.3.1.3 Plazentaphase⁶

Diese Phase betrifft die Geburt der Plazenta. Nach der Geburt des Kindes werden vom Mutterkuchen Prostaglandine ausgeschüttet, welche eine starke Kontraktion des Uterus bewirken. Dadurch verkleinert sich die Auflagefläche und die Ablösung kann erfolgen. Dies kann vom Zentrum (zentraler Lösungsmodus nach Schulze) oder vom Rand aus erfolgen (Lösungsmechanismus nach Duncan), wobei bei zweiterem mit einem etwas höheren Blutverlust zu rechnen ist. Zu unterscheiden sind die Lösungsformen anhand der zuerst erscheinenden Struktur in der Vulva: bei der zentralen Form ist dies die fetale Plazentaseite mit der Insertion der Nabelschnur, bei der Duncan-Form erscheint zuerst ein Rand.

Folgende Zeichen kündigen die Lösung der Plazenta an:

- Uteruskantenzeichen: auch Schröderzeichen, Uterus zieht sich über der Plazenta zusammen und ist als schmale, kantige Struktur zu tasten
- Küstner-Zeichen: ist die Plazenta gelöst, zieht sich die Nabelschnur bei Druck zwischen Symphyse und Nabel nicht mehr in die Vagina zurück
- Ahlfeldzeichen: die Nabelschnur wird körpernahe gekennzeichnet, die Markierung bewegt sich durch die Lösung vom maternalen Körper weg



Die Blutverluste in dieser Phase sind durch verschiedene Vorgänge minimal: die Kontraktion des Uterus komprimiert die Gefäße, und das körpereigene Gerinnungssystem wird aktiviert.

1.3.2 Komplikationen⁵

1.3.2.1 Dammriss

Als Damm oder Perineum wird der Bereich zwischen Scheideneingang und Anus bezeichnet. Bei einer Geburt kann dieser einreißen. Man definiert folgende Grade:

- Grad I: Verletzung der Cutis
- Grad II: zusätzlich Einriss der Dammmuskulatur, Musculus sphincter ani externus intakt
- Grad III: Riss betrifft auch den Musculus sphincter ani externus
- Grad IV: Rektumbeteiligung

Ursachen eines Dammrisses sind meist unzureichende Dehnung, ungenügender Dammschutz oder Makrosomie, er kann aber auch bei einer Episiotomie entstehen, wenn diese zu kurz geschnitten ist. Diese Geburtsverletzung wird durch Inspektion festgestellt, wobei besonders auf den Analsphinkter geachtet werden muss. Nach der Naht sollte man den Sphinkter durch den Anus untersuchen, um sicher zu gehen, dass kein Nahtmaterial tastbar und der Riss voll verschlossen ist. Prinzipiell hat der Dammriss eine gute Prognose und heilt nach wenigen Wochen ab. Lediglich bei höhergradigen Rissen mit Verletzungen des Analsphinkters kann es zur Inkontinenz kommen.

1.3.2.2 Weitere Komplikationen

Weitere Verletzungen können an den Labien, der Klitoris, Vagina und Zervix entstehen. Auch der Uterus kann reißen, eine Komplikation die vor allem bei Spontangeburt nach Sectio gefürchtet ist.



1.3.3 Geburtshilfliche Operationen⁶

1.3.3.1 Forceps

Die Geburt mit Hilfe der so genannten Geburtszange (Abbildung 5) kann bei verzögerter Austreibungsphase, drohender Asphyxie, Frühgeburten und maternalen Indikationen durchgeführt werden. Folgende Voraussetzungen müssen gegeben sein:

1. „vollständige Eröffnung des Muttermundes
2. *eröffnete Fruchtblase*
3. *Beckenausgang nicht zu eng*
4. *Schädellage*
5. *die Leitstelle muss mindestens in Beckenmitte stehen (unterhalb der Interspinaleben).*
6. *kindlicher Kopf 'zangengerecht': nicht zu groß oder zu klein*
7. *adäquate Anästhesie des Beckenausgangs bzw. des Beckenbodens durch Periduralanästhesie oder Pudendusblockade. In Einzelfällen muss die Zangengeburt auch in Intubationsnarkose durchgeführt werden.*
8. *Entleeren der Harnblase mittels Katheter.“*

Besonders wichtig ist der 5. Punkt, da es bei höheren Ebenen zu schweren Verletzungen von Mutter und Kind kommen kann.

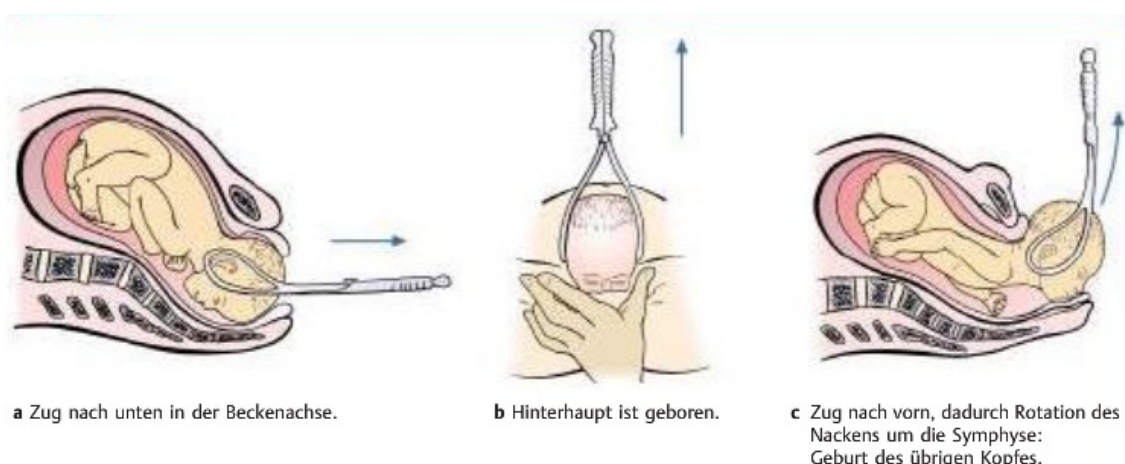


Abbildung 5: Zangengeburt

Die Gefahren dieser Geburtsmethode liegen in der erhöhten Verletzungsgefahr von Damm und Vagina. Kindliche Komplikationen können durch die Kompression



von Nerven (besonders Nervus facialis, Plexus brachialis) und bei grober Anlage der Zangenblätter (Frakturen) entstehen.

1.3.3.2 Vakuumextraktion

Die Geburt mit der Saugglocke (Abbildung 6) wird, wie die Zangengeburt, bei protrahierter Austreibungsphase oder drohender kindlicher Asphyxie angewandt. Dabei wird mit Hilfe einer kleinen Saugglocke (auch KIWI genannt, etwa 50 mm Durchmesser) ein Vakuum am Kopf erzeugt, um die Austreibung wehensynchron unterstützen zu können.

Vorbedingungen:

1. „vollständige Eröffnung des Muttermundes
2. eröffnete Fruchtblase
3. Schädellage
4. Leitstelle unterhalb der Interspinalenebene
5. Periduralanästhesie oder Pudendusblockade
6. Entleeren der Harnblase mittels Katheter“



Abbildung 6: Geburt mit einer Saugglocke

Die Vakuumextraktion ermöglicht ein rasches Ende der Geburt und hat den Vorteil, dass es zu keiner Kompression des fetalen Kopfes kommt. Durch den erzeugten Unterdruck steigt aber das Risiko von intrakraniellen Blutungen. Daher darf diese Art des Eingriffes nicht bei Frühgeburten angewandt werden. Eine andere Kontraindikation ist noch die Gesichtshaltung.



1.4 Sectio Caesarea

1.4.1 Indikationen³

Die Ursachen für eine Schnittentbindung haben sich im Laufe der Zeit stark verändert. In den Anfängen wurde der Kaiserschnitt ausschließlich an toten Müttern durchgeführt. Mit Entwicklung der Medizin ging man dazu über, Schwangerschaften per Sectio zu beenden, um die Mutter, später auch um das Kind zu retten. Ebenfalls hat sich die Indikation „Kind“ geändert. Anfangs wollte man das Baby schlicht „nur“ retten, heute versucht man, geburtsbedingte Schäden, zum Beispiel durch peripartalen Sauerstoffmangel, zu vermeiden. Seit einigen Jahren lässt sich auch ein Trend Richtung „Wunschkaiserschnitt“ erkennen. Dieser wird ohne medizinische Indikation, rein auf Wunsch der Mutter durchgeführt und betrifft Schätzungen zufolge etwa jede zehnte Geburt.

Prinzipiell unterscheidet man zwischen primärem und sekundärem Kaiserschnitt. Die primäre Form beschreibt die Entscheidung zum Kaiserschnitt **vor** Beginn der Wehen bzw. **vor** dem Blasensprung. Aufgrund dieser Definition fallen die Noteingriffe unter sekundären Kaiserschnitt. *„Bei diesen Notfallschnittentbindungen ist der Zeitraum zwischen Entscheidung zur Schnittentbindung und Entwicklung des Kindes (sog. **E-E-Zeit**) von besonderer Bedeutung, der Zeitraum sollte nicht länger als 20 min sein.“³*

Weiters unterscheidet man zwischen absoluten und relativen Indikationen. Absolute Indikationen stellen einen zwingenden Grund zur Schnittentbindung dar und machen etwa 10% der Fälle aus. Beispiele wären verschiedene, lebensbedrohliche Situationen für Mutter und Kind (Placenta praevia, Blutungen, Hypoxie, Uterusruptur...)

Liegen zum Beispiel Risikofaktoren oder Irregularitäten vor, spricht man von relativen Indikationen. Diese veranlassen den Arzt, eine Sectio anzuraten. Zwar wäre auch eine Spontangeburt möglich, jedoch mit erhöhtem Risiko. Dies betrifft etwa 80% der durchgeführten Sectiones. Wichtig hierbei ist es, immer zwischen Gewinn für Mutter und Kind auf der einen Seite und Risiken durch die Operation auf der anderen abzuwiegen. Dank der deutlich verbesserten medizinischen



Versorgung, welche die Operationsrisiken auf einem Minimum halten, fällt die Entscheidung immer häufiger für die Schnittentbindung aus.

Zu den wichtigsten und häufigsten Indikationen für eine Sectio gehören heute folgende:

St. p. Sectio

Mit jedem stattgehabten Kaiserschnitt steigt das Risiko, bei einer darauffolgenden Schwangerschaft und Geburt eine Uterusruptur zu erleiden. Diese ist dabei von der Art der Schnittführung abhängig (vertikale Schnittführungen stellen eine größere Gefahr dar als horizontale). Prinzipiell ist eine Spontangeburt nach Kaiserschnitt möglich (VBAC), man sollte jedoch vorher das individuelle Risiko abschätzen und die Schwangere über das potentielle Risiko der Ruptur aufklären.

BEL

Auch eine Beckenendlage kann vaginal entbunden werden, aber eine sorgfältige Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses ist nötig. Vor allem bei intrauteriner Wachstumsretardierung, Makrosomie, Disproportion von Kopf und Bauch, Fußlage und Beckenanomalien sollte ein Kaiserschnitt gemacht werden. In die Entscheidung über den Geburtsmodus ist die Schwangere miteinzubeziehen. Sie entscheidet nach sorgfältiger Aufklärung durch den Arzt.

Geburtsstillstand

„Trotz einer häufig benutzten Definition des Geburtsstillstandes (mehr als zwei Stunden keine Befundänderung bei guter Wehentätigkeit) ist die Indikationsstellung nicht standardisierbar, sondern unterliegt vielen subjektiven Einflüssen (Beurteilung der Wehentätigkeit, Variabilität der Befunderhebung u.a.).“³ Ist die Entscheidung gefallen, in die Geburt einzugreifen, kann dies per Sectio oder vaginal-operativ (Forceps, KIWI) erfolgen.



Asphyxie

Der Sauerstoffmangel unter der Geburt wird anhand der FBA und des CTG festgestellt und stellt einen zwingenden Grund zur baldigsten Geburtsbeendigung, meist per Sectio, dar. Dem Kind drohen durch den Sauerstoffmangel unterschiedlich ausgeprägte Schäden im Gehirn.

1.4.2 Durchführung⁵

Die Schwangere wird in etwa 15 Grad links - Seitenlage positioniert und kann, nach dem sterilen Waschen, in PDA, Spinal-, oder Vollnarkose operiert werden. Die Lagerung ist aufgrund der Gefahr des Vena Cava Kompressionssyndroms sehr wichtig, welches so vermieden werden kann.

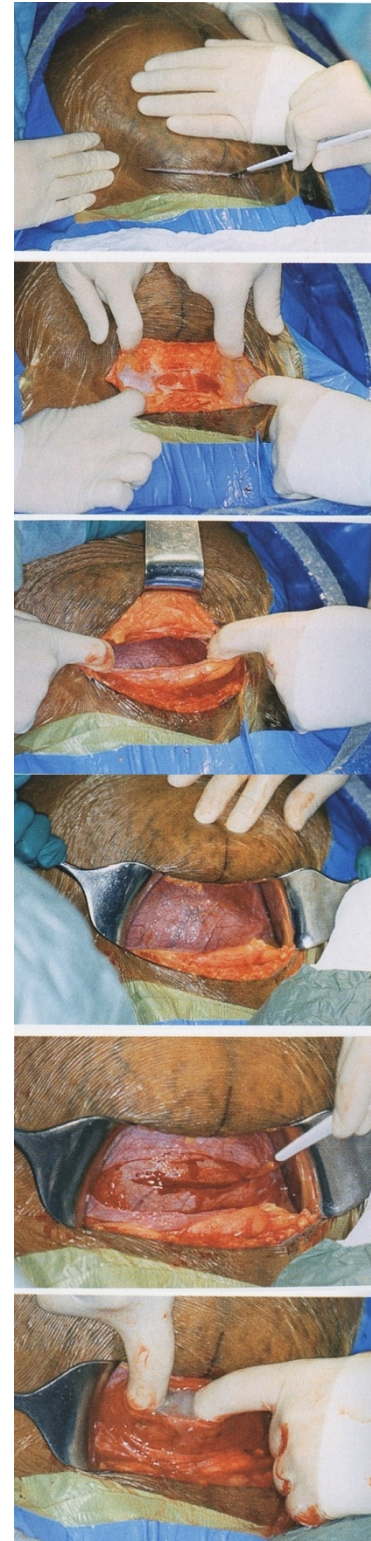
Zuerst eröffnet man die Cutis (nach Pfannenstiel oder J. Cohen, Bild 1: Pfannenstielschnitt) und dehnt den Schnitt mit den Fingern stumpf auf (Bild 2).

Auch die darunter liegenden Schichten werden lediglich mit einem Skalpell inzidiert und stumpf aufgetrennt, bis man schließlich zum Uterus gelangt (Bilder 3, 4).

Wichtig ist es, Verletzungen der Blase zu vermeiden, indem man diese vorsichtig zur Seite drängt.

Der eröffnete Bauch wird durch so genannte Frisch- oder Leibhacken offen gehalten und der Uterus nun ebenfalls inzidiert und stumpf eröffnet. (Bild 5,6). Bei Geburt eines reifen Kindes wird die Gebärmutter horizontal im unteren Uterinsegment eröffnet (Bild 5), bei einer frühgeburtlichen Sectio ist gelegentlich ein vertikaler Hilfsschnitt erforderlich.

Ist genug Platz geschaffen, kann das Kind entwickelt und somit geboren werden. Der Operateur greift dazu mit einer Hand in den Uterus hinein und umfasst den





Kopf des Kindes. Eine Assistenz oder der Chirurg selbst übt nun Druck auf den Fundus aus. Dadurch kann der Kopf des Babys geboren werden (Bild 7). In weiterer Folge wird auch der restliche Körper des Kindes entwickelt und die Mutter erhält Oxytocin, um die Lösung der Plazenta zu erreichen. Ist auch diese vollständig geboren (Bild 8), wird das Cavum uteri auf Reste abgetastet und der Schnitt anschließend vernäht (Bild 9). Die Uterusnaht kann, je nach Operateur, in situ oder auch außerhalb des Körpers erfolgen und wird fortlaufend vernäht (Bild 10). Über eine Naht des Peritoneums gibt es verschiedene Meinungen. Manche Chirurgen vernähen diese Schicht, andere lassen sie offen. Studien zufolge gibt es, bis auf die verkürzte Operationsdauer keine Unterschiede zwischen diesen beiden Methoden.³ Auch der Musculus rectus abdominis und das subkutane Fettgewebe werden nicht oder nur bedingt vernäht. Für gute kosmetische Ergebnisse wird die Cutis mit intrakutanen Nähten versorgt (Bild 11).



Abbildung 7: Ablauf Sectio Caesarea

1.4.3 Risiken³

Perioperative Risiken betreffen die Anästhesie, Blutverluste, Verletzungen des Kindes und der Harnwege.

Gefahren durch die Narkose sind vom jeweiligen Verfahren abhängig, so hat die Vollnarkose das höchste, die regionale das geringste Risiko und ist somit auch die Methode der Wahl. Die regionalen Anästhesieverfahren können in Form einer PDA oder einer Spinalanästhesie erfolgen und haben als häufigste Komplikationen eine maternale Hypotonie (55%) und Liquorverlust mit Kopfschmerzen (2%) zur Folge.



Die Blutverluste bei einem Kaiserschnitt sind zwar etwa doppelt so hoch wie bei einer Spontangeburt, dennoch werden selten Transfusionen benötigt. Sie sind abhängig von der Narkoseform, der Plazenta und dem chirurgischen Verfahren.

Verletzungen der Harnwege betreffen vor allem die Blase und sind, aufgrund der Anatomie, am häufigsten bei Pfannenstielschnitten (Schnittführung sehr weit caudal). Zusätzlich steigt das Risiko durch Vernarbungen mit der Anzahl an durchgemachten Sectiones.

Verletzungen des Kindes sind selten (etwa 1-2%) und treten vorwiegend bei Notsectiones auf. Sie sind abhängig von der Art wie der Uterus eröffnet wird und das Baby liegt.

Auch darf man nicht auf die postoperativen Risiken vergessen. Wie bei jeder Operation besteht ein Infektionsrisiko. Am häufigsten sind eine Endometritis nach ein bis zwei Tagen und Wundinfektionen nach vier bis sieben Tagen.

Neben der Infektion ist die Thrombose eine nicht zu unterschätzende Komplikation, denn eine Thrombembolie ist eine der häufigsten Ursachen für ein Versterben der Mutter postpartal. Etwa 4% erleiden im Wochenbett eine TVT. Risikofaktoren sind die Notsectio, Anämie, Infektion, postpartale Blutung und Adipositas.

Das Neugeborene betreffend sind Anpassungsstörungen in Form von Atemnot (Infant respiratory distress syndrome, IRDS) und passagere Tachypnoe die wichtigsten Komplikationen. Bei einer vaginalen Geburt wird, im Gegensatz zur Sectio, durch die Enge der Geburtswege die Flüssigkeit aus der Lunge des Kindes ausgepresst. Zusätzlich kann eine Atemnot auch durch Mangel an Surfactant ausgelöst sein. Dies ist häufiger bei Kindern zu beobachten, welche vor Beginn der Wehentätigkeit geboren werden.

Neben dem unmittelbaren Risiko bei der Geburt kann eine Sectio caesarea auch Auswirkungen auf nachfolgende Schwangerschaften haben. Es steigt zum Beispiel das Risiko einer Placenta praevia (4,5% nach einer Sectio, bis 44,9% nach vier Sectiones) oder einer Narbenruptur (besonders bei Geburtseinleitung mit Prostaglandinen, 2,45%).



1.5 Körperschema⁷

Anmerkung: Für das allgemeine Verständnis habe ich für meine Studienteilnehmerinnen die Begriffsdefinition „Körperempfinden“ gewählt.

Das Körperschema, in der psychologischen Fachsprache auch als Körperkonzept bezeichnet, umfasst die Wahrnehmungen einer Person zum eigenen Körper und ist ein Teilbereich des Selbstkonzepts.

Das Selbstkonzept beschreibt, wie sich eine Person selbst wahrnimmt bzw. was sie von sich selbst weiß. Es setzt sich aus folgenden Bereichen zusammen:

- Persönliche Eigenschaften
- Fähigkeiten
- Vorlieben
- Gefühle
- Verhalten

Der amerikanische Psychologe Georg Herbert Mead (1863-1931) teilte das *Selbst* in zwei Bereiche ein: „I“ und „Me“: *„I is the knower – der wissende, handelnde, aktive Teil des Selbst. Me is the known – das Gewusste, das Fundament unserer Persönlichkeit.“*⁶ Das Selbstkonzept betrifft nach dieser Einteilung das „Me“.

Für die Entstehung des Selbstbildes macht man genetische, umweltbedingte und soziale Einflussfaktoren verantwortlich, wenn auch der genetische Einfluss umstritten ist. Der soziale Einfluss wiederum gilt als gesichert und ist durch folgende Punkte gegeben:

Identität:

Die Identität wird durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe, z.B. Schüler, Studenten geprägt und ist umso größer, je kleiner die Gruppe ist.

