

Schwangerschaft und Geburt
Medizinische und psychosoziale Einflussfaktoren auf die
Lebensqualität und Befindlichkeit

Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizinischen Wissenschaften (Dr. sc. Med.)

an der Medizinischen Universität Graz

Erstbegutachtung:

Univ. Prof. Dr. J. W. Egger

Univ. Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Graz

Zweitbegutachtung:

Univ. Doz. Dr. E. Greimel

Univ. Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Graz

Vorgelegt von

Mag. rer. nat. Eva Mautner

Graz, März 2008

Mein besonderer Dank gilt:

Herrn Univ. Prof. Dr. J. W. Egger, Leiter der Abteilung für Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie und empirische Psychosomatik der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Graz, für die umgehende Bereitschaft, die wissenschaftliche Betreuung dieser Arbeit zu übernehmen.

Besonderer Dank ergeht an Frau Univ. Doz. E. Greimel, an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die jederzeit für wissenschaftliche Fragen ein offenes Ohr hatte, die Arbeit supervidierte und mit ihrer internationalen Erfahrung in der Lebensqualitätsforschung bedeutend zum Gelingen der Arbeit beitrug. Danke für die freundschaftliche und kollegiale Begleitung.

Die vorliegende Untersuchung wurde in der Ambulanz und auf den Stationen in der Grazer Frauenklinik, Abteilung Geburtshilfe durchgeführt. An dieser Stelle möchte ich mich bei Herrn Prof. U. Lang, Vorstand der Universitätsfrauenklinik herzlich für seine Unterstützung bedanken.

Einen weiteren Dank möchte ich dem Team in der Ambulanz aussprechen, das neben ihrer Routinearbeit zusätzlich Patientinnen für die Studie motivieren konnten.

Weiters danke ich allen Frauen, die bereit waren, einen Einblick in ihre Befindlichkeit und Lebensqualität in der Schwangerschaft und nach der Geburt zu geben. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

In der vorliegenden Arbeit wurde die **subjektive Lebensqualität** aus Sicht der Frauen und ihre Befindlichkeit untersucht. Für eine leichtere Lesbarkeit wird im Methodik-, Ergebnis- und Diskussionsteil nur von Lebensqualität gesprochen. Gemeint ist immer die subjektive Lebensqualität.

1.	Einleitung	1
2.	Schwangerschaft und Kultur	3
2.1	Allgemeines	3
2.1.1	Der Begriff „Kultur“	3
2.1.2	Migration	4
2.1.2.1	Definition	4
2.1.2.2	Migrationsformen	5
2.1.2.3	Migrationsphasen	5
2.1.2.4	Ursachen der Migration	6
2.1.2.5	Migrationsgenerationen	6
2.1.2.6	Kulturschock	7
2.2	Untersuchungsergebnisse zu Kultur	7
2.3	Untersuchungen zu Schwangerschaft und Kultur	8
3.	Schwangerschaft und Geburt	9
3.1	Psychologie der Schwangerschaft	9
3.1.1	Schwangerschaft als Krise	9
3.1.2	Phasenmodell der psychischen Verarbeitung der Schwangerschaft	10
3.1.2.1	Verunsicherungsphase	12
3.1.2.2	Anpassungsphase	13
3.1.2.3	Konkretisierungsphase	13
3.1.2.4	Phase der Antizipation und Vorbereitung	14
3.1.2.5	Geburtsphase	14
3.1.2.6	Phase der Überwältigung und Erschöpfung	16
3.1.2.7	Phase der Herausforderung und Umstellung	17
3.1.2.8	Phase der Gewöhnung	18
3.2	Physiologie der Schwangerschaft und Geburt	19
3.2.1	Physiologie der Schwangerschaft	19
3.2.2	Physiologie der Geburt	19
3.2.2.1	Der Geburtsverlauf	20
3.3	Rahmenbedingungen der Geburtshilfe	21
3.3.1	WHO-Empfehlungen	21
3.3.2	Epidemiologische Studie zu Schwangerschaft und Geburt	22

3.3.3	Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft	22
3.3.4	Interventionen bei der Geburt.....	23
3.3.5	Geburtsmodus	26
3.3.5.1	Gründe für eine vaginale Geburt bzw. für eine Sectio	26
3.3.5.2	Psychische Belastungen und der Geburtsmodus	27
3.4	Risikoschwangerschaften.....	29
3.4.1	Frühgeburlichkeit.....	31
3.4.1.1	Begriffsbestimmungen	31
3.4.1.2	Ursachen	31
3.4.1.3	Die Psychologie der Frühgeburt	33
3.4.2	Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen.....	38
3.4.2.1	Klassifizierung hypertensiver Erkrankungen in Schwangerschaft und Wochenbett.	38
3.4.2.2	Epidemiologie.....	40
3.4.2.3	Anamnestische Risikofaktoren.....	40
3.4.2.4	Auswirkungen.....	41
3.4.2.5	Psychische Folgen	41
3.4.3	Diabetes in der Schwangerschaft.....	43
3.4.3.1	Begriffsbestimmungen	43
3.4.3.2	Die Risiken des Gestationsdiabetes	44
3.4.3.3	Psychische Folgen	44
4.	Lebensqualität	46
4.1	Grundlagen	46
4.1.1	Die Entwicklung der Lebensqualitätsforschung	46
4.1.1.1	Lebensqualität in der Medizin	47
4.1.1.2	Definitionen zu HRQOL.....	47
4.1.1.3	Fachgebiete der Lebensqualitätsforschung	48
4.1.1.4	Interkulturelle Forschungsmethoden.....	49
4.1.2	Psychologische Konzepte zur Lebensqualität.....	50
4.1.2.1	Theorie des subjektiven Wohlbefindens	50
4.1.2.2	Strukturmodell des Wohlbefinden	51
4.2	Lebensqualität und Schwangerschaft.....	51
5.	Depression	53
5.1	Grundlagen	53
5.1.1	Klassifikation und klinische Beschreibung nach ICD-10	53
5.1.2	Klassifikation und klinische Beschreibung nach DSM-IV	53
5.1.3	Epidemiologie	54

5.1.4	Verlauf	55
5.1.5	Komorbidität	55
5.1.6	Erklärungsmodelle für Depression	56
5.1.6.1	Verstärkungstheoretische Hypothesen	56
5.1.6.2	Kognitionspsychologische Hypothesen	56
5.1.6.3	Multifaktorielles Entstehungsmodell depressiver Störungen	58
5.2	Depression in der Schwangerschaft.....	60
5.2.1	Baby Blues	60
5.2.2	Postpartale Depression (PPD)	61
5.2.3	Einflussfaktoren auf eine postpartale Depression (PPD).....	62
5.2.4	Depression und kulturelle Einflüsse	64
6.	Schmerzen	65
6.1	Grundlagen.....	65
6.1.1	Definitionen.....	65
6.1.2	Charakterisierungsmöglichkeiten von Schmerzen	66
6.1.2.1	Nach der Lokalisation.....	66
6.1.2.2	Nach der Dauer des Schmerzes	66
6.1.2.3	Differenzierung nach Reaktionsmustern.....	67
6.1.3	Schmerzmodelle.....	68
6.1.3.1	Gate-Control-Modell des Schmerzes	68
6.1.3.2	Komponenten des Schmerzes	69
6.1.4	Schmerzmessung.....	72
6.2	Schwangerschaft/Geburt und Schmerzen	72
6.2.1	Geburtsschmerzen	72
6.2.2	Kulturell determinierte Differenzen im Schmerzerleben.....	73
6.2.3	Geburtsschmerzen und Befindlichkeit.....	75
6.2.4	Einflussfaktoren auf den Geburtsschmerz	75
7.	Fragestellungen und Hypothesen.....	77
7.1	Ziel der Untersuchung.....	77
7.2	Hypothesen und Erwartungen.....	78
7.2.1	Unterschiede in der Lebensqualität von Schwangeren und Nicht-Schwangeren	78
7.2.2	Einflussfaktoren auf die Lebensqualität und die Befindlichkeit	78
7.2.3	Welche Einflussfaktoren steuern das Schmerzerleben bei und nach der Geburt?	85
7.2.3.1	Intensität des Geburtsschmerzes	86

8.	Durchführung der Untersuchung	87
8.1	Stichprobe	87
8.1.1	Einschlusskriterien	87
8.1.2	Ausschlusskriterien	88
8.2	Erhebungsinstrumente und Studiendesign	88
8.2.1	Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität	89
8.2.1.1	WHO-QOL-100	89
8.2.1.2	WHOQOL-Bref	90
8.2.2	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	94
8.2.3	Die Schmerzempfindungsskala (SES)	95
8.2.4	Selbstkonstruierte Fragen zu den drei Messzeitpunkten	96
8.3	Untersuchungsablauf	98
8.3.1	Erster Erhebungszeitpunkt	98
8.3.2	Zweiter Erhebungszeitpunkt	99
8.3.3	Dritter Erhebungszeitpunkt	99
8.4	Ausschlüsse von Studienteilnehmerinnen	99
8.5	Statistische Auswertung	100
9.	Ergebnisse	104
9.1	Unterschiede in der Lebensqualität von Schwangeren und Nicht-Schwangeren	104
9.2	Einflussfaktoren auf Lebensqualität bzw. Befindlichkeit in der Schwangerschaft	106
9.2.1	Häufigkeitsverteilung der medizinischen und psychosozialen Variablen	106
9.2.2	Univariate Ergebnisse	108
9.2.3	Multivariate Ergebnisse	112
9.3	Einflussfaktoren auf Lebensqualität und Befindlichkeit 2–5 Tage postpartum	115
9.3.1	Häufigkeitsverteilung	115
9.3.2	Ergebnisse der univariaten Berechnungen	116
9.3.3	Ergebnisse der multivariaten Berechnungen	118
9.3.4	Ergebnisse bei Spontangeburt	121
9.4	Einflussfaktoren auf Lebensqualität und Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt	122
9.4.1	Univariate Ergebnisse	123
9.4.2	Multivariate Ergebnisse	127
9.5	Veränderung der Befindlichkeit und Lebensqualität im zeitlichen Verlauf	131

10.	Interpretation und Diskussion	137
10.1	Unterschiede in der Lebensqualität von Schwangeren und Nicht-Schwangeren	139
10.2	Einflussfakoren auf die Befindlichkeit und Lebensqualität	142
10.2.1	Risikoschwangerschaft.....	142
10.2.1.1	Der Einfluss von Frühgeburtlichkeit	142
10.2.1.2	Der Einfluss hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen	143
10.2.1.3	Der Einfluss von Diabetes White A/B und Bo	144
10.2.2	Migration.....	145
10.2.3	Schulbildung/Alter	146
10.2.4	Soziale Unterstützung	146
10.2.5	Einstellung zur Schwangerschaft	147
10.2.6	Angst vor der Geburt.....	148
10.2.7	Finanzielle Lage	148
10.2.8	Befindlichkeit in der Schwangerschaft	149
10.2.9	Die Geburtsart	149
10.2.10	Die Gesundheit des Neugeborenen.....	150
10.2.11	Einflussvariablen auf das Schmerzerleben	150
10.3	Ergebnisse des Gesamtmodells	152
10.4	Relevanz für die praktische Arbeit in der Grazer Frauenklinik	156
Zusammenfassung		158
Literaturverzeichnis		160
Anhang		182

1. Einleitung

Schon eine „normale“ Schwangerschaft bedeutet körperliche, soziale und psychische Veränderungen. Sie wird dementsprechend auch mit Begriffen wie Entwicklungsimpuls, kritisches Lebensereignis oder sogar als Krise beschrieben (Wimmer-Puchinger, 1992). Mit der Diagnose „Risikoschwangerschaft“ beginnt zusätzlich eine Änderung vom Zustand der Gesundheit - „Schwangerschaft ist keine Krankheit“ -, zu einem Zustand der schwangerschaftsspezifischen Erkrankung. Gesundheit ist in der alltäglichen Erfahrungswelt normalerweise kein explizites Thema, sondern im Bewusstsein. Erst mit Einschränkungen des Funktionsvermögens und Abweichungen von der üblichen Befindlichkeit kommt es zu einer expliziten Befassung mit der subjektiven Bedeutung erlebter Veränderungen (Boesch, 1976, Schütz & Luckmann, 1975, zit. in Siegrist, Starke, Laubach & Brähler, 2000). Das Auftreten einer Risikoschwangerschaft kann mit Belastungen verbunden sein, wie häufigeren medizinischen Kontrollen, stationären Krankenhausaufenthalten, unterschiedlichen Behandlungen und vielen widersprüchlichen Emotionen, wie Hoffnung, Zweifel und Angst. Die Grazer Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bietet als Schwerpunktkrankenhaus Behandlungsmöglichkeiten für Frauen mit Risikoschwangerschaften. Es gibt mehrere Spezialambulanzen, in denen Frauen mit verschiedensten kulturellen Hintergründen und Schwangerschaftsproblematiken, wie in den WHO-Empfehlungen (1985) befürwortet, multidisziplinär betreut werden.

Wie können nun Veränderungen in der Befindlichkeit allgemein und speziell im Zusammenhang mit Risikoschwangerschaft und der Kultur am besten identifiziert werden? Einen Ansatz dazu bietet die gesundheitsbezogene Lebensqualität (LQ). Sie stellt ein Konstrukt dar, welches es erlaubt das Befinden und Handlungsvermögen von Menschen, deren eigener Gesundheitszustand auf irgendeine Weise auffällig geworden ist, über einen mehrdimensionalen Messansatz zu erfassen (McDowell & Newell, 1987, zit. in Siegrist et al, 2000). Die Lebensqualität ist subjektiv und umfasst in Anlehnung an den WHO-Gesundheitsbegriff eine physische, psychische und soziale Dimension. Sie wird im wesentlichsten davon bestimmt, in welchem Umfang es gelingt, Anforderungen und Aufgaben des Alltagslebens in Einklang mit eigenen Bedürfnissen und mit den Bedingungen der jeweiligen Lebenssituation zu meistern.

Die vorliegende Arbeit setzt sich zum Ziel, die subjektive Lebensqualität und Befindlichkeit und das Schmerzerleben von Frauen in der Schwangerschaft und nach der Geburt genauer zu untersuchen. Weiters sollen Risikofaktoren für Beeinträchtigungen der Lebensqualität bzw. Befindlichkeit identifiziert werden. Vorrangig wird der Einfluss dreier Risikoschwangerschaftsgruppen untersucht. Gewählt wurde die Gruppe der „hypertonen Schwangerschaftserkrankungen“, wie z.B. Präeklampsie, weil in Einzelfallberichten eine sehr große Belastung im Zusammenhang mit diesem Krankheitsbild beschrieben wurde. Weiters wird die große Gruppe „Frühgeburtlichkeit“ in die Studie einbezogen, da die Geburt eines sehr früh geborenen Kindes mit großen Ängsten um das Wohlbefinden des Neugeborenen verbunden ist. Die dritte Gruppe bildet der schwangerschaftsinduzierte „Diabetes“ und dessen Einfluss auf die Lebensqualität. Außerdem wird der Zusammenhang bzw. der Einfluss zwischen psychosozialen Variablen mit der Lebensqualität und Befindlichkeit untersucht. Hauptaugenmerk wird auf Unterschiede zwischen der Lebensqualität von Migrantinnen und Nicht-Migrantinnen gelegt. Der Zeitrahmen für die Studie reicht von der Schwangerschaft bis drei Monate nach der Geburt mit insgesamt drei Erhebungszeitpunkten. Eine solche Studie zur Lebensqualität liegt bis jetzt noch nicht vor, erscheint im Sinne der WHO jedoch wichtig. Sie empfiehlt, dass die Gesundheitsberichterstattung auch jenseits der medizinischen Daten so genannte Lifestyle-Variablen berücksichtigen sollte (WHO, 1993). Hierzu gehören besonders subjektive Gesundheitseinschätzungen der jeweilig Betroffenen.

2. Schwangerschaft und Kultur

2.1 Allgemeines

Interkulturelle Beziehungen – wirtschaftlicher, politischer und sozialer Art – haben im Zeitalter der Globalisierung vermehrt an Bedeutung gewonnen. Besonders die Zunahme und Beschleunigung internationaler Migrationsbewegungen und eine erhöhte Mobilität trägt dazu bei (Dreißig, 2005), dass auch österreichische Institutionen von Klienten mit „anderen“ kulturellen Hintergründen aufgesucht werden.

Vor allem in Abteilungen für Geburtshilfe kommen viele Frauen, die sich mit ihrem kulturellen Hintergrund vom medizinischen Personal unterscheiden.

Es gibt einige Untersuchungen zum Zugang von Migrantinnen zu Gesundheitseinrichtungen. In deutschen Untersuchungen zeigte sich, dass zugewanderte Patientinnen im Vergleich zu deutschen Patientinnen häufiger gesundheitlich eingeschränkt sind, zugleich ist ihr Zugang zur Gesundheitsvorsorge schlechter als jener der Allgemeinbevölkerung (Razum & Geiger, 2004). Weiters ergab sich, dass Zugewanderte insgesamt unzufriedener mit der psychosozialen Betreuung und der medizinischen Aufklärung im Krankenhaus waren als deutsche Einheimische (Dreißig, 2005). Dabei spielen nach Razum und Geiger (2004) Kommunikationsprobleme eine große Rolle.

2.1.1 Der Begriff „Kultur“

Kultur ist nach dem Verständnis von Dreißig (2005) ein vielseitig verwendeter Begriff. Unter einer kulturellen Veranstaltung verstehen wir eine Oper, eine Lesung, ein Konzert oder ähnliches, in einem anderen Kontext spricht man von „Freizeitkultur“ oder „Fernsehkultur“. Auch bestimmten Institutionen wird eine Kultur zugeschrieben (z.B.: Unternehmenskultur, Organisationskultur).

Nach Pfeiffer (1994, zit. in David 2002) ist Kultur ein Komplex überlieferter Erfahrungen, Vorstellungen und Werte sowie von gesellschaftlichen Ordnungen und Verhaltensregeln, mit dem die Menschen ihre Welt interpretieren und wonach sie ihr Handeln ausrichten.

Kultur ist auch die Art, wie soziale Beziehungen in einer Gruppe strukturiert und geformt sind und wie diese Formen erfahren, verstanden und interpretiert werden (Hansen, 1995 zit. in David 1002).

Nur derjenige, der über Kenntnis der Regeln verfüge, kann das Spiel mitspielen. Das von den Teilnehmern zu erlernende Wissen wird als „Kulturgrammatik“ bezeichnet (Moosmüller, 1997, Dreißig, 2005).

Vertreter der britischen „cultural studies“ betrachten Kultur als eine stark vom Kontext abhängige Variable. Jede Wahrnehmung, jede Erfahrung ist kontextgebunden und entsteht in einem komplexen Netz aus gesellschaftlichen, sozialen, institutionellen, politischen und anderen Bedingungen. Der strukturelle Kontext wird dabei als von den Akteuren hergestellt gesehen (Winter, 2003, zit. in Dreißig, 2005).

Nach Dreißig (2005) ist Kultur als kontextabhängig, als bis zu einem gewissen Grad subjektiv und „hergestellt“, als dynamisch, als motivations-, erwartungs- und interessensteuert sowie als teilweises Konstrukt, das gewisse Handlungsspielräume zulässt, zu sehen.

Für von Wogau (2004) ist Kultur Verhalten, Sprache, Normen, Werte, Bedeutungssysteme und Traditionen, die Menschen seit ihrer Geburt gelernt haben und die von Generation zu Generation weitergegeben werden.

Kultur fußt nach Pfeiffer (1994, zit. in David 2002) auf den naturgegebenen Eigenschaften des Menschen und auf den natürlichen Bedingungen der ihn umgebenden Welt, gleichzeitig wächst er aber in sie hinein, erwirbt und erlebt sie.

Medizin ist wie Sprache, Religion oder Sozialstruktur eine kulturelle Leistung, ein System symbolischer Bedeutungen und Vorstellungen, Praktiken und Techniken, eingebettet in eine Matrix aus Werten, Traditionen, Vorstellungen und Formen ökologischer Anpassung (David, 2002).

2.1.2 Migration

2.1.2.1 Definition

Der Begriff der Migration stammt von dem lateinischen Wort *migrare* bzw. *migratio* (wandern, wegziehen, Wanderung) ab. Er hat sich in den letzten Jahren, beeinflusst durch das weltweit verwendete englische Wort „migration“, in der sozialwissenschaftlich geprägten Fachsprache zum Teil aber auch in der („politisch korrekten“) deutschen Alltagssprache eingebürgert (nach David 2001).

Migration umfasst eine räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunktes im Sinne eines dauerhaften Wohnortwechsels von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung. Wanderung über die Grenzen eines Nationalstaates hinweg ist dabei kennzeichnend für die internationale Migration

in Abgrenzung zur Binnenmigration. Migration beinhaltet nicht nur Zu- sondern auch Abwanderung (Lederer & Rau, 1999, Hahn 2000, zit. in David 2001).

2.1.2.2 Migrationsformen

David (2001) gibt eine Zusammenfassung über verschiedene Varianten von Migration.

Er beschreibt insbesondere die Arbeitsmigration, die nach verschiedenen Formen unterschieden werden kann:

- Pioniermigration
- Familienzusammenführung (Nachzug von Ehegatten und minderjährigen Kindern der Pioniermigranten)
- Kettenmigration
- Heiratsmigration (wird als neue Form beschrieben)

Migrationsnetzwerke können zur Entstehung von Migrationsketten führen. Sie sind charakterisiert durch enge persönliche Beziehungen vor der Migration und bilden auch das entscheidende Element für die Migration. Meist geht ein Kettenmigrationsprozess von einem Pionierwanderer aus, der den Ehepartner und Verwandte nachkommen lässt.

Bei einer Heiratsmigration gehört ein Partner (zumeist der Mann) der zweiten Migrationsgeneration an. Durch die Heirat mit einer Frau aus dem Herkunftsland entsteht eine neue erste Generation von Migrantinnen.

Drei spezifische Formen der Migration sind nach Leyer (1991, zit. in David 2001) die nachfolgende Migration, die begleitende Migration und die autonome Migration. Soziale Netzwerke haben bei der Migration einen entscheidenden Einfluss (Haug & Pichler, 1999, zit. in David 2001, S. 21). Sie können am Zielort der Migration:

„sowohl die Kosten als auch die Risiken reduzieren sowie in ökonomischer und auch sozialer Hinsicht den Migrationsgewinn erhöhen“.

2.1.2.3 Migrationsphasen

Hahn (2002) differenziert grob zwischen zwei Migrationsphasen: die „äußere physische Migration“ und die danach beginnende wesentlich zeitintensivere und schwierigere, „innere psychosoziale Migration“ (Hahn, 2000, zit. in David 2001).

2.1.2.4 Ursachen der Migration

Von den meisten Autoren werden politisch-ökonomische Gründe für die Auswanderungsentscheidung angegeben. Das Hauptmotiv ist dabei der Wunsch die eigenen Lebensbedingungen, die im Herkunftsland (subjektiv und/oder objektiv) schlecht sind, zu verbessern (David 2001).

Der Entscheidungsprozess zur Migration wird in vier Phasen zusammengefasst (Hahn, 2000, zit. in David 2001):

1. subjektive Wahrnehmung belastender gesellschaftlicher Umstände durch die potentiellen Migranten
2. prozesshafte Motivbildung zur Migration, in der nach und nach die gedankliche Auseinandersetzung erfolgt (= die Migration für sich als realistische da sinnvolle Problemlösung zur Verbesserung der unbefriedigenden Lebenssituation zu betrachten)
3. Einholen und Auswerten von Informationen, die die potentiellen Migranten für die Auswahlentscheidung ihres Zielortes benötigen
4. Innere und mentale Bereitschaft, alle Risiken, die mit der Migration verbunden sind, auf sich zu nehmen und den Schritt in die Fremde zu wagen.

David (2001) verweist auf Cropley und Lühke (1994), für die Migration immer selektiv zu sein scheint.

Sie stellen ein Modell der „auswanderungswilligen Persönlichkeit“ vor und definieren den sesshaften und dem gegenüber stehend den auswanderungswilligen Typ, wobei beides Extreme einer Skala darstellen. Eine Querschnittsuntersuchung an 700 Deutschen zur Überprüfung dieser Hypothese erbrachte in ihrer Studie, dass die Entscheidung zur Auswanderung (hier nach Australien) eher vom Typ als von ökonomischen, demographischen oder ähnlichen Faktoren abhing. Demzufolge führen sie den Begriff des „mobilitätsorientierten Menschen“ ein (Cropley & Lühke, 1994, vergl. David, 2001, S. 22).

2.1.2.5 Migrationsgenerationen

Drei folgende Migrationsgenerationen sind nach Hahn (2000) und Frogner (1994) unterscheidbar (zit. in David 2001):

1. Die erste Generation passt sich den wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen an und versucht, durch ethnische Gruppenbildungen im Sinne

einer Binnenintegration ihre Herkunftskultur zu bewahren, um dadurch ihre psychische Sicherheit und Geborgenheit zu erhalten.

2. Die zweite Generation lebt in zwei Kulturen mit gemischten Wertestandards (oft entstehen Kulturkonflikte).
3. die dritte Generation gibt die Herkunftskultur ihrer Eltern auf und assimiliert sich in die Kultur des Aufnahmelandes

Vermischungen der ersten und zweiten Generation können durch die Heiratsmigration entstehen.

2.1.2.6 Kulturschock

Der Begriff des Kulturschockes wurde erstmals von Oberg 1958 eingeführt. Er wird durch folgende Merkmale, die eine hochgradige psychische Belastung des Migranten charakterisieren, beschrieben: Angestregtes Bemühen, die neuen Eindrücke zu verarbeiten; Angst vor der fremden Kultur; das Gefühl, isoliert und verlassen dem Unbekannten hilflos ausgeliefert zu sein; Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität und der eigenen Rollenvorstellungen; die Meinung, von den Einheimischen nicht akzeptiert zu werden (Maletzke, 1996 zit. in David 2001).

Der Kulturschock wird als kein Dauerphänomen beschrieben, sondern als eine erste Phase der Auseinandersetzung der kulturellen Beeinflussung des Migranten durch die Aufnahmegesellschaft. Anschließend folgt eine längere Periode des (inter)kulturellen Wandels, die auch als Akkulturation bezeichnet wird und ebenfalls psychisch belastend sein kann (David, 2001).

2.2 Untersuchungsergebnisse zu Kultur

In der Studie von David (2001) bewerteten türkische Patientinnen ihre Wohnsituation, ihre Einkommenslage und ihre berufliche Situation ebenso wie ihre gesamte allgemeine Lebenssituation deutlich schlechter als Frauen einer deutschen Vergleichsgruppe. Die Migrantinnen waren jedoch zufriedener mit ihrer Gesundheit und vor allem mit ihrer familiären Situation im Vergleich zu deutschen Patientinnen.

Etwa ein Drittel der befragten Türcinnen bewerteten die eigenen deutschen Sprachkenntnisse mit gut und sehr gut, ein Drittel sprach nur wenig oder gar kein Deutsch. Gute Deutschkenntnisse wiesen vor allem folgende Untergruppen auf: Alter unter 30 Jahre, zweite Migrationsgeneration, Schulbildung in Deutschland, höherer

Schulabschluss, mittlere und höhere Erwerbsgruppe, wobei diese verschiedenen Einflussfaktoren sich zum Teil gegenseitig bedingen.

David (2001) schließt aus seiner Migrationsstudie: Bei der medizinischen Betreuung und Behandlung von Migrantinnen soll unter anderem die zumeist schlechtere sozioökonomische Lage (niedriges Einkommen, schlechtere Wohnverhältnisse, ungünstigere Bildungsvoraussetzungen), die besondere Situation von MigrantInnen allgemein, die spezifischen Probleme im Akkulturationsprozess und die schlechtere psychische Befindlichkeit beachtet werden.

Bei vielen Migrantinnen zeigte sich ein relativ schlechtes Basiswissen über den eigenen Körper und dessen Funktionen. In Kombination mit zum Teil schlechten sprachlichen Voraussetzungen sind deshalb Aufklärung, Information und Beratung im medizinischen Betreuungs- und Behandlungsprozess spezielle Maßnahmen, um eine größtmögliche Patientinnenautonomie zu erzielen.

2.3 Untersuchungen zu Schwangerschaft und Kultur

Eine retrospektive Untersuchung führten Lu und Chen (2004) an 33.542 Frauen durch, die im Jahr 2000 in den USA ein Kind geboren hatten. Sie bildeten aus 13 „stressful life events“ vier Stressbereiche: emotionale, finanzielle, partnerschaftsbezogene und traumatische.

Dabei zeigte sich, dass bei ethnischen Minderheiten die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass sie traumatischen, emotionalen, finanziellen und partnerschaftsbezogenen Stressoren ausgesetzt sind. „Compared with white non-Hispanic women, black women were 24 % more likely to report emotional stressors, 35 % more likely to report financial stressors, 163 % more likely to report partner-related stressors, and 83 % more likely to report traumatic stressors” (Lu & Chen 2004, S. 691).

Ahlberg und Vangen (2005), zwei norwegische Wissenschaftler fanden: „From a health perspective migration may be associated with increased risk. Socio-cultural habits may conflict with biomedical perceptions about what serves mother and child best and creates barriers to necessary treatment and follow up”.

Zelkowitz et al (2004) untersuchten psychosoziale Risikofaktoren für Depression bei 119 eingewanderten Frauen in Montreal. 42 % der Teilnehmerinnen wurden als depressiv eingestuft. Depressive Symptome hingen mit „poorer functional status“, „more somatic symptoms, lack of social support, more stressful life events“ und „poorer marital adjustment“ zusammen.

3. Schwangerschaft und Geburt

„Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett führen im Leben einer Frau zu einer Vielzahl von tief greifenden Veränderungen biologischer, psychischer und sozialer Natur, die in einem relativ kurzen Zeitraum zu bewältigen sind und damit zu einer ausgeprägten Reifungs- und Entwicklungskrise führen können“ (Bikas, Ahner & Husslein, 2004, S. 181).

3.1 Psychologie der Schwangerschaft

3.1.1 Schwangerschaft als Krise

In der Literatur wird Schwangerschaft als **Krisenzeit** erörtert. Dieses Krisenkonzept geht nach Wimmer-Puchinger (1992) auf zwei unterschiedliche Forschungsrichtungen zurück: auf die Lebenslaufforschung und die Stressforschung. Baltes (1990, zit. in Oberndörfer 2003) bezeichnet Schwangerschaft als **Entwicklungskrise**. Ausgehend von einer die gesamte Lebensspanne umfassenden Entwicklungspsychologie ist die Geburt eines Kindes (vor allem des ersten) als ein wichtiger Entwicklungsprozess im frühen Erwachsenenalter zu betrachten, mit weit reichenden Auswirkungen auf den weiteren Lebenslauf und die Persönlichkeitsentwicklung.

Schwangerschaft bedeutet für die zukünftigen Eltern eine Neuorientierung der Persönlichkeit und des bisherigen Alltagslebens (Oberndörfer, 2003). Doch ist zwischen „normativen“ Veränderungen und Anforderungen, die eine Person nicht überfordern, von „nonnormativen“, d.h. kritisch-überfordernden Anforderungen“ zu unterscheiden (Haar, 1977, zit. in Wimmer-Puchinger, 1992, S. 24). Wirken im ersten Falle die gestellten Aufgaben motivierend, so ist bei einer Überforderung durch die neugestellte Aufgabe Abwehr oder Zusammenbruch die Folge (Wimmer-Puchinger, 1992). Schwangerschaft kann demnach für ein junges Mädchen, das einer Fülle von Entwicklungsaufgaben gegenübersteht oder einer Migrantin, die eine neue Kultur und soziale Situation zu bewältigen hat, „zu viel an Veränderung und damit eine zu starke Belastung“ sein (Wimmer-Puchinger, 1992, S. 24).

Wimmer-Puchinger (2006, S. 26) beschreibt in Anlehnung an die Literatur Schwangerschaft als **normative Krise**. „Vorstellungen, Lebensplanung, Partnerschaft, Berufsrolle, die zukünftige berufliche Situation, die finanzielle Situation werden auf die Waage gelegt und reflektiert“. Sorgen um die Gesundheit des Kindes,

Sorgen um den Ausgang der Schwangerschaft sind für sie ernst zu nehmende Gefühle.

Als besonders starke Krisenmomente lassen sich nach Wimmer-Puchinger, 2006 (S. 22) in der Schwangerschaft folgende Aspekte anführen:

- Ungewollte abgelehnte Schwangerschaften
- Depression während der Schwangerschaft und/oder postpartal
- „Unglückliche“ Schwangerschaften
- Schwangerschaftsverlusterlebnisse
- Suchterkrankungen
- Tod des Partners oder eines nahen Angehörigen
- Partnerprobleme
- Finanzielle Sorgen

3.1.2 Phasenmodell der psychischen Verarbeitung der Schwangerschaft

Das 1. und 2. Trimenon ist fast immer von intensiven Emotionen und widersprüchlichen Gefühlen begleitet, die eine adäquate Antwort auf die unterschiedlichen Belastungen sind. In diesem Zusammenhang weisen Geburtshelfer darauf hin, dass es wichtig sei, die Frau und ihren Partner auf den normalen Charakter dieser Ambivalenz aufmerksam zu machen, um etwaigen Konflikten im Vorhinein entgegenzuwirken (Biskas, Ahner & Husslein, 2004).

Gloger-Tippelt (1985, 1988) bietet auf Basis von empirischen Längs- und Querschnittsstudien ein entwicklungspsychologisches Konzept der psychischen Verarbeitung beim Übergang zur Elternschaft. Die Einteilung reicht von der Feststellung der Schwangerschaft bis ungefähr zum ersten Geburtstag des Kindes. Die Gesamtheit der Veränderungen, die für Mutter und Vater als Individuum und für das Paar mit dem ersten Kind verbunden sind, bezeichnet Gloger-Tippelt (1985) als **Übergang im Lebenslauf**.

Sie beschreibt **acht idealtypische Verarbeitungsphasen**: Vier Phasen vor der Geburt, eine bei der Geburt und drei nach der Umstellung auf die neue Lebenssituation. Den zeitlichen Rahmen sieht sie als Orientierungshilfe. Überschneidungen zwischen den Phasen, Vorgriffe und Rückschritte sind möglich. Kriterien für den Übergang von einer Stufe zur nächsten leitet sie aus dem Auftreten körperlicher und psychischer Veränderungen sowie aus sozialen Rückmeldungen ab.

Tabelle 1: Übersicht über alle 8 Schwangerschaftsphasen nach Gloger-Tippelt, 1988

1. Verunsicherungsphase	Bis ca. 12. Schwangerschaftswoche	Erleben relativ abhängig von Geplantheit und Erwünschtheit der Schwangerschaft
2. Anpassungsphase	ca. 12. – 20. Schwangerschaftswoche	Endgültige Entscheidung für die Schwangerschaft, andere Personen werden darüber informiert
3. Phase der Konkretisierung	ca. 20. bis 32. Schwangerschaftswoche	relativ niedriges Angstniveau, positive Grundhaltung für weiteren Verlauf der Schwangerschaft und Geburt, Sicherheitsgefühl bildet sich aus
4. Phase der Antizipation	ca. 32. Schwangerschaftswoche bis zur Geburt	Ängste und Labilisierungen werden wieder stärker; beide Partner leiden am stärksten unter psychosomatischen Beschwerden
5. Geburt	ca. 40. Schwangerschaftswoche Dauer ca. 12 Stunden	Geburt ist eine soziale und biologische Situation. Je nach äußerem Setting wird die Geburt unterschiedlich beschrieben
6. Phase der Überwältigung und Erschöpfung	ab der Geburt bis ca. 4-8 Wochen danach	Die Einstellung auf die Bedürfnisse des Neugeborenen überwältigt zunächst physisch und psychisch
7. Phase der Herausforderung und Umstellung	2. bis 6. Lebensmonat	Zunehmend körperliche und psychische Erholung. Das Baby stellt Anforderungen an die Eltern
8. Gewöhnungsphase	6. Monate – 12 Monate	Phase der Entspannung, Vertrautheit, stärkerer Sicherheit und Gewöhnung. Erste Routine und Regelmäßigkeit bei der Ausübung der Elternschaft

3.1.2.1 Verunsicherungsphase

Als Verunsicherungsphase wird die Zeit bis zur 12. Schwangerschaftswoche (SSW) bezeichnet. Die psychische Auseinandersetzung mit einer Schwangerschaft beginnt nach Gloger-Tippelt (1988) nicht mit der Konzeption, sondern dann wenn erste Erwartungen oder Befürchtungen über eine mögliche Schwangerschaft auftreten bzw. dann wenn eine positiv ausfallende Schwangerschaftsdiagnose gestellt wurde.

Frühe körperliche Veränderungen zeigen sich in unspezifischen Beschwerden wie Schwindelgefühle, Müdigkeit, Brustspannen, Geruchs- und Geschmacksempfindlichkeiten, Appetitveränderungen, Magenempfindlichkeit, Übelkeit, Erbrechen und zahlreichen anderen Beschwerden.

Bei Tierson, Olsen & Hook (1986, zit. in Deutsch, 1996) gaben 90 % der Frauen Übelkeit und Erbrechen, wenn auch nur in geringfügigem Ausmaß, an. Die Symptome begannen im Schnitt in der 6. SSW. In der 8. SSW berichteten 80 % der Frauen von Übelkeit. Der Beginn des Erbrechens liegt später.

Als weitere häufige Erscheinungen in der Frühschwangerschaft werden stimmungsmäßige Labilisierungen und Ängste, als Ausdruck einer Verunsicherung im Selbstbild gesehen, mit Sorgen um das Fortbestehen der Schwangerschaft, Verunsicherungen bezüglich der Paarbeziehung und der materiellen Situation in der Zukunft (Lukesch, 1981, Gloger-Tippelt, 1988, zit. nach Deutsch 1996).

Wimmer-Puchinger dazu in einem neueren Werk (2006, S. 23): „Bedenkt man, dass das Eintreten einer Schwangerschaft eine grundlegende Neuorientierung der weiblichen Identität, der bisherigen „Ich-Erfahrung“ für die Frau von einer Identität als Frau zu einer Identität als Frau und Mutter bedeutet, so ist nur zu verständlich, dass Schwangerschaft und Mutterschaft als zentrales Life-Event betrachtet werden müssen“.

Frauen bzw. Paare, bei denen die Schwangerschaft beispielsweise überraschend eingetreten ist und die zu dieser Zeit einen sehr geringen Kinderwunsch haben, müssen in der ersten Zeit eine Entscheidung für oder gegen die Schwangerschaft treffen. Lukesch (1981) bezeichnet 50 bis 90 % der Schwangerschaften als erwünscht, wobei Geplantheit nicht notwendige Voraussetzung für die jetzige Erwünschtheit sein muss. Er merkt auch an, dass hohe Erwünschtheit des Kindes starke Ängste und Verunsicherungen zu Beginn der Schwangerschaft nicht ausschließt.

Bikas, Ahner und Husslein (2004, S.181) beschreiben die erste Schwangerschaftszeit wie folgt: „Im Rahmen der Frühschwangerschaft kommt es zu teilweise hormonell bedingten Veränderungen des vegetativen Nervensystems mit unterschiedlichem Ausprägungsgrad. Die Symptome können als Schlafstörungen, Antriebsminderung und Veränderungen der Stimmungslage im Sinne einer Depression beschrieben werden, oft einhergehend mit schlechtem Allgemeinbefinden“.

3.1.2.2 Anpassungsphase

Anschließend folgt eine Phase allmählicher Anpassung und Integration der neuen Information in das vorhandene Wissen. Als zeitlicher Rahmen wird die 12. bis 20. SSW angegeben. Sie wird bestimmt durch eine Vertrautheit mit der neuen körperlichen, psychischen und sozialen Situation. Frauen erleben zunehmend ein verstärktes Gefühl der Kontrolle, womit emotionales Wohlbefinden und eine höhere Selbstsicherheit verbunden sind (Gloger-Tippelt, 1998).

„Soziale Impulse wie die Mitteilung an Familienangehörige sowie am Arbeitsplatz bestärken die Frau und das Paar in ihrem neuen Lebensgefühl“ (Wimmer-Puchinger, 1992, S. 89).

Die körperlichen Schwangerschaftsbeschwerden, sowie Ängste nehmen in dieser Zeit meist ab und die Entscheidung über das Fortbestehen der Schwangerschaft ist bereits getroffen. Das Sichtbarmachen des Kindes bei der Ultraschalluntersuchung (mit der Wahrnehmung der Herztöne) erleichtert die Entwicklung von ersten Vorstellungen über das Kind (Gloger-Tippelt, 1988, Wimmer-Puchinger, 1992).

3.1.2.3 Konkretisierungsphase

In der Konkretisierungsphase (zwischen 20. und 32. SSW) fallen die zunehmend spürbaren Kindesbewegungen. Dem Kind werden nun als eigenständiges Wesen Gefühle und psychologische Merkmale wie Temperament und Persönlichkeit zugeschrieben (Wimmer-Puchinger, 1992).

Mit der Wahrnehmung des Kindes als eigenständiges Wesen, entwickelt sich auch eine zunehmende Integration der Mutterrolle in das Selbstbild (Gloger-Tippelt, 1988).

3.1.2.4 Phase der Antizipation und Vorbereitung

Beide Eltern bereiten sich in dieser Phase, die in die Zeit zwischen die 32. und 40. SSW fällt, auf verschiedenste Weise auf die Geburt vor. Viele besuchen Geburtsvorbereitungskurse, andere eignen sich über Bekannte und Bücher Wissen an. In den letzten Jahren trägt auch das Internet zum Erwerb von Wissen bei.

Das Kinderzimmer mit Bettchen oder die Babykleidung werden vorbereitet. Ängste und Verunsicherungen, sowie negative Symptome wie Reizbarkeit, Depressivität, Gefühle von Hilflosigkeit und Schutzbedürftigkeit, sowie allgemeiner Rückzug auf sich selbst nehmen in dieser Phase nach Gloger-Tippelt (1988) zu.

Sexuelle Bedürfnisse nehmen ab, die Bedürfnisse nach Zärtlichkeit und Schutz steigen. Die körperlichen Veränderungen werden von der Frau zunehmend als belastend und einschränkend erlebt, was schlussendlich die Trennung vom Kind erleichtert.

3.1.2.5 Geburtsphase

Das Geburtserleben von Frau und Mann ist dadurch bestimmt, dass die Geburtssituation sowohl eine biologische als auch eine soziale Situation darstellt. Das äußere Setting der durchschnittlichen Geburt wird sehr unterschiedlich beschrieben in Abhängigkeit davon, ob es sich um eine „normale“ Geburt im Kreißaal, eine Kaiserschnittgeburt, eine ambulante Geburt oder eine Hausgeburt handelt. In den letzten Jahren hat sich der Fokus von der Orientierung auf die Geburtsmechanik in Richtung Prävention und Überwachung des Geburtsverlaufes und auf die Verbesserung des psychologischen Erlebens der Geburt verändert. Dies hat Gloger-Tippelt bereits 1988 beschrieben und setzte sich in den letzten Jahren weiter fort. Die Geburtshilfe verfolgt nun folgende Ziele: die Sicherheit von Mutter und Kind zu optimieren, die Geburtsschmerzen zu reduzieren und psychosoziale Bedingungen der Geburt so zu gestalten, dass die Bildung einer positiven Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Beziehung gefördert wird und das Paar die Geburt positiv erlebt.

Kognitiv nimmt die Frau in der Geburtsphase körperliche Prozesse wahr, schätzt sie ab und versucht die Anweisungen der Hebamme, des Arztes und zum Teil des Partners in Übereinstimmung zu bringen. Mit Fortschreiten der Geburt muss die Gebärende neue Rückmeldungen verarbeiten und ihr Gebärverhalten danach orientieren. Die Tätigkeit wird dadurch erschwert, dass mit Fortschritt der Geburt

häufig Einschränkungen des Bewusstseins und der Wahrnehmung der Frau eintreten.

Die emotionale Befindlichkeit wird durch starkes Schmerzempfinden, starke existentielle Angst, Hilflosigkeit, Verlust an Selbstkontrolle und zum Teil Todesfurcht bei gleichzeitiger extremer körperlicher und psychischer Anstrengung gekennzeichnet.

Psychoanalytiker bezeichnen die Geburt als eine Situation der Ichschwächung und der Regression. In Geburtsvorbereitungskursen werden Frauen und ihre Partner auf einen solchen Zustand vorbereitet und mit Verhaltensweisen und konkreten Techniken und Einstellungen ausgestattet, die zu einer Bewältigung der Anforderungen in der Geburtssituation beitragen. Atemtechniken, Entspannungsmethoden, ebenso wie die Anwesenheit und psychische Unterstützung des Partners können als Versuche des Paares gesehen werden, Kontrolle zu gewinnen (Gloger-Tippelt, 1988).

Das Konstrukt der Qualität des Geburtserlebens wird von folgenden Faktoren bestimmt:

- Grad der Bewusstheit der Frau,
- Grad des Schmerzerlebens in der Eröffnungsphase,
- Beteiligung des Partners und
- Vorbereitungs niveau der Frau.

Die erste Begegnung mit dem Kind wird von Gloger-Tippelt (1988) als Höhepunkt der Geburt beschrieben. Nach Beobachtungen wurde eine typische Abfolge elterlicher Verhaltensweisen bei der Kontaktaufnahme gezeigt. Das Kind wird vorsichtig mit den Fingerspitzen berührt, die Eltern blicken in die Augen des Kindes, lächeln es an und sprechen mit ihm. Häufig fallen in den ersten Minuten Bemerkungen über das Geschlecht, das Aussehen oder Familienähnlichkeiten des Kindes (nach McFarlane, 1978, zit. in Gloger-Tippelt, 1988).

Ethologisch orientierte Bindungstheoretiker haben die erste Phase nach der Geburt als sensible Phase oder optimale Phase für die Beziehung beschrieben (Klaus & Kennel, 1976, Myers, 1984, Gloger-Tippelt, 1988).

Dies konnte in nachfolgenden Studien nicht belegt werden. Sowohl früher als auch später längerer bzw. zusätzlicher Kontakt wirkt sich auf die Bindungsqualität aus (Grossmann, Thane, & Grossman, 1981, zit. in Gloger-Tippelt, 1988). Elternwerden wird als Entwicklungsprozess beschrieben. Bei der ersten Begegnung werden auch

Gefühle der Fremdheit, Distanziertheit und Unvertrautheit gegenüber dem Baby angegeben (Goldberg, 1983, McFarlane, 1978, Gloger-Tippelt, 1988). Als Begründung liefern die Autoren, dass der Aufbau der Bindung beim Menschen nicht im Sinne einer Prägung während einer „sensiblen Phase“ verläuft. Kognitive und emotionale Umstellungen sind erforderlich.

3.1.2.6 Phase der Überwältigung und Erschöpfung

Nach der Geburt des Kindes beginnt für die Frau und für den Vater eine neue Folge von Schritten der emotionalen und kognitiven Verarbeitung. Diese Phase wird als Phase der Überwältigung und Erschöpfung bezeichnet (4. bis 8. Woche nach der Geburt).

Die psychische Verfassung der Frau im Wochenbett ist durch starke körperliche und emotionale Veränderungen gekennzeichnet. Die Anwesenheit des Kindes und die Einstellung auf die Bedürfnisse des Neugeborenen schaffen für beide eine neue Situation, die als physisch und psychisch überwältigend bezeichnet wird. Der erste Beginn der Elternschaft wird für die Partner als ein absoluter Bruch mit dem vorher etablierten Alltagsleben angesehen (Gloger-Tippelt, 1988).

Die physiologische Erschöpfung von der Geburt, die hormonelle Umstellung nach Ausstoßen der Plazenta (schnelles Abfallen des Östrogen- und Progesteronspiegels sowie der Hormone Choriongonadotropin und humanes Plazentalaktogen) finden statt (Martius, 1985). Ferner erfordert die Rückbildung des Uterus und die Veränderung der Brust im Hinblick auf das Stillen eine hohe körperliche und psychische Beanspruchung, die häufig nicht ohne emotionale Verunsicherungen abläuft (Gloger-Tippelt, 1988).

In der aktuellen Literatur wird der Begriff „baby blues“ verwendet um eine kurze Anpassungsstörung (Befindlichkeitsstörung) aufgrund der vielfältigen Veränderungen nach der Geburt zu beschreiben. Siehe dazu auch Kapitel Depression (5.2.1).

Völlig neue Anforderungen ergeben sich auch für die Paarbeziehung der Eltern, die nun das neugeborene Kind in ihre Partnerschaft integrieren müssen. Wie das Paar die neue Situation verarbeitet, hängt nach Gloger-Tippelt (1988) von verschiedenen Faktoren ab:

- vom allgemeinen Gesundheitszustand der Frau
- von der Zufriedenheit mit der Partnerschaft

- vom Vorbereitungsgrad
- von der sozialen Unterstützung durch den Partner und Familienangehörigen
- von der Art der Geschlechtsrollenaufteilung und Arbeitsteilung

Familienangehörige, Freunde und Mitglieder der Nachbarschaft und Gemeinde weisen mit Geschenken für Mutter und Kind darauf hin, dass die neuen Eltern zusammen mit dem Neugeborenen mit neuem Status in die soziale Gemeinschaft integriert werden.

3.1.2.7 Phase der Herausforderung und Umstellung

Der Zeitraum für diese Phase wird von ca. zwei bis sechs Monate nach der Geburt angegeben. Nachdem beide Eltern anfänglich durch die Verarbeitung des Geburtserlebnisses und die neue Situation mit dem Kind überwältigt und beeindruckt waren, tritt mit zunehmender körperlicher und psychischer Erholung eine neue Phase ein. Das Baby stellt neue Anforderungen an die Eltern, die zur Entwicklung von regelmäßigen Pflege- und Versorgungsgewohnheiten führen. Zur zeitlichen Markierung dieses Abschnittes der frühen Elternschaft können einerseits Kriterien der fortschreitenden motorischen, kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes, andererseits die Arbeitsteilung und Erwerbstätigkeit beider Partner herangezogen werden. In dieser Zeit treten erste Vorläufer einer spezifischen Bindung des Kindes an die Bezugsperson auf:

Unterscheiden und Bevorzugen von bekannten gegenüber unbekanntem Personen, soziales Lächeln, Ausstrecken der Arme zur Begrüßung vertrauter Personen und emotionale Reaktionen auf Trennung (Bowlby, 1975, Gloger-Tippelt, 1988).

Meist findet eine verstärkte Rollendifferenzierung in der Partnerschaft in Richtung auf eine traditionellere Arbeitsteilung statt. Die Auswirkungen dieser Rollendifferenzierung auf die eheliche bzw. partnerschaftliche Beziehung und Zufriedenheit werden beiden Partnern bewusst und als Herausforderung für eine Änderung im Selbstbild und der Partnerschaft erlebt.

Wie die neuen Eltern die Qualität ihrer ersten Erfahrung mit konkreten mütterlichen und väterlichen Tätigkeiten beurteilen, hängt eng mit der Wahrnehmung und Bewertung der Partnerbeziehung zusammen. Die Veränderung der Beziehung ist im ersten halben Jahr nach der ersten Geburt größer als im zweiten Halbjahr (Gloger-Tippelt, 1988).

Schreiben die Eltern ihrem Kind ein schwieriges Temperament mit exzessivem Schreien, unregelmäßigen Rhythmen oder Verdauungsschwierigkeiten zu, dann verstärken sich Unzufriedenheit und Unsicherheit in der mütterlichen Rolle. Ein sozial responsives, häufig lächelndes, gut gelauntes Kind belohnt und verstärkt mütterliche Zuwendung und geht mit hoher Zufriedenheit der Elternschaft einher.

Prädiktoren für günstige Anpassung der Frau an die Mutterrolle zwei Monate nach der Geburt sind nach Gloger-Tippelt (1988).

- hohes Wohlfühl
- niedrige Angst und Depressivität
- gute allgemeine Lebensanpassung in der Schwangerschaft
- gute Partnerbeziehungen
- geringes Angstniveau des Partners

3.1.2.8 Phase der Gewöhnung

Ungefähr ab dem 6. Lebensmonat des Kindes bis 12 Monate nach der Geburt kann ein neuer kognitiv-emotionaler Zustand der Eltern angenommen werden. Die erhöhte psychische Beanspruchung durch die häusliche Situation in den ersten Monaten nach der Geburt weicht nun einer Umstellung der Partnerschaft und dem Erproben zunächst ungewohnter elterlicher Verhaltensweisen. Gegenüber dem Kind stellt sich in dieser Zeit eine erste Routine und Regelmäßigkeit bei der Ausübung der Elternschaft ein (Gloger-Tippelt, 85, 88).

3.2 Physiologie der Schwangerschaft und Geburt

3.2.1 Physiologie der Schwangerschaft

Der mütterliche Organismus stellt sich nach Eintreten der Schwangerschaft auf die erhöhten Ansprüche ein, die das Wachstum und die Ernährung des Kindes vor, während und nach der Geburt einschließlich des Geburtsvorganges erfordern. Die organischen und psychischen Anpassungsvorgänge werden von den Hormonen der fetoplazentaren Einheit ausgelöst (Dudenhausen & Pschyrembel, 2001). Die umfassenden adaptiven Veränderungen des weiblichen Organismus werden als eine erhebliche physiologische Mehrbelastung bezeichnet (Viehweg, 2004). Der mütterliche Organismus verändert sich nicht nur im Bereich der Genitalorgane und ihrer unmittelbaren Umgebung, sondern auch an sämtlichen anderen Organsystemen. Der Kreislauf, die Nieren- und Lungenfunktion, der Stoffwechsel und vor allem das hormonelle Gleichgewicht sind davon betroffen. Bikas, Ahner & Husslein (2004) weisen darauf hin, dass es besonders wichtig ist, die physiologischen, also sinnvollen, von den unphysiologischen, also pathologischen Anpassungsvorgängen abzugrenzen, um den Müttern eine adäquate Betreuung zu sichern.

3.2.2 Physiologie der Geburt

Per definitionem wird die Geburt als ein komplexer physiologischer Ablauf bezeichnet, der dazu dient, das Kind (Geburtsobjekt) aus dem Uterus auszutreiben (Pschyrembel, 1998). Das reife Kind ist etwa 49 bis 52 cm lang und wiegt etwa 3000 bis 3500g. Man unterscheidet große Teile (Kopf, Steiß, Rücken) und kleine Teile (Arme, Beine). Geburtsmechanisch am wichtigsten ist der Kopf. Er ist der größte und härteste Teil des Kindes und geht bei 100 Geburten 94 Mal voran (Dudenhausen & Pschyrembel, 2001). Die normale Geburtsdauer beträgt bei Erstgebärenden etwa zwölf, bei Mehrgebärenden etwa acht Stunden (Dudenhausen & Pschyrembel, 2001).

