

**Aus dem Institut für Psychotherapie
und medizinische Psychologie
der Universität Würzburg
Kommissarischer Vorstand: Professor Dr. med. Dr. phil. H. Faller**

**Belastungen und Bewältigung
bei Immobilisation wegen drohender Frühgeburt**

**Eine qualitative Analyse von Gesprächen
mit betroffenen Frauen und ihren Partnern**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Heike Birgit Schmidt

aus Bielefeld

Würzburg, März 2008

Referent:

Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Faller

Korreferent:

Prof. Dr. med. M. Sütterlin

Dekan:

Prof. Dr. M. Frosch

Tag der mündlichen Prüfung:

17.03.2009

Die Promovendin ist Ärztin

1	Einleitung	1
2	Hintergrund	3
2.1	Schwangerschaft, Risikoschwangerschaft und drohende Frühgeburt	3
2.1.1	Entwicklungsaufgaben während der Schwangerschaft	3
2.1.2	Risikoschwangerschaft und drohende Frühgeburt	4
2.1.3	Steuerung der Geburt	6
2.1.4	Pathogenese der Frühgeburt	7
2.1.5	Prävention der Frühgeburt	8
2.2	Bisherige Forschung	11
2.2.1	Psychosoziale Belastungen als möglicher Risikofaktor für Frühgeburten	11
2.2.2	Sozialmedizinische Maßnahmen zur Prävention von Frühgeburten	13
2.2.3	Erleben von Risikoschwangerschaften mit stationärer Behandlung oder häuslicher Bettruhe	14
2.2.4	Bewältigungsstrategien bei Risikoschwangerschaften mit stationärer Behandlung oder häuslicher Bettruhe	16
2.2.5	Sozialpädagogische und psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung von Risikoschwangerschaften	21
2.2.6	Befinden und Erleben nach der Geburt	23
2.2.7	Zusammenfassung	24
3	Fragestellungen	25
3.1	Erleben zum Zeitpunkt der Diagnose	25
3.2	Erleben im weiteren Verlauf	25
3.3	Erleben der Geburt und der nachfolgenden Zeit	26
3.4	Belastungsquellen	26
3.5	Coping zum Zeitpunkt der Diagnose	26
3.6	Coping im weiteren Verlauf	26
3.7	Betreuungswünsche	26
4	Methode	27
4.1	Begründung der qualitativen Vorgehensweise	27
4.2	Studiendesign	28
4.3	Erhebungsinstrumente	28
4.3.1	Interview	29
4.3.2	Das Familienbrett	32
4.4	Auswertungsmethodik	35
4.4.1	Qualitative Inhaltsanalyse	35
4.4.2	Entwicklung des Kategoriensystems für die qualitative Inhaltsanalyse der Interviews	36
4.4.3	Entwicklung des Kategoriensystems für die Familienbrettaufstellungen	45

4.4.4	Beschreibung der Kategorien.....	48
4.4.5	Quantitative Auswertung	50
5	Stichprobe	51
5.1	Ausschlusskriterien	51
5.2	Rekrutierung der Stichprobe	51
5.3	Teilnehmer	52
5.4	Nichtteilnahmegründe	52
5.5	Soziodemografische Daten	53
5.6	Vorgeschichte und Diagnosen	55
5.6.1	Frühere Schwangerschaftsprobleme	55
5.6.2	Besondere Belastungen vor oder zu Beginn der Schwangerschaft	56
5.6.3	Schwangerschaften	57
5.6.4	Befinden zu Beginn der Schwangerschaft	58
5.6.5	Beginn der Schwangerschaftskomplikationen	60
5.6.6	Diagnosen.....	60
5.6.7	Behandlung	61
6	Ergebnisse	63
6.1	Erleben zum Zeitpunkt der Diagnose	64
6.1.1	Erleben der Frauen zum Zeitpunkt der Diagnose.....	65
6.1.2	Erleben der Männer zum Zeitpunkt der Diagnose	69
6.2	Coping zum Zeitpunkt der Diagnose.....	71
6.2.1	Coping der Frauen zum Zeitpunkt der Diagnose	72
6.2.2	Coping der Männer zum Zeitpunkt der Diagnose	78
6.3	Erleben im weiteren Verlauf.....	82
6.3.1	Erleben der Frauen im weiteren Verlauf.....	82
6.3.2	Erleben der Männer im weiteren Verlauf	94
6.4	Coping im weiteren Verlauf	100
6.4.1	Coping der Frauen im weiteren Verlauf	100
6.4.2	Coping der Männer im weiteren Verlauf.....	109
6.5	Zusammenfassung der Bereiche Erleben und Coping	118
6.6	Erleben und Coping der Kinder	121
6.6.1	Kategorien zur Erfassung der beschriebenen kindlichen Reaktionen ..	123
6.6.2	Angaben der Eltern zu den Reaktionen ihrer Kinder im Verlauf der Risikoschwangerschaft und zu Unterstützungsmöglichkeiten für die Kinder	124
6.6.3	Zusammenfassung	135
6.7	Erleben der Geburt und der nachfolgenden Zeit	137
6.7.1	Angaben der Frauen zum Erleben der Geburt.....	137
6.7.2	Angaben der Frauen zum Erleben der postpartalen Zeit	139
6.7.3	Angaben der Männer zum Erleben der Geburt	142
6.7.4	Angaben der Männer zum Erleben der postpartalen Zeit	144
6.7.5	Zusammenfassung	147

6.8	Quellen sozialer Unterstützung	148
6.8.1	Erlebte Unterstützung	148
6.8.2	Vermisste Unterstützung.....	153
6.8.3	Zusammenfassung	158
6.9	Behandlungswünsche, Anregungen und Lob	159
6.9.1	Menge der Informationen	159
6.9.2	Behandlungswünsche der Frauen und Männer	160
6.9.3	Zusammenfassung	181
6.10	Familienbrettaufstellungen	182
6.10.1	Familienbrettaufstellungen der Frauen	183
6.10.2	Familienbrettaufstellungen der Männer	193
6.10.3	Zusammenfassung	204
7	Diskussion	205
7.1	Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Frauen.....	205
7.1.1	Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Frauen zum Zeitpunkt der Diagnose	206
7.1.2	Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Frauen im weiteren Verlauf	208
7.2	Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Männer	213
7.2.1	Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Männer zum Zeitpunkt der Diagnose	214
7.2.2	Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Männer im weiteren Verlauf	214
7.3	Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Familienmitglieder im familiären Kontext.....	219
7.4	Soziale Unterstützung und Behandlungswünsche	221
7.5	Vergleich mit der Literatur	225
7.6	Diskussion der Methode und der methodischen Einschränkungen	229
7.7	Ausblick.....	231
8	Zusammenfassung	235
	Literaturverzeichnis.....	- 238 -

1 Einleitung

Die Wünsche der werdenden Eltern nach einer unkomplizierten Schwangerschaft und der Geburt eines gesunden Kindes zum errechneten Termin gehen leider nicht immer in Erfüllung. Bei vielen Schwangerschaften können Komplikationen trotz intensiver Vorsorge und Betreuung zu Frühgeburten führen, die noch immer die Hauptursache für Neugeborenensterblichkeit oder bleibende Behinderung sind. Da die Frühgeburtenrate in den letzten 15 Jahren nicht signifikant zurückgegangen ist, stellt sich die Frage, ob eine intensivere oder veränderte Betreuung bei Schwangerschaftskomplikationen, auch auf der familiären Ebene, in dieser Hinsicht eine Verbesserung bringen könnte. Um sich einer Antwort auf diese Frage annähern zu können, sind jedoch zunächst Informationen über die Situation der Betroffenen notwendig.

Die vorliegende Arbeit wurde durchgeführt, um weitere Angaben darüber zu erhalten, wie die Frauen, ihre Partner und falls vorhanden die Kinder die Gefährdung der Schwangerschaft mit folgender häuslicher oder stationärer Behandlung (Immobilisation) erlebt haben. Ein weiterer Schwerpunkt lag bei der Frage, wie diese Situation von den Beteiligten bewältigt wurde, wobei sowohl die persönlichen Bewältigungsstrategien als auch der Einfluss sozialer Unterstützung berücksichtigt wurden.

Hierzu wurden 36 Frauen und ihre Partner in einer retrospektiven Untersuchung mittels teilstrukturierter Interviews befragt. Die Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Ergänzend zu den Interviews führten die Befragten Aufstellungen mit dem Familienbrett nach Ludewig durch, die ebenfalls mit Hilfe eines selbst entwickelten inhaltsanalytischen Kategoriensystems ausgewertet wurden.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Im Rahmen des theoretischen Teils werden nach einer Einführung in die Thematik und einem Überblick über den Stand der Forschung (Kap. 2) die konkreten Fragestellungen (Kap. 3) sowie die Herangehensweise und Methodik (Kap. 4) der vorliegenden Arbeit erläutert. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf die Auswahl der Verfahren und das Vorgehen bei der Auswertung eingegangen. Im empirischen Teil werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit im Einzelnen dargestellt, wobei ein Schwerpunkt auf Textbeispielen liegt, um die Situation der Befragten nachvollziehbar zu machen (Kap. 6). In der folgenden Diskussion (Kap. 7) werden die Ergebnisse im Zusammenhang interpretiert. Hier werden insbesondere die Zusammenhänge von Erleben und Coping der betroffenen Frauen und Männer betrachtet. Des Weiteren wird auf die fami-

liäre Situation, soziale Unterstützung und Behandlungswünsche der Betroffenen eingegangen und es werden Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen. Abschließend erfolgt ein Ausblick auf weiterführende, praxisorientierte Forschungsmöglichkeiten.

Anmerkung: Personenbezeichnungen, wie Arzt, Ärzte, Gynäkologe/n, Betreuer, Sozialarbeiter oder Krankenschwester sollen im Folgenden geschlechtsneutral verstanden werden und schließen jeweils die andere Form mit ein.

2 Hintergrund

In den folgenden Kapiteln soll eine kurze Einführung in die Thematik erfolgen und ein Einblick in den Stand der Forschung gegeben werden.

2.1 Schwangerschaft, Risikoschwangerschaft und drohende Frühgeburt

Für alle werdenden Mütter und ihre Partner bedeutet die Schwangerschaft neue Aufgaben und Belastungen. Um sich der besonderen Problematik von Risikoschwangerschaften besser annähern zu können, wird zunächst ein kurzer Einblick in Veränderungen, die bei allen Schwangerschaften stattfinden, vorangestellt.

2.1.1 Entwicklungsaufgaben während der Schwangerschaft

Während der Schwangerschaft finden im mütterlichen Körper große Veränderungen statt, die nicht nur die Genitalorgane und die hormonelle Umstellung, sondern auch andere Organsysteme und den gesamten Stoffwechsel betreffen. Darüber hinaus entwickelt sich in den verschiedenen Stadien der Schwangerschaft bereits eine frühe Mutter-Kind-Beziehung. Während es für die Frau im ersten Trimenon hauptsächlich darum geht, sich auf die Schwangerschaft einzustellen und sie anzunehmen, wird sie im zweiten Trimenon mit einsetzenden Kindsbewegungen beginnen, den heranwachsenden Fetus mehr und mehr als Baby wahrzunehmen. Im dritten Trimenon wird die Vorbereitung auf die bevorstehende Geburt und die neue Rolle als Mutter immer weiter in den Vordergrund rücken (Buddeberg 2004).

Neben den biologischen und psychologischen Anpassungsleistungen, die von der werdenden Mutter gefordert sind, steht der werdende Vater ebenfalls vor neuen Anforderungen. Mit der Familiengründung ist für beide Partner ein „point of no return“ (Buddeberg 1987) eingetreten, das heißt, der vorherige Zustand ist nicht mehr wiederherzustellen. Beide Partner stehen vor der Aufgabe, ihre Beziehung mit Blick auf die bevorstehenden Veränderungen weiter zu gestalten. Für die Frau, die sich zu Beginn der Schwangerschaft oft mehr nach innen wendet und besondere Zuwendung von ihrem Partner erwartet, ist es von großer Bedeutung, wie dieser die Schwangerschaft annimmt,

sie begleitet und unterstützt. Für den Mann wird diese Aufgabe häufig dadurch erschwert, dass seine Frau nicht immer wie gewohnt reagiert. Beide erfahren, dass die ihnen bislang bekannten Möglichkeiten der Kontrolle und Einflussnahme bei einer Schwangerschaft sehr stark begrenzt sind (Rauchfuß 1999). Aber nicht nur die werdenden Eltern, sondern die gesamte Familie muss sich in dieser Zeit umstellen und darauf vorbereiten, ein neues Familienmitglied aufzunehmen. Die Erfüllung dieser Aufgaben ist erschwert, wenn durch die Diagnose „Risikoschwangerschaft“ oder auftretende Komplikationen das Weiterbestehen und der glückliche Ausgang der Schwangerschaft in Frage gestellt werden.

2.1.2 Risikoschwangerschaft und drohende Frühgeburt

Um Schwangere mit erhöhten Risiken bereits im Rahmen der Vorsorge engmaschiger betreuen zu können, werden diese Risiken vom behandelnden Gynäkologen anamnestisch erfasst (siehe Abbildung 1).

Für das weitere Vorgehen wird gemäß den Mutterschaftsrichtlinien zwischen anamnestischen und befundeten Schwangerschaftsrisiken unterschieden. So bestanden zum Beispiel im Jahr 2004 bei 67,1% der Schwangeren im Bundesland Bayern anamnestische Schwangerschaftsrisiken. Bei 36,5% dieser Schwangeren zeigten sich auffällige Befunde im Schwangerschaftsverlauf. Darunter bildeten vorzeitige Wehen mit 19,6% die mit Abstand größte Gruppe (Lack 2006). Bezogen auf die Frühgeburten gelten vorzeitiger Blasensprung, vorzeitige Wehentätigkeit und isthmozervikale Insuffizienz mit 60-70% als Hauptursache einer verkürzten Tragzeit (Definitionsgemäß spricht man bei einer Tragzeit <37 SSW von einer Frühgeburt und bei einer Tragzeit <32 SSW von einer frühen Frühgeburt). Unter den Frühgeburten sind diejenigen abzugrenzen, bei denen aus medizinischen Gründen im Interesse von Mutter und/oder Kind die Geburt, meistens durch Sectio, vorzeitig herbeigeführt wird (30-40%). Gründe hierfür können auf kindlicher Seite z. B. Wachstumsretardierung oder Fehlbildungen und auf mütterlicher Seite z. B. Placenta praevia, vorzeitige Placentaablösung oder hypertensive Schwangerschaftserkrankungen sein (Feige et al. 2006, Beinder 2006).

Trotz intensiver Vorsorge und Betreuung hat sich der Anteil an Frühgeburten in den letzten 15 Jahren nicht signifikant geändert (siehe Abbildung 2).

Im Gegensatz dazu hat sich die Frühgeborenensterblichkeit in den letzten Jahren kontinuierlich verringert, wobei immer unreifere Frühgeborene Überlebenschancen ha-

ben, da die Entwicklungen in der Peri- und Neonatalmedizin zu einer verbesserten Versorgung der Neu- und Frühgeborenen geführt haben (siehe Abbildung 3).

Es müssen jedoch viele vor allem der kleinen und unreifen Frühgeborenen mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen leben (Hentschel 2005, Genzel-Boroviczeny 2006, Singer 2006, Feige 2006). So bleibt die Verlängerung der Schwangerschaft weiterhin das anzustrebende Ziel, um die neonatale Mortalität und Morbidität günstig zu beeinflussen.

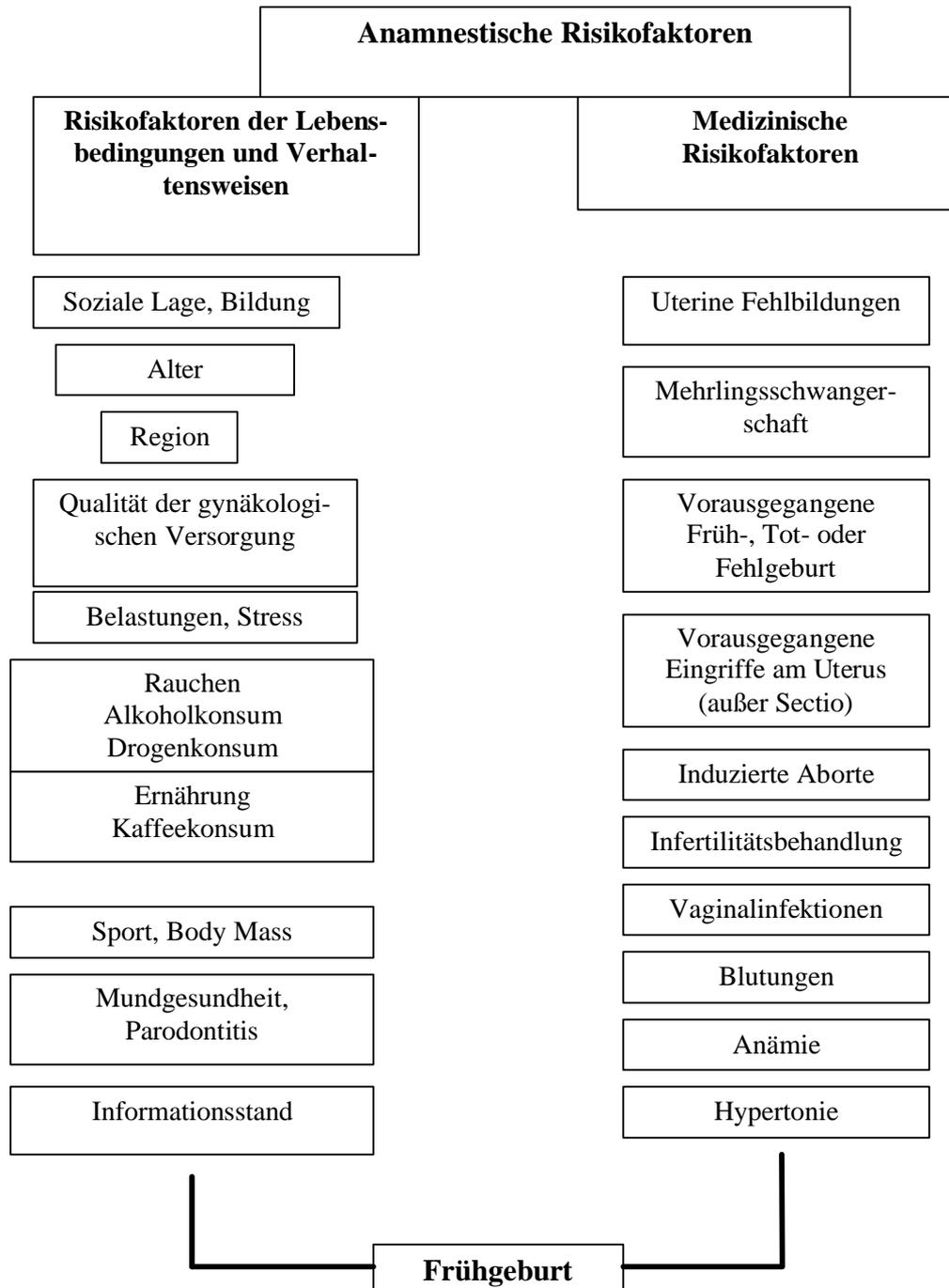


Abbildung 1: Anamnestic Riskfaktoren (Künzel 2000 u. mod. n. Friese et al. 2003)

Entwicklung der Frühgeburtenenzahlen von 1990 bis 2005

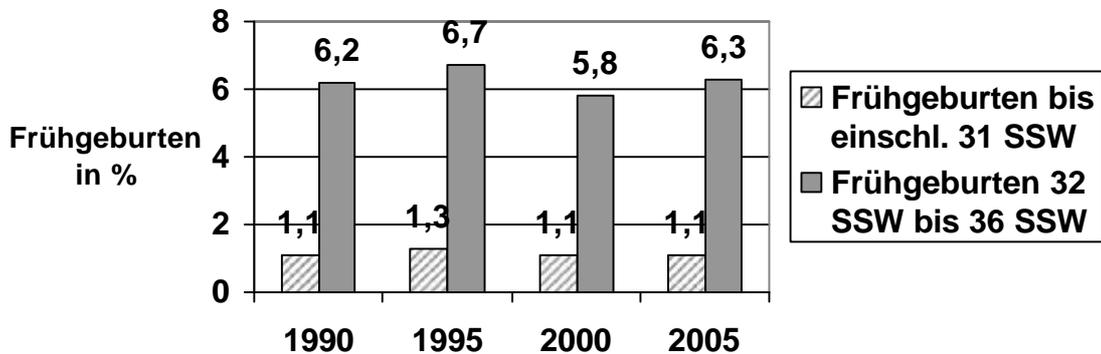


Abbildung 2 Entwicklung der Frühgeburtenzahlen (Bezug: Schwangere) von 1990 bis 2005, Quelle: Lack (2006)

Perinatale Mortalität 1990 bis 2005

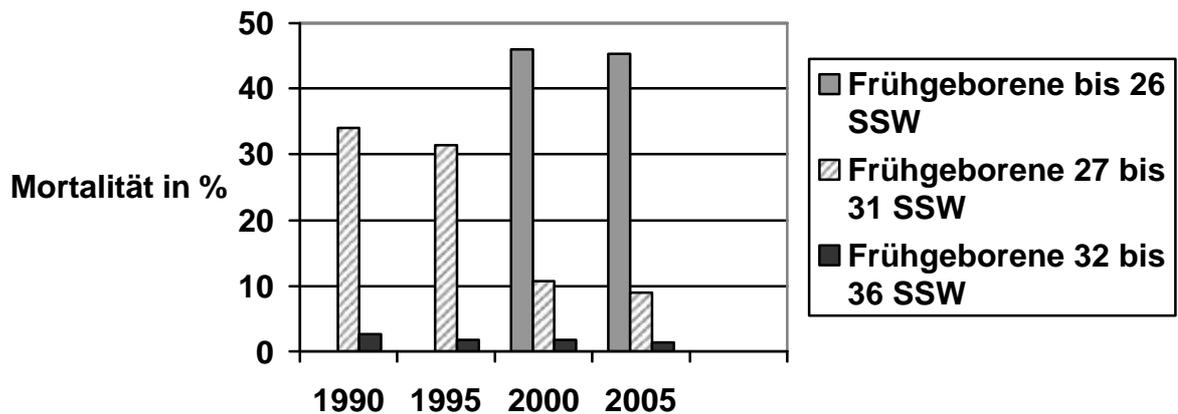


Abbildung 3: Entwicklung der perinatalen Mortalität (Bezug: lebend und totgeborene Kinder) bei Frühgeborenen von 1990 bis 2005, Quelle: Lack (2006)

2.1.3 Steuerung der Geburt

Das Wissen über die biochemischen und physiologischen Vorgänge, die die Geburt beim Menschen steuern, hat zwar im letzten Jahrzehnt stark zugenommen, es sind aber nach wie vor nicht alle Zusammenhänge geklärt. Schwangerschaft und Geburt fordern das Zusammenspiel des mütterlichen und des fetalen Organismus, wobei die Plazenta

als Schnittstelle eigene Funktionen übernimmt (Schäfer et al. 2001, Petraglia et al. 2003).

In der Frühschwangerschaft wird zunächst eine mütterliche Immuntoleranz gegenüber dem Feten aufgebaut, die die Einnistung ermöglicht (Künzel 2000, Pflaiderer et al. 2001). Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft muss eine Balance zwischen den Anforderungen des wachsenden Feten und den mütterlichen Abwehrkräften aufrechterhalten werden. Der Uterus muss wachsen und solange ruhig gestellt bleiben, bis am Ende der Schwangerschaft die Geburt durch die Zervixreifung und die Aktivierung des Uterus vorbereitet wird.

Die Zervixreifung wird als entzündungsähnlicher Vorgang angesehen, der sich unter Beteiligung von Zytokinen und Prostaglandinen auch auf die Dezidua ausweitet und durch den intrauterin die Bildung von Uterotoninen stimuliert wird.

Für die Aktivierung des Uterus muss ein Gewebe mit relativ geringer Verbindung zwischen den einzelnen Muskelzellen in ein Gewebe mit ausgeprägten Verbindungen, fähig zu mächtigen rhythmischen Kontraktionen, umgewandelt werden. Um dies zu erreichen, werden die Interaktion der muskulären Proteine, die Erregbarkeit der einzelnen Muskelzellen und die Ausbreitung der Erregung von einer Muskelzelle zur nächsten mit Hilfe der Bildung kontraktionsassoziiertes Proteins erhöht. Somit wird die Bildung wellenförmiger, synchroner Kontraktionen ermöglicht.

Erst nach dieser Aktivierung des Uterus können in der nächsten Phase stimulatorische Substanzen (Uterotonine z. B. Oxytocin), die z. B. in der Dezidua gebildet werden, ihre Wirkung auf das Myometrium so entfalten, dass rhythmische Wehen entstehen.

Bei diesen Vorgängen, die bis zu einem gewissen Grad reversibel sind, spielen Regelkreise, die auch die Eihaut und die fetale Hormonproduktion einbeziehen, eine wichtige Rolle. Es kommt „zu einem hoch koordinierten Wechselspiel von graduellen Veränderungen in fetalen und maternalen Geweben, das sich über mehrere Wochen hinzieht“ (Schäfer et al. 2001).

2.1.4 Pathogenese der Frühgeburt

Vorzeitige Wehen werden entweder durch unzureichende Aufrechterhaltung des uterinen Ruhezustandes oder durch ein Überhandnehmen der normalen geburtsauslösenden Vorgänge verursacht (Petraglia et al. 2003).

Hierbei sind neben Störungen der Plazentafunktion und Mehrlingsschwangerschaften aufsteigende Entzündungen, lokale Traumata und fetale Hypoxie als auslösende Faktoren bekannt (Beinder 2007, Smith 2007). Die Hinweise auf Zusammenhänge vorzeitiger Wehen mit mütterlichem Stress mehren sich (Ehlert 2004, Petraglia et al. 2003, Ruiz et al. 2003, Smith 2007). Über die Regulation der an der Geburt beteiligten Signale wurden durch zahlreiche in-vitro-Experimente Erkenntnisse gewonnen, es ist jedoch nach wie vor ungesichert, inwiefern diese der in-vivo-Situation mit ihrer zeitlichen Dynamik und Vernetzung entsprechen (Schäfer et al. 2001).

In Abbildung 4 sind einige pathogenetische Pfade, die bei einer zu frühen Geburt eine Rolle spielen könnten, schematisch dargestellt.