Rollenaufgabe:

Aufgaben des täglichen Lebens beeinflussen das Verhalten, man verhält sich z.B. im Beruf anders als privat. Nachgewiesen wurde dieser Einfluss in einem Experiment von Philip Zimbardo (*1933) in Stanford: das Stanford-Prison-Experiment. Hierbei wurden zwei Personen in ein improvisiertes Gefängnis mit zufälliger Rollenverteilung eingesperrt, eine als Wärter, die andere Person als



Inhaftierter. Unbewusst nahmen beide ihre Rollen so ernst, dass die Situation eskalierte und das Experiment abgebrochen werden musste.

Vergleich:

Der soziale Vergleich beruht auf einer Theorie des amerikanischen Psychologen Leon Festinger (1919-1989) und besagt, dass man sich selbst beurteilt, indem man sich mit anderen Menschen vergleicht.

Erfolg, Misserfolg:

Die Ergebnisse des eigenen Verhaltens beeinflussen auch die Entwicklung des Selbstbildes. So haben Menschen, die durch ihre Handlungen viel Erfolg haben, ein positiveres Selbstbild als Personen, die weniger erfolgreich durchs Leben gehen.

Kultur:

Das Selbstbild wird auch durch die soziale Umgebung geprägt, in welcher sich eine Person befindet. ⁷

Das Selbstbild einer Person befindet sich im ständigen Wandel und ist sehr stark durch die Umwelt und ihre Äußerungen geprägt. In der Literatur (Guilford, 1959) wird dies auch als „die Persönlichkeit bildend“ beschrieben.

Darstellen kann man die Zusammenhänge der einzelnen Bereiche des Selbstkonzepts anhand folgender Grafik (Abbildung 8, in Anlehnung an Mummendey, 1995):

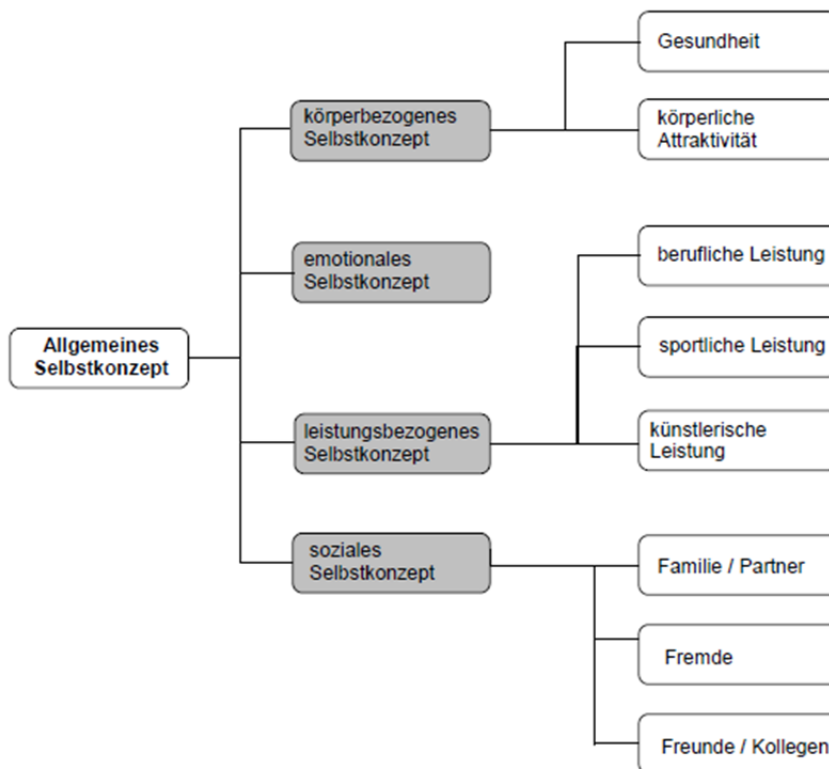


Abbildung 8: Einteilung Selbstkonzept

Die Grafik macht deutlich, aus welchen Teilbereichen sich das allgemeine Körperkonzept zusammensetzt. Will man diesen Bereich der Psyche untersuchen, sollte beachtet werden, dass es sich um einen subjektiven, von der betreffenden Person wahrgenommenen Bereich handelt.

Das Körperschema betrifft Empfindungen und Wissen einer Person über den eigenen Körper. Dieses Schema ist Teilbereich des Selbstkonzepts und erfasst folgende, auf den Körper bezogene Gebiete: Selbstakzeptanz, Akzeptanz durch andere, Sexualität, Körperkontakt, körperliche Erscheinung, körperliches Befinden und Gesundheit, Effizienz, Funktionsfähigkeit und dissimilatorische Körperprozesse.



2 Material und Methoden

2.1 Frankfurter Körperkonzeptskalen⁸

Die Frankfurter Körperkonzeptskalen wurden 1998 von Frau Ingrid M. Deusinger aus den Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger 1973, 1986) entwickelt. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 64 Fragen, die neun Einzelskalen zugeordnet werden. *„Die Items beziehen sich auf alltägliche Überlegungen, Gedanken, Bewertungen, Stimmungen, Gefühle, Befindlichkeiten und auf alltägliches Verhalten.“*⁸ Sie können gemeinsam, aber auch einzeln ausgewertet werden und dienen zur indirekten Bestimmung des Selbstbildes oder auch Selbstkonzepts, welches eine Person im Laufe der Jahre entwickelt hat.

Die Ausfülldauer beträgt zwischen 15 und 20 Minuten, wobei sich die zu testenden Personen bei den Fragen zwischen folgenden Ausfüllmöglichkeiten mit entsprechender Punktevergabe entscheiden müssen:

- Trifft sehr zu (1)
- Trifft zu (2)
- Trifft etwas zu (3)
- Trifft eher nicht zu (4)
- Trifft nicht zu (5)
- Trifft gar nicht zu (6)

Die Punktevergabe in dieser Form soll die Möglichkeit bieten, auch kleine Veränderungen im Körperempfinden feststellen zu können.

Die gesamte Version hat vier Seiten. Auf der ersten Seite werden der Vor- und Nachname, das Geburtsdatum, der Beruf und das Ausfülldatum eingetragen. Weiters befindet sich hier auch die Anleitung zum Ausfüllen inklusive eines Beispiels. Auf den folgenden drei Seiten finden sich die durchmischten Fragen – sie sind nicht nach den Einzelskalen geordnet. Zur Sicherheit und gleichzeitig zur Überprüfung wurden Kontrollfragen eingebaut. Das sind Fragen, die denselben Inhalt haben, jedoch einmal im positiven, einmal im negativen zu verstehen sind. Die Punktevergabe wird in der Auswertung entsprechend berücksichtigt. Die Fragen werden bei den Beschreibungen der Einzelskalen aufgelistet.



Wie jedes Testverfahren hat auch der FKKS seine Einschränkungen:

- Ein sehr niedriger Intelligenzquotient schließt eine Testung aus, da dann die Fragen eventuell nicht verstanden werden und das Ergebnis somit verfälscht bzw. falsch sein kann
- Aus demselben Grund ist auch ein guter Allgemeinzustand nötig
- Die Testmotivation sollte gegeben und unbedingt vorab überprüft werden, da dies ebenfalls zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen könnte
- In Zeiten der Zuwanderung ist auch auf ausreichende Deutschkenntnisse zu achten, da die Fragen sonst eventuell sprachlich nicht verstanden werden

Anwendbar ist der Fragebogen ab ca. zwölf Jahren, wobei nach oben hin keine Grenze gesetzt ist, solange die genannten Ausschlusskriterien befolgt sind. Weiters gibt es für die verschiedenen Altersgruppen unterschiedliche Mittel- und Prozentrangwerte. Ebenfalls erfolgt eine Trennung der Normen nach dem Geschlecht.⁸

Die Skalen selbst wurden nach ihrem Inhalt benannt und können „*positiv*“, „*neutral*“ oder „*negativ*“ ausfallen.

Die Anwendbarkeit des Fragebogens wurde vorab ausführlich überprüft und anhand folgender Gütekriterien bestätigt:

Reliabilität:

Mit der Reliabilität wird die Zuverlässigkeit eines Tests überprüft. Je höher der Wert ist, desto weniger Zufallsfehler treten auf.⁹ Im Falle des FKKS beträgt der Reliabilitätskoeffizient für die Gesamtversion 0.87 bis 0.96. Somit ist der Fragebogen als „sehr reliabel“ einzustufen.⁸

Validität:

Mit der Validität wird die Gültigkeit des Fragebogens überprüft.¹⁰ Dazu wurden Studien an verschiedenen Personengruppen durchgeführt. Als Beispiele hierfür möchte ich Essstörungen, Adipositas, Süchtige, Diabetiker, Schwangere und hysterektomierte Frauen nennen. Es gibt jedoch noch wesentlich mehr untersuchte Gruppen.⁸



Objektivität:

Die Objektivität des Fragebogens ist sehr hoch, da sowohl Durchführung als auch Auswertung relativ unabhängig vom Untersucher sind. Bei dem zu untersuchenden Probandenpool ist die Bedeutung der einzelnen Fragen jedoch unterschiedlich. ⁸

2.1.1 Skala zur Gesundheit und zum körperlichen Befinden – SGKB⁸

Dieser Bereich umfasst insgesamt sechs Einzelfragen:

- Zumeist fühle ich mich körperlich wohl
- Ich fühle mich oft so kraftlos
- Ich bin häufiger krank
- Ich stoße oft an meine körperlichen Grenzen
- Manchmal verlassen mich im entscheidenden Augenblick meine körperlichen Kräfte
- Ich fühle mich gesund

Die Punktevergabe bewegt sich zwischen 6 und 36, wobei 6-18 negativ, 18-24 neutral und 24-36 als positiv zu werten ist. Ziel ist es, die Überlegungen und Einschätzungen der Person in Bezug auf Gesundheit oder Krankheit und die körperlichen Kräfte festzustellen. So kann überprüft werden, ob sich die Testperson eher als gesund und stark oder krank und schwach empfindet. Frau Deusinger geht hierbei von einer engen Korrelation zu SKEF, aber auch zu SSEX und SSAK aus.

2.1.2 Skala zur Pflege des Körpers und der Funktionsfähigkeit – SPKF⁸

Diese Skala setzt sich aus acht Fragen zusammen:

- Ich achte sehr auf meine Gesundheit
- Ich tue viel für mein Aussehen
- Ich Sorge stets dafür, dass ich ausreichend Schlaf bekomme
- Zu einem gesunden Geist gehört ein gesunder Körper
- An meine Gesundheit denke ich selten
- Ich achte auf eine gesunde Ernährung



- Auf meine Zahnpflege lege ich großen Wert
- Für einen geistig leistungsfähigen Menschen ist ein gesunder Körper wichtig

Die Punktevergabe bewegt sich zwischen 18 und 48, wobei 18-24 negativ, 24-32 neutral und 32-48 als positiv zu werten ist.

Hier wird vor allem auf die Einschätzungen der Körperpflege und des Äußeren geachtet. Zusätzlich gibt es Fragen, die Rückschlüsse auf die Möglichkeiten des Erhalts bzw. der Verbesserung der Funktionalität schließen lassen.

In ihren Überlegungen ging die Autorin nicht primär davon aus, dass somit ein Körperkonzept bestimmt wird, vielmehr entwickelte sie diese Skala um den Zeitgeist besser feststellen zu können.

Man geht weiters von einer engen Beziehung zu SASE und SKEF und einer Beziehung zu SSAK aus.

2.1.3 Skala zur Körperlichen Effizienz – SKEF⁸

Dieser Bereich setzt sich aus folgenden zehn Fragen zusammen:

- Ich bin gut im Sport
- Ich bin motorisch sehr ungeschickt
- Ich empfinde mich als ausgesprochen steif
- Ich habe oft das Gefühl, dass mein Gang steif und hölzern wirkt
- Ich bin ein sportlicher Typ
- Ich bin stark
- Ich bin froh über meine körperliche Zähigkeit
- Ich treibe viel Sport
- Die Schwerfälligkeit meiner Bewegungen ärgert mich
- Ich bin allgemein sehr verkrampft

Die Punktevergabe bewegt sich zwischen 10 und 60, wobei 10-30 negativ, 30-40 neutral und 40-60 positiv ist. Die Skala bezieht sich auf die Stärke, Zähigkeit und Motorik des Individuums. Die Autorin geht von der Bildung eines zentralen Konzepts aus, welches stark durch Erfahrung geprägt ist und wird. Weiters werden enge Beziehungen zu den Skalen SGKB, SSEX und SSAK angenommen.



2.1.4 Skala zum Körperkontakt – SKKO⁸

Die folgenden sechs Fragen bilden diese Skala:

- Ich habe es gern, wenn andere mich anfassen
- Jede Art von Körperkontakt ist mir unangenehm
- Ich habe es gern, wenn mich jemand umarmt
- Ich habe es gern, wenn jemand seinen Arm um meine Schultern legt
- Ich habe es gern, wenn mich jemand unterhakt
- Ich habe es gern, wenn jemand mir über den Kopf streicht

Die Punktevergabe bewegt sich zwischen 6 und 36, wobei 6-18 negativ, 18-24 neutral und 24-36 als positiv zu werten ist. Hier werden die Reaktionen auf körperliche Berührungen mit anderen Personen erfragt. Bewertet wird nicht nur, ob diese als un- oder angenehm empfunden werden, sondern auch, ob die Testperson diese sucht oder gänzlich ablehnt. Bei der Skala ist es wichtig, sie in Relation mit dem Alter zu setzen, da die unterschiedlichen Generationen andere Bedürfnisse haben: bei Jugendlichen ist viel Körperkontakt üblicher (z.B.: sich einhängen, umarmen...) als bei älteren Menschen. Eine enge Beziehung zur Skala SSEX wird angenommen.

2.1.5 Skala zur Sexualität – SSEX⁸

Auch diese Skala besteht aus sechs Fragen:

- In sexuellen Dingen habe ich Schwierigkeiten
- Ich mache mir Sorgen über sexuelle Dinge
- Ich habe den Eindruck, dass ich aufgrund meines Äußeren nicht sehr attraktiv auf das andere Geschlecht wirke
- Mein Äußeres wirkt auf Menschen anderen Geschlechts anziehend
- Meine Hände strahlen Zärtlichkeit aus
- Ich liebe es, Zärtlichkeit auszutauschen

Die Punktevergabe bewegt sich zwischen 6 und 36, wobei 6-18 negativ, 18-24 neutral und 24-36 als positiv zu werten ist. Hier wird versucht, mit Hilfe der Fragen eine grobe Einschätzung der sexuellen Empfindungen der Testperson zu erfahren. Wie bei der Skala SKEF wird auch bei SSEX von einem zentralen Bild des



Körperkonzepts ausgegangen. Da der Fragebogen für die Anwendung in verschiedenen Altersklassen konzipiert wurde, beschloss die Autorin die Fragen eher allgemein zu halten. Ebenfalls ging sie von einer engen Beziehung dieser Skala zu SGKB, SKEF, SKKO und SSAK aus.

2.1.6 Skala zur Selbstakzeptanz des Körpers – SSAK⁸

Dieser Bereich des Fragebogens wird aus folgenden sechs Einzelfragen gebildet:

- Ich würde gerne einige Teile meines Körpers austauschen
- Ich habe mehr körperliche Mängel als andere
- Es stört mich nicht, wenn mein äußeres Erscheinungsbild von dem meiner Umgebung abweicht
- Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden
- Ich sehe ganz gut aus
- Meine kleinen „Schönheitsfehler“ belasten mich nicht

Die Punktevergabe bewegt sich zwischen 6 und 36, wobei 6-18 negativ, 18-24 neutral und 24-36 als positiv zu werten ist. In diesem Bereich, von der Autorin ebenfalls als zentral betrachtet, wird die Einstellung zum Äußeren des Körpers erfragt. Die Autorin nimmt eine enge Beziehung zu folgenden Skalen an: SGKB, SKEF, SPKF, SASE, SSEX und SAKA.

2.1.7 Skala zur Akzeptanz des Körpers durch andere – SAKA⁸

Dieser Block besteht aus vier Einzelfragen:

- Wenn jemand mein Aussehen kritisiert, fühle ich mich recht wertlos
- Ich wirke auf andere meist wenig anziehend
- Mein Gang hat mir schon viele Komplimente eingebracht
- Wegen meiner Haut werde ich von Gleichaltrigen beneidet

Die Punktevergabe bewegt sich zwischen 4 und 24, wobei 4-12 negativ, 12-16 neutral und 16-24 als positiv zu werten ist. Erfragt wird hier in wie fern das Individuum glaubt, durch andere körperlich erfasst zu werden. Engere Beziehungen zu den Skalen SSAK, SASE, SSEX und SKEF werden angenommen.



2.1.8 Skala zu Aspekten der körperlichen Erscheinung – SASE⁸

Diese Skala umfasst vierzehn Einzelfragen:

- Meine Pfunde sind falsch verteilt
- Ich meine, ich sei zu dick
- Ich habe mit meinem Haar keinerlei Probleme
- Mit der Form meines Gesichtes bin ich zufrieden
- Meine Stimme passt gut zu meinem Typ
- Ich habe eine gute Figur
- Meine Beine sind zu dünn
- Ich habe hässliche Ohren
- Ich bin zu klein
- Die Farbe meiner Haare hat mich schon oft gestört
- Ich bin mit der Farbe meiner Haare zufrieden
- Ich habe zu große Ohren
- Meine Beine sind zu dick
- Ich habe gepflegte Hände

Die Punktevergabe bewegt sich zwischen 14 und 84, wobei 14-42 negativ, 42-56 neutral und 56-84 als positiv zu werten ist. Mit Hilfe dieses Fragenblocks wird versucht, die Wahrnehmung der Testperson zur körperlichen Erscheinung zu messen. Angenommen wird, dass diese Skala zum Großteil durch Äußerungen von Mitmenschen beeinflusst wird. Enge Beziehungen nimmt die Autorin zu den Skalen SSAK, SSEX und vor allem zu SAKA an.

2.1.9 Skala zu Dissimilatorischen Körperprozessen – SDIS⁸

Diese, aus vier Fragen bestehende Skala, ist folgendermaßen aufgebaut:

- Ich habe schnell einen unangenehmen Körpergeruch
- Ich leide unter Mundgeruch
- Ich habe einen angenehmen Körpergeruch
- Mein Körpergeruch stört mich kaum

Die Punktevergabe bewegt sich zwischen 4 und 24, wobei 4-12 negativ, 12-16 neutral und 16-24 als positiv zu werten ist. Erfragt wird hier die Wahrnehmung des eigenen Körpergeruchs. Die Autorin nimmt an, dass diese Skala für die meisten



getesteten Personen eine sehr geringe Rolle spielt, weshalb sie im FKKS auch sehr kurz gehalten ist. Wichtigkeit erlangen diese Fragen, wenn bei der Person durch verschiedene Vorgänge (z.B.: Krankheiten) der Körpergeruch zunimmt. Zusammenhänge mit den Skalen SSAK, SSEX und SAKA werden von der Autorin angenommen.

2.2 Schmerzfragebögen

Die Schmerzfragebögen habe ich in Zusammenarbeit mit Frau PD Dr. Margit Holzapfel-Bauer und Frau Mag. Dr. Martha Dorfer selbst erstellt. Für die Fragestellungen wurde vorab überlegt, welche Punkte wichtig sind bzw. inwieweit sich Unterschiede zwischen den Befragungszeitpunkten entwickeln könnten.

Der erste Fragebogen („prae“) im Wochenbett gliedert sich in zwei Seiten und wurde, aufgrund der Tatsache, dass die Befragung von mir selbst durchgeführt wurde, in „medizinischem Deutsch“ gehalten. Er beinhaltet folgendes:

Titelblatt:

Name, Anzahl der Geburten, Geburtsmethode (aktuell und vorherig(e)), Schwangerschaftswoche, Alter, Datum

Fragebogen (eine Seite):

Die zweite Seite ist der eigentliche Wochenbett-Fragebogen. Auf ihm findet sich folgendes:

- Schmerzempfinden während der Geburt, aufgegliedert in die einzelnen Geburtsphasen
- Schmerzempfinden im Wochenbett
- Schmerzdauer bei der aktuellen und (wenn vorhanden) bei vorheriger(n) Geburt(en)
- Beeinträchtigung durch Schmerzdauer und Schmerzintensität
- Wiederholung der Geburtsmethode mit Begründung
- Verlangen nach schmerzstillenden Mitteln



Das Schmerzempfinden und die Beeinträchtigung werden anhand einer zehnteiligen Skala erfragt und auf dem Fragebogen eingetragen. Die Schmerzdauer wird in Stunden gerechnet und die letzten beiden Fragen zur Wiederholung der Geburtsmethode und das Verlangen nach schmerzstillenden Mitteln werden anhand von Ja oder Nein beantwortet.

Aufgrund der Erfahrungen im Wochenbett konnte ich den Fragebogen für den zweiten Erhebungszeitpunkt verbessern. Folgende Punkte sind hinzugekommen:

Titelblatt:

- Geburtsdatum der Mutter und des Kindes
- Wurde die Geburt eingeleitet?

Fragebogen (3 Seiten):

- Aufteilung der Frage „Würden Sie Ihre Geburtsmethode bei der nächsten Geburt wiederholen bzw. diese weiterempfehlen?“
- Haben Sie schmerzstillende Mittel erhalten?
- Haben Sie jetzt, sechs Monate später, noch mit der Geburt zusammenhängende Schmerzen? (Auswertung anhand einer zehnteiligen Skala)
- Wenn Sie noch Schmerzen haben, brauchen Sie Schmerzmittel?
- Schmerzbeschreibung, -auslöser bzw. -verstärker, Schmerzlokalisierung
- Fühlen Sie sich durch Ihre Geburtsmethode in Ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt?
- Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Bauch schon wieder vollständig zurückgebildet hat?
- Frage nach Traumatisierung bei bzw. durch die Geburt
- Für betroffene Mütter eine weitere Frage danach, warum die Geburt traumatisierend war
- Zufriedenheit mit der Betreuung am LKH Graz



Zusätzlich wurden die Fragen für die Mütter deutlicher und verständlicher ausgeführt. Für den genauen Wortlaut verweise ich auf den Anhang (Seite 85) meiner Arbeit.