Tabelle 2: Durchschnittszeiten bei der Geburt in der Eröffnungs- und Austreibungsperiode nach Dudenhausen und Pschyrembel, 2001

	Eröffnungsperiode	Austreibungsperiode
Erstgebärende	9 Stunden	2-3 Stunden
Mehrggebärende	7 Stunden	½ - 1 Stunde

3.2.2.1 Der Geburtsverlauf

Der Geburtsverlauf erfolgt in drei Stadien, die einer zusätzlichen Teilung unterliegen (Chalubinski & Husslein, 2004, Dudenhausen & Pschyrembel, 2001):

3.2.2.1.1 Eröffnungsperiode

Die Eröffnungsperiode ist die Zeit vom Geburtsbeginn (Wehenbeginn) bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermundes. Der vorangehende Kindesteil (idealerweise der Schädel) tritt allmählich tiefer. Bei regelrechtem Verlauf springt die Fruchtblase in der zweiten Hälfte dieser Phase, wenn der Muttermund nahezu oder vollständig eröffnet ist.

3.2.2.1.2 Austreibungsphase

Die Austreibungsperiode erstreckt sich von der vollständigen Eröffnung des Muttermundes (ca. 10-12 cm) und endet mit der Geburt des Kindes. Während dieser Phase wird das Kind soweit in das mütterliche Becken befördert, dass der Kopf auf dem Beckenboden ankommt und dort durch seinen Druck bei der Frau während der Wehen den Drang zum aktiven Mitpressen auslöst. Die Wehenfrequenz steigert sich auf bis zu 2 – 3 Kontraktionen innerhalb von 10 Minuten.

3.2.2.1.3 Plazentaperiode

Diese Phase wird definiert als „Zeit von der Geburt des Kindes bis 2 Stunden nach Ausstoßung der Plazenta, die von ihrer Haftfläche abgelöst wurde“ (Pschyrembel & Dudenhausen, 2001, S.179). Die Ablösung bis zur Ausstoßung dauert 10 – 20 Minuten. Wegen Gefahr einer verstärkten Blutung wird die Frau in dieser Zeit überwacht.

3.3 Rahmenbedingungen der Geburtshilfe

3.3.1 WHO-Empfehlungen

Die Weltgesundheitsorganisation hielt im April 1985 eine Konferenz zum Thema Geburtshilfe ab, an der sich u.a. Hebammen, Gynäkologen, Psychologen und Soziologen beteiligten. Aus diesem Zusammentreffen gingen Empfehlungen hervor. Neben der medizinischen Versorgung sollten soziale Bedingungen sowie emotionale und psychologische Faktoren viel stärker beachtet werden. Die zehn „principles of perinatal care“ sind in Tabelle 3 angeführt (Chalmers, Mangiaterra & Porters, 2001).

Tabelle 3: Principles of perinatal care nach der WHO, 1985, in Birth 2001

1. **Care for normal pregnancy and birth should be de medicalized**, meaning that essential care should be provided with the minimum set of interventions necessary and that less rather than more technology be applied whenever possible.
2. **Care should be based on the use of appropriate technology**, which is defined as a complex of actions that includes methods, procedures, techniques, equipment, and other tools, all applied to solve a specific problem. This principle is directed toward reducing the overuse of technology or the application of sophisticated or complex technology when simpler procedures may suffice or indeed be superior.
3. **Care should be evidence-based**, meaning supported by the best available research, and by randomized controlled trials where possible and appropriate.
4. **Care should be regionalized** and based on an efficient system of referral from primary care centres' to tertiary levels of care.
5. **Care should be multidisciplinary**, involving contributions from health professionals such as midwives, obstetricians, neonatologists, nurses, childbirth and parenthood educators, and social scientists.
6. **Care should be holistic**, and should be concerned with intellectual, emotional social, and cultural needs of women, their babies and families and not only with their biological care.
7. **Care should be family-centred** and should be directed toward meeting the needs of not only the woman and her newborn but also of her partner and significant family or friends.
8. **Care should be culturally appropriate** and should consider and allow for cultural variations in meeting these expectations.
9. **Care should involve women in decision making.**
10. **Care should respect the privacy, dignity and confidentiality of women.**

3.3.2 Epidemiologische Studie zu Schwangerschaft und Geburt

In einem Forschungsprojekt haben Schwarz und Schücking (2004) mehr als eine Million Geburten in Deutschland analysiert. Geburten, die in den Jahren 1984 bis 1999 in niedersächsischen Kliniken gemeldet waren, wurden in die Studie eingeschlossen. Der Großteil davon fand in Krankenhäusern statt (98,7 %). 1,3 % der werdenden Mütter entschieden sich für einen außerklinischen Geburtsort.

Die Autoren sehen es sehr kritisch, dass die heutige „normale“ Geburtshilfe zumeist mit hohem Technikeinsatz verbunden ist. Sie geben an, dass medizinische Eingriffe, die ursprünglich für Notfälle und pathologische Zustände entwickelt wurden, mittlerweile auch bei „normalen“ Verläufen angewendet würden. Nur mehr 6,7 % der Frauen haben im Untersuchungszeitraum 1984 bis 1999 ohne medizinische Eingriffe ihre Kinder zur Welt gebracht.

In einer Befragung an 486 Wöchnerinnen, die zu ihrem Geburtserlebnis befragt wurden, waren jene Frauen signifikant zufriedener, bei denen keine medizinische Intervention erfolgen musste. Als medizinische Interventionen wurden in dieser Studie auch Schmerzmittel und die Epiduralanästhesie erfasst (Ahner et al. 1999).

Chalubinski & Husslein (2004) geben an, dass eine Häufigkeitsberechnung der „normalen Geburt“ aufgrund der Dehnbarkeit der Definition und somit unterschiedlichen Auslesekriterien nicht möglich sei. Starke Verteilungsschwankungen seien zwischen den Kliniken zu beobachten als Folge einer risikoorientierten Selektion und Betreuung in Abteilungen mit unterschiedlichem Behandlungspotential.

3.3.3 Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft

Neben der allgemeinen geburtshilflichen Anamnese wird bei der ersten Untersuchung zur Diagnose einer Schwangerschaft das Gestationsalter, der voraussichtliche Geburtstermin, Dauer und Stärke der vorletzten Periode und der bisherige Menstruationszyklus erhoben. Die spezielle geburtshilfliche Anamnese umfasst vorausgegangene Schwangerschaften, gynäkologische allgemeine Erkrankungen und Operationen, die Familien- und Sozialanamnese, sowie Erkrankungen seit der rechnerisch vermuteten Konzeption.

Nach der Naegele-Regel (Dudenhausen & Pschyrembel, 2001) lässt sich der errechnete Termin für den Entbindungszeitpunkt festlegen:

1. Tag der letzten Regel minus 3 Monate plus 7 Tage plus 1 Jahr bei 28-tägigem Zyklus.

Im Laufe einer normalen Schwangerschaft sind in Österreich nach der Mutter-Kind-Pass-Verordnung fünf Vorsorgeuntersuchungen vorgesehen. In Deutschland ist die Anzahl mit zehn bis zwölf Vorsorgeuntersuchungen vergleichsweise deutlich höher (Viehweg, 2004).

Zusätzlich sind in Österreich und in der Schweiz pro Schwangerschaft zwei Ultraschall-Untersuchungen vorgesehen. In Deutschland sind es drei und zusätzliche angezeigt, wenn pathologische Befunde überwacht werden sollen (Viehweg, 2004).

Kardiotokographische Untersuchungen mittels Kardiotokogramm (CTG), das Herzton-Wehen-Aufzeichnungen erfasst, sind grundsätzlich nur nach entsprechender Indikation vorgesehen. In niedersächsischen Kliniken fanden diese routinemäßig (95,8 %) bei über einer Million Schwangeren im Rahmen der Schwangeren-Vorsorge statt (Schücking & Schwarz, 2004).

Im LKH Graz wurde in den letzten Jahren eine routinemäßige tägliche CTG-Kontrolle von allen stationären Patientinnen ab der 24. SSW eingeführt. Bei besonderer Problematik (Mehrlingsschwangerschaften etc.) erhöht sich die Anzahl.

3.3.4 Interventionen bei der Geburt

Schwarz und Schücking (2004) liefern Daten zum Einsatz von verschiedenen geburtshilffichen Interventionen von über eine Million Geburten aus niedersächsischen Kliniken. Die genauen Ergebnisse aus dem Jahr 1999 sahen wie folgt aus:

- Ein CTG wurde in 98,8% eingesetzt – zumeist als Dauer-CTG, obwohl der Vorteil seines routinemäßigen Gebrauches nach Angabe der Autoren nicht erwiesen wurde.
- Der spontane Wehenbeginn wurde nicht immer abgewartet: bei 23,4% wurde der Geburtsbeginn einer geburtseinleitenden Maßnahme beschleunigt, durch ein „Priming“ mit Hilfe von Prostaglandinen oder durch eine Einleitung der Geburt.
- Die Geburt wurde medikamentös beschleunigt: ca. 40 % aller Frauen, die keinen geplanten Kaiserschnitt hatten, erhielten einen „Wehentropf“.
- Eine Periduralanästhesie (PDA) wurde in 19,2 % eingesetzt.

- Bei 52,1 % aller vaginalen Geburten wurde ein Dammschnitt (Episiotomie) durchgeführt.
- Jede 5. Schwangere bekam ihr Kind per Kaiserschnitt, davon 10,4 % mit einem primären, d.h. geplanten Kaiserschnitt, für 10,2 % der Schwangeren endete die bereits begonnene Geburt in einem (sekundären) Kaiserschnitt.
- Der Anstieg über die Jahre war bei all diesen Interventionsraten in beiden Gruppen deutlich, wobei die Interventionsraten in der Normal-Gruppe erwartungsgemäß geringer ausfielen als in der Risikogruppe (mit Ausnahme der Wehenmittel, die in der Normal-Gruppe sogar häufiger verabreicht wurden als in der Risikogruppe).

Schwarz & Schücking (2004) stehen dem routinemäßigen Einsatz von Technik und Medikamenten, auch wenn die Geburt normal verläuft, sehr kritisch gegenüber. CTG, geburtseinleitende Maßnahmen, Wehenmittel, Periduralanästhesie, Dammschnitt und Kaiserschnitt werden ihrer Meinung nach zu häufig eingesetzt.

Gründe für steigende Interventionsraten bei der Geburt nach Schwarz und Schücking (2004):

1. Bereits stattgefundenene Interventionen erhöhen die Chance für künftige Interventionen (auch als Interventionskaskade bezeichnet), im Besonderen Einleitungen und Kaiserschnitte.

- Wird der natürliche Geburtsbeginn nicht abgewartet, führt dies vermehrt zu weiteren Eingriffen. Frauen, deren Geburtsbeginn beschleunigt wurde, haben im Vergleich zu Frauen mit spontanem Wehenbeginn häufiger weitere Interventionen: fast doppelt so häufig einen verzögerten Geburtsverlauf bei einem Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode und ebenfalls fast doppelt so häufig eine verstärkte Nachblutung (mehr als 1000ml), die wiederum zu Interventionen führt.

Schwarz und Schücking (2004) verweisen auf andere Autoren, die in ihren Untersuchungen bestätigen, dass nach Einleitung doppelt so viele Geburten in einer sekundären Sectio enden (Yeast et al, 1999, Dublin et al 2000, Coonrod 2000, Maslow 2000, Menticoglou/Ha 2002). Dies galt nicht nur für Einleitungen aufgrund medizinischer Indikation, sondern auch für Einleitungen auf Wunsch der Frau (Seyb et al 1999, zit. in Schwarz & Schückling, 2004).

2. Nicht-medizinische Gründe für steigende Interventionsraten nach Schwarz & Schücking (2004):

- Angst vor juristischen Konsequenzen (in Anbetracht der gängigen Rechtsprechung durch Ausschöpfung der maximalen medizinischen Möglichkeiten)
- mangelnde Erfahrung des bei Geburten anwesenden Personals (aufgrund der herrschenden Arbeits- und Ausbildungssituation sind im Kreißaal zumeist ÄrztInnen, die sich in der Facharztausbildung befinden. Hinzu kommen häufig eine Dienst habende Hebamme mit wenig Berufserfahrung und hoher Fluktuation, insbesondere in großen Kliniken)
- Konflikt zwischen Anbietern und Finanzierern in Deutschland (durch das Abrechnungssystem werden Interventionen gefördert: Kaiserschnitte werden finanziell belohnt, während invasionsarme ebenso wie ambulante Geburten ökonomisch völlig unattraktiv sind).
- Wissenschaftliche Ergebnisse hätten zu wenig Einfluss auf die klinische Praxis (weil die Kliniker die empirischen Daten nicht zur Kenntnis nehmen bzw. nicht bereit sind, ihre gewohnte Praxis zu ändern).

3. Strukturelle Faktoren des Gesundheitssystems als Gründe für steigende Interventionsraten nach Wagner (2001, zit. in Schwarz & Schücking 2004), insbesondere die Zuständigkeit von Ärztinnen und Hebammen.

- In Gesundheitssystemen, in denen die Schwangerenbetreuung unter dem entscheidenden Einfluss von ÄrztInnen stehen und Hebammen eine marginale Position einnehmen oder ganz fehlen (wie z.B in den USA und den Großstädten Brasiliens) sind insgesamt hohe Interventionsraten und besonders hohe Kaiserschnitttraten zu finden.
- In Gesundheitssystemen, in denen die Grundversorgung normaler, gesunder Frauen während der Schwangerschaft und Geburt in den Händen von Hebammen liegt (wie in den Niederlanden, Neuseeland und Skandinavien) gibt es weit weniger Risiko-Schwangerschaften und –Geburten. Die Interventionsraten sind niedrig bei gleichzeitig guter Gesundheit des Kindes.

Die fortschreitende Technologisierung in der Schwangerschaft und bei der Geburt, bietet Chancen und Möglichkeiten, schafft aber gleichzeitig auch Entscheidungsdruck für Frauen und wirft insgesamt eine Fülle von sowohl medizinischen als auch Fragen zu deren psychosozialen und psychosomatischen Konsequenzen auf. (Wimmer-Puchinger, 2005).

Langer (2002) sieht gesellschaftliche Veränderungen als Grund dafür, dass die Geburt genauer geplant wird. Ein Kind ist zu einem seltenen Lebensereignis (ca. 1,3 Kind/Frau in Österreich) geworden. Die mit der Geburt verbundenen Schmerzen werden nicht mehr einfach hingenommen, was sich unter anderem in einer steigenden Rate an Peridural-Anästhesie (PDA) äußert. In Frankreich liegt die Häufigkeit bereits bei 75%.

3.3.5 Geburtsmodus

In allen Industrienationen steigt die Kaiserschnitttrate. In den 90iger Jahren lag sie bei 10 %. Derzeit liegt sie weltweit bei ca. 25 %. In Österreich entspricht die Kaiserschnitttrate etwa diesem Trend. Sie ist in den letzten zehn Jahren von 12,4 % auf 22,1 % gestiegen (Statistik Austria, 2004, Wimmer-Puchinger, 2005).

In der Grazer Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe wurden nach dem Jahresbericht 2004 26 % Sectiones durchgeführt.

3.3.5.1 Gründe für eine vaginale Geburt bzw. für eine Sectio

Es gibt mehrere medizinische Gründe für eine Sectioindikation, beispielsweise bei Beckenendlage (Hofmeyr & Hannah, 2001), bei Mehrlingsgeburten und nach traumatisierenden Geburtserlebnissen.

Das kumulative Risiko der Spontangeburt sei für Mutter und Kind inakzeptabel hoch (1:500 für Tod oder schwere Behinderung), daher stellt die rein elektive Sectio Caesarea (das heißt nach unkomplizierter Einlings-Schwangerschaft kurz vor dem Geburtstermin) eine echte Therapiealternative dar (Langer, 2002, Paterson-Brown & Fisk, 1997). Langer (2002) weist weiters auf die mütterliche Morbidität nach Spontangeburt (Beckenboden) und die völlig fehlende kindliche und mütterliche Mortalität bei elektiver Sectio Caesarea hin. Er beschreibt eine elektive Sectio Caesarea als gute Alternative zur Spontangeburt. Psychischen Störungen bei Frauen nach komplizierten Geburtsverläufen seien verbreitet, oft könne man ihr den Stellenwert einer Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) zuerkennen (Langer,

2002). Bekannt wurden auch Umfragen an Gynäkologinnen, die zu 31 % für sich selbst eine elektive Sectio Caesarea wählen würden (Al Mufti, 1996).

Frauen, die bereits eine vaginale Geburt hatten, wählen mit größerer Wahrscheinlichkeit bei der folgenden Geburt wieder eine. Die schnelle Genesungsmöglichkeit und die dadurch schnellere Möglichkeit die bereits vorhandenen Kinder betreuen zu können wurden in diesem Review in sechs von sieben Studien als Grund für eine vaginale Geburt angegeben (Eden, 2004).

Im oben erwähnten Review wurden ethnische Unterschiede berichtet. „Non-white woman were more likely to identify their provider as an important influence (39 % vs. 19 %), and perceived labour as something to be avoided if another option resulted in a healthy baby compared with white women, who perceived labour as a challenge and an experience not to be missed“ (Eden 2004, S. 49).

In einer türkischen Studie (Tatar, Günalp, Somunoglu & Demiroglu, 2000) wurde die Wahrnehmung der Frauen bezüglich Kaiserschnittgeburten (N=89) und vaginale Geburten (N=82) verglichen. Insgesamt wurden 1998 in diesem Krankenhaus 48,9 % Sectiones durchgeführt.

Die Mütter waren damit sehr unzufrieden. Nur 19,7 % würden jedoch denselben Geburtsmodus wieder wählen, während Mütter mit Vaginalgeburten dies in 68,1 % der Fälle wieder tun würden.

Gründe für eine Sectio waren:

33,7 %	wiederholte Schwangerschaften (immer wenn bereits eine Sectio vorlag)
10,1 %	geplante Schwangerschaften
15,7 %	fetaler Distress
11,2 %	gesundheitliche Probleme des Babys
14,6 %	Gesundheitsprobleme der Mutter
9 %	Wehenschwäche

3.3.5.2 Psychische Belastungen und der Geburtsmodus

Die Studienergebnisse zu Befindlichkeit und dem Geburtsmodus sind sehr widersprüchlich. Dalton (1984) gab an, dass Kaiserschnittgeburten depressionsauslösend sind, da die Frau um das Geburtserlebnis gebracht wird.

Bei Kaiserschnittgeburten werde der Frau die aktive Rolle beim Gebären genommen (Gloger-Tippelt, 1988). Beide Partner sind in ihren Beeinflussungsmöglichkeiten

eingeschränkt, insbesondere bei erwartungswidrigen Notfallkaiserschnitten (Sekundäre Sectio), die sich in ihrer psychischen Verarbeitung stark von geplanten Kaiserschnitten unterscheiden (Trowell, 1982, Gloger-Tippelt, 1988). Durch einen unerwarteten Geburtsverlauf wie Kaiserschnitt oder Frühgeburt können Gefühle des – zumindest körperlichen – Versagens entstehen, die bei Kaiserschnittgeburten jedoch durch positive Gefühle zu dem gesunden Kind ausgeglichen werden können. Die kognitiv-emotionale Umstellung und die körperliche Beanspruchung werden bei Kaiserschnittgeburten für die Frau in der Regel als größer als bei Spontangeburt beschrieben (Gloger-Tippelt, 1988). Weiters wurden ungünstige Auswirkungen auf die emotionale Befindlichkeit der Frau gefunden, jedoch keine langfristigen Wirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung (Trowell, 1982, Gloger-Tippelt, 1988).

Die Sectio wird als gute Chance für den Vater bewertet. Dieser bekommt die Gelegenheit zu einem frühen und intensiven Erstkontakt mit dem Kind, was sich günstig auf die Beziehung auswirkt. Auch für Frühgeborene wird eine erhöhte Vaterbeteiligung berichtet (Trowell, 1982, Goldberg, 1983, Parke & Tinsley zit. in Gloger-Tippelt, 1988).

Waldenstrom et al (2004) zeigte, dass die Unzufriedenheit mit der Schwierigkeit der Geburt zunahm (wie schmerzhaft Geburt und Kaiserschnitt). Murphy et al (2005) stellten fest, dass der Geburtsmodus bei der Entwicklung einer postpartalen Depression keine Rolle spielt.

3.4 Risikoschwangerschaften

Schwangerschaft ist keine Krankheit. Dennoch bedeuten die umfassenden adaptiven Veränderungen des weiblichen Organismus eine erhebliche physiologische Mehrbelastung (Viehweg, 2004). Dudenhausen und Pschyrembel (2001, S. 33) definieren eine Risikoschwangerschaft als eine „Schwangerschaft, bei der eine Gefährdung von Mutter oder Feten durch einen oder mehrere Risikofaktoren besteht“.

Die deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin hat 14 Risikofaktoren aufgelistet:

1. Schwangerschaftsinduzierte Hypertonie (SIH). mit Blutdruck $> 140/90$ mm Hg und Proteinurie $\geq 0,5g$ % (siehe auch Kapitel 3.4.2 Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen)
2. Übertragung d.h. Terminüberschreitung ≥ 7 Tage
3. Morbus haemolyticus fetalis
4. Diabetes mellitus (vergleiche Kapitel 3.4.3 Diabetes)
5. Frühgeburt, einschließlich Zervixinsuffizienz
6. Anamnestische Faktoren, wie: Vorausgehende Fehl-, Früh- Totgeburten, Sectio, schwierige vaginale operative Entbindungen
7. Alter: Späte Erst- (ab 30 LJ) oder Mehrgebährende (ab 40 LJ), junge Erstgebährende (< 20 LJ)
8. Organerkrankungen: Herz, Kreislauf, Lungen, Leber, Nieren, Schilddrüse
9. Schwangerschaftsanämie
10. Lageanomalie (Querlage), Beckenendlage (BEL), Missverhältnis kindlicher Kopf zu mütterlichem Becken, Mehrlingsschwangerschaft, Beckenanomalie
11. Gewicht: Adipositas: ≥ 15 kg Übergewicht
12. Infektionskrankheiten
13. Missverhältnis von Uterusgröße und Schwangerschaftsdauer
14. Blutungen

Nach Dudenhausen und Pschyrembel (2001) liegt der Anteil an Risikoschwangerschaften in Mitteleuropa bei 30 %. Ein Risikofaktor stellt noch keine akute Gefährdung dar, jedoch ist er eine prospektive Gefahr, die die Aufmerksamkeit der Betreuer erfordert. Verbunden ist eine Risikoschwangerschaft mit kürzeren Abständen der Betreuungstermine und Zusatzuntersuchungen. Es ist jedoch nicht

sinnvoll Schwangere mit dem Etikett „Risiko“ in Angst und Schrecken zu versetzen. Daher ist von der Bezeichnung Risikoschwangerschaftsbetreuung abzuraten. Schücking & Schwarz (2004) schließen aus ihrer Studie, dass die Risikoschwangerschaft zur Regel und eine normale Schwangerschaft eine Ausnahme geworden ist. Sie haben „Risikoschwangerschaft“ nach den in Tabelle 4 dargestellten Kriterien definiert und kamen auf 75 % Risikoschwangerschaften.

Tabelle 4: Risikoschwangerschaftsdefinition nach Schücking & Schwarz (2004)

	Physiologische Gruppe und normale Geburt	Risikoschwangerschaft, pathologische Geburt
Schwangerschaftswoche	37 – 42 SSW	Frühgeburt (< 37) oder Übertragung (> 42)
Alter	18 – 39 Jahre	Mutter unter 18 oder über 39 Jahre
Zahl der Kinder	Einlingsschwangerschaft	Mehrlingsschwangerschaft (Zwillinge, Drillinge)
Lage des/r Kindes/r	regelrechte Schädellage	regelwidrige Kindslage
Geburtsgewicht	2500 – 3999 g	< 2500 g oder > 4000 g
Plazentasitz	Plazentasitz normal	Plazenta praevia
vorangegangene Sectiones	kein vorangegangener Kaiserschnitt oder andere Uterus-Operation	vorangegangener Kaiserschnitt oder andere Uterus-Operation
Gestose ja/nein	keine Gestose	Gestose

Im Rahmen dieser Dissertation soll auf drei Gruppierungen besonders eingegangen werden, die in der Grazer Frauenklinik häufig stationär behandelt werden.

1. Frühgeburt- und Frühgeburtsbestrebungen, Vorzeitiger Blasensprung einschließlich Zervixinsuffizienz, Plazenta praevia
2. Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: SIH, Proteinurie, Präeklampsie, HELLP-Syndrom
3. Diabetes mellitus (White AB)

3.4.1 Frühgeburtlichkeit

3.4.1.1 Begriffsbestimmungen

Als Frühgeburt bezeichnet man nach Dudenhausen und Pschyrembel (2001) eine Geburt vor vollendeter 37. SSW post menstruationem.

Sie geben im deutschsprachigen Raum eine Häufigkeit von 6-8 % an. 1 % haben ein Geburtsgewicht von unter 1500 g, davon ein Drittel zwischen 500 g und 900 g. Frühgeburten sind folgendermaßen unterscheidbar (Spätling & Schneider, 2004):

1. Als partus praematurus wird eine Geburt zwischen 28+0 bis 36+6 SSW bezeichnet.
2. Als partus immaturus (sehr geringes Geburtsgewicht, sehr kleine Frühgeburt) wird eine Geburt zwischen 22+0 bis 27+6 SSW, Gewicht < 1000 g bezeichnet.

3.4.1.2 Ursachen

Bei zwei Dritteln der Frühgeburten geht ein früher vorzeitiger Blasensprung voraus oder eine mütterliche oder fetale Pathologie erfordert eine frühzeitige Schwangerschaftsbeendigung (Spätling & Schneider, 2004).

Spätling & Schneider (2004) sehen die Frühgeburt als gemeinsamen Endpunkt sehr verschiedener Pathologien (dargestellt in Abb. 1).

Die häufigsten Ursachen sind:

- Infektionen
- Störungen der Plazentation
- primäre Pathologie des Fetus sowie
- Pathologie des Uterus

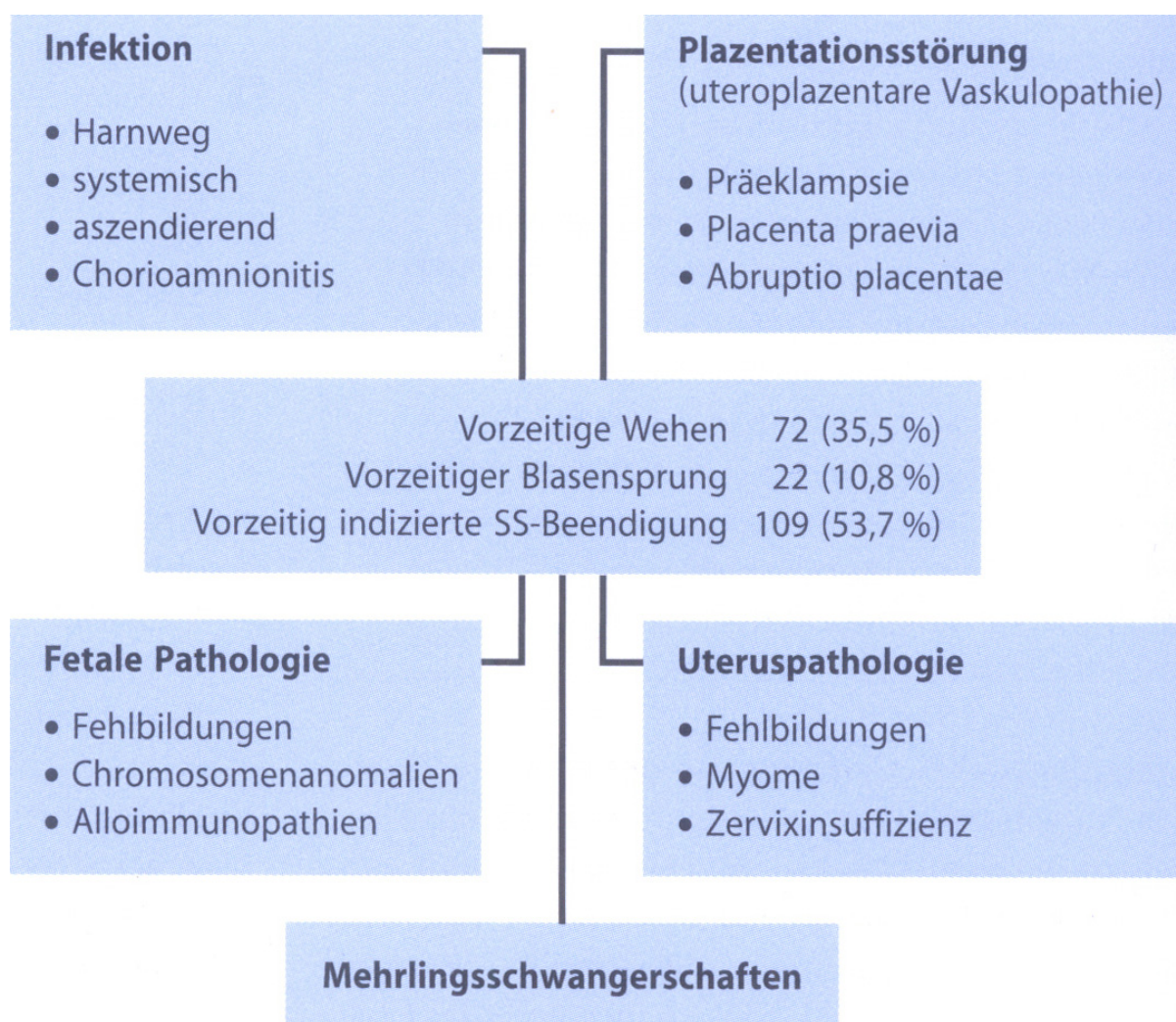
Die größte Bedeutung als Entstehungsursache für Frühgeburt haben Infektionen und eine Pathologie der Plazentation. Jede der Ursachen kann zu vorzeitigem Wehen oder zu einem frühen vorzeitigem Blasensprung führen oder Grundlage für die indizierte vorzeitige Schwangerschaftsbeendigung sein. Als Ursache für eine Fehlgeburt kann beispielsweise eine Zervixinsuffizienz für eine Uteruspathologie vorliegen. Darunter versteht man allgemein eine schmerzfreie Erweichung und Verkürzung der Zervix (Gebärmutterhals) mit Eröffnung und Zentrierung des Zervikalkanals, die ohne Wehentätigkeit und von der Mutter unbemerkt zum Spätabort bzw. zu Frühgeburt führen kann. Spätling und Schneider (2004) führen jedoch nur einen kleinen Prozentsatz der Frühgeburten darauf zurück.

In 1 – 4 % der Fälle kommen Uterusfehlbildungen vor (Schneider et al 1994).

Einen zunehmenden Anteil der Frühgeburten resultieren aus Mehrlingsschwangerschaften, die neben natürlicher Entstehung auch häufig Folge der Reproduktionsmedizin sind (Spätling & Schneider, 2004).

Auch chronischer Stress wird als mögliche Ursache für vorzeitige Wehen über eine erhöhte CRH-Ausschüttung angegeben (Spätling & Schneider, 2004).

Abbildung 1: Pathogenese der Frühgeburt (aus Schneider et al 1994, Spätling & Schneider, 2004)



Für eine Frühgeburt werden multifaktorielle Ursachen angenommen, wie in Tabelle 5 ersichtlich ist. Im Einzelfall sind sie meist nicht feststellbar. Weiters können sozioökonomische Risiken und anamnestische Belastungen als Ursachen für eine Frühgeburt in Frage kommen (Dudenhausen & Psychrembel, 2001).

Tabelle 5: Ursachen für Frühgeburt nach Dudenhausen & Pschyrembel (2001)

Sozioökonomisches Risiko	Anamnestische Belastung	Schwangerschafts-Komplikationen
niedrige soziale Schicht	vorausgehende Frühgeburten	uterine Blutung
mütterliches Alter (<18 bzw. > 35)	vorausgegangene Totgeburten	Mehrlinge
Multiparität alleinstehend	mehr als 2 Fehlgeburten (spontan od. artefiziell)	Placenta praevia
Raucherin		SIH
		Harnwegsinfektion
		vaginale Infektion

Ferner wird in der Forschung Depression als Risikofaktor für Frühgeburt angeführt: “Depressed mood during pregnancy, however, has also been linked to numerous adverse outcomes“(Da Costa, Larouche, Dritsa & Brender, 2000, S. 32). Neben dem erhöhtem Risiko, dass Depression in der Schwangerschaft zu postpartaler Depression führt, gibt es einen Zusammenhang zwischen Depression in der Schwangerschaft und Frühgeburt, geringeres Geburtsgewicht und einem geringeren Gesundheitsverhalten wie Rauchen und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft“ (Zuckermann, Amorao, Bauchner & Cabral, 1989; Steer, Scholl, Hedinger & Fischer, 1992).

3.4.1.3 Die Psychologie der Frühgeburt

Die klinische Praxis zeigt, dass Mütter, wenn Komplikationen auftreten, noch keine Geburtsvorbereitungskurse besucht haben, fast bis zum Geburtszeitpunkt gearbeitet und noch nicht in Mutterschutz sind. Die Wohnung ist meist noch nicht vorbereitet, die Geburtsklinik sowie der Name des Babys sind noch nicht ausgewählt. In vielen Fällen war die Schwangerschaft selbst auch belastet und geprägt von Ängsten beispielsweise aufgrund von vorhergehenden unglücklich verlaufenen Schwangerschaften oder aktuellen Komplikationen. Oft sind eine besondere

Schonung und auch stationäre Behandlungsmaßnahmen zum Hinausschieben einer verfrühten Geburt erforderlich. Gloger-Tippelt (1988) beschreibt dazu in Anlehnung an ihr Phasenmodell, dass das Eintreten einer unerwartet frühen Geburt sehr belastend für die Mütter ist, da die Zeit für eine ausreichende psychische Verarbeitung beim Übergang zur Elternschaft extrem verkürzt ist.

Psychologische Beratung und Behandlung ist eine wichtige Bewältigungshilfe für Mütter eines frühgeborenen Kindes. Frauen erleben in der ersten Zeit: „Gefühle des Versagens und Verlustes, weil sie nicht in der Lage waren, ihrem Kind die angemessene Zeit in ihrem Mutterleib zu geben, und werden konfrontiert mit den Bedingungen auf der Intensivstation, die zur Sicherung des Überlebens des Kindes notwendig sind, fühlen sich ohnmächtig und hilflos in dem Wunsch, Überleben und Wohlbefinden des Kindes selbst sicherzustellen, und sorgen sich, ob das Kind ein bleibendes Entwicklungshandicap davontragen wird“ (Sarimski, 2000, S 55).

Ohne innerlich auf die Beziehung zum Neugeborenen angemessen vorbereitet zu sein, sind Eltern mit einem extrem kleinen und zerbrechlichen Kind konfrontiert, das ihren unbewussten Vorstellungen und Fantasien ganz und gar nicht entspricht. Die Wechselhaftigkeit des Zustands des Kindes lässt viele Eltern diese Zeit als emotionale Achterbahn erleben. Sie fühlen sich hilflos, machtlos, kämpfen nicht selten mit Selbstvorwürfen, an der Frühgeburt des Kindes schuld zu sein, Niedergeschlagenheit und Insuffizienzgefühlen. Es handelt sich um intensive und rasche Wechsel zwischen Optimismus und Verzweiflung, Zuversicht und Verdrängung einer schlechten Prognose in Abhängigkeit vom Zustand des Kindes (Sarimski, 2000).

Diese emotionalen Schwankungen beschreibt Sarimski (2000) im Anbetracht verschiedener Herausforderungen als normal und zu erwarten in einer solchen Krisensituation (angeführt in Tabelle 6).

Tabelle 6: Emotionale Herausforderungen für „frühgeborene Eltern“

• Innere Anpassung an die „verfrühte Elternschaft“
• Sorge um Überleben und Zukunft
• Trauer um das erträumte gesunde Baby
• Verunsicherungen durch Trennung vom Kind
• Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht
• Schuldgefühle wegen evtl. Versäumnisse
• Deprimiertheit
• Wut und Vorwürfe
• Verleugnung der Bedrohung
• Überlastung durch vielfältige Anforderungen

3.4.1.3.1 Studien zu Frühgeburt

Sarimski (2000) hat einige Studien mit teilweise sehr kleinen Stichproben zusammengefasst, die diese Theorien bestätigen. Padden und Glenn (1977, zit. in Sarimski 2000) beispielsweise interviewten 36 Mütter frühgeborener Kinder etwa eine Woche nach der Geburt, wenn die Babys noch auf der Intensivstation waren, ihr Leben aber nicht mehr in Gefahr war. Die Hälfte der Frauen erlebte in der ersten Zeit nach der Geburt gemischte Gefühle aus Erleichterung, Freude und Angst, 10/36 äußerten sich erschrocken über den Anblick des Kindes, 28/36 fühlten sich zwischen Kind und zu Hause hin und her gerissen und lebten in Angst, zehn von ihnen fühlten sich von der Gesamtsituation (zu Hause und Besuche auf der Intensivstation) überfordert.

Stjernqvist (1992, zit. in Sarimski 2000) untersuchte die Auswirkungen der Geburt eines extrem unreifen Babys (Geburtsgewicht < 900 g) bei 20 schwedischen Familien. Die ersten Wochen beschrieben 15 Eltern als chaotisch und berichteten über Appetit- und Schlafstörungen sowie Stimmungsschwankungen zwischen Hoffnung und Verzweiflung. Krisenreaktionen wie Panik und Angst berichteten 17 Mütter und 13 Väter. Drei Familien zeigten leichte, vier Familien ausgeprägte Zeichen von Beziehungsstörungen in Zusammenhang mit der Geburt des Kindes.

Meyer, Garcia-Coll, Seifer, Ramos, Kilis & Oh (1995, zit. in Sarimski, 2000) analysierten die emotionale Belastung von 142 Müttern frühgeborener Kinder zwei Wochen nach Geburt des Babys mit Hilfe der Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (Miles 1991) und der Symptom Checklist 90-R (Deorogatis, 1992). Der erste Fragebogen bezieht sich auf Erfahrungen von Eltern auf der neonatologischen Intensivstation. Die SCL-90-R ist ein Fragebogen, der psychische

Belastungssymptome wie Depression, Angst, Somatisierung, zwanghaftes Verhalten, Empfindlichkeit, Feindseligkeit, phobische Ängstlichkeit u.ä. misst. Beide Skalen korrelieren signifikant miteinander. 28 % der befragten Mütter wiesen eine hohe allgemeine psychische Belastung auf (Depression, Irritabilität, Angst, Schlaf- und Essstörungen, körperliche Beschwerden). Hilflosigkeit und Zweifel an der eigenen Kompetenz und der Anblick des zerbrechlichen Babys bestimmten die subjektive Belastung. Besonders stark belastet fühlten sich sehr junge Mütter aus instabilen Familienverhältnissen und Mütter, deren Kinder extrem unreif oder beatmungspflichtig waren.

Diese Ergebnisse wurden mit dem gleichen Fragebogen drei bis sechs Wochen nach der Geburt von Thompson, Oehler, Catlett und Johndrow (1993, zit. in Sarimski, 2000) bestätigt. Von sehr unreif geborenen Kindern waren 33 % der Mütter sehr hoch belastet.

3.4.1.3.2 Reaktionen auf Frühgeburt

Je kleiner und bedrohter die Kinder sind, desto intensiver sind die emotionalen Reaktionen der Eltern. Ihr Wohlbefinden schwankt oft parallel zum kindlichen Zustand im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes (Sarimski, K. 2000).

Schock ist die erste Reaktion auf die Trennung vom Baby und seine Bedrohung. Eltern zeigen sich von den Gefühlen überwältigt, reagieren impulsiv und desorganisiert, haben Mühe, Informationen aufzunehmen, sich im Gespräch auf das Gegenüber einzustellen, wirken abwesend und nicht ansprechbar. „Das ist alles zu viel für mich“ sei den Frauen oft ins Gesicht geschrieben. Gefühle im Zusammenhang mit der Frühgeburt sind Angst, Schuldgefühle, Depression, Wut, Verleugnung und Abwehr.

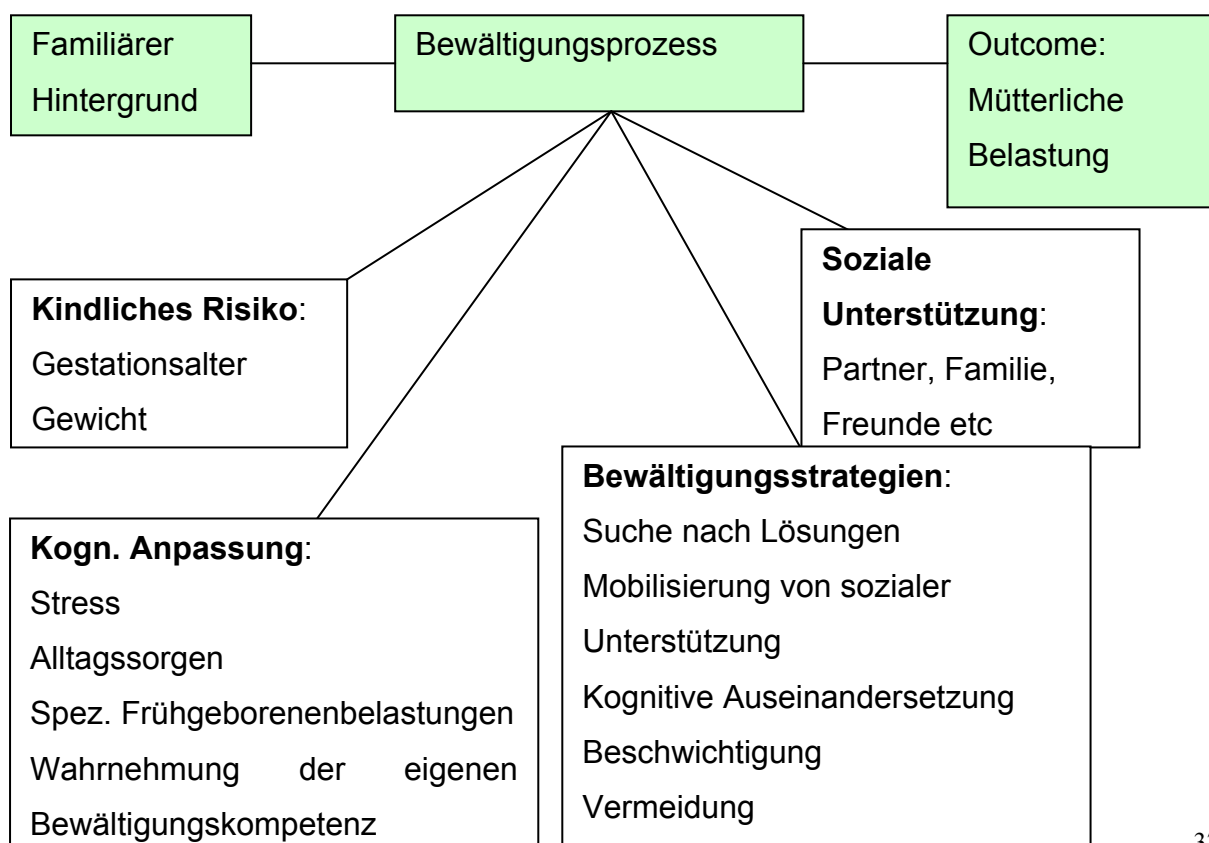
Unsicherheit der Mutter und Unreife des Kindes ergänzen sich als kritische Faktoren für den Beziehungsaufbau. Kleine und sehr unreife Babys sind weniger responsiv, können weniger eindeutig zeigen, was sie mögen und wann sie eine Stimulation zu überfordern droht, sie können ihre Aufmerksamkeit schlechter regulieren und geraten durch Lageveränderungen leichter aus dem Gleichgewicht. Viele Mütter zweifeln an ihrer Kompetenz, haben auch das Gefühl, dass die Säuglingsschwester die Bedürfnisse des Babys viel besser wahrnehmen könne, sorgen sich, dass das Kind zu ihr eine innigere Beziehung aufbauen könnte und zweifeln oft daran, dass ihr Kind sie an ihrer Stimme oder Berührung erkennen könne (Padden & Glenn, 1997, zit. in

Sarimski, 2000). Die Eltern sind unsicher in der Interaktion mit dem Kind. Sie sind oft zurückhaltend, besuchen das Baby seltener, streicheln es weniger und lächeln es seltener an. Diese Unsicherheit hält lange an und bleibt auch nach Entlassung bestehen.

3.4.1.3.3 Bewältigung

Die Sicherheit der Eltern wächst mit vermehrten Möglichkeiten, Körperkontakt zum Kind aufzunehmen (Känguruhen) und in die Pflegehandlungen einbezogen werden (Umziehen, Baden, Halten und Füttern). Die Möglichkeit, das Baby aus dem Inkubator auf den Arm zu bekommen, beschreiben die meisten Mütter als „wunderschönen“ und „fantastischen“ Augenblick. Das Gelingen des Bewältigungsprozesses für diese traumatische Situation hängt neben der fachlichen und sozialen Unterstützung von individuellen Bewältigungsressourcen der Eltern ab. Ihre Reaktionen sind sehr unterschiedlich und von ihren persönlichen Erfahrungen geprägt (nach Sarimski, 2000, Abb. 2).

Abbildung 2: Einflussfaktoren auf den Bewältigungsprozess der traumatisierenden Erfahrung der Frühgeburt



3.4.2 Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen

3.4.2.1 Klassifizierung hypertensiver Erkrankungen in Schwangerschaft und Wochenbett

Von Hypertonie in der Schwangerschaft (SIH) spricht man ab einem Blutdruck von systolisch > 140 mmHg und diastolisch > 90 mmHg. Es handelt sich um: „eine Gruppe von schwangerschaftsspezifischen Erkrankungen mit dem Kardinalsymptom arterielle Hypertension“ (Dudenhausen & Psychrembel, 2001, S.65).

Leeners, Rath, Kuse, Neises & Neumaier-Wagner (2006) schreiben über “Hypertensive disorders in pregnancy (HDP)”: “Despite of an intensive research during the last decades, the etiology of these disorders remains unclear, and even today, termination of pregnancy represents the only treatment eliminating the cause of the disease. Therefore, even in comparison with other obstetrical complications, HDP represent a particular challenge for the obstetrical teams and the future parents not only from the somatic but also from a psychomatic point of view”.

Die deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat 2007, eine Einteilung hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen unter Berücksichtigung der Empfehlungen der amerikanischen (NHBPEP) und der australischen (ASSHP) Fachgesellschaften sowie der Internationalen Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP) vorgenommen (Brown, 2000, 2001, ACOG, 2002; EL IV).

Gestationshypertonie

Definition: Nach der abgeschlossenen 20. SSW auftretende Blutdruckwerte $> 140/90$ mmHg ohne Proteinurie bei einer zuvor normotensiven Schwangeren, die 12 Wochen nach der Geburt normale Blutdruckwerte aufweist.

Präeklampsie (Syn. Gestose)

Definition: Gestationshypertonie und Proteinurie > 300 mg/24h, die nach der abgeschlossenen 20. SSW aufgetreten ist.

Die Diagnose Präeklampsie kann auch bei Fehlen einer Proteinurie gestellt werden, wenn alternativ

- eine fetale Wachstumsrestriktion
- eine Beteiligung der Leber
- Nierenfunktionsstörungen
- neurologische Probleme oder

- hämatologische Störungen

erstmalig nach der 20. SSW beobachtet werden (Brown, 2000, DGGG, 2007).

Eine Präeklampsie wird als schwere Präeklampsie bezeichnet, wenn zusätzlich mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt wird (Brown, 2000, ACOG, 2002, DGGG, 2007):

- Nierenfunktionseinschränkung (Kreatinin > 0.9 g/l oder Oligurie < 500 ml/24 h)
- Leberbeteiligung (Transaminaseanstieg, schwere Oberbauchschmerzen)
- Lungenödem oder Zyanose
- Hämatologische Störungen (Trombozytopenie, Hämolyse)
- Neurologische Symptome (schwere Kopfschmerzen, Sehstörungen)
- Fetale Wachstumsrestriktion
- Blutdruck > 170/110 mm Hg
- Proteinurie > 5 g/24 h

Eklampsie

Definition: Im Rahmen einer Präeklampsie auftretende tonisch-klonische Krampfanfälle, die keiner anderen Ursache zugeordnet werden können.

Cave: Nur in etwa 50 % mit schwerer Hypertonie assoziiert und selbst bei fehlender Hypertonie oder Proteinurie möglich (14-34 % der Fälle) (DGGG, 2007).

HELLP-Syndrom

Definition: Trias aus (H) hemolysis = Hämolyse, (EL) elevated liver enzymes = pathologisch erhöhte Leberenzyme, (LP) low platelets = erniedrigte Thrombozytenzahl

Cave: in 5-15 % liegt keine signifikante Proteinurie und in bis zu 20 % der Fälle keine Hypertonie vor, in 15 % fehlen gleichzeitig Hypertonie und Proteinurie (DGGG, 2007).

Chronische Hypertonie

Definition: Präkonzeptionell oder in der Schwangerschaftshälfte diagnostizierte Hypertonie > 140/90 mmHg, die postpartal mehr als 12 Wochen persistiert.

Pfropfpräeklampsie (Syn.: Pfropfgestose)

Definition: - Chronische Hypertonie + Gestationsproteinurie oder
- chronische Hypertonie und vor der 20. SSW bestehende Proteinurie
und
- zusätzliche, nach der 20. SSW auftretende Entwicklung
- eines Anstiegs der Proteinurie oder
- eines plötzlichen Blutdruckanstiegs oder
- eines klinischen oder laborchemischen Merkmals der schweren
Präeklampsie (s.o.).

3.4.2.2 Epidemiologie

Hypertensive Erkrankungen treten in 6 bis 8 % aller Schwangerschaften auf, tragen zu 20 bis 25 % der perinatalen Mortalität bei und stehen an erster bis dritter Stelle der mütterlichen Todesursachen. Von besonderem Einfluss ist die Präeklampsie, die für jeden dritten Fall schwerer geburtshilflicher Morbidität, für eine fünffach gesteigerte perinatale Mortalität und weltweit für mindestens 50.000 mütterliche Todesfälle pro Jahr verantwortlich ist (AG Schwangerschaftshochdruck/Gestose der DGGG, 2007).

3.4.2.3 Anamnestische Risikofaktoren

Das relative Risiko (RR) für die Entwicklung einer Präeklampsie wird wie folgt eingeschätzt (AG Schwangerschaftshochdruck/Gestose der DGGG, 2007):

- Antiphospholipid-Syndrom: RR ~ 9
- Zustand nach Präeklampsie: RR ~7
- Body Mass Index > 35: RR ~ 4
- Vorbestehender Diabetes mellitus: RR ~ 3,5
- Familiäre Belastung: RR ~ 3
- Vorbestehende Nierenerkrankung: RR ~3
- Erstparität: RR ~ 2,5
- Alter > 40: RR ~ 2
- Chronische Hypertonie: Risiko ist erhöht
- Autoimmunerkrankungen: Risiko ist stark erhöht
(z.B.: systemischer Lupus erythematodes mit Nephritis)
- Trombophilie: Datenlage ist unklar

Leeners, Rath, Kuse, Irawan, Imthurn und Neumaier-Wagner (2006, S. 81) beschreiben Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen als „one of the leading causes of maternal and fetal mortality and morbidity“. Sie klassifizierten HDP (hypertensive diseases in pregnancy) nach ISSHP-Kriterien und verglichen 687 Frauen mit HDP mit 601 Kontrollschwangerschaften. Hauptziel der Studie war es den Zusammenhang zwischen hohem BMI und vermehrtem Auftreten von hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen zu erfassen. Sie fanden Übergewicht und Fettleibigkeit als Risikofaktoren eine Präeklampsie zu entwickeln, nicht jedoch für die Ausbildung eines HELLP-Syndroms.

Um vergleichbare Gruppen zu bilden wurden Unterschiede hinsichtlich des Alters, der Parität, dem Bildungsniveau, der Nationalität und der Partnerschaft untersucht. Hier zeigten sich keine Unterschiede zwischen der Untersuchungs- und der Kontrollgruppe. Jedoch fanden sie, dass Frauen mit HDP öfter als leitende Angestellte arbeiteten als Frauen mit normalen Schwangerschaften. Hier war der Prozentsatz an Arbeitern und sich in Ausbildung befindenden höher.

3.4.2.4 Auswirkungen

Es handelt sich bei der Präeklampsie um eine Multiorganerkrankung, die sich auf das Zentralnervensystem, das kardiovaskuläre System, die Nieren und den Flüssigkeitshaushalt, die Leber, die Thrombozyten und die Blutgerinnung und die Plazenta (Plazentainsuffizienz od. Gefahr der vorzeitigen Plazentalösung) und den Fetus (intrauterine Wachstumsretardierung) auswirkt (Düring, 2003).

3.4.2.5 Psychische Folgen

Hypertensive Erkrankungen treffen die Mehrzahl der Eltern völlig unerwartet. Geburtshelfer sprechen von einem abrupten Rollenwechsel aus dem „Zustand der guten Hoffnung“ in den Zustand der Hochrisikoschwangerschaft, der schlecht verarbeitet werden kann.

Als häufigste Probleme bei einer Präeklampsie führt Düring (2004) an:

- Ausgeliefertsein, Machtlosigkeit
- Angst um die Mutter und um das Kind
- Schuld- und Versagensängste der Mutter
- Erschwerte Eltern-Kind-Beziehung bei einer Frühgeburt
- Hoffnungslosigkeit beim Verlust oder bei einer Behinderung des Kindes,
- Verunsicherung und Ungewissheit in Bezug auf eine weitere Schwangerschaft

Bei Wimmer-Puchinger (1992) zeigte sich, dass Frauen, bei denen eine EPH-Gestose aufgetreten war, ängstlicher und in einem vegetativ labileren Zustand waren als Frauen ohne Komplikationen in der Schwangerschaft (Wimmer Puchinger, 1992). Generell kann Unsicherheit und unzureichende Information die Angst steigern. Die Empfehlung lautet daher: "Only with detailed medical information that patients and doctors may become partners in dealing with the disease" (Leeners et al, 2006, S.40).