2.1.5 Prävention der Frühgeburt

Die Prävention von Frühgeburten kann zu verschiedenen Zeitpunkten ansetzen. Unter primärer Prävention wird z. B. präkonzeptionelle Beratung, Analyse des Gesundheitszustandes und der Lebensbedingungen sowie deren angestrebte Verbesserung verstanden (Schneider 2003). Betreuung nach Fehl- oder Totgeburten kann ebenfalls als primäre Prävention verstanden werden, da die Bewältigung eines solchen Ereignisses sehr unterschiedlich verlaufen und die psychische Anpassung der betroffenen Frauen in einer neuen Schwangerschaft beeinflussen kann (Bergner 2006).

Die sekundäre Prävention umfasst vor allem Maßnahmen der Früherkennung von Symptomen drohender Frühgeburten und deren frühzeitige Behandlung, während unter tertiärer Prävention Maßnahmen zur Verbesserung des postnatalen outcome, wie z. B. die Durchführung von Lungenreifebehandlungen verstanden wird (Schneider 2003).

In Abbildung 5 sind unterschiedliche Möglichkeiten der primären, sekundären und tertiären Prävention von Frühgeburten schematisch zusammengefasst.

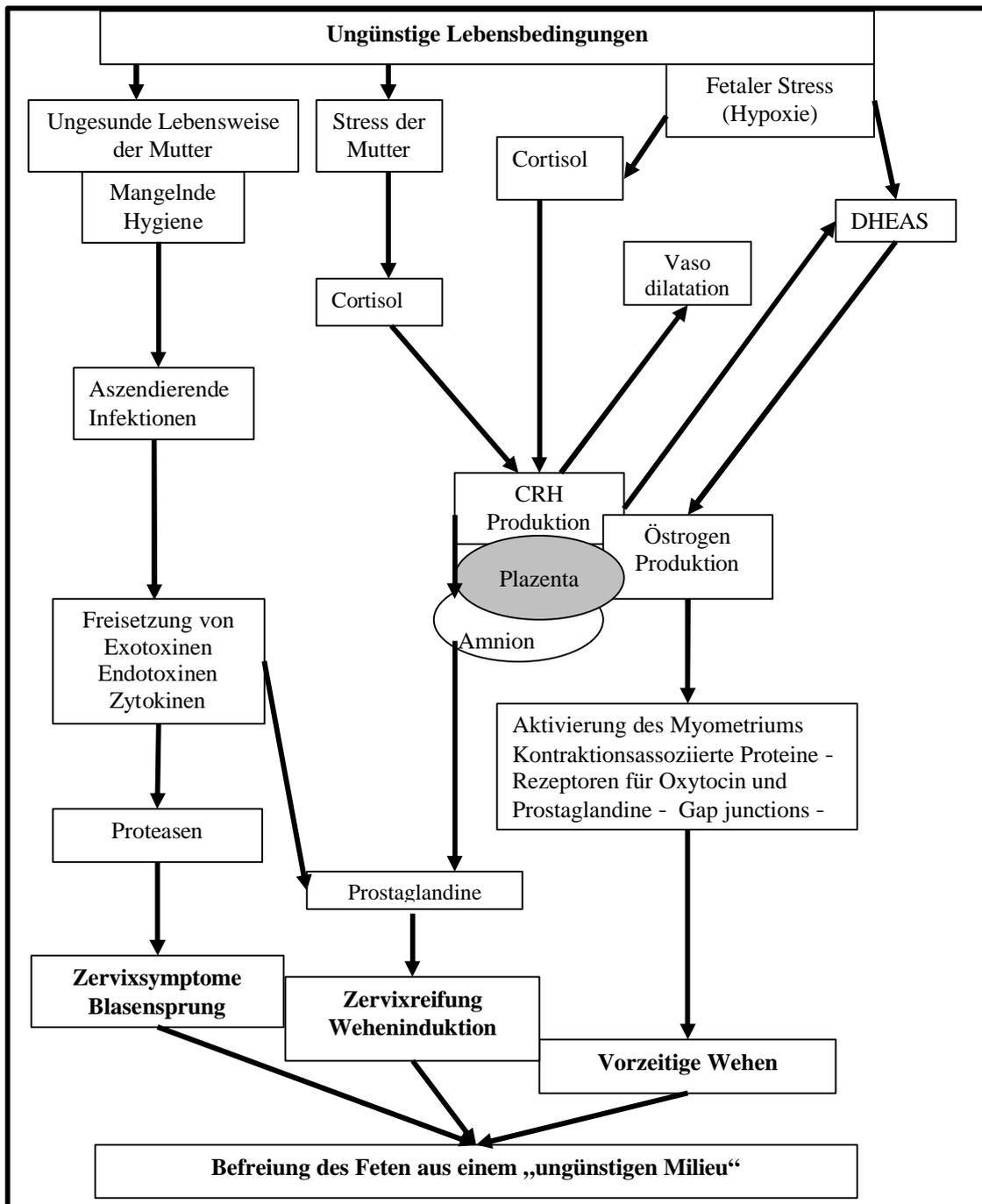


Abbildung 4: Modell einiger pathogenetischer Pfade, die bei einer zu frühen Geburt eine Rolle spielen könnten. Modifiziert nach Schäfer (2001), Petraglia et al. (2003), Bergmann et al. (2003), Ruiz (2003), Schneider (2004), Siriani (2005) und Smith (2007)

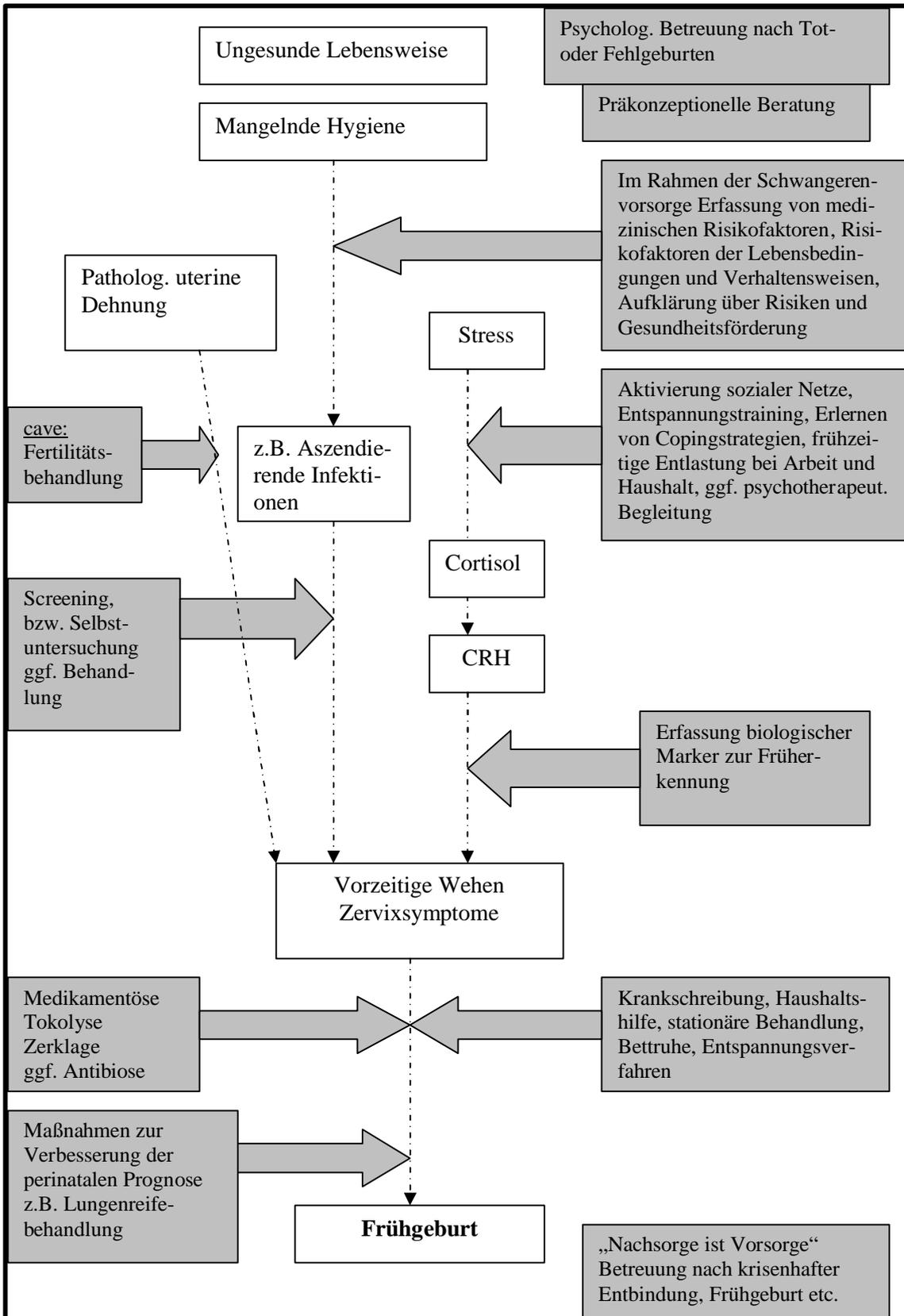


Abbildung 5: Möglichkeiten der Prävention von Frühgeburten schematisch zusammengefasst nach Stauber (1998), Schneider (2003), Friese et al. (2003), Rauchfuß (2005), Rath et al. (2005), Saling et al. (2005), Beinder (2006), Bergner (2006), und Feige (2006)

2.2 Bisherige Forschung

Da Frühgeburten durch sehr unterschiedliche pathogenetische Faktoren begünstigt werden, finden zahlreiche Pilot- und Forschungsprojekte im In- und Ausland statt, um die Möglichkeiten der Prävention und Therapie auch auf somatischer Ebene weiter zu verbessern. Hierzu gehören z. B.:

- Die Erforschung biologischer Marker (z. B. CRH Plasmaspiegel und Fibronectin im Vaginalsekret) zur verbesserten Früherkennung von Frühgeburtsbestrebungen (Petraglia et al. 2003, Smith 2007).
- Pharmakologische Forschung mit dem Ziel, spezifischer wirkende Tokolytika zu entwickeln (Sanchez-Ramos et al. 2005, Rath et al. 2005).
- Erforschung der neuroendokrinen Zusammenhänge von Stress, Schwangerschaft und Schwangerschaftskomplikationen (Schulte et al. 1990, Grammatopoulos et al. 1999, Majzoub et al. 1999, Gittau et al. 2001, Schäfer et al. 2001, Ruiz et al. 2003, Petraglia et al. 2003, Ehlert 2004, Lidsay et al. 2005, Siriani et al. 2005).
- Erweiterung von Screeningmethoden, z. B. vaginale pH-Messung durch Schwangere selbst, zur frühen Diagnose vaginaler Milieustörungen und Vermeidung bzw. frühzeitiger Behandlung von Infektionen (Thüringer Frühgeburtenvermeidungsaktion) (Hoyme et al. 2003, Schreiber et al. 2004, Saling et al. 2005).

Auf Forschungsprojekte zu Möglichkeiten der Prävention und Behandlung, die den psychosozialen Bereich betreffen und die für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind, soll im folgenden Abschnitt näher eingegangen werden.

2.2.1 Psychosoziale Belastungen als möglicher Risikofaktor für Frühgeburten

Seit alters her werden in den unterschiedlichsten Kulturen Schwangere nach Möglichkeit vor körperlichen und seelischen Belastungen geschützt. Eine Studie, die in 17 europäischen Ländern zwischen 1994 und 1997 durchgeführt wurde, zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen ungünstigen Sozialfaktoren und der Entstehung von Frühgeburten (Schneider 2003). Jedoch nicht jede Beanspruchung führt zu einer Über-

lastung, und es gibt auch unauffällige Schwangerschaftsverläufe trotz bestehender psychosozialer Belastungen (Ehlert 2004 Schweiz).

Im Rahmen einer prospektiven Studie konnten Rauchfuß und Gauger (2003) die Einflüsse psychosozialer Variablen auf Schwangerschaftsverläufe genauer beschreiben. Folgende Variablen waren sowohl mit einer drohenden als auch mit einer tatsächlich erfolgten Frühgeburt korreliert:

- Rezidivierende oder chronische gynäkologische Störungen in der Anamnese
- aktiver oder passiver Nikotinkonsum
- ein fehlendes weibliches Netzwerk
- fehlendes emotionales Verständnis des Partners für die Schwangerschaft

Außerdem wurden für eine drohende und tatsächlich stattgefundene Frühgeburt noch jeweils unterschiedliche Risikofaktoren ermittelt.

Für die drohende Frühgeburt waren als Einflussfaktoren signifikant:

- Haushaltseinkommen unter 1500 DM/Monat
- mehr als zwei vorangegangene Geburten
- Infertilitätsbehandlung
- das Fehlen instrumenteller Hilfe durch Freundinnen
- die Neigung, in Stresssituationen Kontakten nicht aus dem Weg zu gehen

Für eine Frühgeburt vor der 37. SSW waren als Einflussfaktoren signifikant:

- keine Kinder im Haushalt
- Kolpitis in der Anamnese
- mangelnde Akzeptanz durch die Freundinnen
- niedrige allgemeine Ängste, aber hohe schwangerschaftsbezogene Ängste
- das Bestehen einer „nichtidealen Partnerschaft“

Eine erste Auswertung der Daten des BabyCare-Projekts (siehe unten) ergab ebenfalls Hinweise auf Zusammenhänge sowohl zwischen der Paarbeziehung, insbesondere bezogen auf die emotionale Unterstützung durch den Partner, als auch einer hohen Stressbelastung in den letzten zwölf Monaten vor der Schwangerschaft mit dem Auftreten von Frühgeburten (Dudenhausen et al. 2003).

2.2.2 Sozialmedizinische Maßnahmen zur Prävention von Frühgeburten

Die Bemühungen, Frühgeburten zu vermeiden, beginnen bei dem Versuch, Risikofaktoren zu verringern (primäre Prävention). Die Früherkennung von Symptomen der drohenden Frühgeburt und deren Behandlung (sekundäre Prävention) hat zunächst das Ziel, die Frühgeburt aufzuhalten, aber auch deren Risiko für das Kind zu reduzieren (z. B. durch Lungenreifebehandlung) (Schneider 2003).

Hierzu wurde in Deutschland seit dem Ende der 90er Jahre ein Projekt (BabyCare) entwickelt. Dieses Programm hat die Zielsetzung, die Frauen über alle Risiken gut zu informieren und allgemeine Verhaltensempfehlungen zu geben. Darüber hinaus wird der persönliche Risikostatus ermittelt und individuelle Maßnahmen werden empfohlen. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Frühgeburtenrate bei den teilnehmenden Frauen um mehr als 20% geringer ist als in einem strukturgleichen Vergleichskollektiv 1999 (Frie-se und Kirschner 2003, Dudenhausen et al. 2003, Schneider 2003).

In Frankreich wurde die Prävention von Frühgeburten 1971 zu einem Hauptanliegen der Gesundheitspolitik erklärt. Nachdem daraufhin mit dem Programm „La Protection Maternelle et Infantile“ ein umfassendes Informations-, Untersuchungs- und Unterstützungsprogramm initiiert wurde, ging die Frühgeburtenrate in Frankreich von 8,4 % (1972) auf 4,9 % (1988) zurück. Der Rückgang der frühen Frühgeburten (< 34 SSW) von 2,4 auf 0,9 % konnte leider nicht konstant gehalten werden, was vor allem durch das Zunehmen des Alters der Schwangeren und die Zunahme von Mehrlingsschwangerschaften bedingt ist. Das Programm umfasst neben vorehelichen Informationen und kostenfreien Vorsorgeuntersuchungen z. B. auch im Mutterpass enthaltene Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten einschließlich Adressen der zuständigen Anlaufstellen. Die drei Hauptteile des Programms beinhalten medizinische Betreuung durch Allgemeinärzte, Spezialisten und Hebammen, soziale Maßnahmen in Form finanzieller Unterstützung für Haushaltshilfen und Unterstützung für schwangere Frauen innerhalb des täglichen Lebens, im häuslichen Bereich und bei der Arbeit. Die Zahlung der Unterstützungen ist an die Teilnahme an den vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen gekoppelt (Schneider 2003).

Auch Maloni et al. (2004a USA) betonen, wie wichtig es für die Frauen ist, über die Symptome von Frühgeburten und die Behandlungsmöglichkeiten informiert zu sein. Sie empfehlen, zur Prävention von Frühgeburten eine präkonzeptionelle Risikoeinschätzung mit nachfolgender Beratung durchzuführen.

2.2.3 Erleben von Risikoschwangerschaften mit stationärer Behandlung oder häuslicher Bettruhe

Das Erleben der Risikoschwangerschaft wird maßgeblich von Art und Schwere des Risikos, der Art der Behandlung, der familiären Situation und der Beziehung zum betreuenden medizinischen Personal beeinflusst (Leichtentritt et al. 2005 Israel).

In einer Untersuchung, in der Lowenkron in den USA betroffene Frauen befragte, beschreiben die Frauen Angst um ihr Baby und Sorge bezüglich des Ausganges der Schwangerschaft sowie um die eigene Gesundheit. Viele haben das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren und leiden darunter, dass sie sich als unfähig erleben, ihrer Rolle als Frau und Mutter gerecht zu werden, oder arbeiten zu gehen (Lowenkron 1999).

Frauen, die wegen einer Risikoschwangerschaft in den USA in stationärer Behandlung waren und von Maloni befragt wurden, berichten von Niedergeschlagenheit und Stimmungsschwankungen. Die gedrückte Stimmung ist oft zu Beginn des stationären Aufenthaltes und bei strenger Bettruhe am stärksten. Für viele Frauen bedeutet eine stationäre Aufnahme, dass sie nicht in der Lage sind, die Schwangerschaft aus eigener Kraft zu Ende zu bringen, was sie als persönliches Versagen erleben. Durch die Verordnung von Bettruhe werden sie von der Hilfe anderer abhängig. Sie fühlen sich oft im Krankenhaus sicherer, aber die normalen familiären Abläufe werden durch die stationäre Behandlung gestört und die Versorgung der Kinder durch die Mutter wird unterbrochen (Maloni et al. 2002). Mit zunehmender Dauer der Schwangerschaft werden viele Frauen aber wieder optimistischer und ab der 28. SSW wird beobachtet, dass sie ihren Bauch häufiger berühren und streicheln Curry (1987).

Das Erleben der Risikoschwangerschaft ruft oft ambivalente Gefühle bei den werdenden Müttern und ihren Familien hervor. Einerseits ertragen sie vieles, um den Zeitpunkt der Geburt hinauszuzögern, andererseits wünschen sie sich eine frühe Geburt und somit ein Ende der eigenen unangenehmen Situation, was wiederum zu Schuldgefühlen führen kann. Sie sehnen sich danach, nach Hause entlassen zu werden und haben gleichzeitig Angst davor, da sie weitere Komplikationen für Schwangerschaft und Geburt befürchten. Sie lieben das ungeborene Kind, lehnen aber die mit der Schwangerschaft verbundenen Probleme ab. Die verordnete Immobilisation führt manchmal noch zu zusätzlichen Problemen, wenn Frauen einerseits Bettruhe halten sollen, aber dennoch von ihnen erwartet wird, dass sie lange Wege zum Krankenhaus und innerhalb zurücklegen, um sich untersuchen zu lassen (May 2001).

Leichtenritt (2005) betont, dass sich Ambivalenz, definiert als die Existenz von zwei oder mehreren widerstrebenden Gefühlen, Werten oder Zielen, wie ein roter Faden durch das Erleben der Risikoschwangerschaft zieht. Die Frauen stehen der Situation besorgt und ablehnend gegenüber, haben aber gleichzeitig Vertrauen und Hoffnung auf ein gutes Ergebnis. Sie erleben sich selbst emotional eng in der Familie, aber körperlich ausgeschlossen; sie fühlen sich gleichzeitig krank und gesund, und versuchen das vorhandene Risiko als möglichst gering einzuschätzen, während sie doch intensive medizinische Versorgung suchen.

In dieser Situation wird auch den werdenden Vätern viel abverlangt, denn die Partnerin, die sie normalerweise unterstützen könnte, ist nun selbst bedürftig. Nach Maloni et al. (1997) erleben Männer neben Angst und Sorge um Mutter und Kind häufig auch Schuldgefühle und fühlen sich unzulänglich und ohnmächtig. May (1993) hat ebenfalls in den USA werdende Väter, die mit einer Risikoschwangerschaft umgehen mussten, befragt. Sie berichten besonders nach der Diagnose über große Angst und Sorge, die nur nachließ, wenn klar war, dass die Frau versorgt war. Im weiteren Verlauf stehen die zunehmenden Anforderungen („doing it all“) durch Kinder, Haushalt und die Partnerin im Vordergrund. Hierbei versuchen viele, ihre Belastung vor ihren Frauen zu verbergen, um diese zu schonen. Die Situation wird häufig noch dadurch erschwert, dass die Frauen, durch die Immobilisation frustriert, es nicht schaffen, die Anstrengungen ihrer Männer im Haushalt unkommentiert zu lassen. Die Männer fühlen sich oft isoliert, ohne die Gelegenheit, über ihre Situation zu reden, und haben wenig Unterstützung durch medizinisches Personal.

Maloni et al. befragten in den USA betroffene Frauen und Männer zu den Auswirkungen von präpartaler Immobilisation auf die Familie. In dieser Studie wird von den Frauen die große Belastung der Männer am häufigsten als Problem benannt. An zweiter Stelle werden die emotionalen Schwierigkeiten der Kinder beschrieben. Kleinere Kinder sind durch die Bettruhe der Mutter oft verängstigt oder verunsichert und können nicht verstehen, warum die Mutter sich nicht wie sonst um sie kümmern kann. Von größeren Kindern wird erwartet, dass sie Verantwortung im Haushalt tragen und sich wie Erwachsene benehmen (Maloni et al. 2001).

Weitere Belastungen durch eine Risikoschwangerschaft

In einer Untersuchung, die von May in den USA durchgeführt wurde, erwähnen die Betroffenen außerdem nicht nur die finanzielle Mehrbelastung durch Verdienstaussfall

und größere Ausgaben z. B. für Kinderbetreuung, sondern auch den Druck durch den wachsenden immateriellen „Schuldenberg“ bei denen, die ihnen geholfen haben (May 2001).

Erschwerend kommt noch hinzu, dass bei häuslicher Behandlung oft unklare Anweisungen über Art und Ausmaß der Immobilisation bestehen, was zu Verunsicherung der Betroffenen führen kann (Maloni 1994). Die Immobilisation an sich kann ebenfalls zusätzliche Probleme schaffen. So finden sich z. B. bei Frauen mit strikter Bettruhe deutlich häufiger Muskeldystrophien, eine Schwächung des Herz-Kreislauf-Systems, Gewichtsverlust, Obstipation und dysphorische Stimmungen als bei Frauen mit partieller Bettruhe. Die postpartale Erholungszeit kann ebenfalls verlängert sein. (Maloni 1991, 1993, 1996a, 1996b, 1998, 2004b, 2005a, 2005b).

2.2.4 Bewältigungsstrategien bei Risikoschwangerschaften mit stationärer Behandlung oder häuslicher Bettruhe

Im folgenden Abschnitt soll auf die Bewältigungsstrategien (Coping) bei Risikoschwangerschaften eingegangen werden. Da es sowohl für das Einsetzten von Beschwerden als auch für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft nicht entscheidend zu sein scheint, ob die Schwangere Stress erlebt, sondern ob sie in der Lage ist, den Stress erfolgreich zu bewältigen (Ehlert 2004), ist das Verständnis der individuellen und der familiären Bewältigungsstrategien von besonderer Bedeutung, da es ermöglichen kann, die Betroffenen darin gezielt zu unterstützen.

Nach Lazarus ist Stress dadurch gekennzeichnet, dass die Anforderungen der Umwelt die Anpassungsfähigkeit einer Person beanspruchen oder übersteigen. Coping ist ein Prozess, der damit beginnt, dass ein Mensch eine Situation zunächst als positiv, unbedeutend oder stressreich einschätzt und anschließend, wenn er sie als stressreich erlebt, als Gefahr, Bedrohung oder Herausforderung bewertet („primary appraisal“). Darauf folgt eine Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten („secondary appraisal“). Im weiteren Verlauf werden immer wieder Neueinschätzungen („reappraisals“) vorgenommen, in die veränderte Umstände und Gefühle einbezogen werden (Faller 1989).

In erweiterter Form findet diese Theorie auch bei der Krankheitsverarbeitung Anwendung. Auch im Krankheitsfall versuchen die Betroffenen aktuelle, erwartete oder

bevorstehende Belastungen, die mit der Krankheit zusammenhängen, kognitiv, emotional und durch Handeln aufzufangen, auszugleichen und zu bewältigen. Dies ist von großem klinischem Interesse, da es sich direkt auf den Krankheitsverlauf auswirken kann (Faller, Lang 2006).

Eng an das Modell von Lazarus angelehnt, führte Lowenkron (1999) in den USA eine Befragung von Risikoschwangeren durch, in der erlebter Stress und Copingstrategien erfasst wurden. Diese Frauen schätzten ihre Situation als beängstigend oder bedrohend oder aber auch als Herausforderung ein. Stimmungsschwankungen, Wut, Hilflosigkeit und Schuldgefühle wurden erwähnt. Stress resultierte z. B. aus dem Gefühl, die Kontrolle über das eigene Leben zu verlieren und aus dem Auftreten unerwarteter Ereignisse. Auf die Frage, ob sie etwas tun könnten, um ihre Situation zu verbessern, betonten alle, dass emotionale und instrumentelle Unterstützung wichtig für sie seien. Weiter erwähnten sie: Sich selber Mut machen, Ablenken, den Anordnungen des Arztes Folge leisten und aufmerksam für den eigenen Körper sein. In den Äußerungen der Frauen zeigte sich, dass eine hohe Selbstachtung und das Gefühl, die Situation bewältigen zu können (sense of mastery), zusammen mit externalen Kontrollüberzeugungen einen günstigen Einfluss hatte. Viele empfanden, dass, obwohl sie taten, was sie konnten, ihre Möglichkeiten begrenzt waren und dass der Rest von Gott oder dem Schicksal abhing. Frauen, deren Copingstrategien eher den Bereichen psychosoziale Unterstützung, Problemlösung und positive Neubewertung zuzuordnen waren, hatten die niedrigsten Werte für erlebten Stress. Je mehr sie sich allerdings für die Situation verantwortlich fühlten, desto mehr Stress empfanden sie und umso eher neigten sie zu vermeidenden Copingstrategien aus der Subskala Vermeidung des „Ways of Coping Questionnaire“ (beispielsweise mehr als gewöhnlich zu schlafen, zu versuchen, sich durch Essen, Trinken oder Medikamente etc. besser zu fühlen oder zu wünschen, dass die Situation einfach vorbei sei) (Folkmann, 1985). Lowenkron hält es für wichtig, die Situation und Befindlichkeit von Schwangeren, die viel Stress ausgesetzt sind, wenig soziale Unterstützung haben und ineffektive Copingstrategien benutzen, zu erkennen und sie entsprechend zu unterstützen.