2.3 Methode

In dieser Arbeit soll der Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Körperschema sowie das Empfinden des Geburtsschmerzes in Abhängigkeit des Geburtsmodus unmittelbar nach der Geburt und sechs Monate später anhand zweier Fragebögen untersucht werden.

Hauptaugenmerk lag bei den Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS), wobei das besondere Interesse den Skalen „Sexualität“ und „Selbstakzeptanz des Körpers“ galt. Hier vermuteten wir die meisten Änderungen vor und nach der Geburt und besonders bei Entbindung per sectionem.

Als Nebenziel wurde gleichzeitig das Schmerzempfinden mit einem selbstentwickelten Fragebogen gemessen.

Die Untersuchung wurde prospektiv und offen in Form einer Beobachtungsstudie und ohne studienspezifische medizinische Intervention anhand der oben genannten Fragebögen durchgeführt. Daher bestand zu keiner Zeit ein Risiko für die Teilnehmerinnen.

Der zeitliche Aufbau umfasst folgende Punkte:

- Einschluss in die Studie (ca. ab der 37. SSW) mit Ausgabe des FKKS
- Schmerzfragebogen im Wochenbett
- FKKS und Schmerzfragebogen zeitgleich sechs Monate postpartal (per Post zugeschickt)

Die Fallzahlplanung wurde mit nQuery durchgeführt. Um eine Effektgröße von 0,4, geschätzt unter Bezugnahme auf die Referenzdaten für Schwangere im FKKS-Handbuch im Vergleich zur Normalpopulation, zu erreichen, sind 100 Studienteilnehmerinnen pro Gruppe notwendig. Weiters wurde eine geschätzte Drop-OutRate von 30% berücksichtigt. Diese setzt sich aus ca. 10% Geburten außerhalb der Universitätsfrauenklinik und 20% fehlenden Rücksendungen zusammen.

Daher müssen 143 Patientinnen pro Gruppe befragt werden. Damit erreicht man



einen signifikanten Unterschied von $\alpha = 5\%$ und eine Power von 80%.

Die Patientenauswahl wurde anhand folgender Kriterien getroffen:

Einschlusskriterien:

- Termingeburt (37 bis 42 SSW)
- Einlingsschwangerschaft
- unkomplizierte Schwangerschaft

Ausschlusskriterien:

- Keine Einverständniserklärung
- Mehrlingsschwangerschaft
- Frühgeburten
- Risikoschwangerschaften
- unzureichendes Sprachverständnis zur Beantwortung der Fragebögen

Es wurden keine Abbruchkriterien definiert.

Die Daten selbst wurden von mir in eine Excel Tabelle (© Microsoft) eingegeben und verwaltet. Ich habe die Teilnehmerinnen mit einer Studiennummer kodiert und konnte dadurch die Ergebnisse der Befragungen anonymisiert auswerten. Eine Identifikation der Personen ist daher bei der Auswertung nicht mehr möglich und die Bestimmungen des Datenschutzes können so eingehalten werden.

Die statistische Auswertung erfolgte durch ao. Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn. Josef Haas und durch mich in SPSS, Version 18 (SPSS Inc., Chicago II.) und wurde für die Diplomarbeit deskriptiv gehalten. Ein Vergleich zwischen den beiden Zeitpunkten (Geburt bis sechs Monate postpartal) erfolgt in Abhängigkeit von Datenniveau mit Kontingenztabellen, t-Test oder Wilcoxon-Tests für abhängige Stichproben.

Die Literatur wurde mit Citavi 3.1 Swiss Academic Software GmbH Schweiz verwaltet.

Für die Auswertung des FKKS wurde der Fragebogen anhand eines vorgegebenen Punkteschemas in eine Excel Tabelle eingegeben und daraus Summenscores zu den Skalen gebildet. Die Daten wurden anschließend in SPSS



eingescannt und der Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und die Standardabweichung berechnet. Die Punktwerte der Einteilung in negatives, neutrales und positives Körperempfinden sind im Handbuch des Fragebogens vorgegeben.

Ebenfalls wurde der Schmerzfragebogen nach den Einzelfragen in eine Excel Tabelle eingegeben, in SPSS eingescannt und der Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und die Standardabweichung berechnet. Bei Fragen, die anhand einer VAS erfragt wurden, bildete ich in Absprache mit den Betreuern folgende Einteilung:

- 0: keine Schmerzen
- 1-3: leichte Schmerzen
- 4-6: mittlere Schmerzen
- 7-10 starke Schmerzen

Die übrigen Fragen wurden konnten mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden und wurden auch dementsprechend ausgewertet.



3 Ergebnisse und Interpretation

Da bis zum Abschluss meines Studiums die Rekrutierung der Gruppe „Sectio“ nicht abgeschlossen werden konnte, wurde für die Diplomarbeit eine Vorauswertung durchgeführt. Diese betrifft ausschließlich die Gruppe „vaginale Geburten“.

3.1 Allgemeine Daten

Für die Gruppe „vaginale Geburten“ wurden, nach Berechnungen von Prof. Haas, 100 Personen benötigt. Dafür habe ich nach der ersten Erhebung 149 Briefe mit dem zweiten Teil ausgeschickt und bekam 110 zurück. Die Rücksendequote lag somit bei etwa 74%. Primär wurden weit mehr Frauen befragt, jedoch musste ich viele auf Grund einer zu geringen Anzahl beantworteter Fragen im FKKS ausschließen. Die Rücksendungen konnten vollständig ausgewertet werden.

3.1.1 Alter

Im Durchschnitt (sowohl Median als auch Mittelwert) lag das Alter der Frauen bei 30 Jahren. Die jüngste Patientin war 17 Jahre, die älteste 40 Jahre alt (Abbildung 9).

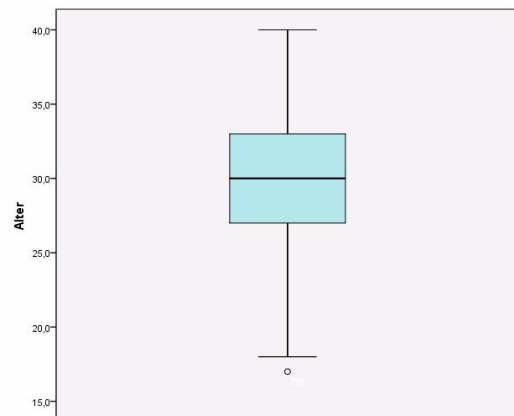


Abbildung 9: Altersverteilung



3.1.2 Schwangerschaftswochen

Für die Schwangerschaftswochen wurden fünf Kategorien gebildet (Abbildung 10):

- Kategorie 1: < 38 SSW
- Kategorie 2: 38+0 – 38+6 SSW
- Kategorie 3: 39+0 – 39+6 SSW
- Kategorie 4: 40+0 – 40+6 SSW
- Kategorie 5: 41+0 – 41+6 SSW

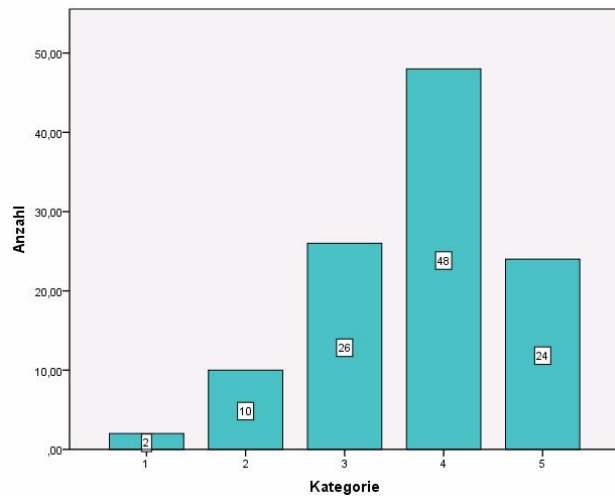


Abbildung 10: Schwangerschaftswochen

Die Kategorien setzen sich folgendermaßen zusammen:

Kategorie	Anzahl der Personen	Prozent
1	2	1,8%
2	10	9,1%
3	26	23,6%
4	48	43,7%
5	24	21,8%

Wie in Abbildung 10 zu erkennen ist, befanden sich zum Zeitpunkt der Geburt 48 Frauen (43,7%) in der 4. Kategorie. Mittelwert und Median sind nahezu ident (Median = 40,29 (40+2) SSW, Mittelwert = 40,15 (40+1) SSW).

Interpretation:

Aufgrund der o.g. Datenlage gebären die meisten Teilnehmerinnen in der Woche des Geburtstermins (48 Frauen; 43,7%) und waren somit „am Termin“. Vergleicht man diese Werte mit Daten der Statistik Austria so liegt die Schwangerschaftsdauer von 2009 im Mittel bei 38,9 Wochen.¹¹

Gründe für die Abweichung könnte die deutlich geringere Fallzahl meiner Daten sowie der Ausschluss von Risiko- und Mehrlingsschwangerschaften sein. Problemschwangerschaften, z.B. bei Präeklampsie, sind bei Gefährdung von



Mutter und Kind mit einer höheren Frühgeburtsrate assoziiert. Ähnliches gilt auch für Mehrlingsschwangerschaften. Hier werden die Kinder meist schon vor der 40. SSW geboren, da sie, je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist, immer weniger Platz im Bauch der Mutter haben.

3.1.3 Schwangerschaft, Geburt und Alter

3.1.3.1 Schwangerschaften (Gravida, G)

In der vaginalen Gruppe befanden sich insgesamt 62 Frauen (56,4%) mit einer, 28 (25,4%) mit zwei, 17 (15,5%) mit drei und drei (2,7%) mit mehr als drei Schwangerschaften. Somit waren mehr als die Hälfte der Frauen bei der Befragung zum ersten Mal schwanger. Der Mittelwert lag bei 1,65 und der Median bei 1.

3.1.3.2 Geburten (Para, P)

Für 72 Frauen (65,5%) in dieser Studie war es zum Zeitpunkt der Befragung die erste Geburt, bei 31 (28,1%) die zweite und bei sieben Frauen (6,4%) bereits die dritte Geburt. Der Mittelwert betrug 1,41 und der Median 1,0.

Interpretation:

Vergleicht man die Daten mit denen der Statistik Austria des Jahres 2009 fällt auf, dass die durchschnittliche Kinderzahl österreichweit mit 1,82 höher lag als in meiner Studie (1,41). Auch die Prozentangaben bei Auflistung nach Parität unterschieden sich. So hatten österreichweit im Jahr 2009 47,1% zum ersten Mal, 34,7% zum zweiten und 12,7% zum dritten Mal geboren.¹¹

Die ausschließliche Verwendung von vaginalen Geburten und die im Vergleich geringe Fallzahl könnten die Ursachen für diese Abweichung sein.



3.1.3.3 Vergleich Gravida (G) mit Para (P)

		P			Total
		1	2	3	
G	1	62	0	0	62
	2	7	21	0	28
	3	3	8	6	17
	4	0	1	1	2
	5	0	1	0	1
Total		72	31	7	110

Tabelle 3: Vergleich G zu P

In dieser Kreuztabelle (Tabelle 3) wurde die Anzahl der Schwangerschaften mit der Anzahl der Geburten verglichen. Folgende Ergebnisse liegen vor:

Erstgebärend (P1):

- 62 Frauen (56,36%) wurden mit der ersten Schwangerschaft auch zum ersten Mal Mutter
- sieben Frauen (6,36%) wurden mit der zweiten Schwangerschaft Mutter eines Kindes
- drei Frauen (2,73%) bekamen mit der dritten Schwangerschaft ihr erstes Kind
- Es waren keine Frauen dabei, die beim ersten Kind bereits vier- oder fünfmal schwanger waren

Zweitgebärend (P2):

- Es war keine Frau dabei, die bei zwei Kindern nur einmal schwanger war, da Zwillingschwangerschaften nicht in die Studie eingeschlossen wurden
- 21 Frauen (19,09%) waren beim zweiten Kind auch zum zweiten Mal schwanger
- acht Frauen (7,23%) waren bei zwei Kindern dreimal schwanger
- Bei jeweils einer Frau (0,9%) war es die vierte bzw. fünfte Schwangerschaft beim zweiten Kind



Drittgebärend (P3):

- Keine der Studienpatientinnen war bei der dritten Geburt ein oder zweimal schwanger, da Mehrlingsschwangerschaften ausgeschlossen wurden
- sechs Frauen (5,45%) waren beim dritten Kind auch dreimal schwanger
- eine Frau (0,9%) war beim dritten Kind bereits zum vierten Mal schwanger
- Es war keine Teilnehmerin in der Studie, die beim dritten Kind zum fünften Mal schwanger war

3.1.3.4 Geburtsmodus vorheriger Geburten

Zweitpara:

- 27 Frauen (24,5%), die in der Studie zum zweiten Mal spontan geboren haben, hatten auch bei der ersten Geburt einen natürlichen Verlauf
- neun Studienteilnehmerinnen (8,2%) hatten bei der ersten Geburt einen Kaiserschnitt
- von 74 Frauen (67,3%) hatten 72 zuvor noch keine Geburt und 2 gaben keine Angaben dazu ab

Drittpara:

- fünf Frauen mit Spontangeburt bei den vorherigen Geburten (4,5%)
- eine Frau mit Sectio (0,9%)
- von 104 Frauen (94,5%), hatten bisher 103 nur zwei Geburten und eine machte keine Angaben



3.1.4 Alter und Geburt

Die meisten Frauen waren zum Zeitpunkt der Geburt ihres ersten Kindes gerundet 29 Jahre alt. (Abbildung 11) Beim zweiten Kind beträgt das Alter etwa 31 und beim dritten 34 Jahre (gerundete Werte).

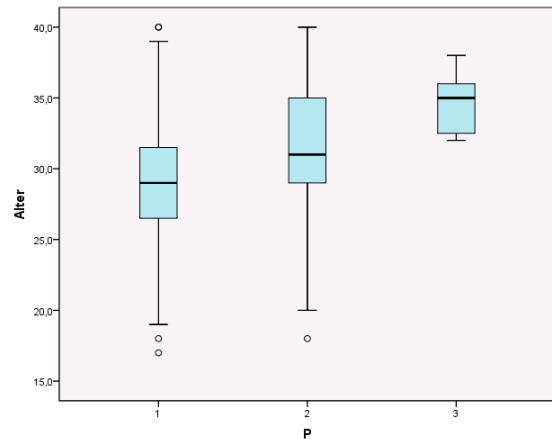


Abbildung 11: Alter bei Geburt des Kindes

Folgende Werte konnte ich in meiner Studie erheben (Tabelle 4):

Para	Alter (Jahre)
1	Mittelwert: 28,97 Median: 29,0 Minimum: 17 Maximum:40
2	Mittelwert: 31,45 Median: 31,0 Minimum: 18 Maximum: 40
3	Mittelwert: 34,57 Median: 35,0 Minimum: 32,0 Maximum: 38

Tabelle 4: Alter und Geburt

Interpretation:

Diese Daten sind denen der Statistik Austria aus dem Jahr 2009 relativ ähnlich: Die Frau ist bei Geburt ihres ersten Kindes im Mittel ca. 28,2, beim zweiten Kind 30,7 und beim dritten Kind etwa 32,5 Jahre alt. Starke Unterschiede werden deutlich, wenn weiter zurück in die Vergangenheit geblickt wird. So war 1984 das Durchschnittsalter bei der ersten Geburt 23,8, bei der zweiten 26,5 und bei der



ritten 29,4 Jahre.¹¹ Für den aktuellen Vergleich mit dem Jahr 2010 liegen leider noch keine Angaben vor.

Gründe für das steigende maternale Alter bei der ersten Geburt sind, dass immer mehr Frauen eine längere Berufsausbildung absolvieren und diese auch vor einer Schwangerschaft abschließen möchten, in jungen Jahren oft noch das nötige Geld für ein Kind oder der geeignete Partner fehlen. Aber auch andere Möglichkeiten bestehen.

3.1.5 Hilfe

Mit der Frage nach „Hilfe“ bei der Geburt wurde erfragt, wie das Kind konkret zur Welt gekommen ist. Dazu wurden folgende Bereiche definiert:

- Keine Hilfe (grün)
- Kiwi (Geburt mit der Saugglocke, blau)
- Wassergeburt (rosa)

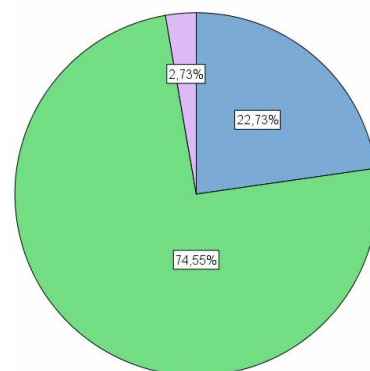


Abbildung 12: Verteilung "Hilfe" bei Geburt

Wie die Abbildung 12 zeigt, brauchte der Großteil der Frauen, nämlich 82 (74,5%) keine Hilfe bei der Geburt, 25 Teilnehmerinnen (22,6%) wurden in der Austreibungsphase mit der Saugglocke unterstützt und drei Frauen (2,7%) hatten eine Wassergeburt.

Interpretation:

Wie aus dem Text hervorgeht gab es keine Frau, die in der Austreibungsphase mit der Geburtszange unterstützt wurde. Grund dafür ist, dass der Forceps immer mehr aus der Geburtshilfe verschwindet und immer weniger Geburtshelfer diese Form der Unterstützung auch beherrschen. Zu groß ist das Risiko von Verletzungen für Mutter und Kind. Im Vergleich dazu ist die Saugglocke wesentlich schonender und wird daher deutlich häufiger angewandt.

3.1.6 Operationsindikation

Mit diesem Teilbereich ist der Grund für das Eingreifen in die Geburt gemeint. Bei der Gruppe „vaginale Geburt“ bezieht sich diese Frage auf den Grund für die



Saugglocke oder die Wassergeburt, wobei letzteres genau genommen keine Operationsindikation darstellt.

Da bei 83 Frauen (75,5%) kein Eingreifen nötig war und mir bei einer Frau keine Indikation vorlag, beziehen sich diese Daten auf insgesamt 27 Personen:

- Bei 17 Frauen (15,5%) war ein pathologisches CTG der Grund dafür, in die Geburt einzugreifen
- Bei sechs Studienteilnehmerinnen (5,4%) lag ein Geburtsstillstand vor
- Bei einer Patientin (0,9%) ging missfärbiges Fruchtwasser ab

Die drei Wassergeburt betreffend (20,7%), diente das warme Wasser der Entspannung der Gebärenden.

3.1.7 Schmerzmittel

Für diesen Teil wurde herausgehoben, welche Schmerzmittel unter der Geburt verabreicht wurden. Folgende vier Kategorien wurden erstellt:

- Kein Schmerzmittel (gelb)
- Nalbuphin (stark wirksames Opioid, grün)
- PDA (Periduralanästhesie, lila)
- Buscopan (blau)

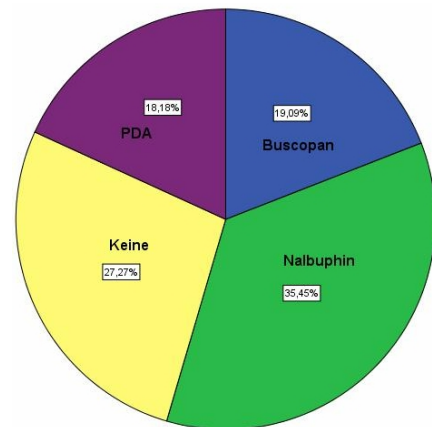


Abbildung 13: Schmerzmittel unter der Geburt

Wie man der Abbildung 13 entnehmen kann, erhielt der Großteil (39 Patientinnen; 35,4%) Nalbuphin als am stärksten wirksames Schmerzmittel. 20 Teilnehmerinnen (18,2%) erhielten eine PDA und 21 Frauen (19,1%) Buscopan. 30 Frauen (27,3%) erhielten gar kein Schmerzmittel.

Zusätzlich wurden die Studienteilnehmerinnen befragt, ob sie Schmerzmittel verlangt bzw. auch bekommen hätten. Folgende Ergebnisse liegen vor (Tabelle 5):

Schmerzmittel	prae n=110	post n=110
Verlangt	79 (71,8%)	64 (58,2%)
Nicht verlangt	31 (28,2%)	46 (41,8%)
Erhalten	77 (70%)	66 (60%)
Nicht erhalten	33 (30%)	44 (40%)

Tabelle 5: Ergebnisse Schmerzmittel



Die Ergebnisse des ersten Fragebogens decken sich bis auf eine Frau mit den Angaben in der Krankengeschichte. Ein halbes Jahr nach der Geburt gaben 15 Frauen weniger an, dass sie Schmerzmittel verlangt hätten (-13,6%) und weitere zehn weniger (-10%), Schmerzmittel erhalten zu haben.