3.4.3 Diabetes in der Schwangerschaft

3.4.3.1 Begriffsbestimmungen

Der Gestationsdiabetes ist eine Kohlenhydratstoffwechselstörung mit unterschiedlicher Ausprägung, die erstmals in der Schwangerschaft auftritt bzw. erkannt wird. Nach WHO-Kriterien handelt es sich um einen Typ-2-Diabetes.

Bei der Einteilung der diabetischen Schwangeren nach White (1949, 1965, 1974) wird der Manifestationszeitpunkt, die Diabetesdauer und das Vorhandensein von Spätkomplikationen berücksichtigt (Tabelle 8).

Tabelle 8:

Klassifikation des Diabetes mellitus in der Schwangerschaft (White 1974, zit. in Weiss 2002, modifiziertes Schema der Grazer Frauenklinik)

- A = Glukosetoleranztest ist abnormal. Keine Symptome. Diätetische Behandlung.
- AB = Insulinbehandlung aus fötaler Indikation
- Bo= Erstmanifestation eines insulinpflichtigen Diabetes in der Schwangerschaft. Pathologischer Nüchternblutzucker, Pathologische Tagesprofile
- B = Diabetes seit weniger als 10 Jahren oder Beginn ab dem 20. Lebensjahr
- C = Diabetes seit 10 - 19 Jahren oder Beginn ab dem 10. – 19. Lebensjahr
- D = Diabetes seit mehr als 20 Jahren oder Beginn vor dem 10. Lebensjahr oder benigne Retinopathie
- F = Diabetische Nephropathie
- G = Mehrfache geburtshilfliche Misserfolge (habituelle Aborte und/oder Todgeburten)
- H = Koronare Herzkrankheit
- R = Proliferative Retinopathie
- NR = Diabetische Nephro- und Retinopathie
- T = Zustand nach Nierentransplantation

Die Schwangerschaft ist generell durch eine diabetogene Stoffwechsellage charakterisiert, die durch die erhöhte Aktivität der Hormone HPL, plazentares Wachstumshormon, Progesteron, Prolaktin und Kortisol bedingt ist. Ein Anstieg der Glucosekonzentration im mütterlichen Blut wird weitgehend durch eine vermehrte Insulinausschüttung – die fast doppelt so hoch ist wie im nichtschwangeren Zustand – sowie durch die transplazentare Glukoseabgabe durch den Fetus kompensiert (Kuhl, 1991, Somville & Schneider 2004).

Bei Verdacht auf eine diabetische Stoffwechsellage wird ein diagnostischer Glukosetoleranztest (OGTT, oraler Glukosetoleranztest) durchgeführt.

Als Zeitpunkt wird die 24. - 28. SSW gewählt. Hat sich der Verdacht bestätigt ist eine spezielle Betreuung notwendig. Diät, Insulintherapie und verstärkte geburtshilfliche Kontrollen werden eingeleitet. Die Frau wird plötzlich mit der Notwendigkeit konfrontiert, durch strenge Diät bzw. intensivierete konventionelle Insulintherapie oder

eine subkutane Insulininfusionspumpe eine normnahe Blutzuckereinstellung zu erreichen (60-120 mg/l) (Somvillle & Schneider, 2004).

3.4.3.2 Die Risiken des Gestationsdiabetes

Es gibt viele Publikationen, die nachweisen, dass der Gestationsdiabetes (GDM) Mutter und Kind bedroht (Weiss, 2002). Die Risiken können in mütterliche, fötale und kindliche unterteilt werden, wobei die mütterlichen und kindlichen Risiken wiederum in aktuelle (die Perinatalperiode betreffende) und prospektive (das weitere Leben betreffend) eingeteilt werden können. Die aktuellen mütterlichen Risiken des GDM bestehen in erster Linie in einer 4fachen Häufung von Harnwegsinfekten, einer 8fachen Rate an hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen (Präeklampsie, SIH), einer 8fachen Häufung der Adipositas und einer 2,5fachen Sectorate (Weiss, 1988, 2002). Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung eines GDM kann eine Vorbeugung der Präeklampsie und des Harnwegsinfektes sein. Die hohen Sectoraten bei GDM resultieren aus der Makrosomie der Kinder, und daraus, dass fötopathische Föten dem Geburtsstress weniger gewachsen sind. Bei einer kalifornischen Studie betrug die generelle Sectorate 23 %, bei diätbehandeltem GDM 31 %, bei insulinbehandeltem GDM 43 %, bei Typ-2 Diabetes 52 % und bei Typ-1 Diabetes 61 % (Moore, 1997, zit. in Weiss 2002). Die prospektiven mütterlichen Risiken des GDM sind eine Diabetesneigung im weiteren Leben. Das schwerwiegendste fötale Risiko des GDM ist der unerwartete Intrauterine Fruchttod (IFT), der unvermutet und ohne Vorzeichen auftreten kann (Langer et al, 1994, Fraser 1995, von Kries et al 1997). Er tritt bei diabetischen Schwangeren neun Mal häufiger auf als bei Stoffwechselgesunden. (Connel et al, 1985, Landon & Gabe 1991, zit. in Weiss, 2002).

3.4.3.3 Psychische Folgen

3.4.3.3.1 Psychische Folgen bei Gestationsdiabetes (Typ II)

Spirito et al (1989, zit. in Weiß 2002) haben gezeigt, dass sich der emotionale Zustand bei GDM nach der Diagnose rasch normalisiert und sich unabhängig von der Therapie von normalen Schwangeren nicht mehr unterscheidet. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Langer und Langer (1994). Eine intensive Therapie (Frauen messen den Blutglukosespiegel und injizieren Insulin) wirkte sich nicht negativ auf den emotionalen Zustand aus. Eine signifikante Beziehung wurde zwischen

durchschnittlicher Befindlichkeit und „marital status“ und „maternal age“ in dieser Studie aufgezeigt. Nach einer Studie von Ilic (1999) haben Schwangere mit GDM bei Insulintherapie das Gefühl gut eingestellt zu sein.

Bei Gestationsdiabetes stellten Ruggiero, Spirito, Bond, Coustan, Mc Garvey (1990) fest: “Results indicate that the level of reported compliance was high for both insulin administration and diet. Fewer minor stressors and greater social support were associated with greater compliance” (Ruggiero et al, S. 441).

3.4.3.3.2 Psychische Folgen bei vorbestehendem Diabetes (Typ I)

Kilian et al (2000) untersuchten die Lebensqualität von Patientinnen mit Diabetes Typ I in stationärer Behandlung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und anderen Erkrankungen und fanden, dass die subjektive physische und psychische Lebensqualität von Patientinnen mit Diabetes im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich schlechter war. Bei den untersuchten Frauen handelte es sich in dieser Studie um Nicht-Schwangere.

Schwangere Frauen mit vorbestehendem Diabetes zeigten eine größere Ängstlichkeit und Feindseligkeit im Vergleich zu Nicht-Diabetikerinnen (Langer & Langer, 1994 b).

4. Lebensqualität

4.1 Grundlagen

Das Konzept der Lebensqualität hat in den letzten Jahren große Popularität gewonnen. Diese zeigt sich auch in einer Vielzahl von publizierten Arbeiten. Im Zeitraum vom 1966 bis 2002 wurden in der Online-Datenbank Medline über 44.000 Arbeiten unter der Verwendung des Suchbegriffes „Quality of life“ aufgelistet (vgl. Schumacher et al, 2003). Drei Jahre später fanden sich im Zeitraum vom 1966 bis 2005 bereits 70.001 Arbeiten zur Lebensqualität, die sich unter konzeptionellen, methodischen oder Anwendungsgesichtspunkten mit diesem Konzept auseinandersetzen. Auch die Zahl der Lebensqualitätsstudien im Zusammenhang mit Geburt und Schwangerschaft ist beträchtlich. Zu „quality of life“ and „pregnancy“ fanden sich im Zeitraum von 1966 bis 2005 in der Online-Datenbank Medline 815 Arbeiten. Unter Eingabe der Suchbegriffe „quality of life“ and birth ergaben sich im selben Zeitraum in der Online-Datenbank Medline 480 Arbeiten.

4.1.1 Die Entwicklung der Lebensqualitätsforschung

Die Ursprünge der Lebensqualitätsforschung liegen in der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrts- und Sozialindikatorenforschung. Die „Lebensqualität“ wurde hier als ein auf größere Bevölkerungsgruppen bezogenes allgemeines Maß der Kongruenz von objektiven Lebensbedingungen und deren subjektiven Bewertung (Wohlbefinden, Zufriedenheit) aufgefasst und spielte eine wichtige Rolle im Rahmen der Sozialberichterstattung (Andrews & Whitey, 1976; Campell, Converse & Rodgers, 1976; Glatzer, 1992; Glatzer & Zapf, 1984; Zapf, 2000, Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003). Am Anfang standen dabei vor allem soziale und ökonomische Faktoren der Lebensqualität im Mittelpunkt. Beispielsweise wurden das Einkommen und die materielle Sicherheit, die politische Freiheit und Unabhängigkeit, die soziale Gerechtigkeit, die Rechtssicherheit oder die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung erfasst. In letzter Zeit werden immer häufiger subjektive Indikatoren der Lebensqualität wie das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit berücksichtigt (Diener & Suh, 1997, zit. in Schumacher et al, 2003).

Die Entwicklung der Lebensqualitätsforschung verlief in drei Phasen. Die erste Phase in den 70er Jahren bezog sich auf konzeptuelle Auseinandersetzungen um den Begriff und die Frage der Definition. Die zweite Phase beschäftigte sich in den 80er Jahren mit der Messbarkeit und Messmöglichkeiten des Begriffes. In den 90er

Jahren (dritte Phase) ging es um die Anwendung der erarbeiteten Lebensqualitätsmethoden in klinischen, epidemiologischen, gesundheitsökonomischen Studien und der Durchführung von Untersuchungen zur Qualitätssicherung.

4.1.1.1 Lebensqualität in der Medizin

In der Medizin wird ein Zusammenhang zwischen der Lebensqualitätsforschung und der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation 1947 angenommen: „Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“. Auch wenn diese Definition später kritisiert wurde, weil Gesundheit, als kein Zustand angesehen werden kann, wurde damit der Ausgangspunkt gelegt, dass die Konzentration auf ausschließlich somatische Aspekte von Gesundheit und Krankheit in der Arzt-Patienten-Beziehung als nicht mehr ausreichend gesehen wurde (Najmann & Levine, 1981, Bullinger, 1997, 2000, Spilker, 1996). Subjektiv erlebtes und geäußertes Befinden und selbst eingeschätztes Handlungsvermögen wurden für die ärztliche Urteils- und Entscheidungsbildung wichtige Gesichtspunkte. Weiters bekamen die Frage nach dem Ziel ärztlichen Handelns und nach Kriterien zur Bewertung von Behandlungsergebnissen einen wichtigen Platz in der medizinischen Praxis. Ein zentrales Forschungsthema stellte dabei in den beiden letzten Jahrzehnten die gesundheitsbezogene Lebensqualität dar (Health-related Quality of Life, HRQOL). Diese wird als Evaluationskriterium in der Medizin bezeichnet und beschreibt den subjektiv von den betroffenen Patientinnen wahrgenommenen Gesundheitszustand bzw. die erlebte Gesundheit (Bullinger, 1997, 2000).

4.1.1.2 Definitionen zu HRQOL

Der Lebensqualitätsbegriff wird an die WHO Gesundheitsdefinition angelehnt und als das Ausmaß der Beeinflussung von psychischem, emotionalem und sozialem Wohlbefinden durch eine Erkrankung oder eine Behandlung beschrieben (Cella, Tulsky, Gray, Sarafian, Linn, Bonomi, 1993).

Somit wird Lebensqualität auf mindestens drei Dimensionen erfasst (Greimel, Mautner, Bjelic-Radisic, in Druck):

der somatischen Dimension:	körperlicher Status, Funktions- und Leistungsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen des Alltags
der psychischen Dimension:	emotionale Befindlichkeit, Affekte (z.B. Ängstlichkeit, Reizbarkeit, depressive Stimmung)
der sozialen Dimension:	Art und Anzahl von zwischenmenschlichen Beziehungen, sozialen Kontakten innerhalb und außerhalb der Familie, gemeinsame Aktivitäten

Die WHO hat in ihrer Definition die gesamte Lebenssituation und die kulturellen Besonderheiten der betroffenen Menschen in den Mittelpunkt gestellt: „Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ (WHOQOL-Group, 1994). Die individuelle Lebensqualität wird dabei durch die körperliche Gesundheit, den psychologischen Zustand, den Grad der Unabhängigkeit, der sozialen Beziehungen sowie durch ökologische Umweltmerkmale beeinflusst. Die „gesundheitsbezogene Lebensqualität wird als ein multidimensionales Konstrukt betrachtet, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit (des Handlungsvermögens) aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet“ (Veenhoven, 2000, zit. in Schumacher et al, 2003, S. 2).

4.1.1.3 Fachgebiete der Lebensqualitätsforschung

Wichtige medizinische Fachgebiete der Lebensqualitätsforschung stellen die Onkologie, die Kardiologie, Chirurgie, Psychiatrie und immer häufiger auch Diabetes, Asthma, Epilepsie, chronischen Schmerzen, Organtransplantationen, Niereninsuffizienz, Demenzerkrankungen und körperlichen und geistigen Behinderungen dar (Schumacher et al, 2003). Bei der Beurteilung und Bewertung von medizinischen Behandlungsmaßnahmen geht es nicht mehr „nur“ um eine Veränderung der klinischen Symptomatik oder um eine Verlängerung des Lebens. Vielmehr spielt der subjektiv erlebte Gesundheitszustand bei

Therapieentscheidungen eine Rolle (Najman & Levine, 1981, Lorenz & Koller, 2002, Schumacher, 2003).

4.1.1.4 Interkulturelle Forschungsmethoden

Die Entwicklung interkulturell einsetzbarer Erhebungsinstrumente stellt eine Besonderheit der internationalen Lebensqualitätsforschung dar, die Schumacher, Klaiberg & Brähler (2003) auch als ihren Verdienst bezeichnen. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Übersetzungsprozedur gelegt. Für die interkulturelle Adaption von Messinstrumenten liegen inzwischen Richtlinien vor. Die Minimalanforderung einer Übersetzung, von der Originalsprache in die jeweilige andere, sieht zwei unabhängige Übersetzer mit einer Einigungssitzung und die Rückübersetzung in die Originalsprache durch einen wiederum unabhängigen Rückübersetzer vor (Bullinger, Power, Aronson, Cella & Anderson, 1996, Ware 1995). Bei der Konstruktion interkultureller Messinstrumente lassen sich prinzipiell drei Vorgehensweisen unterscheiden (Bullinger 2000).

1. Der sequentielle Ansatz, bei dem ein existierendes Instrument in eine andere Sprache übertragen wird (wie z.B. beim SF-36).
2. Der parallele Ansatz, bei dem ein Instrument aus Verfahren, die aus verschiedenen Kulturen stammen, zusammengestellt wird (wie beim EORTC-Fragebogen).
3. Der simultane Ansatz, bei dem ein Instrument kooperativ in interkulturellen Arbeitsgruppen entwickelt wird (wie beim WHOQOL-Fragebogen).

Im zweiten Schritt wird ein Verfahren auf seine klassischen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität überprüft. Als dritter Schritt erfolgt die Normierung des Messinstrumentes auf der Basis von bevölkerungsrepräsentativen Stichproben der entsprechenden Länder. Grundsätzlich kann bei den erhältlichen Lebensqualitätsmessinstrumenten zwischen krankheitsübergreifenden (generic instruments) und krankheitsspezifischen Verfahren differenziert werden. Erstere erfasst die Lebensqualität von Populationen krankheitsübergreifend und wird als Indikator für den subjektiven Gesundheitszustand von Populationen eingesetzt. Beispiele dafür sind der SF-36 und der WHOQOL (Bullinger & Kirchberger, 1998). Krankheitsspezifische Verfahren zielen darauf ab, die Lebensqualität spezifischer, durch Erkrankung definierter Populationen zu erfassen (z.B.: EORTC-CX24 zur Messung der Lebensqualität von Patientinnen mit Zervixkarzinom).

4.1.2 Psychologische Konzepte zur Lebensqualität

Zur Vollständigkeit sollen hier einige psychologische Konzepte zur Lebensqualität beschrieben werden. Die Darstellung lehnt sich an die von Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003) an. Sie grenzen das Konzept der Lebensqualität, das im Kontext der Sozialwissenschaften und der Medizin entwickelt wurde, von dem in der Psychologie existierenden Konzept des „**Wohlbefindens**“ ab. Eine klare Unterscheidung beider Konzepte ist jedoch nach ihrer Meinung kaum möglich, da die Begriffe teilweise synonym verwendet werden. Teilweise wird die Lebensqualität auch über Aspekte des Wohlbefindens definiert.

Der Begriff des Wohlbefindens wird häufig in der Lebensqualitätsforschung verwendet, jedoch ist die psychologische Wohlbefindensforschung noch eher zurückhaltend mit dem Konzept der Lebensqualität (Schumacher et al, 2003).

4.1.2.1 Theorie des subjektiven Wohlbefindens

In der Theorie des subjektiven Wohlbefindens wird davon ausgegangen, dass sich subjektives Wohlbefinden aus zwei Hauptkomponenten zusammensetzt (Diener 1984, 2000):

1. der emotionalen (oder affektiven) Komponente

Sie lässt sich dabei in weitere Teilkomponenten unterteilen: „positiver Affekt“ und „negativer Affekt“. Als Beschreibung eines längerfristigen positiven Zustandes wird als drittes die Teilkomponente „Glück“ verwendet (Argyle, 1987, Mayring, 1991, zit. in Schumacher et al 2003).

2. der kognitiven Komponente

Die kognitiv und damit evaluative Komponente des subjektiven Wohlbefindens umfasst die globale (allgemeine) und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit (vgl. Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000; Schumacher, Laubach & Brähler, 1995).

DeNeve und Cooper (1998, zit. in Schumacher et al 2003) konnten in einer Metaanalyse zum Zusammenhang von Persönlichkeitsdimensionen und subjektivem Wohlbefinden zeigen, dass „Lebenszufriedenheit“ und „Glück“ die Trait-Komponenten des subjektiven Wohlbefindens repräsentieren, während „positiver Affekt“ und „negativer Affekt“ eher die State-Komponenten darstellen.

4.1.2.2 Strukturmodell des Wohlbefindens

Im Strukturmodell des Wohlbefindens (Becker, 1994) nach Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003, S. 4) wird, ähnlich wie im bereits genannten Modell des „subjektiven Wohlbefindens“, zwischen dem aktuellen und dem habituellen Wohlbefinden unterschieden: „Während das aktuelle Wohlbefinden das momentane Erleben einer Person umfasst, beruht das habituelle Wohlbefinden auf aggregierte emotionale Erfahrungen (allgemeines Wohlbefinden in den vergangenen Wochen/Monaten) und ist als eine relativ stabile Eigenschaft anzusehen“. Eine weitere Unterscheidung bezieht sich auf das psychische und physische (körperliche) Wohlbefinden. Bei Kombination dieser beiden unabhängigen Betrachtungsebenen ergeben sich vier verschiedene Formen des Wohlbefindens:

1. Das aktuelle psychische Wohlbefinden umfasst positive Gefühle (Freude, Glücksgefühl), eine positive Stimmung und die aktuelle Beschwerdefreiheit.
2. Das habituelle psychische Wohlbefinden bezieht sich auf das seltene Auftreten negativer Gefühle und Stimmungen (habituelle Beschwerdefreiheit) sowie auf häufige positive Gefühle und Stimmungen.
3. Das aktuelle physische Wohlbefinden meint eine aktuelle positive körperliche Empfindung (Vitalität, Sich-Fit-fühlen) sowie Freiheit von körperlichen Beschwerden.
4. Das habituelle physische Wohlbefinden bezieht sich auf eine länger andauernde Freiheit von körperlichen Beschwerden sowie auf habituelle positive körperliche Empfindungen.

Weiters wird durch das habituelle psychische Wohlbefinden eine habituelle Zufriedenheit mit der psychischen Verfassung und aus dem habituellen physischen Wohlbefinden eine habituelle Zufriedenheit mit der körperlichen Verfassung.

Beide Zufriedenheitsaspekte gemeinsam ergeben die allgemeine und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit (vgl. Mayring, 1994, zit. Schumacher et al 2003, S. 4).

4.2 Lebensqualität und Schwangerschaft

Lebensqualitätsuntersuchungen in der Schwangerschaft wurden hauptsächlich mit einem globalen Lebensqualitätsinstrument, dem SF36, durchgeführt. Nachfolgend werden dazu einige Studien angeführt. Goldstein-Ferber et al (2005) untersuchten „pain catastrophizing“ während der Geburt und die „social functioning domain“ mit

dem SF36. Es zeigte sich ein geringes Bildungsniveau, jüngeres Alter und „pain catastrophizing“ als Prädiktoren für „maternity blues and social functioning“.

In einer taiwanesischen Studie wurden Determinanten für Lebensqualität bei schwangeren Frauen zu 3 Messzeitpunkten (1. bis 3. Trimenon) untersucht (Yeh, Chen, Liang, Kuo Chuang & Shu, 2005). Verglichen mit einer Kontrollgruppe war zu allen Zeitpunkten die Lebensqualität von Schwangeren schlechter als bei Nicht-Schwangeren. Je weiter fortgeschrittener die Schwangerschaft war, umso schlechter wurde die Lebensqualität, vor allem die physische Dimension beurteilt. Ferner zeigte sich, dass Vollzeitbeschäftigte eine bessere Lebensqualität hatten als Nicht-Beschäftigte. Mit dem WHOQOL konnte dieses Ergebnis jedoch nicht bestätigt werden.

In einer aktuellen Studie im Iran wurde die Lebensqualität nach Kaiserschnitt vs. normaler Geburt verglichen. Insgesamt gaben Frauen nach einer normalen vaginalen Geburt eine bessere Lebensqualität an als Frauen mit einem Kaiserschnitt. In beiden Gruppen (Kaiserschnitt und normaler Geburt) verbesserte sich die Lebensqualität nach der Geburt von der 6. – 8. Woche bis zur 12. – 14. Woche. (Torkan, Parsai, Lamieian, Kazemnejad & Montazeri, 2005). In vielen Studien wurde bisher bei Schwangerschaften die Befindlichkeit mittels spezieller Depressionsfragebögen erhoben (siehe auch Kapitel Depression).

5. Depression

5.1 Grundlagen

5.1.1 Klassifikation und klinische Beschreibung nach ICD-10

Das ICD-10 nennt für die Depression folgende Kernsymptome: **gedrückte Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit und eine Verminderung des Antriebs**. Die Verminderung der Energie führt zu einer erhöhten Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung.

Weitere Symptome sind:

1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
2. Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden)
4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
6. Schlafstörungen
7. Verminderter Appetit

Für die Diagnose depressiver Episoden werden von den Kernsymptomen zumindest zwei und von den akzessorischen Symptomen zwei bis vier verlangt, um die Diagnose einer (leichten, mittleren bzw. schweren) „depressiven Episode“ (F32) zu erlauben. Für die Diagnose depressiver Episoden aller drei Schweregrade wird gewöhnlich eine Dauer von mindestens zwei Wochen verlangt; kürzere Zeiträume können berücksichtigt werden, wenn die Symptome ungewöhnlich schwer oder schnell aufgetreten sind. Zusätzliche diagnostische Unterteilungen betreffen den Zusatz „somatische“ und/oder „psychotische“ Symptome. Als typische somatische Beschwerden gelten: Interessensverlust, mangelnde Gefühlsbeteiligung, Früherwachen, Morgentief, psychomotorische Hemmungen (oder Agitiertheit), Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Davon werden vier verlangt, um den Somatik-Zusatz zu rechtfertigen.

5.1.2 Klassifikation und klinische Beschreibung nach DSM-IV

Das DSM-IV charakterisiert depressive Menschen mit folgenden typischen Beschwerden: Niedergeschlagenheit, Interessensverlust, Freudlosigkeit, Ängste, Hoffnungslosigkeit, Unlust, Selbstzweifel, Selbstabwertung, Schlafstörungen, Appetitverlust, Libidoverlust, Gewichtsabnahmen, Konzentrationsprobleme, vielerlei

körperliche Beschwerden, Antriebsarmut, Arbeitsstörungen, Morgentief mit Tagesschwankungen des Befindens und Selbstmordideen. Wenn fünf dieser Symptome länger als zwei Wochen konstant anhalten und es keine anderen Erklärungen für diese Symptomatik gibt, dann wird dieser Störung Krankheitswert zugeschrieben und als „Major Depression“ bezeichnet. Treten nur zwei oder drei dieser Symptome auf, doch bestehen diese dafür über längere Zeit (mindestens zwei Jahre), dann wird eine „Dysthymie“ diagnostiziert.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen DSM-IV und ICD-10

Den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV gemeinsam ist, dass Depressionen durch eine gewisse Anzahl (ICD-10: vier, DSM-IV: fünf) gleichzeitig vorhandener Symptome definiert werden. Diese müssen über mindestens zwei Wochen andauern und nicht durch andere Erkrankungen erklärbar sein. Der Schweregrad der Störung wird über die Anzahl gleichzeitig vorhandener Symptome definiert. Die Postpartum Depression bildet im ICD-10 eine eigene Kategorie (F 53.0) während sie im DSM-IV eine Zusatzdiagnose zur Major Depression darstellt.

5.1.3 Epidemiologie

Das Risiko, im Laufe eines Lebens an einer Depression zu erkranken, liegt zwischen 16 und 20%. Dabei weisen

- Frauen
- Menschen aus benachteiligten Schichten
- Allein lebende, geschiedene bzw. verwitwete Personen

höhere Erkrankungsraten auf (Hautzinger, 1996, 2000). Das Lebensalter spielt dabei eine wichtige Rolle. Das Ersterkrankungsalter für Depressionen liegt im frühen bis mittleren Erwachsenenalter. Ein deutlicher Anstieg ist jedoch bereits im Jugendalter zu beobachten (Lewinsohn et al, 1992, Hautzinger, 2000). Depressionen treten vermehrt in Folge aktueller bzw. chronischer Belastungen auf (Paykel & Cooper, 1992, Hautzinger 2000). Familiäre Häufungen depressiver Störungen sind typisch und eine genetische Komponente (im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität) wird angenommen (Hautzinger 2000).

5.1.4 Verlauf

Der Verlauf depressiver Störungen unterliegt großer Variabilität (Hautzinger, 2000). Typische Parameter, die zur Verlaufsbeschreibung neben dem Erkrankungsalter berücksichtigt werden sind:

- die Phasendauer
- die Phasenintensität
- die Dauer des beschwerdefreien Intervalls
- familiäre Belastungen

Unipolare Depressionen können auch nur als einzelne Episode in jeder Phase des Lebens auftreten. Das Risiko einer erneuten depressiven Episode wird durch folgende Faktoren erhöht (Hautzinger 2000):

- jüngeres Lebensalter
- weibliches Geschlecht
- Vorliegen früherer depressiver Störungen
- Anzahl früherer Episoden
- residuale Symptomatik

5.1.5 Komorbidität

Affektive Störungen weisen eine hohe Rate an Komorbidität auf. Überlappungen bzw. gleichzeitiges Vorkommen von Depressionen mit folgenden Störungen kommen gehäuft vor (Hautzinger, 2000):

- Angststörungen (insbesondere soziale Phobien, generalisierte Angststörungen, Panikstörung)
- Zwangsstörungen
- Anpassungsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Substanzabhängigkeiten bzw.- missbrauch (insbesondere Alkohol und Medikamente, auch Nikotin)
- Essstörungen und
- somatoforme Störungen.

Bei chronischen bzw. dauerhaft die Funktion einschränkenden körperlichen Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Diabetes, Krebs usw.) werden ebenfalls hohe

resignative und depressive Symptome berichtet. Zum Teil bewirken sie einen ungünstigen Einfluss auf die Rehabilitation und Therapie. Je nach Studie und Differenziertheit liegen die Angaben über die Auftrittswahrscheinlichkeit zwischen 42 und 77 %. Dabei ist es oft schwer zu unterscheiden, ob die Depressionen primär oder sekundär auftreten (Hautzinger, 2000).

5.1.6 Erklärungsmodelle für Depression

Neben verstärkungstheoretischen Hypothesen und kognitionspsychologischen Hypothesen wird ein multifaktorielles Entstehungsmodell depressiver Störungen vorgestellt (Hautzinger, 1991, 2003).

5.1.6.1 Verstärkungstheoretische Hypothesen

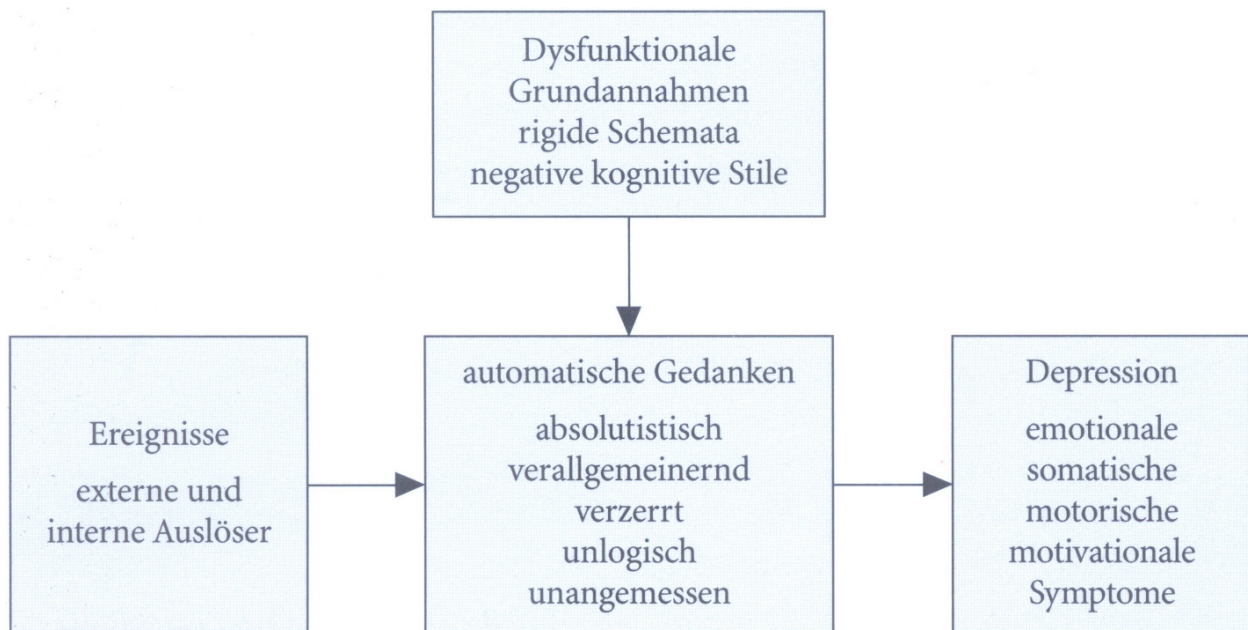
Von Lewinsohn (1974, 1979) stammt ein Verstärkungstheoretisches Modell der Depression. Die Grundannahmen dieses Ansatzes lauten (Hautzinger, 2003, S. 26):

- Eine geringe Rate (verhaltenskontingenter) positiver Verstärkung (Mangel an positiven Erfahrungen und ein Überwiegen negativer Erfahrungen) wirkt auslösend für depressives Verhalten.
- Eine geringe Rate positiver Verstärkung (Löschungsbedingungen) hält eine Depression aufrecht und wirkt zusätzlich reduzierend auf die Verhaltensrate.
- Die Gesamtmenge positiver Verstärkung ist abhängig:
 - von dem Umfang potenziell verstärkender Ereignisse und Aktivitäten (welche wiederum beeinflusst werden von der Lerngeschichte, dem Alter, dem Geschlecht etc.)
 - dem Umfang erreichbarer Verstärker, dem Verstärkerrepertoire und
 - den Fähigkeiten Verhalten zu zeigen, das verstärkt werden kann
- Depressives Verhalten wird oftmals aufrechterhalten durch die Art der Verstärkung, die ein Patient kurzfristig durch die (engere) soziale Umwelt erhält, wie Sympathie, Anteilnahme und Hilfe.

5.1.6.2 Kognitionspsychologische Hypothesen

Beck (1974, 1976; Beck, Rush; Shaw, B.F. & Emery, G., 1996) formulierte ein Kognitionstheoretisches Modell der Depression. Die zentralen Annahmen dazu sind im Modell nach Beck abgebildet (vgl. Hautzinger 2003, S. 30):

Abbildung 3: **Kognitionstheoretisches Modell** nach Beck (1974) aus Hautzinger (2003, S. 30)



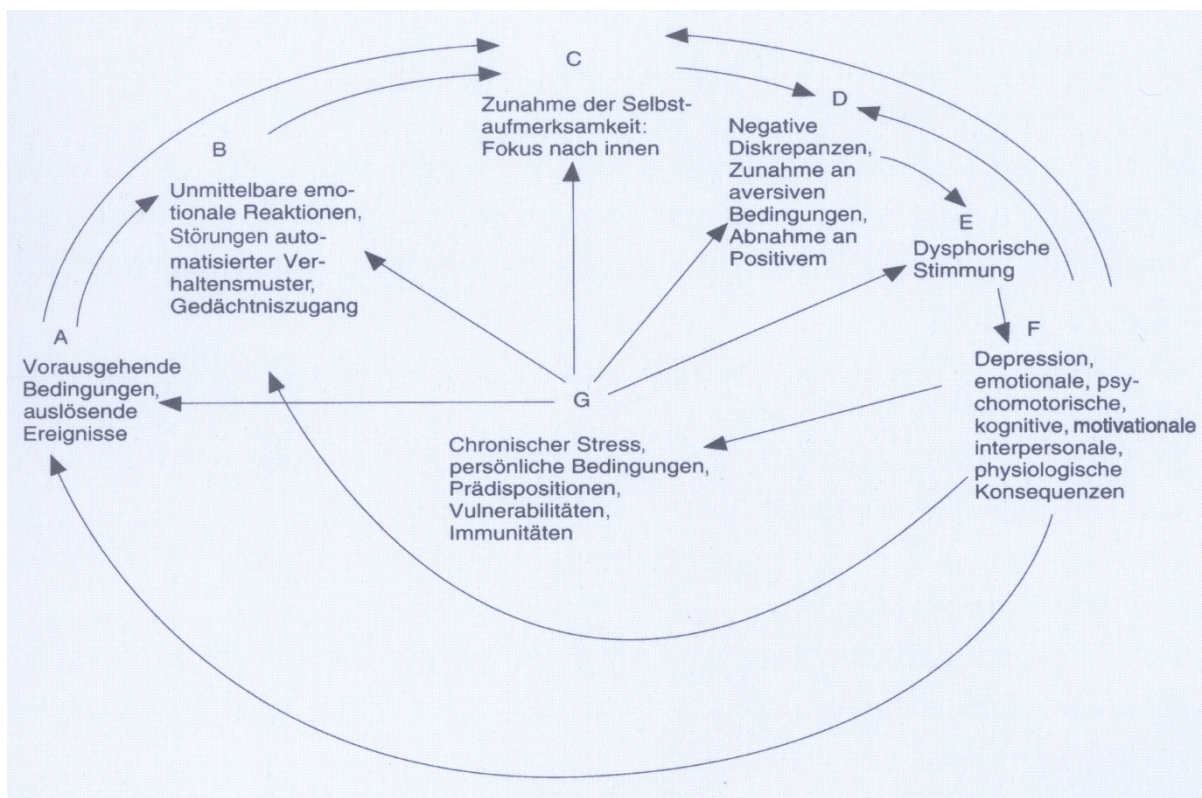
- Grundlage einer depressiven Entwicklung ist eine kognitive Störung, wobei das Denken Depressiver durch logische Fehler wie selektive Wahrnehmung, willkürlicher Schlussfolgerungen, Übertreibungen etc. gekennzeichnet ist. Hautzinger (2000) beschreibt das Denken zusammenfassend als einseitig, willkürlich, selektiv und übertrieben negativ.
- Auslösebedingungen für eine solche kognitive Störung sind negative, stressbesetzte Erfahrungen im Verlauf der lebensgeschichtlichen Entwicklung von PatientInnen, Verluste (z.B.: Verlusttraumata in der Kindheit), Nichtkontrolle und sozialisationsbedingte Vorgaben, die sich als kognitive Schemata verfestigen.
- Diese Schemata werden aktiviert durch belastende Situationen oder kumulativ verstärkt durch die Erfahrung, überhöhten eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden zu können. In solchen Situationen neigt der/die PatientIn dazu, sich selbst, seine Umwelt und seine Zukunft negativ zu sehen (kognitive Triade). Diese kognitive Triade bewirkt, dass sich Depressive immer wieder mit irrationalen negativen Gedanken beschäftigen, die ihnen plausibel erscheinen. (nach unten gerichtete Spirale).

- Diese Gedanken erleben sie als automatisch, außerordentlich beharrlich, andauernd und unfreiwillig. Sie kreisen immer wieder um Themen wie Hoffnungslosigkeit, geringe Selbstachtung, Selbstkritik, Flucht und Vermeidung sowie Suizidabsichten. Beck macht diese kognitive Störung für alle affektiven, motivationalen und psychischen Merkmale bei einer Depression verantwortlich.

5.1.6.3 Multifaktorielles Entstehungsmodell depressiver Störungen

Lewinsohn et al, 1985, Hautzinger 1983, 1991, zit. in Hautzinger 2003 integrieren verschieden soziale und psychische Prozesse in ihrem Modell (Abb. 4, vgl. Hautzinger 2003, S. 33).

Abbildung 4: Multifaktorielles Entstehungsmodell depressiver Störungen (Hautzinger 2003, S. 35)



(A) *Vorausgehende Bedingungen* sind dabei als Ereignisse definiert, die das Wiederauftreten einer Depression erhöhen oder die Entwicklung einer depressiven Störung einleiten können. Belastungen oder stressreiche, kritische Lebensereignisse insbesondere im Bereich enger Sozialbeziehungen sind ätiologisch relevant.

(B) Diese auslösenden Bedingungen *starten den Prozess der Depressionsentwicklung* insofern, als dass sie unmittelbar Unterbrechungen und Störungen (z.B.: automatisierte Abläufe) provozieren, spontane, doch wenig differenzierte Affekte hervorrufen und damit Gedächtnisinhalte zugänglich machen, die zusätzlich belastend sein können

(C) Die folgende *zunehmende Selbstaufmerksamkeit* bzw. *Handlungs-/Lageorientierung* kann entweder Bewältigungsmechanismen aktivieren oder, was in der Mehrzahl der Fälle geschieht, durch den internalen Fokus zur selbstkritischen Betrachtung der eigenen Person, der eigenen Lage und damit zur weiteren Blockierung von Verhaltensabläufen und zu Intensivierung handlungsbehindernder Emotionen beitragen.

(D) Sowohl die aversiven Umstände als auch die zunehmende Selbstaufmerksamkeit vermehren unangenehme Lebensaspekte und die *Abnahme positiver Erfahrungen*

(E) Die resultierende *dysphorische Stimmung* mündet dann unter Beibehaltung zunehmender Lageorientierung, vermehrter aversiver Erfahrungen, reduzierter positiver Erfahrungen und anwachsender Selbstkritik in die Symptomatologie einer Depression **(F)**.

Liegen bestimmte Auffälligkeiten (*Vulnerabilitäten*) vor wie z.B.: eine Vorgeschichte einer Depression, höheres Lebensalter, weibliches Geschlecht, abhängige oder zwanghaft-rigide Persönlichkeit, Mangel an sozialen Fertigkeiten, familiäre Erfahrungen und Sozialisationseinflüsse, dysfunktionale Überzeugungen und Attributionsstile, dann kann dieser Ablauf beschleunigt und im Sinne eines sich aufschaukelnden Prozesses intensiviert werden. In ähnlicher Weise können bestimmte *Immunitäten* wie z.B. Bewältigungsmechanismen, soziale Unterstützung, Menge positiver Aktivitäten, Problemlösefertigkeiten, usw. diesen Prozess aufhalten und abschwächen. Die Vulnerabilitäten bzw. die Immunitäten entfalten ihren Einfluss auf jeder der im Modell genannten Stufen hin zu einer Depression **(G)**.

Lösungsansätze

Als Lösungsansätze sieht Hautzinger (2000, S. 10) folgendes: „Wenn in der Therapie angenehme Aktivitäten aufgebaut werden, durchbricht das nicht nur den durch Belastungen ausgelösten Prozess, sondern gleichzeitig werden immunisierende Bedingungen gestärkt bzw. aufgebaut. Auch der Aufbau sozialer Fertigkeiten stärkt über die soziale Kompetenz die verringerte Abhängigkeit und die vergrößerte

Kontrollerfahrung die Immunitäten. Die kognitiven Elemente zielen auf die Beeinflussung von verfestigten kognitiven Stilen, negativen Erwartungshaltungen, ungünstigen und inkorrekten Selbstwahrnehmungen, die Unterbrechung von automatisierten Denkabläufen, Gedächtnisinhalten und übertriebener Selbstaufmerksamkeit“.

5.2 Depression in der Schwangerschaft

Schwangerschaft geschieht in einem sozialen Kontext, der Einstellungen und Gefühle der Frau zu ihrem Schwangersein einschließt. Eine ungewollte Schwangerschaft kann, unabhängig davon ob sie mit der Geburt eines Kindes oder durch eine Abtreibung endet, bei Frauen, in deren Vorgeschichte es psychiatrische Störungen gab, zu einer Verschlimmerung dieser Probleme führen (Mc. Grath et al, 1993).

Gotlib (1989) zeigte gemessen mit dem BDI (Beck Depression Scale) depressive Symptome bei 25 % der Schwangeren und gemessen mit dem Research Diagnostic Criteria (RDC, von Spitzer, Endicott & Robins, 1978) 10 %. Dies zeigt deutlich, dass die Depressionsrate auch davon abhängen kann, welches Diagnoseinstrument verwendet wird. Der Kontext, in dem eine Schwangerschaft auftritt, die Vorgeschichte einer psychischen Erkrankung, die Einstellung zur Schwangerschaft spielen eine entscheidende Rolle. Untersuchungen legen auch nahe, dass bei Männern psychologische Belastungen, einschließlich bipolarer und psychotischer Krankheiten, zur Zeit der Schwangerschaft und Entbindung ihrer Partnerinnen zunehmen. Stark vereinfachte biologische Erklärungen der Störungen, die mit der Gebärfähigkeit im Zusammenhang stehen, sind wahrscheinlich unzureichend (Mc. Grath et al, 1993).

5.2.1 Baby Blues

Viele Frauen erleben irgendeine Form negativen Affekts nach der Geburt eines Kindes. Die Angaben wie viele Frauen einen „baby blues“, eine milde nachgeburtliche Dysphorie erleben, variiert. Die Prozentangaben liegen zwischen 50 und 80 %. Diese tritt typischerweise um den dritten oder vierten Tag nach der Entbindung auf und dauert zwischen einem und 14 Tage (Mc Grath, 1993, Andrews-Fike, 1999). Gloger-Tippelt (1988) fand bei 80 – 90 % der Teilnehmerinnen postpartal Hinweise auf depressive Verstimmungen.

5.2.2 Postpartale Depression (PPD)

Das am häufigsten vorkommende postnatale Syndrom ist die Depression. Davon abzugrenzen sind schwerere Formen postnataler Störungen, die wesentlichen Kategorien psychiatrischer Störungen, wie Manie, Delirium, organischen Syndromen und Schizophrenie ähnlich sind. Eine schwere postnatale Depression unterscheidet sich vom häufigeren „baby blues“ durch ihren Schweregrad, die Anzahl der Symptome, den zeitlichen Verlauf der Störung und die Häufigkeit des Vorkommens. Ihr Beginn kann zwischen sechs Wochen und vier Monaten nach der Entbindung liegen und zwischen sechs Wochen und ein Jahr lang andauern. Vorgeburtliche Depression kann mit postpartaler Depression zusammenhängen (Mc. Grath et al, 1993).

Nach Riecher-Rössler (2006) konstituieren folgende Symptome eine postpartale Depression (PPD):

- Antriebsmangel, Energielosigkeit, Erschöpfung
- Vielfältige Beschwerden ohne somatischen Befund
- Freudlosigkeit, Interessensverlust
- Müdigkeit
- Schlaf- und Appetitstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Angstzustände, Sorgen und Schuldgefühle
- Zum Teil Suizidgedanken
- Auf das Baby bezogene Zwangsgedanken (dem Kind schaden etc.)

Cox und Holden (2003, S. 1) definieren Depression wie folgt: “ the term „postnatal depression“ is commonly used to describe a sustained depressive disorder in women following childbirth; the condition is characterised by a low, sad mood, lack of interest, anxiety, sleep difficulties, reduced self-esteem, somatic symptoms such as headache and weight loss, and difficulty coping with day-to-day tasks“. In den USA wird der Begriff “post partum depression” statt „postnatal depression“ zur Beschreibung von Müttern mit einer Befindlichkeitsstörung nach der Geburt verwendet. Cox und Holden (2003, S. 2) verweisen auf eine schwedische Arbeitsgruppe die „postnatal depression“ als “useful to describe any depressive disorder without psychotic features present within the first year following childbirth”

beschreibt. The limitation of the 4-week specifier in DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) and 6 weeks in ICD-10 (World Health Organization, 1992) was recognised". Depression ist ein negatives Outcome der Geburt bei Frauen in verschiedenen Ländern und Kulturen (Cox & Holden, 2003). Dies ist konsistent mit vielen Studien der letzten 10 Jahre. Die Häufigkeitsangaben zur Auftretswahrscheinlichkeit einer Depression variieren zwischen den Studien. Cox und Holden (2003) geben an, dass mindestens 10% der Frauen innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt und viel mehr Frauen in wirtschaftlich benachteiligten städtischen Gebieten (Ausländervierteln) eine Depression entwickeln. Pope, Watts, Evans, McDonald und Herderson (2000) gehen davon aus, dass postnatale Depression in 10 - 16% der Fälle auftreten. Bei Hagan, Evans und Pope (2004) wurden 27 % der Fälle als „minor or major depression“ diagnostiziert. Wimmer-Puchinger (2006) gibt das weltweite Ausmaß von postpartalen Störungen und Erkrankungen mit 14 – 18 % an. Da Costa, Larouche, Dritta und Brender (2000) schreiben, dass „postpartum depression cases“ in den meisten Fällen als „mild in severity“ zu betrachten sind. Die Grenzen zwischen den verwendeten Begriffen scheinen zu verschwimmen. Matthey, Barnett, Howie und Kavanagh (2003) empfehlen grundsätzlich, den Begriff der „postnatal mood disorder“, da es nicht um eine „postnatal depression“ sondern um Anpassungsschwierigkeiten nach einer Geburt geht. Es soll in der vorliegenden Arbeit im methodischen Teil deshalb auch von einer Befindlichkeitsstörung gesprochen werden.

5.2.3 Einflussfaktoren auf eine postpartale Depression (PPD)

Beck (1996, zit. in Wimmer-Puchinger 2006) erhob in einer Metaanalyse, in die er 44 Studien inkludierte, unter anderem Prädiktoren der postpartalen Depression. Folgende Faktoren werden angeführt:

- Pränatale Depression
- Depressive Erkrankung in der Vorgeschichte
- Stress mit der Versorgung des Kindes
- Allgemeiner Stress
- Wenig soziale Unterstützung
- Pränatale Angst
- Baby-blues
- Geringe Zufriedenheit mit der Paarbeziehung

Einzelstudien kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Mc. Grath et al (1993) fanden als Prädiktoren für eine PPD die Lebensbelastung vor der Geburt, depressive Stimmung während der Schwangerschaft, früh einsetzende Angst nach der Entbindung, kognitive Beeinträchtigung, optimistische Hoffnung auf Kinder und geringe eheliche Zufriedenheit. Bergant, Heim, Ulmer und Illmensee (1998) kamen in ihrer Untersuchung zur Feststellung von Einflussfaktoren auf "early postnatal depressive mood" mit dem EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Score) an 1250 Schwangeren zu dem Ergebnis, dass hohe Geburtsbelastungen, große Ängstlichkeit (trait anxiety), geringe Lebenszufriedenheit, niedrige Schichtzugehörigkeit und geringes Geburtsgewicht des Neugeborenen die größte Relevanz für die Entwicklung einer postpartalen depressiven Befindlichkeitsstörung haben. Da Costa et al (2000) fanden, dass der beste Prädiktor für eine postpartale Befindlichkeitsstörung eine depressive Episode während der Schwangerschaft ist. Hagan et al (2004), Pope et al (1999) und Cooper, Murray, Hooper und West (1996) bezeichnen als Risikofaktoren für eine Depression Partnerschaftsprobleme, wenig soziale Unterstützung, Probleme beim Kind und Depressionen in der Vorgeschichte. Matthey et al (2003) geben an, dass eine Angststörung ein größerer Prädiktor für eine „postnatal mood disorder“ als eine Depression in der Vorgeschichte ist. Saisto et al (1999) führen geburts- und schwangerschaftsbezogene Ängste als Prädiktoren für die Wochenbettdepression an. Eine Studie von Henshaw (2000) ergab, dass 40 % der Frauen nach einem postpartalen Blues eine Wochenbettdepression bekamen (Henshaw, zit. in Cox & Holden). Ein erhöhtes Risiko für postnatale Depressionen wurde bei Geburtskomplikationen wie Kaiserschnitt- und Zangengeburt und bei langen Geburten nachgewiesen (Hannah et al 1992, Boyce et al 1992, Edwards et al 1994). Der Geburtsschmerz und die Durchführung eines Notkaiserschnittes waren die stärksten Prädiktoren für Befindlichkeitsstörungen nach der Entbindung bei Saisto et al (1999). Verdoux, Suttler, Glatigny-Dallay und Minisini (2002) fanden, dass schwere Komplikationen während der Schwangerschaft mit starken depressiven Symptomen (mit dem Edinburgh Postnatal Depression Scale, kurz als EPDS bezeichnet, gemessen) in der frühen postpartalen Zeit einhergehen unabhängig von demographischen Daten, dem Familienstand, der Parität und einer Depression oder Angststörung in der Vorgeschichte der Schwangerschaft. Keinen Zusammenhang fanden sie zwischen der Stärke der Depressionssymptome und dem Geburtsmodus

und Frühgeburt. Sie beschreiben Schwangerschaftskomplikationen als akuten oder chronischen Stressor, der das Ausmaß einer Depression erhöhen kann.

5.2.4 Depression und kulturelle Einflüsse

Cox und Holden (2003, S. 3) führen eine Studie von Cooper und Murray (1999) an, die höhere Depressionsraten "in urban areas of deprivation" angeben: Ein Drittel von Frauen eines afrikanischen Viertels in Capetown hatte eine ernste Major Depression. Cyran, Keogh und Connolly (2001) fanden bei 28,6 % von 944 (städtischen) Unterschichtsfrauen aus Dublin eine postpartale Depression. Die Häufigkeit einer Depression ist geringer auf Inselgemeinschaften wie z.B. Malta (Cox & Holden, 2003, Felice, 1998) oder in Gesellschaften mit großzügiger mütterlicher Unterstützung wie beispielsweise in Schweden (Wickberg & Hwang, 1997, zit. in Cox & Holden, 2003) oder in Ländern in denen die Geburt eines Kindes den Müttern einen hohen Status geben (Cox, 1983).

6. Schmerzen

6.1 Grundlagen

6.1.1 Definitionen

Weltweit wird versucht, den Schmerz wie andere Erfahrungen in das eigene Weltbild und Wertesystem zu integrieren. Erste Definitionen stammen aus der griechischen Antike. Aristoteles (384-322 v. Chr.) hielt Schmerzen beispielsweise für ein „Leiden der Seele“.

Für Bonica (1981) stellt Schmerz eine komplexe Erfahrung des Menschen dar. In naturwissenschaftlich westlichem Verständnis wird Schmerz als etwas gesehen, das nach Lokalisation, Ausbreitung, Dauer, Qualität und Intensität erfasst werden kann (Wörz, 1980). Diese Definition bezieht sich sehr klar auf physiologische Komponenten von Schmerzen.

Nach einer heute häufig zitierten Definition der International Association for the Study of Pain (IASP) aus dem Jahre 1979 (deutsch in Schmidt & Struppler, 1982) ist Schmerz ein „... unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“

Mit dieser Definition wird betont, dass es sich beim Schmerz um mehr als ein bloßes Sinnesphänomen oder eine reine Reizwahrnehmung handelt (Schumacher & Brähler, 1996). Schmerz umfasst immer auch gefühlsmäßige, affektive Komponenten. Durch die Hervorhebung der affektiven Aspekte wird das Schmerzgeschehen von rein sensorischen Wahrnehmungsprozessen (visuelle, auditive, taktile etc.) abgegrenzt, die nicht notwendigerweise gefühlsmäßige Reaktionskomponenten umfassen müssen. Daneben bringt die Definition zum Ausdruck, dass es für das Schmerzerleben einer Person nicht von Bedeutung ist, ob der Schmerz aufgrund einer Gewebsschädigung auftritt oder nicht (Schumacher & Brähler, 1996). Schmerz ist auch dann Schmerz, wenn keine organischen Auslösebedingungen nachweisbar sind. Gleichzeitig wird Schmerz vom betroffenen Individuum immer als ein körperliches Phänomen erfahren und muss deshalb von eher „seelischen“ Schmerzen wie „Weltschmerz“ oder „Trennungsschmerz“ unterschieden werden (vgl. Geissner, 1992; Kröner-Herwig, 1996).

Fields (1999) beschreibt Schmerz als ein komplexes Phänomen, das mehrere Aspekte enthält. „Pain is a complex phenomenon that includes physiologic, cognitive, cultural, social and emotional aspects“ (Fields, 1999).

6.1.2 Charakterisierungsmöglichkeiten von Schmerzen

6.1.2.1 Nach der Lokalisation

Das Phänomen „Schmerz“ lässt sich hinsichtlich verschiedener Aspekte näher charakterisieren. Geht man vom Entstehungsort des Schmerzes aus, so lassen sich zwei unterschiedliche **Qualitäten des Schmerzes** unterscheiden: der somatische und der viszerale Schmerz (Birbaumer & Schmidt, 1996). Der somatische Schmerz lässt sich noch einmal in einen Oberflächenschmerz (wenn er von der Haut ausgeht) und einen Tiefenschmerz (wenn er aus Muskeln, Knochen, Gelenken oder dem Bindegewebe stammt) unterteilen. Viszerale oder Eingeweideschmerzen treten bei rascher oder starker Dehnung, bei Spasmen oder Mangel durchblutung der Hohlorgane auf. Typisch viszerale Schmerzen findet man z.B. bei Gallen- oder Nierenkoliken oder bei einer Blinddarmreizung (Birbaumer & Schmidt, 1996).