In Deutschland führten Mahler et al. (1999, 2001) eine Untersuchung zu der Frage durch, welche Bewältigungsstrategien bei drohender Frühgeburt günstig, welche eher ungünstig sind und wie eine psychotherapeutische Unterstützung aussehen könnte. Hierbei sollten die 26 Bewältigungsstrategien der Berner Bewältigungsformen (Heim et

al. 1991) bezogen auf die Situation der drohenden Frühgeburt unter Verwendung einer 5-stufigen Rangskala (1=geeignet bis 5=ungeeignet) eingeschätzt werden. Zu Beginn wurden Betroffene und Behandler (Gynäkologen, Pflegepersonal, Hebammen und Psychotherapeuten) um ihre Einschätzung der Bewältigungsstrategien gebeten, die in Tab. 1 zusammengefasst sind.

Tabelle 1: Von betroffenen Frauen und Behandlern als günstig bzw. ungünstig eingeschätzte Bewältigungsstrategien bei drohender Frühgeburt nach Mahler (2001)

Einschätzung der betroffenen Frauen	m	Einschätzung der Behandler	m
Eher günstig:		Eher günstig:	
Zuwendung (Möglichkeit, sich auszusprechen)	1,37	Zuwendung	1,25
Akzeptieren	1,43	Entspannung	1,37
Entspannung	1,50	Emotionale Entlastung	1,47
Optimismus	1,63	Solidarisieren	1,62
Zupacken (krankheitsbezogen initiativ werden; auch Informationssuche)	1,66	Konstruktive Aktivität	1,63
Solidarisieren	1,72	Zupacken	1,73
Konstruktive Aktivität	1,73	Problemanalyse	1,89
Emotionale Entlastung	1,77	Humor	1,90
Ablenken	1,83	Optimismus	1,91
Passive Kooperation (sich Fachleuten anvertrauen)	1,83	Akzeptieren	1,99
Humor	1,90		
Eher ungünstig:		Eher ungünstig:	
Rückzug	4,13	Kompensation	4,05
Aktives Vermeiden	4,24	Altruismus	4,16
Kompensation (Frustrationsbewältigung durch Ersatzhandlungen z. B. Essen oder Rauchen)	4,30	Aggravieren	4,29
Schuldzuweisung	4,33	Aktives Vermeiden	4,30
Rumifizieren (Grübeln)	4,33	Isolieren	4,39
Isolieren (Gefühle abspalten)	4,38	Dissimulieren	4,44
Dissimulieren	4,41	Hadern	4,47
Hadern	4,48	Resignation	4,57
Selbstbeschuldigung	4,53	Selbstbeschuldigung	4,59
Resignation	4,62	Rumifizieren	4,63
Aggravieren	4,65		

1=geeignet; 5=ungeeignet; m=Mittelwert

Bei Betrachtung der Untergruppen wurde deutlich, dass die Übereinstimmung zwischen Betroffenen und Hebammen am größten und zwischen Betroffenen und Psychotherapeuten am niedrigsten war.

Im weiteren Verlauf nach ihrem tatsächlichen Bewältigungsverhalten befragt, nannten die betroffenen Frauen passive Kooperation, Zuwendung, Problemanalyse, Optimismus und Zupacken. Einige zuvor als geeignet eingeschätzte Strategien wie Akzeptieren, konstruktive Aktivität, Sinngebung und Entspannung wurden in der Realität wenig verwirklicht, während sich zeigte, dass die Patientinnen doch oft mit ihrer Situation gehadert haben.

Bei noch differenzierterer Betrachtung ergab sich ein unterschiedliches Bewältigungsverhalten, je nachdem, ob die Schwangerschaft gewollt war oder ambivalent erlebt wurde. Eine negativere Einstellung zur Schwangerschaft stand z. B. mit weniger zuwendungsorientiertem Coping in Zusammenhang. Für Frauen, die sich durch ihre Schwangerschaft belastet fühlten, trafen Strategien wie Rumifizieren, Aggravieren, Haldern, Resignation, Altruismus und Haltung bewahren eher zu als z. B. Valorisieren (bisherige Bewältigung der Situation oder vergangener Situationen führt zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls) oder passive Kooperation.

Im Rahmen einer Studie in Belgien fanden Demyttenaere et al. (1995) Hinweise dafür, dass Copingstile den Verlauf vorzeitiger Wehen beeinflussen können. Palliatives Coping und das Bemühen um psychosoziale Unterstützung waren mit kürzerer stationärer Behandlungsdauer und längerer Schwangerschaftsdauer korreliert. Aktives Coping, das, mit niedriger allgemeiner Ängstlichkeit verbunden, sonst eher als günstige Copingstrategie bewertet wird, ging mit kürzerer Schwangerschaftsdauer einher.

Lobel et al. (2002) untersuchten in den USA Zusammenhänge von Optimismus und emotionalem Distress bei Risikoschwangerschaften. Sie fanden, dass optimistische Frauen eine Risikoschwangerschaft eher als kontrollierbar erlebten, sich weniger emotional belastet fühlten und seltener vermeidende Copingstrategien zeigten.

In diesen Studien, die sich auf die Situation der betroffenen Frauen konzentrieren, wird die Bedeutung der Partner und der weiteren Familienmitglieder als Teil eines stützenden sozialen Netzes beschrieben. Die Familienmitglieder, die für viele Frauen eine große Stütze sind, sind jedoch ebenfalls belastet. Schon unter „normalen“ Umständen beinhaltet eine Schwangerschaft auch für die Familie die Notwendigkeit der Neuorientierung.

Mercer et al. (1986) entwickelten, basierend auf mehreren anderen Untersuchungen, ein Modell zum Einfluss von Risikoschwangerschaften auf Familien, in dem die Familie als dynamisches System mit Untergruppen (Individuen und Dyaden) dargestellt wird. Sie beschrieben die Wechselwirkungen von belastenden Lebensereignissen, persönlichem Gesundheitszustand (z. B. Schwangerschaftskomplikationen der Mutter und Grad des Schwangerschaftsrisikos), Selbstbewusstsein, sozialer Unterstützung im weitesten Sinn und der von der Familie wahrgenommenen Handhabbarkeit der Situation (sense of mastery) mit der Qualität der Paarbeziehung und dem Funktionieren der Familie als Ganzem.

Von May (2001) in den USA befragte Familien beschrieben alle die ersten zwei bis drei Wochen nach Diagnose der Risikoschwangerschaft als Zeit der Desorganisation, gekennzeichnet von Sorge und Stress. Sie hatten das Gefühl, ihr Möglichstes zu tun („doing the best we can“), um die Bedürfnisse der Einzelnen und der Familie miteinander zu vereinbaren. Während der folgenden Zeit erlebte sich ein Teil als „doing okay“. Sie waren in der Lage, immer wieder ein ausreichendes Gleichgewicht zwischen den unterschiedlichen Anforderungen herzustellen oder aufrechtzuerhalten. Sie erlebten ihre Situation zwar als schwierige Herausforderung, die sie aber bewältigen konnten. Diese Familien hatten oft schon früher gemeinsam schwierige Zeiten gemeistert und hatten das Gefühl, als Team zu arbeiten. Sie waren in der Lage, sich an die veränderte Situation mit erzwungenem Rollentausch anzupassen (z. B. konnte die Frau ein geringeres Maß an häuslicher Ordnung akzeptieren). Der andere Teil der Betroffenen hatte das Gefühl, dass sich die Situation trotz aller Bemühungen ständig ihrer Kontrolle entzog und jederzeit entgleisen konnte. Sie erlebten sich am Rande ihrer Belastbarkeit („on the edge“). Sie „jonglierten“ mit Prioritäten, die Frauen gingen, oft aus Mangel an sozialer Unterstützung, Risiken ein, indem sie mehr taten, als erlaubt war. Alle hatten dauerhaft das Gefühl, am Rande ihrer Kräfte zu sein.

Durham (1998) beschreibt, dass Frauen, die länger zu Hause liegen sollen, nach kurzer Zeit erleben, dass die verordnete Immobilisation mit ihren und den familiären Bedürfnissen in Konflikt gerät. In dieser Situation nutzen die Frauen im Wesentlichen drei Strategien: Sie testen die Grenzen ihrer Belastbarkeit („testing“), sie tun mit schlechtem Gewissen Dinge, die verboten sind („cheating“) und sie kombinieren eine erlaubte Tätigkeit z. B. den Toilettengang mit einer unerlaubten z. B. dem Wischen des Badezimmerbodens („piggybacking“). Sie schließt daraus, dass das Konzept der Non-

Compliance vor dem Hintergrund familiärer Interessenkonflikte ungenügend ist. Um Frauen und Familien in dieser Zeit zur Befolgung der verordneten Maßnahmen zu motivieren und sie adäquat unterstützen zu können, ist es notwendig, ihre Bedürfnisse einschätzen zu können.

Die Männer, befragt in einer Studie von Maloni et al. (1997), nennen instrumentelle Hilfe als wichtigste Unterstützung. Außerdem erwähnen sie gedankliche Bewältigungsstrategien, wie Neubewertung und Relativierung des Problems, den Glauben an Gott und verhaltensbezogene Bewältigungsstrategien, wie sich zu organisieren, routinemäßige Abläufe zu schaffen und die Beziehung zur Partnerin zu festigen, als hilfreich.

Bei Familien, die die Schwangerschaft ersehnt hatten, zeigt sich eine wesentlich größere Bereitschaft, um deren Erhalt zu kämpfen, während Frauen und Paare, die die Schwangerschaft nicht geplant hatten, dazu neigen, die Anforderungen als belastender zu erleben (May 2001).

2.2.5 Sozialpädagogische und psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung von Risikoschwangerschaften

Um Schwangere gezielter betreuen zu können, sollten nicht nur die aktuelle psychosoziale Lebenssituation, sondern möglichst auch die Verfügbarkeit von Bewältigungsressourcen und das Copingverhalten erfasst und besprochen werden (Ehlert 2004). Die Betreuung seelisch belasteter Schwangerer stellt für die gynäkologische Praxis eine besondere Herausforderung dar.

Weidner et al. (2004) beschreiben ein Modell zur ambulanten Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen mit seelischen Problemen und psychosomatischen Beschwerden (z. B. Ängsten, habituellen Aborten, vorzeitiger Wehentätigkeit und drohender Frühgeburt, pathologischer Trauer nach Totgeburt, Ambivalenzkonflikt und Partnerkonflikt). Um diese Frauen schnell und fachübergreifend ambulant betreuen zu können, wurde ein Arbeitskreis mit Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen, Psychologinnen, Hebammen, einer Physiotherapeutin, einer Sozialpädagogin und einer Stillberaterin gegründet, der gut von den Betroffenen angenommen wurde.

Neben fachübergreifender Beratung und Betreuung empfiehlt Maloni (1994) Frauen, die zu Hause körperliche Schonung oder Bettruhe einhalten sollen, mit ihren behan-

delnden Ärzten einen von ihr konzipierten Fragebogen zum genauen Ausmaß erlaubter und nicht erlaubter Tätigkeiten durchzugehen, um Konflikte und Belastungen auf Grund unklarer Anweisungen zu vermeiden.

Die weiteren Maßnahmen zur Behandlung von Risikoschwangerschaften mit Frühgeburtsbestrebungen beinhalten häufig stationäre oder häusliche Bettruhe. Bei stationärer Behandlung ist eine Versorgung und Überwachung der Schwangeren erleichtert; sie ist je nach Situation vor belastenden Einflüssen geschützt, aber die Trennung von der Familie kann eine zusätzliche Belastung bedeuten.

In einer groß angelegten Studie in den USA konnte Mamelle (2001) im stationären Setting einen günstigen Einfluss psychotherapeutischer Gespräche auf die Schwangerschaftsdauer bei Frühgeburtsbestrebungen zeigen.

Um die Schwangeren im stationären Alltag zu unterstützen, wurden in den USA und in Deutschland Angebote mit Möglichkeiten zu Einzel- und/oder Gruppengesprächen sowie Entspannungsübungen entwickelt. Schwangere mit früheren Komplikationen, wie Fehl- oder Totgeburten, werden in einer besonderen Gruppe betreut (Maloni et al. 2000, Rauchfuß 2001).

Aus der Sicht einer Hebamme in der Schweiz beschreibt Röthlisberger (2003), wie wichtig es für die Frauen ist, ihre Situation möglichst gut zu verstehen, um ein Gefühl der Handhabbarkeit zu entwickeln. Um das zu fördern, empfiehlt sie, gemeinsam die vorhandenen Ressourcen zu eruieren und geeignete Maßnahmen einzuleiten. Ihrer Meinung nach sind die folgenden Ressourcen für die Betreuung der betroffenen Frauen relevant:

- körperliche und konstitutionelle Ressourcen
- materielle Ressourcen
- personale und psychische Ressourcen z. B. Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, Handlungskompetenz, Flexibilität der Bewältigungsstile
- interpersonelle Ressourcen, z. B. soziale Unterstützung, soziales Netzwerk
- soziokulturelle Ressourcen, z. B. Religion
- Spitalressourcen, z. B. Sozialdienst, Psychologin, Psychiater, Seelsorge, Einzelzimmer, Beschäftigung, Maltherapie, komplementärmedizinische Anwendungen

Bei der Betreuung ist jedoch die Persönlichkeit der Betroffenen zu beachten. Während es für manche Frauen von großer Bedeutung ist, in die medizinischen Entschei-

dungen einbezogen zu werden, ziehen es andere vor, sich eher passiv den Fachleuten anzuvertrauen (Harrison et al. 2003).

Um den Bedarf einer Familie an Unterstützung zu beurteilen, sollten auch deren Wahrnehmung der Situation, die emotionalen und kognitiven Reaktionen der Einzelnen und ihre Anpassungsmöglichkeiten einbezogen werden. Die familiäre Situation sollte auch im weiteren Verlauf immer wieder neu eingeschätzt werden, damit im Bedarfsfall spezifische Unterstützungsangebote gemacht werden können (Kemp und Page 1986). Das Anerkennen der Leistungen aller Beteiligten und die Wertschätzung erreichter Teilziele („Cheerleading“) ist im Umgang mit diesen Familien von großer Bedeutung (Stainton 1994).

2.2.6 Befinden und Erleben nach der Geburt

Mit Beendigung der Risikoschwangerschaft wird die junge Mutter im Allgemeinen als „normale Wöchnerin“ angesehen. Die Aufmerksamkeit der Betreuenden konzentriert sich, falls es nicht zu deutlichen postpartalen Symptomen, wie z. B. einer Wochenbettdepression, kommt, auf die Versorgung des Babys. Es wird erwartet, dass Frauen, die vor der Geburt immobilisiert waren, schnell wieder aktiv werden und sich um sich selbst und ihre Kinder kümmern. In einer Studie, die Maloni et al. 2005 in den USA durchführten, berichteten Frauen, die in den ersten sechs Wochen nach einer Risikoschwangerschaft wiederholt befragt wurden, über deutlich mehr Symptome, als Frauen nach einer unkomplizierten Schwangerschaft. Am häufigsten wurden Stimmungsschwankungen, Erschöpfung, Anspannung, Hauttrockenheit, Rückenschmerzen, Konzentrationsprobleme und Kopfschmerzen genannt, wobei die Anzahl der Symptome, die postpartal nach Ablauf der ersten Woche angegeben wurden, signifikant mit der Dauer des stationären Aufenthaltes korrelierte. Maloni vertritt die Ansicht, dass die postpartale Erholungszeit von Frauen, die vor der Geburt immobilisiert waren, verlängert sein kann. Sie weist darauf hin, dass diese Frauen sich nicht nur von der Geburt, sondern auch von der Bettruhe erholen müssen. Die Remobilisation sollte nicht unkontrolliert erfolgen. Der Zustand der Wöchnerinnen sollte vor der Entlassung auch in Hinblick auf Folgen der Immobilisation geprüft werden, um Schäden, z. B. auf Grund zu schneller Beanspruchung geschwächter Muskulatur, durch entsprechende Behandlung oder Hilfen zu vermeiden (Maloni et al. 2005a).

Priel und Kantor, Israel, fanden in einer Studie Anzeichen dafür, dass Mütter nach einer Risikoschwangerschaft ihre eigenen Kinder als schwieriger erleben, als Kinder von „normalen“ Schwangerschaften (Priel und Kantor 1988). Dulude et al. (2000), stellen in ihrer Untersuchung keine wesentlichen Unterschiede im Befinden von Eltern nach einer Risikoschwangerschaft zwischen Schwangerschaften mit hohem Risiko und Schwangerschaften mit niedrigem Risiko fest. Es gab jedoch Hinweise darauf, dass Eltern nach einer Schwangerschaft mit hohem Risiko, die ein gesundes Baby bekommen hatten, vergleichsweise geringe Schwierigkeiten hatten, sich an die neue Situation der Elternschaft anzupassen. Die Autoren vermuten, dass das Erleben der Risikoschwangerschaft, in der häufig schon Ressourcen mobilisiert wurden, einen Einfluss darauf haben könnte, wie die jungen Eltern die neue Situation bewältigen (Dulude et al. 2002).

2.2.7 Zusammenfassung

Aus den beschriebenen Veröffentlichungen wird deutlich, dass Zusammenhänge zwischen der psychosozialen Situation, dem Erleben von Stress, der Qualität der Partnerschaft und Schwangerschaftskomplikationen bestehen und dass Interventionen in diesen Bereichen erfolgreich sein können. Es werden sowohl die Belastungen der betroffenen Frauen durch die Risikoschwangerschaft an sich und die stationäre oder häusliche Behandlung, als auch Bewältigungsmöglichkeiten beschrieben. Das enge soziale Umfeld erscheint als wichtige Stütze und die Bedeutung der Partnerschaft wird betont, jedoch gilt bei den meisten Untersuchungen das Hauptinteresse dem Zustand der Frau. Das Befinden und die Bedürfnisse von Partner und Familie finden dabei bislang nur wenig Beachtung, wobei jedoch aus den größtenteils im Ausland durchgeführten Untersuchungen hervorgeht, dass Partner und Kinder ebenfalls von der Situation betroffen sind.

Anknüpfend an die bisherige Forschung ist es von Interesse, weitere Informationen darüber zu erhalten, welchen Belastungen Partner und Familie ausgesetzt sind und ob daraus eventuell für alle Beteiligten Probleme entstehen. Des Weiteren stellt sich die Frage, wie die Betroffenen die Situation bewältigen und welche Hilfsangebote als besonders geeignet erlebt werden. Aus diesen Gesamtfragestellungen wurden die spezifischen Fragestellungen für die vorliegende Untersuchung entwickelt, die im folgenden Kapitel dargestellt werden.

3 Fragestellungen

In der bisherigen Forschung finden sich zunehmend Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Schwangerschaftskomplikationen, der psychosozialen und familiären Situation, und dem Erleben von Stress. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zunächst Informationen über die Situation und die Bewältigungsstrategien von Paaren und Familien zu sammeln, in denen die Frau wegen einer Risikoschwangerschaft ganz oder teilweise, zu Hause oder stationär immobilisiert war.

Mit der Diagnose, die für die werdenden Eltern häufig unerwartet kommt, beginnt ein Prozess, bei dem Erleben und Bewältigung auch im weiteren Verlauf in ständiger Wechselwirkung bleiben (Faller, Lang 2006). Ein zusätzliches Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, durch die Befragung der betroffenen Frauen und ihrer Partner Einblicke in diesen Prozess zu erlangen und ihn aus deren Sicht besser zu verstehen, um daraus eventuell Schlüsse für die Behandlung und Betreuung ziehen zu können.

Um die sich daraus ergebenden Fragestellungen konkretisieren zu können, wurde der zu untersuchende Zeitraum in die drei Phasen „Diagnose“, „weiterer Verlauf bis zur Geburt“ und „Geburt und Zeit nach der Geburt“ eingeteilt. Für diesen Zeitraum sollten Erleben und Coping von Frauen, Männern und, falls vorhanden, älteren Kindern erhoben werden. Dementsprechend wurden die folgenden Fragestellungen formuliert:

3.1 Erleben zum Zeitpunkt der Diagnose

- 3.1.1 Wie haben es die Frauen erlebt, zu erfahren, dass ihre Schwangerschaft gefährdet ist?
- 3.1.2 Wie haben es die Männer erlebt, zu erfahren, dass die Schwangerschaft ihrer Partnerin gefährdet ist?

3.2 Erleben im weiteren Verlauf

- 3.2.1 Wie haben die Frauen die folgende Zeit erlebt?
- 3.2.2 Wie haben die Männer die folgende Zeit erlebt?
- 3.2.3 Wie haben die Kinder die folgende Zeit aus Sicht der Mütter erlebt?
- 3.2.4 Wie haben die Kinder die folgende Zeit aus Sicht der Väter erlebt?

3.3 Erleben der Geburt und der nachfolgenden Zeit

3.3.1 Wie haben die Frauen die Zeit nach der Geburt erlebt?

3.3.2 Wie haben die Männer die Zeit nach der Geburt erlebt?

3.4 Belastungsquellen

3.4.1 Lassen sich Belastungsquellen identifizieren?

3.5 Coping zum Zeitpunkt der Diagnose

3.5.1 Was hat den Frauen geholfen, diese Situation anfangs zu bewältigen?

3.5.2 Was hat den Männern geholfen, diese Situation anfangs zu bewältigen?

3.6 Coping im weiteren Verlauf

3.6.1 Was hat den Frauen im weiteren Verlauf geholfen, diese Situation zu bewältigen?

3.6.2 Was hat den Männern im weiteren Verlauf geholfen, diese Situation zu bewältigen?

3.6.3 Was hat den Kindern aus Sicht der Mütter im weiteren Verlauf geholfen, diese Situation zu bewältigen?

3.6.4 Was hat den Kindern aus Sicht der Väter im weiteren Verlauf geholfen, diese Situation zu bewältigen?

3.7 Betreuungswünsche

3.7.1 Welche Wünsche bezüglich der Behandlung und Betreuung hätten die Frauen gehabt?

3.7.2 Welche Wünsche bezüglich der Behandlung und Betreuung hätten die Männer gehabt?

4 Methode

Auf Grund der zuvor formulierten Forschungsfragestellung wurde die geplante Untersuchung als qualitative Untersuchung konzipiert. Die Überlegungen, die zu dieser Entscheidung führten, sollen im folgenden Abschnitt dargelegt werden.

4.1 Begründung der qualitativen Vorgehensweise

Bei der Wahl der Untersuchungsmethodik wurde von den folgenden Voraussetzungen ausgegangen:

- Die Fragestellungen, die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegen, sind nicht hypothesengeleitet, sondern explorativ.
- Die Situation unterschiedlicher Gruppen Betroffener soll aus deren Perspektive besser verstanden werden, in der Hoffnung, auch für den klinischen Alltag relevante Schlüsse daraus ziehen zu können.
- Die Datenerhebung soll nicht auf vorformulierte Fragen beschränkt werden, sondern den Befragten soll Gelegenheit gegeben werden, sich über das Geschehene frei zu äußern, selbst Schwerpunkte zu setzen und Bereiche anzusprechen, die für sie persönlich von Bedeutung sind (Faller 1986).
- Die zu erwartende Größe der Stichprobe ist relativ gering.

Die Planung der weiteren Vorgehensweise ergibt sich, wenn man die folgenden Eigenschaften qualitativer Forschungsmethodik betrachtet.

Qualitative Methoden sind zur Hypothesenfindung und Theoriebildung geeignet. Dies beinhaltet die Aufdeckung von Einzelfaktoren, die für den jeweiligen Forschungsgegenstand relevant sind und die Konstruktion von möglichen Zusammenhängen dieser Faktoren (Mayring 2003). Qualitative Methoden sind geeignet, um Fragestellungen in ihrer Ganzheit im alltäglichen Kontext zu untersuchen, wobei unterschiedliche subjektive Perspektiven, bezogen auf den Gegenstand der Untersuchung, berücksichtigt werden können. Sie sind geeignet, um Konzepte zu erarbeiten, die helfen können, soziale Phänomene im natürlichen Setting zu verstehen und nach Möglichkeit Ergebnisse zu erhalten, die für den klinischen Alltag relevant sind. Nicht zuletzt kann qualitative Forschung

in Bereichen, die noch nicht ausführlich erforscht wurden, als Grundlage für spätere quantitative Untersuchungen dienen (Pope 1996, Flick 2006).

Da sich die Voraussetzungen der geplanten Untersuchung mit den hier beschriebenen Kennzeichen qualitativer Forschungsmethodik weitgehend decken, wurde die Untersuchung als qualitative Studie angelegt.

4.2 Studiendesign

Für die vorliegende Untersuchung sollten Familien, die eine Risikoschwangerschaft „erfolgreich“ überstanden haben, nach ihren Erfahrungen befragt werden.

Diese Familien verfügen über einen „komplexen Wissensbestand zum Thema der Untersuchung“ (Flick 2006). Dieser Wissensbestand enthält „explizit-verfügbare Annahmen“, die die Befragten spontan auf offene Fragen äußern können, und implizite Annahmen, für deren Artikulation die Befragten durch methodische Hilfen unterstützt werden sollten (Flick 2006).

Die Untersuchung wird retrospektiv angelegt, um zusätzliche Belastungen für die Befragten während der Schwangerschaft zu vermeiden. Durch den zeitlichen Abstand zur Situation gibt es keine Behandler-Patient-Beziehung zwischen Interviewer und Befragten, wodurch offenere Äußerungen begünstigt werden können.

4.3 Erhebungsinstrumente

Für die Auswahl der Erhebungsinstrumente ist es von Bedeutung, dass wesentliche Aspekte der Fragestellung erfasst werden. Die Instrumente sollen für die Zielgruppe geeignet sein. Es ist das Ziel, die Ansichten der Befragten zu erfahren, wobei die unterschiedlichen Perspektiven der betroffenen Personen berücksichtigt werden sollen (Flick 2006). Hierbei soll so weit wie möglich eine Beeinflussung durch den Forscher vermieden werden. Die Befragten sollen die Gelegenheit bekommen, ihre Erfahrungen und Ansichten frei zu äußern, wobei eine für alle Befragten vergleichbare Behandlung der zentralen Fragestellungen angestrebt wird. Um dies zu erreichen, wird für die vorliegende Untersuchung die Form des teilstrukturierten Interviews gewählt (Faller 1989, Britten 1996, Faller 1992).