Interpretation:

Interessant ist, dass so viele Frauen (30, 27,3%) keine Schmerzmittel unter der Geburt erhalten hatten. Als Grund wurde angegeben, dass die Schmerzen zur Geburt dazu gehören und die Frauen sich diese so natürlich wie möglich wünschten. Der Unterschied zwischen „Schmerzmittel verlangt“ und „Schmerzmittel erhalten“ ruht daher, dass die Geburt schon zu weit fortgeschritten war, als das ein Schmerzmittel noch lindernd hätte wirken können.

Interessant ist auch der Unterschied zwischen den Zeitpunkten der Befragung. So gaben im Vergleich zu „prae“ 15 Frauen weniger (-13,6%) an, ein Schmerzmittel verlangt und zehn Frauen weniger (-10%), eines erhalten zu haben.

Vermutlich haben die Studienteilnehmerinnen zum Teil vergessen bzw. konnten sich nicht mehr genau erinnern konnten, ob sie schmerzstillende Mittel erhalten haben.

3.1.8 Zwischenzeiten

Als Zwischenzeiten wurde der Abstand in Tagen zwischen der ersten und zweiten Befragung bezeichnet. Leider fehlen vom FKKS 76 Zeitangaben, daher gelten die folgenden Ergebnisse nur für 34 Fälle. Der Grund dafür ist, dass die Frauen den Fragebogen mit nach Hause bekommen haben und dort ausgefüllt haben. Dabei haben sie die erste Seite mit den allgemeinen Angaben meist ausgelassen bzw. überhaupt nicht betrachtet.

Beim Schmerzfragebogen sind die Zeiten nahezu vollständig, da ich diesen Fragebogen im Wochenbett gemeinsam mit den Studienteilnehmerinnen ausgefüllt habe. Lediglich von zwei Personen fehlen diese Angaben. Grund dafür ist, dass diese zwei Frauen außerhalb des LKH geboren haben und ich daher mit ihnen den Fragebogen per Telefon ausgefüllt habe.



FKKS:

Im Mittel betrug der Zeitabstand zwischen erster und zweiter Befragung 198,79 Tage. Umgerechnet sind das etwa sechseinhalb Monate. Der kürzeste Abstand betrug 181 (ca. sechs Monate) und der längste 243 Tage (ca. acht Monate). Im Median belief sich der Zeitunterschied auf 197,5 Tage (ca. 6 ½ Monate).

Schmerz:

Im Mittel betrug beim Schmerzfragebogen der Abstand zwischen den Befragungen 188,40 Tage (ca. sechs Monate), der Median liegt bei 184,50 Tagen (gerundet sechs Monate). Der kürzeste Abstand belief sich auf 146 Tage (~fünf Monate) und der längste auf 255 (ca. 8 ½ Monate).

Der mittlere Abstand zwischen den Befragungen bei FKKS und Schmerz ist unterschiedlich, da die Frauen erst den FKKS bekommen haben. Diesen erhielten sie im Mittel rund zehn Tage vor dem errechneten Geburtstermin. Der Schmerzfragebogen wurde von mir im Wochenbett erfragt und immer mit Datum versehen. Da der Zeitabstand zwischen den Befragungen vom Schmerzfragebogen im Wochenbett gerechnet wird, konnte der Abstand von sechs Monaten gut eingehalten werden.

3.2 Frankfurter Körperkonzeptskalen

Die Bezeichnung „prae“ wird verwendet, um die erste der beiden vorhandenen Befragungen zu benennen. Wie oben erwähnt, wurde diese kurz vor der Geburt an die Studienteilnehmerinnen ausgegeben und anschließend im Wochenbett von mir abgesammelt, „post“ bezeichnet die Rücksendung ein halbes Jahr später.

3.2.1 Fragenanzahl

Prae:

97 der teilnehmenden 110 Frauen (88,2%) haben die gesamten 64 Fragen beantwortet. zwölf Frauen ließen eine Frage aus (63 Fragen; 10,9%) und eine beantwortete nur 62 Fragen (0,9%). Studienteilnehmerinnen, die weniger als 62 Fragen beantwortet haben, musste ich ausschließen, da es keine konkreten Richtlinien gibt, wie mit nicht ausgefüllten Fragen umzugehen ist und ich



befürchtete, dass fehlende Angaben eventuell die Ergebnisse verfälschen könnten.

Post:

Ein halbes Jahr später haben 101 Frauen (91,8%) alle 64 Fragen, sieben Teilnehmerinnen 63 (6,4%) und zwei (1,8%) nur 62 Fragen beantwortet.

Interpretation:

Im Vergleich der ersten und zweiten Erhebung gibt es keine wesentlichen Unterschiede. Eine Frau mehr hat im post-Fragebogen zwei Fragen nicht beantwortet und vier Frauen mehr haben alles vollständig ausgefüllt.

Um nicht ausgefüllten Fragen entgegenzuwirken, wurde der Aussendung auch ein neues Informationsblatt beigelegt, in welchem die Frauen gebeten wurden, alle Fragen auszufüllen. Bei vier Frauen der vaginalen Gruppe hat diese Bitte anscheinend genutzt.

Ein weiterer Grund für die erhöhte Vollständigkeit der Fragen könnte sein, dass jene nach der ersten Erhebung ausgeschlossen werden mussten, die weniger als 62 Fragen beantwortet haben. Diese könnten eine niedrigere Compliance gehabt haben. Die anderen Teilnehmerinnen, an welche auch der zweite Teil ausgeschickt wurde, dürften eine höhere Testmotivation gehabt haben.

3.2.2 Skala zur Selbstakzeptanz des Körpers

Der Summenscore der Skala zur Selbstakzeptanz des Körpers kann sich zwischen Minimum 6 und Maximum 36 Punkten bewegen. Die Studienteilnehmerinnen haben folgende Werte erreicht (Tabelle 6):

SSAK n=110	prae	post
<i>Punkteverteilung</i>		
Mean	26,42	25,03
SD	4,440	4,950
Med	27	26
Min	15	7
Max	35	34



Einstellung n(%)		
Negativ (-)	6 (5,5%)	9 (8,2%)
Grenze (-/0)	3 (2,7%)	1 (0,9%)
Neutral (0)	17 (15,4%)	27 (24,5%)
Grenze (0/+)	6 (5,5%)	5 (4,6%)
Positiv (+)	78 (70,9%)	68 (61,8%)

Tabelle 6: Ergebnisse SSAK

Im Vergleich (Tabelle 6, Abbildung 14) sanken bei der zweiten Erhebung der Minimumwert von vorher 15 auf nachher 7 und der Maximalwert von erst 35 auf danach 34 Punkte. Auch Median und Mittelwert änderte sich: Bei der ersten Erhebung

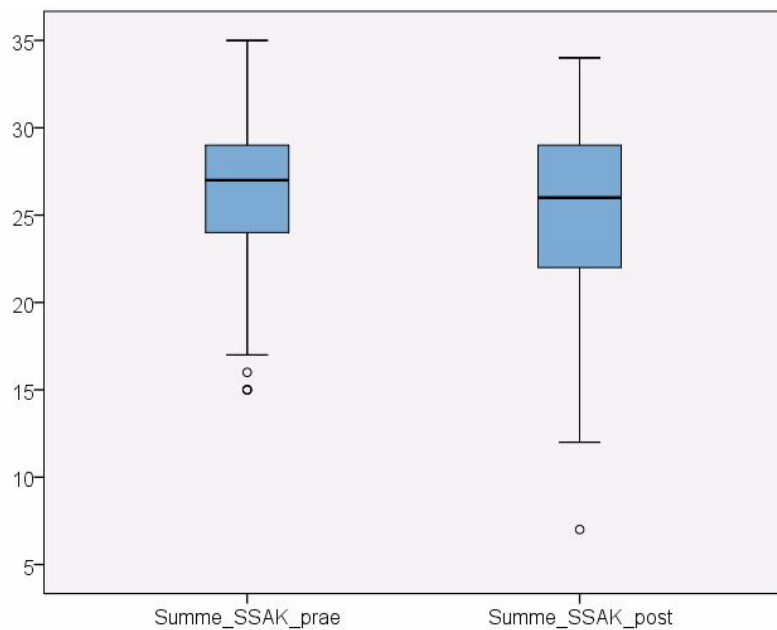


Abbildung 14: Ergebnisse SSAK

lagen sie bei 27 (Median)

und 26,42 (Mittelwert), danach bei 26 bzw. 25,03 Punkten. Zu beiden Zeitpunkten befanden sich mehr als die Hälfte der Patientinnen in einer positiven Einschätzung. Beim zweiten Befragungszeitpunkt sind drei Frauen mehr in den negativen Bereich gelangt (+2,7%), zwei Frauen weniger waren an der Grenze zwischen negativ und neutral (-1,8%), zehn zusätzlich im neutralen Bereich (+9,1%), an der Grenze zum positiven war eine Frau weniger (-0,9%) und im positiven Bereich waren es zehn Frauen weniger (-9,1%).

Interpretation:

Im Vergleich der beiden Befragungszeitpunkte fällt auf, dass sich die Frauen ein halbes Jahr später negativer einschätzen als noch zum Zeitpunkt der Schwangerschaft. Dennoch liegt die Mehrheit zu beiden Zeiten im positiven



Bereich, dieser nimmt jedoch nach einem halben Jahr um 9% ab.

Bei den Ergebnissen überraschend war, dass die Schwangeren zu einem großen Teil im positiven Bereich lagen. Bei Fragen, wie „Ich würde gerne Teile meines Körpers austauschen“, hätte ich mit einem negativeren Körperkonzept gerechnet. Grund für diese Annahme war, dass ich mir erwartet hatte, dass sich der gegen Ende der Schwangerschaft schon sehr große Bauch durchaus belastend auf die Selbstakzeptanz auswirken würde.

Zum anderen könnte ich mir den starken Abfall in die Richtung des negativen und neutralen Bereichs dadurch erklären, dass die Mütter ein halbes Jahr nach der Geburt großem Stress ausgesetzt sind. Daher haben sie wenig Zeit für sich, wodurch ich mir vorstellen könnte, dass sie bei Fragen wie z.B. „Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden“ eher eine negative Einstellung entwickeln.

Leider fehlen für diese Skala Vergleichsmöglichkeiten im Handbuch mit anderen Schwangeren und der Normalpopulation nichtschwangerer Frauen.

3.2.3 Skala zur Akzeptanz des Körpers durch andere

Bei der Skala zur Akzeptanz des Körpers durch andere war eine Punkteverteilung zwischen 4 und 24 möglich. Folgende Ergebnisse wurden berechnet (Tabelle 7):

SAKA n=110	prae	post
<i>Punkteverteilung</i>		
Mean	14,85	14,69
SD	2,695	2,818
Med	15	15
Min	8	9
Max	21	22
<i>Einstellung n(%)</i>		
Negativ (-)	11 (10%)	16 (14,5%)
Grenze (-/0)	8 (7,3%)	13 (11,9%)
Neutral (0)	45 (40,9%)	36 (32,7%)
Grenze (0/+)	16 (14,5%)	16 (14,5%)



Positiv (+)	30 (27,3%)	29 (26,4%)
-------------	------------	------------

Tabelle 7: Ergebnisse SAKA

Zwischen den Befragungszeitpunkten gibt es bei Minimum (erst 8) und Maximum (erst 21) jeweils einen Punkt mehr bei der zweiten Erhebung. Der Median ist mit jeweils 15 Punkten ident geblieben, der Mittelwert hat sich von ursprünglich 14,85 auf

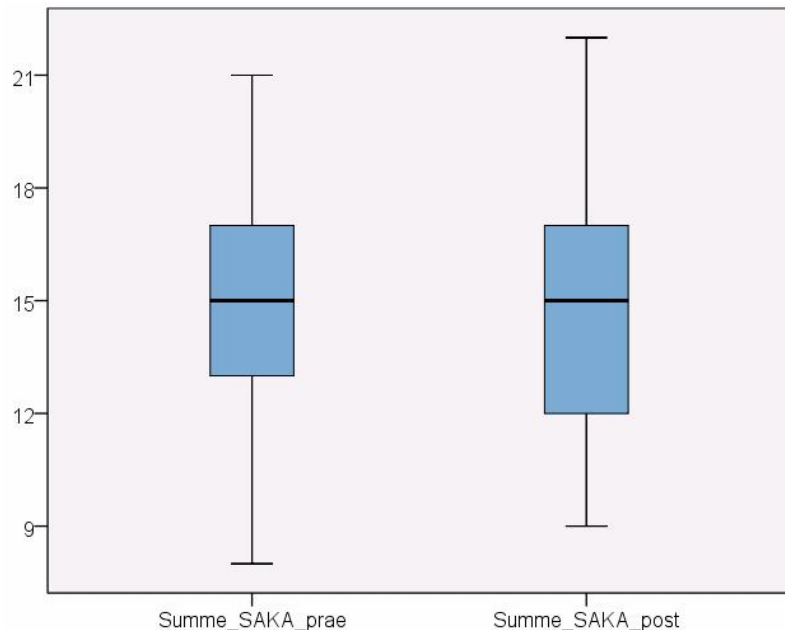


Abbildung 15: Ergebnisse SAKA

14,69 verändert. (Tabelle 7, Abbildung 15)

Im post-Fragebogen haben fünf Frauen mehr eine negative Einstellung entwickelt (+4,5%) und fünf weitere mehr sind zur negativen Grenze hin abgerutscht (+4,6%). Im neutralen Empfinden sind es bei der zweiten Erhebung neun Frauen weniger geworden (-8,2%) und eine Frau im positiven Empfinden (-0,9%).

Interpretation:

Anmerkung: Bei den Vergleichen mit dem Handbuch des FKKS stehen die Ergebnisse der Studie zur Diplomarbeit in den Klammern.

Wie oben beschrieben, befanden sich zu beiden Zeitpunkten die meisten Frauen (prae: 70,9%; post: 61,9%) im positiven Bereich.

Beim Vergleich mit den Studienergebnissen von Kinttof et al.⁸ fällt auf, dass sich die Werte der Schwangeren deutlich mit denen aus der aktuellen Studie decken: So liegt der Median bei 14,23 (15), das Minimum bei 9 (8) und das Maximum bei 22 (21). Auch bei der zweiten Erhebung sind die Werte annähernd ident mit denen aus der Normalpopulation gleichaltriger nichtschwangerer Frauen (Datenpool Deusinger): Median 14,40 (15), Minimum 4 (9) und Maximum 24 (22).



Frau Deusinger hat in ihren Hypothesen zum Thema „Körperkonzepte schwangerer Frauen“ erwähnt, dass Schwangere bessere Werte in der Selbstakzeptanz des Körpers haben. Als Grund dafür nannte sie die besondere Stellung, die diese Frauen in der Gesellschaft haben. Ich könnte mir gut vorstellen, dass sich deshalb auch die Studienteilnehmerinnen großteils sehr positiv bezüglich der Akzeptanz des Körpers durch andere sehen. Ein halbes Jahr nach der Geburt haben sie diese Sonderstellung in der Gesellschaft wieder verloren, was die Verschlechterung erklären könnte.

3.2.4 Skala zur Sexualität

In der Skala zur Sexualität können zwischen 6 und 36 Punkten erreicht werden. Folgende Ergebnisse wurden berechnet (Tabelle 8):

SSEX n=110	prae	post
<i>Punkteverteilung</i>		
Mean	28,03	27,70
SD	4,220	4,432
Med	28	28
Min	11	11
Max	35	36
<i>Einstellung n(%)</i>		
Negativ (-)	2 (1,8%)	4 (3,6%)
Grenze (-/0)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
Neutral (0)	12 (10,9%)	10 (9,1%)
Grenze (0/+)	3 (2,8%)	5 (4,6%)
Positiv (+)	92 (83,6%)	90 (81,8%)

Tabelle 8: Ergebnisse SSEX



In dieser Skala gab es eine Änderung im Maximalwert um plus einen Punkt von vorher 35 auf danach 36. Der Median ist zu beiden Befragungszeitpunkten mit je 28, der Minimalwert mit je 11 Punkten gleich. Der Mittelwert sinkt von 28,03 auf 27,70. (Tabelle 8, Abbildung 16)

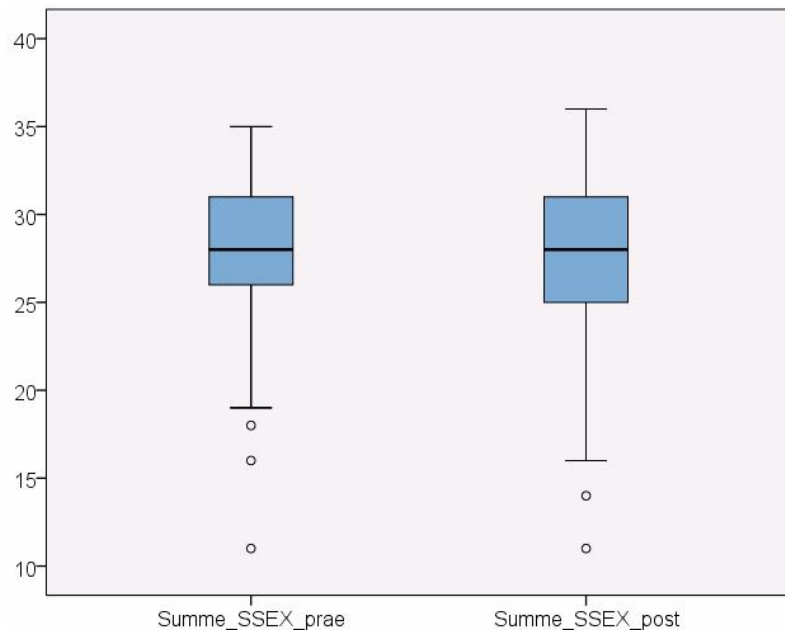


Abbildung 16: Ergebnisse SSEX

Bei der Einteilung der Einstellung zur Sexualität wurden zwei Frauen mehr nach einem halben Jahr negativ (+1,8%), zwei Frauen weniger waren im neutralen (-1,8%), zwei mehr an der Grenze zum positiven (+1,8%) und zwei weniger im positiven Bereich (-1,8%). Insgesamt blieb diese Skala zu beiden Befragungszeitpunkten relativ stabil.

Interpretation:

In dieser Studie bleibt die Skala zur Sexualität sehr stabil. Es gibt nur sehr geringe Änderungen.

Im Vergleich mit der Studie von Frau Kinttoff⁸ ergeben sich Unterschiede (in Klammer die aktuellen Werte): Mittelwert 26,66 (28) und Minimum 16 (11). Der Maximalwert ist mit 35 jeweils gleich.

Auch im Vergleich mit der zweiten Erhebung gibt es Differenzen zur Normalpopulation (Datenpool Deusinger): Mittelwert 25,64 (28) und Minimum 7 (11). Das Maximum ist auch hier ident.

Zu Beginn der Studie wurde angenommen, dass sich in dieser Skala deutliche Änderungen zwischen den Befragungen ergeben. Grund dafür war, dass die Teilnehmerinnen mit einem Baby sehr viel weniger Zeit haben, auch mit dem



Partner Zeit zu verbringen. Mögliche Ursache dafür, dass die Ergebnisse dieser Skala dennoch so ident sind, könnte sein, dass die Frauen nicht gänzlich ehrlich waren. Die meisten Frauen möchten sg. „Superfrauen“ sein, die Beruf, Familie und Partnerschaft problemlos unter einen Hut bringen. Ich vermute, dass es ihnen vielleicht unangenehm ist, zuzugeben, wenn die Intimität mit dem Partner weniger wird und es daher nur wenige ehrlich zugeben. Es könnte auch sein, dass nach einem halben Jahr, wenn viele Mütter das Stillen beenden, das Thema „Sexualität“ wieder mehr Bedeutung bekommt.

Eine andere Erklärung könnte sein, dass sich durch das Zusammensein der Eltern mit dem Kind z.B.: beim Kuschneln oder Baden, eine neue Form der Intimität entwickelt hat, welche die Sexualität in den Hintergrund rückt, die Frauen jedoch veranlasst, die Fragen dieser Skala dennoch sehr positiv zu beantworten.

In den Studien von Kinttof und Uhl (1993)⁸ konnte jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen den Schwangeren und der Normalpopulation festgestellt werden, wobei erstere signifikant positiver waren.