6.1.2.2 Nach der Dauer des Schmerzes

Nach der Schmerzdauer kann man zwischen akuten und chronischen Schmerzen unterscheiden.

6.1.2.2.1 Akutschmerzen

Akutschmerzen treten meist relativ kurzfristig (Sekunden bis maximal Wochen) auf. Ein Ende ist meist absehbar. Sie weisen auf eine drohende oder bereits eingetretene Gewebsschädigung hin und sind in der Regel auf den Ort der Schädigung begrenzt (Schumacher & Brähler, 2002). Akute Schmerzen sollen den Organismus vor weitergehenden Schäden schützen und haben somit eine wichtige Warn- und Signalfunktion. Wird die Schmerzursache beseitigt bzw. erholt sich der Körper von den Folgen der Belastung, werden in der Regel auch keine Schmerzen mehr empfunden (Birbaumer & Schmidt, 1996, zit. in Schumacher und Brähler, 2002). Psychologische Aspekte akuter Schmerzen haben in der Forschung einen Stellenwert, beispielsweise bei chirurgischen Eingriffen. Geburtsschmerzen können zu den Akutschmerzen gezählt werden.

6.1.2.2.2 Chronische Schmerzen

Chronische Schmerzen sind zum Vergleich länger anhaltend oder dauerhaft bestehende (d.h. persistierende) Schmerzen (wie Rückenschmerzen oder rheumatisch bedingte Schmerzen) oder immer wiederkehrende (d.h. intermittierende)

Schmerzen (wie Spannungskopfschmerz und Migräne). Sie werden als chronisch bezeichnet, wenn sie drei Monate nach Beginn einer akuten Schmerzepisode immer noch bestehen (Schumacher & Brähler, 2002). Andere Autoren gehen von einer Zeitgrenze von zumindest sechs Monaten aus (Kröner-Herwig, 1996). Mit chronischen Schmerzen werden wiederholte und oftmals erfolglose Behandlungsversuche sowie Beeinträchtigungen des Erlebens und Verhaltens in Zusammenhang gebracht (Stimmung, Befindlichkeit sinkt). Während bei akuten Schmerzen eine direkte Beziehung zwischen dem Ausmaß der Gewebs- bzw. Organschädigung und der erlebten Schmerzintensität besteht, lässt sich ein solcher Zusammenhang bei chronischen Schmerzen häufig nicht mehr eindeutig nachweisen (Schumacher & Brähler, 2002).

6.1.2.3 Differenzierung nach Reaktionsmustern

Nach Birbaumer (1986) stellt Schmerz ein komplexes Reaktionsmuster auf drei verschiedenen Verhaltensebenen dar. Diese sind in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Reaktionsebenen des Schmerzes (nach Birbaumer, 1986)

Reaktionsebene	Reaktionsanteil
subjektiv-psychologisch	<p>Offene Reaktionen: (z.B. Klagen, Stöhnen, Weinen, Schreien)</p> <p>Verdeckte Reaktionen: Gedanken (z.B. „Die Schmerzen sind unerträglich“, Das Leben ist hoffnungslos“) Vorstellungen (z.B. im Bett liegen müssen, bewegungsunfähig zu sein, ausgeliefert sein) Gefühle (z.B. Angst, Verzweiflung, Depression)</p>

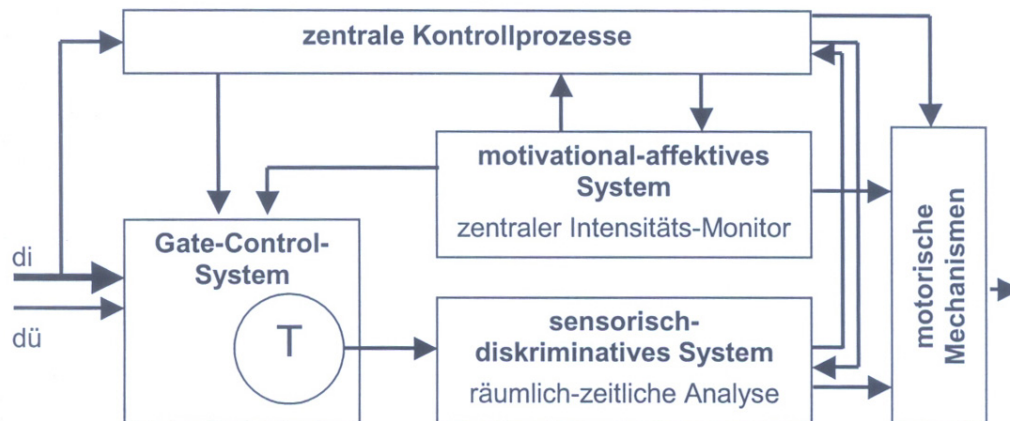
Motorisch-verhaltensmäßig	Muskuläre Reaktionen (z.B. reflektorisches Zurückziehen der Hand, Veränderung der Ausdrucksmotorik, muskuläre Verspannung)
Physiologisch-organisch	Erregungen des nozizeptiven Systems (z.B. Erregung der Nozizeptoren, im ZNS oder im autonomen Nervensystem, Freisetzung von chemisch bestimmbar Schmerzstoffen wie β -Endorphin, Substan P, Serotonin u.a.)

6.1.3 Schmerzmodelle

6.1.3.1 Gate-Control-Modell des Schmerzes

Ein integratives Schmerzmodell wurde von Melzack & Wall (1965) erstmalig als Gate-Control-Theorie des Schmerzes vorgestellt. Es entwickelte sich aus den damals bekannten Schmerztheorien. Drei Jahre später wurde das Gate-Control-Modell erweitert (Melzack & Casey, 1968). Dieses umfasst zwei Modellteile. Der erste Teil beschreibt die peripheren Mechanismen der Schmerzentstehung und –weiterleitung und der zweite den Aufbau und das Zusammenwirken verschiedener Schmerzkomponenten auf zentraler Ebene (vgl. Melzack, 1978; Melzack & Casey, 1968; Melzack & Wall, 1982, 1988). In Abbildung 5 sind die beiden Modellteile integrativ dargestellt.

Abbildung 5: Die Gate-Control-Theorie des Schmerzes (in Schumacher & Brähler, 2002 S.196)



Erläuterungen:

- di = sensorischer Input über dicke Nervenfasern
- dü = sensorischer Input über dünne Nervenfasern
- T = Transmission von der Substantia gelatinosa des Rückenmarkhinterhorns zu zentralen Strukturen der Schmerzverarbeitung

Nach diesem Modell kommt es schon im Rückenmark zu komplizierten Bahnungs- und Hemmungsmustern, die darüber entscheiden, ob schmerzhafte Impulse (Schmerzreize) an zentrale Verarbeitungsinstanzen weitergeleitet werden oder nicht. Neuronale Mechanismen im Hinterhorn des Rückenmarks haben die Funktion eines Tores (Gate), welches die Projektion des peripheren Reizeinstroms (Input) zum ZNS steuert. Die Gate-Control-Theorie wurde von verschiedenen Seiten kritisiert, beispielsweise wurden ihre neurophysiologischen Kernannahmen schon sehr früh in Zweifel gezogen (z.B. Schmidt, 1972). Doch kommt dieser Theorie der Verdienst zu, entscheidend zu einem Paradigmenwechsel in der Schmerzforschung beigetragen und zahlreiche empirische Arbeiten angeregt zu haben, die sich um eine Integration physiologischer und psychologischer Aspekte des Schmerzgeschehens bemüht haben.

6.1.3.2 Komponenten des Schmerzes

Eine andere Möglichkeit einer differenzierten Betrachtung des Schmerzgeschehens besteht darin, folgende Komponenten des Schmerzes zu unterscheiden. Das genaue Modell von Birbaumer und Schmidt (1996) ist in Abbildung 6 dargestellt. Die Zusammenfassung des Modells stammt aus Schumacher und Brähler (2002, S. 193).

Die **sensorisch-diskriminative** Komponente betrifft bewusste Sinnesempfindungen und vermittelt uns Informationen über die Lokalisation, die Dauer und Intensität eines

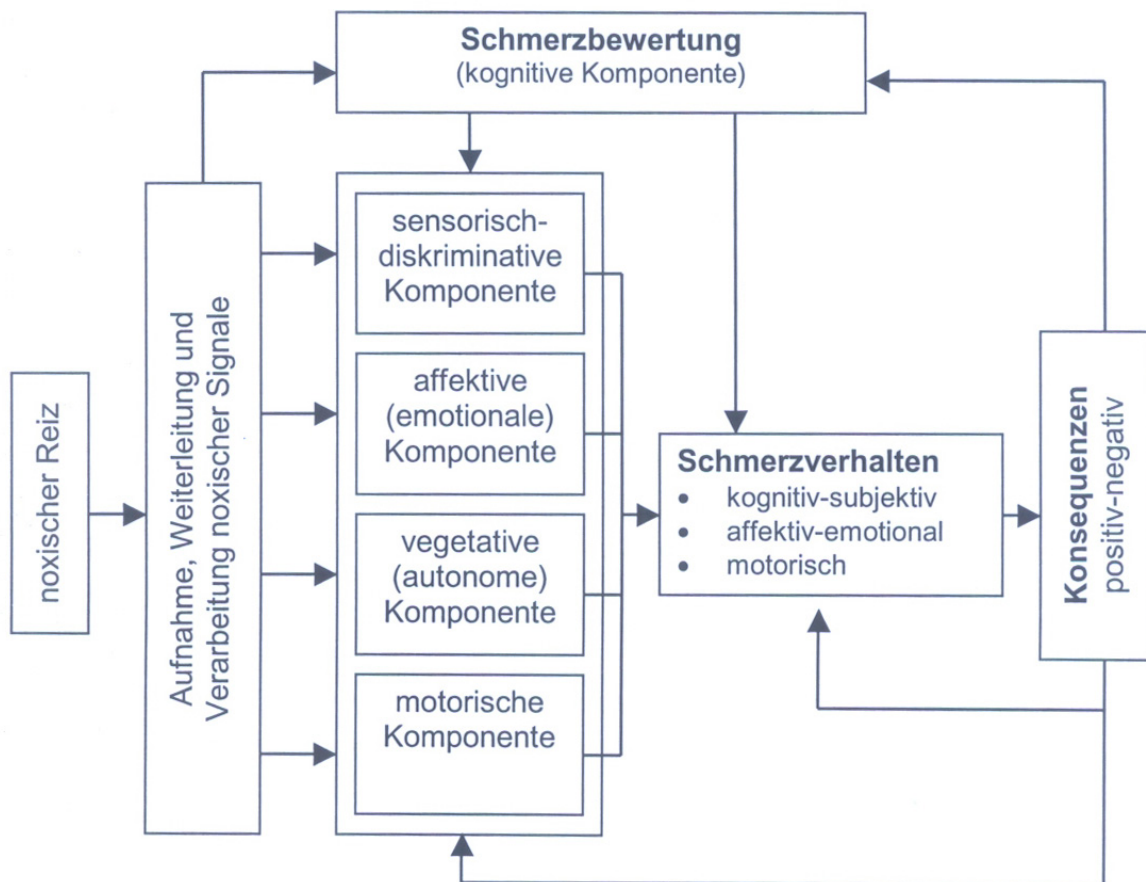
Schmerzreizes. Der Schmerz wird z.B. als heiß, stechend, pochend oder brennend empfunden.

Die **affektive (emotionale) Komponente** bezieht sich auf die Tatsache, dass Schmerz bei Betroffenen fast immer negative Affekte oder Emotionen auslöst. Der Schmerz beeinträchtigt unser Wohlbefinden, er tut weh, wir leiden unter ihm und empfinden ihn als quälend oder vielleicht sogar als grausam. Ob ein Sinnesreiz als Schmerz erlebt wird und unlustbetonte Affekte auslöst, hängt in starkem Maße von der individuellen Ausgangslage und den konkreten Umständen ab, unter denen er auftritt.

Die **vegetative (autonome) Komponente** umfasst Reaktionen auf einen Schmerzreiz, die reflektorisch über das autonome oder vegetative Nervensystem abgewickelt werden (z.B. Änderungen der Herzfrequenz und des systolischen und diastolischen Blutdrucks (vgl. Miltner, 1998)). Insbesondere bei viszeralen Schmerzen ist die vegetative Schmerzkomponente häufig sehr ausgeprägt und kann sich z.B. bei einer Gallenkolik in einem Blutdruckabfall, Schweißausbrüche und Übelkeit zeigen.

Die **motorische Komponente** des Schmerzes bezieht sich vor allem auf Flucht- und Schutzreflexe, die insbesondere bei von außen kommenden schmerzauslösenden Reizen auftreten. So erfolgt beispielsweise beim Berühren eines heißen Gegenstandes ein reflektorisches Zurückziehen der Hand. Motorische Schmerzkomponenten spielen aber auch bei viszeralen und Tiefenschmerzen eine Rolle und äußern sich dann zumeist in Muskelverspannungen. Diese Muskelverspannungen können jedoch wiederum zu einer Intensivierung des Schmerzerlebens führen, ein Phänomen, das beispielsweise bei Kopfschmerzen von Bedeutung ist (vgl. Bischoff, Taue & Zenz, 1996, Traue & Kessler, 1992). Obwohl die vier genannten Schmerzkomponenten in der Regel gemeinsam am Schmerzgeschehen beteiligt sind, stehen sie doch nur in einer losen Beziehung zueinander und können auch getrennt voneinander ablaufen (Birbaumer & Schmidt, 1996)“.

Abbildung 6: Komponenten des Schmerzes (aus Birbaumer & Schmidt, 1996, S. 345)



Die Schmerzbewertung stellt die kognitive (erkennende) Komponente des Schmerzes dar. An der Bewertung eines Schmerzreizes (z.B.: als mild, unangenehm, unerträglich) sind die sensorischen, affektiven und vegetativen Komponenten des Schmerzes je nach Schmerzursache und konkreten Begleitumständen in variierendem Ausmaß beteiligt. Bei akutem Oberflächenschmerz steht häufig die sensorische Komponente, bei akuten viszeralen Schmerzen dagegen eher die vegetative Komponente im Vordergrund. Die Schmerzbewertung selbst wiederum beeinflusst alle vier Schmerzkomponenten (sensorisch, affektiv, vegetativ, motorisch) und hat bestimmte Schmerzäußerungen zur Folge (Mimik, Wehklagen, Schonbewegungen usw.). Diese Äußerungen können als psychomotorische Komponente des Schmerzes betrachtet werden (vgl. Birbaumer & Schmidt, 1996). Das von einer Person gezeigte Schmerzverhalten wird wiederum durch die darauf folgenden Konsequenzen beeinflusst. Hier spielen Lernprozesse, insbesondere die operante Konditionierung eine große Rolle. Positive (verstärkende) Konsequenzen

erhöhen die Auftretenswahrscheinlichkeit des zuvor geäußerten Schmerzverhaltens, negative (bestrafende) Konsequenzen verringern sie eher.

6.1.4 Schmerzmessung

Die Messung der Schmerzen als klinisch-psychologisches Aufgabengebiet weist eine noch relativ junge Tradition auf. Ihr Beginn fällt Mitte der 60er Jahre mit dem allgemeinen aufgekommenen Interesse der physiologischen und medizinischen Schmerzforschung zusammen (Geissner, Dalbert & Schulte, 1992). Geissner et al (1992) geben an, dass bei Akutschmerz mit klar erkennbarer Schmerzquelle und raschen und effizienten Möglichkeiten der Beeinflussung die Beschränkung auf wenige schmerzanamnestiche Daten zur Erfassung des Schmerzgeschehens ausreichend ist. Geissner (1996) entwickelte einen Fragebogen in dem er allgemeine affektive Schmerzangaben erhebt, die Hartnäckigkeit der Schmerzempfindung und die sensorische Schmerzempfindung der Rhythmik, des Eindringens und der Temperatur.

6.2 Schwangerschaft/Geburt und Schmerzen

6.2.1 Geburtsschmerzen

Es handelt sich um einen Kontraktionsschmerz als auch um einen Dehnungsschmerz, der nach Intensität und Dauer individuell unterschiedlich angegeben wird. Die Schmerzreaktion wird dabei in hohem Maße von der emotionalen Verfassung der Frau mitbestimmt (Schwab, 1988, zit. in Deutsch, 1996). Geburtsschmerzen sind Akutschmerzen, die nicht in jedem Falle ausgeschaltet werden sollen oder können und in einem gewissen Ausmaß hinzunehmen sind. Die Schmerzen bei der Geburt werden in Kauf genommen, da sie auf ein höheres Motiv ausgerichtet sind als jenem der Schmerzlinderung, nämlich dem, ein gesundes Kind auf die Welt zu bringen und diesem Kind möglichst nicht zu schaden. Nach Melzack et al. gehören Geburtsschmerzen zu den am stärksten empfundenen Schmerzen überhaupt (Melzack, 1984). Mittels eines Fragebogens (McGill Pain Questionnaire) wurden die Schmerzen von Patienten aus verschiedenen medizinischen Bereichen miteinander verglichen. Auch wenn ein solcher Vergleich wegen der subjektiven Bewertung und Bedeutung des Schmerzes für die einzelne Person nur begrenzt möglich ist, kommt er zu dem Ergebnis, dass Geburtsschmerzen zu den intensivsten Schmerzen überhaupt gehören. Übertroffen werden sie in seiner Untersuchung nur

von Kausalgien chronischer Schmerzpatienten und Amputationsschmerzen eines Fingers. Aus dieser Untersuchung geht auch hervor, dass Geburtsschmerzen von Primipara größer sind als bei Multipara und bei Primipara weniger intensiv, wenn an einer Geburtsvorbereitung ("prepared childbirth training") teilgenommen wurde. Melzack et al. (1984) untersuchte in einer weiteren Studie den Einfluss physischer und psychischer Faktoren auf die Stärke des Geburtsschmerzes. Dabei kam er zu dem Ergebnis, dass die Geburtsschmerzen generell mit fortschreitender Zervixdilatation und zunehmender Wehenfrequenz stärker werden, also kurz vor der Austreibungsphase am stärksten sind. Die Autoren weisen darauf hin, dass es individuelle Unterschiede in der Lokalisierung der Schmerzwahrnehmung gibt. Demnach empfinden einige Frauen den Hauptschmerz im Bauch, einige am Rücken, einige am Damm, einige bei den Genitalien (Melzack et al 84, zit. in Deutsch, 1996). Weiterhin zeigte sich in dieser Studie bei Primipara, dass das Körpergewicht vor der Schwangerschaft (auf die Größe bezogen) mit der Stärke des Geburtsschmerzes positiv korreliert. Bei Multipara korreliert das Geburtsgewicht des Kindes positiv mit den Geburtsschmerzen. Frauen mit Menstruationsbeschwerden in der Anamnese leiden unter stärkeren Geburtsschmerzen als Frauen ohne eine solche Anamnese.

6.2.2 Kulturell determinierte Differenzen im Schmerzerleben

Kulturelle und religiöse Faktoren haben einen Einfluss auf das Schmerzerleben und -verhalten. Beispiele hierfür sind die griechischen Feuerläufer oder die Teilnehmer an den Hakenschwung-Ritualen in Indien und Ceylon, die im Zustand der Meditation und Trance eine deutlich erhöhte Schmerztoleranz aufweisen (vgl. Larbig, 1982, Melzack 1978, Turk, Meichenbaum & Genest, 1983).

Verbale und nonverbale Mitteilungen sind die wichtigsten Möglichkeiten der sozialen Umgebung, etwas über den Schmerz des Individuums zu erfahren. In einigen Kulturen konnte so ein direkter Zusammenhang zwischen Schmerzausdruck und Erleben festgestellt werden (Engel & Hoffmann, 1993). Als Beispiel geben sie Italiener an, für die Jammern und Schreien mit Schmerz unauflösbar verbundene Äußerungen sind. Tränen gelten als Ventil des leidenden Körpers, solange der Schmerz anhält (Zborowski 1969, zitiert in Engel & Hoffmann 1993). In ihren dramatischen Schmerzäußerungen übertroffen werden Italiener nur von Puertoricanern (nach Lipton und Marbach, 1984 zitiert in Engel & Hoffmann, 1993). Auch die gegenteilige Konstellation – das Fehlen einer für andere wahrnehmbaren

emotionalen Schmerzantwort, findet sich bei Hoffmann und Engel (1993) in Literaturbeispielen. Ein Beispiel sind hier die **Baribas**, bei denen es als schändlich gilt, Schmerz in irgendeiner Weise zu zeigen - „between death and shame death has the greater beauty“ ist eine ihrer Hauptnormen. Bei einer Vielzahl von Initiationsriten wird aus dieser Perspektive die erfolgreiche Internalisierung kultureller Werte überprüft. Der Initiant muss beweisen, dass die für einen Schmerzreiz in seiner Kultur festgelegte Bedeutungsnorm sein Verhalten stärker beeinflusst als die jedem Lebewesen eigenen biologischen, automatisierten Abwehrreaktionen, wie sie von Zuschauer von außen sichtbar wären.

Auch in westlichen Kulturen gibt es eine Reihe von Beispielen für eine solche Dissoziation zwischen Schmerzerleben und –verhalten. So wurde bei **Iren** von verschiedenen Autoren eine ruhige emotionslose Schmerzantwort nachgewiesen, die auf der stoischen Überzeugung beruht, dass das Zeigen von Schmerz diesen ohnehin nicht beeinflusst (Zola 1966, Sternbach und Tursky 1967, Zborowski 1969, Lipton & Marbach 1984). Ebenso sachlich und emotionsarm stellt sich die Schmerzantwort von weißen **US-Amerikanern** dar (Weisenberg 1980), was bei dieser Bevölkerungsgruppe eher erklärbar ist durch das Bemühen nach außen die Fassade der eigenen Stärke und Tapferkeit aufrechtzuerhalten (Sternbach und Tursky, 1965, 1967, Zborowski 1969 in Engel & Hoffman, 1993). Sheiner, Sheiner, Hershkovitz, Mozar, Katz und Shoham-Vardi (2000) kommen in ihrer Studie zum Schluss „The wider the cultural gap between the caregiver and the patient, the less accurate was the interpretation of patient’s pain“. Aus den Ergebnissen einer vergleichenden Studie von Senden (1988) mit holländischen und amerikanischen Gebärenden wird deutlich, dass antizipatorische Geburtsschmerzen die tatsächliche Stärke der Schmerzen und den Umgang damit beeinflussen. Von den amerikanischen Studienteilnehmerinnen wurden stärkere Schmerzen erwartet als von den holländischen Studienteilnehmerinnen. Demzufolge gingen Amerikanerinnen vorher davon aus, Schmerzmittel unter der Geburt zu erhalten, was bei den Holländerinnen nicht der Fall ist. Diese Einstellungen schlugen sich im Schmerzmittelverbrauch nieder. Von den Holländerinnen kamen 61 % ohne jegliche Schmerzmittel aus, bei den Amerikanerinnen waren es nur 16 %.

6.2.3 Geburtsschmerzen und Befindlichkeit

Waldenstrom et al (2004) zeigte, dass die Zufriedenheit von positiv zu weniger positiv verbunden war mit einer schwierigen Geburt (wie schmerzhafter Geburt und Kaiserschnitt). Bei Saisto (1999) ergab sich, dass Geburtsschmerz und die Durchführung eines Notkaiserschnittes die stärksten Prädiktoren für Befindlichkeitsstörungen nach der Entbindung waren.

Goldstein Ferber fanden, dass "pain catastrophizing" ein bedeutender Prädiktor sowohl für die mütterliche postpartale Befindlichkeit (maternity blues) als auch für die postpartale soziale Dimension der Lebensqualität (social functioning, SF-36) ist, wenn das mütterliche Alter, der Bildungsgrad, die Parität, die Art der Analgesie und die Intensität des Geburtsschmerzes als Kontrollvariablen in die Auswertung mit einbezogen werden. "Pain catastrophizing" ist definiert als "an exaggerated negative orientation to painful stimuli". Ein niedriges Bildungsniveau und jüngerer Alter können ebenfalls als Einflussfaktoren für „maternity blues“ and „social functioning“ gesehen werden“ (Sullivan, 1995, 2001).

6.2.4 Einflussfaktoren auf den Geburtsschmerz

Dick-Read (1950) postulierte schon in den 30-iger Jahren, dass Angst bei der Entstehung von Geburtsschmerzen eine wesentliche Rolle spielt. Durch Angst kommt es zur Verspannung der Uterusmuskulatur, wodurch die Kontraktionen schmerzhaft werden. Dies haben andere Studien bestätigt (Lang, Sorell, Rodgers & Lebeck, 2006). Angst vor der Geburt wird als ein besonders relevanter Faktor für Geburtsschmerz angegeben.

Das Alter der Frauen korreliert negativ mit den Geburtsschmerzen, das heißt, ältere Frauen erlebten weniger starke Schmerzen als Jüngere. Primipara litten unter stärkeren Schmerzen als Multipara. Der Einfluss von Geburtsvorbereitungskursen zeigte sich in dieser Studie als Parameter, der sich mildernd auf die Schmerzen auswirkt (Melzack et al 1984). Dannenbring, Stevens und House (1997) zeigten, dass unterschiedliche Faktoren auf unterschiedliche Aspekte des Schmerzes einen Einfluss haben: Sensorischer Schmerz war größer bei eingeleiteter Geburt, ungewollter Schwangerschaft und weniger hilfsbereitem Personal. Affektiver Schmerz war größer bei langer Geburt, Depression und der Überzeugung, dass ein Geburtsvorbereitungskurs, die Wahrscheinlichkeit einer natürlichen Geburt steigert.

Reading und Cox (1985) fanden, dass Medikamenteneinsatz während der Geburt, Angst und Neurotizismus mit affektiven und sensorischen Schmerz korreliert, während die Länge der Geburt nur mit sensorischem Schmerz im Zusammenhang steht.

7. Fragestellungen und Hypothesen

7.1 Ziel der Untersuchung

Schwangerschaft und Geburt bedeuten für Frauen körperliche, soziale und psychische Veränderungen. Von vielen Autoren wird die Schwangerschaft als positiver Entwicklungsimpuls, als kritisches Lebensereignis bzw. als Krise bezeichnet (Wimmer-Puchinger 1992, Obendörfer 2003). Schon die „normale“ Schwangerschaft bedeutet eine enorme Anpassungsleistung (Gloger-Tippelt, 1988) und ist nach Meinung einiger Autoren in unserer Kultur zum Teil mit großem Technologieeinsatz verbunden (z.B.: Schwarz & Schücking, 2004). Bei Risikoschwangerschaften (Präeklampsie, Diabetes oder vorzeitiger Wehentätigkeit) ist eine stationäre Betreuung schon oft in der Schwangerschaft notwendig und erhöht den „normalen“ Behandlungsaufwand. Der Einsatz von wehenhemmenden Mitteln, andere Interventionen bzw. ein Notkaiserschnitt können als sehr belastend erlebt werden. Gestose bzw. Präeklampsie-Selbsthilfegruppen bieten beispielsweise Informationsveranstaltungen zu „Traumatischen Erlebnissen um Schwangerschaft und Geburt“ an und möchten durch Erfahrungsaustausch „Mut zu neuerlichen Schwangerschaften machen“ (Aussendung Gestose-Frauen Österreich, 2006). Wie sich ein solches Life-Event auf die Lebensqualität der schwangeren Frauen (als subjektive Repräsentation der Gesundheit aus der Sicht der Betroffenen (Bullinger, 2000, Spilker, 1996) auswirkt, wurde bisher kaum wissenschaftlich erforscht. Das Konzept der Lebensqualität wurde international zur Evaluierung verschiedener Behandlungsmethoden und Krankheitsbilder in der Medizin und Auswirkungen auf die subjektive Gesundheit entwickelt. Befindlichkeitsstörungen in der Schwangerschaft und postpartal wurden öfter untersucht. Über Zusammenhänge zwischen Krankheitsbildern bzw. Interventionen in der Schwangerschaft und Geburt und der Befindlichkeit und Lebensqualität liegen bisher keine Studien vor.

Ziel der Untersuchung ist es, den Verlauf der Lebensqualität und Befindlichkeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt sowie Schmerzerleben bei der Geburt in Abhängigkeit von medizinischen Parametern wie Risikoschwangerschaften, dem Geburtsmodus (elektiver und Notkaiserschnitt, vs. normaler Geburt) und verschiedenen psychosozialen Parametern wie kulturellen/ethnischen Einflüssen festzustellen.

7.2 Hypothesen und Erwartungen

7.2.1 Unterschiede in der Lebensqualität von Schwangeren und Nicht-Schwangeren

Gloger-Tippelt (1988) beschreibt in ihrem Phasenmodell der psychischen Verarbeitung der Schwangerschaft, dass körperliche Veränderungen ab ca. der 32. SSW zunehmend belastend erlebt werden und negative Symptome wie Reizbarkeit, Depressivität etc. zunehmen (vgl. Kap.3.1.2.4).

Yeh et al (2005) konnten feststellen, dass die Lebensqualität von Schwangeren, gemessen mit dem SF-36, zu drei Messzeitpunkten allgemein schlechter ist im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Je weiter fortgeschritten die Schwangerschaft war, umso schlechter wurde die Lebensqualität beurteilt, vor allem in der physischen Dimension. Bei Goldstein-Ferber (2005) wurden Einflussfaktoren auf die soziale Dimension der Lebensqualität und die Befindlichkeit (maternity blues) untersucht. Es zeigte sich unter anderem, dass jüngeres Alter einen negativen Einfluss auf die soziale Dimension der Lebensqualität hatte (Siehe Kap. 4.2 und 6.2.3).

Daraus leitet sich als erste Hypothese ab:

Hypothese 1 (Vergleich von Schwangeren und Nicht-Schwangeren):

Es ist anzunehmen, dass die Lebensqualität von Schwangeren zum ersten Erhebungszeitpunkt (24. - 37. SSW) stärker beeinträchtigt ist, als die einer Referenzgruppe von Nicht-Schwangeren (vor allem in der physischen Dimension).

Außerdem können altersabhängige Unterschiede in der Lebensqualität angenommen werden. Im Besonderen wird erwartet, dass sich jüngeres Alter auf die soziale Dimension der Lebensqualität negativ auswirkt.

7.2.2 Welche medizinischen und psychosozialen Parameter haben einen Einfluss auf die Lebensqualität und die Befindlichkeit?

7.2.2.1 Risikoschwangerschaften als Prädiktor für die Befindlichkeit und Lebensqualität

Schwangerschaft ist keine Krankheit. Dennoch können einige Gruppen von Schwangerschaften als Risikoschwangerschaften bezeichnet werden. Es handelt sich um eine Einteilung, die sich an der medizinischen und beruflichen Praxis orientiert. Es gibt beispielsweise in der Grazer Frauenklinik Spezialambulanzen für

Diabetes und Bluthochdruck. In der vorliegenden Arbeit werden drei Gruppen von Risikoschwangerschaften definiert.

1. Präeklampsie (SIH, Präeklampsie, HELLP-Syndrom)
2. Vorzeitige Wehentätigkeit und vorzeitiger Blasensprung
3. Diabetes White A/B, Bo

Mehrere Autoren weisen darauf hin, dass eine drohende Frühgeburt und die vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft für Frauen eine große Belastung darstellen (Gloger-Tippelt, 1988, Sarimski, 2000, vgl. Kap. 3.4.1.3). Die Belastungen bei Präeklampsie werden bei Düring (2004) als Verunsicherung, Angst, Hoffnungslosigkeit etc. beschrieben. Bei Wimmer-Puchinger (1992) zeigte sich, dass Frauen mit einer Präeklampsie ängstlicher und in einem vegetativ labileren Zustand als Frauen ohne Komplikationen in der Schwangerschaft waren (vgl. Kap. 3.4.2.5). Diabetes in der Schwangerschaft wirkt sich nach Spirito (1989), Langer & Langer (1994) nicht auf den emotionalen Zustand aus (Kap. 3.4.3.3.1). Verdoux et al (2002) fanden Schwangerschaftskomplikationen als den stärksten Prädiktor für depressive Symptome in der frühen postpartalen Zeit (mit dem EPDS gemessen) unabhängig von demographischen Daten und dem Geburtsmodus.

Daraus wird abgeleitet:

Hypothese 2 zu Risikoschwangerschaften:

In der Schwangerschaft:

Es wird erwartet, dass zum ersten Erhebungszeitpunkt bei Frauen mit Präeklampsie und Schwangerschaften mit drohender Frühgeburt und Blasensprung die Lebensqualität und Befindlichkeit stärker beeinträchtigt ist, als bei Schwangeren mit Gestationsdiabetes und Schwangeren bei denen keine Schwangerschaftserkrankungen vorliegen.

Nach der Geburt (2-5 Tage und 3 Monate postpartum)

Weiters kann angenommen werden, dass Risikoschwangerschaften Präeklampsie und vorzeitige Wehentätigkeit aufgrund der damit verbundenen Frühgeburtslichkeit und gesundheitlichen Problemen der Mutter einen Einfluss auf Befindlichkeitsstörungen 2-5 Tage nach der Geburt und drei Monate danach auch auf die Befindlichkeit und Lebensqualität haben.

7.2.2.2 Geburtsmodus, Lebensqualität und Befindlichkeit

In allen Industrienationen stieg in den letzten Jahren die Kaiserschnitttrate. Sie liegt weltweit bei ca. 25 % (Wimmer-Puchinger, 2005). In der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe wurden 2004 in 26 % der Geburten Sectiones durchgeführt. Diese stehen oft in Verbindung mit einer Risikoschwangerschaft (Kap. 3.3.5).

Es gibt unterschiedliche Ergebnisse, wie sich der Geburtsmodus auf die Befindlichkeit auswirkt. Vor 20 Jahren hat man Kaiserschnittgeburten als depressionsauslösend bezeichnet, da die Frau um das Geburtserlebnis gebracht wird (Dalton, 1984). Auch Gloger-Tippelt (1988) bewertete Kaiserschnitte und vor allem Notfallkaiserschnitte (Sekundäre Sectio), die sich in ihrer psychischen Verarbeitung stark von geplanten Kaiserschnitten unterscheiden, als belastend (vgl. Kap. 3.3.5.2). Tatar et al (2000) zeigte in einem türkischen Krankenhaus (Sectionate von 48,9 %), dass Frauen mit einer vaginalen Geburt diese zu 68,1 % wieder wählen würden, während dies nur 19,7 % mit einer Kaiserschnittgeburt nochmals in Erwägung ziehen würden (vgl. Kap. 3.3.5.1). Ein erhöhtes Risiko für postnatale Depressionen gaben Hannah et al, 1992, Boyce et al 1992 und Edwards et al 1992 bei Kaiserschnitt- und Zangengeburt und langen Geburten an (vgl. Kap. 3.3.5.2).

Nach Saisto (1999) ist ein Notkaiserschnitt als Geburtskomplikation am belastendsten. Murphy et al (2005) stellten fest, dass der Geburtsmodus bei der Entwicklung einer postpartalen Depression keine Rolle spielt (vgl. Kap. 5.2.3). Torkan et al (2005) untersuchten die Lebensqualität und Befindlichkeit 12 – 14 Wochen nach der Entbindung. Frauen mit einer Spontangeburt gaben eine bessere Lebensqualität auf der physischen und psychischen Dimension sowie eine bessere Befindlichkeit bzw. geringere Depressionstendenz an, als Frauen nach einem Kaiserschnitt (vgl. Kap. 4.2).

Hypothese 3 zum Geburtsmodus und Geburtskomplikationen

2-5 Tage nach der Geburt

Trotz zum Teil widersprüchlicher Ergebnisse wird angenommen, dass die Befindlichkeit 2-5 Tage nach einem Notkaiserschnitt (sekundärer Sectio) am schlechtesten ist, gefolgt von einem geplanten Kaiserschnitt (primäre Sectio) und einer komplikationslosen vaginalen Geburt.

Nach drei Monaten

Nach drei Monaten werden Unterschiede in der Lebensqualität von Frauen, nach Kaiserschnitt (primärer und sekundärer Sectio) und Frauen nach Spontangeburt erwartet.

7.2.2.3 Bildungsniveau, Alter

Die Literatur zum Einfluss der soziodemographischen Variablen Alter und Bildungsgrad ist widersprüchlich. **In der folgenden Arbeit wird von der Arbeitshypothese** nach Goldstein-Ferber (2005) ausgegangen, dass sich ein geringes Bildungsniveau und jüngeres Alter eher negativ auf die Lebensqualität (beispielsweise die soziale Dimension) und die Befindlichkeit auswirken (vgl. Kap. 4.2). Auch Bergant et al (1998) gaben unter anderem „lower social class“ als Einflussfaktor für eine frühe postnatale Depression an (vgl. Kap. 5.2.3).

Hypothese 4

Ein geringeres Bildungsniveau und jüngeres Alter sind Prädiktoren für eine schlechtere Befindlichkeit und geringere Lebensqualität postpartum.

7.2.2.4 Kultur

Allgemein wird bei Migrantinnen ein höheres Risiko beschrieben, dass sie gesundheitliche Probleme haben, weil der Zugang zur Gesundheitsvorsorge schlechter ist (Razum & Geiger, Ahlberg & Vangen, 2005) vgl. Kap. 2.1.

Lu & Chen, (2004) geben in ihrer retrospektiven Untersuchung bei schwarzen US-Amerikanerinnen vermehrt „emotional stressors, financial stressors, partner-related stressors and traumatic stressors“ im Vergleich zu einer Gruppe von weißen US-Amerikanerinnen an. Sie leiten daraus ab, dass die Wahrscheinlichkeit bei ethnischen Minderheiten, dass sie emotionalen, finanziellen und partnerschaftsbedingten Stressoren ausgesetzt sind, größer ist als bei einer Vergleichsgruppe (vgl. Kap. 2.3).

Bei Zellkowitz et al (2004) wurden 42 % der Studienteilnehmerinnen mit Migrationshintergrund als depressiv eingestuft (vgl. Kap. 2.3).

David zeigte, dass türkische Migrantinnen zwar die allgemeine Lebenssituation (Wohn-, Einkommens- und berufliche Situation) deutlich schlechter bewerten, sie

dennoch mit ihrer Gesundheit und vor allem ihrer familiären Situation zufriedener waren als deutsche Patientinnen (Kap. 2.2).

Hypothese 5

Daraus leitet sich die Hypothese ab, dass die Dimension der Lebensqualität Umwelt sowie die Befindlichkeit von Migrantinnen im Verlauf der Schwangerschaft und nach der Geburt im Vergleich zu inländischen schwangeren Frauen stärker beeinträchtigt sein sollte.

7.2.2.5 Einfluss von sozialer Unterstützung

Hagan et al (2004), Pope et al (1999), Cooper et al (1996) und Beck (1996) bezeichnen als Risikofaktor für eine Depression mangelnde bzw. wenig soziale Unterstützung (vgl. Kap. 5.2.3). Durch die Schwangerschaft und Geburt ergeben sich völlig neue Anforderungen an die Paarbeziehung der Eltern, die sie nach der Geburt des neugeborenen Kindes in ihre Partnerschaft integrieren müssen. Wie das Paar die neue Situation verarbeitet, hängt nach Gloger-Tippelt (1988) sehr von der sozialen Unterstützung durch den Partner und Familienangehörigen ab (Kap. 3.1.2.7).

Hypothese 6

Patientinnen, die ausreichende Unterstützung von ihrem Partner und anderen Personen erhalten, haben eine bessere Lebensqualität und bessere Befindlichkeit als Frauen, die wenig oder keine Unterstützung bekommen. Dies sollte sowohl in der Schwangerschaft, nach der Geburt und 3 Monate postpartum der Fall sein.

7.2.2.6 Einstellung zur Schwangerschaft

Körperliche Veränderungen werden im Hinblick auf eine Schwangerschaft unterschiedlich bewertet (Gloger-Tippelt, 1988, Deutsch 1996, Kap. 3.1.2). Eine ungewollte Schwangerschaft kann beispielsweise bei Frauen mit einer Vorgeschichte einer psychiatrischen Störung zu einer Verschlimmerung der Problematik führen (McGrath, 1993). Lukesch (1981) bezeichnet 50-90 % der Schwangerschaften als erwünscht, wobei Geplantheit nicht notwendige Voraussetzung für die spätere Erwünschtheit sein muss. Nach Wimmer-Puchinger (1992) ist die Gleichsetzung von ungeplant = unerwünscht deshalb fehl am Platze, weil im Laufe der Schwangerschaft

ein ungeplantes Kind ebenfalls erwünscht sein kann, und umgekehrt ein geplantes Kind im Laufe der Schwangerschaft zur Ablehnung führen kann. In der vorliegenden Untersuchung wird der Einfluss der Erwünschtheit des Kindes in der späten Schwangerschaft auf die Befindlichkeit, Lebensqualität und auf das Schmerzerleben untersucht werden.

Hypothese 7

Die Erwünschtheit eines Kindes wirkt sich positiv auf die Lebensqualität und die Befindlichkeit in der Schwangerschaft und auf das Schmerzerleben bei der Geburt aus.

7.2.2.7 Angst vor der Geburt

Saisto et al (1999) stellten fest, dass Angst vor der Geburt ein Prädiktor für eine postnatale Befindlichkeitsstörung ist. Matthey et al (2003) bezeichnen eine Angststörung als einen größeren Einflussfaktor auf eine Befindlichkeitsstörung postpartum als eine Depression in der Vorgeschichte. In der vorliegenden Arbeit soll der Einfluss von Geburtsangst, konkret Angst vor Geburtsschmerzen, überprüft werden. Es wird angenommen, dass

Hypothese 8 zu Angst vor der Geburt

sich Frauen mit größerer Geburtsangst in der Schwangerschaft 3-5 Tage nach der Geburt in ihrer Befindlichkeit stärker von nicht-ängstlichen Frauen unterscheiden.

7.2.2.8 Finanzielle Situation

Wimmer-Puchinger (2006) gibt, unter anderem, finanzielle Sorgen als „starken Krisenmoment“ in der Schwangerschaft an (Kap. 3.1.1).

Hypothese 9

Ein subjektiv erlebtes gutes Einkommen wirkt sich positiv auf die Lebensqualität und Befindlichkeit aus.

7.2.2.9 Die Befindlichkeit in der Schwangerschaft als Einflussfaktor auf eine postpartale Depression

Hautzinger (2000) sieht das Vorliegen einer vorangegangenen depressiven Störung, jüngeres Lebensalter und weibliches Geschlecht als Risikofaktoren, erneut an einer depressiven Episode zu erkranken (siehe dazu Kap. 5.1.3). Eine depressive Verstimmung während der Schwangerschaft wird als starker Prädiktor für eine postpartale Depression angegeben (Hagan et al, 2004, Da Costa et al, 2000, Pope et al, 1999, Cooper et al, 1996, Beck, 1996, McGrath, 1993, vgl. Kap. 5.2.2 und 5.2.3).

Hypothese 10

Es wird erwartet, dass Frauen, die während ihrer Schwangerschaft in ihrer Befindlichkeit beeinträchtigt sind auch 2-5 Tage und drei Monate nach der Geburt stärker beeinträchtigt sind.

7.2.2.10 Gesundheit des Neugeborenen

Viele Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass Probleme beim Kind und ein geringes Geburtsgewicht als Risikofaktoren für eine Depression zu sehen sind (Hagan et al, 2004, Pope et al, 1999, Bergant et al, 1998 und Cooper et al, 1996) wie in Kapitel 5.2.3 beschrieben wurde.

Je kleiner und bedrohter der Zustand des Neugeborenen ist, umso intensiver sind die emotionalen Reaktionen der Eltern. Ihr Wohlbefinden schwankt oft parallel zum kindlichen Zustand im Verlauf der Krankenhauszeit. Von Schock als erste Reaktion auf die Trennung von sehr kleinen und zerbrechlich wirkenden Kindern folgen nach Sarimski (2000) Gefühle wie Angst, Schuldgefühle und Depression (vgl. Kap 3.4.1.3.2).

Hypothese 11 zum Neugeborenen:

Es wird angenommen, dass der subjektiv erlebte Gesundheitszustand des Kindes und das Geburtsgewicht einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität und Befindlichkeit der Mütter haben.

2-5 Tage nach der Geburt

Ein subjektiv von der Mutter als schlecht erlebter Gesundheitszustand und geringes Geburtsgewicht des Neugeborenen wirken sich negativ auf die Befindlichkeit der Mütter 2-5 Tage nach der Geburt aus (2. Erhebungszeitpunkt).

Drei Monate nach der Geburt

Auch drei Monate nach der Geburt ist anzunehmen, dass die Befindlichkeit und physische und psychische Lebensqualität der Mütter von sehr kleinen Babys bzw. schlechtem gesundheitlichen Zustand nach der Geburt, beeinträchtigt ist (3. Erhebungszeitpunkt) als bei anderen Müttern.

7.2.3 Welche Einflussfaktoren steuern das Schmerzerleben bei und nach der Geburt?

Angst vor der Geburt spielt bei der Entstehung von Geburtsschmerzen eine große Rolle (Dick-Read, 1933, Reading & Cox, 1985, Lang et al, 2006, siehe Kap. 6.2.4). Melzack et al (1984) zeigte, dass ältere Frauen, Multipara und Frauen die einen Geburtsvorbereitungskurs besucht haben, weniger Schmerzen hatten. Das Geburtsgewicht des Kindes korrelierte positiv mit den Geburtsschmerzen. Eine ungewollte Schwangerschaft wirkte sich auf den sensorischen Schmerz aus und eine lange Geburt und Depression auf den affektiven Schmerz (Dannenbring, 1997, Kap. 6.2.2). Kulturelle Faktoren haben einen Einfluss auf das Schmerzerleben und das Schmerzverhalten. Je nach kultureller Zugehörigkeit wird Schmerz von sehr expressiv bis zu sehr zurückhaltend ausgedrückt (Engel & Hoffman, 1993, vgl. Kap. 6.2.2). In westlichen Kulturen wird im Vergleich zu süd-östlicheren Kulturen wie beispielsweise den Italienern eine eher ruhige, emotionslose Schmerzantwort beschrieben.

Hypothese 12 zum Schmerzerleben

Es wird angenommen, dass sich folgende Faktoren auf das Outcome Schmerzerleben bei der Geburt ungünstig auswirken:

- Angst vor der Geburt
- Primiparität
- jüngeres Alter
- schweres Kind (ab 4000 g)
- Erwünschtheit der Schwangerschaft (auf den sensorischen Schmerz)
- Risikoschwangerschaft
- Depressionstendenz (auf den affektiven Schmerz)
- Kultur wird als Moderatorvariable angenommen

Es wird angenommen, dass sich folgende Faktoren auf das Outcome Schmerzerleben bei der Geburt günstig auswirken:

- soziale Unterstützung
- Geburtsvorbereitungskurs

7.2.3.1 Intensität des Geburtsschmerzes

Waldenstrom (2004) und Saisto (1999) zeigten in ihren Studien, dass sich ein starker Geburtsschmerz negativ auf die Befindlichkeit auswirkt. Nach Melzack wird am Ende der Eröffnungsphase, vor der Austreibungsphase, der stärkste Schmerz angenommen (vgl. Kap. 5.2.1).

Hypothese 2 zum Schmerzerleben

Bei vaginaler Geburt wirken sich stark erlebte Geburtsschmerzen in der Eröffnungsphase auf die Befindlichkeit kurz nach der Geburt negativ aus.

8. Durchführung der Untersuchung

8.1 Stichprobe

Als Studienteilnehmerinnen wurden Frauen in die Fragebogenuntersuchung eingeschlossen, die wegen einer Schwangerschaftserkrankung (Diabetes, SIH, Präeklampsie oder Frühgeburtsbestrebungen) an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe stationär behandelt wurden. Es handelte sich um eine anfallende Stichprobe. Die Frauen wurden von ihren Gynäkologen, anderen Krankenhäusern oder aus der Ambulanz wegen Komplikationen in der Schwangerschaft zugewiesen. Die Kontrollgruppe bildeten Patientinnen aus der Ambulanz, die zu einer Routinekontrolle kamen.

Die erste Datenerhebung fand zwischen der 24. und 37. SSW statt. Die zweite Befragung war nach der Geburt zwischen dem 2. und 5. Tag postpartum. Die dritte Befragung fand zwischen dem 3. und 4. Monat nach der Geburt statt.

8.1.1 Einschlusskriterien

- Schwangere, die zwischen der 24. und der 37. SSW wegen einer Schwangerschaftserkrankung an die Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe aufgenommen werden. Als Schwangerschaftserkrankungen werden Diabetes, Gestose (SIH, Präeklampsie u. HELLP) und vorzeitige Wehentätigkeit bzw. ein vorzeitiger Blasensprung in die Untersuchung eingeschlossen.
- Schwangere, die zwischen der 24. und der 37. SSW in die Ambulanz der Grazer Universitätsklinik für Geburtshilfe zu einer Routinekontrolle kommen und die Absicht haben in der Klinik zu entbinden, werden in die Studie aufgenommen. Das ist die Kontrollgruppe.
- Ethnische Minderheiten, wenn sie in der Lage sind Deutsch zu lesen und zu schreiben werden in die Studie aufgenommen.
- Es wird versucht, den Migrantinnenanteil in der Kontrollgruppe und den Untersuchungsgruppen konstant zu halten.

8.1.2 Ausschlusskriterien

- Frauen, die nicht in der Klinik entbinden möchten und dies schon sicher wissen.

- Patientinnen mit psychiatrischen Erkrankungen

- Analphabetismus (untersuchungsmethodisch bedingt)

8.2 Erhebungsinstrumente und Studiendesign

Folgende Fragebögen und standardisierte Datenblätter wurden in der Studie verwendet. Die grafische Übersicht ist in Abbildung 7 dargestellt.

- Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität (WHOQOL-Bref) in der deutschsprachigen Version von Angermeyer, Kilian & Matschinger (2000) (1. und 3. Messzeitpunkt).
- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) zu allen 3 Messzeitpunkten
- Schmerzempfindungsskala (SES) zum 2. Erhebungszeitpunkt
- Selbstkonstruierte Fragen zu den drei Messzeitpunkten
 - Soziodemographisches Datenblatt (1. Erhebungszeitpunkt)
 - Es handelt sich um einen selbst erstellten Fragebogen zur Lebenssituation der Frau und speziellen Aspekten der Schwangerschaft mit Fragen z.B.: nach dem Familienstand, sozialer Unterstützung, demographischen Daten, der Erwünschtheit der Schwangerschaft und der Angst vor Geburtsschmerzen.
 - Medizinisches Datenblatt und selbst konstruierte Fragen zum Schmerzerleben (2. Erhebungszeitpunkt)
 - Fragen zur sozialen Unterstützung (3. Erhebungszeitpunkt)

Abbildung 7

Studiendesign - Fragebögen zu den drei Erhebungszeitpunkten

Schwangerschaft	Geburt	3 Monate Postpartum
1. Erhebungszeitpunkt	2. ErhebungZP	3. ErhebungZP
EPDS	EPDS	EPDS
WHOQOL-BREF		WHOQOL-BREF
Soziodemografische Daten	SES	
	Medizinische Daten	

1. Erhebungszeitpunkt: 24. – 37. Schwangerschaftswoche
2. Erhebungszeitpunkt: 2-5 Tage nach der Geburt
3. Erhebungszeitpunkt: 3 Monate nach der Geburt

Die Befragung fand in den Risikoschwangerschaftsgruppen und der Kontrollgruppe zu den gleichen Erhebungszeitpunkten statt. Im Folgenden wird die Operationalisierung der einzelnen Parameter dargestellt und die verschiedenen Fragebögen näher beschrieben.

8.2.1 Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität

8.2.1.1 WHO-QOL-100

Der WHOQOL-100 wurde als Instrument zur international vergleichenden, detaillierten Erfassung der subjektiven Lebensqualität entwickelt. Der mit dem Anspruch einer möglichst vollständigen Erfassung aller Aspekte der Lebensqualität verbundene Umfang des Fragebogens mit insgesamt 100 Items macht den Einsatz des Instrumentes jedoch dann schwierig, wenn im Rahmen einer Studie neben der Lebensqualität noch andere Daten erhoben werden sollen, weil der Zeitaufwand für die Bearbeitung (45-90 Minuten) relativ hoch ist (Kilian, Matschinger & Angermeyer, 2000). Um den Einsatz des WHOQOL auch dann zu ermöglichen, wenn der WHOQOL-100 praktisch nicht einsetzbar ist, wurde eine Kurzversion unter der Bezeichnung WHOQOL-BREF entwickelt (WHOQOL-Group, 1998 b). Grundlage der Entwicklung des WHOQOL-BREF war der Anspruch, dass die Vollständigkeit der Lebensqualitätseinschätzung dadurch gewährleistet werden sollte, dass mindestens ein Item aus jeder Facette des WHOQOL-100 in der Kurzform des WHOQOL enthalten sein sollte (Killian, Matschinger & Angermeyer, 2000). Der WHOQOL-Bref wurde aus ökonomischen Gründen für die vorliegende Untersuchung gewählt.

8.2.1.2 WHOQOL-Bref

Insgesamt umfasst der WHOQOL-BREF 26 Items, die vier Domänen, d.h. unterschiedliche Dimensionen von Lebensqualität, sowie einer aus zwei Items bestehenden Globalbeurteilung zugeordnet sind (siehe auch Tabelle 10).

Domäne I: (7 Items) umfasst verschiedene Aspekte der **physischen Lebensqualität**. Neben dem Erleben von Schmerz werden hier die subjektive Beurteilung von Energie und Ausdauer, die Entspannungsfähigkeit, die Bewegungs- und Arbeitsfähigkeit, aber auch die Abhängigkeit von Medikamenten erfasst.

Domäne II: (6 Items) Im Rahmen der Domäne II werden verschiedenen Aspekte der **psychischen Lebensqualität**, insbesondere das Erleben von negativen und positiven Gefühlen, das Selbstwertgefühl, das Verhältnis zum eigenen Körper, die Lern- und Konzentrationsfähigkeit, sowie das spirituelle Erleben erfasst.

Domäne III: (3 Items) umfasst drei zentrale Aspekte **sozialer Beziehungen**: die subjektive Beurteilung der persönlichen Beziehungen, die subjektive Beurteilung des Sexuallebens und die subjektive Beurteilung der Angemessenheit sozialer Unterstützung.