Außerdem ist es für die vorliegende Untersuchung von Interesse, zu erfahren, wie die Beziehungen innerhalb der Familie und im näheren Umfeld, von den Teilnehmern

zu unterschiedlichen Zeitpunkten erlebt und wahrgenommen wurden (Flick 2006). Um das zu erfassen, wird als weiteres Erhebungsinstrument, ergänzend zum Interview, das Familienbrett nach Ludewig gewählt (Ludewig 2000, Cierpka 2003).

Zur genaueren Beschreibung der Stichprobe werden die soziodemografischen Daten der Teilnehmer mit Hilfe eines Fragebogens ermittelt, der im Anhang wiedergegeben ist.

Die verwendeten Verfahren werden in den folgenden Abschnitten detailliert beschrieben.

4.3.1 Interview

Die Befragungen werden als teilstrukturierte, leitfadenorientierte Interviews durchgeführt. Sie werden auf Tonträger dokumentiert, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Dieses Vorgehen soll eine vergleichbare Behandlung der zentralen Fragestellungen in allen Interviews gewährleisten (Faller 1989, Faller 1992, Faller, Lang, 2006).

In den Interviews wird durch die Formulierung der Kernfragen angestrebt, eine „retrospektiv-introspektive“ Sicht der Befragten zu fördern. Es soll also erreicht werden, dass die Befragten die Ereignisse nicht nur rein retrospektiv wiedergeben, sondern sie mit Gefühlen und Reaktionen in Verbindung setzen. Durch explizite Bezugnahme auf die Stimulussituation soll eine Vergegenwärtigung der damaligen Zeit ermöglicht werden, um die Erinnerung an die erlebten Gefühle und Reaktionen zu erleichtern und zu vermeiden, dass nur die aktuelle Sicht des Erlebten dargestellt wird, nachdem alles zwischenzeitlich überdacht wurde (Merton und Kendall 1979).

Der für die vorliegende Untersuchung erstellte Interviewleitfaden wurde den an der Stichprobenrekrutierung beteiligten Familienpflegeeinrichtungen vorgestellt und in insgesamt acht Probeinterviews (vier Frauen und vier Männer, darunter je drei früher von einer Risikoschwangerschaft betroffene Personen) auf Verständlichkeit und inhaltliche Relevanz geprüft.

Der Interviewleitfaden wird im folgenden Abschnitt näher beschrieben.

Beschreibung des Interviewleitfadens

Der Interviewleitfaden, der im Anhang wiedergegeben ist, umfasst für Frauen und Männer im Wesentlichen die gleichen Themenbereiche. Im Leitfaden sind den obligato-

rischen, größer gedruckten Fragen weitere Fragen zugeordnet, die gestellt werden können, wenn die Antwort auf die zuerst gestellte Frage nicht ausreicht.

Der Interviewleitfaden umfasst die folgenden Bereiche:

A. Ausgangssituation

Nach Eröffnung des Interviews wird im Rahmen der „Aufwärmphase“ zunächst nach Alter und allgemeiner Lebenssituation zu Beginn der Schwangerschaft gefragt, um dann genauer auf die Vorgeschichte und den Beginn der Schwangerschaft einzugehen.

B. Weiterer Verlauf

Die während der Schwangerschaft aufgetretenen Schwierigkeiten und der weitere Verlauf einschließlich Behandlung werden erfragt. In diesem Zusammenhang wird auch das Erleben der Informationsvermittlung durch Ärzte und medizinisches Personal thematisiert.

Bei den Männern wird außerdem erfragt, ob und inwiefern sich durch die Risikoschwangerschaft ihre persönliche Situation, z. B. durch Übernahme zusätzlicher Aufgaben, geändert hat.

C. Kontakt

In diesem Abschnitt wird die Reaktion der Umgebung auf die Risikoschwangerschaft angesprochen. Außerdem wird gefragt, ob die Befragten Möglichkeiten hatten, über die Situation zu sprechen.

D. Erleben zum Zeitpunkt der Diagnose und im weiteren Verlauf

Das Thema Erleben wird mit der Aufforderung, noch einmal zurückzudenken, eingeleitet, um situationsspezifisches Erleben zu aktualisieren. Die sich anschließende Frage, „Als Sie erfuhren, dass ... (hier wird die zuvor angegebene Schwangerschaftskomplikation noch einmal benannt), wie ging es Ihnen?“, ist offen gewählt, um den Befragten zu ermöglichen, frei, aus ihrer Sicht zu antworten (Bittner 2005). Es wird gesondert nach dem Erleben zum Zeitpunkt der Diagnose und dem Erleben im weiteren Verlauf gefragt, um eventuelle Veränderungen erfassen zu können.

Explizit wird anschließend nach erlebter und fehlender Unterstützung gefragt.

Ergänzend folgt, falls ältere Kinder vorhanden sind, eine Beschreibung des Erlebens der Kinder aus der Sicht des befragten Elternteils.

E. Coping zum Zeitpunkt der Diagnose und im weiteren Verlauf

Hier werden, ebenfalls gesondert für die Situation zum Zeitpunkt der Diagnose und für die folgende Zeit, die persönlichen Bewältigungsstrategien erfragt, wobei als Einleitung auf das zuvor beschriebene Erleben Bezug genommen wird. Die Fragen nach den Bewältigungsstrategien werden wiederum zunächst offen formuliert: „Was hat Ihnen geholfen, damit umzugehen?“ und zusätzlich: „Was hat Ihnen gut getan?“ Es wird bewusst darauf verzichtet, nach Handlungen (z. B. Was haben sie getan, um damit umzugehen?) oder Gefühlen zu fragen, um die Spontanäußerungen der Befragten nicht in eine bestimmte Richtung zu lenken.

Ergänzend wird mit der Frage: „Haben Sie Hilfe von anderen bekommen?“ konkret nach instrumenteller Unterstützung gefragt.

In diesem Abschnitt wird auch die Verständigung mit dem Partner angesprochen.

F. Geburt und Folgezeit

Es wird nach dem Erleben der Geburt und der folgenden Zeit und im Anschluss nach eventuellen Wünschen für die Behandlung gefragt.

Abschließend wird den Befragten die Möglichkeit zu Ergänzungen gegeben.

Durchführung

Die meisten Interviews fanden auf Wunsch der Teilnehmer bei ihnen zu Hause statt. Der Inhalt der Einwilligungserklärung, die im Anhang wiedergegeben ist, wurde besprochen und eventuelle Fragen der Teilnehmer wurden beantwortet. Nach Unterzeichnen der Einwilligungserklärung wurden Frauen und Männer möglichst einzeln befragt.

Nach Beendigung des Interviews und Dank für die Mitarbeit wurde den Befragten für den Fall, dass im Nachhinein noch Gesprächsbedarf entstehen sollte, die Möglichkeit zu weiteren Gesprächen angeboten.

Dokumentation

Die Gespräche, die zwischen 30 und 60 Minuten dauerten, wurden auf Tonband-Kassette aufgezeichnet und später transkribiert. Alle Interviews erhielten eine Kennnummer. Der Interviewleitfaden, an dem sich die Fragen orientierten, diente als Gerüst für die spätere Transkription, in der die Antworten der Befragten fast ausschließlich wörtlich, jedoch anonymisiert, verschriftet wurden.

4.3.2 Das Familienbrett

Das Familienbrett (Ludewig 1983, 2000, Cierpka 2002) wurde ergänzend zu den Interviews als Untersuchungsinstrument gewählt, um auch eine nichtsprachliche Abbildung der erlebten Familienstrukturen für die Zeit der Risikoschwangerschaft zu erhalten.

Das Familienbrett wurde ursprünglich in den 80er Jahren als ein Verfahren zur Darstellung sozialer Beziehungssysteme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt. Abgeleitet von Familienskulpturen wurde es als Hilfsmittel konzipiert, um die Vielfalt familiärer Prozesse mitteilbar und beschreibbar zu machen. Weiter wurde es genutzt, um familiendynamische Fragestellungen zu dokumentieren und zu erforschen.

Durch die Arbeit mit dem Familienbrett können Familien und andere soziale Systeme unter Verwendung von stilisierten Holzfiguren aufgestellt werden. Hierbei entsteht sozusagen eine subjektive Rekonstruktion des Beziehungsgefüges. Es besteht die Möglichkeit, Vorgänge darzustellen, die zeitgleich abgelaufen sind und die mehrere Beteiligte betreffen. Nach Ludewig bietet das Familienbrett den Befragten ein offenes Angebot, mit möglichst wenigen formalen Einschränkungen ihre erlebten Familienbeziehungen darzustellen. Es ist in erster Linie ein „Erkundungsverfahren“ (Ludewig 2000), bei dem die subjektiven Darstellungen interessieren. Ohne den Umweg über die Sprache kann so ein unmittelbarer Zugang zu zentralen Themen erreicht werden.

Die Aufstellungen beinhalten auch für Personen, die wenig Zugang zu ihren Gefühlen haben und/oder diese nicht leicht in Worte fassen können, die Möglichkeit, auf einer non-verbalen Ebene den eigenen Erinnerungen und Gefühlen Ausdruck zu verleihen und Beziehungen darzustellen, so dass innere Bilder, die für manche nur schwer in Worte zu fassen sind, vermittelt werden können.

Material

Das Familienbrett ist eine 50 x 50 cm große Fläche, auf der ein im Abstand von 5 cm ringsum von der Kante gezeichneter Rand ist. Dazu gehören Holzfiguren, die ein angedeutetes Gesicht haben. Die Figuren haben zwei Größen (groß und klein) und zwei Formen (rund und eckig). Zusätzlich gibt es drei sechseckige große Figuren und, in Form von kleinen zusätzlichen Klötzchen, die Möglichkeit zur Erhöhung einer Figur.

Durchführung

Die Aufstellungen mit dem Familienbrett wurden unmittelbar nach Abschluss der Interviews durchgeführt. Das Familienbrett wurde den Befragten als Möglichkeit vorgestellt, ein Bild davon darzustellen, wie sie sich in ihrer Familie erlebt haben und wie sie selbst, die Familienmitglieder und wichtige Bezugspersonen während der Zeit der Schwangerschaft zueinander standen.

Die Holzfiguren wurden gezeigt und es wurde erwähnt, dass die Figuren sich z. B. anschauen oder voneinander wegschauen können, nah oder fern sein können und es wurde auf die Randlinie hingewiesen. Es wurde erklärt, dass ein Bild der Familie und der Personen, die vielleicht zusätzlich in der jeweiligen Zeit von Bedeutung waren, zu drei unterschiedlichen Zeiten aufgestellt werden soll:

1. Beginn der Schwangerschaft
2. Liegezeit
3. Zeit ungefähr ein Jahr nach der Geburt

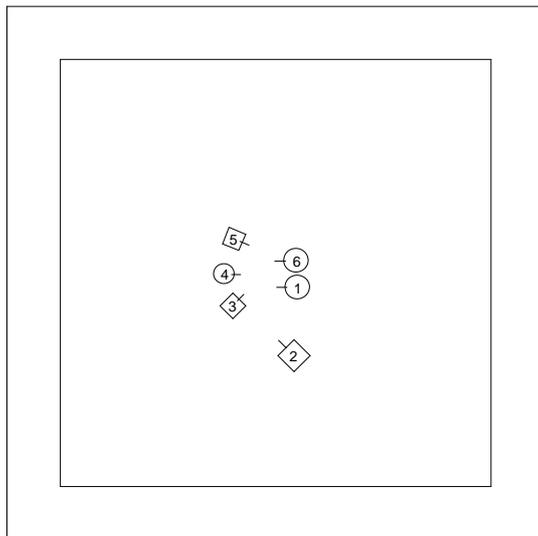
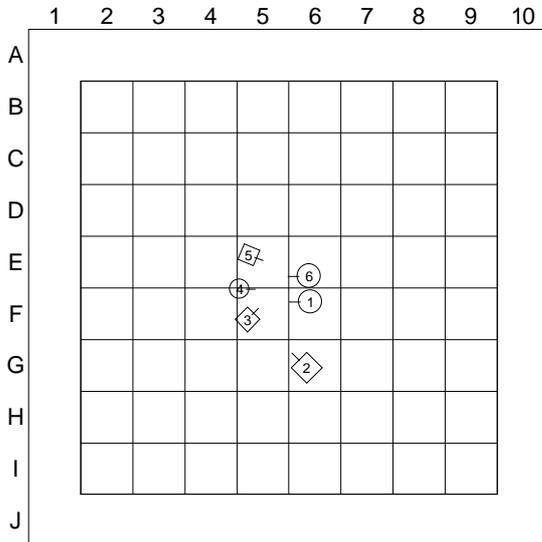
Die Befragten wurden gebeten, für alle Personen, die ihnen zu den genannten Zeiten wichtig waren, eine Figur zu wählen und aufzustellen. Sie wurden gebeten, die für das Verständnis der Aufstellung notwendigen Erklärungen zu geben. Darüber hinaus war es den Einzelnen überlassen, in wie weit sie mehr zu den Darstellungen, die sich meist auf vorher im Rahmen der Interviews beschriebene Situationen bezogen, ausführen wollten. Es wurde bewusst darauf verzichtet, die Befragten ihre Aufstellungen „erklären“ zu lassen, denn das Familienbrett sollte genutzt werden, um Informationen zu erschließen, ohne dass die Kommunikation dabei den Charakter einer Intervention annahm. Ein natürlicher Abschluss des Rückblicks ergab sich für die Beteiligten durch die letzte Aufstellung, die die Zeit ca. 1 Jahr nach der Geburt betraf.

Dokumentation

Die Aufstellungen wurden möglichst präzise auf einem vorbereiteten Blatt eingezeichnet, wobei ein Koordinatensystem zur visuellen Unterstützung bei der Übertragung diente. Die Blickrichtung wurde in Form eines Striches erfasst. Eventuelle Kommentare der Befragten zur Aufstellung, z. B. bezüglich der individuellen Bedeutung von Abstand oder Blickrichtung, und eine Legende zu den einzelnen Figuren wurden dokumentiert.

Diese handschriftlichen Aufzeichnungen wurden später elektronisch erfasst (Schmidt 2000), wobei das Koordinatensystem, das zur Übertragung der handschriftli-

chen Aufzeichnungen genutzt wurde, zur besseren Übersicht ausgeblendet werden kann, wie in Abbildung 6 gezeigt wird. Zum Vergleich von Aufstellungen kann das Koordinatensystem gegebenenfalls wieder eingeblendet werden.



Liegezeit:

1. selbst
2. Mann
3. Sohn
4. Tochter
5. Sohn
6. Familienpflegerin

Abbildung 6: Die Abbildung zeigt die Darstellung derselben Familienbrettaufstellung mit und ohne Koordinatensystem. Das Koordinatensystem wird zur Übertragung der handschriftlichen Aufzeichnungen und zum Vergleich von Aufstellungen genutzt. Der Strich zeigt die Blickrichtung der jeweiligen Figur.

4.4 Auswertungsmethodik

Bei den oben beschriebenen Verfahren, insbesondere bei den teilstrukturierten Interviews, entsteht ein reichhaltiges Datenmaterial, dessen Auswertung hohen Ansprüchen genügen muss. Das Auswertungsverfahren soll die Voraussetzung dafür schaffen, die Inhalte zu erfassen und vergleichbar zu machen. Hierzu ist ein regelgeleitetes, in nachvollziehbare Schritte gegliedertes Vorgehen notwendig, das zu einem überprüfbareren Analyseschema führt (Faller 1989, 1992).

Bei der vorliegenden Untersuchung wird der Auswertung der erhobenen Daten aus den Interviews und den Familienbrettaufstellungen die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2003) zu Grunde gelegt, auf die im folgenden Kapitel näher eingegangen wird.

4.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Im Mittelpunkt der qualitativen Inhaltsanalyse steht die Entwicklung eines für das Untersuchungsmaterial geeigneten, spezifischen Kategoriensystems. Unter Verwendung dieses Kategoriensystems können die für die Fragestellung relevanten Informationen aus dem Datenmaterial erfasst, geordnet und ausgewertet werden. Sie werden somit auch überprüfbar, vergleichbar und einer späteren eventuellen Quantifizierung zugänglich (Faller 1992, Goßler 1999). Für eine solche Quantifizierung müssen die Kategorien die folgenden Voraussetzungen erfüllen: Sie müssen exakt definiert sein (Genauigkeits-Kriterium), sich gegenseitig ausschließen (Exklusivitäts-Kriterium) und das jeweilige Merkmal erschöpfend beschreiben (Exhaustivitäts-Kriterium) (Bortz, Döring 2002).

Es ist möglich, angelehnt an ein theoretisches Vorverständnis, ein vorhandenes Kategoriensystem auf das Material anzuwenden (deduktives Vorgehen) und gegebenenfalls anzupassen. Gibt es kein passendes Kategoriensystem, ist ein spezifisches Kategoriensystem aus dem vorhandenen Material zu erstellen (induktives Vorgehen). In der Praxis ergänzen sich induktives und deduktives Vorgehen häufig. In jedem Fall ist darauf zu achten, dass die Kategorien sich auch am Datenmaterial orientieren, so dass die Äußerungen der Befragten nicht durch das Netz des Kategoriensystems fallen.

Für das konkrete methodische Vorgehen bei der Erstellung eines Kategoriensystems schlägt Mayring drei Grundformen des Interpretierens vor:

1. Zusammenfassung: Das Material wird unter Erhaltung der wesentlichen Inhalte zusammengefasst und durch Bündeln ähnlicher Passagen und Streichen bedeutungsgleicher Passagen reduziert.
2. Explikation: Fragliche Textteile werden durch zusätzliches Textmaterial erläutert.
3. Strukturierung: Die einfachste Strukturierungsmöglichkeit besteht darin, zu entscheiden, ob ein bestimmter Inhalt von den Befragten thematisiert wurde oder nicht. Darüber hinaus kann das Material inhaltlich, typisierend oder skalierend strukturiert werden.

Auf diese Weise werden die Kategorien gewonnen. Sie werden definiert und zusammen mit Abgrenzungsregeln und Ankerbeispielen, d.h. für eine Kategorie besonders charakteristischen Textbeispielen, in einem Codierleitfaden gesammelt. Hierbei sind die Ankerbeispiele von entscheidender Bedeutung, da sie eine Leitlinie für die Klassifikation von Textstellen liefern. Auf Grund dieses Codierleitfadens kann nun das Material durchgearbeitet werden, wobei, wenn nötig, eine Revision von Kategoriensystem und Kategoriendefinition erfolgt. Wenn möglich ist ein Vergleich der Ergebnisse verschiedener Auswerter heranzuziehen.

Bis zur endgültigen Zuordnung der Textstellen zu den Kategorien sind im Verlauf des Codierungsprozesses wiederholte Materialdurchläufe mit Überprüfung und gegebenenfalls Überarbeitung des Kategoriensystems notwendig. Ergeben sich z. B. nach einem Materialdurchlauf leere oder annähernd leere (ungesättigte) Kategorien, kann das ein Hinweis darauf sein, dass das vorhandene Kategoriensystem teilweise irrelevant oder nicht ausreichend ist und erneut überarbeitet werden muss, um das Datenmaterial zu erfassen (Faller 1992, Bortz, Döring 2002, Mayring 2003, Flick 2006).

Diese Vorgehensweise soll in den folgenden Abschnitten für die vorliegende Arbeit erläutert werden.

4.4.2 Entwicklung des Kategoriensystems für die qualitative Inhaltsanalyse der Interviews

Nachdem das inhaltsanalytische Vorgehen im Allgemeinen erläutert wurde, soll nun auf die Entwicklung des Kategoriensystems, welches für die vorliegende Arbeit zur Auswertung der teilstrukturierten Interviews verwendet wurde, eingegangen werden.

Die Gliederungsgesichtspunkte, die den Kategorien übergeordnet sind, orientieren sich an der Einteilung des Interviewleitfadens in Erleben und Coping während der drei Phasen „Zeitpunkt der Diagnose“, „Weiterer Verlauf“ und „Zeit nach der Geburt“.

Das Datenmaterial wurde nach der Transkription, die größtenteils wörtlich erfolgt war, zunächst zusammengefasst und entsprechend den oben genannten Gliederungspunkten für Frauen und Männer getrennt in Excel-Dateien erfasst. Hierzu wurde jeweils das gesamte Interview herangezogen, da die Befragten beispielsweise zum Bereich Erleben nicht nur direkt auf die Frage antworteten, sondern auch an anderen Stellen Aussagen machten. Jeder pro Person neu thematisierte Inhalt einer Aussage wurde gewertet.

Im Folgenden wurde das Material durch Bündeln und Streichen bedeutungsgleicher Passagen weiter reduziert. Es wurde Wert darauf gelegt, möglichst nah am Originaltext zu arbeiten, um während des Prozesses der Kategorienentwicklung diese jederzeit und einfach im Kontext überprüfen zu können. Um dies zu vereinfachen, wurden die Protokolle mittels Hyperlinks mit den Excel-Dateien verbunden. Zu den dort gesammelten Stichworten und zusammengefassten Textstellen können außerdem bei Bedarf die entsprechenden ausführlicheren Zitate aus den Transkripten in Form von kleinen Textfeldern aufgerufen werden. Diese dienen auch zur Fundstellenbezeichnung und als Quelle für Ankerbeispiele. Das Tabellenformat und der vereinfachte Zugang zum Originaltext erleichterten während der Kategorienentwicklung, die die Form einer Rückkopplungsschleife annahm, die Erprobung unterschiedlicher Zuordnungen.

4.4.2.1 Beschreibung der Kategorien

Kategorien für den Bereich Erleben

Für den Bereich Erleben erfolgte die Bildung der Kategorien vorwiegend induktiv durch weiteres Zusammenfassen der Aussagen, Bündeln ähnlicher Textstellen und Zuordnen zu übergeordneten Begriffen. Der Bereich „Erleben zum Zeitpunkt der Diagnose“ umfasst sieben Kategorien, die die Themen Angst, Hilflosigkeit, gedrückte Stimmung, Zuversicht, Konflikt, Überraschung und Wut abdecken. Bei der Kategorie Angst wurde das gesamte Ausprägungsspektrum der Angst von Panik bis konkrete Furcht und Sorge einbezogen, da eine eindeutige Unterteilung auf Grund der Interviewäußerungen nicht durchgängig möglich war.

Der Bereich „Erleben im weiteren Verlauf“ umfasst acht Kategorien, in denen die Themen Belastung durch zusätzliche Aufgaben, konkrete Alltagsprobleme, Konflikt, fortbestehende körperliche Symptome, körperliche Stabilisierung, allgemeine/psychosoziale Stabilisierung, weitere Belastungsquellen und fortbestehende emotionale Belastung erfasst werden. In der Kategorie fortbestehende emotionale Belastung werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten Gefühle aus den Themenkreisen Angst, Hilflosigkeit, gedrückte Stimmung oder wechselnde Stimmungslagen beschreiben. Diese unterschiedlichen Gefühle wurden in einer Kategorie zusammengefasst, da häufig über längere Zeit mehrere dieser Gefühle abwechselnd auftreten oder zusammenwirken und sich addieren.

Die so entwickelten Kategorien werden kurz im Folgenden vorgestellt. Der gesamte Codierleitfaden mit Definitionen der Kategorien, Codierregeln und Ankerbeispielen ist im Anhang wiedergegeben.

Die Kategorien sind durch den Buchstaben, der der Abkürzung des Inhaltsbereichs entspricht, und ein Zahlenkürzel bezeichnet, wobei der Bereich E 1 dem Erleben zum Zeitpunkt der Diagnose und der Bereich E 2 dem Erleben im weiteren Verlauf zugeordnet ist.

Erleben zum Zeitpunkt der Diagnose

E 1.1 Angst

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Angst direkt angesprochen oder sinngemäß beschrieben wird. Es wurde das gesamte Ausprägungsspektrum der Angst von Panik bis konkrete Furcht und Sorge einbezogen.

E 1.2 Hilflosigkeit

Hier werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten ihre erlebte Hilflosigkeit oder Unsicherheit direkt benennen, sie beschreiben oder sich darauf beziehen.

E 1.3 Stimmung gedrückt

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten ihre negativ veränderte Gemütslage zum Ausdruck bringen.

E 1.4 Zuversicht

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Zuversicht oder die Abwesenheit von großer Besorgtheit zum Ausdruck gebracht werden.

E 1.5 Konflikt

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich auf innere, oder zwischenmenschliche Konflikte beziehen oder diese beschreiben. Erfasst werden auch Interessenkonflikte oder Konflikte, die durch die Auseinandersetzung mit Sachzwängen oder medizinischem Personal entstanden sind.

E 1.6 Überrascht

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen berichtet wird, dass die Problematik für die Betroffenen unerwartet oder plötzlich aufgetreten ist.

E 1.7 Wut

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Wut oder Ärger über die Situation oder über beteiligte Personen zum Ausdruck kommen.

Erleben im weiteren Verlauf

E 2.1 Fortbestehende emotionale Belastung

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten Gefühle aus den Themenkreisen Angst, Hilflosigkeit, gedrückte Stimmung oder wechselnde Stimmungslagen beschreiben.

E 2.2 Belastung durch zusätzliche Aufgaben

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Belastung durch zusätzliche Aufgaben oder die entstandene Doppelbelastung durch Arbeit und Haushalt beschrieben wird.

E 2.3 Konkrete Alltagsprobleme

In dieser Kategorie werden konkrete Alltagsprobleme und Belastungen, welche sich aus den konkreten Alltagsproblemen ergeben, benannt.

E 2.4 Konflikt

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten Konflikte beschreiben, die im weiteren Verlauf von Bedeutung sind, wie z. B. innere Konflikte, Interessenkonflikte, zwischenmenschliche Konflikte, oder Konflikte, die durch die Auseinandersetzung mit Sachzwängen oder medizinischem Personal entstanden sind.

E 2.5 Fortbestehende körperliche Symptome

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen das Vorhandensein von fortbestehenden oder nicht dauerhaft nachlassenden körperliche Symptomen beschrieben wird.

E 2.6 Körperliche Stabilisierung

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten über nachlassende Symptomatik oder stattfindende körperliche Stabilisierung und die sich daraus ergebenden Folgen für die Befindlichkeit berichten.

E 2.7 Allgemeine/psychosoziale Stabilisierung

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten eintretende oder zunehmende allgemeine Stabilisierung wie nachlassende Ängste und Sorgen, wachsende Zuversicht oder Erleichterung, oder auch die positiv veränderte Befindlichkeit in Folge einkehrender Routine und fortschreitender Zeit beschreiben.

E 2.8 Weitere Belastungsquellen

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten Reaktionen ihres Umfeldes oder der behandelnden oder betreuenden Personen als Belastungsquelle thematisieren.