Eine ähnliche Studie gibt es von Klein et al. (2009). Sie fragte, ob der Geburtsmodus Auswirkungen auf die Sexualität hätten. Ihre Befragung wurde allerdings mit einem anderen Fragebogen, dem Female Sexual Function Index (FSFI) zwölf Monate nach der Geburt durchgeführt. Auch sie konnte keine signifikanten Unterschiede aufzeigen.¹²

3.2.5 Skala zum Körperkontakt

In der Skala zum Körperkontakt konnten Punkte zwischen 6 und 36 erreicht werden. Folgende Ergebnisse liegen für die Studienteilnehmerinnen vor (Tabelle 9):

SKKO n=110	prae	post
<i>Punkteverteilung</i>		
Mean	24,55	24,38
SD	4,984	6,018
Med	25	24,50
Min	12	10



Max	35	36
Einstellung n(%)		
Negativ (-)	8 (7,3%)	12 (10,9%)
Grenze (-/0)	6 (5,4%)	7 (6,4%)
Neutral (0)	29 (26,4%)	31 (28,2%)
Grenze (0/+)	5 (4,5%)	5 (4,5%)
Positiv (+)	62 (56,4%)	55 (50%)

Tabelle 9: Ergebnisse SKKO

In dieser Skala gibt es geringe Änderungen bei der zweiten Erhebung im Vergleich zur ersten (Tabelle 9, Abbildung 17): Das Minimum verschob sich um 2 Punkte nach unten auf 10, einen Punkt mehr gab es im Maximum. Der Median sank von 25

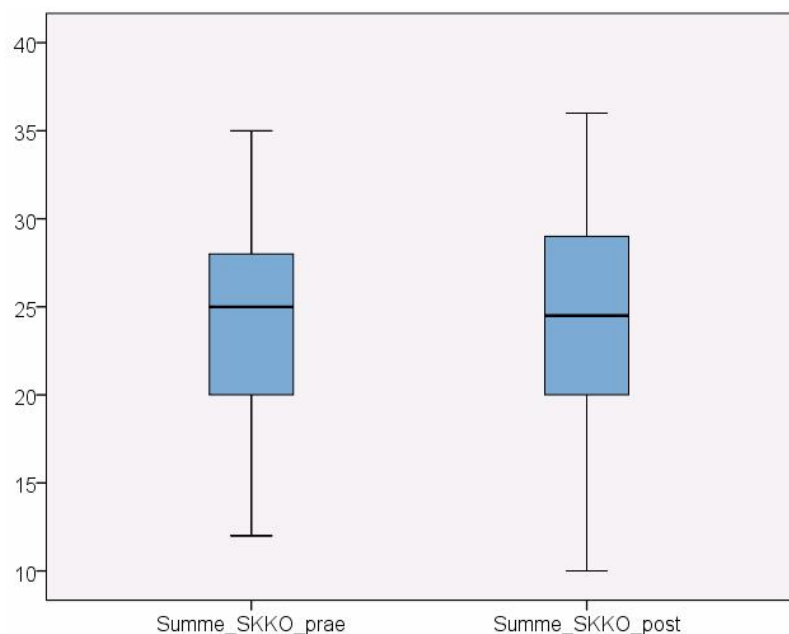


Abbildung 17: Ergebnisse SKKO

auf 24,50 und der Mittelwert von 24,55 auf 24,38.

Auch die Einstellung zum Körperkontakt war bei der zweiten Erhebung schlechter als bei der ersten: vier Frauen mehr waren negativ (+3,6%), eine mehr an der Grenze zum Negativen (+1%) und zwei mehr im neutralen Bereich (+1,7%). Somit ergibt sich ein Minus von sieben Frauen (-6,4%) im positiven Bereich.

Interpretation:

Auch in dieser Skala zeigt sich ein Trend zum Negativen. Trotzdem ist zu beiden Zeitpunkten der Großteil im positiven Bereich. Dieser sinkt jedoch von vorher 56,4% auf 50% danach.



Im Vergleich mit den Ergebnissen von Frau Kintto⁸ sind folgende Unterschiede aufgetreten: Der Mittelwert der Schwangeren liegt bei 24,04 (25) und das Minimum bei 7 (12). Unterschiede bestehen auch im Vergleich mit der Normalpopulation (Datenpool Deusinger): Mittelwert 25,0 (24,50) und Minimum 11 (10). Die Maximalwerte sind mit meinen ident: prae 35, post 36.

Interessant ist auch, dass es Verschlechterungen bezüglich des Körperkontaktes, aber keine die Sexualität betreffend gibt. Da diese zwei Bereiche sehr stark korrelieren und auch von Frau Deusinger in eine enge Beziehung gesetzt werden, unterstützt dies die Annahme, dass die Skala zur Sexualität eventuell nicht die Realität der Frauen widerspiegelt.

3.2.6 Skala zu „Aspekte der körperlichen Erscheinung“

In der Skala „Aspekte der körperlichen Erscheinung“, mit einer Punkteverteilung zwischen 14 und 84, ergab die Auswertung folgendes (Tabelle 10):

SASE n=110	prae	post
<i>Punkteverteilung</i>		
Mean	67,30	66,43
SD	7,077	6,515
Med	67	66,50
Min	48	52
Max	83	83
<i>Einstellung n(%)</i>		
Negativ (-)	0	0
Grenze (-/0)	0	0
Neutral (0)	4 (3,6%)	8 (7,3%)
Grenze (0/+)	2 (1,9%)	1 (0,9%)
Positiv (+)	104 (94,5%)	101 (91,8%)

Tabelle 10: Ergebnisse SASE



Das Minimum der erreichten Punkte ist nach einem halben Jahr von ursprünglich 48 auf nun 52 Punkte gestiegen. Das Maximum ist gleich geblieben, der Mittelwert von 67,30 auf 66,43 und der Median von 67 auf 66,50 gefallen. (Tabelle 10, Abbildung 18)

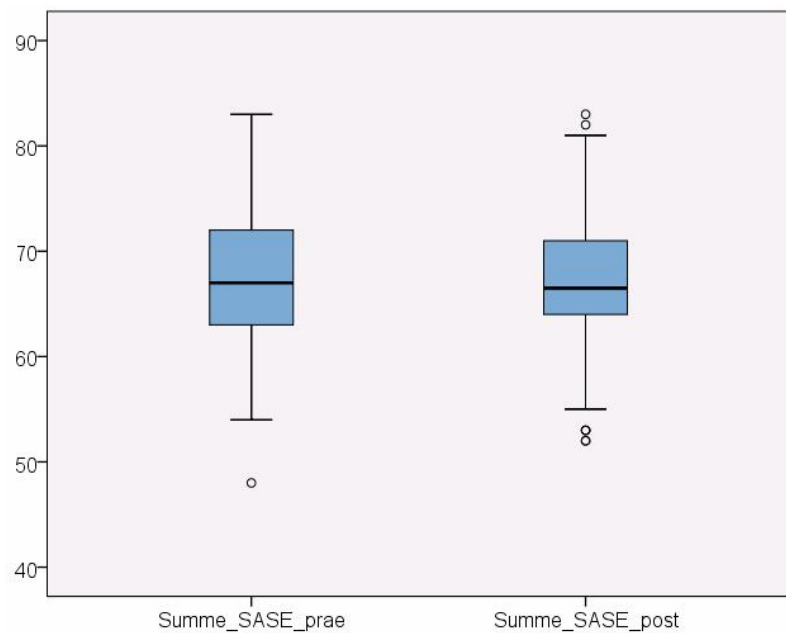


Abbildung 18: Ergebnisse SASE

In dieser Skala gibt es keine einzige Studienteilnehmerin, die im negativen Bereich oder an der Grenze dazu war. Im Vergleich zur ersten Befragung waren in der zweiten Befragung vier Frauen mehr im neutralen Bereich (+3,7%), eine weniger an der Grenze (-1%) und drei Frauen weniger im positiven (-2,7%). Deutlich ist die eindeutige Dominanz des positiven Bereichs mit über 90% zu beiden Befragungszeitpunkten.

Interpretation:

In dieser Befragung hat mich die eindeutige Dominanz des positiven Bereichs überrascht (94,5%). Bei Fragen, wie „Ich meine, ich sei zu dick“ oder „Ich habe eine gute Figur“ hätte ich mir bei den Schwangeren eher erwartet, dass sie sich in einem eher negativeren Bereich befinden würden. Als Grundlage dieser Annahme dienen der immer größer werdende Bauch und die damit verbundene Schwerfälligkeit. Auch hört man immer wieder, dass sich Frauen vor allem gegen Ende der Schwangerschaft gerne mit einem „Wal“ vergleichen.

Im Vergleich mit den Ergebnissen von Frau Kinttof⁸ sind die Studienteilnehmerinnen positiver zu ihrem Körper eingestellt: Mittelwert 64,0 (67), Minimum 43 (48) und Maximum 78 (83). Ähnliches fällt auch im Vergleich zur



Normalpopulation auf (Datenpool Deusinger): Mittelwert 62,0 (66,50), Minimum 31 (52) und Maximum 82 (83).

3.2.7 Gesundheit und körperliches Empfinden

Bei „Gesundheit und körperliches Empfinden“ konnten Werte zwischen 6 und 36 erreicht werden. Die Einschätzung der Studienteilnehmerinnen liegt wie folgt vor:

SGKB n=110	prae	post
Punkteverteilung		
Mean	28,12	27,59
SD	3,726	4,109
Med	28	28
Min	16	17
Max	36	36
Einstellung n(%)		
Negativ (-)	2 (1,8%)	1 (0,9%)
Grenze (-/0)	1 (0,9%)	2 (1,8%)
Neutral (0)	7 (6,4%)	16 (14,6%)
Grenze (0/+)	5 (4,5%)	6 (5,4%)
Positiv (+)	95 (86,4%)	85 (77,3%)

Tabelle 11: Ergebnisse SGKB

Im Maximum und Median gibt es bei dieser Skala keine Änderungen (Tabelle 11, Abbildung 19). Das Minimum an erreichten Punkten ist um eins auf 17 gestiegen, der Mittelwert von 28,12 auf 27,59 gefallen.

Bei der Einstellung zum

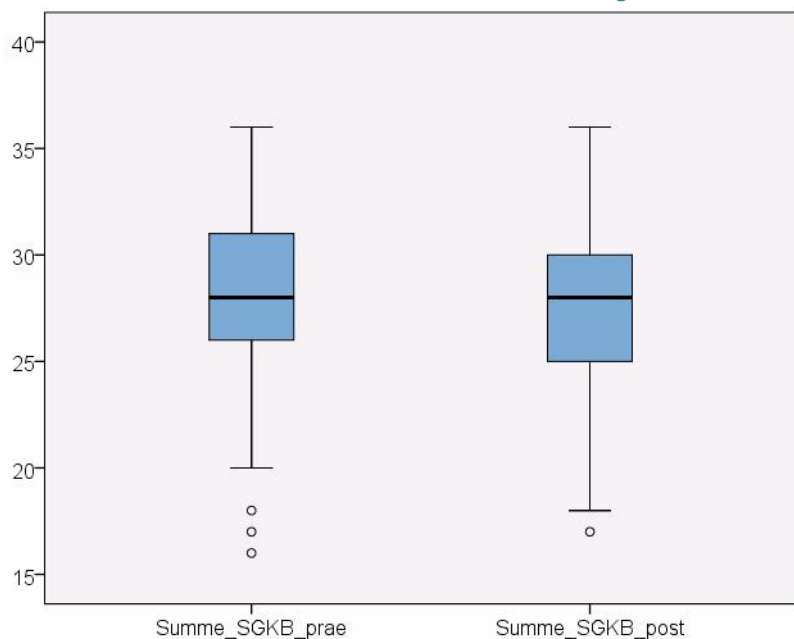


Abbildung 19: Ergebnisse SGKB



Körper ist eine Frau weniger im negativen Bereich (-0,9%), eine mehr an der Grenze zum neutralen (+0,9%), neun mehr im neutralen (+8,2%), eine mehr an der Grenze zum positiven (+0,9%) und zehn weniger im positiven Bereich (-9,1%). Somit ergibt sich hier ein Trend in Richtung des neutralen Bereichs, jedoch befindet sich zu beiden Zeitpunkten der Großteil im positiven Bereich.

Interpretation:

Wie oben beschrieben, ändert sich in dieser Skala wenig. Zu beiden Zeitpunkten der Befragung befinden sich mehr als 80% der Frauen im positiven Bereich der Skala, diese nimmt jedoch bei der zweiten um 9,1% ab.

Ich denke, der Grund für die Stabilität dieser Skala ist, dass sich in der Gesundheit der Frauen nicht viel ändert. Die meisten Schwangeren achten stark auf ihre Gesundheit, da sie nicht nur für sich selbst, sondern auch für ihr Ungeborenes verantwortlich sind. Diese Einstellung bleibt meist auch nach der Geburt erhalten.

Vergleichswerte mit anderen Schwangeren und der Normalpopulation nichtschwangerer Frauen fehlen im Handbuch leider.

3.2.8 Skala zu „Pflegerische und körperliche Funktionsfähigkeit“

Bei „Pflegerische und körperliche Funktionsfähigkeit“ mit einem Bereich von 8 bis 48 kam es zu folgender Verteilung (Tabelle 12):

SPKF n=110	prae	post
<i>Punkteverteilung</i>		
Mean	37,55	36
SD	3,988	4,647
Med	38	37
Min	26	26
Max	47	46
<i>Einstellung n(%)</i>		
Negativ (-)	0	0
Grenze (-/0)	0	0
Neutral (0)	9 (8,2%)	21 (19,1%)



Grenze (0/+)	3 (2,7%)	3 (2,7%)
Positiv (+)	98 (89,1%)	86 (78,2%)

Tabelle 12: Ergebnisse SPKF

Im Vergleich (Tabelle 12, Abbildung 20) zwischen den Befragungszeitpunkten ist das Minimum gleich geblieben, das Maximum von 47 und der Median von 38 um einen Punkt, der Mittelwert von 37,55 auf 36 gefallen.

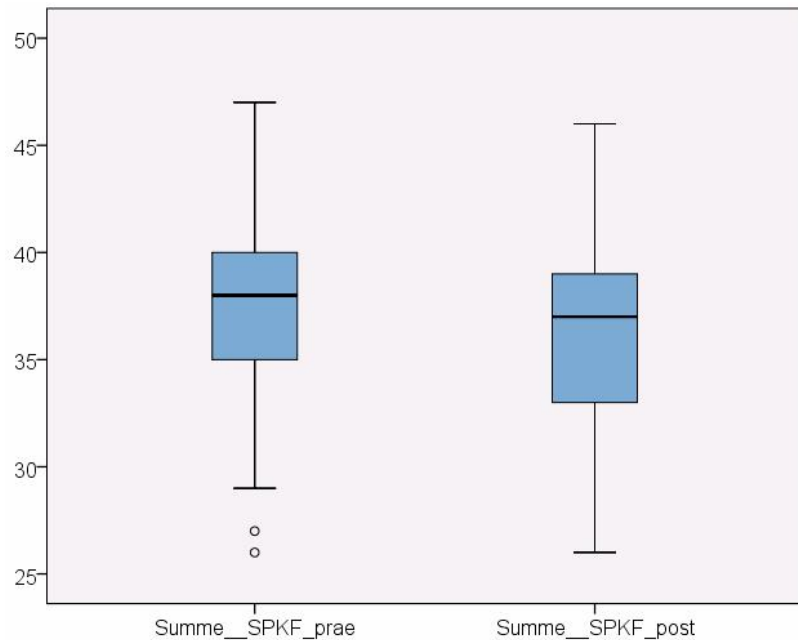


Abbildung 20: Ergebnisse SPKF

Auch hier befindet sich keine einzige Studienteilnehmerin im

negativen Bereich oder an der Grenze dorthin, jedoch ist ein Trend zum Neutralen hin erkennbar. So wurden im neutralen Bereich zwölf Frauen mehr (+10,9%) und im positive Bereich um diesen Wert geringer.

Interpretation:

Wie oben beschrieben, gibt es in dieser Skala wenige Änderungen zwischen den zwei Befragungszeitpunkten. Unterschiede erkennt man im Vergleich mit anderen Schwangeren (Kinttof 1993⁸): Mittelwert 36,05 (38), Minimum 22 (26) und Maximum 46 (47)

Auch im Vergleich zur Normalpopulation (Datenpool Deusinger) bestehen Abweichungen: Mittelwert 30,92 (37), Minimum 16 (26) und Maximum 43 (46).⁸

Als Grund für das deutlich bessere Abschneiden denke ich, dass Schwangere sehr viel mehr auf sich achten, da sie nun nicht nur für sich selbst, sondern auch für ihr Ungeborenes verantwortlich sind. Eine Schwangerschaft ist auch häufig der Anlass für eine werdende Mutter z.B. mit dem Rauchen aufzuhören. Dies



überträgt sich auch gelegentlich auf den werdenden Vater.

Ähnliches dürfte auch für das halbe Jahr nach der Geburt gelten. Das Kind ist vollkommen abhängig von der Mutter, weshalb diese gut auf sich und ihren Körper achten sollte.

3.2.8.1 Skala zur körperlichen Effizienz

In der Skala zur körperlichen Effizienz konnten Werte zwischen 10 und 60 erreicht werden. Folgende Ergebnisse liegen für die Teilnehmerinnen der Studie vor (Tabelle13):

SKEF n=110	prae	post
<i>Punkteverteilung</i>		
Mean	43,76	44,13
SD	6,658	6,607
Med	44	45
Min	18	15
Max	59	57
<i>Einstellung n(%)</i>		
Negativ (-)	3 (2,7%)	2 (1,8%)
Grenze (-/0)	1 (0,9%)	2 (1,8%)
Neutral (0)	20 (18,2%)	15 (13,7%)
Grenze (0/+)	6 (5,5%)	7 (6,3%)
Positiv (+)	80 (72,7%)	84 (76,4%)

Tabelle 13: Ergebnisse SKEF



Zum zweiten Erhebungszeitpunkt ist das Minimum um 3 Punkte auf 15 und das Maximum um 2 auf 57 Punkte gefallen. Der Median ist von 44 um einen Punkt gestiegen und der Mittelwert von 43,76 auf 44,13 gestiegen. (Tabelle 13,

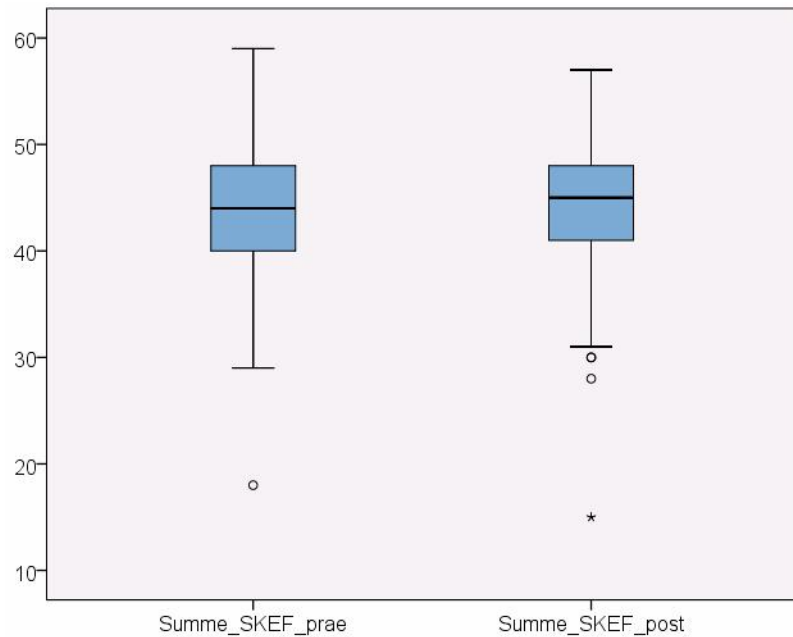


Abbildung 21)

Abbildung 21: Ergebnisse SKEF

Im negativen Bereich hat es eine Verschiebung um eins zur Grenze zwischen negativ und neutral gegeben (0,9%). Der neutrale Bereich selbst hat um fünf Frauen abgenommen (-4,5%), die Grenze zwischen neutral und positiv um eine mehr und der positive Bereich um drei Frauen mehr (+3,7%). Insgesamt betrachtet, lässt sich ein Trend zum positiven Bereich hin erkennen.

Interpretation:

Wie im obigen Text beschrieben, gibt es wenige Änderungen zwischen den Befragungszeitpunkten. Der Vergleich mit anderen Schwangeren (Kinttof 1993) zeigt jedoch Unterschiede: Mittelwert 43,93 (44), Minimum 27 (18), Maximum 60 (59). Diese bestehen auch im Vergleich mit der Normalpopulation (Datenpool Deusinger: Mittelwert 40,68 (45), Minimum: 11 (15), Maximum 56 (57)).⁸

In den genannten Studien des Handbuchs konnten beide signifikante Unterschiede in SKEF zur Normalpopulation zeigen.

Ich nehme an, dass die höheren Werte in der körperlichen Effizienz von Schwangeren dadurch entstehen, dass sie sich durch die großen körperlichen Veränderungen bei Aussagen wie „Ich bin stark“ besser bewerten. Dieselbe Annahme besteht auch für den zweiten Befragungszeitpunkt nach sechs Monaten. Im Vergleich zur Normalpopulation ist die Geburt noch nicht so lange



her und viele Frauen erinnern sich noch sehr gut an die durchgemachten Schmerzen. Ich kann mir gut vorstellen, dass dies ein Grund dafür sein könnte, dass sich die Frauen stärker fühlen.

3.2.9 Skala zu Dissimilatorischen Körperprozessen

Körpergerüche betreffend gab es, zwischen den möglichen 4 bis 24 Punkten folgende Ergebnisse (Tabelle 14):

SKEF n=110	prae	post
<i>Punkteverteilung</i>		
Mean	17,25	17,36
SD	2,484	2,587
Med	17	17
Min	11	11
Max	23	24
<i>Einstellung n(%)</i>		
Negativ (-)	2 (1,8%)	1 (0,9%)
Grenze (-/0)	0	0
Neutral (0)	20 (18,2%)	26 (23,6%)
Grenze (0/+)	21 (19,1%)	15 (13,7%)
Positiv (+)	67 (60,9%)	68 (61,8%)

Tabelle 14: Ergebnisse SDIS



Im Vergleich (Tabelle 14, Abbildung 22) sind das Minimum und der Median mit 11 bzw. 17 Punkten gleich, das Maximum von 23 um einen Punkt größer geworden und der Mittelwert von 17,25 auf 17,36 gestiegen.