Domäne IV: (8 Items) erfasst die für die Lebensqualität eines Menschen relevanten Aspekte **seiner sozialen und physikalischen Umwelt**, also die allgemeinen äußeren Lebensbedingungen, wie z.B. die Beurteilung der Wohnsituation und des Wohnumfeldes, die finanzielle Situation und die Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten.

Tabelle 10

Die Struktur des WHOQOL-BREF

Domänen	Items
Domäne I: Physische Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerz • Energie • Schlaf und Entspannung • Mobilität • Aktivitäten des täglichen Lebens • Abhängigkeit von Medikamenten • Arbeitsfähigkeit
Domäne II: Psychische Domäne	<ul style="list-style-type: none"> • Positive Gefühle • Denk-, Lern- und Konzentrationsfähigkeit • Selbstbewusstsein • Körpergefühl • Negative Gefühle • Persönliche Überzeugungen, Spiritualität
Domäne III: Soziale Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Beziehungen • Sexualeben • Soziale Unterstützung
Domäne IV: Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Physische Sicherheit und Schutz • Wohnbedingungen • Finanzielle Ressourcen • Verfügbarkeit von Sozial- und Gesundheitsdiensten • Informationsmöglichkeiten • Gelegenheit zu Freizeitaktivitäten • Umweltbedingungen im Wohngebiet • Beförderungsmöglichkeiten
Globalbeurteilung	<ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung der Lebensqualität • Zufriedenheit mit der Gesundheit

Besonders durch die Domäne IV unterscheidet sich der WHOQOL-BREF von den meisten anderen Instrumenten zur Erfassung gesundheitsrelevanter Lebensqualität. Die Einbeziehung der Umweltbedingungen in die Erfassung der Lebensqualität basiert auf der Empfehlung die Beziehung des Menschen zu seiner Umwelt als wesentlichen Bestandteil seiner Gesundheit zu betrachten. Die Bildung der Subskalen für die vier Domänen und die Globalbeurteilung beinhaltet die Transformation der Rohwerte in einen Wertebereich zwischen 0 und 100, so dass trotz der unterschiedlichen Itemzahlen die Werte der verschiedenen Domänen und der Globalbeurteilung direkt miteinander vergleichbar sind (WHOQOL-Group, 1998 b). Die psychometrischen Eigenschaften der deutschsprachigen WHOQOL-Versionen erwiesen sich als gut. Die Reliabilität (Cronbach's Alpha) der Subskalen

der deutschsprachigen Version des WHOQOL-BREF liegt für die untersuchte Gesamtpopulation (N=2432) zwischen .76 und .88, die Validität zeigte sich insbesondere durch eine gute Diskriminierungsfähigkeit zwischen gesunden und erkrankten Teilpopulationen (Angermeyer, Kilian & Matschinger in Druck, zit. in Kilian, Matschinger & Angermeyer, 2000). Die ausformulierten Fragen sind in Tabelle 11 angegeben.

Tabelle 11

Die Items des WHOQOL-BREF (- negative Kodierung)

Item-Nr.	Iteminhalt	Domäne
1 2	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen? Wie zufrieden sind sie mit Ihrer Gesundheit?	Global
3 10 16 15 17 4 18	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun? - Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben? Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf? Wie gut können Sie sich fortbewegen? Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können? Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern? - Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	Physisch
5 7 19 11 26 6	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen? Wie gut können Sie sich konzentrieren? Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst? Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren? Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression? - Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	Psychisch
20 22 21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen? Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde? Wie zufrieden sind sie mit Ihrem Sexualleben?	Soziale Beziehungen
8 23 12 24 13 14 9 25	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben? Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen? Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können? Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können? Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen? Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten? Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet? Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	Umwelt

Im WHOQOL-BREF kann man die oben beschriebenen Bereiche/Domänen auf fünf verschiedenen Skalentypen beschreiben. Es handelt sich um 5-stufige Likertskalen (1-5).

Intensität:

Diese Skala misst den Grad oder das Ausmaß von Erfahrungen, Zuständen oder Situationen wie z.B. die Intensität des Schmerzerlebens oder anderer Krankheitssymptome und die wahrgenommene Beeinträchtigung durch diese Symptome. Als Ankerpunkte der Intensitätsskala wurden die Deskriptoren „überhaupt nicht“ (not at all) und „äußerst“ (extremely bzw. an extreme amount) gewählt.

Kapazität:

Diese Skala misst die Kapazität eines Menschen im Hinblick auf seine Handlungsfähigkeit, seine Fähigkeit zum positiven Gefühlserleben sowie die Fähigkeit zu Erfüllung von materiellen, sozialen, emotionalen und intellektuellen Bedürfnissen. Ankerpunkte dieser Skala sind „überhaupt nicht“ (not at all) und „völlig“ (completely).

Häufigkeit (Frequency):

Diese Skala misst die Häufigkeit des Auftretens von Zuständen oder Verhaltensweisen in einem Zeitraum von zwei Wochen. Die Ankerpunkte dieser Skala sind „niemals“ (never) und „immer“ (always).

Bewertung (Evaluation):

Dieser Skalentyp misst die subjektive Bewertung der unterschiedlichen Bereiche der Lebenssituation eines Menschen sowie die subjektive Zufriedenheit mit diesen Lebensbereichen. Ankerpunkte dieser Skala sind „sehr gut“ (very good) und „sehr schlecht“ (very poor) sowie „sehr zufrieden“ (very satisfied) und „sehr unzufrieden“ (very dissatisfied).

Wichtigkeit (Importance):

Dieser Skalentyp misst die subjektive Wichtigkeit, die Menschen den einzelnen Aspekten ihrer Lebenssituation beimessen. Die Ankerpunkte dieser Skala sind „überhaupt nicht wichtig“ (not important) und „äußerst wichtig“ (extremely important).

8.2.2 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Die Entwicklung des EPDS wurde von Cox, Holden und Sagovsky erstmalig 1987 vorgestellt. Ziel des Fragebogens war es, postnatale depressive Befindlichkeitsstörungen zu identifizieren. Als Besonderheit werden körperliche Symptome, die nach der Geburt häufig vorkommen (Müdigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit) ausgeschlossen, um nicht fälschlicherweise eine Befindlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Frauen werden in der Instruktion gebeten, eine von vier Antwortmöglichkeiten zu wählen, die dem möglichst nahe kommt, wie sie sich in den letzten sieben Tagen gefühlt haben. Jede Frage hat einen Punktwert von 0 bis 3 und die Werte der 10 Fragen werden zusammengezählt. Die höchste Punktezahl ist somit 30 und bedeutet eine sehr schwere Depression, das Minimum ist 0 und bedeutet ein völliges Fehlen jeglicher Symptome.

Hohe Scores in der ersten Woche nach der Geburt zeigen einen Baby-Blues an. Cut-off Werte werden zwischen 9 bis 13 angegeben. Sehr hohe Werte können bei einer akuten Krise oder einer Frau mit Persönlichkeitsstörung vorliegen. Der EPDS wurde für die Verwendung postpartal entwickelt. Mittlerweile wurde er auch für die Schwangerschaft validiert. Der EPDS korreliert gut mit anderen Depressionsinventaren wie der Beck Skala (BDI) und dem Gesundheitsfragebogen (GHQ).

Teststatistische Kennwerte:

Beck and Gable (2001) fanden eine Korrelation von 0,59 zwischen dem EPDS und diagnostischen Kriterien einer Major/Minor postpartum Depression (PPD), eine Sensitivität von 78 % zur Diagnose einer Major PPD und 59 % zur Diagnose einer Major oder Minor PPD und eine Spezifität von 99 % für eine PPD und 86 % für eine Major oder Minor PPD. Weitere Untersuchungen von Dennis (2002) zeigten, dass der EPDS in der Lage ist, 85, 4% der Frauen mit PPD nach 4 Wochen und 82, 5% der Frauen nach 8 Wochen postpartum exakt zu bestimmen.

Die Split-half Reliabilität lag bei .88 und der α -Koeffizient bei .87 (Cox et al, 1987).

Muzik, Klier, Rosenblum, Holzinger, Umek & Katschnig (2000) zeigten, dass die deutsche Übersetzung des EPDS reliabel zum Screening einer postpartalen Depression ist. Die interne Konsistenz liegt bei 0,82 (Chronbach's Alpha).

8.2.3 Die Schmerzempfindungsskala (SES)

Die Schmerzempfindungsskala (SES) umfasst einen aus 24 Items bestehenden Fragebogen. Die Items sind 5 Merkmalen (Skalen) zugeordnet:

Zwei Merkmale beschreiben affektive Aspekte der Schmerzempfindung, drei Merkmale beschreiben sensorische Aspekte der Schmerzempfindung. Die zwei „affektiven“ Merkmale sind in der Anwendungspraxis zu einem Globalmaß SES-affektiv zusammengefasst, das im klinischen Alltag als solches verwendet wird. Die drei sensorischen Merkmale können dagegen sowohl zu einem Globalmaß SES-sensorisch zusammengefasst, als auch in der differenzierten Form mit Merkmalen der Teilskalen verwendet werden (sensorische Schmerzempfindungen der Rhythmik, des Eindringens und der Temperatur). In der vorliegenden Arbeit wird auf diese differenzierte Beschreibung verzichtet, da die Globalmaße SES-affektiv und SES-sensorisch vollkommen ausreichen.

Die Items sind im Fragebogen in diese zwei Gruppen gegliedert. In der ersten Gruppe sind die „affektiven“ Items aufgeführt (Teil A). In der zweiten Gruppe sind die „sensorischen“ Items aufgelistet (Teil B).

Die befragten Personen sollen ihre typischen Schmerzen beschreiben, entweder bezogen „auf die letzte Zeit (ca. letzte drei Monate)“ oder bezogen auf „die letzten Tage“ oder bezogen auf „diesen Moment“. In der vorliegenden Studie bezieht sich der Fragebogen auf „die letzten Tage“ nach der Geburt, um die Akutschmerzen postpartal zu erheben. Die Schmerzangaben beruhen auf subjektiven Urteilen. Die Anleitung zur Bearbeitung ist auf jedem Fragebogen aufgeführt und selbsterklärend. Für die Bearbeitung ist keine zeitliche Begrenzung vorgesehen. Der erforderliche Zeitaufwand beträgt etwa fünf - zehn Minuten.

Anhand von Standardwerten lässt sich für jeden einzelnen Schmerzpatienten die relative Position der erzielten Werte (zwei Werte für die globalen Dimensionen „SES-affektiv“ und „SES-sensorisch“, drei Werte für die sensorischen Teilsummen) im Vergleich zur Referenzstichprobe ermitteln. Dabei werden T-Werte zwischen 40 und 60 als durchschnittliche Schmerzausprägung interpretiert (das arithmetische Mittel der T-Verteilung beträgt 50, die Standardabweichung 10). Liegt der T-Wert zwischen 30 und 39 ist die Schmerzausprägung als unterdurchschnittlich, zwischen 61 und 70 als überdurchschnittlich zu interpretieren. Unterdurchschnittliche Schmerzausprägungen liegen bei T-Werten von 20 bis 29 vor, überdurchschnittliche bei T-Werten von 71 bis 80. Diese Interpretationen beziehen sich auf die Relation

des für einen einzelnen Patienten erhaltenen Wertes zu einer großen Referenzstichprobe aus Schmerzpatienten, meist mit chronischen Schmerzen, nicht zur Schmerzausprägung in der Gesamtbevölkerung. Im Vergleich zu diesen wären vermutlich alle – auch die niedrigeren – Ausprägungen noch als überdurchschnittlich zu bezeichnen.

Teststatistische Kennwerte

Die Anleitung, Durchführungsvorschriften und Beantwortungsmöglichkeiten sind explizit vorgegeben. Ebenfalls erfolgt die Beantwortung bzw. Auswertung und Interpretation einem standardisierten Muster, weshalb die Entwickler des Tests von Objektivität im Sinne der Testdiagnostik ausgehen. Die Skalenhomogenität (Chronbach´s Alpha) liegt bei den affektiven Skalen zwischen .82 und .92 und bei den sensorischen Skalen zwischen .72 und .85. Die Re-test-Reliabilität lag nach 2 Monaten (N = 50) bei den affektiven Skalen zwischen .94 und .96 und bei den sensorischen Skalen zwischen .89 und .95. Homogenitäten und Re-Test-Reliabilität erlauben die Durchführung von Gruppenvergleichen, Vergleichen von Einzeltestwerten mit Referenzgruppen und Veränderungsmessungen.

8.2.4 Selbstkonstruierte Fragen zu den drei Messzeitpunkten

8.2.4.1 Soziodemographisches Datenblatt (1. Erhebungszeitpunkt)

Soziodemographische Daten werden mit einem Formblatt erhoben. Ziel ist es einen Einblick in die allgemeine Lebenssituation der Frau und Daten zu spezifischen Aspekten der Schwangerschaft zu gewinnen.

Folgende Fragen werden gestellt: Fragen zum Alter und Familienstand, dem subjektiven Erleben der Schwangerschaft, dem Erleben sozialer Unterstützung, dem Bildungsniveau, der Erwünschtheit der Schwangerschaft, dem Wohnort, der finanziellen Situation. Eine Skala zur Angst vor der Geburt und eine offene Frage zu relevanten Ereignissen in der Schwangerschaft vervollständigt das Formblatt (siehe Anhang).

8.2.4.2 Medizinisches Datenblatt (2. Erhebungszeitpunkt)

Die Erhebung der medizinischen Daten erfolgt mit einem weiteren Datenblatt. Die Daten werden aus der Krankengeschichte der Frau gewonnen, wie Angaben über die Art der Risikoschwangerschaft, der Apgar-Wert, das Gewicht des Kindes, der

Geburtsmodus, die Geburtsdauer, verabreichte Wehenmittel, Analgetika und die Lage des Kindes.

Außerdem werden der Studienteilnehmerin retrospektiv Fragen zur Schmerzintensität (in der Eröffnungsphase, Austreibungsphase und der Plazentaperiode) bei Spontangeburt gestellt. Es folgen Fragen zur aktuellen Schmerzintensität nach der Geburt, zum Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses, zur Zufriedenheit mit der Geburt und dem subjektiven Eindruck vom Gesundheitszustand des Kindes (siehe Anhang).

Einerseits werden damit Informationen für die spätere Gruppierung gewonnen, andererseits soll eine genaue Stichprobenbeschreibung ermöglicht werden.

8.2.4.3 Fragen zur sozialen Unterstützung (3. Erhebungszeitpunkt)

Zum dritten Zeitpunkt werden nur drei Fragen gestellt um den Zeitaufwand für die Studienteilnehmerinnen möglichst gering zu halten.

Die erste Frage beschäftigt sich als offene Frage mit dem Gesundheitszustand des Kindes. Die zweite mit der Unterstützung durch den Partner und die dritte mit der Unterstützung durch wichtige andere Personen und kann auf einer 11-stufigen numerischen Ratingskala beantwortet werden.

8.3 Untersuchungsablauf

Die Untersuchung wurde im Rahmen meiner Tätigkeit als Klinische Psychologin in der Abteilung für Geburtshilfe in der Grazer Frauenklinik durchgeführt. Die Kontaktaufnahme mit den Studienteilnehmerinnen erfolgte im Landeskrankenhaus Graz bei der stationären bzw. ambulanten medizinischen Betreuung. Mit der Datenerhebung wurde im Juni 2006 begonnen und im August 2007 nach dem dritten Erhebungszeitpunkt abgeschlossen. Das Studiendesign ist in Kap. 8.2, Abb.7 dargestellt. Nachfolgend wird der Studienablauf für die drei Erhebungszeitpunkte genauer beschrieben.

8.3.1 Erster Erhebungszeitpunkt

Alle Frauen, die in der 24. bis zur 37. Schwangerschaftswochen stationär aufgenommen wurden und wegen einer der drei Risikogruppen: Frühgeburtlichkeit, Diabetes White A/B oder Präeklampsie behandelt wurden, wurden gebeten, an der Studie teilzunehmen. Die meisten erklärten sich dazu bereit, erhielten zusätzlich noch ein Informationsblatt und unterschrieben eine Einverständniserklärung. Anschließend füllten sie je nach Wunsch die Fragebögen selbstständig oder mit Unterstützung aus. Die meisten taten es selbstständig. Viele Frauen betrachteten das Ausfüllen der Fragebögen als willkommene Abwechslung im Patientinnenalltag. Fünf Frauen lehnten die Teilnahme ab, weil ihnen die Fragen zu intim waren. Einige Frauen wollten nicht in der Klinik entbinden, weshalb sie von vornherein aus der Studie ausgeschlossen wurden (siehe Ein- und Ausschlusskriterien). Andere wussten es noch nicht ganz genau, da sie sehr überraschend mit Komplikationen in der Schwangerschaft und dem Klinikaufenthalt konfrontiert waren. Sie wurden vorerst in die Studie eingeschlossen. Die normale Gruppe wurde im Rahmen von Routinekontrollen in der Ambulanz von geschultem Ambulanzpersonal kontaktiert. Das Informationsblatt und der Fragebogen wurden vor der medizinischen Untersuchung ausgeteilt, in der Wartezeit ausgefüllt und danach wieder abgegeben. Frauen, die noch nicht wussten, ob sie in unsere Klinik zur Entbindung kommen würden, wurden vorläufig in die Studie aufgenommen.

Die erste Befragung dauerte zwischen 20 und 40 Minuten. Den Frauen wurde explizit versichert, dass ihre Angaben zu allen drei Zeitpunkten vertraulich und anonym behandelt werden, und dass die Befragung keinen Einfluss auf ihre weitere medizinische Behandlung haben würde.

8.3.2 Zweiter Erhebungszeitpunkt

Zwei bis fünf Tage nach der Geburt ihres Kindes wurden alle Frauen (bei Geburt im Haus) persönlich kontaktiert und über den zweiten Teil der Befragung informiert. Die Frauen füllten die Fragebögen wieder selbständig oder mit Unterstützung aus. Die meisten taten es selbständig bis zum nächsten Tag.

Anschließend wurde die endgültige Gruppeneinteilung (Risikoschwangerschaften ja/nein und Art) auf Grundlage der medizinischen Daten aus der Krankengeschichte vorgenommen. Einige wenige der normalen Gruppe mussten aufgrund von Frühgeburtlichkeit umgruppiert werden. Die Befragung zum zweiten Zeitpunkt dauerte zwischen 15 und 30 Minuten.

8.3.3 Dritter Erhebungszeitpunkt

Drei Monate nach der Geburt wurden die Studienteilnehmerinnen erneut kontaktiert. Dieses Mal erhielten sie die Fragebögen per Post mit einem frankierten Rückantwortkuvert. Nach zwei Wochen bekamen alle Frauen, die den Fragebogen noch nicht zurückgeschickt hatten einen Erinnerungsanruf.

8.4 Ausschlüsse von Studienteilnehmerinnen

Insgesamt wurden 136 Frauen zum ersten Zeitpunkt befragt. 24 Frauen wurden aus unterschiedlichen Gründen aus der Studie ausgeschlossen: 19 davon weil sie einen anderen Geburtsort (Geburtshaus im Heimatbezirk bzw. Sanatorium) wählten. Es handelte sich dabei um 11 Studienteilnehmerinnen, die nach bewältigter Frühgeburtsbestrebungen eine andere Klinik aufsuchten, 4 Frauen mit Diabetes mellitus und 4 Frauen, die zum ersten Zeitpunkt in die Gruppe der normalen Schwangeren fielen.

Zwei Frauen verloren ihr Kind in den ersten Tagen nach der Geburt. Sie befanden sich zum zweiten Untersuchungszeitraum in einer akuten Krise, weshalb sie aus ethischen Gründen aus der Studie ausgeschlossen und psychologisch betreut wurden. Zwei Frauen waren nach Geburtskomplikationen zum zweiten Erhebungszeitpunkt auf der Intensivstation. Eine Frau konnte nicht befragt werden, weil kein Interviewer im Haus war (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12

Ausschlussgründe nach dem ersten Erhebungszeitpunkt

	Ausschlussgründe			
	Keine Psychologin im Haus	Zum zweiten Zeitpunkt in einem anderen Krankenhaus am Heimatort bzw. im Sanatorium	Kind verstorben in der 25. - 26. SSW	Zum zweiten Messzeitpunkt auf der Intensivstation
Frühgeburtsbestrebungen	1	11	2	
GDM White A/B GDM White A		2 2		
Schwere Präeklampsie				2
Normal		4		
Summe	1	19	2	2

Sieben Frauen, von 112, mussten aus der Studie ausgeschlossen werden, da eine eindeutige Gruppenzuordnung nicht möglich war. Insgesamt waren die Daten von 105 Frauen für die ersten beiden Zeitpunkte vollständig. Zum dritten Erhebungszeitpunkt waren 91 Datensätze vollständig. Vollständige Datensätze liegen also vor für:

1. Erhebungszeitpunkt: 105
2. Erhebungszeitpunkt: 105
3. Erhebungszeitpunkt: 91

Ausnahme bildet die erste Auswertung: Für den Vergleich der schwangeren Frauen mit einer Referenzgruppe konnten alle 112 Datensätze herangezogen werden.

8.5 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte grundsätzlich nach den Richtlinien von Bortz (1993) und Zöfel (2003). Die Daten wurden mit Fragebögen oder elektronisch mit dem Fujitsu Lifebook von Siemens und dem Computerprogramm Annyquin für Windows von Sigle J. (1996-2006) erhoben, in eine Excel-Tabelle transferiert und in das SPSS für Windows (Version 14.0) übernommen. Die Berechnungen wurden mit dem SPSS durchgeführt. Verteilungsform (Normalverteilung) und Skalenniveau (Intervallskalenniveau) entsprechen als Voraussetzungen den angewandten statistischen Verrechnungsformen. Das Signifikanzniveau wurde mit Alpha 0.05

festgelegt. Die Auswertungsverfahren werden im Anschluss für die drei Erhebungszeitpunkte genauer beschrieben.

8.5.1 Unterschiede in der Lebensqualität von Schwangeren und Nicht-Schwangeren

Der Unterschied in der Lebensqualität von Schwangeren verschiedener Altersgruppen im Vergleich zu einer Referenzgruppe von Nicht-Schwangeren wurde anhand einer robusten Varianzanalyse nach Welch berechnet. Es wurden alle Frauen (N=112) in die Auswertung mit einbezogen.

- Die *unabhängige Variable* war die Zugehörigkeit zur Gruppe der Schwangeren bzw. Nicht-Schwangeren (letzteres entspricht einer Referenzgruppe gleichaltriger Frauen).
- Die *abhängigen Variablen* waren die vier unterschiedlichen Dimensionen der Lebensqualität (physisch, psychisch, soziale Beziehungen und Umwelt) sowie eine Globalbeurteilung der Lebensqualität.

8.5.2 Einflussfaktoren auf die Lebensqualität und die Befindlichkeit in der Schwangerschaft

Zu dieser Fragestellung wurde sowohl eine univariate als auch eine multivariate Auswertung vorgenommen.

Univariat wurde der Einfluss der kategorialen Variablen Risikoschwangerschaft, Geburtsmodus und Schulbildung auf die Variablen Befindlichkeit und Lebensqualität jeweils mittels robuster Varianzanalyse nach Welch berechnet.

- *Unabhängige Variablen* waren die Gruppeneinteilung zur Risikoschwangerschaft, der Geburtsmodus und die Schulbildung.
- *Abhängige Variablen* waren die vier Dimensionen der Lebensqualität (physisch, psychisch, soziale Beziehungen und Umwelt), sowie eine Globalbeurteilung der Lebensqualität und der Depressions- bzw. Befindlichkeitsscore (EPDS-Score).

Mittels Produktmomentkorrelation nach Pearson wurde der Zusammenhang der *unabhängigen Variablen* „soziale Unterstützung, Erwünschtheit der Schwangerschaft, Angst vor der Geburt, finanzielle Lage, Kultur und Alter“ mit den *abhängigen Variablen* „Lebensqualität und Befindlichkeit“, berechnet.

Multivariat wurde eine Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell mit allen Variablen berechnet.

- Kategoriale *unabhängige Variablen* wurden als Faktoren behandelt. Dazu zählten die jeweilige Gruppe der Risikoschwangerschaft und vier Gruppen der Schulbildung.
- Dichotome bzw. metrische *unabhängige Variablen* wurden als Kovariaten betrachtet. Dazu zählten die soziale Unterstützung (durch den Partner und andere Personen), die Erwünschtheit der Schwangerschaft, Angst vor der Geburt, die finanzielle Lage, Kultur und das Alter.

Es wurden Haupteffekte und Kovariaten ausgewertet. Mit dem globalen Modelltest wurde der prognostische Einfluss der *unabhängigen* auf die *abhängigen Variablen* untersucht.

8.5.3 Einflussfaktoren auf die Lebensqualität und die Befindlichkeit 2 – 5 Tage nach der Geburt

Univariat wurde wieder der Einfluss der kategorialen Variablen Risikoschwangerschaft, Geburtsmodus und Schulbildung auf die Variablen Befindlichkeit und Lebensqualität jeweils mittels robuster Varianzanalyse nach Welch berechnet.

- *Unabhängige Variablen* waren die Gruppenzuteilung zur Risikoschwangerschaft, der Geburtsmodus und die Schulbildung.
- *Abhängige Variablen* waren der Depressions- bzw. Befindlichkeitsscore (EPDS-Score) und das affektive und sensorische Schmerzerleben und die Schmerzintensität.

Mittels Produktmomentkorrelation nach Pearson wurde 2-5 Tage nach der Geburt der Zusammenhang der *unabhängigen Variablen* „soziale Unterstützung, Erwünschtheit der Schwangerschaft, Angst vor der Geburt, finanzielle Lage, Kultur, Alter, Befindlichkeit zum ersten Zeitpunkt, das Geburtsgewicht des Kindes, die Schwangerschaftswoche bei der Geburt, die Befindlichkeit des Kindes, die Parität und der Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses“ mit den *abhängigen Variablen* „Befindlichkeit und dem Schmerzerleben“ berechnet.

Multivariat wurde eine Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell berechnet. Es wurden Haupteffekte und Kovariaten ausgewertet. Zum

prognostischen Einfluss der UV's auf die AV's wurde ein globaler Modelltest durchgeführt.

8.5.4 Einflussfaktoren auf die Lebensqualität und die Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt

Univariat wurde wieder der Einfluss der kategorialen Variablen Risikoschwangerschaft, Geburtsmodus und Schulbildung auf die Variablen Befindlichkeit und Lebensqualität jeweils mittels robuster Varianzanalyse nach Welch berechnet.

- *Unabhängige Variablen* waren die Gruppenzuteilung zur Risikoschwangerschaft, der Geburtsmodus und die Schulbildung.
- *Abhängige Variablen* waren der Depressions- bzw. Befindlichkeitsscore (EPDS-Score und die physische, psychische, soziale, Umwelt und globale Dimension der Lebensqualität).

Drei bis vier Monate nach der Geburt wurde mittels Produktmomentkorrelation nach Pearson der Zusammenhang der *unabhängigen Variablen* „soziale Unterstützung, Erwünschtheit der Schwangerschaft, Angst vor Geburtsschmerzen, finanzielle Lage, Kultur und Alter“ mit den *abhängigen Variablen* „Lebensqualität und Befindlichkeit“ berechnet.

Multivariat wurde erneut eine Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell berechnet. Es wurden Haupteffekte und Kovariaten ausgewertet. Zum prognostischen Einfluss der UV's auf die AV's wurde ein globaler Modelltest durchgeführt.

8.5.5 Der Verlauf der Veränderung der Befindlichkeit und der Lebensqualität

Die Veränderungen der Befindlichkeit und Lebensqualität über den zeitlichen Verlauf in Abhängigkeit von der Risiko- bzw. normalen Schwangerschaft und der Kultur wurde mittels dreifaktorieller Varianzanalyse berechnet.

- Die drei *unabhängigen Variablen* bzw. Faktoren waren die Risikogruppe bzw. normale Schwangerschaftsgruppe, die Kultur (Migrantin ja/nein) und der zeitliche Verlauf.
- Die *abhängigen Variablen* war die Befindlichkeit (zu allen drei Erhebungszeitpunkten) und die physische, psychische, soziale, Umwelt und globale Dimension der Lebensqualität.

9. Ergebnisse

9.1 Unterschiede in der Lebensqualität von Schwangeren und Nicht-Schwangeren

Es zeigte sich mittels robuster Varianzanalyse nach Welch, dass die jüngste Gruppe der Schwangeren (bis 25 Jahre) sich in drei Dimensionen der Lebensqualität signifikant von der Referenzgruppe unterschied. Schwangere Frauen zwischen 17 und 25 Jahren beurteilten ihre physische ($p < .001$), psychische ($p < .012$) und globale Lebensqualität ($p = .001$) signifikant schlechter als die Referenzgruppe.

Schwangere zwischen 26 und 36 Jahren bewerteten ihre Lebensqualität ebenfalls in der physischen ($p < .001$) und psychischen Dimension ($p = .043$) schlechter als die Referenzgruppe. Im Bereich der sozialen und physikalischen Umwelt (also den äußeren Lebensbedingungen) beurteilten sie ihre Lebensqualität jedoch besser als die Referenzgruppe ($p = .003$).

Schwangere Frauen zwischen 36 und 45 Jahren beurteilten ihre Lebensqualität in der physischen Dimension ($p = .019$) schlechter als die Referenzgruppe. In den Dimensionen der sozialen Beziehungen ($p = .001$) und der Umweltbedingungen ($p = .001$) beurteilten sie ihre Lebensqualität besser als die Referenzgruppe.

Gemeinsam ist allen schwangeren Frauen der drei Altersgruppen, dass sie ihre physische Lebensqualität schlechter als die Referenzgruppe bewerteten. Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13

Unterschiede in der Lebensqualität von Schwangeren und Nicht-Schwangeren in Abhängigkeit vom Alter

Alter <= 25		N	M	s	p
WHOQOL-BREF1 PHYSISCH	Schwangere	30	66.31	17.44	<.001
	Nicht-Schwangere	116	86.04	13.24	
WHOQOL-BREF1 PSYCHISCH	Schwangere	30	69.58	15.17	.012
	Nicht-Schwangere	116	77.74	15.12	
WHOQOL-BREF1 SOZIAL	Schwangere	30	79.44	16.91	.946
	Nicht-Schwangere	116	79.67	14.59	
WHOQOL-BREF1 UMWELT	Schwangere	30	75.00	13.16	.114
	Nicht-Schwangere	116	70.67	12.94	
WHOQOL-BREF1 GLOBAL	Schwangere	30	65.83	15.37	.001
	Nicht-Schwangere	116	76.62	15.42	
Alter 26 – 35					
WHOQOL-BREF1 PHYSISCH	Schwangere	53	65.67	18.36	<.001
	Nicht-Schwangere	214	82.87	14.67	
WHOQOL-BREF1 PSYCHISCH	Schwangere	52	72.92	14.09	.043
	Nicht-Schwangere	214	77.47	15.41	
WHOQOL-BREF1 SOZIAL	Schwangere	53	80.03	16.69	.126
	Nicht-Schwangere	214	75.99	18.40	
WHOQOL-BREF1 UMWELT	Schwangere	53	78.78	13.93	.003
	Nicht-Schwangere	214	72.36	13.30	
WHOQOL-BREF1 GLOBAL	Schwangere	53	74.76	14.40	.321
	Nicht-Schwangere	214	72.49	16.44	
Alter 36 – 45					
WHOQOL-BREF1 PHYSISCH	Schwangere	29	70.32	18.97	.019
	Nicht-Schwangere	193	79.48	16.46	
WHOQOL-BREF1 PSYCHISCH	Schwangere	29	72.56	11.05	.781
	Nicht-Schwangere	193	73.22	16.31	
WHOQOL-BREF1 SOZIAL	Schwangere	29	82.33	13.44	.001
	Nicht-Schwangere	193	72.30	20.88	
WHOQOL-BREF1 UMWELT	Schwangere	29	80.22	13.70	.001
	Nicht-Schwangere	193	70.66	14.09	
WHOQOL-BREF1 GLOBAL	Schwangere	29	73.71	18.70	.187
	Nicht-Schwangere	193	68.72	18.14	

9.2 Welche Parameter haben einen Einfluss auf die Lebensqualität und die Befindlichkeit in der Schwangerschaft?

9.2.1 Häufigkeitsverteilung der medizinischen und psychosozialen Variablen

Die Gruppenzuteilung zu den Risikoschwangerschaften erfolgte nach Daten aus der Krankengeschichte der Frauen. Insgesamt wurden 105 Frauen in die Auswertung einbezogen. Die Gruppe der Frühgeburtlichkeit war mit 35.2 % am größten, gefolgt von der normalen Schwangerschaftsgruppe (30.5 %) und den Frauen mit hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen (20 %). Insulinpflichtiger Schwangerschaftsdiabetes (White A/B) kam in der Stichprobe zu 14.3% vor und war somit die kleinste Untergruppe. Der Großteil der Geburten erfolgte spontan (43.8 %), gefolgt von Primären Sectiones mit 31.4 % und Sekundären Sectiones (24.8%). Insgesamt lag die Sectiorate in der Untersuchungsgruppe bei 56.2 %.

Das Alter streute in der Stichprobe von 16 bis zu 46 Jahren. Zur besseren Darstellung wurden drei Gruppen gebildet: bis 25 Jahre, zwischen 26 und 35 Jahre und älter als 35 Jahre. Die mittlere Gruppe war mit 48.6 % am häufigsten vertreten. Der Migrantinnenanteil in der Stichprobe lag bei etwas über einem Viertel (26.7 %). Die Unterstützung durch den Partner wurde generell als sehr groß angegeben. 56,7 % gaben auf einer 11stufigen Ratingskala die maximale Ausprägung an. Bei der Unterstützung durch andere wichtige Personen war die Ausprägung ähnlich. 48,6 % gaben den höchsten möglichen Wert an. Der Großteil der Frauen beschrieb die Schwangerschaft als erwünscht (93.3 %). Ungefähr die Hälfte der Frauen (47.6 %) bezeichnete ihre finanzielle Lage als gut. Es ging hier um den subjektiven Eindruck der finanziellen Situation. Etwas über die Hälfte der Frauen kam aus einer Landgemeinde (54.3 %). Die restlichen verteilten sich auf Klein- und Großstädte. Ein Fünftel der Befragten gab eine starke (17.1 %) bis maximal mögliche Ausprägung (2.9 %) an Angst vor den Geburtsschmerzen an. 40.7 % der Studienteilnehmerinnen haben zum ersten Erhebungszeitpunkt eine eingeschränkte Befindlichkeit (Depressionstendenz, EPDS > 9). Die Häufigkeitsverteilungen der einzelnen Variablen mit Prozentangaben sind in Tabelle 14 angegeben.

Tabelle 14

Verteilung der soziodemographischen Variablen (N = 105)

Variable	Untergruppe	N	%
Risikogruppe	Hypertensive SS-erkrankungen	21	20.0
	Diabetes White A/B	15	14.3
	Frühgeburtlichkeit	37	35.2
	Normale Schwangerschaften	32	30.5
Geburtsart	Primäre Sectio	33	31.4
	Sekundäre Sectio	26	24.8
	Spontangeburt	46	43.8
Schulbildung	Pflichtschule	18	17.1
	Mittlerer Schulabschluss	44	41.9
	Weiterführende Schule	22	21.0
	Fachausbildung, Kolleg, Studium	21	20.0
Alter	< 25 Jahre	27	25.7
	26 – 35 Jahre	51	48.6
	> 36 Jahre	27	25.7
Kultur	Migrantin ja	28	26.7
	Migrantin nein	77	73.3
Unterstützung durch Partner in der SS*	0 – 5 wenig	11	10.6
	6 -7.5 mittel	12	11.5
	8 – 9.5 hoch	22	21.2
	10 Maximum	59	56.7
Unterstützung durch Andere in der SS*	0 – 5 wenig	8	7.6
	6 -7.5 mittel	19	18.1
	8 – 9.5 hoch	27	25.7
	10 Maximum	51	48.6
Einstellung zur Schwangerschaft	SS ist erwünscht	98	93.3
	SS ist unerwünscht	7	6.7
Finanzielle Lage	gute finanzielle Lage	50	47.6
	Mittel	51	48.6
	schlechte finanzielle Lage	4	3.8
Wohnort	Landgemeinde	57	54.3
	Kleinstadt	11	10.5
	Großstadt	37	35.2
Angst vor Geburtsschmerzen*	0 keine Angst	13	12.4
	1-3 wenig	38	36.2
	4-6 mittlere angegebene Angst	33	31.4
	7-9 starke Angst	18	17.1
	10 maximale Angst	3	2.9
EPDS 1. Zeitpunkt	< 9	54	59.3
	> 9	37	40.7

* wurde auf einer 11stufigen Ratingskala von 0-10 erhoben

Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (N = 21) setzen sich zusammen aus zwei Frauen mit SIH, 15 hatten eine Präeklampsie und 4 Frauen hatten die Diagnose eines HELLP-Syndrom.

Die Migrantinnen kamen zum Großteil aus dem ehemaligen Jugoslawien (n = 15), gefolgt von Osteuropa und der Dominikanischen Republik. Viele sind schon länger als 10 Jahre in Österreich (67,8 %). Die Fallzahlen sowie der Grund der Migration sind in Tabelle 15 angegeben.

Tabelle 15

Herkunftsländer der Migrantinnen und Aufenthaltsdauer

Migrationsländer	N	davon \geq 10 Jahre in Österreich	Grund der Migration (falls angegeben)			
			Heirat	Krieg Flucht	familiäre Gründe	Arbeit, bzw. Ausbildung
Ehemaliges Jugoslawien	15	9	2	3	5	5
Osteuropa	6	4	4			2
Dominikanische Republik	3	3	2			1
Türkei/ Tunesien	2	1	1		1	
Herkunftsland nicht bekannt	2	2	1		1	
Gesamt	28	19	10	3	7	8

9.2.2 Univariate Ergebnisse**9.2.2.1 Der Einfluss von Risikoschwangerschaft/Nicht-Risikoschwangerschaft auf die Lebensqualität und Befindlichkeit**

Es zeigte sich mittels robuster Varianzanalyse nach Welch, dass Schwangere mit Frühgeburtsbestrebungen ($p = .007$) in ihrer Befindlichkeit signifikant beeinträchtigt waren als Frauen mit normalen Schwangerschaften. Außerdem bewerteten Schwangere mit Frühgeburtsbestrebungen ihre Lebensqualität signifikant schlechter als Frauen mit einer normalen Schwangerschaft und Schwangere mit Diabetes White A/B ($p = .003$). Frauen mit Frühgeburtsbestrebungen bewerteten ihre Lebensqualität in der sozialen Dimension signifikant schlechter als Frauen mit hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen ($p = .050$). Die Ergebnisse sind in Tabelle 16 angeführt.

Tabelle 16

Einfluss von Risikoschwangerschaften auf die Lebensqualität und Befindlichkeit im Vergleich zu normalen Schwangerschaften

	Hypertensive Schwangerschafts-erkrankungen n=21		Diabetes White A/B n=15		Frühgeburtlichkeit N=37		Normale Schwangerschaft n=32		p	Eta ²
	M	s	M	s	M	s	M	s		
EPDS1 GESAMT	8.57	5.32	8.53	5.26	10.70a	4.93	6.50b	4.32	.007	.11
WHOQOL-BREF1 PHYSISCH	69.22	19.05	75.91b	10.69	58.85a	20.25	71.20b	15.61	.003	.12
WHOQOL-BREF1 PSYCHISCH	71.03	12.18	71.67	18.11	71.06	13.14	75.81	11.10	.358	.03
WHOQOL-BREF1 SOZIAL	87.30a	11.06	83.33	19.92	76.69b	16.53	81.51	12.47	.050	.07
WHOQOL-BREF1 UMWELT	84.53	10.71	75.92	12.71	76.61	13.19	78.71	13.53	.073	.06
WHOQOL-BREF1 GLOBAL	74.40	18.32	69.17	18.82	70.95	16.94	74.22	11.42	.662	.02

Anmerkung. p = Signifikanz des robusten F-Tests nach Welch. Mittelwerte mit unterschiedlichem Index unterscheiden sich signifikant voneinander (Tukeys HSD, $p < .05$)

9.2.2.2 Unterschiede in der Lebensqualität und Befindlichkeit nach späterem Geburtsmodus

Es wurde überprüft, ob sich Frauen in ihrer Befindlichkeit und Lebensqualität schon in der Schwangerschaft voneinander unterschieden, in Abhängigkeit vom späteren Geburtsmodus (Tabelle 17).

Es zeigte sich, dass sich Schwangere in ihrer Befindlichkeit (EPDS-Gesamtwert) nicht signifikant voneinander unterschieden. Allerdings ergab sich, dass Frauen vor der Geburt in ihrer psychischen Lebensqualität stärker beeinträchtigt waren, wenn eine primäre Sectio folgte, im Vergleich zu Frauen mit einer sekundären Sectio ($p = .015$). Außerdem zeigte sich, dass Schwangere, die eine sekundäre Sectio erwarteten, die Dimension Umwelt besser bewerteten, als Frauen, deren Schwangerschaft mit einer Spontangeburt endete ($p = .007$).

Tabelle 17

Unterschied in der Befindlichkeit und Lebensqualität nach späterem Geburtsmodus

	Primäre Sectio n=33		Sekundäre Sectio n=26		Spontangeburt n=46		p	Eta ²
	M	s	M	S	M	S		
EPDS1 GESAMTWERT	9.45	5.18	9.31	5.07	7.78	5.04	.285	.02
WHOQOL-BREF1 PHYSISCH	64.05	19.49	68.91	19.74	68.32	17.08	.542	.01
WHOQOL-BREF1 PSYCHISCH	67.17a	12.36	76.76b	14.35	74.07	12.05	.015	.08
WHOQOL-BREF1 SOZIAL	80.30	16.64	86.06	12.96	79.17	15.19	.119	.03
WHOQOL-BREF1 UMWELT	77.69	12.60	84.98a	10.64	75.95b	13.47	.007	.08
WHOQOL-BREF1 GLOBAL	71.21	15.78	75.48	19.52	71.47	13.86	.620	.01

Anmerkung. p = Signifikanz des robusten F-Tests nach Welch. Mittelwerte mit unterschiedlichem Index unterscheiden sich signifikant voneinander (Tukeys HSD, $p < .05$).

9.2.2.3 Der Einfluss der Schulbildung auf die Lebensqualität und Befindlichkeit

Es ergaben sich keine Unterschiede in der Lebensqualität und Befindlichkeit in Abhängigkeit von der Schulbildung (ersichtlich in Tabelle 18).

Tabelle 18

Der Einfluss der Schulbildung auf die Lebensqualität und Befindlichkeit

	Pflichtschule (Sonder-,Volks- u. Hauptschule)		mittlerer Schulabschluss (Berufsschule, Fachschule)		weiterführende Schule (Matura)		Fachausbildung, Kolleg, Kurzstudium, Universität		p	Eta ²
	n=18		n=44		n=22		n=21			
	M	S	M	S	M	s	M	s		
EPDS1 GESAMT	9.94	4.98	7.70	5.10	10.09	5.34	8.19	4.76	.236	.04
WHOQOL-BREF1 PHYSISCH	71.33	16.81	69.56	20.52	62.34	17.80	63.44	15.11	.235	.04
WHOQOL-BREF1 PSYCHISCH	72.45	15.27	73.06	12.87	72.73	15.94	71.43	9.06	.950	.00
WHOQOL-BREF1 SOZIAL	79.63	14.07	83.05	13.87	80.30	18.46	79.76	16.15	.762	.01
WHOQOL-BREF1 UMWELT	77.26	15.04	79.72	13.06	76.71	12.38	80.06	12.00	.746	.01
WHOQOL-BREF1 GLOBAL	72.22	13.25	73.58	13.27	67.61	19.54	75.00	18.96	.586	.03

Anmerkung. p = Signifikanz des robusten F-Tests nach Welch.

9.2.2.4 Der Zusammenhang von sozialer Unterstützung durch den Partner und Lebensqualität bzw. Befindlichkeit

Soziale Unterstützung durch den Partner korrelierte sehr signifikant mit der Befindlichkeit. Je mehr Unterstützung vorhanden war, desto niedriger waren die Depressionswerte (EPDS Gesamt, $r = -.257$).

Ebenfalls zeigten sich sehr signifikante Korrelationen zwischen der Unterstützung durch den Partner und der psychischen ($r = .329$) und sozialen Dimension ($r = .464$) der Lebensqualität. Signifikante Korrelationen gab es zwischen der Unterstützung durch den Partner und der Umweltdimension der Lebensqualität ($r = .222$). Die Ergebnisse sind in Tabelle 19 angeführt.

9.2.2.5 Der Zusammenhang von sozialer Unterstützung durch andere Personen und der Lebensqualität und Befindlichkeit

Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Unterstützung durch andere Personen und der Befindlichkeit ($r = -.212$) und der psychischen Dimension ($r = .208$) der Lebensqualität.

Sehr signifikante Korrelationen ergaben sich zwischen der Unterstützung durch Andere und der sozialen ($r = .560$) und Umweltdimension der Lebensqualität ($r = .317$). Die Ergebnisse sind in Tabelle 19 dargestellt.

9.2.2.6 Der Zusammenhang der Erwünschtheit der Schwangerschaft mit der Lebensqualität und Befindlichkeit

Es ergab sich, dass die Erwünschtheit der Schwangerschaft sehr signifikant mit drei Dimensionen der Lebensqualität zusammenhängt: der psychischen ($r = .254$), der sozialen ($r = .256$) und der Umweltdimension ($r = .262$, Tabelle 19).

9.2.2.7 Der Zusammenhang von Angst vor der Geburt mit der Lebensqualität und Befindlichkeit

Es zeigte sich, dass Angst vor der Geburt signifikant mit der Umweltdimension der Lebensqualität ($r = .206$) korrelierte. Je mehr Angst die Frauen vor der Geburt hatten, desto schlechter war die Lebensqualität in diesem Bereich (Tabelle 19).

9.2.2.8 Der Zusammenhang der finanziellen Lage mit der Lebensqualität und Befindlichkeit

Es ergab sich ein sehr signifikanter Zusammenhang zwischen der finanziellen Lage und Umweltdimension ($r = .256$) und finanziellen Lage und der Globalbeurteilung der Lebensqualität ($r = .259$). Je schlechter die finanzielle Lage war, desto schlechter wurden beide Dimensionen bewertet (Tabelle 19).

9.2.2.9 Der Zusammenhang von Kultur mit Lebensqualität und Befindlichkeit

Es zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Kulturzugehörigkeiten (Migrantin ja/nein) und verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität (Tabelle 19).

9.2.2.10 Der Zusammenhang zwischen dem Alter und der Lebensqualität und Befindlichkeit

Es ergaben sich keine Zusammenhänge zwischen dem Alter und verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität (Tabelle 19).

Tabelle 19

Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Variablen und der Lebensqualität und Befindlichkeit in der Schwangerschaft

	Unterstützung vom Partner	Unterstützung durch Andere	Erwünschtheit der Schwangerschaft	Angst vor der Geburt	Finanzielle Lage	Kultur	Alter
EPDS1 GESAMT	-.257**	-.212*	-.137	.167	.088	-.022	-.047
WHOQOL-BREF1 PHYSISCH	.080	-.014	-.070	-.112	-.043	-.089	.094
WHOQOL-BREF1 PSYCHISCH	.329**	.208*	.254**	-.158	-.113	.003	.044
WHOQOL-BREF1 SOZIAL	.464**	.560**	.256**	.018	-.171	-.082	.018
WHOQOL-BREF1 UMWELT	.222*	.317**	.262**	-.206*	-.256**	-.096	.100
WHOQOL-BREF1 GLOBAL	.130	.139	.016	-.044	-.259**	-.121	.073

*p <.05. ** p <.01.

9.2.3 Multivariate Ergebnisse

Die Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell ergab, dass Risikoschwangerschaft ($p = .001$), soziale Unterstützung ($p < .001$) und die Erwünschtheit der Schwangerschaft ($p = .028$) bedeutendste Prädiktoren für die Vorhersage der Lebensqualität und Befindlichkeit in der Schwangerschaft darstellten (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20

Generelle Effekte der Variablen auf die Befindlichkeit und Lebensqualität

Effekt	F	Hypothese df	Fehler df	P	Eta ²
Risikoschwangerschaft	2.444	18	258	.001	.15
Schulbildung	0.620	18	258	.883	.04
Unterstützung vom Partner	1.787	6	84	.111	.11
Unterstützung durch Andere	7.327	6	84	<.001	.34
Erwünschtheit der Schwangerschaft	2.512	6	84	.028	.15
Angst vor der Geburt	1.362	6	84	.240	.09
Finanzielle Lage	1.340	6	84	.249	.09
Kultur	0.769	6	84	.596	.05
Alter	0.459	6	84	.837	.03

Der Modelltest für alle *unabhängigen Variablen* ergab einen prognostischen Einfluss auf den EPDS-Gesamtwert ($p = .007$), auf die physische ($p = .044$), psychische ($p = .035$), soziale ($p < .001$) und die Umweltdimension ($p = .011$) der Lebensqualität.

Betrachtet man die einzelnen *unabhängigen Variablen* getrennt nach ihrer Wirkung auf die *abhängigen Variablen* ergaben sich nachfolgende Einflüsse bzw. Zusammenhänge:

Risikoschwangerschaft wirkte sich signifikant auf die Befindlichkeit (EPDS Gesamtwert, $p = .005$) die physische ($p = .010$) und soziale Dimension der Lebensqualität ($p = .027$) aus.

Die Unterstützung durch den Partner wirkte sich signifikant auf die psychische Dimension der Lebensqualität ($p = .047$) aus, während sich Unterstützung durch Andere auf die soziale ($p < .001$) und die Umweltdimension der Lebensqualität ($p = .018$) auswirkte.

Weiters zeigte sich, dass sich die Erwünschtheit der Schwangerschaft signifikant auf die psychische Dimension der Lebensqualität ($p = .032$) und die finanzielle Lage sich auf die globale Beurteilung der Lebensqualität ($p = .023$) auswirkte. Die Ergebnisse sind in Tabelle 21 aufgelistet.

Tabelle 21: Prädiktoren für Befindlichkeit und Lebensqualität zum 1. Zeitpunkt

Quelle	Abhängige Variable	p	Eta ²
Modelltest Gesamt	EPDS1 Gesamtwert	.007	.262
	WHOQOL-BREF1 Physisch	.044	.215
	WHOQOL-BREF1 Psychisch	.035	.221
	WHOQOL-BREF1 Sozial	<.001	.475
	WHOQOL-BREF1 Umwelt	.011	.251
	WHOQOL-BREF1 Global	.469	.126
Risikoschwangerschaft	EPDS1 Gesamtwert	.005	.134
	WHOQOL-BREF1 Physisch	.010	.119
	WHOQOL-BREF1 Psychisch	.163	.056
	WHOQOL-BREF1 Sozial	.027	.098
	WHOQOL-BREF1 Umwelt	.236	.046
	WHOQOL-BREF1 Global	.926	.005
Schulbildung	EPDS1 Gesamtwert	.620	.020
	WHOQOL-BREF1 Physische	.398	.033
	WHOQOL-BREF1 Psychisch	.837	.009
	WHOQOL-BREF1 Sozial	.839	.009
	WHOQOL-BREF1 Umwelt	.950	.004
	WHOQOL-BREF1 Global	.652	.018
Unterstützung vom Partner	EPDS1 Gesamtwert	.153	.023
	WHOQOL-BREF1 Physisch	.095	.031
	WHOQOL-BREF1 Psychisch	.047	.044
	WHOQOL-BREF1 Sozial	.006	.082
	WHOQOL-BREF1 Umwelt	.596	.003
	WHOQOL-BREF1 Global	.415	.007
Unterstützung durch Andere	EPDS1 Gesamtwert	.177	.020
	WHOQOL-BREF1 Physisch	.259	.014
	WHOQOL-BREF1 Psychisch	.247	.015
	WHOQOL-BREF1 Sozial	<.001	.210
	WHOQOL-BREF1 Umwelt	.018	.061
	WHOQOL-BREF1 Global	.580	.003
Erwünschtheit der Schwangerschaft	EPDS1 Gesamtwert	.118	.027
	WHOQOL-BREF1 Physisch	.485	.005
	WHOQOL-BREF1 Psychisch	.032	.050
	WHOQOL-BREF1 Sozial	.059	.039
	WHOQOL-BREF1 Umwelt	.226	.016
	WHOQOL-BREF1 Global	.495	.005
Angst vor der Geburt	EPDS1 Gesamtwert	.157	.022
	WHOQOL-BREF1 Physisch	.344	.010
	WHOQOL-BREF1 Psychisch	.145	.024
	WHOQOL-BREF1 Sozial	.367	.009
	WHOQOL-BREF1 Umwelt	.085	.033
	WHOQOL-BREF1 Global	.806	.001
Finanzielle Lage	EPDS1 Gesamtwert	.900	.000
	WHOQOL-BREF1 Physisch	.346	.010
	WHOQOL-BREF1 Psychisch	.702	.002
	WHOQOL-BREF1 Sozial	.832	.001
	WHOQOL-BREF1 Umwelt	.187	.020
	WHOQOL-BREF1 Global	.023	.057
Kultur	EPDS1 Gesamtwert	.402	.008
	WHOQOL-BREF1 Physisch	.196	.019
	WHOQOL-BREF1 Psychisch	.517	.005
	WHOQOL-BREF1 Sozial	.756	.001
	WHOQOL-BREF1 Umwelt	.770	.001
	WHOQOL-BREF1 Global	.563	.004
Alter	EPDS1 Gesamtwert	.336	.010
	WHOQOL-BREF1 Physisch	.130	.026
	WHOQOL-BREF1 Psychisch	.313	.011
	WHOQOL-BREF1 Sozial	.389	.008
	WHOQOL-BREF1 Umwelt	.470	.006
	WHOQOL-BREF1 Global	.266	.014

9.3 Welche Parameter zeigen einen Einfluss auf die Lebensqualität und die Befindlichkeit 2–5 Tage postpartum?

9.3.1 Häufigkeitsverteilung

Die Häufigkeitsverteilung der psychosozialen Variablen ist gleich wie beim ersten Erhebungszeitpunkt und wurde bereits in Tabelle 14 angeführt. Einige zusätzliche Daten wurden zum zweiten Erhebungszeitpunkt erfragt.

So zeigte sich, dass 5.8 % der Kinder ein Geburtsgewicht unter 1000 g und 32.1 % zwischen 1000-2000 g hatten. 57.1 % der Kinder wurden zwischen der 25. und 37. SSW geboren und sind daher als Frühgeburten zu bezeichnen. Vor der 32. SSW wurden 22.9 % der Kinder geboren.