Kategorien für den Bereich Coping

Bei der Entwicklung des Kategoriensystems für den Bereich Coping wurde zunächst versucht, in Form eines eher deduktiven Vorgehens, die zusammengefassten und gebündelten Textpassagen den Berner Bewältigungsformen (Heim et al. 1991) zuzuordnen. Die Berner Bewältigungsformen sind ein inhaltsanalytisches Kategoriensystem, das vorwiegend beschreibend 26 Bewältigungsmodi umfasst. In diesem Kategoriensystem wird das Bewältigungsverhalten in handlungsbezogene, kognitionsbezogene und emotionsbezogene Copingstrategien unterteilt. Für die vorliegende Arbeit war eine solche Unterteilung jedoch nicht durchgängig vorzunehmen. Trotzdem konnten einige Kategorien aus den Berner Bewältigungsformen übernommen werden oder in Anlehnung an dieses System formuliert werden.

Hierzu gehören die folgenden Kategorien: (Den Kategorien für den Bereich Coping wurde das Kürzel C zugewiesen)

C 01 Vertrauen in die Medizin (BEFO: Passive Kooperation E 5)

C 02 Optimismus (BEFO: Optimismus E 4)

C 03 Religion (BEFO: Religiosität K 7)

C 04 Problemanalyse (BEFO: Problemanalyse K 5)

C 06 Emotionale Entlastung (BEFO: Emotionale Entlastung E 2)

C 07 Zuwendung (BEFO: Zuwendung H 8)

- C 10 Eigeninitiative (BEFO: Zupacken H 7)
- C 13 Sinngebung (BEFO: Sinngebung K 9)
- C 14 Akzeptieren (BEFO: Akzeptieren K 2)
- C 15 Sich selber wertschätzen (BEFO: Valorisieren K 10)
- C 20 Ablenken (BEFO: Ablenken K 1)
- C 24 Auflehnung (BEFO: Auflehnung E 1)
- C 25 Stoisches, fatalistisches Akzeptieren (BEFO: Akzeptieren K 2)
- C 26 Haltung bewahren (BEFO: Haltung bewahren K 4)

Eine Kategorie (C 05 Notfallreaktion) wurde entsprechend der Beschreibung der Notfallreaktion im Rahmen der Stressverarbeitung benannt (Faller, Lang 2006).

Die weiteren Kategorien wurden eher induktiv aus dem Textmaterial entwickelt. Zu Beginn war versucht worden, die Bewältigungsstrategien in intrapersonelles Bewältigungsverhalten und Bewältigungsverhalten, welches durch Unterstützung von außen, im Sinne von sozialer Unterstützung, ermöglicht wird, zu unterteilen. Von dieser Trennung wurde abgesehen, da sich aus dem Textmaterial einige Kategorien ergaben, die themenspezifisch eine Verquickung beider Elemente beinhalten, wie beispielsweise Verantwortung abgeben (C 09) oder Unterstützung durch den Arzt (C 12). Bei der Formulierung dieser Kategorien wurde versucht, der durch die Situation bedingten doppelten Problematik, nämlich Hilfe zu bekommen und diese aber auch annehmen zu können, Rechnung zu tragen. Weiter fiel beim Erstellen des Kategoriensystems auf, dass von den Männern wiederholt ein Bewältigungsverhalten beschrieben wurde, welches eine Kombination von Bewältigungsstrategien beinhaltet. Da diese Bewältigungsstrategien im Zusammenhang erwähnt wurden und sich zu bedingen scheinen, wurde hierfür eine eigene Kategorie, alltagsorientiertes Coping (C 11), formuliert.

Für die weiteren Bereiche des teilstrukturierten Interviews wie Erleben und Coping der Kinder, Erleben der Geburt und Zeit nach der Geburt sowie Behandlungswünsche wurde das Textmaterial zusammengefasst, um so die für die Befragten relevanten Themen herauszuarbeiten.

C 01 Vertrauen in die Medizin

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten Vertrauen in die Medizin und/oder medizinisches Personal als hilfreich für die Bewältigung der Situation benennen.

C 02 Optimismus

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten Optimismus oder eine positive Lebenseinstellung als hilfreich für die Bewältigung der Situation angeben.

C 03 Religion

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten die Religion als Hilfe bei der Bewältigung der Situation benennen.

C 04 Problemanalyse

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen zum Ausdruck kommt, dass sich die Befragten durch eigene Analyse und Bewertung der Situation dieser besser gewachsen fühlten.

C 05 Notfallreaktion

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Abwehrvorgänge im Sinne einer „Notfallreaktion“ die Betroffenen kurzfristig funktionsfähig halten und erst einmal in die Lage versetzen, Bewältigungsanstrengungen zu unternehmen.

C 06 Emotionale Entlastung

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten z. B. Weinen als erleichternd bei der Bewältigung der Situation benennen.

C 07 Zuwendung

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten emotionale Unterstützung in Form von Zuwendung als Hilfsmöglichkeit der Mitmenschen in der bestehenden Situation benennen.

C 08 Hilfe

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen instrumentelle Unterstützung durch andere (z. B. Familie, Menschen aus dem näheren Umfeld oder Familienpflege) als wichtige Hilfe bei der Bewältigung der Situation genannt wird.

C 09 Verantwortung abgeben

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten thematisieren, dass sie die Möglichkeit, Verantwortung abgeben zu können, als hilfreich bei der Be-

wältigung der Situation erlebt haben. Codiert werden auch Äußerungen, in denen die Befragten zum Ausdruck bringen, dass es entlastend war, wenn Verantwortung durch Dritte (z. B. Familienpflegerin oder Arzt) übernommen wurde.

C 10 Eigeninitiative

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten eigene Einflussmöglichkeiten benennen, die sie als hilfreich für die Bewältigung der Situation erlebt haben. Codiert werden auch Möglichkeiten, auf Entscheidungen, Behandlung oder Medikation Einfluss zu nehmen oder Eigenverantwortung zu übernehmen.

C 11 Alltagsorientiertes Coping

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten beschreiben, welche Bewältigungsstrategien für sie im Alltag von Bedeutung waren. Codiert werden mehrere, einander bedingende Bewältigungsstrategien, wie: Gefühle und Gedanken bei Seite schieben, auf wesentliche Anforderungen konzentrieren und dementsprechend zu funktionieren.

C 12 Unterstützung durch den Arzt

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Hilfsmöglichkeiten der Ärzte oder des medizinischen Personals benannt werden, wie z. B. die Art der Informationsvermittlung, das Aufzeigen von Behandlungsmöglichkeiten, Erklärung und Einschätzung der Situation und das Einbeziehen der Betroffenen in Entscheidungen. Codiert werden auch das Verordnen von stationärer Behandlung und von Familienpflege.

C 13 Sinngebung

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten zum Ausdruck bringen, dass es für sie hilfreich war, sich den Sinn der Situation bewusst zu machen.

C 14 Akzeptieren

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten thematisieren, dass sie es als hilfreich erlebt haben, die Situation bewusst anzunehmen, sich damit abzufinden.

C 15 Sich selber wertschätzen

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten beschreiben, dass es ihnen geholfen hat, das eigene Verhalten und die eigenen Leistungen im Rahmen der Situation positiv zu würdigen und sich schon Erreichtes bewusst zu machen.

C 16 Durchhalten

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Durchhalten oder Aushalten als günstige Bewältigungsstrategie benannt werden.

C 17 Ziele setzen

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten berichten, dass ihnen das Setzen von Teilzielen oder Zielen bei der Bewältigung der Situation geholfen hat.

C 18 Positive Rückmeldung

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten thematisieren, dass ihnen wahrgenommene Fortschritte, Besserung oder Stabilisierung bei der weiteren Bewältigung der Situation geholfen haben.

Codiert werden auch Äußerungen, in denen die Befragten berichten, dass ihnen die wiederhergestellte oder aufrechterhaltene häusliche Routine oder wieder erlebte relative Normalität bei der weiteren Bewältigung der Situation geholfen hat.

C 19 Sich etwas Gutes tun

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten berichten, dass es für sie hilfreich war, sich etwas Gutes zu tun.

C 20 Ablenken

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Ablenken als hilfreiche Bewältigungsstrategie genannt wird.

C 21 Abwarten

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Abwarten als günstige Bewältigungsstrategie genannt wird.

C 22 Privatsphäre

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Bedeutung von Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten als Hilfe zur Bewältigung der Situation zum Ausdruck gebracht wird.

C 23 Hadern

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten berichten, dass sie mit der Situation gehadert haben, oder sich Selbstvorwürfe gemacht haben.

C 24 Auflehnung

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten thematisieren, dass sie sich gegen die Situation aufgelehnt haben oder sie nicht akzeptieren konnten.

C 25 Stoisches, fatalistisches Akzeptieren

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen zum Ausdruck kommt, dass die Befragten das Gefühl hatten, keine hilfreiche Unterstützung zu bekommen und auf sich allein angewiesen zu sein und dies als unabänderlich hinnahmen.

C 26 Haltung bewahren

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten beschreiben, dass es für sie wichtig war, die Haltung zu bewahren und alles mit Fassung zu tragen.

4.4.3 Entwicklung des Kategoriensystems für die Familienbrettaufstellungen

Im folgenden Kapitel wird die Entwicklung der Kategorien, die für die Auswertung der Familienbrettaufstellungen verwendet wurden, beschrieben, wobei zum besseren Verständnis zunächst kurz auf die Auswertungsmethodik für Familienbrettaufstellungen eingegangen werden soll. Um das Datenmaterial von Familienbrettaufstellungen einer Auswertung zugänglich zu machen, sind seit der Einführung dieser Methode verschiedene Konzepte entwickelt worden. Hier sollen diejenigen kurz näher geschildert werden, die für die vorliegende Untersuchung von Bedeutung sind.

Bei Studien zur Interpretation von Familienbrettaufstellungen zeigte sich, dass befragte Personen besonders der räumlichen Entfernung der Figuren und der gezielten Blickrichtung jeweils eine übereinstimmende Bedeutung zuordnen. Die räumliche Entfernung der Figuren wird mit sozialer/emotionaler Distanz und die gezielte Blickrichtung mit Beziehungsintensität in Verbindung gebracht. Die Interpretation dieser Variablen erfolgt nicht auf eine objektiv messbare Weise, da auf Grund der Subjektivität des Verfahrens keine Normwerte vorliegen. Beispielsweise kann eine Entfernung von 5 cm je nach Gesamtstruktur der Aufstellung Ausdruck von Nähe oder von Distanz sein. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die Befragten bereits während der Aufstellung die Möglichkeit haben, ihrer eigenen Darstellung Bedeutungen zu geben. So hat insbesondere, wenn z. B. bei familientherapeutischen Anwendungen mehrere Personen die Figuren gemeinsam aufstellen, die Kommunikation mit den Probanden über ihre Aufstellung eine zentrale Bedeutung (Ludewig 2000).

Mit dem Ziel, die Familienbrettaufstellungen auch über die Kommunikation mit den Probanden hinaus einer Auswertung zugänglich und die Auswertungen regelgeleitet und nachvollziehbar zu machen, hat Kowerk (1993) im Rahmen einer groß angelegten

Untersuchung die Beschreibungsvariablen für Einzelbilder entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zu einem konkreten Kategoriensystem weiterentwickelt.

Dieses Kategoriensystem umfasst die folgenden Variablen zur Beschreibung der Familienbrettaufstellungen:

1. Anzahl der Figuren
2. Blickrichtung (zugewandt, abgewandt, parallel, freie Blickrichtung)
3. Entfernung der Figuren voneinander (berührt, nah, mittel, weit)
4. Gruppierungen (Subsysteme)
5. Gesamtsystem (Kreis, Halbkreis, Oval, Linie, bzw. Tendenz zu ...)

Ordnet man diesen Kategorien unter Einbeziehung der Zeit die Dimensionen Konstanz bzw. Veränderung zu, können sie zum Vergleich verschiedener Aufstellungen herangezogen werden. So werden Voraussetzungen zur Auswertung von Veränderungs- und Verlaufsuntersuchungen mit Hilfe des Familienbretts geschaffen (Kowark 1993, Bökmann 2000).

Bökmann empfiehlt außerdem zur Auswertung die durchschnittlichen Entfernungen einer Aufstellung heranzuziehen. Er bezeichnet Entfernungen, die kürzer als die Durchschnittsentfernung sind, als „nah“ und die darüber liegenden als „entfernt“. Er weist darauf hin, dass nur drei Figuren den gleichen Abstand haben können und schlägt vor, zur Bewertung der Variable Entfernung, die Blickrichtung mit einzubeziehen (Bökmann 2000).

Baumgärtel betont die Bedeutung des Gesamtkontextes für die Auswertung der Aufstellungen und erläutert dies an dem Beispiel von Distanz und Blickwinkel. Er weist darauf hin, dass die Kategorie Entfernung eine andere Bedeutung gewinnen kann, wenn der Blickwinkel mitberücksichtigt wird (Baumgärtel 2000).

Anschließend an die Arbeit von Lohmer (Lohmer 1983) nutzten Bergmann und Klotz-Nikolas (2000) bei ihrer Untersuchung verschiedene Ebenen der Familienbrettaufstellungen zur Auswertung. Sie betrachteten nebeneinander die metrische Ebene (Anzahl der Figuren, Entfernung etc.), die strukturelle Ebene (räumliche Struktur der Aufstellung) und die im Nachgespräch erschlossene inhaltliche Ebene (Interpretation des/der Probanden).

Für die vorliegende Untersuchung wurde die Entwicklung der Kategorien für die Familienbrettaufstellungen unter Berücksichtigung der oben genannten Arbeiten und angelehnt an die zuvor beschriebene Vorgehensweise für die qualitative Inhaltsanalyse in mehreren Schritten durchgeführt. Diese Schritte werden in den nächsten Abschnitten erläutert.

Unter Verwendung des von Kowark (1993) entwickelten Kategoriensystems zur Beschreibung der Familienbrettaufstellungen wurde zunächst eine teilweise Sichtung des Materials vorgenommen (deduktives Vorgehen). Hierbei entstanden sehr viele Daten, die zwar eine genaue Beschreibung der individuell erlebten Familienbeziehungen ermöglichen könnten, jedoch im Vergleich zu den in Bildform dokumentierten Aufstellungen keinen Verständniszuwachs bewirkten. Da für die vorliegende Arbeit nicht die Beschreibung der unterschiedlichen Strukturen der einzelnen Familien im Vordergrund stehen soll, sondern von Interesse ist, ob und inwiefern für den Verlauf der Risikoschwangerschaft Veränderungen in den Familienstrukturen erlebt und dargestellt wurden, erfolgte in den nächsten Schritten die Zusammenfassung und inhaltliche Strukturierung des Materials.

Das Material war durch die Fragestellung bereits in die drei Zeitabschnitte Beginn der Schwangerschaft, Liegezeit und Zeit nach der Geburt unterteilt. Bezogen auf diese Zeitabschnitte wurden die Aufstellungen unter Anwendung der von Kowark entwickelten Kategorien inhaltlich zusammenfassend beschrieben.

Im nächsten Schritt, der inhaltlichen Strukturierung, erfolgte die Festlegung der Kriterien, nach denen das Material weiter geordnet werden kann. Diese Strukturierung vollzog sich schrittweise auf verschiedenen Abstraktionsebenen, innerhalb derer dann anschließend die Kategorien formuliert wurden. Hierbei war die einfachste Strukturierungsmöglichkeit, ob eine Veränderung dargestellt wurde oder nicht. Veränderungen werden durch den Vergleich der Einzelvariablen von jeweils zwei Aufstellungen, die nacheinander von derselben befragten Person ausgeführt wurden, beschrieben. Diese Strukturierungsdimension wurde dann weiter differenziert, wobei einzelne Ausprägungen mit gleichartig erscheinenden Mustern der Figurenkonstellation zu Kategorien zusammengefasst wurden (induktives Vorgehen).

Hierbei wurden unterschiedliche Aspekte der Familienbrettaufstellungen berücksichtigt, die sich ergänzen können, wie z. B. Anzahl der Personen (bezogen auf die ge-

samte Aufstellung) und Veränderungen innerhalb der Kernfamilie (bezogen auf die Positionen der Mitglieder der Kernfamilie).

Anschließend erfolgten wiederholte Sichtungen des Materials, bei denen die Kategorien überprüft und überarbeitet wurden. Die Kategorien wurden dann in einem Codierleitfaden mit Codierregeln und Ankerbeispielen zusammengefasst. Die Kategorienbereiche werden an dieser Stelle nur kurz vorgestellt. Der gesamte Codierleitfaden mit Ankerbeispielen (Abbildungen der Familienbrettaufstellungen) ist im Anhang wiedergegeben.

4.4.4 Beschreibung der Kategorien

Die im Folgenden aufgeführten Kategorien beziehen sich auf die Aufstellung 2 „Liegezeit“ im Vergleich zur Anfangsaufstellung 1 „Beginn der Schwangerschaft“.

In der Kategorie „keine Veränderung“ werden Aufstellungen codiert, in denen die Befragten keine Veränderung für die Liegezeit darstellen.

Für den Bereich *Anzahl der Personen* wird die Änderung der Personenanzahl bezogen auf Familienmitglieder (wobei die Großeltern gesondert codiert werden) und bezogen auf Nicht-Familienmitglieder erfasst.

In dem Bereich *Veränderungen innerhalb der Kernfamilie* werden die für die Kernfamilie dargestellten Veränderungen differenziert erfasst, wobei für die vorliegende Arbeit auch Paare ohne Kinder in den Begriff Kernfamilie eingeschlossen werden. Veränderungen außerhalb der Kernfamilie werden in diesen Kategorien nicht erfasst. In den Kategorien „keine Veränderungen innerhalb der Kernfamilie“, „Annäherung der Kernfamilie“, „Entfernung der Frau von der Kernfamilie“, „Annäherung von Mann und Kind(ern)“, „Entfernung des Mannes mit Annäherung von Frau und Kind(ern)“, „Positionswechsel des Kindes aus der Kernfamilie“ und „Öffnung der Kernfamilie“ werden Figurenkonstellationen mit jeweils ähnlichen Charakteristika zusammengefasst.

Für den Bereich *Veränderungen des Umfeldes der Kernfamilie* wurden die Kategorien „Annäherung und/oder Zuwendung der Großeltern“, Entfernung und/oder Abwendung der Großeltern“, „Annäherung und/oder Zuwendung von Personen innerhalb des Umfeldes der Kernfamilie“ und „Entfernung und/oder Abwendung von Personen innerhalb des Umfeldes der Kernfamilie“ formuliert.

Für den Bereich Untergruppen wurde nur die Kategorie „Helfer als Untergruppe“ formuliert, da andere Untergruppenkonstellationen die Kernfamilie betrafen (wie z. B.

Vater und Kinder als neue Untergruppe) und durch die oben genannten Kategorien erfasst werden.

Für die ***Darstellung der Familienpflege*** wurden Kategorien formuliert, die die Position der Familienpflegerin in Bezug auf die Kernfamilie erfassen.

Die im Folgenden aufgeführten Kategorien beziehen sich auf die Aufstellung 3 „ca. 1 Jahr nach der Geburt“ im Vergleich zur Aufstellung 2 „Liegezeit“ und, falls notwendig zur Anfangsaufstellung 1 „Beginn der Schwangerschaft“.

Falls keine Veränderung für die Liegezeit dargestellt wurde, werden die Aufstellungen in der Kategorie „Familie ohne Änderung in der Liegezeit nach der Geburt neu formiert“ erfasst. In den Kategorien „während der Liegezeit erfolgte Veränderung der Kernfamilie bleibt bestehen“ und „während der Liegezeit erfolgte Veränderung der Kernfamilie bleibt teilweise bestehen“ wird erfasst, ob und inwieweit während der Liegezeit erfolgte Veränderungen Bestand hatten oder nicht. Entsprechend wurden die Kategorien für Veränderungen des Umfeldes formuliert.

4.4.5 Quantitative Auswertung

Zur quantitativen Auswertung der Daten wurde zunächst eine Häufigkeitsanalyse der von den Befragten genannten Kategorien durchgeführt. Für die Untergruppen Familien mit Kindern und Paare ohne Kinder wurde für die Kategorien der Bereiche Erleben und Coping zusätzlich eine Kontingenzanalyse durchgeführt. Hierbei wurde betrachtet, wie häufig einzelne Kategorien von Frauen und Männern mit Kindern und ohne Kinder benannt wurden. Um die Signifikanz der Unterschiede zwischen den untersuchten Variablen explorativ zu prüfen, wurde der exakte Test nach Fisher durchgeführt. Der exakte Test nach Fisher wurde gewählt, da dieser Signifikanztest auch bei einer geringen Stichprobengröße zuverlässige Resultate liefert.

5 Stichprobe

Es wurden Paare und Familien in die Untersuchung einbezogen, bei denen die Frau auf Grund von Schwangerschaftskomplikationen ganz oder teilweise zu Hause oder stationär immobilisiert war. Die teilnehmenden Familien rekrutierten sich aus dem Patientenkollektiv der Universitäts-Frauenklinik, aus dem Klientenkollektiv von zwei Familienpflegeeinrichtungen und einer Arztpraxis.

5.1 Ausschlusskriterien

1. Es wurden schwangere Frauen von der Teilnahme an der Untersuchung ausgeschlossen, um Belastungen für sie zu vermeiden.
2. Es wurden allein erziehende Mütter von der Teilnahme an der Untersuchung ausgeschlossen, da die Fragestellung die Partner einbezieht.
3. Mütter von sehr früh geborenen, gesundheitlich beeinträchtigten Kindern wurden von der Teilnahme an der Untersuchung ausgeschlossen, da sich durch die Frühgeburt und die gesundheitlichen Probleme im Anschluss an die Risikoschwangerschaft weiter reichende Probleme für die betroffenen Familien ergeben, die die Beurteilung der Schwangerschaft überlagern und verzerren können.

5.2 Rekrutierung der Stichprobe

Die Rekrutierung der Stichprobe aus dem Patientenkollektiv der Universitäts-Frauenklinik erfolgte zunächst durch Sichtung der Patientenakten der geburtshilflichen Stationen für den Zeitraum August 2001 bis einschließlich Dezember 2003. Die Frauen, die nicht unter die Ausschlusskriterien fielen, wurden in einem Anschreiben der Universitäts-Frauenklinik, das im Anhang wiedergegeben ist, über die Studie informiert und um ihre Mitarbeit gebeten (n=48).

Die Klienten der beteiligten Familienpflegeeinrichtungen aus dem Zeitraum 2002/2003 wurden zunächst von den Familienpflegeeinrichtungen telefonisch kontaktiert und über die Untersuchung informiert (n=23). Bei Interesse an der Teilnahme wurden sie um Erlaubnis gebeten, die Adresse an die Universitäts-Frauenklinik weiterzugeben. Sie wurden in einem Anschreiben der Universitäts-Frauenklinik, das im Anhang wiedergegeben ist, nochmals genau über die Studie informiert und um ihre Mitar-

beit gebeten (n=17). Eine Patientin einer gynäkologischen Praxis, die von ihrer behandelnden Ärztin über die Untersuchung informiert wurde, erklärte ihr Einverständnis, die Adresse an die Universitäts-Frauenklinik weiterzugeben. Sie wurde ebenfalls von dort angeschrieben, nochmals genau über die Studie informiert und um ihre Mitarbeit gebeten (n=1). Von den 66 versandten Briefen waren 6 unzustellbar. Nach Erhalt der Briefe meldeten sich die Familien entweder selbst und erklärten ihren Wunsch, an der Untersuchung teilzunehmen, oder sie wurden noch einmal telefonisch kontaktiert. Wenn die Familien Interesse hatten, an der Studie teilzunehmen, wurde ein Termin vereinbart. 3 Familien wurden nicht erreicht.

Von den 66 angeschriebenen Familien nahmen 37 Familien an der Untersuchung teil (56%). Unter den teilnehmenden Familien befanden sich 22 Familien, die aus dem stationären Bereich rekrutiert worden waren (59% der teilnehmenden Familien), und 15 Familien, die aus dem ambulanten Bereich rekrutiert worden waren (41% der teilnehmenden Familien).

5.3 Teilnehmer

Es nahmen 37 Frauen und 29 Männer an der Untersuchung teil.

Zwei Gespräche wurden auf Wunsch der Teilnehmer geführt, aber nicht in die Gesamtauswertung einbezogen, sondern einzeln ausgewertet, da das betroffene Kind kurz nach Beendigung der Risikoschwangerschaft verstorben war.

In die Gesamtauswertung wurden 36 Gespräche mit Frauen und 28 Gespräche mit Männern einbezogen.

5.4 Nichtteilnahmegründe

Von den angeschriebenen Familien nahmen n=29 (44%) nicht an der Untersuchung teil. Im Folgenden werden die Gründe für eine Nichtteilnahme an der Untersuchung aufgeführt:

nicht erreicht: n=9 (31%)

kein Interesse oder keine Zeit: n=12 (41%)

wieder risikoschwanger: n=2 (7%)

nur kurze Zeit Probleme in der Schwangerschaft gehabt: n=2 (7%)

Kind sehr krank: n=2 (7%)

vom Partner getrennt: n=1 (3%)

hätte zur Zeit der Risikoschwangerschaft Hilfe gebraucht: n=1 (3%)

Für die Familien, die nicht an der Untersuchung teilnahmen, liegen keine soziodemographischen Daten vor.

5.5 Soziodemografische Daten

Alter:

Das Durchschnittsalter der Frauen betrug 34 Jahre (Bereich 25-40 Jahre).

Das Durchschnittsalter der Männer betrug 36 Jahre (Bereich 30-47 Jahre).

Nationalität:

Von den 37 Frauen war eine Frau nicht deutscher Herkunft.

Von den 29 Männern war ein Mann nicht deutscher Herkunft.

Familienstand:

Alle Teilnehmer waren verheiratet und lebten in einem Haushalt.

Schulbildung:

Die soziodemographischen Daten zur Schulbildung der teilnehmenden Frauen und Männer werden in Abb. 7 dargestellt.