Im negativen Bereich ist bei der zweiten Befragung eine Frau weniger

(-0,9%), sechs mehr im neutralen (+5,4%), sechs weniger an der Grenze und eine mehr im positiven Bereich.

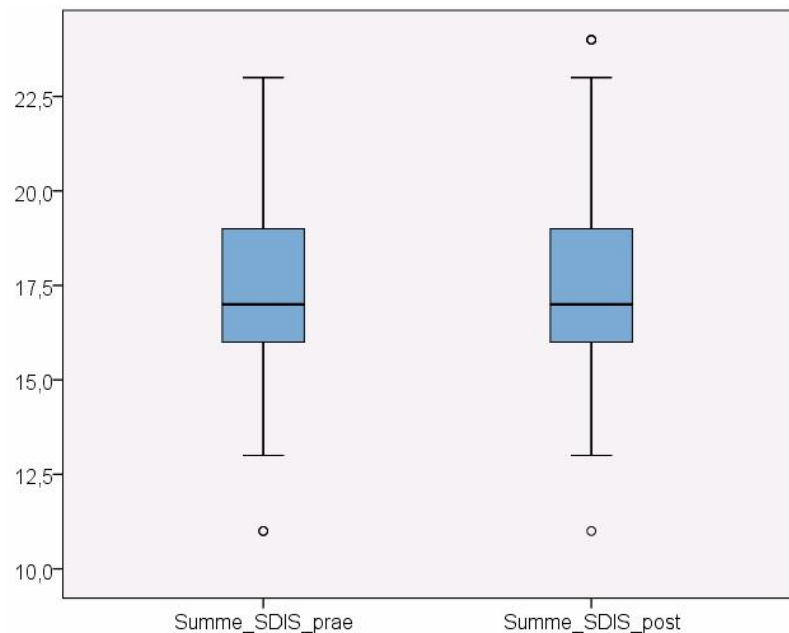


Abbildung 22: Ergebnisse SIDS

Interpretation:

Auch diese Skala ist sehr konstant geblieben und zeigt sehr ähnliche Werte wie in der Vergleichsstudie von Frau Kinttof (1993): Mittelwert 17,77 (17), Minimum 9 (11), Maximum 23 (23). Zur Normalpopulation nicht schwangerer Frauen verhält es sich ähnlich (Datenpool Deusinger): Mittelwert 17,41 (17), Minimum 9 (11), Maximum 24 (24).⁸

In der Skala zu dissimilatorischen Körperprozessen bestand zu keiner Zeit die Annahme, dass sich hinsichtlich einer Schwangerschaft etwas ändern könnte.

3.3 Schmerzfragebogen

Wie auch im vorherigen Fragebogen (FKKS) bezeichne ich den ersten Fragebogen im Wochenbett mit „prae“ und den zweiten ein halbes Jahr später mit „post“. Für die Erhebung der meisten Fragen habe ich eine visuelle Analogskala (VAS) erstellt. Diese wurde in Werte zwischen 0 und 10 unterteilt und für die Auswertung folgende Einteilung getroffen:

- 0: keine Schmerzen
- 1-3: leichte Schmerzen



- 4-6: mittlere Schmerzen
- 7-10 starke Schmerzen

3.3.1 Geburtsphasen

3.3.1.1 Eröffnungsphase

F1_Eröffnung	prae n=110	post n=110
Verteilung		
Mean	5,38	6,12
SD	2,562	2,860
Med	5,00	6,50
Min	1	0
Max	10	10
Einteilung nach VAS n(%)		
0	0 (0%)	1 (0,9%)
1-3	23 (20,9%)	25 (22,7%)
4-6	41 (37,3%)	29 (26,4%)
7-10	46 (41,8%)	55 (50%)
größter Anteil	VAS 4: 18 (16,4%)	VAS 10: 17 (15,5%)

Tabelle 15: Ergebnisse Eröffnungsphase

Im Vergleich der beiden Befragungszeitpunkte bezüglich der Schmerzen in der Eröffnungsphase (Tabelle 15, Abbildung 23), ist eine Tendenz zu höheren VAS zu erkennen, d.h. dass die Frauen ein halbes Jahr später die Schmerzen in

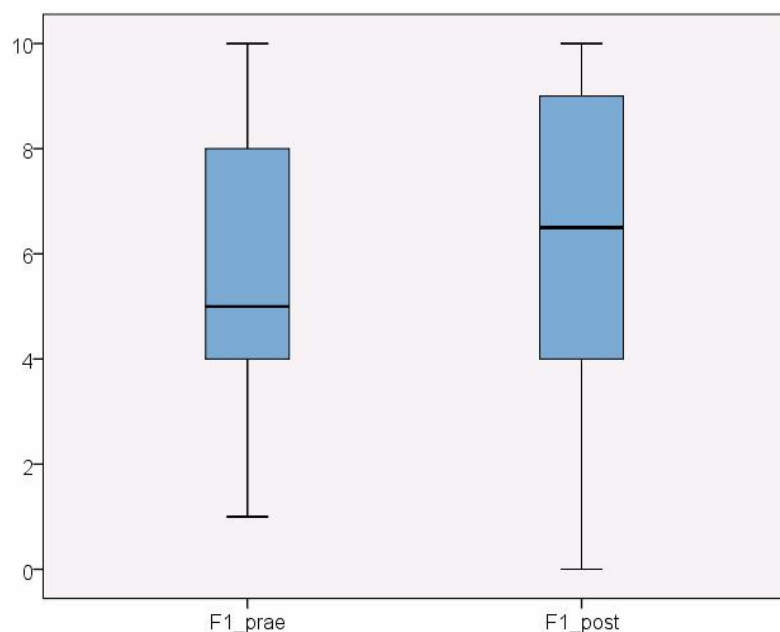


Abbildung 23: Ergebnisse Eröffnungsphase



dieser Geburtsperiode stärker angeben würden als direkt nach der Geburt. So steigt das Minimum von 0 auf 1, der Median von 5 auf 6,5 und der Mittelwert von 5,83 auf 6,12. Im Gegensatz zum ersten Befragungszeitpunkt würde keine Frau mehr die Schmerzen in der Eröffnungsphase mit „0“ (keine Schmerzen) angeben. In den Bereichen „leichte Schmerzen“ (VAS 1-3) gab es eine Zunahme von zwei Frauen (1,8%), mittlere „Schmerzen“ (VAS 4-6) ein Minus von zwölf Frauen (10,9%) und „starke Schmerzen“ ein Plus von neun Frauen (8,2%).

Bei der ersten Befragung gaben die meisten Frauen VAS 4 an (18, 16,4%), bei der zweiten Erhebung stieg dies auf VAS 10 an (17, 15,5%).

3.3.1.2 Austreibungsphase

F2_Austreibung	prae n=110	post n=109
Verteilung		
Mean	7,64	6,81
SD	2,640	2,730
Med	9	8,0
Min	0	0
Max	10	10
Einteilung nach VAS n(%)		
0	3 (2,7%)	5 (4,6%)
1-3	9 (8,2%)	13 (11,9%)
4-6	20 (18,2%)	17 (15,6%)
7-10	78 (70,9%)	74 (67,9%)
größter Anteil	VAS 10: 35 (31,8%)	VAS 8: 27 (24,5%)

Tabella 16: Ergebnisse Austreibung



Beim Vergleich (Tabelle 16, Abbildung 24) der beiden Befragungszeitpunkte gibt es keine Änderungen im Minimal- und Maximalwert (0 bzw. 10). Der Median sinkt von 9 um einen Punkt, der Mittelwert von 7,64 auf 6,81. In der Austreibungsphase tendieren die

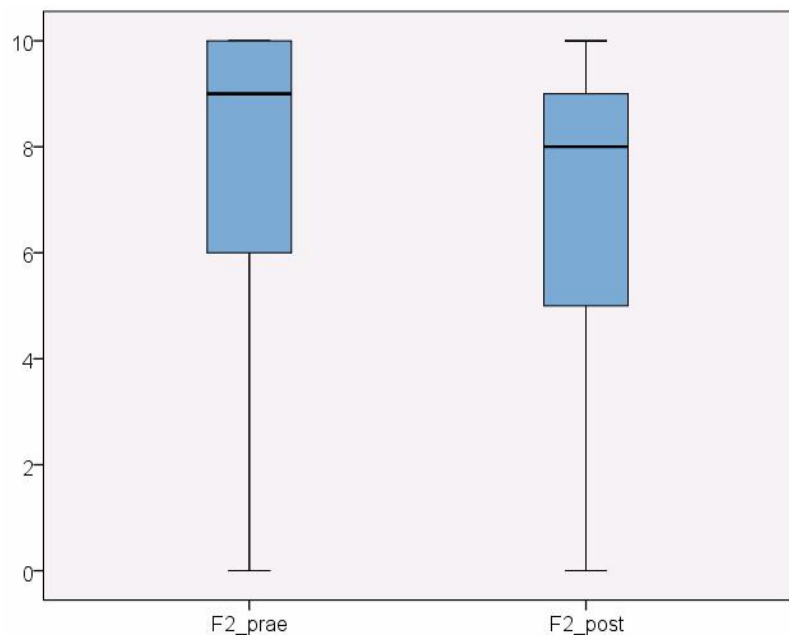


Abbildung 24: Ergebnisse Austreibung

Studienteilnehmerinnen eher dazu, die Schmerzen ein halbes Jahr später als „geringer“ zu beurteilen. So gibt es Zunahmen in den unteren Bereichen VAS 0 [+2 Frauen (1,9%)] und VAS 1-3 [+4 (3,7%)]. Im Gegensatz zur ersten Befragung (VAS 10: 35, 31,8%) haben sich die meisten Frauen (27, 24,5%) für VAS 8 entschieden.

3.3.1.3 Plazentaphase

F3_ Plazenta	prae n=109	post n=110
Verteilung		
Mean	2,68	2,55
SD	2,426	2,544
Med	2,00	2,00
Min	0	0
Max	9	10
Einteilung nach VAS n(%)		
0	20 (18,3%)	29 (26,4%)
1-3	56 (51,4%)	47 (42,7%)
4-6	19 (17,5%)	24 (21,8%)



7-10	14 (12,8%)	10 (9,1%)
größter Anteil	VAS 1: 27 (24,5%)	VAS 0: 29 (26,4%)

Tabelle 17: Ergebnisse Plazenta

Die Plazentaphase betreffend sind die Schmerzangaben der Studienteilnehmerinnen im Minimum (0) und im Median (2,0) ident geblieben. (Tabelle 17, Abbildung 25) Das Maximum wurde um eins höher (10) und der Mittelwert ist von 2,68

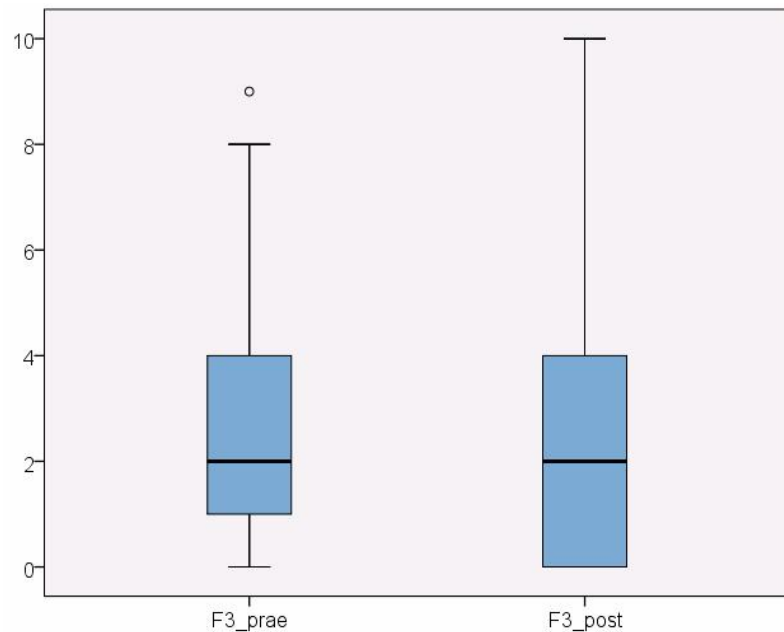


Abbildung 25: Ergebnisse Plazenta

auf 2,55 gefallen. In dieser

Phase gibt es zwei Zunahmen: die eine liegt bei VAS 0 (+9, 8,1%) und die andere bei VAS 4-6 (+5, 4,3%). Bei der ersten Befragung gaben die meisten Teilnehmerinnen VAS 1 an (27, 24,5%), bei der zweiten sank dies auf VAS 0 (29, 26,4%).

Interpretation:

Die Eröffnungsphase betreffend fällt auf, dass die Frauen ein halbes Jahr später höhere Werte in der VAS angeben als unmittelbar nach der Geburt. So stieg der Mittelwert von 5,38 auf 6,12 und der Median von 5,0 auf 6,50. Auffällig ist auch, dass sich der größte Anteil (16,4%) bei der ersten Erhebung in der Eröffnungsphase bei VAS 4 einordnen würde, zum zweiten Zeitpunkt jedoch bei VAS 10 (15,5%), was einen doch sehr großen Sprung auf der Skala um sechs Stufen darstellt.

Weniger drastisch sind diese Veränderungen in der Austreibungsphase. Hier sinkt der größte Anteil von ursprünglich VAS 10 (31,8%) auf VAS 8 (24,5%), der Mittelwert von 7,64 auf 6,81 und Median von 9,0 auf 8,0.

Fast keine Veränderungen gibt es in der Plazentaphase. Der Mittelwert sinkt von



2,68 auf 2,55, der Median bleibt mit jeweils 2 ident und die meisten Frauen würden sich vorher bei VAS 1 einordnen (24,5%) und danach bei VAS 0 (26,4%). Bezüglich der Veränderungen der Eröffnungs- und Austreibungsperiode könnte ich mir vorstellen, dass sich die Frauen bereits nach einem halben Jahr nicht mehr so gut an die erlittenen Schmerzen erinnern können. Viele haben vielleicht verdrängt, wie stark diese waren, was das Absinken in der Austreibung erklären könnte. Eine andere Erklärung könnte sein, dass die Gespräche mit anderen Müttern die eigene Wahrnehmung des Erlebten verzerrt haben. Auch der hohe Level an Endorphinen nach der Geburt könnte ein Grund sein.

Dass sich das Schmerzempfinden in der Plazentaphase kaum geändert hat, könnte daran liegen, dass die meisten Studienteilnehmerinnen diesen Teil der Geburt nur noch am Rande mitbekommen haben. Zu dieser Zeit hatten sie bereits ihr Neugeborenes bei sich liegen und waren dadurch so abgelenkt, dass sie der Nachgeburt kaum noch Beachtung geschenkt haben.

3.3.2 Postpartale Schmerzen

Mit dieser Frage wurde das Schmerzempfinden das Wochenbett betreffend ermittelt. Wie in den vorherigen drei Fragestellungen wurde es anhand einer VAS-Skala erfragt.

F4_Schmerzen	prae n=110	post n=110
postpartal		
Verteilung		
Mean	2,21	2,83
SD	1,902	2,158
Med	2,0	2,0
Min	0	0
Max	8	9
Einteilung nach VAS n(%)		
0	21 (19,1%)	13 (11,8%)
1-3	64 (58,2%)	65 (59,1%)
4-6	21 (19,1%)	23 (20,9%)



7-10	4 (3,6%)	9 (8,2%)
größter Anteil	VAS 1: 26 (23,6%)	VAS 2: 25 (22,7%)

Tabelle 18: Ergebnisse postpartale Schmerzen

Auch hier blieben das Minimum (0) und der Median (2,0) ident. (Tabelle 18, Abbildung 26) Das Maximum stieg um eins auf 9 und der Mittelwert von 2,21 auf 2,83 an. Die VAS-Angaben der Frauen stiegen an, wodurch es zu Zunahmen bei VAS 1-3 um 1 (0,9%), VAS 4-6 um 2 (1,8%) und VAS 7-10

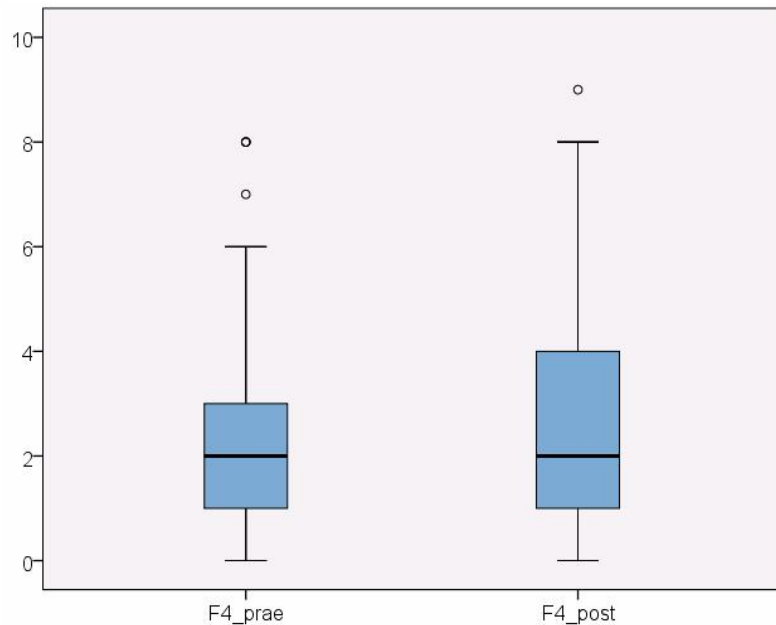


Abbildung 26: Ergebnisse postpartale Schmerzen

um 5 (4,6%) gab. Die meisten Angaben betrafen bei der ersten Befragung VAS 1 (26, 23,6%) und bei der zweiten VAS 2 (25, 22,7%).

Die Angaben bezüglich der Schmerzdauer bei der Geburt lagen zwischen Minimum einer und Maximum 50 Stunden, der Median bei 5,0 und der Mittelwert bei 8,15 Stunden.

Laut den Angaben der Teilnehmerinnen hielten die postpartalen Schmerzen zwischen Minimum 0 und maximal 30 Tagen an. Hier lag der Median bei 6,58 und der Mittelwert bei 4,0 Tagen.

Interpretation:

Wie man in Tabelle 20 und Abbildung 26 erkennen kann, ist das Empfinden der Schmerzen nach der Geburt im Vergleich zwischen Wochenbett und einem halben Jahr später angestiegen. Als Grund dafür könnte ich mir vorstellen, dass die Frauen sich im Wochenbett in einem Rausch aus Glückshormonen befanden, welcher sie die Schmerzen weniger deutlich wahrnehmen ließ. Zusätzlich bestand eine große Ablenkung durch das Neugeborene. Ein halbes Jahr später



sind die Abläufe mit dem Kind vielleicht schon zur „Routine“ geworden und der Belohnungseffekt nicht mehr so groß wie unmittelbar nach der Geburt. Daher nehme ich dies als Grund für die gestiegenen Werte auf der VAS an.

3.3.3 Beeinträchtigung durch die Schmerzdauer

Auch diese Frage wurde anhand einer VAS erhoben und sie sollte die Beeinträchtigung der Frauen durch die Dauer der Schmerzen bei der Geburt erfassen.

Anmerkung: Aufgrund der Überarbeitung des zweiten Schmerzfragebogens sind die Fragenummern ab dieser Frage nicht mehr ident. Die Fragestellung selbst ist jedoch die gleiche.

F7;F9_Schmerzdauer	prae n=110	post n=110
Verteilung		
Mean	5,19	4,65
SD	2,646	3,190
Med	5,0	5,0
Min	1	0
Max	10	10
Einteilung nach VAS		
	n(%)	
0	0 (0%)	13 (11,8%)
1-3	34 (30,9%)	32 (29,1%)
4-6	40 (36,4%)	33 (30%)
7-10	36 (32,7%)	32 (29,1%)
größter Anteil	VAS 5: 24 (21,8%)	VAS 0: 13 (11,8%)

Tabelle 19: Ergebnisse Beeinträchtigung Dauer



Das Maximum (10) und der Median (5,0) sind zu beiden

Befragungszeitpunkten ident. (Tabelle 19, Abbildung 27) Das Minimum ist um einen Punkt auf 0, der Mittelwert von 5,19 auf 4,65 gesunken.

In der VAS gab es die größte Zunahme im Bereich „keine Beeinträchtigung“ (+13,

11,8%). Die anderen Bereiche haben insgesamt um diesen Anteil abgenommen. Der Bereich VAS 0 bildet, im Gegensatz zur ersten Befragung (VAS 5, 21,8%) nun auch den größten Bereich der Angaben (13, 11,8%).