Die Wöchnerinnen beurteilten den Gesundheitszustand ihrer Kinder zu 55.2 % als sehr gut, 33.2 % mit gut, 9.5 % als mittelmäßig und zu 1.9 % als schlecht. Es handelte sich um 49.5 % Erstgebärende (in Tabelle 22 angeführt).

Der Großteil der Geburten erfolgte spontan (43.8 %), gefolgt von Primären Sectiones mit 31.4 % und Sekundären Sectiones (24.8 %).

Tabelle 22

Medizinische Daten zur Geburt und zum Neugeborenen

Variable	Untergruppe	N	%
Geburtsgewicht der Kinder	510 - 1000 g	6	5.8
	1000 - 2000 g	33	32.1
	2000 - 3000 g	27	26.2
	3000 - 4000 g	31	30.1
	> 4000 g	6	5.8
SSW bei der Geburt	25 - 28	4	3.8
	29 - 32	20	19.1
	33 - 37	36	34.2
	38 - 41	42	40.0
	42	3	2.9
Befinden des Kindes	sehr gut	58	55.2
	gut	35	33.2
	mittelmäßig	10	9.5
	schlecht	2	1.9
Parität	Erstgebärend	52	49.5
	Zweitgebärend	25	23.8
	Drittgebärend	18	17.1
	4-gebärend	9	8.6
	6-gebärend	1	1.0
Geburtsart	Primäre Sectio	33	31.4
	Sekundäre Sectio	26	24.8
	Spontangeburt	46	43.8

N = 105

9.3.2 Ergebnisse der univariaten Berechnungen

9.3.2.1 Der Einfluss von Risikoschwangerschaft/Nicht-Risikoschwangerschaft auf die Befindlichkeit und das Schmerzerleben

Es ergab sich, dass die Befindlichkeit von Frauen 2-5 Tage nach einer Frühgeburt sehr signifikant schlechter war im Vergleich zu Frauen mit normalen Schwangerschaften ($p = .002$). Außerdem zeigte es sich, dass Frauen, die eine normale Schwangerschaft hatten, signifikant weniger sensorische Schmerzen 2-5 Tage nach der Geburt angaben ($p = .034$) als Frauen mit einer Frühgeburt. Die genauen Ergebnisse sind in Tabelle 23 dargestellt.

Tabelle 23

Einfluss von Risikoschwangerschaft bzw. normaler Schwangerschaft auf die Befindlichkeit und das Schmerzerleben

	Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen		Diabetes White A/B		Frühgeburlichkeit		Normale Schwangerschaften		p	Eta ²
	M	s	M	s	M	s	M	s		
EPDS2 Gesamt	7.24	5.20	7.00	4.19	10.11a	6.87	4.50b	4.28	.002	.15
SES Affektiver Schmerz	20.19	5.46	19.20	7.42	23.00	6.89	20.63	8.02	.240	.04
SES Sensorischer Schmerz	16.24	4.38	14.73	7.12	17.43a	4.79	14.22b	4.02	.034	.08
Schmerzintensität 2-5 Tage postpartum	3.29	1.69	3.73	3.36	3.65	2.66	2.63	2.08	.304	.03

Anmerkung. p = Signifikanz des robusten F-Tests nach Welch. Mittelwerte mit unterschiedlichem Index unterscheiden sich signifikant voneinander (Tukeys HSD, $p < .05$).

9.3.2.2 Der Einfluss der Geburtsart auf die Befindlichkeit und das Schmerzerleben

Es zeigte sich, dass Frauen 2-5 Tage nach Spontangeburt signifikant weniger sensorische Schmerzen angaben als Frauen nach Primärer Sectio ($p = .013$). Weiters gaben Frauen 2-5 Tage nach Spontangeburt eine signifikant niedrigere Schmerzintensität an als Wöchnerinnen nach primärer und sekundärer Sectio ($p = < .001$, Tabelle 24).

Tabelle 24

Der Einfluss der Geburtsart auf die Befindlichkeit und das Schmerzerleben

	Primäre Sectio		Sekundäre Sectio		Spontangeburt		P	Eta ²
	M	s	M	s	M	s		
EPDS2 Gesamt	8.48	5.64	8.54	6.29	5.93	5.62	.086	.05
SES Affektiver Schmerz	22.12	6.61	21.92	6.96	20.07	7.56	.388	.02
SES Sensorischer Schmerz	17.64a	5.53	16.31	4.90	14.26b	4.25	.013	.09
Schmerzintensität 2-5 Tag postpartum	4.00a	2.24	4.45a	2.47	2.10b	2.08	<001	.19

Anmerkung. p = Signifikanz des robusten F-Tests nach Welch. Mittelwerte mit unterschiedlichem Index unterscheiden sich signifikant voneinander (Tukeys HSD, $p < .05$).

9.3.2.3 Der Einfluss der Schulbildung auf die Befindlichkeit und das Schmerzerleben

Es ergaben sich keine Unterschiede in der Befindlichkeit und beim Schmerzerleben in Abhängigkeit von der unterschiedlichen Schulbildung (Tabelle 25).

Tabelle 25

Der Einfluss der Schulbildung auf die Befindlichkeit und das Schmerzerleben

	Pflichtschule (Sonder-, Volks- u. Hauptschule)		mittlerer Schulabschluss (Berufsschule, Fachschule)		weiterführende Schule (Matura)		Fachausbildung, Kolleg, Kurzstudium, Universität		p	Eta ²
	M	s	M	s	M	s	M	s		
EPDS2 Gesamt	6.61	3.99	7.30	5.81	9.82	7.59	5.67	4.80	.203	.06
SES Affektiver Schmerz	20.33	7.05	21.09	7.50	21.50	7.74	21.71	6.07	.929	.00
SES Sensorischer Schmerz	14.56	5.54	15.68	4.68	15.91	5.93	17.14	4.17	.415	.03
Schmerzintensität 2-5 Tag postpartum	3.50	2.70	3.33	2.38	3.78	3.05	2.46	1.44	.144	.03

Anmerkung. p = Signifikanz des robusten F-Tests nach Welch.

9.3.2.4 Der Zusammenhang von psychosozialen und medizinischen Variablen mit der Befindlichkeit und dem Schmerzerleben 2-5 Tage nach der Geburt

Mittels Produktmomentkorrelation nach Pearson zeigte sich, dass soziale Unterstützung, Angst vor der Geburt, Kultur, Alter, Befindlichkeit in der Schwangerschaft, Geburtsgewicht des Kindes, SSW bei der Geburt und andere

Variablen keinen Zusammenhang mit dem Schmerzerleben aufwiesen. Allerdings gab es Zusammenhänge mit der Befindlichkeit.

So zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Angst vor Geburtsschmerzen und der Befindlichkeit nach der Geburt ($r = .230$). Einen sehr signifikanten Zusammenhang gab es zwischen der Befindlichkeit (EPDS-Wert) vor der Geburt und dem EPDS-Wert nach der Geburt ($r = .396$). Außerdem zeigte es sich, dass die Befindlichkeit sehr signifikant mit dem Geburtsgewicht des Kindes ($r = .441$), der Schwangerschaftswoche bei der Geburt ($r = .515$) und der Befindlichkeit des Kindes ($r = .454$) korrelierte (Tabelle 26). Das heißt je schwerer das Kind, in einer späteren SSW geboren und je besser die Befindlichkeit des Kindes beurteilt wurde, umso besser ging es ihren Müttern.

Die finanzielle Lage und das Alter wirkten sich nicht auf die Befindlichkeit und das Schmerzerleben aus, und wurden aus Platzgründen in der Tabelle nicht angeführt.

Tabelle 26

Produktmomentkorrelationen zwischen der Befindlichkeit, dem Schmerzerleben und soziodemographischen und medizinischen Daten

	Unterstützung vom Partner	Unterstützung durch Andere	Erwünschtheit der Schwangerschaft	Angst vor Schmerzen Geburt	Kultur	EPDS1 Gesamt	Geburtsgewicht des Kindes	SSW bei der Geburt	Befindlichkeit des Kindes	Parität	Besuch Geburt sv.kurs
EPDS2 Gesamt	-.123	.070	-.022	.230*	-.087	.396**	-.441**	-.515**	.454**	-.034	-.119
SES Affektiver Schmerz	-.031	-.067	-.128	.128	-.024	.135	-.028	-.071	.077	-.068	.108
SES Sensorischer Schmerz	-.076	-.089	-.131	.002	.012	.132	-.146	-.169	.109	-.142	.026
Schmerzintensität 2-5. Tage postpartum	-.001	.092	-.047	.162	-.086	.106	-.156	-.170	.128	-.044	.009

* $p < .05$. ** $p < .01$.

9.3.3 Ergebnisse der multivariaten Berechnungen

Multivariat zeigte sich mittels Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell, dass die Geburtsart ($p = .003$) der wichtigste Prädiktor für die Vorhersage der Befindlichkeit und des Schmerzerlebens 2-5 Tage nach der Geburt war (Tabelle 27).

Tabelle 27

Generelle Effekte der Variablen auf die Befindlichkeit und das Schmerzerleben

Effekt	F	Hypothese df	Fehler df	p	Eta ²
Risikoschwangerschaft	0.901	12	237	0.546	0.04
Geburtsart	3.023	8	156	0.003	0.13
Schulbildung	0.986	12	237	0.463	0.05
Unterstützung vom Partner	0.128	4	77	0.972	0.01
Unterstützung durch Andere	0.746	4	77	0.563	0.04
Erwünschtheit der Schwangerschaft	0.516	4	77	0.724	0.03
Angst vor der Geburt	2.257	4	77	0.071	0.10
Finanzielle Lage	0.065	4	77	0.992	0.00
Kultur	0.371	4	77	0.829	0.02
Alter	0.230	4	77	0.921	0.01
EPDS1-Gesamtwert	1.482	4	77	0.216	0.07
Geburtsgewicht des Kindes	1.051	4	77	0.386	0.05
SSW bei der Geburt	1.080	4	77	0.372	0.05
Subjektive Befindlichkeit des Kindes	1.332	4	77	0.265	0.06
Parität	0.915	4	77	0.459	0.05
Besuch eines Schwangerschaftskurses	1.068	4	77	0.378	0.05

Nach dem globalen Modelltest hatten die psychosozialen und medizinischen Variablen einen prognostischen Einfluss auf den EPDS2-Gesamtwert ($p < .001$) und auf die Schmerzintensität ($p = .001$).

Betrachtet man die einzelnen Variablen genauer, zeigte sich, dass sich die Geburtsart auf den sensorischen Schmerz ($p = .020$) und auf die Schmerzintensität ($p = .037$) auswirkte.

Weiters hatte die Befindlichkeit in der Schwangerschaft (EPDS1 Gesamt) einen Einfluss auf die Befindlichkeit 2-5 Tage postpartum (EPDS2 Gesamt, $p = .018$). Die SSW bei der Geburt ($p = .048$) und der subjektive Eindruck der Mutter vom Gesundheitszustand des Neugeborenen ($p = .047$) wirkten sich ebenfalls auf die Befindlichkeit 2-5 Tage postpartum aus. Die Daten sind in Tabelle 28 angegeben.

Tabelle 28

Prädiktoren für Befindlichkeit und Lebensqualität zum 2. Zeitpunkt

Quelle	Abhängige Variable	P	Eta ²
Modelltest Gesamt	EPDS2 Gesamtwert	<.001	.490
	SES Affektiver Schmerz	.746	.168
	SES Sensorischer Schmerz	.304	.234
	Schmerzintensität	.037	.317
Risikoschwangerschaft	EPDS2 Gesamtwert	.368	.038
	SES Affektiver Schmerz	.308	.044
	SES Sensorischer Schmerz	.115	.071
	Schmerzintensität	.881	.008
Geburtsart	EPDS2 Gesamtwert	.805	.005
	SES Affektiver Schmerz	.213	.038
	SES Sensorischer Schmerz	.020	.093
	Schmerzintensität	<.001	.205
Schulbildung	EPDS2 Gesamtwert	.314	.043
	SES Affektiver Schmerz	.700	.018
	SES Sensorischer Schmerz	.363	.039
	Schmerzintensität	.249	.050
Unterstützung vom Partner	EPDS2 Gesamtwert	.979	.000
	SES Affektiver Schmerz	.764	.001
	SES Sensorischer Schmerz	.507	.006
	Schmerzintensität	.803	.001
Unterstützung durch Andere	EPDS2 Gesamtwert	.218	.019
	SES Affektiver Schmerz	.623	.003
	SES Sensorischer Schmerz	.374	.010
	Schmerzintensität	.853	.000
Erwünschtheit der Schwangerschaft	EPDS2 Gesamtwert	.632	.003
	SES Affektiver Schmerz	.169	.024
	SES Sensorischer Schmerz	.444	.007
	Schmerzintensität	.672	.002
Angst vor der Geburt	EPDS2 Gesamtwert	.104	.033
	SES Affektiver Schmerz	.248	.017
	SES Sensorischer Schmerz	.620	.003
	Schmerzintensität	.163	.024
Finanzielle Lage	EPDS2 Gesamtwert	.643	.003
	SES Affektiver Schmerz	.758	.001
	SES Sensorischer Schmerz	.782	.001
	Schmerzintensität	.851	.000
Kultur	EPDS2 Gesamtwert	.774	.001
	SES Affektiver Schmerz	.485	.006
	SES Sensorischer Schmerz	.848	.000
	Schmerzintensität	.311	.013
Alter	EPDS2 Gesamtwert	.861	.000
	SES Affektiver Schmerz	.383	.010
	SES Sensorischer Schmerz	.686	.002
	Schmerzintensität	.571	.004
EPDS Gesamtwert in der SS	EPDS2 Gesamtwert	.018	.068
	SES Affektiver Schmerz	.834	.001
	SES Sensorischer Schmerz	.963	.000

	Schmerzintensität	.903	.000
Geburtsgewicht des Kindes	EPDS2 Gesamtwert	.712	.002
	SES Affektiver Schmerz	.179	.023
	SES Sensorischer Schmerz	.058	.044
	Schmerzintensität	.617	.003
SSW bei der Geburt	EPDS2 Gesamtwert	.048	.048
	SES Affektiver Schmerz	.501	.006
	SES Sensorischer Schmerz	.406	.009
	Schmerzintensität	.878	.000
Subjektiv erlebte Befindlichkeit des Kindes	EPDS2 Gesamtwert	.047	.049
	SES Affektiver Schmerz	.425	.008
	SES Sensorischer Schmerz	.562	.004
	Schmerzintensität	.883	.000
Parität	EPDS2 Gesamtwert	.551	.004
	SES Affektiver Schmerz	.679	.002
	SES Sensorischer Schmerz	.591	.004
	Schmerzintensität	.251	.016
Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses	EPDS2 Gesamtwert	.797	.001
	SES Affektiver Schmerz	.073	.040
	SES Sensorischer Schmerz	.226	.018
	Schmerzintensität	.137	.027

9.3.4 Ergebnisse bei Spontangeburt

Retrospektiv erhoben, lag bei Spontangeburt die erlebte Schmerzintensität der Frauen auf einer numerischen Ratingskala (von 0-10) in der Eröffnungsphase im Mittel bei 6,1, in der Austreibungsphase bei 7,4 und in der Platzentaperiode bei 4,1. 20/46 Frauen (43,5%) haben ein Schmerzmittel verlangt, 21 davon haben es schlussendlich erhalten. 25 Frauen (54,3%) gaben an, kein Schmerzmittel bekommen zu haben. Das erlebte Schmerzausmaß in der Eröffnungsphase hatte keinen Einfluss auf die Befindlichkeit nach der Geburt.

Die multivariate Auswertung wurde für die Spontangeburt getrennt vorgenommen. Es zeigte sich multivariat, dass die Variablen wie Angst vor Geburtsschmerzen, die Parität, soziale Unterstützung, Kultur etc. keinen prognostischen Einfluss auf das Schmerzerleben bei der Geburt hatten.

9.4 Welche Parameter haben einen Einfluss auf die Lebensqualität und die Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt

91 der 105 Frauen (85.3 %) schickten die Fragebögen zum 3. Erhebungszeitpunkt zurück. Die Verteilung der einzelnen Variablen zu diesem Zeitpunkt ist in Tabelle 29 mit den Fallzahlen und den Prozentangaben angeführt.

Zusätzlich wurde 3 bis 4 Monate nach der Geburt erneut die Unterstützung durch den Partner und durch andere Personen erhoben. Sie war schlechter als in der Schwangerschaft. Eine maximal mögliche Unterstützung auf einer 11stufigen Ratingskala gaben 3-4 Monate nach der Geburt 37.8 % der Studienteilnehmerinnen an. Zum Vergleich lag sie in der Schwangerschaft bei 56.7 %. Eine sehr große Unterstützung gaben 32.2 %, eine mittlere Unterstützung 11.1 % und wenig Unterstützung gaben 18.9 % an. Durch andere Bezugspersonen wurde eine maximal mögliche Unterstützung zu 24.4 % (in der Schwangerschaft lag sie bei 48.6 %), eine sehr große Unterstützung zu 33.4 % und wenig bis mittlere Unterstützung zu 42.2 % angegeben.

84.1 % der Mütter bezeichneten 3-4 Monate nach der Geburt die Befindlichkeit ihres Kindes als sehr gut (siehe Tabelle 29).

Tabelle 29

Gruppengröße der soziodemographischen und geburtshilflichen Daten 3–4 Monate nach der Geburt (N = 91)

Variable	Untergruppe	N	%
Risikogruppe	Hypertensive SS-Erkrankungen	19	20.9
	Diabetes White A/B	11	12.1
	Frühgeburtlichkeit	32	35.2
	Normale Schwangerschaften	28	31.9
Geburtsart	Primäre Sectio	27	29.7
	Sekundäre Sectio	21	23.1
	Spontangeburt	43	47.3
Schulbildung	Pflichtschule	12	13.2
	Mittlerer Schulabschluss	39	42.9
	Weiterführende Schule	19	20.9
	Fachausbildung, Kolleg, Studium	21	23.1
Kultur	Migrantin ja	69	75.8
	Migrantin nein	22	24.2
Einstellung zur Schwangerschaft	SS ist erwünscht	84	92.3
	SS ist unerwünscht	7	7.7
Finanzielle Lage	gute finanzielle Lage	42	46.2
	mittel	46	50.5
	schlechte finanzielle Lage	3	3.3
Wohnort	Landgemeinde	51	56.0
	Kleinstadt	10	11.0
	Großstadt	30	33.0
Angst vor Geburtsschmerzen*	0 keine Angst	11	12.1
	1-3 wenig	34	37.4
	4-6 mittlere angegebene Angst	29	31.8
	7-9 starke Angst	15	16.5
	10 maximale Angst	2	1.1
Unterstützung durch Partner N = 90*	0 – 5 wenig	17	18.9
	6 -7,5 mittel	10	11.1
	8 – 9,5 hoch	29	32.2
	10 Maximum	34	37.8
Unterstützung Andere N = 90*	0 – 5 wenig	18	20
	6 -7,5 mittel	20	22.2
	8 – 9,5 hoch	30	33.4
	10 Maximum	22	24.4
Befinden des Kindes N = 88	sehr gut	74	84.1
	gut	14	15.9

*wurde auf einer 11stufigen Ratingskala von 0-10 erhoben,

9.4.1 Univariate Ergebnisse

9.4.1.1 Der Einfluss von Risikoschwangerschaft auf die Lebensqualität und Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt

Es zeigte sich, dass keine Unterschiede in der Befindlichkeit in Abhängigkeit von der Risikogruppe bzw. der normalen Gruppe auftraten. Es ergab sich jedoch, dass Schwangere mit hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen ($p = .050$) ihre physische Lebensqualität signifikant besser bewerteten als Frauen mit Frühgeburtstendenz. Außerdem bewerteten Frauen mit hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen ihre Lebensqualität im Bereich Umwelt ($p = .011$)

und global ($p = .048$) signifikant besser als Frauen mit Frühgeburtsbestrebungen (Tabelle 30).

Tabelle 30

Der Einfluss der Risikoschwangerschaft/Nicht Risikoschwangerschaft auf die Befindlichkeit und Lebensqualität

	Hypertensive Schwangerschafts-erkrankungen n=19		Diabetes White A/B n=11		Frühgeburtlichkeit n=32		Normale Schwangerschaft n=28		p	Eta ²
	M	s	M	S	M	s	M	s		
EPDS1 GESAMT	3.53	3.42	6.36	5.63	6.53	4.50	5.48	4.88	.073	.06
WHOQOL-BREF1 PHYSISCH	84.77a	7.70	83.44	11.55	75.89b	14.11	83.37	11.06	.050	.10
WHOQOL-BREF1 PSYCHISCH	80.48	6.22	75.76	15.46	72.66	14.97	74.97	15.76	.061	.04
WHOQOL-BREF1 SOZIAL	80.26	13.38	74.24	18.43	75.13	16.48	77.01	13.30	.637	.02
WHOQOL-BREF1 UMWELT	81.25a	7.58	73.58	13.86	71.78b	11.43	77.05	14.20	.011	.09
WHOQOL-BREF1 GLOBAL	86.18a	12.43	79.55	10.11	75.00b	13.84	80.60	13.19	.048	.09

Anmerkung. p = Signifikanz des robusten F-Tests nach Welch. Mittelwerte mit unterschiedlichem Index unterscheiden sich signifikant voneinander (Tukeys HSD, $p < .05$).

9.4.1.2 Der Einfluss der Geburtsart auf die Lebensqualität und Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt

Es zeigten sich 3-4 Monate nach der Geburt keine Unterschiede in der Befindlichkeit und Lebensqualität in Abhängigkeit vom Geburtsmodus (Tabelle 31).

Tabelle 31

Der Einfluss der Geburtsart auf die Befindlichkeit und Lebensqualität

	Primäre Sectio n=27		Sekundäre Sectio n=21		Spontangeburt n=43		p	Eta ²
	M	s	M	s	M	s		
EPDS1 GESAMT	4.07	3.01	6.29	4.86	6.12	5.22	.062	.04
WHOQOL-BREF1 PHYSISCH	83.47	11.04	80.10	9.21	79.98	14.01	.425	.02
WHOQOL-BREF1 PSYCHISCH	78.70	8.67	76.39	13.39	72.85	16.60	.168	.03
WHOQOL-BREF1 SOZIAL	78.70	12.94	77.78	19.06	74.90	14.22	.507	.01
WHOQOL-BREF1 UMWELT	79.05	9.68	74.85	12.44	73.91	13.67	.166	.03
WHOQOL-BREF1 GLOBAL	83.33	11.50	80.36	13.45	77.03	14.16	.139	.04

Anmerkung. p = Signifikanz des robusten F-Tests nach Welch.

9.4.1.3 Der Einfluss der Schulbildung auf die Lebensqualität und Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt

Es zeigte sich, dass Frauen mit Pflichtschulabschluss ihre physische Lebensqualität 3-4 Monate nach der Geburt signifikant schlechter bewerteten als Frauen mit mittlerem Schulabschluss (Berufsschule, Fachschule) und Frauen mit Fachausbildung, Kolleg, Kurzstudium oder Universitätsausbildung ($p = .028$). Die Ergebnisse sind in Tabelle 32 angeführt.

Tabelle 32

Der Einfluss der Schulbildung auf die Befindlichkeit und Lebensqualität

	Pflichtschule (Sonder-Volks- u. Hauptschule)		mittlerer Schulabschluss (Berufsschule, Fachschule)		weiterführende Schule (Matura)		Fachausbildung, Kolleg, Kurzstudium, Universität		p	Eta ²
	n=12		n=39		n=19		n=21			
	M	s	M	s	M	s	M	s		
EPDS1 GESAMT	8.00	5.75	5.18	4.03	6.58	5.55	3.90	3.53	.109	.08
WHOQOL-BREF1 PHYSISCH	73.21a	14.96	83.70b	8.59	75.75	15.46	85.37b	9.58	.028	.15
WHOQOL-BREF1 PSYCHISCH	69.10	17.99	77.24	13.07	71.23	17.12	79.37	7.51	.122	.07
WHOQOL-BREF1 SOZIAL	67.71	18.65	79.49	11.61	71.93	18.05	80.95	13.21	.087	.10
WHOQOL-BREF1 UMWELT	69.01	13.68	77.65	10.48	73.36	14.78	77.83	11.81	.197	.06
WHOQOL-BREF1 GLOBAL	73.96	16.39	82.05	10.65	74.34	15.29	83.33	12.71	.108	.09

Anmerkung. p = Signifikanz des robusten F-Tests nach Welch. Mittelwerte mit unterschiedlichem Index unterscheiden sich signifikant voneinander (Tukeys HSD, $p < .05$).

9.4.1.4 Der Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Lebensqualität und Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt

Es zeigte sich, dass soziale Unterstützung durch den Partner nach der Geburt sehr signifikant mit der aktuellen Befindlichkeit ($r = -.365$) und mit allen Dimensionen der Lebensqualität korrelierte (physisch $r = .389$, psychisch $r = .525$, sozial $r = .516$, Umwelt $r = .265$, Globalbeurteilung der Lebensqualität $r = .499$).

Dasselbe zeigte sich bei der sozialen Unterstützung durch Andere. Sie korrelierte sehr signifikant mit der Befindlichkeit ($r = .358$), der physischen ($r = .317$), psychischen ($r = .350$), sozialen ($r = .444$), Umwelt ($r = .452$) und der Globalbeurteilung ($r = .470$) der Lebensqualität 3-4 Monate nach der Geburt (Tabelle 33).

9.4.1.5 Der Zusammenhang von Erwünschtheit der SS, der Angst und der finanziellen Lage mit der Lebensqualität und Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt

Die Erwünschtheit der Schwangerschaft korrelierte signifikant mit der sozialen Dimension ($r = .216$), während Angst vor der Geburt signifikant negativ mit der Umweltdimension der Lebensqualität korrelierte ($r = -.229$). Letzteres bedeutet, dass je mehr Angst Frauen vor der Geburt hatten, desto schlechter wurde die Umweltdimension bewertet.

Die finanzielle Lage korrelierte signifikant mit der Befindlichkeit ($r = .215$). Je besser die finanzielle Lage umso besser war auch die Befindlichkeit. Weiters korrelierte die finanzielle Lage signifikant mit der Umweltdimension ($r = -.264$) und sehr signifikant mit der Globalbeurteilung der Lebensqualität ($r = -.322$). Je schlechter die finanzielle Lage war, desto schlechter wurde auch die Lebensqualität in beiden angeführten Dimensionen bewertet (siehe dazu Tabelle 33).

9.4.1.6 Der Zusammenhang von Befindlichkeit in der Schwangerschaft, Befindlichkeit des Kindes, Parität mit der Lebensqualität und Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt

Die Befindlichkeit zum ersten Zeitpunkt (Schwangerschaft) korrelierte sehr signifikant mit der Befindlichkeit zum dritten Zeitpunkt ($r = .368$). Außerdem korrelierte die Befindlichkeit in der Schwangerschaft mit der physischen ($r = -.367$), der psychischen ($r = -.313$), der Umwelt- ($r = -.215$) und Globalbeurteilung der Lebensqualität ($r = -.223$). Je besser die Befindlichkeit (geringe Werte im EPDS) umso besser wurde auch die Lebensqualität bewertet (hohe Werte in der Lebensqualität).

Die subjektive Bewertung der Befindlichkeit des eigenen Kindes nach der Geburt hing sehr signifikant mit der physischen Dimension ($r = -.303$) und der Globalbeurteilung der Lebensqualität ($r = -.247$) zusammen. Das bedeutet, je besser die subjektive Befindlichkeit des Kindes beurteilt wurde, desto besser war die Lebensqualität in beiden angegebenen Dimensionen.

Die Parität korrelierte negativ mit der Umweltdimension ($r = -.248$) und der Globalbeurteilung der Lebensqualität ($r = -.207$). Je mehr Kinder vorhanden waren umso schlechter wurde die Lebensqualität im Bereich Umwelt und „Global“ bewertet (in Tabelle 33 angegeben).

9.4.1.7 Der Zusammenhang des Besuches eines Geburtsvorbereitungskurses, des Alters und der Kultur mit der Lebensqualität und Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt

Schließlich korrelierte der Besuch eines Schwangerschaftskurses signifikant mit der Befindlichkeit ($r = -.215$, Tabelle 33). Die Befindlichkeit war besser, wenn kein Geburtsvorbereitungskurs besucht wurde. Alter und Kultur korrelierte nicht mit der Befindlichkeit und der Lebensqualität. Deshalb wurden sie in der Tabelle nicht angeführt.

Tabelle 33

Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Variablen und der Lebensqualität und Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt

	Unterstützung vom Partner	Unterstützung durch Andere	Erwünschtheit der SS	Angst vor der Geburt	Finanz. Lage	EPDS1	Geburtsgewicht des Kindes	SSW bei der Geburt	Befindlichkeit des Kindes	Parität	Geburtsvorbereitungskurs
EPDS3 GESAMT	-.365**	-.358**	-.180	.135	.215*	.368**	.097	.026	.033	.128	-.215*
WHOQOL-BREF1 PHYSISCH	.389**	.317**	.132	-.023	-.163	-.367**	.002	.046	-.303**	-.051	.029
WHOQOL-BREF1 PSYCHISCH	.525**	.350**	.195	-.021	-.131	-.313**	-.088	.002	-.169	-.187	.068
WHOQOL-BREF1 SOZIAL	.516**	.444**	.216*	-.097	-.138	-.186	-.124	-.071	-.161	-.120	-.133
WHOQOL-BREF1 UMWELT	.265*	.452**	.151	-.229*	-.264*	-.215*	-.106	-.040	-.011	-.248*	.169
WHOQOL-BREF1 GLOBAL	.499**	.470**	.179	-.090	-.322**	-.223*	-.121	.009	-.247*	-.207*	.162

* $p < .05$. ** $p < .01$.

9.4.2 Multivariate Ergebnisse

Die Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell ergab, dass Unterstützung vom Partner ($p = .006$) und die subjektive Einschätzung der Befindlichkeit des Kindes von der Mutter ($p = .025$) bedeutendste Prädiktoren für die Vorhersage der Lebensqualität und Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt waren (siehe Tabelle 34).

Tabelle 34

Generelle Effekte der Untersuchungsvariablen auf die Befindlichkeit und Lebensqualität

Effekt	F	Hypothese df	Fehler df	p	Eta ²
Risikoschwangerschaft	0.794	18	189	.706	.07
Geburtsart	1.011	12	124	.443	.09
Schulbildung	0.732	18	189	.775	.07
Unterstützung vom Partner	3.357	6	61	.006	.25
Unterstützung durch Andere	2.215	6	61	.053	.18
Erwünschtheit der Schwangerschaft	0.213	6	61	.971	.02
Angst vor der Geburt	1.923	6	61	.091	.16
Finanzielle Lage	0.689	6	61	.660	.06
Kultur	1.374	6	61	.239	.12
Alter	1.234	6	61	.302	.11
EPDS1-Gesamtwert	1.826	6	61	.109	.15
Geburtsgewicht des Kindes	0.445	6	61	.846	.04
SSW bei der Geburt	0.586	6	61	.740	.05
Subjektive Befindlichkeit des Kindes	2.613	6	61	.025	.20
Parität	0.385	6	61	.886	.04
Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses	1.743	6	61	.126	.15

Nach dem globalen Modelltest haben alle Variablen einen prognostischen Einfluss auf den EPDS-Gesamtwert ($p = .004$), auf die physische ($p < .001$), psychische ($p = .002$), soziale ($p < .001$), Umwelt ($p = .004$) und Globalbeurteilung der Lebensqualität ($p < .001$).

Betrachtet man die einzelnen Variablen getrennt nach ihrer Wirkung auf die Befindlichkeit und Lebensqualität ergaben sich folgende Ergebnisse.

Die Schulbildung wirkte sich signifikant auf die physische Dimension ($p = .017$) der Lebensqualität aus. Die Unterstützung durch den Partner wirkte sich signifikant auf die physische Dimension ($p = .049$), psychische ($p = .001$), soziale ($p = .002$) und Globalbeurteilung ($p = .003$) der Lebensqualität aus, während sich Unterstützung durch Andere auf die soziale ($p = .006$), die Umweltdimension ($p = .026$) und die Globalbeurteilung der Lebensqualität ($p = .026$) auswirkte.

Weiters zeigte sich, dass sich Angst vor der Geburt signifikant auf die Umweltdimension der Lebensqualität ($p = .017$) auswirkte. Kultur wirkte sich auf die psychische Dimension der Lebensqualität ($p = .045$) aus. Die Befindlichkeit in der

Schwangerschaft (EPDS1) wirkte sich auf die Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt aus. Weiters wirkte sich der subjektive Eindruck von der Gesundheit des Kindes auf die physische ($p = .037$) und die globale Beurteilung der Lebensqualität ($p = .025$) aus. Der Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses wirkte sich auf die soziale Dimension der Lebensqualität aus ($p = .028$). Alle Ergebnisse sind in Tabelle 35 angeführt.

Tabelle 35

Prädiktoren für Befindlichkeit und Lebensqualität zum 3. Zeitpunkt

Quelle	Abhängige Variable	p	Eta ²
Modelltest Gesamt	EPDS3 Gesamt	.004	.431
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	<.001	.517
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.002	.452
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	<.001	.511
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.004	.431
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	<.001	.552
Risikoschwangerschaft	EPDS3 Gesamt	.792	.016
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.106	.088
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.941	.006
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.674	.023
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.126	.082
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.251	.060
Geburtsart	EPDS3 Gesamt	.148	.056
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.898	.003
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.776	.008
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.365	.030
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.565	.017
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.744	.009
Schulbildung	EPDS3 Gesamt	.645	.025
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.017	.143
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.508	.034
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.066	.102
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.442	.040
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.354	.048
Unterstützung vom Partner	EPDS3 Gesamt	.071	.049
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.049	.058
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.001	.143
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.002	.133
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.655	.003
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.003	.125
Unterstützung durch Andere	EPDS3 Gesamt	.126	.035
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.150	.031
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.408	.010
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.006	.110
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.026	.073
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.026	.073
Erwünschtheit der Schwangerschaft	EPDS3 Gesamt	.966	.000
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.833	.001
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.584	.005
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.776	.001
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.381	.012
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.939	.000

Quelle	Abhängige Variable	p	Eta ²
Angst vor der Geburt	EPDS3 Gesamt	.196	.025
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.713	.002
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.905	.000
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.859	.000
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.017	.083
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.725	.002
Finanzielle Lage	EPDS3 Gesamt	.574	.005
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.386	.011
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.844	.001
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.705	.002
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.507	.007
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.058	.053
Kultur	EPDS3 Gesamt	.095	.042
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.405	.011
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.045	.060
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.429	.009
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.377	.012
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.436	.009
Alter	EPDS3 Gesamt	.104	.040
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.505	.007
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.799	.001
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.524	.006
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.462	.008
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.452	.009
EPDS1 Gesamtwert	EPDS3 Gesamt	.028	.071
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.052	.056
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.090	.043
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.836	.001
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.987	.000
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.999	.000
Geburtsgewicht des Kindes	EPDS3 Gesamt	.923	.000
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.986	.000
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.622	.004
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.450	.009
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.933	.000
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.229	.022
SSW bei der Geburt	EPDS3 Gesamt	.756	.001
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.115	.037
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.805	.001
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.549	.005
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.628	.004
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.776	.001
Subjektive Befindlichkeit des Kindes	EPDS3 Gesamt	.467	.008
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.037	.065
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.530	.006
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.145	.032
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.439	.009
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.025	.074
Parität	EPDS3 Gesamt	.721	.002
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.937	.000
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.511	.007
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.799	.001
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.380	.012
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.684	.003
Geburtsvorbereitungskurs besucht	EPDS3 Gesamt	.247	.020
	WHOQOL-BREF3 PHYSISCH	.833	.001
	WHOQOL-BREF3 PSYCHISCH	.840	.001
	WHOQOL-BREF3 SOZIAL	.028	.071
	WHOQOL-BREF3 UMWELT	.517	.006
	WHOQOL-BREF3 GLOBAL	.351	.013

9.5 Veränderung in der Befindlichkeit im zeitlichen Verlauf in Abhängigkeit von der Risiko- bzw. normalen Schwangerschaft und der Kultur

Es ergaben sich mittels dreifaktorieller Varianzanalyse signifikante Unterschiede in der Befindlichkeit in Abhängigkeit vom zeitlichen Verlauf ($p = .001$) und der Risikogruppe ($p = .006$). Die Wechselwirkung Zeit x Risikoschwangerschaftsgruppe war ebenfalls signifikant ($p = .044$). Die Kultur hatte keinen Einfluss auf die Befindlichkeit (Tabelle 36).

Tabelle 36

Signifikanztest für die Befindlichkeit in Abhängigkeit vom Erhebungszeitpunkt, Risikoschwangerschaft und der Kultur

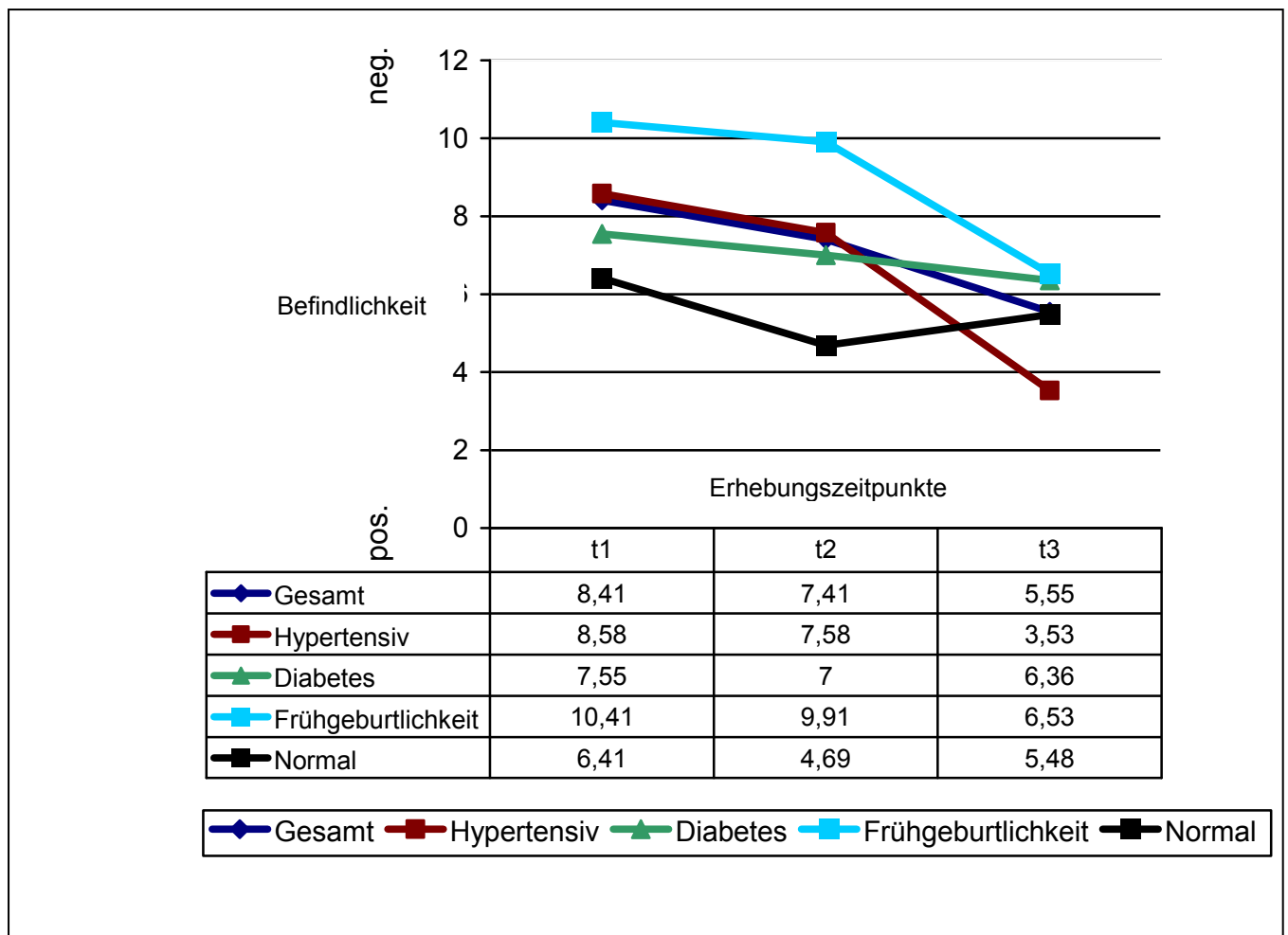
Quelle	p	Eta ²
Zeit	.001	.083
Zeit * Risikoschwangerschaft	.044	.072
Zeit * Kultur	.827	.002
Risikoschwangerschaft	.006	.134
Kultur	.405	.008

Anmerkung: Die dreifache Wechselwirkung wurde aus Gründen der Zellbesetzung nicht ausgewertet.

Für den Effekt Zeit ergab sich ein statistisch linearer Kontrast ($p < .001$), der besagt, dass die Befindlichkeit sich über die Zeitpunkte hinweg verbessert. Für den Effekt Risikoschwangerschaft zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe Frühgeburtlichkeit und normaler Schwangerschaft, daraus geht hervor, dass die Befindlichkeit in der Gruppe Frühgeburtlichkeit über die drei Zeitpunkte hinweg schlechter war, als in der normalen Schwangerschaftsgruppe. Dieser Haupteffekt ist jedoch nicht unabhängig vom Zeitpunkt, da auch die Wechselwirkung Zeit x Risikoschwangerschaft ebenfalls signifikant war. Post-Tests ergaben, dass der Unterschied zwischen den Gruppen Frühgeburtlichkeit und „normaler Schwangerschaft“ nur zu den ersten beiden Zeitpunkten gegeben war, nicht jedoch zum dritten Zeitpunkt (Abbildung 8).

Abbildung 8

Grafik zu Veränderungen in der Befindlichkeit im zeitlichen Verlauf in Abhängigkeit von der Risiko- bzw. normalen Schwangerschaft und der Kultur



9.5.1 Veränderung in der Lebensqualität im zeitlichen Verlauf in Abhängigkeit von der Risiko- bzw. normalen Schwangerschaft und der Kultur

Multivariat ergaben sich signifikante Unterschiede in der Lebensqualität in Abhängigkeit vom zeitlichen Verlauf ($p < .001$) und der Risikogruppe ($p = .041$). Die Wechselwirkung Zeit x Risikoschwangerschaftsgruppe war ebenfalls signifikant ($p = .015$). Die Kultur hatte keinen Einfluss auf die Lebensqualität. Die Ergebnisse sind in Tabelle 37 angeführt.

Tabelle 37

Signifikanztest für die Lebensqualität in Abhängigkeit vom Erhebungszeitpunkt, Risikoschwangerschaft und der Kultur

Quelle	P	Eta ²
Zeit	<.001	.411
Zeit * Risikoschwangerschaft	.015	.108
Zeit * Kultur	.373	.063
Risikoschwangerschaft	.041	.096
Kultur	.218	.082

Anmerkung: Die dreifache Wechselwirkung wurde aus Gründen der Zellbesetzung nicht ausgewertet.

Für den Haupteffekt zeigte sich univariat, dass die physische ($p = <.001$), die psychische ($p = .029$) und die Globalbeurteilung der Lebensqualität ($p = .001$) in der Schwangerschaft sehr signifikant schlechter waren als 3-4 Monate nach der Geburt (Tabelle 38, Abbildung 9, 10, 11).

Tabelle 38

Mittelwerte des WHO-QOL in allen Dimensionen für die beiden Erhebungszeitpunkte

	t1		t2		p	Eta ²
	M	S	M	S		
Physisch	67.00	17.68	80.95	12.21	<.001	.30
Psychisch	72.64	12.88	75.36	14.10	.029	.06
Sozial	80.42	15.05	76.71	15.13	.070	.04
Umwelt	78.52	12.76	75.59	12.46	.052	.04
Global	72.64	14.86	79.72	13.46	.001	.13

Der Haupteffekt Risikoschwangerschaft erwies sich nur in der Skala physisch ($p = .001$) als signifikant.

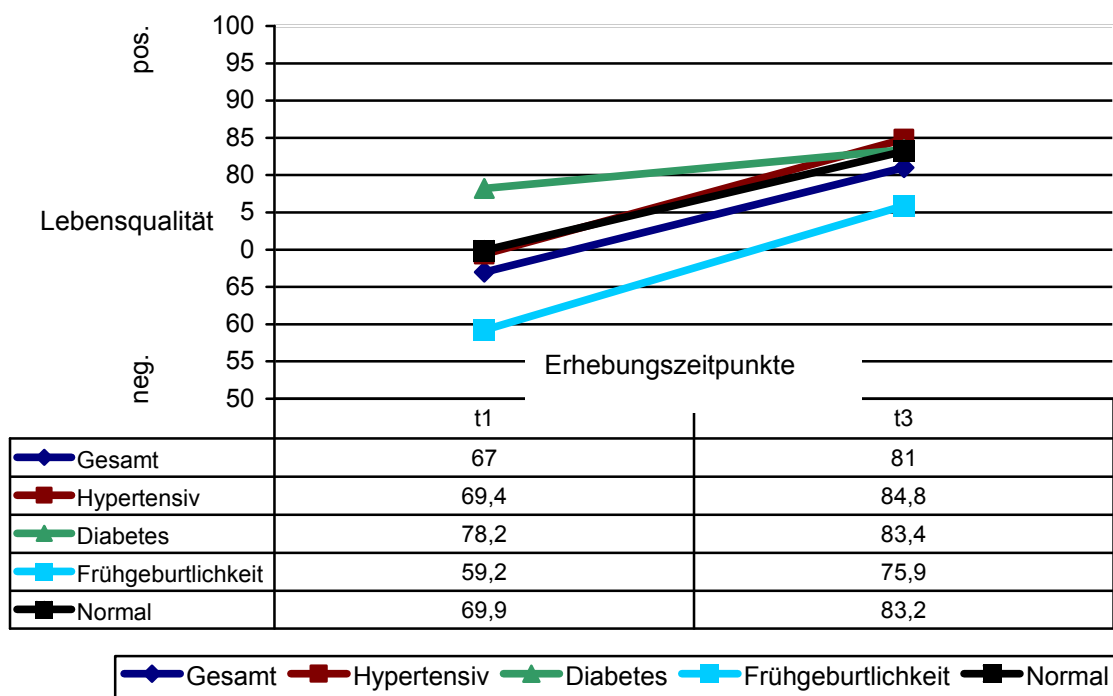
Die Wechselwirkung Zeit x Risikoschwangerschaftsgruppe erwies sich nur für die Dimension psychisch als ($p = .050$) signifikant.

9.5.1.1 Veränderungen in der physischen Lebensqualität in Abhängigkeit von der Zeit und der Risiko- bzw. normalen Schwangerschaftsgruppe

In der Schwangerschaft war die physische Lebensqualität in allen Gruppen signifikant schlechter als 3 – 4 Monate nach der Geburt ($p = <.001$, Tabelle 38). Post Hoc Tests ergaben, dass die Gruppe Frühgeburtlichkeit eine signifikant schlechtere Lebensqualität aufwies als alle anderen Gruppen (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9

Grafik zu Veränderungen in der physischen Lebensqualität in Abhängigkeit von der Zeit und der Risiko- bzw. normalen Schwangerschaftsgruppe

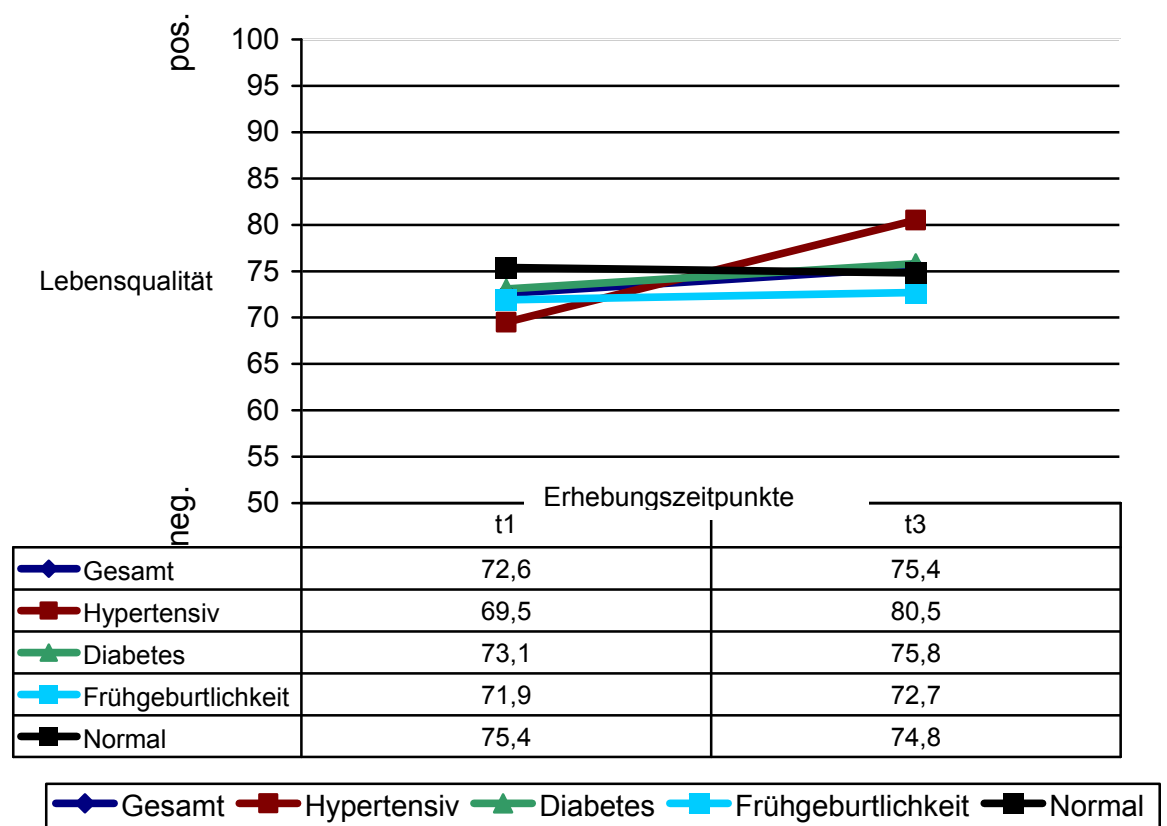


9.5.1.2 Veränderungen in der psychischen Lebensqualität in Abhängigkeit von der Zeit und der Risiko- bzw. normalen Schwangerschaftsgruppe

In der Schwangerschaft war die psychische Lebensqualität signifikant schlechter als 3–4 Monate nach der Geburt. Die Wechselwirkung Zeit x Risikoschwangerschaftsgruppe erwies sich als ($p = .050$) signifikant. Post Hoc Tests ergaben jedoch, dass weder zum 1. noch zum 3. Zeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden (Abbildung 10). Aus der Grafik in Abbildung 10 ist jedoch ersichtlich, dass es in der Gruppe der hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen zu einem Anstieg in der psychischen Dimension der Lebensqualität um mehr als 10 Punkte gekommen ist, während in den anderen Gruppen keine nennenswerten Veränderungen zu beobachten waren.

Abbildung 10

Grafik zu Veränderungen in der psychischen Lebensqualität in Abhängigkeit von der Zeit und der Risiko- bzw. normalen Schwangerschaftsgruppe

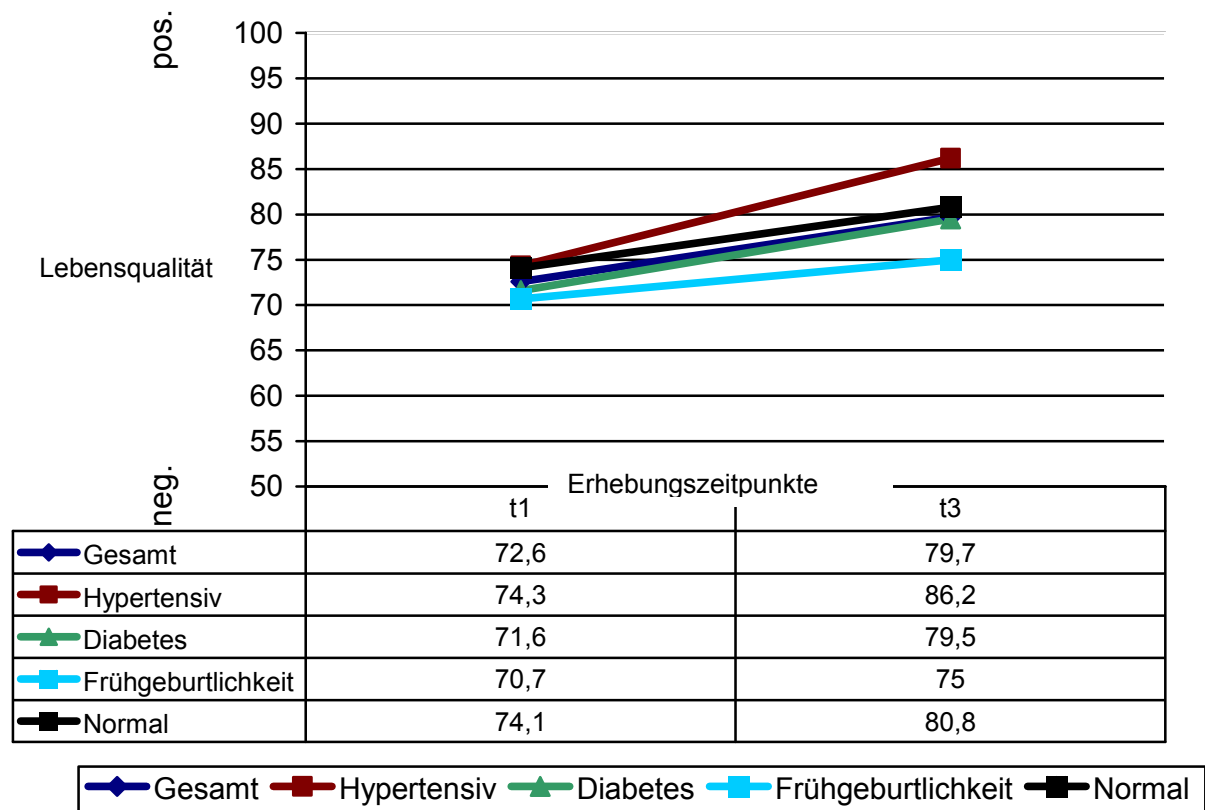


9.5.1.3 Veränderungen in der globalen Lebensqualität in Abhängigkeit von der Zeit und der Risiko- bzw. normalen Schwangerschaftsgruppe

Es zeigte sich, dass die globale Lebensqualität in der Schwangerschaft gesamt betrachtet (dunkelblaue Linie) signifikant schlechter war als 3-4 Monate nach der Geburt (in Abbildung 11 dargestellt).