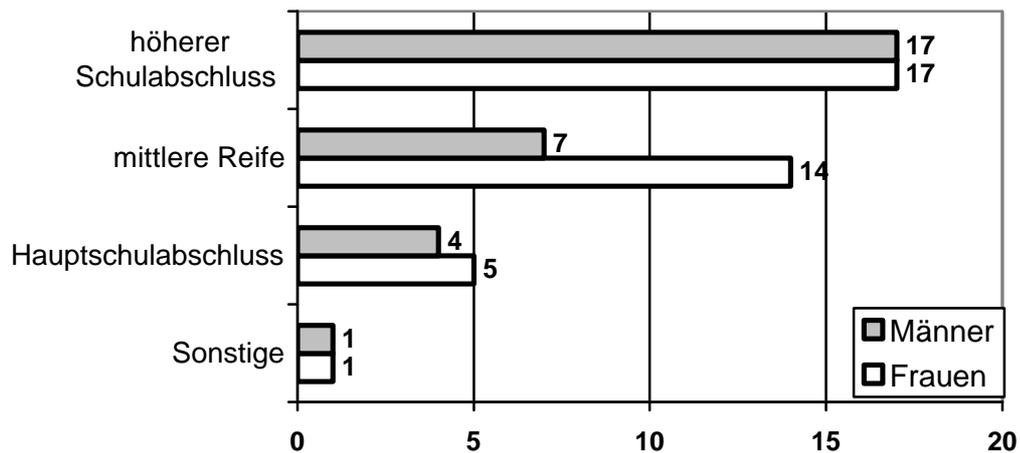


Abbildung 7: Schulbildung der teilnehmenden Frauen (n=37) und Männer (n=29)

Berufliche Stellung:

Die Daten zur beruflichen Stellung der teilnehmenden Frauen und Männer werden in Abb. 8 dargestellt.

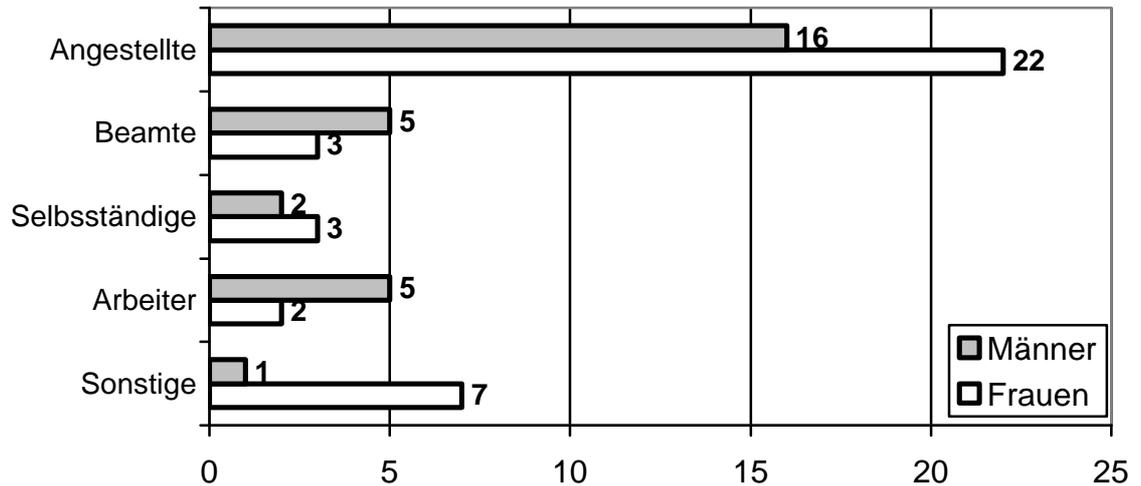


Abbildung 8: Berufliche Stellung der teilnehmenden Frauen (n=37) und Männer (n=29)

Erwerbstätigkeit:

23 Frauen waren Hausfrauen (62%)

4 Frauen befanden sich noch in der Erziehungszeit

5 Frauen arbeiteten weniger als halbtags

3 Frauen arbeiteten mindestens halbtags

2 Frauen arbeiteten ganztags

25 Männer waren ganztags berufstätig (86%)

1 Mann arbeitete Teilzeit

3 Männer waren zu Hause (darunter befand sich ein Teilnehmer in der Elternzeit,

1 Mann studierte und 1 Mann war Hausmann)

Familiäre Situation:

Unter den Familien (n=36), befanden sich 23 Familien mit älteren Geschwistern im Haushalt (64%).

Die folgenden Altersgruppen waren vertreten:

<2 Jahre:	2
2 bis 7 Jahre:	32
8 bis 11 Jahre:	4
>12 Jahre:	2
>18 Jahre:	1

Zeitlicher Abstand zur Risikoschwangerschaft:

Das Durchschnittsalter der Frauen betrug zum Zeitpunkt der Entbindung 33 Jahre.

Das Durchschnittsalter der Männer betrug zum Zeitpunkt der Entbindung 35 Jahre.

Das Durchschnittsalter der von der Risikoschwangerschaft betroffenen Kinder war zum Zeitpunkt der Befragung 1,5 Jahre.

5.6 Vorgeschichte und Diagnosen

In den folgenden Kapiteln sollen kurz die Angaben zu früheren Schwangerschaftskomplikationen, zur Lebenssituation der betroffenen Frauen und Männer vor Beginn der Risikoschwangerschaft, zum Beginn der Beschwerden, sowie die Diagnosen dargestellt werden.

5.6.1 Frühere Schwangerschaftsprobleme

Von den befragten Frauen (n=36) gaben 26 Frauen an, frühere Schwangerschaftsprobleme gehabt zu haben (72%). 10 Frauen gaben an, keine früheren Probleme gehabt zu haben (28%).

Die genannten Schwangerschaftskomplikationen sind in Tabelle 2 zusammengestellt.

Tabelle 2: Auflistung der von den befragten Frauen (n=36) benannten früheren Schwangerschaftskomplikationen (Mehrfachnennungen möglich)

Frühere Schwangerschaftskomplikationen	n
Fehlgeburt	10
unerfüllter Kinderwunsch, erfolglose Versuche	4
Herz-Kreislauf-Probleme, Wassereinlagerung, Hochdruck, Gestose	4
vorzeitige Wehen	3
Entzündung	3
vorzeitiger Blasensprung	2
Hyperemesis Gravidarum	2
Frühgeburt	1
HELLP Syndrom	1
Symphysenlockerung	1
Eileiterschwangerschaft	1

5.6.2 Besondere Belastungen vor oder zu Beginn der Schwangerschaft

Auf die Frage nach ihrer Lebenssituation in der Zeit vor der Schwangerschaft gaben von den befragten Frauen (n=36) 17 Frauen wichtige Ereignisse oder besondere Belastungen an (47%). 19 Frauen gaben an, keine besondere Lebenssituation vor ihrer Schwangerschaft gehabt zu haben (53%). Die Angaben sind in Abb. 9 für Frauen und Männer gemeinsam zusammengestellt.

Als besondere Belastungen wurden genannt (Mehrfachnennungen waren möglich): Hohe Arbeitsbelastung (n=7), Umzug oder Hausbau (n=6), Kinderwunsch, Fehlgeburt oder frühere Schwangerschaftskomplikationen (n=5), Schwerer Verkehrsunfall (n=1) und Schlaganfall (n=1).

Bei den befragten Männern (n= 28) gaben 17 Männer wichtige Ereignisse oder besondere Belastungen in der Zeit vor der Schwangerschaft an (61%). 11 Männer gaben an, keine besondere Lebenssituation vor Beginn der Schwangerschaft gehabt zu haben (39%).

Als besondere Belastungen wurden genannt (Mehrfachnennungen waren möglich): Umzug oder Hausbau (n=9), Hohe Arbeitsbelastung (n=8), Kinderwunsch, Fehlgeburt und/oder frühere Schwangerschaftskomplikationen (n=3), Schwerer Verkehrsunfall (n=1), Heirat (Frau mit 2 Kindern) (n=1) und Ausbildung der Frau n=1.

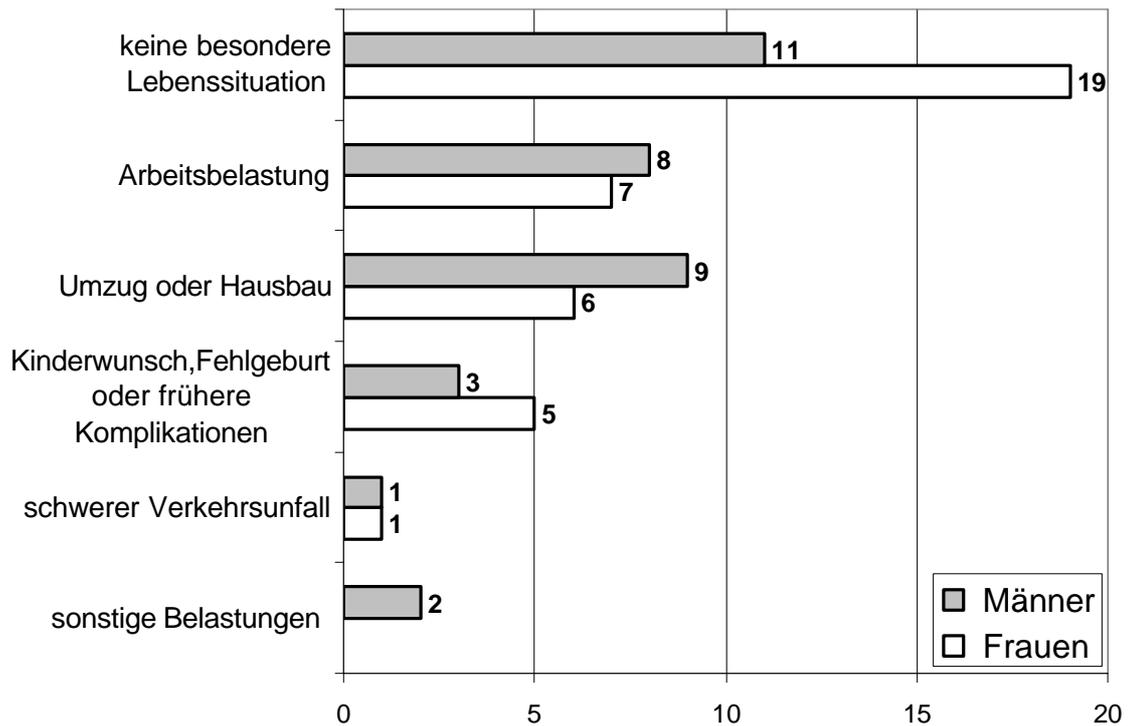


Abbildung 9: Angaben der befragten Frauen (n=36) und Männer (n=28) zu ihrer Lebenssituation vor Beginn der Risikoschwangerschaft (Mehrfachnennungen möglich)

5.6.3 Schwangerschaften

Von den Schwangerschaften waren 25 Schwangerschaften Einlingsschwangerschaften, 9 Schwangerschaften waren Geminischwangerschaften, und 2 Schwangerschaften waren Drillingschwangerschaften. Alle Einlingsschwangerschaften waren natürlich entstanden. Von den Mehrlingschwangerschaften waren 3 Zwillingschwangerschaften natürlich entstanden, die anderen 8 Schwangerschaften entstanden durch assistierte Reproduktion. Die Angaben sind in Abb. 10 dargestellt.

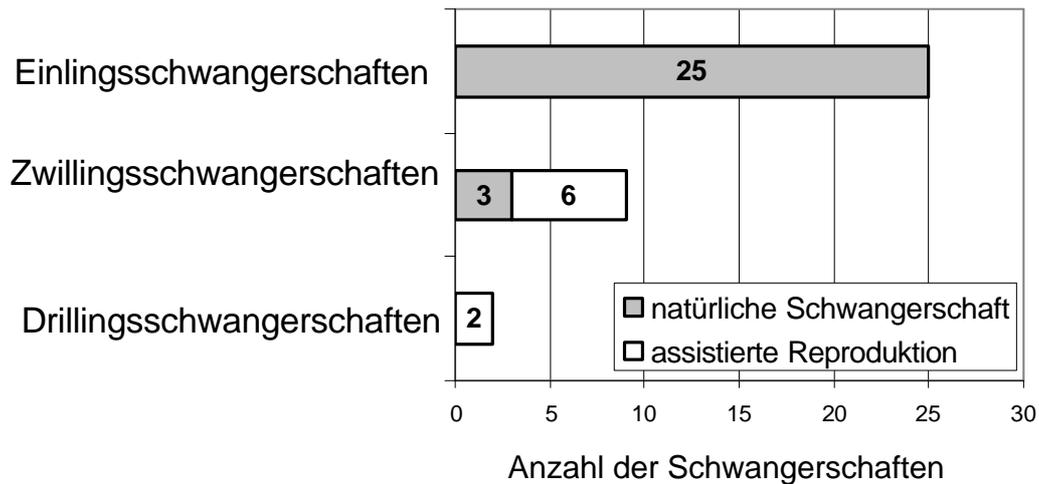


Abbildung 10: Anzahl der in der Stichprobe vertretenen Einlings und Mehr-
lingsschwangerschaften (durch assistierte Reproduktion entstandene Schwangerschaften
wurden hervorgehoben)

5.6.4 Befinden zu Beginn der Schwangerschaft

Nach ihrem Befinden zu Beginn der Schwangerschaft befragt, antworteten 21 Frauen mit gut oder sehr gut. 11 Frauen gaben körperliche Beschwerden an, 2 Frauen berichteten über Angst und Sorge bezüglich der Schwangerschaft und 2 gaben Angst und körperliche Beschwerden an. Von den 11 Frauen mit Mehrlingsschwangerschaften gaben 7 Frauen an, sich gut oder sehr gut gefühlt zu haben. Die Angaben sind in Abb. 11 zusammengefasst.

Nach ihren Gedanken bezüglich der Schwangerschaft befragt, antworteten 25 der 36 befragten Frauen, dass die Schwangerschaft erwünscht gewesen sei. 5 Frauen berichteten über anfängliche Schwierigkeiten, die Schwangerschaft anzunehmen. Hier standen bei einer Frau die Angst vor erneuten Komplikationen bei dieser ungeplanten Schwangerschaft im Vordergrund, bei einer Frau Partnerschaftsprobleme und zwei Frauen hatten anfängliche Schwierigkeiten, die unerwartete Mehrlingsschwangerschaft anzunehmen. Die Angaben sind in Abb. 12 zusammengefasst.

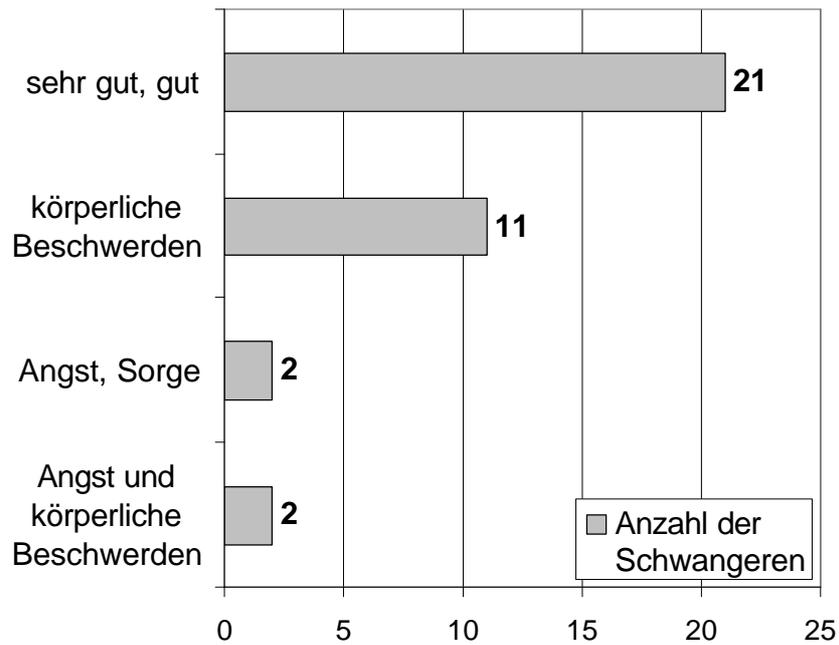


Abbildung 11: Angaben der befragten Frauen (n=36) zu ihrem Befinden zu Beginn der Schwangerschaft

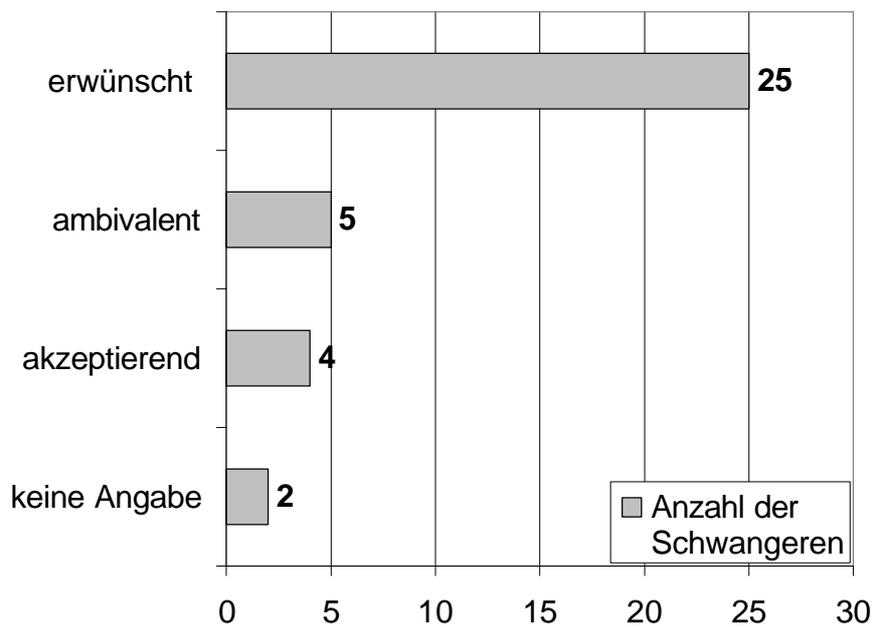


Abbildung 12: Angaben der befragten Frauen (n=36) zu ihren anfänglichen Gedanken und Gefühlen bezüglich der Schwangerschaft

5.6.5 Beginn der Schwangerschaftskomplikationen

Von den befragten Frauen (n=36) geben 29 Frauen an, dass ihre Probleme plötzlich und unerwartet auftraten (80 %), 7 Frauen gaben an, dass ihre Probleme nicht plötzlich auftraten (20 %).

14 Frauen berichteten über ein erstes Auftreten von Problemen im ersten Trimenon. Darunter befanden sich 5 der 8 Frauen bei denen eine künstliche Befruchtung vorgenommen worden war. Nur bei zwei Frauen traten die Probleme zwischen der 14. und der 20. SSW auf. Bei dem größten Teil der Frauen traten die Probleme ab der 20. SSW auf. Diese Verteilung wird in Abbildung 13 grafisch dargestellt.

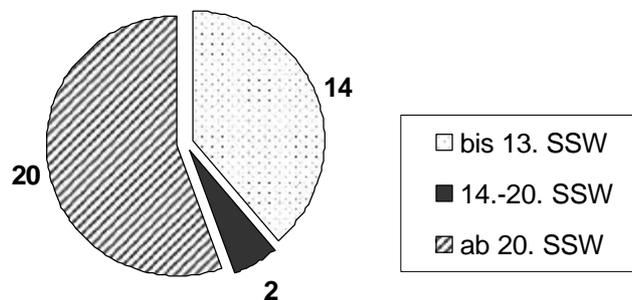


Abbildung 13: Schwangerschaftswochen, in denen die Probleme bei den betroffenen Frauen (n=36) aufgetreten sind. (Häufung im ersten Trimenon und nach der 20. SSW)

5.6.6 Diagnosen

Die von den befragten Frauen (n=36) genannten Diagnosen sind in Tabelle 3 zusammengestellt. Hierbei wurden am häufigsten vorzeitige Wehen (n=20), gefolgt von Blutungen (n=11) und Cervixinsuffizienz (n=6) genannt. Die weiteren Nennungen sind in Tab. 3 zusammengefasst.

Tabelle 3: Genannte Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

Diagnosen	n
vorzeitige Wehen	20
Blutungen	11
Cervixinsuffizienz	6
Schmerzen, Bauchbeschwerden	4
Entzündung	2
Überstimulation	2
Plazentatieflege	1
Z.n. Insult	1
Gelbkörperschwäche	1
Gebärmuttersenkung	1
Präeklampsie	1
Hochdruck	1
Uterushämatom	1

5.6.7 Behandlung

Die stationäre Behandlung fand in unterschiedlichen Kliniken Unterfrankens statt.

26 Frauen wurden teilweise stationär und teilweise zu Hause behandelt.

23 Frauen hatten bereits ältere Kinder, davon erhielten 14 Frauen bzw. ihre Familien während der stationären und/oder der häuslichen Behandlung Unterstützung durch Familienpflege.

6 Frauen, die alle schon Kinder hatten und Unterstützung durch die Familienpflege erhielten, wurden sowohl stationär als auch zu Hause behandelt.

8 Frauen, die alle schon Kinder hatten und Unterstützung durch die Familienpflege erhielten, wurden nur zu Hause behandelt.

9 Frauen, die schon Kinder hatten, wurden sowohl stationär als auch zu Hause ohne Unterstützung der Familienpflege behandelt.

2 Frauen, die noch keine Kinder hatten, wurden ausschließlich stationär behandelt.

11 Frauen, die noch keine Kinder hatten, wurden stationär und zu Hause behandelt.

Diese Angaben sind in Abb. 14 zusammenfassend dargestellt.

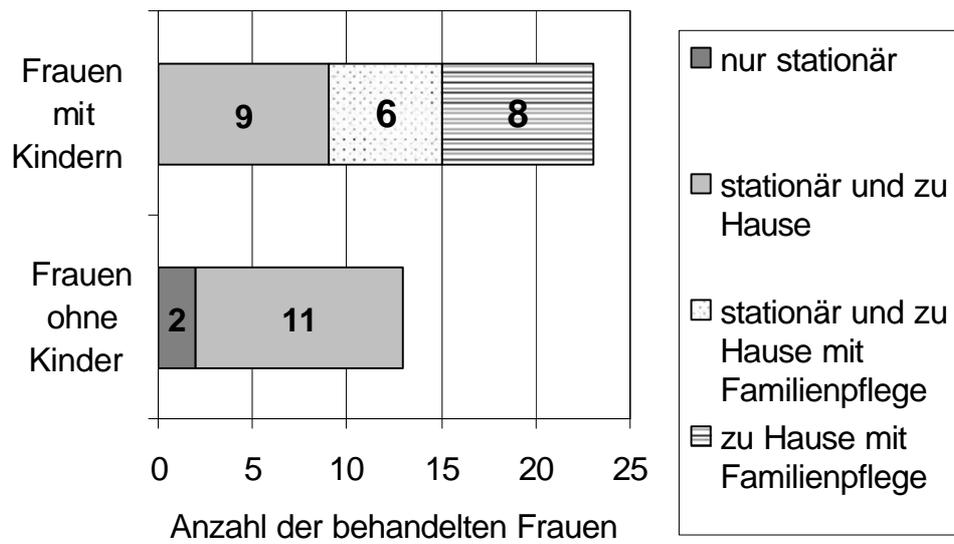


Abbildung 14: Art der Behandlung für die befragten Frauen (n=36) (darunter Frauen mit Kindern: n=23 und Frauen ohne Kinder: n=13)

6 Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviewtranskripte beschrieben. Für die Bereiche Erleben und Coping wurde das in Kapitel 4.4.2.1 vorgestellte inhaltsanalytische Kategoriensystem zur Auswertung angewandt. Die Kategorien mit Definitionen und Ankerbeispielen sind im Codierleitfaden (s. Anhang) wiedergegeben. Das Codierschema (s. Anhang) bietet eine kurze Übersicht über die Kategorien.

Für die Auswertung wurde die durch den Interviewleitfaden vorgegebene Trennung der Bereiche Erleben und Coping beibehalten und eine Zuordnung zu den erstellten Kategorien vorgenommen, um auch eine quantitative Auswertung zu ermöglichen.

Da der Bewältigungsprozess jedoch aus Wechselwirkungen von Erleben, Bewertung und Bewältigungsanstrengungen besteht, werden, um einem Eindruck des tatsächlichen Geschehens näher zu kommen, die Ergebnisse für die Kategorien von Erleben und Coping jeweils nacheinander und bezogen auf die Zeiträume „Zeitpunkt der Diagnose“ und „weiterer Verlauf“ vorgestellt. Entsprechend den Fragestellungen wurde die Auswertung für Frauen und Männer getrennt vorgenommen. Dadurch ergeben sich die folgenden Unterkapitel:

Kap. 6.1.1 Erleben der Frauen zum Zeitpunkt der Diagnose

Kap. 6.1.2 Erleben der Männer zum Zeitpunkt der Diagnose

Kap. 6.2.1 Coping der Frauen zum Zeitpunkt der Diagnose

Kap. 6.2.2 Coping der Männer zum Zeitpunkt der Diagnose

Kap. 6.3.1 Erleben der Frauen im weiteren Verlauf

Kap. 6.3.2 Erleben der Männer im weiteren Verlauf

Kap. 6.4.1 Coping der Frauen im weiteren Verlauf

Kap. 6.4.2 Coping der Männer im weiteren Verlauf

Bei der Beschreibung der Ergebnisse werden in jedem Unterkapitel zunächst die Häufigkeiten der jeweils genannten Kategorien insgesamt aufgeführt, wobei auch kurz auf die Ergebnisse der Kontingenzanalyse (exakter Test nach Fisher) für die Unterschiede der Nennungen zwischen Familien mit Kindern und Familien ohne Kinder eingegangen wird. Die Häufigkeiten der Nennungen, jeweils bezogen auf Familien mit

Kindern und Familien ohne Kinder, werden bei der grafischen Darstellung berücksichtigt.

Ebenfalls werden in jedem Unterkapitel, anschließend an die quantitative Darstellung der Ergebnisse, Textbeispiele gebracht (in kursiver Schrift), um die inhaltliche Vielfalt der Äußerungen, die in dem Zahlenmaterial enthalten ist, zu veranschaulichen. Zum Verständnis der Textbeispiele erforderliche Ergänzungen sind in eckigen Klammern in kursiver Schrift eingefügt. Beziehen sich die Beispiele auf unterschiedliche Aspekte der jeweiligen inhaltsanalytischen Kategorie, werden kurze Erläuterungen vorangestellt. Falls in einem Beispiel auch andere inhaltsanalytische Kategorien angesprochen werden, sind die jeweiligen Kategorien in eckigen Klammern, aber nicht kursiv eingefügt. Für einige nicht so häufig erwähnte Kategorien sei auf die Ankerbeispiele im Codierleitfaden verwiesen. In Kapitel 6.5 werden die Ergebnisse für den Bereich Erleben und Coping kurz zusammengefasst.

Für die weiteren Bereiche der teilstrukturierten Interviews wurde das Textmaterial den thematischen Bereichen entsprechend zusammengefasst und in einzelnen Kapiteln dargestellt. Den auch dort beigefügten Textbeispielen sind jeweils kurze Erläuterungen vorangestellt.

