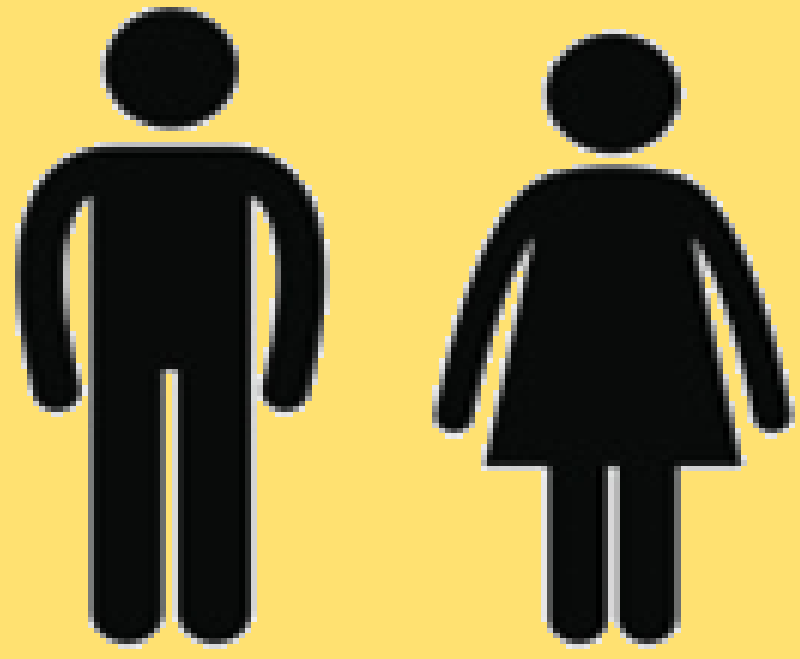


Schwanger und von Armut betroffen: Erfahrungen mit der geburtshilflichen Versorgung in industrialisierten Ländern

Origlia Ikhilor, Paola¹, MSc, RM, Jevitt, Cecilia², PhD, FACNM, CNM, Friederike zu Sayn-Wittgenstein³, Prof., Dr. PH, RM, Cignacco, Eva L.¹, Prof., PhD, RM

¹Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Schweiz, ²Yale University School of Nursing, CT, USA,

³Hochschule Osnabrück, Deutschland



Hintergrund

- Menschen mit niedrigem Einkommen und sozialem Status haben erhöhte Erkrankungsrisiken und tiefere Chancen auf eine gesunde Lebensführung (1, 2).
- In der Schweiz sind alleinerziehende Frauen und Migrantinnen am stärksten von Armut bzw. sozioökonomischen Benachteiligungen betroffen (3).
- **Armut ist ein Schlüsselfaktor für ein schlechteres kindliches und mütterliches Outcome:** Belegt sind u. a. erhöhte neonatale Mortalität, Frühgeburtlichkeit, tieferes Geburtsgewicht, erhöhte mütterliche Mortalität/Morbidität, erhöhter Suchtmittelkonsum, schlechtere Ernährung und Supplementationseinnahme (4, 5).
- In Nordamerika und anderen europäischen Ländern ist die gesundheitliche Ungleichheit von Schwangeren bei Armut umfassend belegt (4, 6), in der Schweiz hingegen nur bei schwangeren Migrantinnen (7).
- Erklärungsansätze für das schlechtere Outcome sind komplex und multifaktoriell, genannt werden z. B. sozioökonomische, ethnische, epigenetische, umweltbedingte Faktoren sowie die **schlechtere Nutzung der Schwangerenvorsorge** (8, 9).



Fragestellung

Welche Erfahrungen machen sozioökonomisch benachteiligte Frauen in industrialisierten Ländern mit der geburtshilflichen Versorgung in der Schwangerschaft?

Integrative Review (10)

- Systematische Suche in Medline, CINAHL, MIDIRS, Medpilot, Cochrane sowie Handsuche.
- Einschluss: Publikationen von 2004-2014, aus Industrieländern (OECD), die Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status und Erfahrungen mit der Schwangerenvorsorge im allgemeinen analysierten.
- Ausschluss: Studien, die Interventionen, Gesundheitsverhalten oder Erfahrungen in pathologischen Zuständen untersuchten.
- Drei Analyseworkshops mit 3 Forschenden: Definition der Qualitätskriterien, Qualitätsanalyse vorselektionierter Studien, Ergebnisanalyse, Bestimmung der Erlebensdimensionen.

Ergebnisse



Alle Studien (11-19) genühten den Qualitätskriterien, n=6 waren qualitativ, n=3 quantitativ. Sie wurden in USA (n=5), Australien (n=2), Grossbritannien (n=1) und Deutschland (n=1) durchgeführt.