Abbildung 11

Grafik zu Veränderungen in der globalen Lebensqualität in Abhängigkeit von der Zeit und der Risiko- bzw. normalen Schwangerschaftsgruppe



10. Interpretation und Diskussion

Die Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein Konzept, das physiologische, psychische und soziale und Umweltdimensionen abbilden kann. Neben medizinischen Kriterien ist die subjektive Perspektive der Patientinnen ein zentraler Maßstab für die Beurteilung der Qualität medizinischer und pflegerischer Versorgungsleistungen (Tüchler & Lutz, 1991, Straub, 1993, Metcalfe, 1992, zit. in Angermeyer, 2000). Die Erfassung der Patientinnenperspektive auf der Mikroebene im Rahmen der medizinischen Versorgung gibt Ärztinnen und Pflegepersonen Informationen über die individuellen Bedürfnisse, Erwartungen und Präferenzen ihrer Patientinnen und damit eine wichtige Entscheidungshilfe für die Wahl von Behandlungs- und Versorgungsmaßnahmen (Straub, 1993, Tüchler & Lutz, 1991, Sutherland & Till, 1993). Mit dem Lebensqualitätskonzept sind alle Bereiche der Gesundheit beschreibbar.

Ein Metamodell zur Beschreibung von Krankheit und Gesundheit ist das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Es ist ein Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar ist. Im Kern der Überlegungen steht, dass die Natur auf einem Kontinuum hierarchisch geordnet ist, ausgehend von der Biosphäre, Gesellschaft, Kultur, Gemeinde/Gemeinschaft, Familie, 2-Personen-Beziehung, Person, Organe, Gewebe, Organellen, Moleküle, Atome bis zu subatomaren Teilchen (Engel, 1976). Krankheit beinhaltet nach dem Biopsychosozialen Modell drei Dimensionen: eine biomedizinische Ebene, eine psychologische Ebene und eine öko-soziale Ebene (Egger, 2005).

Auf der ersten Ebene wird Krankheit als somatische Störung betrachtet. So kann z.B.: hoher Blutdruck, die Eiweißausscheidung im Harn oder der Insulinspiegel direkt gemessen werden. Im Bezug auf die Schwangerschaft wäre eine Einteilung auf dieser Ebene nach den organischen Befunden in verschiedene Schwangerschaftserkrankungen möglich. In der vorliegenden Untersuchung wurden hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, Diabetes White A/B und eine sehr breite Kategorie, die als Frühgeburtlichkeit bezeichnet wurde (z.B.: vorzeitiger Blasensprung, vorzeitige Wehentätigkeit etc.), gewählt.

Auf der zweiten Ebene, der psychologischen Ebene, wird Krankheit als Störung des Erlebens und des Verhaltens verstanden. In der vorliegenden Untersuchung wurde Augenmerk auf das subjektive Erleben der Schwangerschaft gelegt. Wie wird das Life-event Schwangerschaft mit all seinen körperlichen, psychischen und sozialen

Veränderungen von den betreffenden Frauen wahrgenommen? Auf dieser Ebene können beispielsweise auch aufrechterhaltende oder auslösende Faktoren für Erkrankungen und subjektive Krankheitstheorien erfragt werden.

Auf der dritten Ebene, der ökosozialen Ebene wird Krankheit als Ergebnis einer pathogenen Mensch-Umwelt-Passform gesehen. Krankheit wird als Fehlanpassung an sozio-ökologische Lebensbedingungen betrachtet. Dies ist auch in der Geburtshilfe bekannt. Als Ursache für Frühgeburt wurde beispielsweise von Dudenhausen und Pschyrembel (2001) ein sozioökonomisches Risiko angeführt. Diese wurden in der vorliegenden Studie berücksichtigt. Es wurden z.B. die finanzielle Situation, das Erleben sozialer Unterstützung vom Partner oder wichtigen anderen Personen, oder der kulturelle Background explizit erfragt.

Auf dem biopsychosozialen Krankheitsmodell aufbauend ist für die Schwangerschaft und die Geburt also folgendes festzuhalten. Wie eine organische Erkrankung in das subjektive Erleben einer Frau eingeordnet wird, ist nur der betreffenden Person, als direktes Wissen im Sinne des nur ihr zugänglichen Erlebens erfassbar und beurteilbar. Also kann nur die betreffende Frau dazu, idealerweise unter standardisierten Bedingungen, befragt werden, um eine möglichst gute Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Dies ist auch Ziel der Lebensqualitätsforschung, möglichst vergleichbare Daten zu liefern um inneres Erleben möglichst gut abbilden zu können.

Nach Egger (2005) ist nach einem erweiterten biopsychosozialen Modell der Schluss möglich, dass sowohl physiologische als auch psychologische Interventionen prinzipiell gleichermaßen in der Lage sind, Änderungen im Organismus zu erzeugen, die sowohl physischer wie psychischer Natur sind. Dies ist auch in der Schwangerschaft bemerkbar. Beispielsweise kann sich durch einen stationären Aufenthalt eine Symptomatik verbessern. Aufklärung und die Behandlung können mehr Sicherheit und Kontrolle über ein „diagnostiziertes“ Problem geben. Dass sich Entspannung z.B. positiv auf Hochdruckpatientinnen auswirken kann ist bekannt. Auch kann die Erarbeitung kognitiver oder Verhaltensstrategien bei verschiedenen Belastungen bedeutend zur allgemeinen Gesundheit beitragen. Andererseits kann auch die aktive Veränderungen der Umwelt (z.B.: der Arbeitssituation), also Veränderungen auf der ökosozialen Ebenen die Gesundheit beeinflussen. Gesundheit wird nach dem biopsychosozialen Modell (Egger, 2005) als die ausreichende Kompetenz des Systems „Mensch“ gesehen, beliebige Störungen auf

beliebiger Systemebene autoregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen, Auffälligkeiten auf der psychosozialen Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren.

Um eine gute Behandlung gewährleisten zu können, ist das Wissen über Zusammenhänge zwischen medizinischen und psychischen Variablen bedeutend. Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, Einflussfaktoren auf die Befindlichkeit und Lebensqualität zu definieren.

10.1 Unterschiede in der Lebensqualität von Schwangeren und Nicht-Schwangeren in Abhängigkeit vom Alter

Als erstes wurde die Frage überprüft, ob es Unterschiede zwischen schwangeren Frauen und Nicht-Schwangeren gibt. Dies wurde anhand von Referenzdaten untersucht. Die Gruppe der Schwangeren umfasste eine Gruppe, die zum Großteil aus Risikopatientinnen bestand (N = 112, 32 davon konnten der normalen Schwangerschaftsgruppe zugeordnet werden). Es wurden Unterschiede zwischen drei Altersgruppen verglichen (17-25 Jahre, 26-35 Jahre, und 36-45 Jahre).

Es bestätigte sich, dass Schwangere eine schlechtere Lebensqualität angaben als Nicht-Schwangere. Moderierende Variable scheint das Alter zu sein. Je jünger die Frauen sind, umso schlechter ist die Lebensqualität. Höheres Alter in der Schwangerschaft wirkt sich positiv auf die Lebensqualität in der sozialen und der Umweltdimension aus. Mit zunehmendem Alter scheinen stabilere soziale Netzwerke vorhanden zu sein, die als protektiver Faktor gegen Beeinträchtigungen der Lebensqualität wirken können. Ältere Schwangere scheinen im Vergleich zu jüngeren mehr Ressourcen (vor allem soziale) zu haben um Belastungen einer Schwangerschaft, auch einer Problemschwangerschaft, besser bewältigen zu können (vgl. Tabelle 39).

Tabelle 39

Unterschiede in der Lebensqualität von Schwangeren (N= 112) im Vergleich zu WHOQOL-Bref.-Referenzdaten für drei Altersgruppen

LQ-Dimension	17-25 Jahre	26-35 Jahre	36-45 Jahre
Physische LQ	Signifikant negativer bei Schwangeren	signifikant negativer bei Schwangeren	signifikant negativer bei Schwangeren
Psychische LQ	Signifikant negativer bei Schwangeren	signifikant negativer bei Schwangeren	
Soziale LQ			signifikant positiver bei Schwangeren
Umweltdimension der LQ		Signifikant positiver bei Schwangeren	signifikant positiver bei Schwangeren
Global LQ	Signifikant negativer bei Schwangeren		

Die **physische Dimension** der Lebensqualität war in allen drei Altersgruppen der Schwangeren stärker beeinträchtigt als bei den Nicht-Schwangeren. Dies ist konform mit der Literatur. Eine aktuelle Studie von Forger, Ostensen, Schuhmacher und Villiger (2005) kam zu ähnlichen Ergebnissen. Sie überprüften die Lebensqualität von gesunden und „kranken“ Schwangeren (Rheumapatientinnen) mit dem SF-36. Es zeigte sich, dass beide Gruppen eine Einschränkung in der physischen Funktionsfähigkeit hatten.

Die **psychische** Lebensqualität wurde in den beiden jüngeren Altersgruppen schlechter beurteilt als in der ältesten Altersgruppe. Viele Frauen der Untersuchungsgruppe, hatten wie angeführt, eine Problemschwangerschaft, wodurch der Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungen in der psychischen Lebensqualität

und dem Alter entstanden sein könnte. Da Alter an sich schon einen Risikofaktor darstellt (Dudenhausen & Pschyrembel, 2001, Schücking & Schwarz, 2004) werden ältere Frauen vermutlich von ihren ÄrztInnen auf etwaige Komplikationen oder Probleme in der Schwangerschaft aufmerksam gemacht, während jüngere Frauen vermutlich davon überrascht werden.

Die **globale** Lebensqualität wurde von der jüngsten Gruppe, im Vergleich zur Referenzgruppe, am schlechtesten beurteilt. Sie stellt ein allgemeines Maß der Lebensqualität dar.

Einige Lebensqualitätsdimensionen wurden mit den Jahren besser beurteilt. Dies traf auf die **Umwelt**dimension und die **soziale** Dimension der Lebensqualität zu. Sie wurden von Schwangeren mit höherem Alter besser beurteilt als die Referenzgruppe der Nicht-Schwangeren (Tabelle 39).

Es scheint somit zusammenfassend belegt zu sein, dass einerseits eine Schwangerschaft mit Einbußen der Lebensqualität verbunden ist. Entsprechend den Ergebnissen lässt sich Schwangerschaft als Krise, wie von Wimmer-Puchinger (1992) postuliert, auch mit Lebensqualitätsparametern erfassen. Andererseits scheint eine Schwangerschaft in einem höheren Alter auch mit einer Verbesserung in der Umwelt- und der sozialen Dimension der Lebensqualität einherzugehen.

10.2 Der Einfluss von Risikoschwangerschaft und anderer Variablen auf die Befindlichkeit und Lebensqualität

10.2.1 Risikoschwangerschaft

Insgesamt wurden drei Risikoschwangerschaftsgruppen definiert: „Vorzeitige Wehentätigkeit“, „Präeklampsie“ und „Diabetes“ White A/B bzw. Bo. Bei beiden letzten Diabetesgruppen handelt es sich um insulinpflichtigen Diabetes. Es wurde angenommen, dass Frauen der Risikoschwangerschaftsgruppen Präeklampsie und „Vorzeitige Wehentätigkeit“ stärker in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind als Frauen mit „normaler“ Schwangerschaft und Diabetes White A/B bzw. Bo. Die Hypothese konnte zum Teil bestätigt werden.

10.2.1.1 Der Einfluss von Frühgeburtlichkeit

Es zeigte sich, wie erwartet, dass die Gruppe der Frauen „**Frühgeburtlichkeit**“ in der Schwangerschaft eine schlechtere Lebensqualität in der physischen Dimension im Vergleich zu Frauen der „normalen Schwangerschaftsgruppe“ und der Gruppe der Diabetikerinnen hatte. Dies scheint als Reaktion auf die Schwangerschaftskomplikation aufzutreten, die häufig mit stationären Krankenhausaufenthalten, Bettruhe, Wehenhemmung und täglicher CTG-Kontrollen verbunden ist. Die Beeinträchtigung in der physischen Dimension der Lebensqualität ist gut nachvollziehbar. Wie erwartet, war auch die Befindlichkeit in der Frühgeburtsgruppe signifikant schlechter (im Sinne einer Depressionstendenz) als in der normalen Gruppe. Depressionswerte über 9 im EPDS, die sich in der vorliegenden Studie ergaben, sind klinisch ernst zu nehmen, weshalb eine psychologische Betreuung neben der medizinischen angeboten werden sollte. Dies scheint besonders in der Schwangerschaft, aber auch noch kurz nach der Geburt wichtig zu sein. Frauen mit **Frühgeburtlichkeitsproblematik** sind besonders in der Akutsituation sehr belastet. Da die Werte des EPDS in der Schwangerschaft im Mittel bei fast 11 lagen, kann eine Befindlichkeitsstörung als Zeichen einer akuten Belastungsreaktion betrachtet werden.

Kurz nach der Geburt wurde die Befindlichkeit in der Gruppe „**Frühgeburtlichkeit**“ im Vergleich zur „normalen Schwangerschaftsgruppe“ ebenfalls schlechter beurteilt. Dies entsprach den Erwartungen. Der Mittelwert in der Frühgeburtsgruppe lag zu diesem Zeitpunkt noch bei über 10. Sehr belastend werden das Gefühl des Ausgeliefertseins, geringe Kontroll- und Einflussmöglichkeiten auf die eigene

Gesundheit und dem des Kindes angegeben. Sarimski (2000) schreibt dazu, dass der Verlust der Kontrolle über die Ereignisse für alle Eltern eines sehr unreifen Babys schwer auszuhalten ist. Ihnen ist für einige Zeit die Möglichkeit genommen, eine krisenhafte Bedrohung aus eigener Anstrengung aufzulösen.

Bezüglich des Schmerzerlebens zeigte sich, dass die Gruppe der Frühgeburtlichkeit 2-5 Tage nach der Geburt signifikant stärkere sensorische Schmerzen angaben als die normale Schwangerschaftsgruppe. Dies könnte mit der schlechteren Befindlichkeit der Frühgeburtsgruppe zusammenhängen. Dannenbring (1997) konnte beispielsweise einen Zusammenhang zwischen affektivem Schmerzerleben und Depression feststellen.

Drei bis vier Monate nach der Geburt war die Befindlichkeit bzw. Depressionstendenz in der **Frühgeburtsgruppe** im Vergleich zu den anderen Gruppen nicht mehr beeinträchtigt. Der Depressionsscore lag unter dem kritischen Wert. Dies hängt damit zusammen, dass nach dem Schock über das Ende der „normalen“ Schwangerschaft, nach 3-4 Monaten wieder eine emotionale Stabilisierung stattgefunden hat, die mit der Entwicklung des Kindes im direkten Zusammenhang steht. Je besser sich das Kind entwickelt, umso mehr Sicherheit gewinnen Frauen, so dass 3-4 Monate nach der Geburt kein Einfluss auf die Befindlichkeit mehr bemerkbar ist.

10.2.1.2 Der Einfluss von hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen

Frauen mit **hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen** waren im Vergleich zur normalen oder der Diabetikergruppe in keiner der fünf Dimensionen der Lebensqualität bzw. in der Befindlichkeit beeinträchtigt. Es ergab sich sogar, dass sie eine signifikant bessere soziale Lebensqualität angaben als die Gruppe mit Frühgeburtsbestrebungen. Das war überraschend, da Frauen mit Präeklampsie ängstlicher und in einen vegetativ labileren Zustand beschrieben wurden (Wimmer-Puchinger, 1992) oder Belastungen wie Verunsicherung, Angst und Hoffnungslosigkeit erleben sollten (Düring, 2004). Kim, Brawarsky, Jackson, Fuentes-Afflick und Haas (2005) fanden ebenfalls, dass Frauen mit schwangerschaftsinduzierten Bluthochdruckerkrankungen geringere Vitalität und "self-rated health" angaben, also ihre Gesundheit schlechter bewerteten, als Nicht-Hochdruckpatientinnen.

Dies war in der vorliegenden Untersuchung nicht der Fall. Entscheidende Rolle könnte die ganzheitliche Betreuung dieser Gruppe im Untersuchungszeitraum

spielen. Sie wurden in der Grazer Frauenklinik als Hochrisikopatientinnen aufgrund eines Forschungsschwerpunktes auch in andere medizinische Studien eingeschlossen und dadurch in den meisten Fällen zusätzlich psychologisch betreut. Der Schweregrad der hypertensiven Schwangerschaftserkrankung variierte allerdings sehr. Sie reichte von einer SIH, Präeklampsie bis zu einem schweren HELLP-Syndrom, mit unterschiedlicher Behandlung. Es wäre sinnvoll, Unterschiede in der Befindlichkeit der verschiedenen Gruppen von hypertonen Schwangerschaftserkrankungen genauer zu erforschen. Dies könnte in weiteren Studien untersucht werden.

Weiters hat die Präeklampsie (im Volksmund auch Schwangerschaftsvergiftung oder Gestose genannt) durch ihren mittlerweile doch großen Bekanntheitsgrad ihren Schrecken etwas verloren. Man könnte vielleicht sogar behaupten, dass die Präeklampsie bzw. Gestose „gesellschaftsfähig“ geworden ist. Bei vielen anderen Schwangerschaftspathologien bei denen die Frühgeburt als gemeinsamer Endpunkt steht (siehe Spätling & Schneider, 2004) ist dies eher nicht der Fall. Verschiedene Ursachen, die oft nicht klar sind, können vorliegen. Auswirkungen sind für die Frauen oft nicht abschätzbar, was vermutlich mit größerer Verunsicherung verbunden ist.

Drei bis vier Monate nach der Geburt zeigte sich wie schon in der Schwangerschaft, dass Frauen der **hypertensiven Schwangerschaftsgruppe** ihre Lebensqualität besser beurteilten als die Gruppe der Frühgeburtlichkeit. Dies war in der physischen, Umwelt- und globalen Dimension der Lebensqualität der Fall.

10.2.1.3 Der Einfluss von Diabetes White A/B und Bo

Es wurde erwartet, dass Diabetes in der Schwangerschaft sich nicht auf die Befindlichkeit und Lebensqualität auswirkt. Dies bezog sich auf Studien von Spirito (1989) und Langer und Langer (1994), die keine Auswirkungen von Diabetes auf den emotionalen Zustand fanden.

Dies wurde auch bestätigt. Frauen mit Diabetes White A/B bzw. Bo zeigten weder in der Schwangerschaft, noch nach der Geburt Einschränkungen in der Befindlichkeit und Lebensqualität verglichen mit den Gruppen „Frühgeburtlichkeit“ und Präeklampsie.

10.2.2 Migration und Befindlichkeit bzw. Lebensqualität

Migrantinnen und Nicht-Migrantinnen unterschieden sich entgegen der Erwartungen in ihrer Lebensqualität und Befindlichkeit weder in der Schwangerschaft, kurz nach der Geburt noch 3-4 Monate nach der Geburt voneinander. Multivariat zeigte sich, dass Frauen mit Migrationshintergrund 3-4 Monate nach der Geburt jedoch eine schlechtere Lebensqualität in der psychischen Dimension angaben.

Die gute Befindlichkeit in der Schwangerschaft und kurz nach der Geburt scheinen im Widerspruch zu anderen Studien zu stehen, die Zusammenhänge zwischen Migration und gesundheitlichen Einschränkungen (Razum & Geiger, 2004) und Depression fanden (Zellkowitz et al, 2004). Auch Lu und Chen (2004) gaben bei ethnischen Minderheiten, eine größere Wahrscheinlichkeit an, dass sie emotionalen, finanziellen und partnerschaftsbedingten Stressoren ausgesetzt sind. Dies müsste sowohl in der Schwangerschaft, kurz nach der Geburt und 3-4 Monate nach der Geburt der Fall sein. Da Lebensqualität eine subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes von den Betroffenen ist (Bullinger, 1997, 2000, Veenhoven, 2000), erscheinen die vorliegenden Ergebnisse weniger überraschend. Auch David (2001) fand bei türkischen Einwanderern in Deutschland eine größere Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit und der familiären Situation im Vergleich zur deutschen Stichprobe, obwohl sie die allgemeine Lebenssituation (Wohn-, Einkommens- und berufliche Situation) schlechter bewerteten.

Weiters ist zu berücksichtigen, wie sich die Gruppe der Migrantinnen in der vorliegenden Studie zusammensetzte. Der Großteil der 28 Frauen war schon länger als 10 Jahre in Österreich (67,8 %) und kam aus den ex-jugoslawischen Staaten (15 Frauen) und viele aus Osteuropa (6 Frauen). Der kulturelle Hintergrund war also ähnlich dem „österreichischen“ und viele Frauen hatten durch den längeren Aufenthalt im Land bereits gute Deutschkenntnisse. Lanfranchi (2004) sieht Sprachkompetenz als Schlüssel für die erfolgreiche Teilnahme am Sozialleben im Aufnahmeland. Sie schreibt im Buch „Therapie und Beratung von Migranten“, dass Ziel der Integration sei es, dass „Teile der eigenen Identität bewahrt bleiben und neue Elemente dazukommen“ (Lanfranchi, 2004, S.16). Dabei können ihrer Meinung nach Beratung und Therapie unterstützen. Nach Moosmüller (1997) ist es wichtig, soziale Beziehungen zu verstehen und interpretieren zu können, um das „Spiel mitspielen“ zu können. Mit dem Erlernen der Sprache haben die Migrantinnen der Studiengruppe vermutlich bereits Fähigkeiten erworben, die gesellschaftlichen

Ordnungen und Verhaltensregeln zu interpretieren und sich damit auch im medizinischen System einigermaßen zu Recht zu finden. Da in vielen Fällen eine nachfolgende Migration bzw. eine Heiratsmigration vorlag, waren gute soziale Netzwerke vorhanden, die besonders in der Schwangerschaft Unterstützung boten. Drei bis vier Monate nach der Geburt bewerteten die Frauen ihre psychische Lebensqualität jedoch signifikant schlechter als Nicht-Migrantinnen. Dies kann als Hinweis auf Anpassungs- oder nach David (2001) Akkulturationsprobleme gesehen werden. Die Erfahrung der Migration ist oft ein Stressfaktor. Sie ist verbunden mit der Auflösung sozialer Netzwerke, Isolation, den Verlust von Status und Halt in der Gemeinschaft, häufig unklare Aufenthaltsrechte, Scham und Trauma, verbunden mit Schuldgefühlen gegenüber der zu Hause gelassenen Familie. Doch hat sich die Mehrheit der Migrantinnen ohne große Komplikationen in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen integriert. Migrantinnen verfügen dank familiären Zusammenhaltes und gegenseitiger Solidarität über besondere Potentiale zur Lebensbewältigung in Krisensituationen (Von Wogau, 2004). Diese Leistungen können mit offenem Blick erkannt, und im Bewusstsein, Denken und Handeln verankert werden.

10.2.3 Schulbildung/Alter und Befindlichkeit und Lebensqualität

Es wurde trotz zum Teil widersprüchlicher Ergebnisse in der Literatur davon ausgegangen, dass geringes Bildungsniveau und jüngeres Alter sich negativ auf die Befindlichkeit und die Lebensqualität auswirken würde.

Dies konnte in der Schwangerschaft und kurz nach der Geburt nicht bestätigt werden. Nur drei bis vier Monate nach der Geburt zeigte sich, dass Frauen die eine Pflichtschule absolviert hatten, ihre physische Lebensqualität signifikant schlechter bewerteten als Frauen die eine mittlere Schule oder eine Fachausbildung, bzw. Kolleg/Studium abgeschlossen hatten. Dies ist konsistent mit der Literatur. Goldsteiner (2005) gab z.B. geringes Bildungsniveau und Bergant (1998) „lower social class“ als Einflussfaktor für eine Depression an. Das Alter zeigte keinen Einfluss.

10.2.4 Soziale Unterstützung und Befindlichkeit bzw. Lebensqualität

Es wurde angenommen, dass Frauen mit größerer sozialer Unterstützung (durch ihre Partner und/oder andere Personen) ihre Lebensqualität und Befindlichkeit zu allen drei Zeitpunkten besser bewerten würden.

In der Schwangerschaft bewirkte die Unterstützung durch den Partner und wichtigen anderen Bezugspersonen eine bessere Befindlichkeit und besserer Beurteilung der psychischen, sozialen und Umweltdimension der Lebensqualität.

3-4 Monate nach der Geburt ergab sich ebenfalls ein deutlich positiver Einfluss der sozialen Unterstützung durch den Partner bzw. anderer Personen auf die Befindlichkeit und alle Dimensionen der Lebensqualität (physisch, psychisch, sozial, Umwelt und global). Dies ist konsistent mit der Literatur, die in mangelnder sozialer Unterstützung einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Depression sehen (Hagan et al, 2004, Pope, 1999, Cooper, 1996 und Beck, 1996). Auch auf die Lebensqualität wirkte sich soziale Unterstützung positiv aus. Die soziale Unterstützung wird auch als wesentlich für die Anpassung an die Elternschaft gesehen (Gloger-Tippelt, 1988).

Allgemein wurde die soziale Unterstützung in der Studie als sehr hoch angegeben (77,9 % in der Schwangerschaft und 70 % 3-4 Monate nach der Geburt durch den Partner). Bei der Unterstützung durch andere war der Prozentsatz etwas niedriger (74,3 % in der Schwangerschaft und 57,8 % nach 3-4 Monate postpartum). Hier kann sicher auch eine Antworttendenz in Richtung „sozialer Erwünschtheit“ angenommen werden. Die Relevanz der Unterstützung in der Schwangerschaft hat Riecher-Rössler (2006) beschrieben. Sie geht davon aus, dass mangelnde soziale Unterstützung, insbesondere durch den Partner, zur Entwicklung oder Aufrechterhaltung einer postpartalen Depression beiträgt. Mütter, die nicht genügend soziale Unterstützung erhalten und unter einer schlechten Partnerbeziehung leiden sind ihrer Meinung nach im besonderen Maße gefährdet.

Soziale Unterstützung stellt einen wichtigen protektiven Faktor für die angemessene Verarbeitung von Komplikationen in der Schwangerschaft und nach der Geburt dar. Hier sollten psychologische Interventionen ansetzen.

10.2.5 Einstellung zur Schwangerschaft und Befindlichkeit bzw. Lebensqualität

Es wurde angenommen, dass sich die Erwünschtheit eines Kindes positiv auf die Befindlichkeit bzw. Lebensqualität in der Schwangerschaft auswirkt.

Dies konnte auch bestätigt werden. Es zeigte sich, dass die Erwünschtheit in der Schwangerschaft sehr signifikant mit der psychischen, der sozialen und der Umweltdimension der Lebensqualität zusammenhängt. Je erwünschter, umso besser wurden diese drei Lebensqualitätsdimensionen beurteilt. Kurz nach der Geburt

spielte die Erwünschtheit im Zusammenhang mit der Befindlichkeit und dem Schmerzerleben keine Rolle mehr.

10.2.6 Angst vor der Geburt und Befindlichkeit bzw. Lebensqualität

Es wurde angenommen, dass ein Zusammenhang zwischen Angst vor der Geburt (konkret Angst vor Geburtsschmerzen) und negativer Befindlichkeit besteht. In der Schwangerschaft zeigte sich, dass je mehr Angst Frauen vor Geburtsschmerzen angaben, umso negativer bewerteten sie die Umweltdimension der Lebensqualität.

2-5 Tage nach der Geburt bestätigte sich, dass je größer die Angst vor Geburtsschmerzen war, umso negativer wurde die Befindlichkeit in Richtung Depression beurteilt. Dies ist konform mit den Ergebnissen von Saisto et al (1999), die Angst vor der Geburt als Prädiktor für eine postnatale Befindlichkeitsstörung sahen. Matthey et al (2003) haben Angststörungen generell als größten Einflussfaktor auf eine Befindlichkeitsstörung angegeben. Gerade in der Schwangerschaft sollte dies beachtet werden, da Angst mit Spannung und Schmerzen verbunden ist, und sich negativ auf den Geburtsvorgang auswirken kann (vgl. Dick-Read, 1933, Lukesch, 1983, Lang et al, 2005).

3-4 Monate nach der Geburt wiederholte sich der in der Schwangerschaft aufgetretene Zusammenhang zwischen der Angst vor der Geburt (bzw. vor Geburtsschmerzen) und der Umweltdimension der Lebensqualität. Je mehr Angst Frauen vor Geburtsschmerzen angaben, umso negativer wurde die Umweltdimension bewertet. Dies ist die Dimension allgemein äußerer Lebensbedingungen, wie z.B. die Beurteilung der Wohnsituation und des Wohnumfeldes, die finanzielle Situation und die Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten (Kilian, Matschinger & Angermeyer, 2001). Anscheinend wirken sich allgemein unsichere Umweltbedingungen auf die Angst vor Schmerzen aus. Ziel sollte es sein, Ängste in der Schwangerschaft zu behandeln und auf die Geburtssituation vorzubereiten, damit Frauen mehr Sicherheit bekommen können.

10.2.7 Finanzielle Lage und die Befindlichkeit bzw. Lebensqualität

Es zeigte sich erwartungsgemäß, dass in der Schwangerschaft die Globalbeurteilung und die Umweltdimension der Lebensqualität signifikant schlechter beurteilt wurden, wenn die finanzielle Lage als subjektiv schlecht angegeben wurde.

Auch drei bis vier Monate nach der Geburt zeigte sich, dass je schlechter die subjektive finanzielle Situation war, umso schlechter wurde die Befindlichkeit, die Globalbeurteilung und die Umweltdimension der Lebensqualität beurteilt. Dies entsprach dem Bericht von Wimmer-Puchinger (2006), die finanzielle Sorgen als staken „Krisenmoment“ in der Schwangerschaft sieht. Finanzielle Belastungen wirkten sich auf die allgemeine Lebensqualität nicht nur in der Schwangerschaft, sondern auch postnatal aus.

10.2.8 Befindlichkeit in der Schwangerschaft und Befindlichkeit bzw. Lebensqualität nach der Geburt

Es wurde angenommen, dass sich die Befindlichkeit in der Schwangerschaft auf die Befindlichkeit kurz nach der Geburt und auch 3-4 Monate nach der Geburt auswirken würde. Dies konnte bestätigt werden. Es zeigte sich konform mit der Literatur (Hagan et al, 2004, Da Costa et al, 2000, Pope et al, 1999, Cooper et al, 1996, Beck, 1996, McGrath, 1993) ein sehr signifikanter Zusammenhang zwischen der Befindlichkeit in der Schwangerschaft und 2-5 Tage und 3-4 Monate postpartum.

10.2.9 Die Geburtsart, Lebensqualität, Befindlichkeit und das Schmerzerleben

Es wurde angenommen, dass die Befindlichkeit wenige Tage nach einem Notkaiserschnitt (Sekundärer Sectio) signifikant eingeschränkter ist, im Vergleich zu einer Primären Sectio (vorher vereinbart) und einer Spontangeburt.

Dies konnte nicht bestätigt werden. Der Geburtsmodus hatte nach der Geburt keinen Einfluss auf die Befindlichkeit. Auch 3-4 Monate nach der Geburt konnte kein Einfluss auf die Lebensqualität und Befindlichkeit festgestellt werden. Es gibt unterschiedliche Untersuchungsergebnisse, in einigen wird der Geburtsmodus als belastend beschrieben. So werden Kaiserschnittgeburten beispielsweise von Hannah et al (1992), Boyce et al (1992), Edwards et al und Torkan (2005) als Risikofaktor für eine postnatale Depression angegeben. Einige Studien beschreiben eine Sekundäre Sectio als am belastendsten (Saisto et al, 1999, Gloger-Tippelt). Andere Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen wie die vorliegende Untersuchung (Murphy et al, 2005). Die Autoren fanden, dass der Geburtsmodus bei der Entwicklung einer postnatalen Depression keine Rolle spielt, was die vorliegenden Ergebnisse bestätigen konnten.

Erstaunlicherweise zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass in der Schwangerschaft vor einer primären Sectio die psychische Lebensqualität signifikant schlechter beurteilt wurde als vor einer sekundären Sectio. Dies könnte einerseits zufällig zustande gekommen sein, andererseits damit zusammenhängen, dass die Indikation eines Kaiserschnittes häufig mit Komplikationen in der Schwangerschaft gekoppelt ist, und vermutlich als erste Reaktion Unsicherheit auslöst, die nach der Geburt, nachdem alles „gut gegangen“ ist, keine so große Rolle mehr spielt.

Als weiteres Ergebnis zeigte sich, dass die Umweltdimension der Lebensqualität vor einer Spontangeburt signifikant schlechter beurteilt wurde als vor einer sekundären Sectio.

10.2.10 Die Gesundheit des Neugeborenen und die Befindlichkeit bzw. Lebensqualität und das Schmerzerleben

Es wurde angenommen, dass sich die Befindlichkeit des Neugeborenen auf die Lebensqualität und Befindlichkeit so wie auf das Schmerzerleben auswirkt. Als Parameter wurden der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand des Kindes, von der Mutter beurteilt, und das Geburtsgewicht des Kindes herangezogen.

Die Hypothese konnte bestätigt werden. Es zeigte sich, dass je besser der Gesundheitszustand des Kindes ist, umso besser ist das Wohlbefinden der Mutter.

Drei bis vier Monate nach der Geburt zeigte sich, dass die subjektiv eingeschätzte Befindlichkeit einen Einfluss auf die physische Dimension und die Globalbeurteilung der Lebensqualität hatte. Auch andere Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen. So wurden Probleme beim Kind und ein geringes Geburtsgewicht als Risikofaktoren für eine Depression beschrieben (Hagan et al, 2004, Sarimski, 2000, Pope et al, 1999, Bergant et al, 1998 & Cooper et al, 1996).

10.2.11 Einflussvariablen auf das Schmerzerleben

Es wurde angenommen, dass sich die Angst vor der Geburt, die Parität, das Alter, das Geburtsgewicht des Kindes, die Erwünschtheit der Schwangerschaft, die soziale Unterstützung, der Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses und die Depressionstendenz auf das Schmerzerleben und die Schmerzintensität auswirken. Außerdem wurde der Einfluss von Risikoschwangerschaft und Kultur berücksichtigt.

Es zeigte sich, dass univariat kein Zusammenhang zwischen den meisten vermuteten Variablen und dem Schmerzerleben und der Schmerzintensität 2-5 Tage

postpartum auftrat. Nur zwei Variablen bewirkten eine Veränderung des Schmerzerlebens. Die beiden Einflussfaktoren waren „Risikoschwangerschaft“ und der „Geburtsmodus“. Nach einer Kaiserschnittgeburt wurden 2-5 Tage nach der Geburt sowohl die aktuelle Schmerzintensität als auch das sensorische Schmerzerleben signifikant höher angegeben. Bei den sensorischen Schmerzen war der Unterschied zwischen Spontangeburt und primären Sectiones signifikant. Die Schmerzintensität wurde nach Spontangeburt im Vergleich zu primären als auch sekundären Sectiones niedriger bewertet. Dies ist konform mit der Literatur zu postoperativen Akutschmerzen. Die Mehrzahl der chirurgischen PatientInnen (65-85 %) leiden nach einem operativen Eingriff an akuten Schmerzen (Schumacher, 1992). Betrachtet man die Werte liegen sie auf einer Schmerzskala von 0-10 im Bereich von 2- 4,5. Ab einem Ruhewert von 3 ist nach internationalen Standards eine Intervention im Sinne einer Schmerzbehandlung notwendig.

Bei der Einbeziehung aller Variablen, in eine multivariate Auswertung, war nur der Geburtsmodus als Einflussgröße auf das sensorische Schmerzerleben und die Schmerzintensität 2-5 Tage nach der Geburt signifikant.

Auf das affektive Schmerzerleben zeigte eine Kaiserschnittgeburt keine Auswirkung. Sensorische Schmerzen wurden in der Frühgeburtsgruppe signifikant stärker angegeben als in der normalen Schwangerschaftsgruppe.

10.3 Ergebnisse des Gesamtmodells

In der vorliegenden Studie wurden erstmals zu drei Zeitpunkten (in der Schwangerschaft und postpartal) Einflussvariablen auf die Befindlichkeit und Lebensqualität in einem Gesamtmodell erfasst. Im vorhergehenden Kapitel wurden die Einzelfaktoren auf Basis univariater Berechnungen diskutiert. In diesem Kapitel soll das Gesamtmodell beschrieben werden. Als signifikante Prädiktoren der Befindlichkeit und der Lebensqualität (LQ) **in der Schwangerschaft** kristallisierten sich mehrere Variablen heraus. Risikofaktoren für Beeinträchtigungen in der Befindlichkeit bzw. der Lebensqualität waren in der Schwangerschaft und postpartal unterschiedlich. In der Schwangerschaft waren das Erleben von Frühgeburtsbestrebungen, mangelnde soziale Unterstützung, sowie unerwünschte Schwangerschaften und eine subjektiv schlecht erlebte finanzielle Situation sehr belastend. (vgl. Tabelle 40).

Tabelle 40 Einflussfaktoren in der Schwangerschaft (zw. 24. – 37. SSW)

Einflussfaktoren in der Schwangerschaft auf die Lebensqualitätsdimensionen (LQ) und die Befindlichkeit					
	Frühgeburtlichkeit	Mangelnde Unterstützung durch den Partner	Mangelnde Unterstützung durch Andere	Erwünschtheit der SS	Subjektiv schlechte finanzielle Lage
Psychische LQ		↓		↑	
Physische LQ	↓				
Soziale LQ	↓		↓		
Globale LG					↓
Befindlichkeit	↓				



↓ Wirkt sich negativ auf die LQ bzw. die Befindlichkeit aus

↑ Wirkt sich positiv auf die LQ bzw. die Befindlichkeit aus

Kontrolle und Selbstwirksamkeit scheinen die wichtigsten Faktoren im Erleben von Krankheit und Gesundheit zu sein. Das hängt ausgehend von einem Befund mit einem Behandlungsplan zusammen. Ist der klar, fühlen sich Patientinnen gut

aufgehoben. Wird der Plan außerdem klar kommuniziert und vor allem von allen gleich kommuniziert, ist dies die beste Voraussetzung für die Entwicklung von Sicherheit in der Schwangerschaft. Viele Veränderungen und Erfahrungen in der Schwangerschaft können von Frauen aus mangelnder Erfahrung nicht alleine als krank oder gesund eingeordnet werden. Dazu kann die Geburtshilfe, besonders beim Auftreten von Schwangerschaftserkrankungen beitragen. Soziale Unterstützung, eine gute finanzielle Situation sowie eine erwünschte Schwangerschaft stellen wichtige präventive Faktoren gegen Beeinträchtigungen der Lebensqualität und der Befindlichkeit in der Schwangerschaft dar.

Kurz nach der Geburt (2-5 Tage danach) zeigten andere Variablen einen signifikanten Einfluss auf die Befindlichkeit und das Schmerzerleben. Ausschlaggebend für die Befindlichkeit der Frauen war vor allem der Gesundheitszustand des Kindes (Gewicht bei der Geburt und die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes) sowie die Befindlichkeit der Frau in der Schwangerschaft. Das Schmerzerleben ist gesondert zu betrachten. Dies hing 2-5 Tage nach der Geburt hauptsächlich vom Geburtsmodus ab. Nach einer Sectio wurden stärkere Schmerzen angegeben, was mit Theorien zu postoperativen Schmerzen erklärbar ist (vgl. 10.2.11). Die Ergebnisse sind grafisch in Tabelle 41 dargestellt. Keinen Einfluss hatten soziale Unterstützung, Risikoschwangerschaft, Angst vor der Geburt, der Migrationshintergrund und die Parität zu diesem Zeitpunkt.

Tabelle 41 Einflussfaktoren kurz nach der Geburt

Einflussfaktoren auf die Befindlichkeit und das Schmerzerleben 2-5 Tage nach der Geburt				
	Kaiserschnitt	Depressions- tendenz in der SS	Frühe SSW bei der Geburt	Schlechter Gesundheits- zustand des Neugeborenen
Befindlichkeit		↓	↓	↓
Sensorische Schmerzerleben	↓			
Schmerzintensität	↓			

↓ Wirkt sich negativ aus

Drei bis vier Monate nach der Geburt bestätigte sich die Bedeutung der Befindlichkeit der Frau in der Schwangerschaft für die Befindlichkeit 3-4 Monate nach der Geburt. Eine schlechte Befindlichkeit in der Schwangerschaft, wirkte sich auf die Befindlichkeit im ersten halben Jahr nach der Geburt aus. Die soziale Unterstützung spielte sowohl in der Schwangerschaft als auch 3-4 Monate nach der Geburt eine wichtige Rolle. Die Unterstützung durch den Partner wurde im Vergleich zur Schwangerschaft zu diesem Zeitpunkt sogar noch wichtiger. Sie scheint der wichtigste Einflussfaktor auf die Befindlichkeit bzw. die Lebensqualität zu sein. Die Veränderungen in der Beziehung der Eltern sind im ersten Halbjahr nach der Geburt am größten (Gloger-Tippelt, 1988). Wie die Eltern die Qualität ihrer ersten Erfahrung mit konkret mütterlichen und väterlichen Tätigkeiten beurteilen, hängt eng mit der Wahrnehmung und Bewertung der Partnerbeziehung zusammen. McKee, Cunningham, Jankowski & Zayas (2001) fanden in einer Lebensqualitätsstudie in der Schwangerschaft, dass soziale Unterstützung zwar kein besseres physisches oder emotionales Wohlbefinden bewirkt, dafür aber mit einer besseren mentalen Gesundheit einhergeht.

Der Migrationshintergrund wirkte sich in einem geringeren Ausmaß, als angenommen, auf die Lebensqualität aus. Drei bis vier Monate nach der Geburt waren Einschränkungen in der psychischen Dimension der Lebensqualität bemerkbar. Da die meisten der Frauen mit Migrationshintergrund schon über 10 Jahren in Österreich waren, und viele ein gutes soziales Netz hatten, ist dies gut nachvollziehbar (vgl. Tabelle 42).

Tabelle 42 Einflussfaktoren 3-4 Monate nach der Geburt

Einflussfaktoren 3-4 Monate nach der Geburt auf die Lebensqualitätsdimensionen (LQ) und die Befindlichkeit					
	Depressions- tendenz in der Schwangerschaft	Unterstützung durch den Partner	Unterstützung durch Andere	Schlechte Gesundheit des Kindes	Andere Variablen
Psychische LQ		↑			Migration ↓
Physische LQ		↑		↓	Niedrige Schulbildung ↓
Soziale LQ		↑	↑		
Umwelt			↑		Angst vor der Geburt ↓
Globale LQ		↑	↑	↓	
Befindlichkeit	↓				

↓ Wirkt sich negativ auf die LQ bzw. die Befindlichkeit aus

↑ Wirkt sich positiv auf die LQ bzw. die Befindlichkeit aus

10.4 Relevanz für die praktische Arbeit in der Grazer Frauenklinik

In der vorliegenden Arbeit konnten Risikofaktoren für Befindlichkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in der Lebensqualität identifiziert bzw. bestätigt werden.

In der Schwangerschaft waren dies:

- das Auftreten von Schwangerschaftskomplikationen im Sinne von Frühgeburtlichkeit, mangelnde soziale Unterstützung durch den Partner und andere Personen und eine subjektiv schlechte finanzielle Lage

2-5 Tage nach der Geburt

- ein schlechte gesundheitliche Befindlichkeit des Kindes kurz nach der Geburt sowie eine Befindlichkeitsstörung in der Schwangerschaft

3-4 Monate nach der Geburt

- eine Befindlichkeitsstörung in der Schwangerschaft und mangelnde soziale Unterstützung 3-4 Monate nach der Geburt.

Andere identifizierte Faktoren waren Migration, die Schulbildung und Angst vor der Geburt.

Eine Schwangerschaftserkrankung bzw. Komplikationen in der Schwangerschaft, bzw. ein schlechter gesundheitlicher Zustand des Neugeborenen könnte nach dem multifaktoriellen Entstehungsmodell depressiver Störungen von Hautzinger (2003) auch als ein Ereignis definiert werden, dass eine depressive Störung einleiten kann. Hautzinger (2003) bezeichnet Belastungen oder stressreiche, kritische Lebensereignisse insbesondere im Bereich enger Sozialbeziehungen als ätiologisch relevant. Immunisierende Bedingungen, die sich positiv auf die Lebensqualität und die Befindlichkeit auswirken, wären demgegenüber das Erlernen von Bewältigungsmechanismen, soziale Unterstützung vom Partner und anderen Bezugspersonen (auch Krankenhauspersonal), mögliche positive Aktivitäten und das Erlernen von Problemlösefertigkeiten.

Tam & Chung (2007) haben in einem aktuellen Review auf die Relevanz der Identifikation von Risikofaktoren in der Geburtshilfe hingewiesen. Sie beschäftigten sich mit psychosomatischen Störungen und fanden, dass psychosoziale und psychologische Interventionen effektiv postnatale Depressionen verhindern können. Gerade für die Diagnose von psychischen Störungen sei es wichtig, Risikofaktoren zu beschreiben, um gezielt intervenieren zu können.

Auch andere Studien geben Hinweise auf die Wichtigkeit der Identifikation und Behandlung von depressiven Symptomen in der Schwangerschaft. Nicholson, Setse, Hill-Briggs, Cooper, Strobino & Powe (2006) fanden, dass Frauen mit depressiven Symptomen eine signifikant niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität angaben. Sie schlossen daraus, dass die frühzeitige Erkennung und Behandlung der depressiven Symptome entscheidend zur Steigerung des Wohlbefindens in der Schwangerschaft beiträgt. McKee et al (2001) fanden ebenfalls einen Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und niedriger gesundheitsbezogener Funktionsfähigkeit und wahrgenommenem Wohlbefinden in der Schwangerschaft. In wie weit von depressiven Symptomen zu sprechen ist, oder besser von Befindlichkeitsstörungen, wie in der vorliegenden Arbeit, sollte noch diskutiert werden.

Für die psychologische Praxis ist es wichtig, Befindlichkeitsstörungen bzw. depressive Symptome und Einschränkungen in der Lebensqualität im Zusammenhang von oben genannten Risikofaktoren zu beachten, um möglichst früh Unterstützung anbieten zu können. Dies ist wichtig, damit Frauen in der Schwangerschaft die Fähigkeit bekommen, pathogene Faktoren ausreichend wirksam kontrollieren zu können.

Was in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt wurde, war ein vorhergehendes Schwangerschaftsverlusterlebnis. Hunfeld, Agterberg, Wladimiroff und Passchier (1996) fanden bei Frauen, die in der Vergangenheit ein Kind verloren hatten und seitdem kein Kind bekommen hatten eine starke Einschränkung in der Lebensqualität, besonders fühlten sie sich sozial isoliert, hatten negative Gefühle und mehr Schmerzen. Gerade für diese Frauen ist es wichtig, dass sie ihre Ängste und Sorgen nach dem Verlusterlebnis bzw. in einer Folgeschwangerschaft in psychologischen Gesprächen ausdrücken können.

Zusammenfassung

Ausgehend davon, dass Schwangerschaft und Geburt von vielen Autoren als Entwicklungsimpuls, kritisches Lebensereignis bzw. als Krise bezeichnet wird, wurde in der vorliegenden Studie untersucht, wie sich dieses Life-Event auf die subjektive Lebensqualität (LQ) bzw. die Befindlichkeit (Depressionstendenz) der Frauen auswirkt.

Ziel der Untersuchung war es, Risikofaktoren für Lebensqualitäts- und Befindlichkeitseinschränkungen zu drei Erhebungszeitpunkten (24.-37. SSW, 2-5 Tage und 3-4 Monate nach der Geburt) zu identifizieren. Hauptaugenmerk wurde auf den Einfluss von Risikoschwangerschaft und unterschiedlichem Migrationshintergrund gelegt.

Als Erhebungsinstrumente wurden ein unspezifischer Lebensqualitätsfragebogen, der WHOQOL-BREF-Fragebogen, in der Schwangerschaft und 3-4 Monate nach der Geburt, der Edinburgh Postnatal Depression Score (EPDS) zu allen drei Zeitpunkten und die Schmerzempfindungsskala (SES) kurz nach der Geburt verwendet. Überprüft wurden die Fragestellungen und Hypothesen mittels univariater und multivariater Auswertungen. Insgesamt haben 112 Frauen an der Fragebogenuntersuchung teilgenommen.

Allgemein wurde der Unterschied in der Lebensqualität zwischen Schwangeren und Nicht-Schwangeren an Hand von Referenzdaten verglichen. Es zeigte sich, dass Schwangere im Vergleich zu Nicht-Schwangeren in ihrer physischen Lebensqualität signifikant eingeschränkter waren. Jüngerer Alter wirkte sich negativ auf die psychische und globale Lebensqualitätsdimension aus. Je älter die Schwangeren umso besser bewerteten sie ihre soziale und die Umweltdimension der Lebensqualität.

Weiters konnten folgende Risikofaktoren für Einschränkungen in der Lebensqualität bzw. der Befindlichkeit **in der Schwangerschaft** identifiziert werden:

- das Auftreten einer Risikoschwangerschaft (Frühgeburtlichkeit)
- mangelnde soziale Unterstützung durch den Partner und andere wichtige Bezugspersonen
- die Unerwünschtheit der Schwangerschaft und
- die finanzielle Lage

Zwei bis fünf Tage nach der Geburt wirkten sich folgende Faktoren negativ auf die Befindlichkeit aus:

- schlechte Befindlichkeit in der Schwangerschaft
- frühe Schwangerschaftswoche des Kindes bei der Geburt
- schlechterer Gesundheitszustand des Kindes

Der Geburtsmodus wirkte sich auf das Schmerzerleben und die Schmerzintensität 2-5 Tage nach der Geburt aus. So war eine Sectio mit größerem sensorischen Schmerzerleben und größerer Schmerzintensität verbunden.

Drei bis vier Monate nach der Geburt hatten folgende Variablen einen negativen Einfluss auf die Befindlichkeit und die Lebensqualität:

- geringere Unterstützung durch den Partner und andere wichtige Bezugspersonen
- schlechte Befindlichkeit in der Schwangerschaft (Depression)
- der Gesundheitszustand des Kindes
- die Schulbildung (Je niedriger das Bildungsniveau, umso schlechter wurde die physische Dimension der LQ eingeschätzt) und
- Migration

In der vorliegenden Arbeit konnten somit Risikofaktoren für Einschränkungen in der Befindlichkeit bzw. der Lebensqualität identifiziert und der Verlauf der LQ in der Schwangerschaft bis nach der Geburt beschrieben werden. Gerade für die Diagnose und Behandlung von psychischen Störungen ist die Beachtung von Risikofaktoren wichtig, um gezielt intervenieren zu können.

Literaturverzeichnis

- ACOG (2002). Clinical management guidelines for Obstetricians - Gynecologists Hypertension in pregnancy. ACOG Practice Bulletin, 33
- Ahlberg, N. & Vangen, S. (2005). Pregnancy and birth in multicultural Norway. Tidsskrift for den Norske Laegeforening, Mar 3, 125 (5), 586-588.
- Ahner, R. (1999). Demands on obstetric care in the urban environment: Postpartal survey. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 20, 191-197.
- Al Mufti, R., McCarthy, A. & Fisk, N. M. (1996). Obstetricians' personal choice and mode of delivery. Lancet, 347, 544.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition – (DSM IV). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Andrews-Fike Ch. (1999). A review of postpartum depression. Primary Care Companion. Journal of Clinical Psychiatry 1 (1), 9-14.
- Andrews, F. M. & Whitey, S. B. (1976). Social indicators of well-being: American's perceptions of life quality. New York: Plenum.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen – Bern – Toronto – Seattle: Hogrefe.
- Argyle, M. (1987). The psychology of happiness. London: Methuen.
- Baltes, P. B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. Psychologische Rundschau, 41, 1-24.
- Barglow, P., Hatcher, R., Berndt, D. & Phelps, R. (1985). Psychosocial child bearing stress and metabolic control in pregnant diabetic patient. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 140, 46-52.

- Beck, A. T. (1974). The development of depression: a cognitive model. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Hrsg.), The psychology of depression. New York: Wiley.
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press.
- Beck, A. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nursing Research, 45, 303-310.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1996). Kognitive Therapie der Depression (5.Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Becker, P. (1994). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik (S. 13-49). Weinheim: Juventa.
- Bergant, A. M., Heim K., Ulmer, H. & Illmensee, K. (1998). Early postnatal depressive mood: Associations with obstetric and psychosocial factors. Journal of Psychosomatic Research, 46 (4), 391-394.
- Bikas, D., Ahner, R. & Husslein, P. (2004). Physiologie des mütterlichen Organismus. In H. Schneider, P. Husslein & K. T. M. Schneider (Hrsg.), Die Geburtshilfe (S. 172-182). Heidelberg: Springer.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (1996). Biologische Psychologie (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bischoff, C., Traue, H. C. & Zenz, H. (1996) Kopfschmerz vom Spannungstyp. In H. D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H. P. Rehfisch & H. Seemann (Hrsg.), Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung (3. Aufl.). (S. 319-337). Berlin: Springer.
- Bonica, J. J. (1981). Editorial. Triangel, 20, 1-6.
- Bortz, J. (1993). Statistik für Sozialwissenschaftler (4. vollst. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Boyce, P. M. & Todd, A. L. (1992). Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. Medical Journal of Australien, 157, 172-174.

- Bowlby, J. (1975). Binding. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1976). Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München: Kindler.
- Brown, M. A., Lindheimer, M. D., de Swiet, M, Van Asche, A. & Moutquin, J. (2001). The classification and diagnosis of the hypertensive disorders of pregnancy: statement from the international society for the study of hypertension in pregnancy (ISSHP). Hypertension in pregnancy, 20(1)
- Brown, M. A., Haque, W. M., Higgins, J. (2000). The detection, investigation and management of Hypertension in Pregnancy. Aust. NZ J. Obstet. Gynaecol, 40, 133-155.
- Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung und einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 47, 76-91.
- Bullinger, M. (2002). Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendungen (S. 13-24). Landsberg: Ecomed.
- Bullinger, M., Power, M. J., Aaronson, N. K., Cella, D. F. & Anderson, R. T. (1996). Creating and evaluating cross-cultural instruments. In B. Spilder (Ed.), Quality of life and pharaeconomics in clinical trials (pp. 659-668). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Campbell, A., Converse, P. E. & Rodgers, W. L. (1967). The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions. New York: Russell Sage Foundation.
- Chalmers, B., Mangiaterra, V. & Porter, R. (2001). WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care Course. Birth, 28 (3), 202-207.