In Kapitel 6.6 werden die Ergebnisse zu Erleben und Coping der Kinder vorgestellt, in Kapitel 6.7 die Ergebnisse für den Zeitraum Geburt und folgende Zeit, in Kapitel 6.8 die Angaben der Befragten zu Quellen sozialer Unterstützung und in Kapitel 6.9 Behandlungswünsche und Anregungen der Befragten. Die Ergebnisse der Familienbrettaufstellungen werden in Kapitel 6.10 vorgestellt.

6.1 Erleben zum Zeitpunkt der Diagnose

Die folgenden Auswertungsergebnisse beziehen sich auf das Erleben der befragten Frauen und Männer für den Zeitpunkt der Diagnose der Risikoschwangerschaft und die Gefühle, die sie in dieser Situation empfunden haben. Mit der Frage: „Als Sie erfuhren, dass ... (das individuelle Problem wird benannt), wie ging es Ihnen?“ sollten die Reaktionen auf die Diagnosemitteilung erkundet werden.

Codiert wurden die Spontanäußerungen der Betroffenen auf die Frage sowie Aussagen, die hierzu an anderer Stelle des Interviews gemacht wurden.

6.1.1 Erleben der Frauen zum Zeitpunkt der Diagnose

Im Folgenden wird dargestellt, wie die befragten Frauen die Situation der Diagnose der Risikoschwangerschaft erlebt haben. Die Nennungen sind in Abb. 15 zusammengefasst.

Von den befragten Frauen (n=36) wurde die Kategorie Angst am häufigsten genannt (n=26). Es folgt die Kategorie Konflikt (n=15). In absteigender Häufigkeit schließen sich die Kategorien Zuversicht (n=11) und Hilflosigkeit (n=8) an. Die Kategorien Wut (n=6) und Stimmung gedrückt (n=6) wurden gleich häufig genannt. Seltener erwähnt wurden die Kategorien Überrascht (n=3) und weitere Belastungsquellen (n=1).

Die explorativ durchgeführte Kontingenzanalyse für die Häufigkeit der Nennungen von Frauen ohne Kinder und Frauen mit Kindern ergab für die Kategorie Zuversicht, die von Frauen ohne Kinder häufiger genannt wurde, mit $p=0.056$ einen beinahe signifikanten Wert, der jedoch auf Grund der multiplen Testungen auch zufallsbedingt sein kann. Für die anderen Kategorien ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

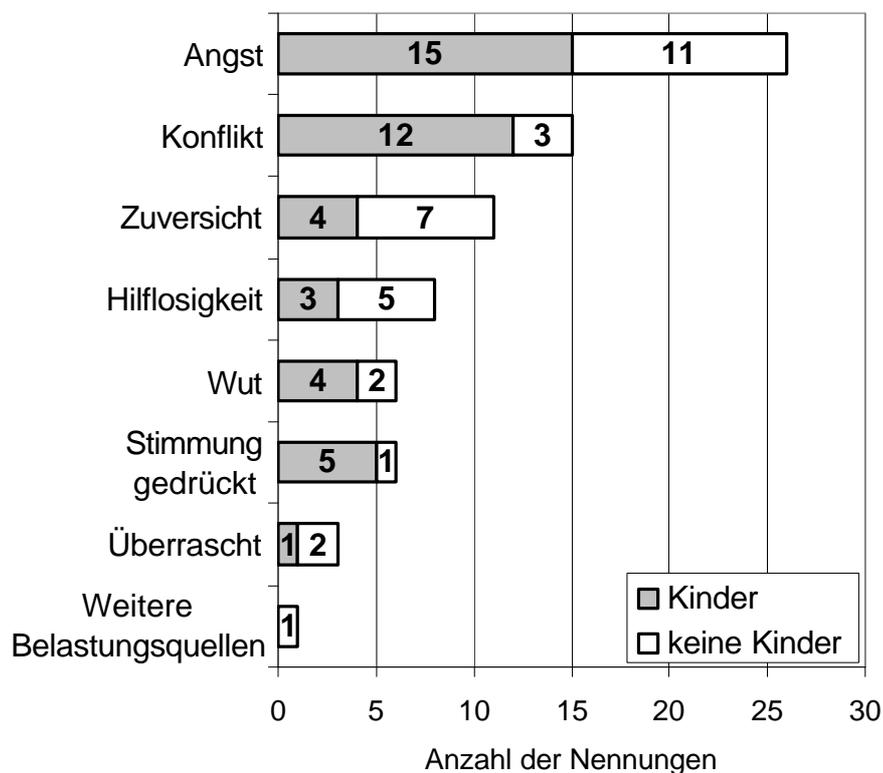


Abbildung 15: Angaben der Frauen (n=36) zu ihrem Erleben zum Zeitpunkt der Diagnose differenziert nach Frauen mit Kindern: n=23 und Frauen ohne Kinder: n=13 (Nennung der einzelnen Kategorien in absteigender Häufigkeit, Mehrfachnennungen möglich)

Beispiele:

Angst:

Die folgenden Beispiele zeigen konkrete Furcht der betroffenen Frauen, die Kinder zu verlieren (F14, F32, F33), Angst um die eigene Gesundheit (F6), Angst vor den Folgen einer möglichen Frühgeburt (F28) und allgemeines Entsetzten (F13).

F 14 Oh Gott, hoffentlich verliere ich sie nicht.

F 32 Ich habe nicht gewusst, wie schlimm das ist, die Angst war schon da mit den dauernden Wehen, dass das Kind abgeht, da hatte ich schon ziemliche Angst. Ich hatte auch schon Angst, bevor ich beim Arzt war, nur dass er dann sagt, das ist wirklich so, das ist dann - .

F 33 Da war die Panik da, das Kind zu verlieren.

F 6 Panische Angst, was passiert mit mir.

F 28 Zu Tod erschrocken, da das erste Kind ein Frühchen war.

F 13 Entsetzlich, totaler Schock.

Konflikt:

Hier werden beispielhaft einige Bereiche wiedergegeben, die von den betroffenen Frauen konflikthaft erlebt wurden, wie die Schwangerschaft an sich (F12), den Konflikt zwischen Familie und der Notwendigkeit stationärer Behandlung (F16) und die Bewertung der eigenen Symptome, die sich von der Einschätzung der Ärzte unterschied (F9).

F 12 War furchtbar für mich, also ich wollte die Schwangerschaft [Drillingsschwangerschaft] überhaupt nicht austragen, die ersten Wochen. Habe ich innerlich total abgelehnt und abgeblockt. War ich nicht bereit dafür. Ich hatte mich bis dahin noch gar nicht an den Gedanken gewöhnt.

F 16 Ich wollte aber höchstens einen Tag [in der Klinik] bleiben, da es zu Hause keinen Ersatz für mich gibt.

F 9 Mir ging es gut, nur die Ärzte hatten Angst. Meiner Meinung nach haben die Ärzte das hochgespielt.

Für diese Frau (F30) stand bereits mit Beginn der Symptome der Konflikt zwischen Schwangerschaft und Kind im Vordergrund.

F30 Es ist ja mit einem Kind nicht mehr so möglich, es hängt ja viel mehr dran, da kann man sich nicht mal eben eine halbe Stunde hinlegen, wenn nebenan der Brei kalt wird oder einen einer am Hosenbein zieht, oder in den Kindergarten muss oder sonst was. Das ist dann auch noch schwieriger, das körperlich wegzustecken.

Zuversicht:

Diese Frauen (F6, F1) empfanden angesichts der Schwangerschaftskomplikationen Zuversicht.

F 6 Keine Angst um das Kind.

F 1 Ich war relativ ruhig.

Hilflosigkeit:

In diesen beiden Beispielen (F6, F4) erleben die Betroffenen ihre Hilflosigkeit und Unsicherheit verstärkt dadurch, dass sie die Situation zunächst nicht begreifen und nicht einschätzen können.

F 6 Hilflosigkeit und das Gefühl, in die Situation hineinzuschlittern, ohne zu begreifen, was da eigentlich passiert.

F 4 Im ersten Moment ist man total überfordert, es kommt der Arzt, es kommt die Hebamme, es kommen irgendwelche Pfleger und Helfer und erklären einem und sagen einem das schon, aber das jetzt alles irgendwie auf die Reihe auf die Schnelle zu kriegen. Man muss hier unterschreiben, man muss da unterschreiben, das ist natürlich klar, das muss holla hopp gehen. Aber das ist ein Felsbrocken, der einen da fast überrollt.

Diese Frau (F14) schildert ihre Unsicherheit, die durch mangelnde Information und mangelnde Perspektive bezogen auf Behandlungsmöglichkeiten vergrößert wurde.

F 14 In der Klinik bekam man ein Zimmer, aber man wurde nicht genau informiert, was wird jetzt gemacht, wie schaut's eigentlich aus, wie schlimm ist es, das fand ich schon schade, weil man hängt in der Luft. Man hat auch nicht gesagt gekriegt, jetzt brauch mer ne Woche, um das in den Griff zu kriegen, also, man wusste nie, wie lang gestaltet sich das eventuell. Das ist für die Ärzte auch schwierig, das ist mir schon klar. Man hat auch nicht gesagt bekommen, wir versuchen es erst mal mit Tabletten, und wenn das nicht geht, gibt es das und das. Man weiß eigentlich nichts. Man liegt da, es kommt jemand und es wird etwas gemacht und man weiß wirklich net, wie geht's jetzt weiter, hilft das jetzt was, man wird halt nicht richtig informiert.

Im folgenden Beispiel (F27) wird die Hilflosigkeit durch den Interessenkonflikt Risikoschwangerschaft/ältere Kinder verstärkt erlebt, da die Patientin auf Grund der frühen Schwangerschaftswoche noch keine Familienpflege beantragen konnte.

F 27 Das gibt's nicht, jetzt hat man 12 Wochen rumgebracht, wo man meint, die hat man überstanden und dann kommen Sie und sagen, ich habe ein Hämatom, was jetzt? Schonen! Wie denn mit zwei Kindern im Alter von 3 und 4? – Versuchen Sie, die Kinder nicht mehr zu heben, keine Anstrengung, keine ruckartigen Bewegungen.– Da war ich

schon hilflos, weil mein Mann war nicht dabei, wie soll ich das machen, wenn ich jetzt schon in der 13. Woche anfangen?

Wut:

In diesen Textbeispielen (F16, F2, F3) wird deutlich, dass sich die Betroffenen in ihrer Situation unverstanden fühlen und deshalb Wut empfanden.

F 16 Wollte schnell wieder nach Hause. Familienpflege wurde nicht angeboten. Da hat sich kein Mensch dafür interessiert, ob das klappt oder nicht klappt.

F 2 Und er [der Arzt] hat zu mir gesagt, ich soll nicht an die [Tochter zu Hause] denken, ich soll an die zwei drin denken. Das sagt sich total leicht.

F 3 Weil ich schon in der Praxis nachgefragt hatte: Können wir nicht noch ein bisschen abwarten, was das so gibt und dann immer so die Richtung kam: Das machen Sie auf Ihre eigene Verantwortung. Sie wissen ja, was passiert, wenn nach der 26. Woche ein Kind geboren wird. Ja, der war nicht sehr einfühlsam.

Stimmung gedrückt:

In diesem Beispiel (F32) wird die gedrückte Stimmung der Patientin durch den Interessenkonflikt Schwangerschaft/älterer Sohn verstärkt.

F 32 Ich war schockiert, vor allem weil wir ja unseren Sohn schon hatten. Ich wollte auf keinen Fall irgendwie weg sein. Ich war psychisch fix und fertig.

Überrascht:

Bei dieser Frau (F3) überwog die Bestürzung über die völlig unvermuteten Komplikationen.

F 3 Erst völlig schockiert, weil ich überhaupt nicht damit gerechnet habe. Ich habe mich bis zu dem Zeitpunkt wirklich pudelwohl gefühlt. Ich hatte den Eindruck, das ist eine prima Schwangerschaft.

Weitere Belastungsquellen:

In diesem Fall (F10) stellt für die betroffene Frau die Reaktion des Arztes eine zusätzliche Belastung dar.

F 10 Er kuckt den Ultraschall an und sagt, Sie wissen schon, das eine werden Sie verlieren.

6.1.2 Erleben der Männer zum Zeitpunkt der Diagnose

Im Folgenden wird dargestellt, wie die befragten Männer (n=28) die Situation der Diagnose der Risikoschwangerschaft erlebt haben. Die Häufigkeiten der einzelnen Kategorien werden in Abb. 16 zusammengefasst.

Von den befragten Männern wurde die Kategorie Angst am häufigsten als Reaktion auf die Diagnose Risikoschwangerschaft genannt (n=22). Darunter befanden sich alle der befragten Männer, die noch keine Kinder hatten (n=11). Danach folgen die Kategorien Zuversicht (n=9) und Hilflosigkeit (n=9) und, in absteigender Häufigkeit, die Kategorien Stimmung gedrückt (n=6), Konflikt (n=3) und Wut (n=2). Die explorativ durchgeführte Kontingenzanalyse für die Häufigkeit der Nennungen von Männern ohne Kinder und Männern mit Kindern ergab nur für die Kategorie Angst mit $p=0.055$ einen beinahe signifikanten Wert. Für die anderen Kategorien ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

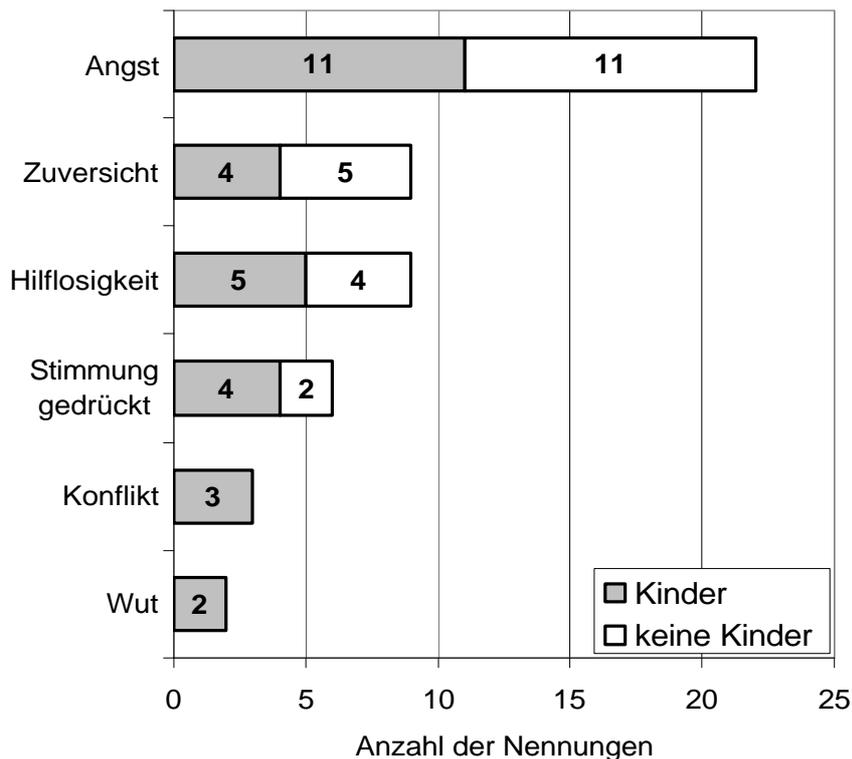


Abbildung 16: Angaben der Männer (n=28) zu ihrem Erleben zum Zeitpunkt der Diagnose differenziert nach Männern mit Kindern: n=17 und Männern ohne Kinder: n=11 (Nennung der einzelnen Kategorien in absteigender Häufigkeit, Mehrfachnennungen möglich)

Beispiele:

Angst:

Während der betroffene Mann (M2) in dem ersten Beispiel seine allgemeine Angst zum Ausdruck bringt, beschreiben die Männer in den folgenden Beispielen (M22, M26) ihre konkreten Sorgen um den Ausgang der Schwangerschaft und die möglichen Folgen.

M 2 Sorge und Angst, weil, das war ja noch zu früh. Die Sorge war noch nicht so richtig greifbar. Also, was das dann bedeutet, das konnten wir in dem Moment auch nicht so richtig sagen oder greifen.

M 22 Wenn man nicht weiß, also dreißig plus fünf, das ist ja nicht viel, und vorher neunundzwanzig, [gemeint sind die Schwangerschaftswochen] da haben sie uns ja schon Angst gemacht, da fällt einem schon das Herz in die Hose, man weiß halt nicht, was wird jetzt mit dem Kind. Man macht sich schon sehr viel Sorgen. ... Das Schlimme ist halt die Ungewissheit, behält das Kind jetzt was oder behält's nichts, da ist man schon am Nachgrübeln.

M 26 Man macht sich Gedanken, ob mit der Schwangerschaft alles gut geht, ob das Kind gesund zur Welt kommt und wie es dann aussieht, wenn es vielleicht doch nicht gesund zur Welt kommt.

Zuversicht:

Hier äußert der betroffene Mann (M11) seine umfassende Zuversicht.

M 11 So richtig Angst habe ich nicht gehabt. Ich hatte eigentlich ein gutes Gefühl, die ganze Schwangerschaft über, sowohl, was den Schwangerschaftsverlauf betrifft, als auch was die Geburt betrifft, als auch was den Gesundheitszustand unserer Kinder betreffen würde.

Hilflosigkeit:

Hier (M3, M6) ist zunächst die Unsicherheit in Bezug auf den weiteren Verlauf vorherrschend.

M 3 Ich wusste nicht, was Sache ist und wie es weitergeht.

M 6 Unsicherheit, kommt es wieder. Keiner konnte letztendlich sagen, warum das Myom Probleme gemacht hat. Die Unsicherheit, das war das Belastendste.

Bei den folgenden Beispielen (M28, M1) steht für die betroffenen Männer die Unsicherheit in Bezug auf die Partnerin im Vordergrund.

M 28 Wobei, wie man als Mann halt so neben dran steht, man kann nicht so mitfühlen.

M 1 Stand aber relativ dumm daneben. Hätte keine Ahnung gehabt, was ich tun könnte. Man kam sich unbeholfen vor.

Stimmung gedrückt:

Während in dem folgenden Beispiel (M2) für den betroffenen Mann das Mitleid mit seiner Frau die Ursache der gedrückten Stimmung ist, sind die Männer in den weiteren Beispielen (M14, M9) wegen der Schwangerschaftskomplikationen niedergeschlagen.

M 2 Man leidet da auch irgendwo mit und es belastet ja auch einen psychisch, wenn's dem anderen net gut geht.

M 14 Schade und traurig.

M 9 Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt. Es war nur noch so eine Karussellfahrt von oben nach unten. Da waren Fahrten dabei, da haben wir gesagt, das kann's doch nicht geben, jetzt haben wir sechs Jahre alles gemacht und getan, dann ist man schwanger, dann kriegt man gleich den nächsten Prügel in den Weg.

Konflikt:

Die von den betroffenen Männern (M30, M20) beschriebenen Konflikte betreffen immer den Zwiespalt zwischen dem Bedürfnis, für die Familie und die Frau da zu sein, und ihren Verpflichtungen bei der Arbeit.

M 30 Hin und her gerissen zwischen Familie und Arbeit.

M 20 Ich war halt auf der Arbeit, bin angerufen worden, ins Krankenhaus. Ja, was machen wir mit dem Kind? Das war halt das Problem.

6.2 Coping zum Zeitpunkt der Diagnose

Die folgenden Auswertungsergebnisse beziehen sich auf die Bewältigungsanstrengungen, die die befragten Frauen und Männer unternommen haben, um mit der Diagnose der Risikoschwangerschaft umzugehen. Die Frage im Interviewleitfaden hatte gelautet: „Wie Sie vorher beschrieben haben, ging es Ihnen nach der Diagnose ... Was hat Ihnen geholfen, damit umzugehen?“

Codiert wurden die Spontanäußerungen der Betroffenen auf die Frage, aber auch Aussagen, die hierzu an anderer Stelle des Interviews gemacht wurden.

6.2.1 Coping der Frauen zum Zeitpunkt der Diagnose

Im Folgenden wird dargestellt, welche Bewältigungsstrategien von den befragten Frauen (n=36) als hilfreich für die Situation der Diagnose der Risikoschwangerschaft genannt wurden. Die Nennungen und die Häufigkeiten der Kategorien sind in Abb. 17 zusammengefasst.

An erster Stelle wurde die Kategorie Problemanalyse (n=17) genannt, gefolgt von der Kategorie Unterstützung durch den Arzt (n=10), in die das gesamte medizinische Personal, insbesondere Krankenschwestern und Hebammen, einbezogen ist. Die Kategorien Eigeninitiative (n=7) und Zuwendung (n=7) wurden gleich häufig genannt, gefolgt von Vertrauen in die Medizin (n=6). Die Kategorien Akzeptieren (n=5) und Religion (n=5) wurden ebenfalls gleich häufig genannt, so wie Auflehnung (n=4) und Optimismus (n=4).

Die explorativ durchgeführte Kontingenzanalyse für die Häufigkeit der Nennungen von Frauen ohne Kinder und Frauen mit Kindern ergab nur für die Kategorie Vertrauen in die Medizin, die häufiger von Frauen ohne Kinder genannt wurde, mit $p=0.016$ einen signifikanten Wert, wobei dieser Wert auf Grund der multiplen Testungen auch zufallsbedingt sein kann. Für die anderen Kategorien ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

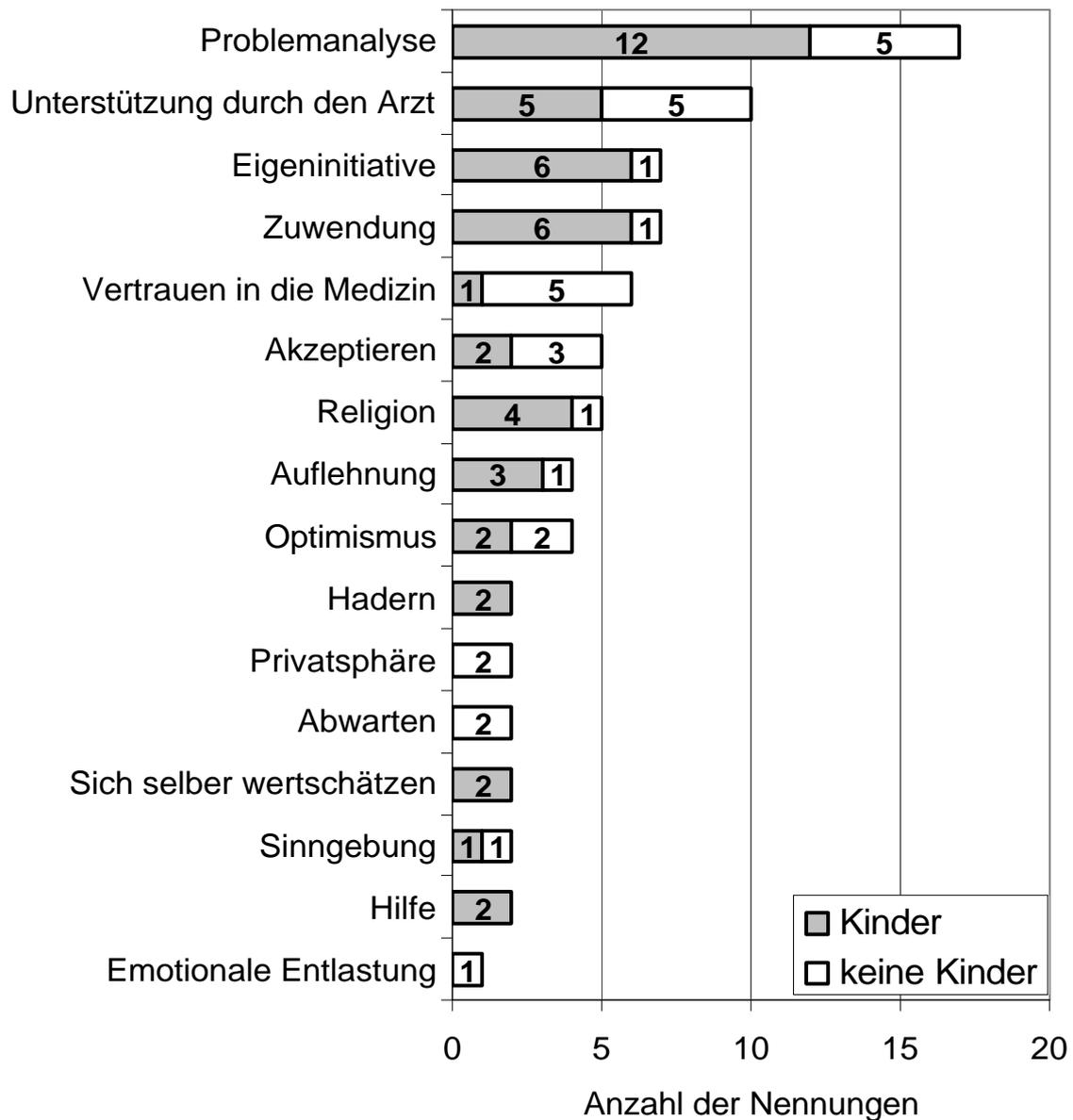


Abbildung 17: Angaben der Frauen (n=36) zu ihren Bewältigungsstrategien zum Zeitpunkt der Diagnose differenziert nach Frauen mit Kindern: n=23 und Frauen ohne Kinder: n=13 (Nennung der einzelnen Kategorien in absteigender Häufigkeit, Mehrfachnennungen möglich)

Beispiele:

Problemanalyse:

Im ersten Beispiel (F9) ist die Bewertung der Situation Anlass für die betroffene Frau, sich auf die stationäre Behandlung einzulassen.

F 9 Bin geblieben, um auf der sicheren Seite zu sein.

Hier (F10) hilft der Frau die Bewertung anderer, keine Sorgen aufkommen zu lassen.

F 10 Dann musste ich das erste Mal, gerade die 7. Woche angefangen, ins Krankenhaus wegen Blutungen. Habe mir aber nie einen Kopf drüber gemacht. Blutungen, sagt jeder immer, wenn's kein frisches Blut ist, ist es nicht so schlimm.

Im folgenden Beispiel (F37) beschreibt eine Frau, wie ihr die Bewertung der Symptomatik und die Einschätzung der eigenen Möglichkeiten (Selbstwirksamkeit) zur Beurteilung und Bewältigung der Gesamtsituation geholfen haben.

F 37 Bei der zweiten Risikoschwangerschaft wusste ich vom ersten Mal, dass, wenn ich was mache, wenn ich mich dran halte [an die Anweisung, sich zu schonen], dass es mir auch besser geht und dass es nicht schlimmer ist.