Erfahrungen

Schwangere mit niedrigem sozioökonomischen Status orientierten sich am vorherrschenden ärztlichen/öffentlich klinischen Versorgungsmodell, obschon diese gegenüber anderen, mit geringerer Zufriedenheit assoziiert waren. Es zeigte sich eine Benachteiligung bezüglich Wahlmöglichkeiten bei der geburtshilflichen Versorgung (11, 12, 13). Bei der eigentlichen Begleitung und Behandlung ergaben sich folgende Erlebensdimensionen:

Wertschätzung durch Fachpersonen	Positive Wertschätzung: Fachperson zeigt Zugewandtheit, Anteilnahme, Interesse am Wohlbefinden und Empathie gegenüber herausfordernden Umständen. Mangelnde Wertschätzung und Vertrauensverlust: Fachperson hört nicht zu, geht nicht auf Bedürfnisse ein. Negativer Kinderwunsch kann das Erleben von Anteilnahme negativ verstärken. (12, 14-17)
Mannigfaltiges Diskriminierungserleben	Diskriminierung aufgrund von Rasse, Einkommen, Versicherungsstatus, Alter, Parität und von der Fachperson abweichenden Ansichten. Die Frauen fühlen sich generell schlechter behandelt, sind es gewohnt, als „als Letzte dranzukommen“. Angst vor Diskriminierung: Meiden von Versorgungsangeboten, echte Meinung nicht preisgeben. (12, 13, 16, 18)
Strukturelle und zwischenmenschliche Zugänglichkeit	Positiv erlebte Zugänglichkeit: Offenkundige und niederschwellige Angebote, z. B. direkte Kontaktaufnahme oder Hausbesuche, flache Beziehungsstrukturen zu nahbaren Fachpersonen (eher Hebammen, Pflege- und Laiengesundheitsfachpersonen als Ärzte), Gemeinschaftserfahrung, zeitliche Verfügbarkeit und Flexibilität wirken vertrauensbildend und bestärkend. Schlecht erlebte Zugänglichkeit: kurze Konsultationen, lange Wartezeiten, Probleme mit Transport, Anfahrtszeiten, Parkplätze oder Kinderbetreuung. (12, 14-16, 18)
Verständlichkeit und Vertrauenswürdigkeit der Informationen	Frauen wollen klar verstehen, was sie in der Schwangerschaft erwartet und wissen, wenn Probleme mit dem Kind sind. Vertrauensverlust und Demoralisierung bei unangemessen zugeschnittenen, wenig, zurückgehaltenen oder widersprüchlichen Informationen. Vertrauensbildend: Kontinuität. Schwangerschaftskonsultation, kindliche Überwachung und technischen Untersuchungen vermitteln Sicherheit. Grundsätzliche Dankbarkeit über Betreuung und Behandlung. (12, 14-16, 19)
Sich einbringen und Verantwortung übernehmen	Frauen sehen die Fachperson als Expertin für Gesundheitsentscheidungen, erwarteten, dass sie proaktiv handelt und informiert. Viele Hinweise auf geringes „Engagement“, nicht aktive Beteiligung an der eigenen Versorgung. Schwangere fühlen sich nicht sicher genug, Informationen einzufordern, autoritäres Wissen zu hinterfragen. Geben Verantwortung ab, weil man sie auf ihr angebliches Unwissen aufmerksam macht. Durch konformes Befolgen der aufgezwungenen Regeln, übernehmen sie Verantwortung für das Kind. Das Vermögen der Frau, sich einzubringen, wird durch reziproke Zuschreibungen und Vorbehalte von Schwangeren und Fachpersonen geschwächt. Fachpersonen gelingt es nicht, Frauen durch eine selbstkompetente Gestaltung der Schwangerschaft zu leiten. (12, 16, 19)

Literatur

Vollständige Literaturangaben bei der Autorin erhältlich.

- (1) Bundesamt für Statistik (2013)
- (2) Abel, Duetz Schmucki, Huwiler-Müntener (2007)
- (3) Bundesamt für Statistik (2012)
- (4) de Graaf, Steegers, Bonsel (2013)
- (5) Nagahawatte, Goldenberg (2008)

- (6) Gavin, Nurius, Logan-Greene (2012)
- (7) Merten, Gari (2013)
- (8) World Health Organization (2008)
- (9) Owen, Goldstein, Clayton, Segars (2013) a
- (10) Whittemore, Knäfl (2005)
- (11) Sutherland, Yelland, Brown (2012)
- (12) zu Sayn-Wittgenstein, Lange, Knorz (2010)

- (13) Salm Ward, Mazul, Ngui, et al. (2013)
- (14) Sheppard, Zambrana, O'Malley, (2004)
- (15) Bloom, Bednarzyk, Devitt, et al. (2004)
- (16) Ebert, Bellchambers, Ferguson, Browne (2014)
- (17) Humbert, Saywell, Zollinger, et al. (2011)
- (18) Daniels, Noe, Mayberry, (2006)
- (19) Docherty, Bugge, Watterson (2012)

Diskussion

Das Projekt ist noch nicht abgeschlossen und die präsentierten Ergebnisse sind vorläufig. Die Review ist eine Vorarbeit für eine qualitative Studie zum Thema bei sozioökonomisch benachteiligten Familien in der Schweiz.