- Chalubinski, K. M. & Husslein, P. (2004). Normale Geburt. In: H. Schneider, P. Husslein & K.T.M. Schneider (Hrsg.). Die Geburtshilfe. 2. Auflage (S. 574 – 593). Heidelberg: Springer
- Connel, F. A., Vadheim, C. & Emanuel, I. (1985). Diabetes in pregnancy: a population-based study of incidence, referral for care, and perinatal mortality. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 151, 598-603.
- Coonrad, D., Bay, R. & Kishi, C. (2000). The epidemiology of labour induction: Arizona, 1997. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 182, 1355-1362.
- Cooper, P. J. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. British Journal of Psychiatry, 166, 191-195.
- Cox J. & Holden J. (2003). Perinatal mental health. A guide to the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). London: The Royal College of Psychiatrists.
- Cox, J. L. (1983). Postnatal depression: a comparison of Scottish and African women. International Journal of Social Psychiatry, 18, 25-28.
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. Psychiatry, 39, 28-40.
- Cropley, A. J. & Lüthke, F. (1994). Psychologische Aspekte der Adaptation von Zuwanderern. In A. J. Cropley, H. Rudat, D. Dehn, S. Lucassen. (Hrsg.). Probleme der Zuwanderung. Band 1. Göttingen, Stuttgart: Verlag für angewandte Psychologie.
- Cryan, E., Keogh, F. & Connolly, E. (2001). Depression among postnatal women in an urban Irish community. Irish Journal of Psychological Medicine, 18, 5-10.
- DaCosta, D., Larouche, J., Dritta, M. & Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. Journal of Affective Disorders, 59, 31-40.

- Dalton, K. (1984). Mütter nach der Geburt. Wege aus der Depression. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dannenbring, D., Stevens, M. J. & House A. E. (1997). Predictors of childbirth pain and maternal satisfaction. Behavioral Medicine, 20 (2), 127-142.
- Darling, R. B. (1983). The birth of a defective child and the crisis of parenthood: Redefining the Situation. In E.J. Callahan & K. A. Cluskey (Eds.), Life Span Developmental Psychology. Nonnormative Life Events (pp. 115-143). New York: Academic Press.
- David, M. (2001). Aspekte der gynäkologischen Betreuung und Versorgung von türkischen Migrantinnen in Deutschland. Habilitationsschrift zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe. (S. 19-29). Medizinische Fakultät Charité, Berlin.
- DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. Psychological Bulletin, 124, 197-229.
- Deutsch, M. T. (1996). Der Einfluss von geburtshilflichen Überwachungsgeräten auf das Erleben der Geburt. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Graz.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). (2007). Diagnostik und Therapie hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen. Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen. AWMF 015/018.
- Dick-Read, G. (1933). Childbirth without fear. The principles and practice of natural childbirth. London: Heinemann.
- Diener, E. & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. Social Indicators Research, 40, 189-216.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 124, 197-229.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. American Psychologist, 55, 34-43.

- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation. Bern: Huber.
- Dreißig, V. (2005). Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Dublin, S., Lydon-Rochelle, M., Kaplan, R. C., Watts, D. H. & Critchlow, C. W. (2000). Maternal and neonatal outcomes after induction of labour without an identified indication. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 183, 986-994.
- Dudenhausen, J. W. & Pschyrembel, W. (2001). Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen. 19. Auflage, Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Düring, P. (2004). Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen. In In H. Schneider, P. Husslein & K. T. M. Schneider (Hrsg.). Die Geburtshilfe. 2. Auflage (S. 297 – 319. Heidelberg: Springer.
- Eden, K. B., Hashima, J. N., Osterweil, P., Nygren, P. & Guise, J. (2004). Childbirth Preferences after Caesarean Birth: A Review of the Evidence. Birth, 31 (1), 49 – 55.
- Edwards, D., Porter, S. & Stein, G. (1994). A pilot study of postnatal depression following caesarean section using two retrospective self-rating instruments. Journal of Psychosomatic Research, 38, 111-117.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Gründzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin, 2, 3-12.
- Engel, G. L. (1976). Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Engel, J. & Hoffmann, O. (1993). Transkulturelle Aspekte des Schmerzerlebens. In U. T. Egle & S. O. Hoffmann (Hrsg.). Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus biopsychosozialer Sicht (S. 29-41). Stuttgart – New York: Schattauer.

- Erickson, M. T. (1975). The influence of health factors on psychological variables predicting complications of pregnancy, labour and delivery. Journal of Psychosomatic Research, 20, 21-24.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Falec, A. & Britton, S. (1974). Phases of coping: The hypothesis and its implications. Social Biology, 21, 1-7.
- Fields, H. L. (1999). Pain: an unpleasant topic. Pain, 6, 61-69.
- Forger, F., Ostensen, M., Schumacher, A., Villiger, P. (2005). Impact of pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant woman with rheumatic diseases by the SF-36 health survey. Annals of the Rheumatic Diseases. 64 (10), 1494-1499.
- Fraser, R. (1995). Diabetic control in pregnancy and intrauterine growth of the fetus. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 102, 274-277.
- Frogner, E. (1994). Probleme der Migrationssoziologie aus der Lebenslaufperspektive. In A. J. Cropley, H. Rudat, D. Dehn & S. Lucassen (Hrsg). Probleme der Zuwanderung. Band 1. Göttingen, Stuttgart: Verlag für angewandte Psychologie.
- Gabe, S. G. & Holzmann, G. B. (2001). Obstetrician's choice of delivery. Lancet, 357, 722.
- Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik (2004). Jahresbericht. Graz: Eigenverlag.
- Geissner, E. (1992). Psychologische Modelle des Schmerzes und der Schmerzverarbeitung. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hrsg.), Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie (S. 25-41). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Geissner, E. (1996). Die Messung des Schmerzempfindens als substantieller Bestandteil der Qualitätssicherung in der Schmerztherapie. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 35, 171-181.

- Geissner, E., Dalbert, C. & Schulte, A. (1992). Möglichkeiten der Bestimmung affektiver und sensorischer Anteile der Schmerzempfindung. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 12, 145-162.
- Glatzer, W. (1992). Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. In A. Bellebaum (Hrsg.), Glück und Zufriedenheit. Ein Symposium (S. 49-85). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Glatzer, W. & Zapf, W. (Hrsg.). (1984). Lebensqualität in der Bundesrepublik – Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt am Main: Campus.
- Gloger-Tippelt, G. (1985). Der Übergang zur Elternschaft. Eine entwicklungspsychologische Analyse. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 17, 1-40.
- Gloger-Tippelt, G. (1988). Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart: Kohlhammer.
- Goldberg, S. (1983). Parent-infant Bonding. Another look. Child Development, 54, 1355-1382.
- Goldstein-Ferber, S. (2005). Catastrophizing labour pain compromises later maternity adjustments. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 192, 826-831.
- Grossmann, K., Thane, K. & Grossman, K. E. (1981). Maternal tactual contacts of the newborn after various postpartum conditions of mother-infant contact. Development Psychology, 17, 158-164.
- Haar, E., Haltisky, V. & Stricker, G. (1977). Patient's attitudes toward gynaecology examination and to gynaecologist. Medical Care 15 (9), 787-795.
- Hagan, R., Evans, S. F. & Pope, S. (2004). Preventing postnatal depression in mothers of very preterm infants: a randomised controlled trial. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 111, 641-647.
- Hahn, P. (2000). Soziologie der Migration. Stuttgart: Lucius & Lucius.

- Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover, V. & Sandler, M. (1992). Links between early post-partum mood and post-natal depression. British Journal of Psychiatry, 160, 777-780.
- Hansen, G. (1995), Integration und Segregation. In C. Schmalz-Jacobsen & G. Hansen (Hrsg.). Ethnische Minderheiten in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Lexikon. München: Beck.
- Haug, S. & Pichler, E. (1999). Soziale Netzwerke und Transnationalität. Neue Ansätze für die historische Migrationsforschung. In J. Motte, R. Ohliger, A. Von Oswald (Hrsg.). 50 Jahre Bundesrepublik – 50 Jahre Einwanderung. Nachkriegsgeschichte als Migrationsgeschichte. Frankfurt, New York: Campus.
- Hautzinger, M. (2003). Erklärungsansätze. In M. Hautzinger (Hrsg.) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien. 6., neu bearbeitete Auflage (S. 25 – 36). Weinheim, Basel, Berlin: Beltz.
- Hautzinger, M. (2000), Depressionen. In M. Hautzinger (Hrsg.) Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen. 3. Auflage. (S 1-10). Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. (1996). Affektive Störungen. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Serie 2, Klinische Psychologie, Band 2. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (1991). Perspektiven für ein psychologisches Konzept der Depression. In C. Mundt, P. Fiedler, H. Lang & A. Kraus (Hrsg.), Depressionskonzepte heute (S. 236-284). Berlin: Springer.
- Henshaw, C. A. (2000). A Longitudinal Study of Postnatal dysphoria. (MD thesis). Aberdeen: University of Aberdeen.
- Hill, R. (1949). Families under Stress. New York: Harper.
- Hofmeyr, G. J. & Hannah, M. E. (2001). Planned Caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database System Review, 1, CD000166.

- Holzgreve, W. & Louwen, F. (1994). Schwangerenbetreuung. In J. W. Dudenhausen & H. P. G. Schneider (Hrsg.), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (S. 98-108). Berlin: Walter de Gruyter.
- Horowitz, M. J. (1979). Psychological responses to serious life events. In V. Hamilton & D. M. Walburton (EDS.). Human Stress and Cognition. (pp. 235-264). New York: Wiley.
- Hunfeld, J. A., Agterberg, G. Wladimiroff, J. W. & Passchier, J. (1996). Quality of life and anxiety in pregnancies after late pregnancy loss: a case-control study. Prenatal Diagnosis. 16 (9), 783-790.
- Ilic, S., Jovanovic, L., Meucic, J., Pettitt, D., Ohanessian, J. & Bastyr, E. J. (1999). Treatment satisfaction with insulin therapy contributes to glucose control in gestational diabetes mellitus (GDM). Diabetes, 48, 53.
- Kilpatrick, S. J. & Laros, R. K. (1989). Characteristics of normal labour. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 74, 85.
- Kim, C., Brawarsky, P., Jackson, R. A., Fuentes-Afflick, A., Fuentes-Afflick, E. & Haas, J. (2005). Changes in health status experienced by women with gestational diabetes and pregnancy-induced hypertensive disorders. Journal of Women's Health. 14 (8), 729-736.
- Klaus, M. H. & Kennel, J. H. (1976). Maternal-infant bonding. Saint Louis: Mosley.
- Knörr, K., Knörr-Gärtner, H., Beller, F. K. & Lauritzen, C. (1989). Geburtshilfe und Gynäkologie. Physiologie und Pathologie der Reproduktion (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer-Verlag.
- Kröner-Herwig, B. (1996). Chronischer Schmerz – Eine Gegenstandsbestimmung. In H. D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H. P. Rehfisch & H. Seemann (Hrsg.), Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung, 3. Aufl. (S. 215-229). Berlin: Springer.
- Lander, N. & Langer, O. (1998). Re-existing diabetes: relationship between glycemic control and emotional status in pregnancy. Journal of Maternal and Fetal Medicine, 7, 257–263.

- Landon, M. B. & Gabbe, S. G. (1985). Ante partum fetal surveillance in gestational diabetes mellitus. Diabetes, 34, 50-54.
- Lanfranchi, A. (2004). Migration und Integration – Gestaltung von Übergängen. In J. Radice von Wogau, H. Eimmermacher & A. Lanfranchi (Hrsg.). Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln (S. 13-27). Weinheim, Basel: Beltz.
- Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S. & Lebeck, M. M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labour pain. European Journal of pain, 10, 263-270.
- Langer, M. (2002). Ein Paradigmenwechsel in der psychosomatischen Geburtshilfe. In U. Brandenburg, B. Leeners, A. Petermann-Meyer, A. Schwarte, C. Dohmen & M. Neises (Hrsg.). Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2001 der DGPF. Mainz: Psychosozial Verlag.
- Langer, N. & Langer, O. (1994). Emotional adjustment to diagnosis and intensified treatment of gestational Diabetes. Obstetrics and Gynecology, 84, 329-334.
- Langer, O., Rodriguez, D. A., Xenakis, E. M. J., McFarland, M. B., Berkus, M. D. & Arredondo, F. (1994). Intensified versus conventional of gestational diabetes. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 170, 1036-1047.
- Larbig, W. (1982). Schmerz: Grundlagen – Forschung – Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lederer, H. W., Rau, R. & Rühl, S. (1999). Migrationsbericht 1999. Zu- und Abwanderung nach und aus Deutschland. Europäisches Forum für Migrationsstudien, Bonn: efms.
- Leeners, B., Rath, W., Kuse, S., Neises, M. & Neumaier-Wagner, P. (2006). Satisfaction with medical information in women with hypertensive disorders in pregnancy. Journal of Psychosomatic Research, 60, 39-44.
- LeMasters, E. E. (1957). Parenthood as crisis. Marriage and Family Living, 19, 352-355.

- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seelex, J. R., Rohde, P., Andrews, J. A. & Hautzinger, M. (1992). Affektive Störungen bei Jugendlichen: Prävalenz, Komorbidität und psychosoziale Korrelate. Verhaltenstherapie, 2, 132–139.
- Lewinsohn, P. M., Youngren, M. A. & Grosscup, S. J. (1979). Reinforcement and depression. In R. A. Depue (Hrsg.), The psychobiology of depressive disorders. New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioural approach to depression. Behaviour Research and Therapy, 5, 549-554.
- Leyer, E. M. (1991). Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lipton, J. & Marbach, J. (1984). Ethnicity and the pain experience. Social Science and Medicine, 19, 12-79.
- Lorenz, W. & Koller, M. (2002). Empirically-based concepts of outcome and quality of life in medicine. In A. Gimmler, Ch. Lenk & G. Aumüller (Eds.), Health and quality of life. Philosophical, medical and cultural aspects. Münster: LIT-Verlag.
- Lukesch, H. (1981). Schwangerschaft und Geburtsängste. Stuttgart: Enke.
- Lukesch, H. (1983). Geburts-Angst-Skala, GAS. Handanweisung. Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie.
- Lu, M. & Chen, B. (2004). Racial and ethnic disparities in preterm birth: The role of stressful life events. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 191, 691-699.
- Malethke, G. (1996). Interkulturelle Kommunikation zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Martius, G. (1990). Hebammenlehrbuch. Stuttgart: Georg Thieme.
- Maslow, A. S. & Sweeny, A. L. (2000). Elective induction of labour as a risk factor for caesarean delivery among low-risk women at term. Obstetrics and Gynecology, 95, 917-922.

- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P. & Kavanagh, J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? Journal of Affective disorders, 74, 139-147.
- Mayring, P. H. (1991). Psychologie des Glücks. Stuttgart: Kohlhammer.
- McFarlane, A. (1978). Die Geburt. Stuttgart: Klett-Cotta.
- McGrath, E., Keita, G. P., Stickland, B. R. & Russo, N. F. (1993). Frauen und Depression. Risikofaktoren und Behandlungsfragen. Bergheim: Mackinger Verlag.
- McKee, M., Cunningham, M., Jankowski, K. & Zayas, L. (2001). Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. Obstetrics and Gynecology, 97 (6), 988-993.
- Melzack, R. (1978). Das Rätsel des Schmerzes. Stuttgart: Hippokrates.
- Melzack, R. & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain: A new conceptual model. In D. Kenshalo (Ed.), The skin senses (pp. 423-439). Springfield: Thomas.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. Science, 150, 971-980.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1982). Schmerzmechanismen: Eine neue Theorie. In W. Keeser, E. Pöppel & P. Mitterhusen (Hrsg.), Schmerz (S. 8-29). München: Urban & Schwarzenberg.
- Melzack, R., Kinch, R., Dobkin, P., Lebrun, M. & Tainzer, P. (1984). Severity of labour pain: influences of physical as well psychological variables. Canadian Medical Association Journal, 130, 1.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1988). The challenge of pain. (2nd Ed.). London: Penguin.
- Metcalf, D. (1992). The measurement of outcomes in general practice. In M. Stewart et al. (eds.). Tools for primary care research. pp. 14-27. Newbury Park, London: SAGE.

- Meticoglou, S. M. & Hall, P. F. (2002). Routine induction of labour at 42 weeks gestation: nonsense's consensus. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 109, 485-491.
- Meyer, E., Garcia-Coll, C., Seifer, R., Ramos, A., Kilis, E. & Oh, W. (1995). Psychological distress in mothers of preterm infants. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 16, 412-417.
- Miltner, W. H. R. (1998). Psychophysiologie des Schmerzes. In F. Rösler (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie: Biologische Psychologie. Band 5: Ergebnisse und Anwendungen der Psychophysiologie (S. 479-538). Göttingen: Hogrefe.
- Moore, T. R. (1997). Fetal growth in diabetic pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology, 40, 771-786.
- Moosmüller, A. (1997). Kulturen in Interaktion. Deutsche und US-amerikanische Firmenentsandte in Japan, Münster.
- Myers, B. J. (1984). Mother-infant bonding. Rejoinder to Kennell and Klaus. Developmental Review, 4, 283-288.
- Najman, J. M. & Levine, S. (1981). Evaluating the impact of medical care and technology on quality of life: A review and critique. Social Science and Medicine, 15, 107-115.
- Nicholson, W. K., Setse, R., Hill-Briggs, F., Cooper, L. A., Strobino, D. & Powe, N. R. (2006). Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. Obstetrics and Gynecology, 107 (4), 798-806.
- Oberndoerfer, K. (2003). Angst im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Konstanz.
- Obrich, E. (1981). Normative Übergänge im menschlichen Lebenslauf: Entwicklungskrisen oder Herausforderungen? In S. H. Filipp (Hrsg.). Kritische Lebensereignisse. (S. 123-138). München: Urban & Schwarzenberg.
- Paarlberg, K. M., Vingerhoets, J. J., Passchier, J., Dekker, G. A., Heinen, A. G. & Von Giejn, H. P. (1999). Psychosocial predictors of low birthweight. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 106, 834-841.

- Parke, R. D & Tinsley, B. R. (1984). Fatherhood: Historical and contemporary perspectives. In K. A. Mc Cluskey & H. W. Reese (Hrsg.). Life-span Developmental Psychology. Historical and generational effects. (pp. 203-248). New York: Academic Press.
- Padden, T. & Glenn, S. (1997). Maternal experience of preterm birth and neonatal intensive care. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 15, 121-139.
- Paterson-Brown, S. & Fisk, N. M. (1997). Caesarean section: every woman's right to choose? Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 351-355.
- Paykel, E. S. & Cooper, Z. (1992). Life events and social stress. In E. S. Paykel (Ed.), Handbook of affective disorders. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Pfeiffer, W. M. (1994). Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. Stuttgart, New York: Thieme.
- Pope, S., Watts, J., Evans, S. F., McDonald, S. J. & Herderson, J. (2000) Postnatal depression: a systematic review of published scientific literature to 1999 (Information Paper). Canberra: Commonwealth of Australia National Health and Medical Research Council.
- Pschyrembel, W. (1998). Klinisches Wörterbuch. Berlin: De Gruyter.
- Razum, O. & Geiger, I. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt, 43, 2882-2887.
- Reading, A. E. & Cox, D. N. (1985). Psychosocial predictors of labour pain. Pain, 22, 309-315.
- Richer-Rössler, A. (2006). Was ist eine postpartale Depression? In B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.). Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis (S. 11-20). Wien, New York: Springer.
- Richter, D. & Stauber, M. (1990). Gynäkologie und Geburtshilfe. In T. von Uexküll (Hrsg.), Psychosomatische Medizin (S. 941-974). München: Urban & Schwarzenberg.

- Ritzert, B. & Neher, V. (2004). Ansteigende Kaiserschnittraten: Geburtsmedizin in anderen Umständen. ProScienceCommunications. www.innovations-report.de.
- Ruggiero, L., Spirito, A., Couston, D., McGarvey, S. T. & Low, K.G. (1993). Self-reported compliance with diabetes self-management during pregnancy. International Journal of Psychiatry in Medicine, 23, 195-207.
- Ruggiero, L., Spirito, A., Bond, A., Couston, D. & McGarvey, S. (1990). Impact of social support and stress on compliance in women with gestational diabetes. Diabetes Care, 13 (4), 441-443.
- Ruoß, M. (1998). Psychologie des Schmerzes. Chronische Schmerzen aus kognitionspsychologischer Perspektive. Göttingen: Hogrefe.
- Savage, W. (1997). Is it so difficult to define an optimal caesarean section rate for a population? Health policy report, London: School of Hygiene and Medicine.
- Schwarz, C. M. & Schücking, B. A. (2004). Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojekts. Dr. med. Mabuse. Nr. 148, 22-25.
- Sardar, Z. (1988). Cultural Studies, London.
- Saisto, T., Ylikorkala, O. & Halmesmäki, E. (1999). Analysis of factors associated with secondary fear of delivery. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 106, 227-232.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E. & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 80, 39-45.
- Sarimski, K. (2000). Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Schmidt, R. F. (1972). Die Gate-Control Theorie: Eine unwahrscheinliche Hypothese. In R. Janzen (Hrsg.). Schmerz (S. 124-127). Stuttgart: Thieme.
- Schmidt, L. R. (1984). Psychologie in der Medizin. Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis. Stuttgart: Thieme.

- Schmidt, R. F. & Struppler, A. (1982). Der Schmerz. Ursachen, Diagnose, Therapie. München: Piper.
- Schumacher, J. (1992). Psychologie des Akutschmerzes: Emotionale, kognitive und soziale Faktoren postoperativer Schmerzen. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hrsg.) Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie (S. 189-202). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schumacher, J. & Brähler, E. (2002). Psychologische Aspekte akuter und chronischer Schmerzen. In E. Brähler, & B. Strauß (Hrsg.). Handlungsfelder der psychosozialen Medizin (S. 189-202). Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Kaliberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.), (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Laubach, W. & Brähler, E. (1995). Wie zufrieden sind wir mit unserem Leben? Soziodemographische und psychologische Prädiktoren der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 4, 17-26.
- Schwab, R. (1988). Schmerzentstehung, Schmerzleitung und Schmerzverarbeitung unter der Geburt. In W. Dick, V. Friedberg & E. Lanz (Hrsg.), Geburtshilfliche Regionalanästhesie (S. 27-31). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Senden, I. P., Van du Wetering, M. D., Eskes, T. K., Bierkens, P. B., Laube, D. W. & Pitkin, R. M. (1988). Labour pain: a comparison of parturients in a Dutch and an American teaching hospital. Obstetrics and Gynecology, 71, 541-544.
- Seyb, S. T., Berka, R. J., Socol, M. L. & Dooley, S. L. (1999). Risk of caesarean delivery with elective induction of labour at term in nulliparous women: Obstetrics and Gynecology, 94, 600-607.
- Sheiner, E., Sheiner E. K., Hershkovitz, R., Mazor, M., Katz, M. & Shoham-Vardi, I. (2000). Overestimation and underestimation of labour pain. European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology, 91, 37-40.

- Siegrist, J., Starke, D., Laubach, W. & Brähler, E. (2000). Soziale Lage und gesundheitsbezogene Lebensqualität: Befragungsergebnisse einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. In Monika Bullinger, Johannes Siegrist, Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.). Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und soziologischer Perspektive, S. 307 – 319.
- Spätling, L. & Schneider, H. (2004). Frühgeburt: pränatale und intrapartale Aspekte. In H. Schneider, P. Husslein & K. T. M. Schneider (Hrsg.). Die Geburtshilfe. 2. Auflage (S. 453-475). Heidelberg: Springer.
- Spilker, B. (1996). Introduction to the field of quality of life trials. In B. Spilker (Ed.), Quality of life and pharmaeconomics in clinical trials. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Spirito, A., Williams, C., Ruggiero, L., Bond, A., McGarvey, S. T. & Coustan, D. R. (1990). Screening measure to assess knowledge of diabetes in pregnancy. Diabetes Care, 13, 712-718.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. & Robins, E. (1978). Research Diagnostic Criteria Instrument no. 58. Archives of General Psychiatry, 35, 273 – 282.
- Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002. Statistik Austria, Wien 2004.
- Steer, P. (1998). Caesarean section: an evolving procedure? British Journal of Obstetric and Gynaecology, 105, 1052-1055.
- Steer, R. A., Scholl, T. O., Hedinger, M. L. & Fischer, R. L. (1992). Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. Journal of Clinical Epidemiology, 45, 1093-1099.
- Sternbach, R. A. & Tursky, B. (1965). Ethnic differences among housewives in psychophysical and skinpotential responses to electric shock. Psychophysiology, 4, 67-74.
- Sternbach, R. A. & Tursky, B. (1967): Further physiological correlates of ethnic differences in response to shock. Psychophysiology, 4, 67-74.

- Stjernqvist, K. (1992). Extremely low birth weight infants. Development, behaviour and impact on the family. Lund: University of Lund.
- Stewart, A. J. (1982). The course of individual adaptation to life changes. Journal of Personality and Social psychology, 42, 1100-1113.
- Straub, C. (1993). Qualitätssicherung im Krankenhaus: Die Rolle der Patienten. Eine Pilotstudie. In B. Badura, G. Feuerstein & T. Schott (Hrsg.), System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. S. 376-389. Weinheim, München: Juventa.
- Sullivan, M. J. L., Bishops, S. & Pivic, J. (1995) The pain catastrophizing scale: development and validation. Psychological Assess, 7, 524-532.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. Clinical Journal of Pain, 17, 52-64.
- Sutherland, H. J. & Till, J. E. (1993). Quality of life assessments and levels of decision making: Differentiation objectives. Quality of life research, 2, 297-303.
- Tam, J. & Chung, T. (2007). Psychosomatic disorders in pregnancy. Review. 68 refs. Current Opinion in Obstetrics und Gynecology, 19 (2), 126-132.
- Tatar, M., Günalp, S., Somunoglu, S. & Demiroglu, A. (2000). Women's perceptions of caesarean section: reflections from a Turkish teaching hospital. Social Science and Medicine, 50, 1227-1233.
- Thompson, R., Oehler, J., Catlett, A. & Johndrow, D. (1993). Maternal psychological adjustment to the birth of an infant weighing 1,500 grams or less. Infant Behavior and Development, 16, 471-485.
- Torkan, B., Parsai, S., Lamieian, M., Kazemnejad, A. & Montazeri, A. (2005). Postnatal quality of life after normal vaginal delivery and caesarean section. Quality of Life Research, 14 (9), 2070.
- Tierson, F. D., Olsen, C. L. & Hook, E. B. (1986). Nausea und vomiting in pregnancy and its association with pregnancy outcome. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 155, 1017-1022.

- Traue, H. C. & Kessler, M. (1992). Myogene Schmerzen. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 1, 10-22.
- Trowell, J. (1982). Effects of obstetric management on the mother-child relationship. In C.M. Parkes & Y. Stevenson-Hinde (Hrsg.). The place of attachment in human behaviour (pp. 326-363). New York: Basic Books.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective. New York: Guilford Press.
- Tüchler, H. & Lutz, D. (1991). Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Viehweg, B. (2004). Schwangerenvorsorge. In H. Schneider, P. Husslein & K. T. M. Schneider. (Hrsg.). Die Geburtshilfe. 2. Auflage (S. 184-199). Heidelberg: Springer.
- Veenhoven, R. (2001). The four quality of life. Journal of Happiness Studies, 1, 1-39.
- Verdoux, H., Sutter, A. I., Glatigny-Dallay, E. & Minisini, A. (2002). Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the Matquit cohort. Acta psychiatrica Scandinavia, 212-219.
- VonKries, R., Kimmeler, R., Schmidt, J. E., Hachmeister, A., Böhm, O., Wolf, H. G. (1997). Pregnancy outcomes in mothers with pregestational diabetes. A populationbased study in North Rhine (Germany) from 1988 to 1993. European Journal of Paediatrics, 156, 963-7.
- VonWogau, J. R. (2004). Systemische Theorie in interkultureller Beratung und Therapie. In J. Radice von Wogau, H. Eimmermacher, A. Lanfranchi (Hrsg.). Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln (S. 45-63). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 75 (1), 25-37.

- Waldenstrom, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? Birth, Jun, 31 (2), 102-107.
- Ware, J. E. (1995). Evaluating translations of health status questionnaires – Methodes from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project. Assessment in Health Care, 11, 525-551.
- Weiss, P. A. M. (1988). Gestational diabetes: a survey and the Graz approach to diagnosis and therapy. In: P. A. M. Weiss & D. R. Couston (Ed.). Gestational Diabetes (pp 1-55). Wien, New York: Springer.
- Weiss, P. A. M. (2002). Diabetes und Schwangerschaft. New York: Springer.
- The WHOQOL-Group (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument: The WHOQOL. In J. Orlex & W. Kuyken (ed.). Quality of life assessment: International perspectives (pp. 41-57). Berlin: Springer.
- Wickberg, B. & Hwang, C. P. (1997). Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. Acta psychiatrica Scandinavia, 95, 62-66.
- Wimmer-Puchinger, B. (2006). Prävention von postpartalen Depressionen – Ein Pilotprojekt des Wiener Programms für Frauengesundheit. In B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.) Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis_(S. 21-49). Wien, New York: Springer.
- Wimmer-Puchinger, B. (2005). Frauengesundheit in Österreich. Gynäkologisches Zentralblatt, 127, 333-337.
- Wimmer-Puchinger, B. (1992). Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen. Berlin: Springer-Verlag.
- Winter, R. (2003). Cultural studies, In V. Flick, U. Kardoff & E. Steinke, I. (Hrsg.) Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Hamburg: Reinbek.
- White, P. (1974). Diabetes mellitus in Pregnancy. Clinics in Perinatology 1, 331 - 347.

- Wörz, R. (1980). Schmerz als Phänomen. In R. Frey (Hrsg.). Schmerz (S. 23-33). Basel, München: Aesopus.
- Yeast, J. D., Jones, A. & Poskin, M. (1999). Induction of labour and the relationship to caesarean delivery: A review of 7001 consecutive inductions: American Journal of Obstetrics and Gynecology, 180, 628-633.
- Yeh, Y., Chen, H., Liang, W., Kuo, H. Chuang, H. & Shu, Y. (2005). Assessing the determinants of quality of life in pregnant women. Quality of Life Research, 14 (9), 2071.
- Zapf, W. (2000). Social reporting in the 1970s and in the 1990s. Social Indicator Research, 51, 1-15.
- Zborowski, M. (1969). People in pain. San Francisco: Jossey-Bass.
- Zelkowitz, P., Schinazi, J., Katofsky, L., Saucier, J. F., Valenzuela, M., Westreich, R. & Dayan, J. (2004). Factors associated with depression in pregnant immigrant women. Transcultural Psychiatry, 41 (4), 445-464.
- Zöfel, P. (2003). Statistik für Psychologen. Im Klartext. München, Boston, San Francisco, Harlow/England, Don Mills/Ontario, Sydney, Mexico City, Madrid, Amsterdam: Pearson Studium.
- Zola, I. K. (1966). Culture and symptoms: an analysis of patients present complaints. American Sociology Review, 31, 615-630.
- Zuckermann, B., Amorao, H., Bauchner, H., Cabral, H., (1989). Depressive symptoms during pregnancy: relationships to poor health behaviours. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 160, 1107-1111.

Anhang

Datenblätter und Fragebögen zu den 3 Erhebungszeitpunkten

Erster Erhebungszeitpunkt:

Initialen/Geburtsdatum _____

SSW _____

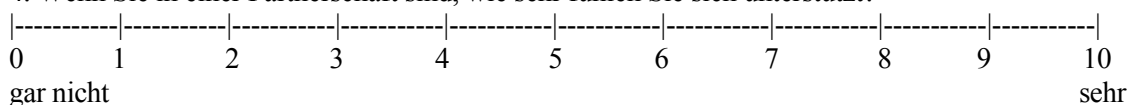
Geburtsstermin: _____

1. Alter: _____ Jahre

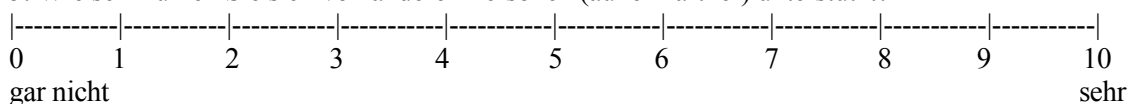
2. Wie ist Ihr Familienstand?
- ledig ohne festen Partner
 - ledig mit festen Partner
 - verheiratet, ohne Partner lebend
 - verheiratet, mit Partner lebend
 - geschieden, ohne Partner lebend
 - geschieden, mit Partner lebend
 - sonstiges _____

3. Wie haben Sie bisher Ihre Schwangerschaft erlebt? Traten Probleme auf?

4. Wenn Sie in einer Partnerschaft sind, wie sehr fühlen Sie sich unterstützt?



5. Wie sehr fühlen Sie sich von anderen Personen (außer Partner) unterstützt?



6. Wer unterstützt Sie?

7. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Pflichtschule (Sonderschule, Volksschule, Hauptschule)
- mittlerer Schulabschluss (Berufs- Fachschule)
- weiterführende Schulen (Matura, höhere Schule)
- Fachausbildung, Kolleg, Kurzstudium
- Universität

8. Sind Sie (bzw. waren Sie, wenn Sie schon in Karenz sind) berufstätig?

- Berufstätig Voll
- Berufstätig Teilzeit
- Nicht berufstätig

9. Berufsgruppe
- Arbeiterin
 - Angestellte
 - Hausfrau
 - Beamtin
 - Landwirtin
 - Selbständig
 - in Ausbildung

10. Ist Ihre Schwangerschaft erwünscht? Ja Nein

11. Haben Sie bereits Kinder? Ja Nein

12. Wenn ja, wie viele? _____

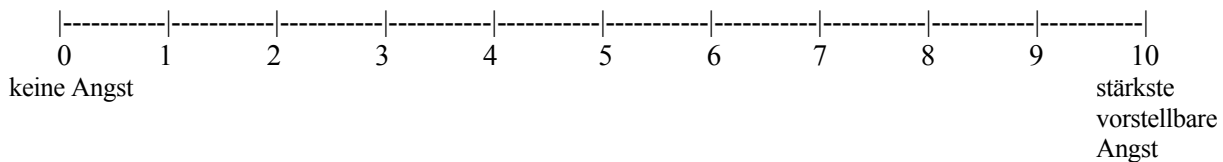
Haben Sie schon Kinder verloren? _____

13. Wohnort:
- Landgemeinde
 - Kleinstadt
 - Großstadt

14. Wie würden Sie Ihre finanzielle Lage beurteilen?

- gut
- mittel
- schlecht

15. Haben Sie Angst vor der Geburt? Wenn Sie Ihre Angst auf einer Skala von 0 -10 einstufen sollten, wie hoch würden Sie sie angeben?



16. War sonst irgendetwas in Ihrer Schwangerschaft bedeutsam?

Danke für Ihre Bereitschaft an der Studie mitzuarbeiten! Wir bitten Sie noch 2 weitere Fragebögen auszufüllen.

Sind sie Migrantin?

Woher kommen Sie?

Wielange sind Sie schon in Österreich?

Grund für die Übersiedelung (z.B. Heirat, Arbeitsplatzwechsel, etc.)?

WHOQOL-BREF

Deutsche Version



Initialen/Geburtsdatum:

Instruktionen

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. **Bitte beantworten Sie alle Fragen.** Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben **während der vergangenen zwei Wochen**. So könnte eine Frage zum Beispiel lauten:

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung die Sie brauchen?	1	2	3	4	5

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung erhalten haben die Sie brauchen. Wenn Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen überwiegend die Unterstützung erhalten haben die sie brauchen, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 4 an.

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung die Sie brauchen?	1	2	3	4	5

Wenn Sie während der letzten zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung die Sie brauchen überhaupt nicht erhalten haben, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 1 an.

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
1(G1)	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4	5

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
2(G4)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
3 (F1.4)	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
7 (F5.3)	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, im welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun

		Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
10 (F2.1)	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	2	3	4	5

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
15 (F9.1)	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie **zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
16 (F3.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

		Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
26 (F8.1)	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	1	2	3	4	5

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen dieses Fragebogens geholfen? ₁ Ja ₀ Nein

Wie lange hat es gedauert, den Fragebogen auszufüllen? _____ Minuten

Haben Sie irgend welche Anmerkungen zu diesem Fragebogen?

.....

Deutschsprachige Version der
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Code:

Wir würden gerne wissen, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen Ihrer Schwangerschaft gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antworten durch ankreuzen des Kreises vor jener Antwortzeile, welche für Sie am ehesten zutrifft.

Beispiel: Ich habe mich glücklich gefühlt

- ja, die ganze Zeit
- ja, die meiste Zeit
- Nein, nicht so oft
- Nein, überhaupt nicht

In den letzten 7 Tagen:

- 1) konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen
 - so wie ich es immer konnte
 - nicht ganz so wie sonst immer
 - deutlich weniger als früher
 - überhaupt nicht
- 2) konnte ich mich so richtig auf etwas freuen
 - sowie immer
 - etwas weniger als sonst
 - deutlich weniger als früher
 - kaum
- 3) fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief
 - ja, meistens
 - ja, manchmal
 - nein, nicht sooft
 - nein, niemals
- 4) war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen
 - nein, überhaupt nicht
 - selten
 - ja, manchmal
 - ja, häufig

- 5) erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen
 - ja, oft
 - ja, manchmal
 - nein, nicht oft
 - nein, überhaupt nicht
- 6) überforderten mich verschiedene Umstände
 - ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden
 - ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden
 - nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden
 - nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig
- 7) war ich so unglücklich, daß ich nicht schlafen konnte
 - ja, die meiste Zeit
 - ja, manchmal
 - nein, nicht sehr oft
 - nein, überhaupt nicht
- 8) habe ich mich traurig und schlecht gefühlt
 - ja, die meiste Zeit
 - ja, manchmal
 - selten
 - nein, überhaupt nicht
- 9) war ich so unglücklich, daß ich geweint habe
 - ja, die ganze Zeit
 - ja, manchmal
 - nur gelegentlich
 - nein, niemals
- 10) überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen
 - ja, ziemlich oft
 - manchmal
 - kaum
 - niemals

Die Antworten werden je nach Symptomschwere mit 0,1, 2 und 3 bewertet. Die Fragen 3, 5, 6, 7, 8, 9 und 10 sind spiegelbildlich konstruiert (Bewertung mit 3, 2,1 und 0). Die Addition der einzelnen Items ergibt den Summenscore.

Zweiter Erhebungszeitpunkt

Medizinische Daten:

Name/Code: _____ Geburtsdatum des Kindes: _____
SS-Woche bei der Geburt: _____
Parität _____

Abklärung der Risikoschwangerschaft:

(Information aus der Krankengeschichte der Frau):

- **Risikoschwangerschaft durch:**

1. EPH-Gestose/ Welche _____
2. Diabetes mellitus
Typ _____
Besondere Probleme _____
3. Frühgeburtlichkeit Vorzeitige Wehentätigkeit od. Blasensprung
Infektionskrankheit: VW
Viruserkrankung: VW
Cerclage
Blutungen (VW)
4. Mehrlingsschwangerschaften
5. Vorhergehende Früh- bzw. Totgeburt
6. Sonstiges _____

- Apgar-Wert: nach 1 min _____
Nach 5 min _____

- Gewicht des Kindes _____

- Geburtsmodus: _____

- Geburtsdauer: h _____ min _____

- Wehenmittel _____

- Analgetika _____

- Episiotomie _____

- Anderes _____

- Hatte das Kind eine normale Lage? (Keine Steiß- oder Querlage): _____

- Sonstiges _____

2. Erhebungszeitpunkt

Medizinische Daten:

Name/Code: _____ Geburtsdatum des Kindes: _____
SS-Woche bei der Geburt: _____

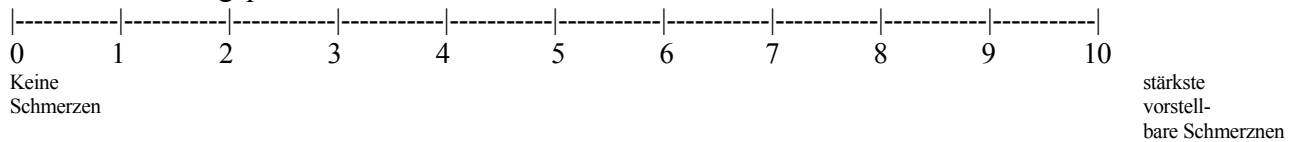
Bitte füllen Sie nachfolgende Fragen aus:

Wenn Sie einen Kaiserschnitt hatten, können Sie auf Seite 2 weiter machen.

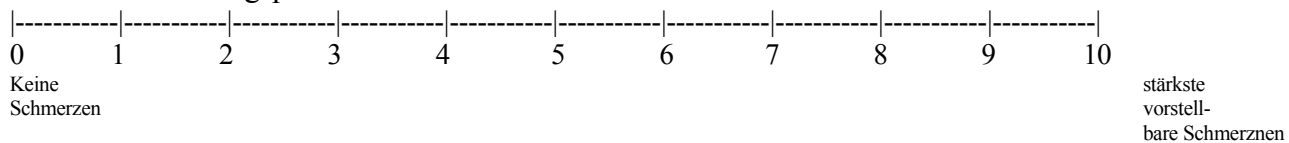
1. Bei normaler Geburt:

- Wie stark haben Sie Ihre Schmerzen bei der Geburt empfunden? Skala 0 – 10 (10 sehr stark)

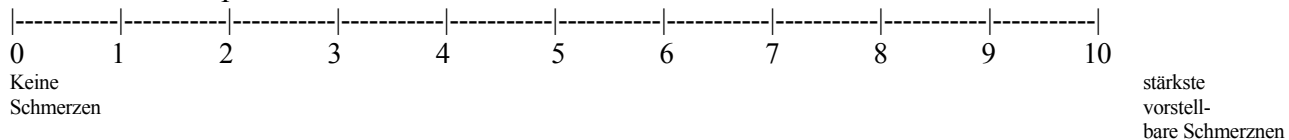
- in der Eröffnungsphase



- in der Austreibungsphase



- in der Plazentarperiode



- Haben Sie nach einem schmerzstillenden Medikament verlangt?

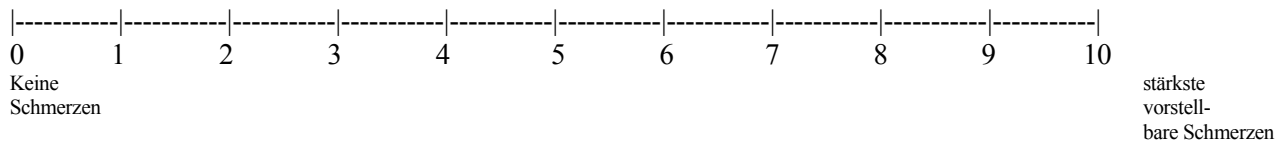
- nein
- ja

- Haben Sie ein schmerzstillendes Medikament erhalten?

- nein
- ja

2. Bei normaler Geburt und Kaiserschnitt:

- Wie stark sind Ihre Schmerzen jetzt am ...Tag nach der Geburt (Kaiserschnitt/normale Geburt)? Skala 1 – 10 (10 sehr stark)



3. Haben Sie einen Geburtsvorbereitungskurs besucht?

- Ja
- Nein

4. Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Mitbestimmungsmöglichkeit bei der Geburt (Gespräche mit Ärzten, Hebammen, Bewegungsmöglichkeit)

- sehr
- mittel
- wenig
- gar nicht

5. Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Mitbestimmungsmöglichkeit bei der Form ihrer Geburt (normale oder Kaiserschnittgeburt)?

- sehr
- mittel
- wenig
- gar nicht

6. Wer war bei der Geburt anwesend? (mehrere Antworten möglich)

- Partner
- Hebamme
- Arzt
- Mutter
- _____ (geplant, dass jemand dabei ist?)

7. Waren bei der Geburt Personen, die Ihnen besonders viel geholfen haben? (mehrere Antworten möglich)

- Nein
- Ja, der Partner
- Ja, die Hebamme
- Ja, der Arzt
- _____

8. Wie geht es Ihrem Kind?

- 1 sehr gut
- 2 gut
- 3 mittelmäßig
- 4 schlecht

Schmerzempfindung

SES

Patient /

Patientin: _____

Heutiges Datum: _____

Untersuchungsleiter /

Untersuchungsleiterin: _____

BEARBEITUNGSHINWEISE

Die nachfolgenden Aussagen dienen der näheren Beschreibung Ihrer *Schmerzempfindung*. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob die vorgegebene Empfindung für *Ihre Schmerzen* stimmt. Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

- 4 = trifft genau zu
- 3 = trifft weitgehend zu
- 2 = trifft ein wenig zu
- 1 = trifft nicht zu.

Bitte machen Sie ein Kreuz *auf die Zahl*, die für Sie am besten zutrifft. Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus.

Gemeinsam mit dem Untersuchungsleiter / der Untersuchungsleiterin wird vorher festgelegt, auf welchen Zeitraum sich die Beurteilung Ihrer Schmerzen beziehen soll.

Beziehen Sie sich bei der Beurteilung:

- auf die typischen Schmerzen in der letzten Zeit, d.h. ca. in den letzten 3 Monaten
- auf die typischen Schmerzen in den letzten Tagen
- auf die Schmerzen in dem Moment, in dem Sie diesen Bogen bearbeiten

(Zutreffendes bitte ankreuzen).

TEIL A

	trifft genau zu	trifft weit- gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
1. Ich empfinde meine Schmerzen als quälend	4	3	2	1
2. Ich empfinde meine Schmerzen als grausam	4	3	2	1
3. Ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend	4	3	2	1
4. Ich empfinde meine Schmerzen als heftig	4	3	2	1
5. Ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch	4	3	2	1
6. Ich empfinde meine Schmerzen als elend	4	3	2	1
7. Ich empfinde meine Schmerzen als schauderhaft	4	3	2	1
8. Ich empfinde meine Schmerzen als scheußlich	4	3	2	1
9. Ich empfinde meine Schmerzen als schwer	4	3	2	1
10. Ich empfinde meine Schmerzen als entnervend	4	3	2	1
11. Ich empfinde meine Schmerzen als marternd	4	3	2	1
12. Ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar	4	3	2	1
13. Ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich	4	3	2	1
14. Ich empfinde meine Schmerzen als lähmend	4	3	2	1

TEIL B

15. Ich empfinde meine Schmerzen als schneidend	4	3	2	1
16. Ich empfinde meine Schmerzen als klopfend	4	3	2	1
17. Ich empfinde meine Schmerzen als brennend	4	3	2	1
18. Ich empfinde meine Schmerzen als reißend	4	3	2	1
19. Ich empfinde meine Schmerzen als pochend	4	3	2	1
20. Ich empfinde meine Schmerzen als glühend	4	3	2	1
21. Ich empfinde meine Schmerzen als stechend	4	3	2	1
22. Ich empfinde meine Schmerzen als hämmernd	4	3	2	1
23. Ich empfinde meine Schmerzen als heiß	4	3	2	1
24. Ich empfinde meine Schmerzen als durchstoßend	4	3	2	1

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Sie auch nichts ausgelassen haben.

ROHWERTE (nur für Auswertungszwecke)

Rohwert Teil A Rohwert Teil B Rohwerte Teilskalen: Rhyth. L.E. Temp.
(rot) (blau) (grün)

Deutschsprachige Version der
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Name:

Adresse:

Alter des jüngsten Kindes:

Da Sie vor kurzem ein Kind geboren haben, würden wir gerne wissen, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen (oder bei Verwendung in den ersten Tagen nach der Geburt: seit der Geburt) gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antworten durch ankreuzen des Kreises vor jener Antwortzeile, welche für Sie am ehesten zutrifft.

Beispiel: Ich habe mich glücklich gefühlt

- ja, die ganze Zeit
- ja, die meiste Zeit
- Nein, nicht so oft
- Nein, überhaupt nicht

In den Tagen seit der Geburt:

- 1) konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen
 - so wie ich es immer konnte
 - nicht ganz so wie sonst immer
 - deutlich weniger als früher
 - überhaupt nicht
- 2) konnte ich mich so richtig auf etwas freuen
 - sowie immer
 - etwas weniger als sonst
 - deutlich weniger als früher
 - kaum
- 3) fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief
 - ja, meistens
 - ja, manchmal
 - nein, nicht sooft
 - nein, niemals
- 4) war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen
 - nein, überhaupt nicht
 - selten
 - ja, manchmal
 - ja, häufig
- 5) erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus un-erfindlichen Gründen
 - ja, oft
 - ja, manchmal
 - nein, nicht oft
 - nein, überhaupt nicht
- 6) überforderten mich verschiedene Umstände
 - ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden
 - ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden
 - nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden
 - nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig
- 7) war ich so unglücklich, daß ich nicht schlafen konnte
 - ja, die meiste Zeit
 - ja, manchmal
 - nein, nicht sehr oft
 - nein, überhaupt nicht
- 8) habe ich mich traurig und schlecht gefühlt
 - ja, die meiste Zeit
 - ja, manchmal
 - selten
 - nein, überhaupt nicht
- 9) war ich so unglücklich, daß ich geweint habe
 - ja, die ganze Zeit
 - ja, manchmal
 - nur gelegentlich
 - nein, niemals
- 10) überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen
 - ja, ziemlich oft
 - manchmal
 - kaum
 - niemals

Studie: Schwangerschaft und Geburt
**Lebensqualität- und allgemeine Befindlichkeit und Schmerzerleben im Zusammenhang mit
Risiko- und normalen Schwangerschaften und der Kultur**

Sehr geehrte Frau.....!

Graz, am

Sie haben vor ca. drei Monaten an einer Studie zur Lebensqualität und allgemeiner Befindlichkeit in der Schwangerschaft und nach der Geburt teilgenommen und dazu jeweils einige Fragebögen ausgefüllt.

Wir möchten Sie nun bitten zum dritten Mal an der Untersuchung teilzunehmen. Dazu bitten wir Sie die beiliegenden Fragebögen auszufüllen und im beigelegten Kuvert zurückzuschicken.

Wenn Sie dazu noch Fragen haben, stehe ich Ihnen gerne unter der Telefonnummer 0316/385-81432 zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Mag. Eva Mautner

WHOQOL-BREF

Deutsche Version



Initialen/Geburtsdatum:

Instruktionen

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. **Bitte beantworten Sie alle Fragen.** Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben **während der vergangenen zwei Wochen**. So könnte eine Frage zum Beispiel lauten:

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung die Sie brauchen?	1	2	3	4	5

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung erhalten haben die Sie brauchen. Wenn Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen überwiegend die Unterstützung erhalten haben die sie brauchen, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 4 an.

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung die Sie brauchen?	1	2	3	4	5

Wenn Sie während der letzten zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung die Sie brauchen überhaupt nicht erhalten haben, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 1 an.

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
1(G1)	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4	5

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
2(G4)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
3 (F1.4)	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
7 (F5.3)	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, im welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun

		Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
10 (F2.1)	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	2	3	4	5

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
15 (F9.1)	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie **zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
16 (F3.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

		Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
26 (F8.1)	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	1	2	3	4	5

.....

Deutschsprachige Version der
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Name/
Code:

Wir würden wieder gerne wissen, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antworten durch ankreuzen des Kreises vor jener Antwortzeile, welche für Sie am ehesten zutrifft.

Beispiel: Ich habe mich glücklich gefühlt

- ja, die ganze Zeit
- ja, die meiste Zeit
- Nein, nicht so oft
- Nein, überhaupt nicht

In den letzten 7 Tagen:

- 1) konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen
 - so wie ich es immer konnte
 - nicht ganz so wie sonst immer
 - deutlich weniger als früher
 - überhaupt nicht
- 2) konnte ich mich so richtig auf etwas freuen
 - sowie immer
 - etwas weniger als sonst
 - deutlich weniger als früher
 - kaum
- 3) fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief
 - ja, meistens
 - ja, manchmal
 - nein, nicht sooft
 - nein, niemals
- 4) war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen
 - nein, überhaupt nicht
 - selten
 - ja, manchmal
 - ja, häufig

- 5) erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus un-erfindlichen Gründen
 - ja, oft
 - ja, manchmal
 - nein, nicht oft
 - nein, überhaupt nicht
- 6) überforderten mich verschiedene Umstände
 - ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden
 - ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden
 - nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden
 - nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig
- 7) war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte
 - ja, die meiste Zeit
 - ja, manchmal
 - nein, nicht sehr oft
 - nein, überhaupt nicht
- 8) habe ich mich traurig und schlecht gefühlt
 - ja, die meiste Zeit
 - ja, manchmal
 - selten
 - nein, überhaupt nicht
- 9) war ich so unglücklich, dass ich geweint habe
 - ja, die ganze Zeit
 - ja, manchmal
 - nur gelegentlich
 - nein, niemals
- 10) überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen
 - ja, ziemlich oft
 - manchmal
 - kaum
 - O niemals

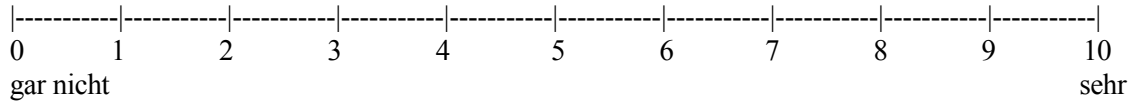
Die Antworten werden je nach Symptomsschwere mit 0,1, 2 und 3 bewertet. Die Fragen 3, 5, 6, 7, 8, 9 und 10 sind spiegelbildlich konstruiert (Bewertung mit 3, 2,1 und 0). Die Addition der einzelnen Items ergibt den Summenscore.

Liebe Studienteilnehmerin!

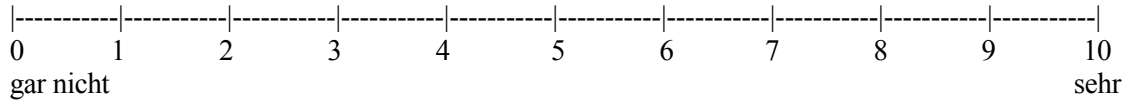
Zum Abschluss noch einige Fragen über Sie.

1. Wie geht es Ihrem Kind?

2. Wenn Sie in einer Partnerschaft sind, wie sehr fühlen Sie sich in den ersten 3 Monaten nach der Geburt unterstützt?



3. Wie sehr fühlen Sie sich von anderen Personen (außer Partner) unterstützt?



4. War sonst irgendetwas bedeutsam?

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an der Studie teilzunehmen!