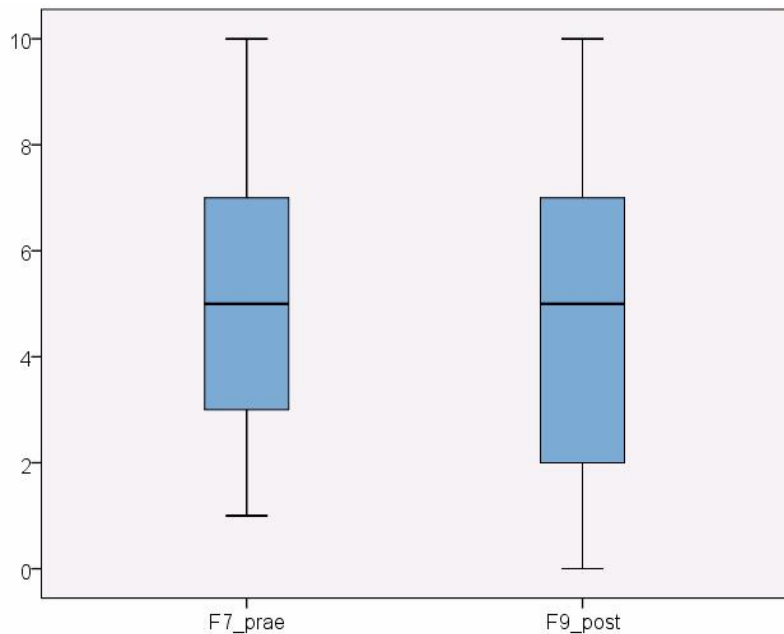


Abbildung 27: Ergebnisse Beeinträchtigung Dauer

3.3.4 Beeinträchtigung durch die Schmerzintensität

Für diese Fragestellung wurde ebenfalls eine VAS zur Erhebung der Beeinträchtigung durch die Schmerzintensität bei der Geburt verwendet.

F8;F10_Intensität	prae n=110	post n=110
Verteilung		
Mean	7,1	5,80
SD	2,197	3,112
Med	8,0	6,0
Min	1	0
Max	10	10
Einteilung nach VAS n(%)		
0	0 (0%)	9 (8,2%)
1-3	10 (9,1%)	20 (18,2%)



4-6	27 (24,5%)	32 (29,1%)
7-10	73 (66,4%)	49 (44,5%)
größter Anteil	VAS 8: 22 (20%)	VAS 10 (15,5%)

Tabelle 20: Ergebnisse Beeinträchtigung Intensität

Auch hier blieb das Maximum mit 10 ident. (Tabelle 20, Abbildung 28) Das Minimum sank von 1 auf 0, der Median von 8 auf 6 und der Mittelwert von 7,1 auf 5,8.

In den VAS Angaben gab es eine starke Abnahme im höchsten

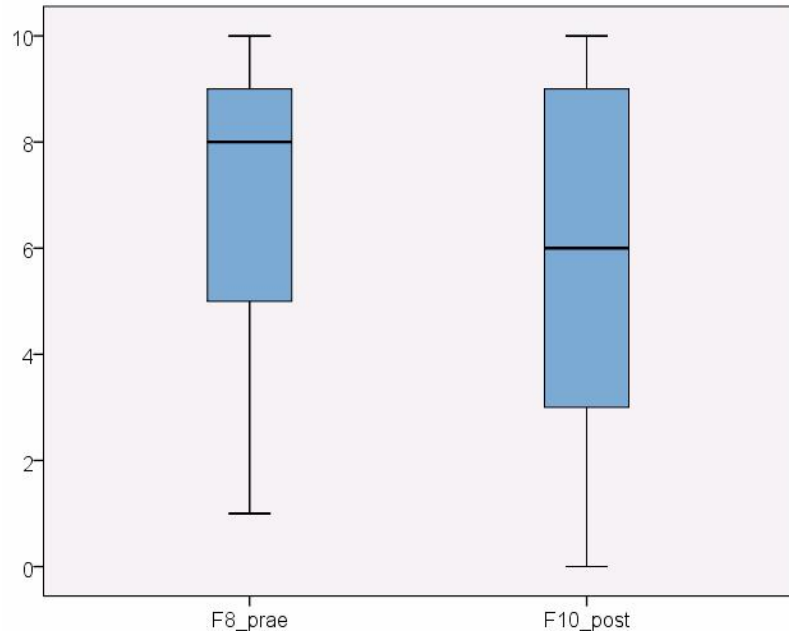


Abbildung 28: Ergebnisse Beeinträchtigung Intensität

Bereich (-24, 21,9%) und

somit um eine Zunahme um diesen Wert in den niedrigeren Bereichen. Dies war bei VAS 1-3 am stärksten (+10, 9,1%), gefolgt von VAS 0 (+9, 8,2%) und VAS 4-6 (+5, 4,6%). Trotz der starken Abnahme des obersten Bereichs gaben die meisten Frauen (10, 15,5%) VAS 10 an (erste Erhebung: VAS 8: 22, 20%).

Interpretation:

Bei der Frage nach der Beeinträchtigung durch die Schmerzdauer geben die Frauen nach einem halben Jahr weniger an als im Wochenbett: der Mittelwert sinkt von 5,19 auf 4,65 und der Median bleibt mit 5 gleich. Im Wochenbett ordneten sich die meisten Frauen noch bei VAS 5 ein (21,8%), ein halbes Jahr später sank dies auf VAS 0 (11,8%)

Auch in der Frage nach Beeinträchtigung durch die Schmerzintensität fallen nach einem halben Jahr geringere Werte auf. So sinkt der Mittelwert von 7,1 auf 5,80 und der Median von 8,0 auf 6,0. Dennoch haben sich die meisten Frauen, die beim ersten Befragungszeitpunkt VAS 8 angegeben haben (20%), danach auf



VAS 10 gesehen (15,5%).

Vergleicht man diese beiden Fragestellungen nach der Beeinträchtigung durch die Schmerzdauer und der Schmerzintensität miteinander, fällt auf, dass die Schmerzdauer besser toleriert wurde als die Intensität. Grund dafür war, dass die Intensität der Schmerzen für viele Frauen doch sehr überraschend war und sie nicht mit diesem Ausmaß gerechnet hatten.

3.3.5 Beurteilung der Geburtsmethode

Mit dieser Frage sollte überprüft werden, wie viele Frauen meiner Studie mit ihrer Geburtsmethode zufrieden sind bzw. diese wiederholen würden.

Geburtsmethode wiederholen (F9;F11)

		post		Gesamt
		Ja	Nein	
prae	Ja	96	5	101
	Nein	7	2	9
Gesamt		103	7	110

Tabelle 21: Methode wiederholen

Wie in der Kreuztabelle (Tabelle 21) zu erkennen, gibt es zwischen der ersten und zweiten Befragung kaum Veränderungen. Bei der ersten Befragung gaben 101 Frauen (91,8%) an, dass sie ihre Geburtsmethode wiederholen würden. Zum zweiten Befragungszeitpunkt haben sich noch zwei weitere Frauen für die Wiederholung entschieden (103 Frauen, 93,6%).

Weiters wurden die Teilnehmerinnen bei der zweiten Erhebung gefragt, ob sie ihre Geburtsmethode weiterempfehlen würden. 103 Frauen (93,6%) stimmten dem mit „Ja“ zu, lediglich sieben verneinten (6,4%).

Interpretation:

Bei der Konstruktion dieser Frage haben wir uns erwartet, dass die meisten Frauen der „vaginalen Gruppe“ auch ein halbes Jahr später ihre Geburtsmethode bevorzugen würden. Ich denke, dass sie im Gespräch mit anderen Frauen, vor allem mit sectionierten Zimmerkolleginnen, in ihrer Geburtsmethode bestärkt wurden. Bezüglich der Frage, aus welchen Gründen sich die Frauen für ihre



Geburtsform entschieden haben bzw. warum sie diese wiederholen und weiterempfehlen würden, erhielt ich folgende Antworten: (Auszug)

- Pro Vaginal:
- besser fürs Kind
 - man ist fitter nach vaginaler Geburt bzw. mobiler und kann gleich aufstehen
 - keine postoperativen Schmerzen
 - Natürlichkeit der Geburtsform
 - Geburtserlebnis
 - Bindung zum Kind
 - Weniger Risiken
 - Schnellere Entlassung
 - Persönlichere Geburtsform als Kaiserschnitt
- Kontra vaginal
- lange dauernde Schmerzen auch mit PDA
 - Dammrissgefahr
 - Gefahr der Scheidenrisse
 - Schmerzen

3.3.6 Spezielle Fragestellungen

Die folgenden Fragen sind ausschließlich am zweiten Erhebungsfragebogen zu finden und sollen die eventuell vorhandenen Schmerzen ein halbes Jahr nach der Geburt erfragen.

3.3.6.1 Schmerzen nach sechs Monaten

Für die Frage „Haben Sie jetzt, sechs Monate später, noch mit der Geburt zusammenhängende Schmerzen?“ haben ich wieder eine VAS für die Erhebung gewählt und bekamen folgende Ergebnisse zurück (Tabelle 22):

F18_Schmerzen nach 6 Monaten		post n=110
Verteilung		
Mean		0,68
SD		1,614
Med		0
Min		0



Max	8
Einteilung nach VAS	
0	85 (77,3%)
1-3	19 (17,3%)
4-6	3 (2,7%)
7-10	3 (2,7%)
größter Anteil	VAS 0: 85 (77,3%)

Tabelle 22: Schmerzen nach 6 Monaten

Mit Abstand der größte Teil der Studienpatientinnen hatten sechs Monate später keine Schmerzen mehr (85, 77,3%). Insgesamt gaben 25 Frauen (22,7%) an, noch Schmerzen zu haben, davon brauchten jedoch nur zwei (1,8%) Schmerzmittel.

3.3.6.2 Schmerzbeschreibung

Für die Beschreibung eventuell noch vorhandener Schmerzen gab ich einige Möglichkeiten zur Mehrfachantwort vor und ließ zusätzlich noch Platz, um den Frauen die Möglichkeit zu geben, anderes hinzuschreiben. Folgende Ergebnisse liegen vor: (n=110)

- Ziehen: 15 Frauen (13,6%)
- Stechen: 7 (6,4%)
- Brennen: 5 (4,5%)
- Taubheitsgefühl: 4 (3,6%)
- Situationsabhängige Schmerzen: 14 (12,7%)
- Permanente Schmerzen: 3 (2,7%)

3.3.6.3 Schmerzauslöser bzw. -verstärker

Hier sollte geklärt werden, welche Situationen des Alltags mögliche Schmerzen auslösen oder verstärken. Die Fragestellung ist ebenfalls als Mehrfachantwort gestaltet und lässt den Frauen Platz für eigene Kommentare. (n= 110)

- Sex: 13 (11,8%)
- Tragen: 4 (3,6%)
- Heben: 4 (3,6%)



- Klo gehen: 4 (3,6%)
- Husten/Niesen: 2 (1,8%)
- Stehen: 2 (1,8%)

3.3.6.4 Schmerzlokalisierung

Bei der Frage nach der Schmerzlokalisierung gab ich den Damm und eine mögliche Operationsnarbe vor und ließ den Frauen auch hier Platz für eigene Kommentare:

- Damm: 15 (13,6%)
- Genitalbereich: 6 (5,5%)
- Bauch: 3 (2,7%)
- Beine und Stützapparat: 2 (1,8%)

Die restlichen 84 Frauen (76,4%) haben entweder keine Schmerzen oder keine Angaben zu dieser Frage gemacht.

3.3.6.5 Bewegungsfreiheit

Mit dieser Fragestellung soll erfragt werden, ob sich die Frauen sechs Monate nach der Geburt durch ihre Geburtsmethode in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt fühlen. Dazu wählte ich dieselbe Einteilung, die die Teilnehmerinnen auch von der Beantwortung des FKKS Fragebogens her kennen (1-6). Der Großteil der Frauen beantwortete dies mit (eher) nein (100, 90,9%). Lediglich zehn Frauen (9,1%) fühlten sich zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt.

3.3.6.6 Bauch

Mittels dieser Frage sollte anhand des oben genannten Schemas erfragt werden, ob die Teilnehmerinnen das Gefühl haben, dass sich ihr Babybauch schon wieder vollständig zurückgebildet hat. 78 Frauen (70,9%) beantworteten dies mit (eher) Ja, 32 (29,1%) mit (eher) nein.

3.3.6.7 Trauma

Zum Abschluss wollte ich noch von den Frauen wissen, ob sie ihre Geburtsmethode in irgendeiner Weise als traumatisch erlebt haben. Zum Glück



konnten dies 99 Frauen (90%) mit „Nein“ beantworten. Jedoch bekam ich von elf (10%) Frauen „Ja“ zurück.

Interpretation:

Die Antworten auf diese Fragestellung waren zum Glück meist „Nein“, d.h. dass keine Traumatisierung durch die Geburt vorlag. Leider beantworteten jedoch elf Frauen diese Frage mit „Ja“. Als Gründe gaben sie folgendes an:

- Massivste Schmerzen unter der Geburt
- Einige Frauen hatten das Gefühl, dem System ausgeliefert zu sein
- Dauer der Geburt
- PDA hat unzureichend gewirkt

Trotz des Traumas durch die Geburt würden sich von diesen elf Frauen neun wieder für eine spontane Geburt entscheiden.



4 Diskussion

Bei der Planung der Studie erwartete ich mir Veränderungen bezüglich des Körper- und Schmerzempfindens der Frauen. Daher wurden die Frauen an zwei unterschiedlichen Zeitpunkten befragt.

4.1 Frankfurter Körperkonzeptskalen

Interessant war, ob und inwiefern sich die körperlichen Veränderungen der Schwangerschaft und der Geburtsmodus selbst auf das Körperempfinden auswirken. Auch im Handbuch des FKKS sind zwei Studien angeführt, welche das Körperschema von Schwangeren erfragen.

In der ersten Studie (Esther Kinttof, 1993)⁸ wurde das Körperempfinden von 97 Frauen in der Schwangerschaft erfragt. Im Unterschied zu meiner Studie gab es eine Befragung während des gesamten Zeitraumes der Schwangerschaft. Frau Kinttof fand bessere Werte der Schwangeren im Vergleich zu Normalpopulation in den Skalen SPKF, SKEF, SSAK und SSEX.

In der zweiten Studie (Rita Uhl, 1993)⁸ wurden die Teilnehmerinnen ebenfalls in der Schwangerschaft befragt. Hier erfolgten zwei Messzeitpunkte: einmal zwischen der 7 bis 12. SSW und das zweite Mal zwischen der 25 bis 36. SSW. Befragt wurde nicht nur mit dem FKKS, sondern auch mit dem Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN). Auch in dieser Studie waren die Schwangeren im Gesamt FKKS und in den Teilskalen SPKF, SKEF und SSAK positiver eingestellt als die Vergleichspopulation nicht schwangerer Frauen. Zusätzlich zeigten sich noch Unterschiede zu einem positiveren Empfinden in den Skalen SSEX, SASE und SGKB.⁸

Auch Frau Prof. Deusinger hat im Handbuch ihre Hypothesen formuliert: *„Wir gehen davon aus, dass im Vergleich mit Frauen der Normalpopulation, die nicht schwanger sind, vornehmlich die Körperkonzepte Pflege des Körpers, Beachtung der körperlichen Funktionsfähigkeit (Skala SPKF, Hypothese 2), Körperliche Effizienz (Skala SKEF, Hypothese 3) und Selbstakzeptanz des Körpers (Skala SSAK, Hypothese 4) der Schwangeren positiver sind. Wir begründen dies neben der Erfahrung der Potenz und Produktivität der Schwangeren zudem mit der*



*besonderen Beachtung und auch Wertschätzung, die der Gravidität und Geburt eines Kindes in der Gesellschaft entgegengebracht wird (...)*⁸

Bei der Auswertung der Fragebögen fiel mir auf, dass die Frauen sich beim zweiten FKKS negativer beurteilten als bei der ersten Erhebung. Meist war die Änderung nicht wesentlich, dennoch bestand der Trend in Richtung „negatives Körperempfinden“. Die Ergebnisse zeigten, dass das Empfinden der Frauen in folgenden Skalen negativer wurde:

- Skala zur Selbstakzeptanz des Körpers
- Skala zur Akzeptanz des Körpers durch andere
- Skala zum Körperkontakt
- Skala zu Aspekten der körperlichen Erscheinung
- Skala zur Gesundheit und zum körperlichen Befinden
- Skala zur Pflege des Körpers und der äußeren Erscheinung

Die Skalen zur Sexualität und zu dissimilatorischen Körperprozessen blieben nahezu unverändert und die Einschätzungen in der Skala zur körperlichen Effizienz wurden positiver.

Somit würde sich auch in dieser Studie die Hypothese des positiveren Körperempfindens von Frau Prof. Deusinger bestätigen.

Mögliche Ursache für die Verschlechterung könnte das Baby selbst sein: Durch den großen Zeitaufwand und die Bedürftigkeit eines so kleinen Menschen hat die Mutter weniger Zeit dafür, sich um sich selbst zu kümmern bzw. auf sich zu achten. Ein anderer Grund könnten die Endorphine, das empfundene Glück und die Freude auf das Kind sein, weshalb Schwangere positiver sind.

4.2 Schmerzfragebögen

Auch bei den Schmerzfragebögen gab es Veränderungen zwischen den Befragungszeitpunkten.

In den Phasen der Geburt wurde die Eröffnungsphase nach einem halben Jahr mit höheren Angaben auf der VAS bewertet als unmittelbar nach der Geburt, die anderen Abschnitte (Austreibung-, Plazentaphase) wurden als weniger schlimm



empfundener. Auch das Empfinden der postpartalen Schmerzen stieg im Vergleich zwischen prä und post an.

Sechs Monate nach der Geburt hatten 77,8% (85 Frauen) keine Schmerzen mehr. Die übrigen 22,2% (25) beschrieben ihre Schmerzen als ziehend oder stechend und verspürten diese vor allem situationsabhängig; meist durch Geschlechtsverkehr am Damm oder Genitalbereich ausgelöst.

Bezugnehmend auf jene Frauen, die ihre Geburt als traumatisierend erlebt haben, wäre eventuell eine Anlaufstelle für diese Frauen nützlich. Diese Treffen könnten zum Beispiel einmal in der Woche in Form einer Spezialambulanz stattfinden und in Zusammenarbeit zwischen einem Arzt oder einer Ärztin und einer Psychologin oder einem Psychologen erfolgen. So bekämen diese Frauen, für welche die Geburt noch nicht bewältigt ist, die Chance, das Erlebte in einem professionellen, interdisziplinärem Rahmen aufarbeiten. Dies könnte ein Nutzen meiner Diplomarbeit darstellen.

Leider konnte trotz immensen Zeitaufwandes die Gruppe „Sectio“ nicht wie geplant fertig gestellt werden, wodurch der Gruppenvergleich derzeit nicht möglich ist.



5 Abbildungsnachweis

Anmerkung: Sofern keine Quellen angegeben wurden, stammen die Abbildungen von mir. Die Fotos (Foetus im Uterus, Forcepszangen, Gebärstühle) wurden von mir im medizinhistorischen Museum Ingolstadt, Deutschland gemacht.

Abbildung 2

Die Geburt des Julius Cäsar: Dr. Grin W. Geschichte des Kaiserschnitts.

Accessed 31.03.2011. available at:

http://www.wunschkaiserschnitt.at/GE_History.htm.

Abbildung 3

Stein'sche Messer: Meier A., PD. Dr. Pöppinghege R.: Zwischen Hausgeburt und Hospital - Zur Geschichte der Geburtshilfe, 2005. Schmitz u. Söhne GmbH & Co. KG

Abbildung 4

Bishop - Score: Gruber S.: Basics Gynäkologie und Geburtshilfe.

3. Auflage, München: Urban & Fischer, 2009, Seite 30

Abbildung 5

Zangengeburt: Strauber M., Weyerstahl T.: Gynäkologie und Geburtshilfe.

3. Auflage, Stuttgart: Thieme Verlag, 2007, Seite 681

Abbildung 6

Geburt mit einer Saugglocke: Strauber M., Weyerstahl T.: Gynäkologie und Geburtshilfe. 3. Auflage, Stuttgart: Thieme Verlag, 2007, Seite 679

Abbildung 7

Ablauf Sectio Caesarea: Gruber S.: Basics Gynäkologie und Geburtshilfe.

3. Auflage, München: Urban & Fischer, 2009, Seite 144– 145

Abbildung 8

Einteilung Selbstkonzept: Daig, I.: Male Gender Dysfunction; 2006 Accessed 22.06.11. available at:

http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000002012



6 Tabellennachweis

Anmerkung: Sofern keine Quellen angegeben wurden, stammen die Tabellen von mir.

Tabelle 1

Sectiorate in Österreich, Daten aus den Salzburger Nachrichten vom 14.07.2010, modifiziert von mir (05.06.2011)

Tabelle 2

Zunahme der Sectiorate an der UFK Graz: interne Daten der Universitätsfrauenklinik Graz, modifiziert von mir (05.06.2011)



7 Literaturnachweis

1. Pöppinghege R, Astrid Meier.

Zwischen Hausgeburt und Hospital: Zur Geschichte der Geburtshilfe und Gynäkologie. Wickedede (Ruhr); 2005; Seiten 2 - 23

2. Vogt-Lüerssen M, Lüerssen H.

Die Geburtshilfe; 2009 [cited 2011 Mar 31]. Available from:
URL:http://www.kleio.org/de/geschichte/alltag/kap_X8.html

3. Stark M.

Der Kaiserschnitt: Indikationen - Hintergründe - Operatives Management der Misgav-Ladach-Methode. 1st ed. Munich: Elsevier, Urban & Fischer; 2009, Seiten 2 - 410

Available from: URL:<http://www.worldcat.org/oclc/312149516>.

4. Baldinger I.

Jede dritte Geburt per Schnitt. Salzburger Nachrichten, 14.07.2010, Seite 7

5. Gruber S.

Basics Gynäkologie und Geburtshilfe. 3., komplett aktualisierte Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2009. Seiten 130 – 151

Available from: URL:<http://www.worldcat.org/oclc/317702528>.

6. Stauber M, Weyerstahl T.

Gynäkologie und Geburtshilfe: 213 Tabellen. 3., aktualisierte Aufl. mit Video-CD-ROM. Stuttgart: Thieme; 2007. Seiten 852 – 685

Available from: URL:<http://www.worldcat.org/oclc/198208519>.

7. Wikipedia

Selbstkonzept; 2011 [cited 2011 Jun 22]. Available from:

URL:<http://de.wikipedia.org/w/index.php?oldid=88036936>.



8. Ingrid M. Deusinger.

Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS): Handanweisung. 1. Auflage.

Göttingen: Hogrefe - Verlag GmbH & Co. KG; 1998. Seiten 8 - 316

Available from: URL:[http://www.unifr.ch/ztd/HTS/inftest/WEB-](http://www.unifr.ch/ztd/HTS/inftest/WEB-Informationssystem/de/4dek01/3364ede9f4f011d380fc005004431da2/hb.htm)

Informationssystem/de/4dek01/3364ede9f4f011d380fc005004431da2/hb.htm.

9. Wikipedia

Reliabilität; 2011 [cited 2011 Jun 21]. Available from:

URL:<http://de.wikipedia.org/w/index.php?oldid=88956515>.

10. Wikipedia

Validität; 2011 [cited 2011 Jun 21]. Available from:

<http://de.wikipedia.org/w/index.php?oldid=89323237>.

11. Statistik Austria.

demographisches Jahrbuch 2009. Wien: Statistik Austria; 12/2010 [cited 2011 Aug 13]. Available from:

http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=609.

12. Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R.

Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? J

Womens Health (Larchmt) 2009; 18(8):1227–31.



8 Anhang: Projektplan

- Apr. 09
 - Kontaktaufnahme mit Fr. PD. Dr. Margit Holzapfel- Bauer
 - Diverse Besprechungen über mögliche Themen und schließlich Festlegung
- Jun. 09
 - Kontaktaufnahme mit AO. Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn. Josef Haas und Mag. Dr. Martha Dorfer als Co-Betreuer, Besprechung über Ziele und Vorstellungen der Arbeit
- Jul. 09
 - Erarbeitung des Studienprotokolls und des Ethikantrages mit Prof. Dr. Josef Haas
 - Erarbeitung des Schmerzfragebogens und des Informationsblattes mit Frau PD. Dr. Holzapfel- Bauer und Mag. Dr. Dorfer
 - Erstellung des Konzeptformulares
- Aug. 09
 - Fertigstellung der Anträge und Einreichen selbiger bei der Ethikkommission und der medizinischen Universität Graz (MUG)
 - Freigabe der Arbeit von der MUG
- Sept. 09
 - Starterlaubnis von der Ethikkommission
 - Beginn der Rekrutierungen durch Fr. PD. Dr. Holzapfel- Bauer
 - Beginn der Wochenbettbefragungen durch mich
 - Stichprobenartige Kontrollen der ersten Auswertungen des FKKS durch Fr. Mag. Dr. Dorfer
- Nov. 09
 - Ansuchen um Förderung der Diplomarbeit bei der MUG
- Jan. 10
 - Bewilligung der Förderung der Diplomarbeit durch die MUG
- Feb. 10
 - Erste Präsentation der Datensätze bei Prof. Haas
- Mrz. 10
 - Aktualisierung des Schmerzfragebogens und des Informationsblattes für die zweite Erhebung
 - Einreichung eines Folgeantrages bei der Ethikkommission
 - Bewilligung durch die Ethikkommission
- Apr. 10
 - Erste Aussendungen
- Jul. 10
 - Beginn der Literatursuche
- Dez. 10
 - Abschluss der Gruppe „vaginale Geburten“
 - Neuerliche Präsentation der Datensätze bei Prof. Haas



- Jan. 11 ○ Besprechung bezüglich der Auswertungen bei Prof. Haas
- Mrz. 11 ○ Beginn des schriftlichen Teils der Arbeit
- Mai 11 ○ Erste Besprechung bezüglich der Vorauswertungen der „vaginalen“
 Ergebnisse
- Jun. 11 ○ Endergebnisse der statistischen Ausarbeitung der vaginalen
 Geburten von Prof. Haas
 - Zusätzliche Ausarbeitung der Daten in SPSS von mir
- Aug. 11 ○ Vorlage der Auswertungen bei allen drei Betreuern
 - Abschluss der Diplomarbeit und Vorlage der Arbeit bei den
 Betreuern
- Sept. 11 ○ Durchführung der von den Betreuern gewünschten Korrekturen

Darüber hinaus ständiger Kontakt mit den Betreuern, Auswertung neuer Fragebögen und Aussendungen.



9 Anhang –Fragebögen

9.1 Schmerzfragebogen – Wochenbett

Schmerzfragebogen

Geburtsmodus und Körperschema

Seite 1 von 2

Fragebogen zur Erstellung meiner Diplomarbeit „Geburtsmodus und Körperschema“

Allgemeine Angaben:

Name : _____

Anzahl der Geburten: _____

Geburtsmethode:

Aktuelle Geburt: _____

weitere Geburten: _____

Schwangerschaftswoche: _____

Alter: _____

Datum: _____

V1 14.08.2009



- Wie stark haben Sie Ihre Schmerzen bei der Geburt empfunden? (1= keine Schmerzen, 10=extremer Schmerz)

a) Eröffnungsphase

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

b) Austreibungsphase

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

c) Plazentaphase

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Wie stark haben Sie die Schmerzen in den Tagen nach der Geburt empfunden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Wie lange haben die Schmerzen bei der Geburt in Stunden angehalten:

- Aktuelle Geburt: _____
- weitere Geburten: _____

- Wie stark hat Sie die Dauer der Schmerzen beeinträchtigt?: (0= kein Problem gewesen, 10=viel zu lange)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Hat Sie die Intensität der Schmerzen stark beeinträchtigt? (0 = kein Problem gewesen, 10=kaum aushaltbar gewesen)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Würden Sie Ihre Geburtsmethode bei der nächsten Geburt wiederholen bzw. diese weiterempfehlen?

- Ja
- Nein

- Wenn Sie Nein angegeben haben warum würden Sie das nächste Kind nicht auf dieselbe Weise zur Welt bringen?

- Schmerzen
- Ich hatte gar keine Wahl
- Andere Gründe:

- Haben Sie schmerzstillende Mittel verlangt?

- Ja
- Nein



9.2 Schmerzfragebogen – Vaginal (6 Monate postpartal)

Schmerzfragebogen

Geburtsmodus und Körperschema

Fragebogen zur Erstellung meiner Diplomarbeit „Geburtsmodus und Körperschema“

Allgemeine Angaben:

Name : _____

Anzahl der (1) Schwangerschaften und (2) Geburten: _____

Geburtsmethode:

Aktuelle Geburt: _____

vorherige Geburt(en): _____

Schwangerschaftswoche: _____

Geburtsdatum (Mutter und Kind): _____

Wurde die Geburt eingeleitet?

- Ja
- Nein

Datum: _____

Schmerzfragebogen V2 08.03.2010



Schmerzfragebogen

Geburtsmodus und Körperschema

- Wie stark haben Sie Ihre Schmerzen bei der Geburt empfunden?
(0= keine Schmerzen, 10=extremer Schmerz)

a) Eröffnungsphase (Muttermund geht auf)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

b) Austreibungsphase (Baby tritt durch den Geburtskanal)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

c) Plazentaphase (Nachgeburt)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Wie stark haben Sie die Schmerzen in den Tagen nach der Geburt empfunden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Wie viele Tage haben die Schmerzen nach der Geburt angehalten?

Aktuelle Geburt: _____

Vorherige Geburt(en): _____

- Wie lange haben die Schmerzen bei der Geburt in Stunden angehalten:

Aktuelle Geburt: _____

vorherige Geburt(en): _____

- Wie stark hat Sie die Dauer der Schmerzen bei der aktuellen Geburt beeinträchtigt?
(0= kein Problem gewesen, 10=viel zu lange)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Hat Sie die Intensität der Schmerzen stark beeinträchtigt?
(0= kein Problem gewesen, 10=kaum aushaltbar gewesen)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Warum haben Sie sich gerade für diese Geburtsmethode entschieden?

- Würden Sie Ihre Geburtsmethode bei der nächsten Geburt wiederholen? (rein hypothetische Situation bzw. wenn Sie es sich aussuchen können)

- Ja
- Nein

- Würden Sie ihre Geburtsmethode weiterempfehlen?

- Ja
- Nein

- Warum würden Sie ihre Geburtsmethode weiterempfehlen, bzw. nicht weiterempfehlen?

Schmerzfragebogen V2 08.03.2010



Schmerzfragebogen

Geburtsmodus und Körperschema

- Haben Sie schmerzstillende Mittel verlangt?
 - Ja
 - Nein
- Haben Sie schmerzstillende Mittel erhalten?
 - Ja
 - Nein
- Haben Sie jetzt, 6 Monate später, noch mit der Geburt zusammenhängende Schmerzen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Wenn Sie noch Schmerzen haben, brauchen Sie Schmerzmittel?
 - Ja
 - Nein
- Wie würden Sie die Schmerzen beschreiben? (Mehrfachantwort möglich)
 - Brennend
 - Stechend
 - Taubheitsgefühl
 - Weiteres: _____
 - Ziehend
 - Permanent
 - Situationsabhängig

- Welche Situationen lösen den Schmerz aus bzw. verstärken ihn? (Mehrfachantwort möglich)
 - Husten, Niesen
 - Sex
 - Tragen
 - Weiteres: _____
 - Klo gehen
 - Stehen
 - Heben

- Wenn Sie noch Schmerzen haben, in welchem Bereich sind diese?
 - Operationsnarbe
 - Weiteres: _____
 - Damm

- Fühlen Sie sich durch Ihre Geburtsmethode in Ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt? (1: trifft sehr zu, 2: trifft zu 3: trifft eher zu 4: trifft eher nicht zu, 5: trifft nicht zu 6: trifft überhaupt nicht zu)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Bauch schon wieder vollständig zurückgebildet hat? (1: trifft sehr zu, 2: trifft zu 3: trifft eher zu 4: trifft eher nicht zu, 5: trifft nicht zu 6: trifft überhaupt nicht zu)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- Haben Sie Ihre Geburtsmethode als traumatisch bzw. als traumatisierend erlebt?
 - Ja
 - Nein

Schmerzfragebogen V2 08.03.2010



Schmerzfragebogen

Geburtsmodus und Körperschema

- Wenn Sie ja angegeben haben, warum war ihre Geburtsmethode traumatisch?
 - Ich hatte das Gefühl dem System ausgeliefert zu sein
 - Ich hatte das Gefühl, dass ich die Schmerzen umsonst ertragen habe, da das Kind dann mit Kaiserschnitt auf die Welt kam
 - Weiteres: _____

- Waren Sie mit Ihrem Aufenthalt auf der Grazer Frauenklinik zufrieden? (Bitte Station dazu schreiben)

Schmerzfragebogen V2 08.03.2010



9.3 Schmerzfragebogen – Sectio (6 Monate postpartal)

Da die restlichen Seiten des Schmerzfragebogens - Sectio ident mit dem vaginalen sind, habe ich nur die erste Seite angehängt.

Schmerzfragebogen	Geburtsmodus und Körperschema
Fragebogen zur Erstellung meiner Diplomarbeit „Geburtsmodus und Körperschema“	
Allgemeine Angaben:	
Name : _____	
Anzahl der (1) Schwangerschaften und (2) Geburten: _____	
Art des Kaiserschnittes:	
<input type="radio"/> Primär (bereits vor Geburt geplant)	
<input type="radio"/> Sekundär (Es wurde während der Geburt entschieden einen Kaiserschnitt zu machen)	
vorherige Geburt(en): _____	
Schwangerschaftswoche: _____	
Geburtsdatum (Mutter und Kind): _____	
Wurde die Geburt eingeleitet?	
<input type="radio"/> Ja	
<input type="radio"/> Nein	
Datum: _____	
(Bitte füllen Sie die Fragen soweit aus, wie Sie bei der Geburt gekommen sind. Fragen, die auf Phasen der Geburt bezogen sind, die Sie nicht erlebt haben bitte einfach durchstreichen)	
Schmerzfragebogen Sectio V2 08.03.2010	



9.4 Frankfurter Körperkonzeptskalen

FRANKFURTER KÖRPERKONZEPTSKALEN (FKKS)

Ingrid M. Deusinger

Fragebogen Gesamtversion

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Datum: _____

Anleitung

Im folgenden finden Sie Feststellungen, die sich vornehmlich auf äußere Merkmale einer Person beziehen, aber auch Situationen und Verhaltensweisen im Alltag beschreiben. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Ausmaß die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten, drei zustimmende und drei ablehnende Antworten: „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

BEISPIEL: Ich interessiere mich für modische Kleidung.

Wenn für Sie für die Aussage „Ich interessiere mich für modische Kleidung“ die Antwort „trifft zu“ am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft zu“ (2) an.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie noch irgendwelche Fragen?

Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort.

Bitte beantworten Sie alle Fragen.



	trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1. Ich würde gerne einige Teile meines Körpers austauschen.	1	2	3	4	5	6
2. Ich habe mehr körperliche Mängel als andere.	1	2	3	4	5	6
3. Wenn jemand mein Aussehen kritisiert, fühle ich mich recht wertlos.	1	2	3	4	5	6
4. In sexuellen Dingen habe ich Schwierigkeiten.	1	2	3	4	5	6
5. Es stört mich nicht, wenn mein äußeres Erscheinungsbild von dem meiner Umgebung abweicht.	1	2	3	4	5	6
6. Ich mache mir Sorgen über sexuelle Dinge.	1	2	3	4	5	6
7. Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden.	1	2	3	4	5	6
8. Ich habe es gern, wenn andere mich anfassen.	1	2	3	4	5	6
9. Meine Pfunde sind falsch verteilt.	1	2	3	4	5	6
10. Zumeist fühle ich mich körperlich wohl.	1	2	3	4	5	6
11. Ich achte sehr auf meine Gesundheit.	1	2	3	4	5	6
12. Jede Art von Körperkontakt ist mir unangenehm.	1	2	3	4	5	6
13. Ich bin gut im Sport.	1	2	3	4	5	6
14. Ich meine, ich sei zu dick.	1	2	3	4	5	6
15. Ich fühle mich oft so kraftlos.	1	2	3	4	5	6
16. Ich bin motorisch sehr ungeschickt.	1	2	3	4	5	6
17. Ich tue viel für mein Aussehen.	1	2	3	4	5	6
18. Ich sehe ganz gut aus.	1	2	3	4	5	6
19. Ich habe es gern, wenn mich jemand umarmt.	1	2	3	4	5	6
20. Ich habe mit meinem Haar keinerlei Probleme.	1	2	3	4	5	6
21. Ich wirke auf andere meist wenig anziehend.	1	2	3	4	5	6
22. Mit der Form meines Gesichtes bin ich zufrieden.	1	2	3	4	5	6



- | | trifft sehr zu | trifft zu | trifft etwas zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu | trifft gar nicht zu |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|-----------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| 23. Meine Stimme paßt gut zu meinem Typ. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Ich empfinde mich als ausgesprochen steif. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Ich bin häufiger krank. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Ich habe es gern, wenn jemand seinen Arm um meine Schultern legt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Ich habe eine gute Figur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Ich Sorge stets dafür, daß ich ausreichend Schlaf bekomme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Ich habe oft das Gefühl, daß mein Gang steif und hölzern wirkt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. Ich bin ein sportlicher Typ. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Ich habe den Eindruck, daß ich aufgrund meines Äußeren nicht sehr attraktiv auf das andere Geschlecht wirke. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Ich habe schnell einen unangenehmen Körpergeruch. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Meine kleinen „Schönheitsfehler“ belasten mich nicht. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. Mein Äußeres wirkt auf Menschen anderen Geschlechts anziehend. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35. Meine Beine sind zu dünn. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36. Ich habe häßliche Ohren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37. Ich bin zu klein. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38. Die Farbe meiner Haare hat mich schon oft gestört. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39. Ich habe es gern, wenn mich jemand unterhakt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40. Ich stoße oft an meine körperlichen Grenzen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 41. Mein Gang hat mir schon viele Komplimente eingebracht. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 42. Ich bin mit der Farbe meiner Haare zufrieden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 43. Ich leide unter Mundgeruch. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |



	trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
44. Manchmal verlassen mich im entscheidenden Augenblick meine körperlichen Kräfte.	1	2	3	4	5	6
45. Ich fühle mich gesund.	1	2	3	4	5	6
46. Ich habe zu große Ohren.	1	2	3	4	5	6
47. Meine Beine sind zu dick.	1	2	3	4	5	6
48. Meine Hände strahlen Zärtlichkeit aus.	1	2	3	4	5	6
49. Wegen meiner Haut werden ich von Gleichaltrigen beneidet.	1	2	3	4	5	6
50. Ich habe es gern, wenn jemand mir über den Kopf streicht.	1	2	3	4	5	6
51. Ich bin stark.	1	2	3	4	5	6
52. Ich bin froh über meine körperliche Zähigkeit.	1	2	3	4	5	6
53. Zu einem gesunden Geist gehört ein gesunder Körper.	1	2	3	4	5	6
54. Ich liebe es, Zärtlichkeiten auszutauschen.	1	2	3	4	5	6
55. Ich habe einen angenehmen Körpergeruch.	1	2	3	4	5	6
56. An meine Gesundheit denke ich selten.	1	2	3	4	5	6
57. Ich treibe viel Sport.	1	2	3	4	5	6
58. Ich achte auf eine gesunde Ernährung.	1	2	3	4	5	6
59. Mein Körpergeruch stört mich kaum.	1	2	3	4	5	6
60. Auf meine Zahnpflege lege ich großen Wert.	1	2	3	4	5	6
61. Für einen geistig leistungsfähigen Menschen ist ein gesunder Körper wichtig.	1	2	3	4	5	6
62. Die Schwerfälligkeit meiner Bewegungen ärgert mich.	1	2	3	4	5	6
63. Ich bin allgemein sehr verkrampft.	1	2	3	4	5	6
64. Ich habe gepflegte Hände.	1	2	3	4	5	6



10 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Birgit Wolff
Geburtsdatum: 30. Juli 1986 in Graz, Österreich
Adresse: Weizbachweg 9, 8045 Graz
Telefonnummer: +43 650 63 777 06
Email: wolff_birgit@hotmail.com



Schulbildung und Ausbildung

Seit Oktober 2004 Medizinstudium an der Universität Graz
2001 – 2004 Wirtschaftskundliches Bundesrealgymnasium Graz
1996 – 2001 AHS Sacré Coeur Graz
1992 – 1996 Volksschule Sacré Coeur Graz

Arbeit

Seit 09/2011		Study coordinator bei der CRT Studie an der Kardiologie des LKH Graz,
08/09 2008	6 Wochen	Österreichische Post AG, Zustellbasis 8045
07/08 2006	6 Wochen	Österreichische Post AG, Zustellbasis 8045
08 2004	1 Monat	ÖVP Graz/Archiv
07/08 2003	3 Wochen	Albert Schweitzer Klinik, Seniorenbetreuung
02 2003	1 Woche	Berufspraktikum im Kindergarten Ragnitz
08 2002	3 Wochen	Albert Schweitzer Klinik, Verwaltung
02 2002	1 Woche	Berufspraktikum bei Dr. Christian Schwab, Facharzt für Augenheilkunde

Famulaturen/ Praktika

07 2011	4 Wochen	Universitätsspital Basel, Schweiz, Gynäkologie und Geburtshilfe
09 2010	3 Wochen	Medizinische Universität Graz, Gynäkologie und Geburtshilfe
02 2009	4 Wochen	Nepean Teaching Hospital, Sydney, Australien Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie



08	2008	4 Wochen	Tripureshware Eye Hospital, Kathmandu, Nepal
02	2008	4 Wochen	Qasr Alaini Teaching Hospital, Kairo, Ägypten ICU, Gynäkologie und Geburtshilfe
08	2007	2 Wochen	Medizinische Universität Graz, Dermatologie
11	2006	2 Wochen	Medizinische Universität Graz, Gefäßchirurgie

Praktisches Jahr

Fächergruppe 1	10 Wochen	Unfallchirurgie, LKH Bruck/ Mur
Fächergruppe 2	10 Wochen	Innere Medizin, Albert Schweitzer Klinik
Fächergruppe 3	5 Wochen	LKH Graz, Gynäkologie und Geburtshilfe
Allgemeinmedizin	5 Wochen	Dr. Walter Tutsch

Diplomarbeit

Seit 09/2009 Diplomarbeit "Geburtsmodus und Körperkonzept" an der Grazer Frauenklinik, Geburtshilfe

Spezielle Studienmodule

SS 2008	Modernste Methoden zur Messung der Body Composition Der Krebspatient im interdisziplinären Betreuungskonzept
WS 2007	Case-based Learning in Klinik und Praxis
WS 2006	Klinisch topographische Anatomie der Extremitäten
SS 2006	Biologische Kommunikationssysteme (M05)

Besonderes:

- MS Office
- Vortrag „Das HP-Virus und seine Erkrankungen“ im Rahmen der Woche der freien Bildung am 19.Mai 2010.
- Berufungskommission „Gynäkologie“ an der Medizinischen Universität Graz
- Veröffentlichung des Artikels „Schwangerschaft und Sucht“ in der Zeitschrift Medizynisch, Februar 2011