In diesem Beispiel (F11) wird deutlich, wie der Bewältigungsstil die Art der Problemanalyse beeinflusst. Hier versucht die betroffene Frau durch Einholen von Informationen die bedrohliche Situation zu bewältigen.

F 11 Ich habe die dann schon gefragt, hätten die Kinder überhaupt eine Chance? Weil, ich bin da schon immer recht neugierig und ich weiß eigentlich lieber gern vorher, was könnte auf mich zukommen, weil ich dann besser damit umgehen kann, als wenn ich völlig ins kalte Wasser geschmissen werde. Da kriege ich dann Panik.

Unterstützung durch den Arzt:

Die ärztliche Einschätzung der Situation als handhabbar und die Erläuterung von Behandlungsmöglichkeiten wurde als Unterstützung erlebt (F5, F31).

F 5 ... aber als der gesagt hat, ... man kann mit Cerclage arbeiten, man kann da mit Wehenhemmern arbeiten, das kriegen wir schon hin. Da war das auch ok. ... Der hat dann auch gleich gesagt, Arbeiten können sie vergessen.

F 31 Der Frauenarzt hat gesagt, wir schaffen das schon. Da war ich auch froh, dass er nicht so eine Panik gemacht hat. Jetzt lassen Sie mal andere arbeiten, machen Sie mal nichts, mal kürzertreten und so.

Die Verordnung von Medikation (F21) oder Schonung, sowie allgemeine Unterstützung des medizinischen Personals (F4) wurden ebenfalls als hilfreich beschrieben.

F 21 Wichtig war, dass die Frauenärztin die Fehlgeburten ernst genommen hat und gleich Medizin zur Stabilisierung der Schwangerschaft angeboten hat.

F 4 Dass immer eine Hebammenschülerin da war ... die haben einem versucht, alles so leicht, wie möglich zu machen.

Eigeninitiative:

In den folgenden Beispielen bezieht sich die Eigeninitiative auf das Verhalten der Betroffenen bei den ersten Symptomen bzw. zum Zeitpunkt der Diagnose (F31, F27) und darauf, Einfluss auf die Behandlung nehmen zu wollen (F10).

F 31 Aber nichts heben und so. Ich hatte vorher dann schon aufgehört, also ich hatte es schon gemerkt.

F 27 Da es zu früh in der Schwangerschaft war, eine Haushaltshilfe zu beantragen, habe ich alles stehen und liegen lassen

F 10 Bei der zweiten Schwangerschaft konnte ich schon energischer sagen, wie ich's haben will.

Im nächsten Beispiel (F16) versucht die betroffene Frau bereits zum Zeitpunkt der Diagnose den Interessenkonflikt zwischen den älteren Kindern zu Hause und der Schwangerschaft zu lösen.

F 16 Ich wollte eigentlich das Kind früher kriegen, sollte aber stationär bleiben. Ich habe versucht, mit dem [Arzt] zu verhandeln, dass wir das vielleicht umgehen können.

Zuwendung:

Hier (F4) wird die Zuwendung des Partners als hilfreich beschrieben.

F 4 Dass mein Mann bei mir war; ... auch mal zu trösten und zu sagen wenn's so wär', dann wär's nicht so schlimm.

Vertrauen in die Medizin:

Diese Frauen (F21, F11) erlebten ihr Vertrauen in die Medizin als Stütze.

F 21 Da habe ich gedacht, die [Medizin] muss ja einfach helfen.

F 11 Ich war relativ ruhig [Zuversicht], ich habe gedacht, wir fahren jetzt ins Krankenhaus, die werden das schon richten. Ich war überzeugt, dass die mit den entsprechenden Medikamenten eine Entbindung verhindern können.

Akzeptieren:

Im folgenden Beispiel (F8) wird deutlich, dass das Akzeptieren der Situation für die betroffene Frau eine Hilfe war, mit der Situation umzugehen.

F 8 Was sein muss, muss sein.

Religion:

Auch Glaube und Religion wurden als Kraftquelle erlebt (F11).

F 11 Und eigentlich habe ich gedacht, der liebe Gott hat mir jetzt die 3 Babys geschenkt, der wird sie mir net ausgerechnet an Weihnachten wegnehmen. Das war, was mir am meisten Kraft gegeben hat, der Gedanke, dass ich nicht an Weihnachten die Babys verliere.

Auflehnung:

Diese Frauen (F24, F16) hatten Schwierigkeiten damit, ihre Situation hinzunehmen.

F 24 [Geholfen hat] eigentlich gar nichts, ich wollte nur heim.

F 16 Ich wollte aber höchstens einen Tag bleiben, da es zu Hause keinen Ersatz für mich gibt.

Optimismus:

Hier (F29) wird die positive Lebenseinstellung als Hilfe auch zum Zeitpunkt der Diagnose benannt.

F 20 Positive Lebenseinstellung.

Hadern:

In den folgenden Beispielen schildern die betroffenen Frauen (F25, F31), wie sie mit sich und ihrem Verhalten gehadert haben.

F 25 Ich habe mir Vorwürfe gemacht und zurückgedacht, ob ich mich nicht überlastet habe.

F 31 Es war aber dann schon zu spät. Ich denke, ich hätte ab dem ersten Tag nichts machen müssen, aber das will man dann nicht wahrhaben.

Privatsphäre:

In diesen Beispielen beschreiben die Frauen, dass sie es sowohl im privaten Bereich (F12) als auch im beruflichen Bereich (F4) als hilfreich erlebten, ihre Umgebung nicht zu informieren und sich abzugrenzen.

F 12 [Schwierigkeiten bereits zu Beginn der Schwangerschaft] Wir haben das niemand in der Familie gesagt, [von der künstlichen Befruchtung] weil meine Familie damit nicht umgehen könnte, das ist einfach ein Selbstschutz, und jetzt im Nachhinein ist es sowieso egal. Die Kinder sind da und meine Eltern sind überglücklich. Wir haben schon unser System gut gepflegt und das hat sich bewährt, dass wir da gut für uns gesorgt haben, dass wir da keine Störeinheiten zugelassen haben.

F 4 Nicht an die große Glocke gehängt. Bei der Arbeit nur gesagt, dass es allgemeine Beschwerden sind.

Abwarten:

Auch Abwarten wurde als nützliche Bewältigungsstrategie genannt (F14).

F 14 Habe es auf mich zukommen lassen.

Sich selber wertschätzen:

Die nächsten Beispiele zeigen, dass es für die Frauen wichtig war, ihr gesundheitliches Handeln wert zu schätzen (F37) und sich an frühere Leistungen und erfolgreiche Erfahrungen zu erinnern (F30).

F 37 ... und, dass ich das [Schonen] auch wirklich gemacht habe.

F 30 Ich habe das das erste Mal geschafft, dann schaffe ich das das 2. Mal auch.

Sinngebung:

Diese Frau (F8) betont, dass es ihr geholfen hat, sich den Sinn der Behandlung bewusst zu machen.

F 8 Die Beruhigung, dass es halt wichtig ist für die Kinder, ..., das war der Punkt.

Hilfe:

Hier (F37) wird die Bedeutung frühzeitiger Hilfe zum Ausdruck gebracht.

F 37 Dass ich mich direkt schonen und ausruhen konnte.

Emotionale Entlastung:

Im folgenden Beispiel (F3) erlebte die betroffene Frau Entlastung durch Weinen.

F 3 Ich bin dann heimgefahren und sagte zu meinem Mann: Ich packe jetzt meinen Rucksack zusammen, und dann habe ich zu heulen angefangen, weil ich auch nicht wusste, was passiert jetzt [Hilflosigkeit].

6.2.2 Coping der Männer zum Zeitpunkt der Diagnose

Im Folgenden wird dargestellt, welche Bewältigungsstrategien von den befragten Männern (n=28) als hilfreich für die Situation der Diagnose genannt wurden. Die Häufigkeiten der einzelnen Kategorien und weitere Nennungen sind in Abb. 18 dargestellt

Die Kategorie Optimismus (n=10) wurde an erster Stelle genannt. Es folgten in absteigender Häufigkeit die Kategorien Problemanalyse (n=7), Unterstützung durch den Arzt (n=6) und Vertrauen in die Medizin (n=4). Akzeptieren (n=3) und Religion (n=3) wurden gleich häufig genannt. Die explorativ durchgeführte Kontingenzanalyse für die Häufigkeit der Nennungen von Männern ohne Kinder und Männern mit Kindern ergab nur für die Kategorie Vertrauen in die Medizin, die ausschließlich von Männern ohne Kinder genannt wurde, mit $p=0.016$ einen signifikanten Wert. Auf Grund der multiplen Testungen kann dieser Wert jedoch auch zufallsbedingt sein. In den anderen Kategorien ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

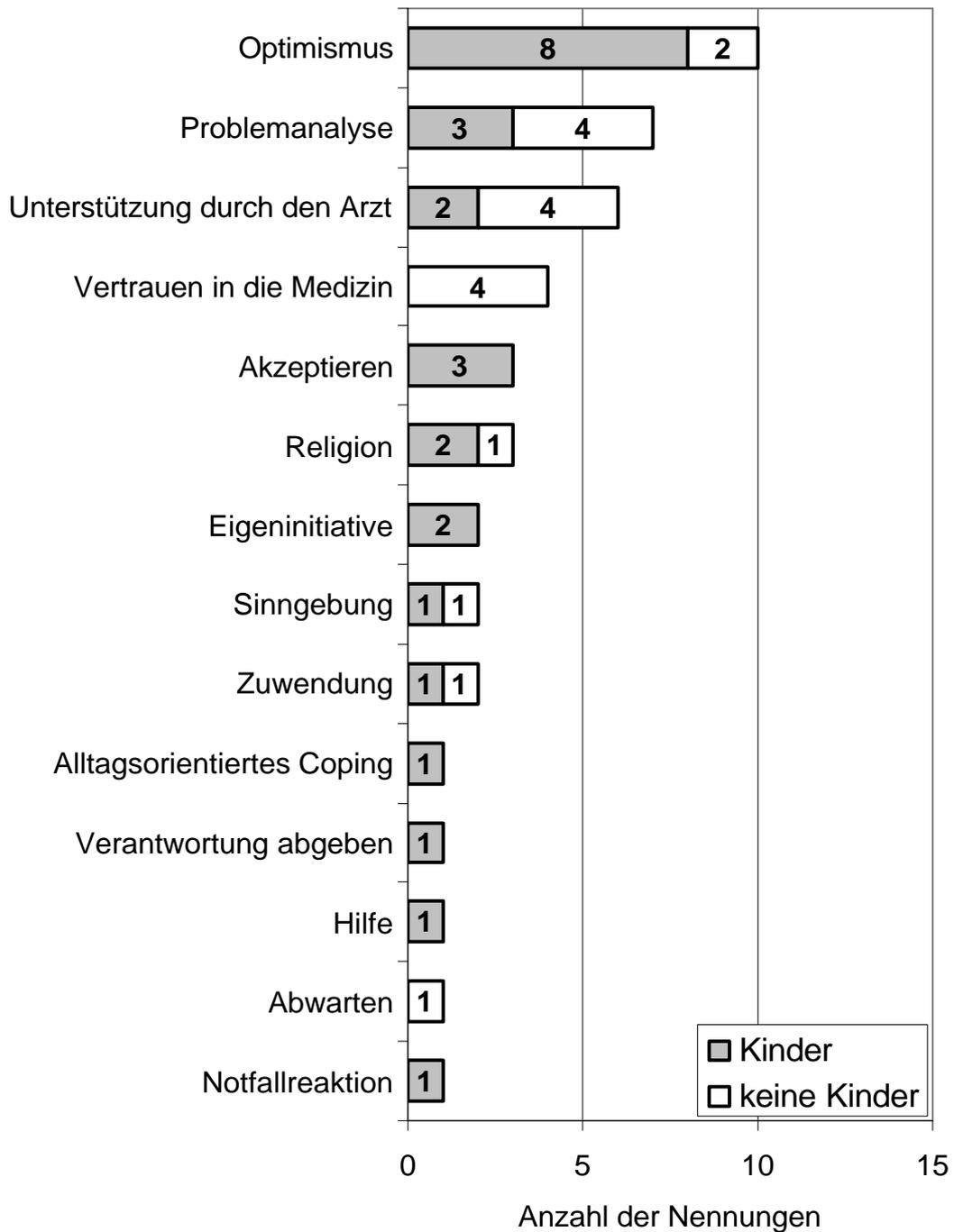


Abbildung 18: Angaben der Männer (n=28) zu ihren Bewältigungsstrategien zum Zeitpunkt der Diagnose differenziert nach Männern mit Kindern: n=17 und Männern ohne Kinder: n=11 (Nennung der einzelnen Kategorien in absteigender Häufigkeit Mehrfachnennungen möglich)

Beispiele:

Optimismus:

Beide Männer (M3, M26) erlebten ihre positive Lebenseinstellung als hilfreich.

M 3 Ich bin grundsätzlich sehr optimistisch eingestellt. Und aus dem Grund denke ich mal, dass ich selber schon gesagt habe, komm, wir müssen erst mal kucken, was jetzt ist [Abwarten] und irgendwie schaffen wir das.

M 26 Geholfen hat mir eigentlich, dass ich prinzipiell ein positiv denkender Mensch bin, ein Optimist, und für mich geht immer alles gut aus, für mich gibt's nichts Schlechtes.

Problemanalyse:

Im ersten Beispiel (M10) werden sowohl die Klärung der Ursache für die Schwangerschaftskomplikationen als auch die Information über Behandlungsperspektiven als hilfreich beschrieben, im nächsten Beispiel (M4) bildet die Bewertung der medizinischen Hilfsmöglichkeiten die Grundlage zur Einschätzung der Gesamtsituation und im dritten Beispiel (M5) steht der Vergleich mit früheren Erfahrungen im Vordergrund.

M 10 Dass Ruhe hilft. Dass man festgestellt hat, an was es liegt und dass man es doch behandeln kann, da ging's besser.

M 4 Weil ich gedacht habe, wenn daheim was passiert, dann ist es bedeutend schlimmer, als wenn wir schon in der Klinik sind und dann ist es sicherer, wenn sie oben bleibt.

M 5 Sie hat zwar Schmerzen gehabt, aber sie hat's nicht so gehabt, wie beim ersten Mal; da habe ich also einen deutlichen Unterschied gemerkt und dass sie da schon rechtzeitig gesagt hat, da ist was, tigern wir los.

Unterstützung durch den Arzt:

In diesen Beispielen (M4, M24, M6) beschreiben die betroffenen Männer, dass die Art und Qualität der Informationsvermittlung durch die Ärzte hilfreich für sie war, um die Situation einschätzen zu können.

M 4 Man hat auch genau gesagt gekriegt, was sie machen, also sie haben gesagt, warum sie es machen. Man ist also nicht wie ein Stück Vieh– sondern einem ist gesagt worden, was jetzt los ist und warum es gemacht wird, was die Gefahr sein kann, wenn es so ist, oder was positiv ist ... das hat einen beruhigt.

M 24 Was ich besonders gut fand, sie [die Ärztin] hat die Lage, so wie sie sich darstellt erklärt, nichts beschönigt, hat aber auch erklärt, dass man nicht in Panik verfallen muss, ganz realistisch.

M 6 Die ausführliche Aufnahmeuntersuchung. Die Ärztin hat den Therapieplan erklärt.

Vertrauen in die Medizin:

Hier (M2) wird das Vertrauen in Medizin und Behandlungsmöglichkeiten als Stütze erlebt.

M 2 Vertrauen in die Medizin, dass man so etwas vielleicht in den Griff kriegt.

Akzeptieren:

Beide Männer (M16, M17) beschreiben, dass sie die Situation bewusst mit Fassung getragen haben.

M 16 Es muss halt gehen.

M 17 Hingenommen, versucht, das Beste draus zu machen.

Religion:

Dieser Mann (M21) findet Halt im Glauben.

M 21 Der Glaube. Habe mir gesagt, Gott macht keine Fehler.

Sinngebung:

Beide Männer (M9, M19) machen sich den Sinn der Situation, bzw. die Aufgabe bewusst.

M 9 Meine zwei Kinder.

M 19 Der Gedanke an meine Frau, dass es ihr gut geht.

Eigeninitiative:

Eigeninitiative kann sich beispielsweise auf die Bewältigung organisatorischer Probleme (M25), oder auf das selbstständige Beschaffen von Informationen beziehen (M15).

M 25 Man muss im Endeffekt einen Weg finden und dann organisieren und dann aus der Situation was machen.

M 15 Wir haben ja auch zu Hause viel gelesen, auch bei der ersten Schwangerschaft schon und haben uns mit allen Komplikationen, was sein kann, haben wir uns informiert. Es war ja zum Glück nie was. Also es war net so, als ob wir da ganz blauäugig an die Sache rangehen, schon ein bisschen cool und gelassen, aber doch vorsichtig, dass man lieber rein fährt und nachschauen lässt, weil es kann ja sonst was sein.

Zuwendung:

Hier (M4) wird die Zuwendung des medizinischen Personals als unterstützend erlebt.

M 4 Geholfen hat, dass immer einer da war, es hat immer wieder einer vorbeigesehen, ob es die Hebammenschülerin war oder eine Hebamme.

Abschließend soll die folgende kurze Textpassage als Beispiel für die engen Wechselwirkungen zwischen Erleben und Coping dienen. Hier (M4) wechselt das Erleben der Angst mit der Copingsstrategie Abwarten und wird von dem Gefühl der Hilflosigkeit abgelöst, das wiederum durch das Vertrauen in die Medizin gemildert wird.

M 4 Erstmal geschockt, und dann mal abwarten wieder, man sitzt halt da und ist hilflos, man muss halt den Leuten vertrauen, die da um einen rumhüpfen.

Für die weiteren, selten genannten Kategorien wird auf den Codierleitfaden verwiesen.

6.3 Erleben im weiteren Verlauf

Im Folgenden wird dargestellt, wie die befragten Frauen und Männer die Zeit nach der Diagnose der Risikoschwangerschaft mit Schonung oder Bettruhe der Frau und Behandlung erlebt haben.

Die Frage im Interviewleitfaden hatte gelautet: „Wie haben Sie sich in der folgenden Zeit gefühlt, als Sie liegen mussten (im Krankenhaus waren)?“ bzw. für die Männer: „... als Ihre Frau liegen musste (im Krankenhaus war)?“ Codiert wurden die Spontanäußerungen der Betroffenen auf die Frage und Aussagen, die hierzu an anderer Stelle des Interviews gemacht wurden. Außerdem wurden die Angaben der Betroffenen auf Ergänzungsfragen einbezogen, wie beispielsweise auf die Frage nach der Reaktion der Umgebung und danach, was am schwierigsten war. Die Männer wurden zusätzlich gefragt, ob und inwiefern sich ihre persönliche Situation geändert hat und ob sie zusätzliche Aufgaben übernehmen mussten. Die Antworten auf die Frage, ob im Laufe der Zeit eine Änderung erlebt wurde, werden für die Frauen in Kap. 6.3.1.1. und für die Männer in Kapitel 6.3.2.1 dargestellt.

6.3.1 Erleben der Frauen im weiteren Verlauf

In diesem Abschnitt wird dargestellt, wie die Frauen die weitere Zeit der Risikoschwangerschaft mit Behandlung erlebt haben. Die Häufigkeiten der benannten Kategorien werden in Abb. 19 zusammengefasst.

Von den befragten Frauen (n=36) berichteten 25 Frauen von fortbestehender emotionaler Belastung und 22 Frauen von Konflikten. 21 Frauen berichteten über konkrete Alltagsprobleme und ebenfalls 21 Frauen über eine eintretende allgemeine/psychosoziale Stabilisierung. In abnehmender Häufigkeit folgten die Kategorien weitere Belastungsquellen (n=17), fortbestehende körperliche Symptome (n=13) und körperliche Stabilisierung (n=5).

Die explorativ durchgeführte Kontingenzanalyse für die Häufigkeit der Nennungen von Frauen ohne Kinder und Frauen mit Kindern ergab für die Kategorie Konflikt, die von Frauen mit Kindern häufiger benannt wurde, einen beinahe signifikanten Wert ($p=0.085$), der auf Grund der multiplen Testungen jedoch auch zufallsbedingt sein kann. In den anderen Kategorien ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

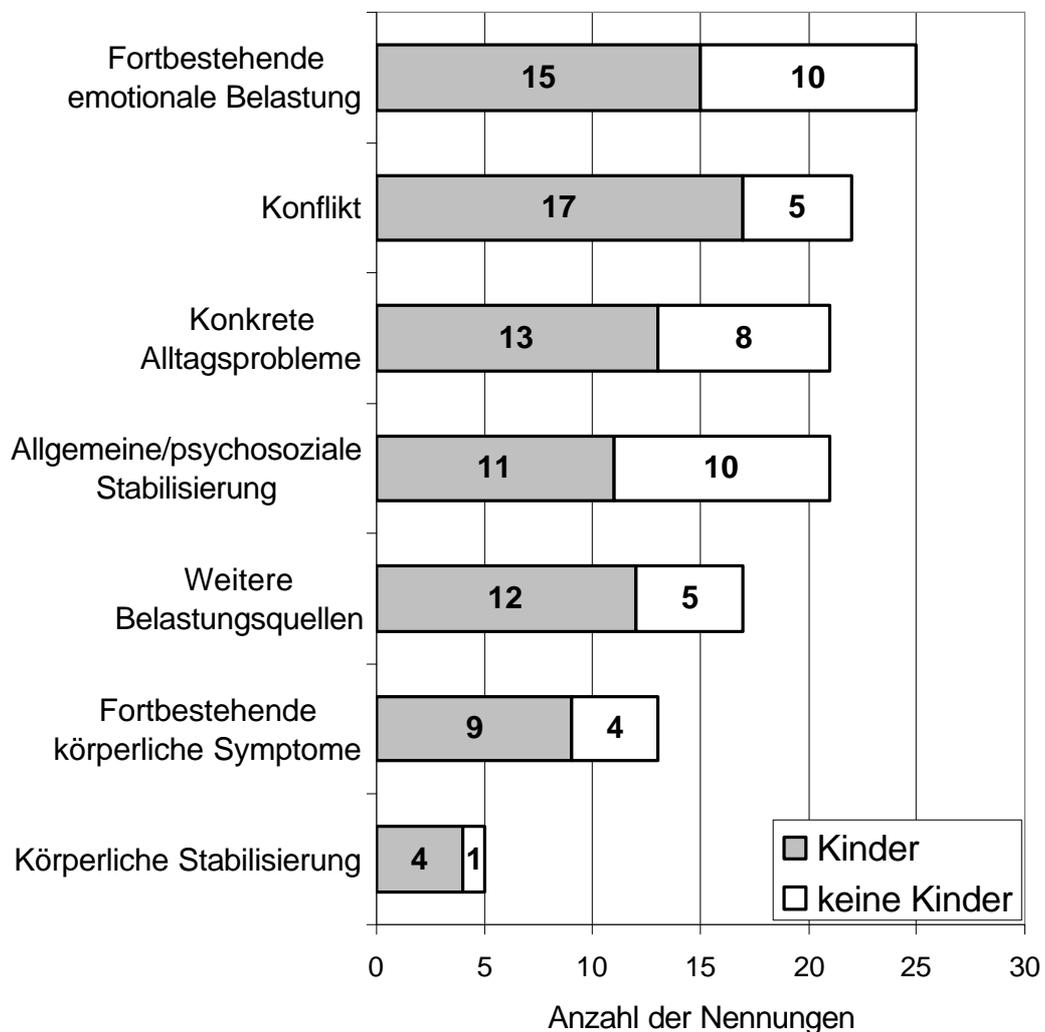


Abbildung 19: Angaben der Frauen (n=36) zu ihrem Erleben im weiteren Verlauf der Risikoschwangerschaft differenziert nach Frauen mit Kindern: n=23 und Frauen ohne Kinder: n=13 (Nennung der einzelnen Kategorien in absteigender Häufigkeit, Mehrfachnennungen möglich)

Beispiele:

Fortbestehende emotionale Belastung:

In den folgenden Beispielen wird die fortbestehende Unsicherheit und Hilflosigkeit der Patientinnen sowohl bei stationärer Behandlung (F26, F 14, F7) als auch bei häuslicher Behandlung (F17) deutlich.

F 26 Die Ungewissheit hat kein Ende genommen, immer etwas anderes an Komplikationen.

F 14 Drei Wochen ist noch kurz, aber für mich war's schon lang, und man weiß ja nicht, wie's weitergeht und es sich entwickelt, und dann liegt man da und es schraubt ständig einer an einem rum und man wird im Prinzip auch nicht so richtig informiert, was los ist und, wie geht's den Kindern und wie geht's den Kindern mit dem Partusisten eigentlich und da macht man sich ja auch noch Gedanken und ist drauf bedacht, dieses i.v. Zeug loszukriegen vielleicht lieber auf die Tabletten, wo's weniger ist.

F 7 [Auf die Frage, was am meisten belastet hat] Nicht zu wissen, was los ist, ob das Kind irgendeine Krankheit oder Behinderung hat. Auch die Ärzte mussten sagen, dass sie nicht wissen, was die Ursache des schlechten Wachstums des Kindes ist. In der Frauenklinik war ich dann die einzige mit vorzeitigen Wehen, die einzige, die nicht wusste, was mit ihrem Kind ist. Alle sind gekommen und gegangen und haben ihre Kinder mit heimgenommen.

F 17 Und dann war ich daheim, aber ich habe immer ein ungutes Gefühl gehabt. Alle 2 Tage war ich im Krankenhaus, für irgendwelche, da zwickt's wieder, könnte doch was sein? Also so richtig Psyche, das war ganz schlimm schon.

In den nächsten Beispielen ist für die Patientinnen die ständige Angst vor einer Frühgeburt (F17, F33, F32, F28) bzw. die Angst vor dem weiteren Schwangerschaftsverlauf (F13) vorherrschend.

F 17 Ich habe immer Angst gehabt, jetzt kriege ich wieder eine Wehe, hoffentlich ist nichts, jetzt kommt wieder ein wenig Blut, hoffentlich ist nichts. Ich traute mich dann schon gar nicht mehr aufs Klo zu gehen, hoffentlich ist nichts. Wenn ich jetzt drücken muss, weil es ja mit dem Darm ja natürlich auch nicht funktioniert hat, hoffentlich ist nichts. Das beschäftigt dich tagtäglich, nachtnächtlich. Das ist ganz schlimm.

F 33 Aber es war trotzdem, wenn irgendwo ein unrichtiges Zipperlein war, das kenn ich von den anderen Schwangerschaften nicht, dann hat man sofort wieder die Panik gehabt.

F 32 Es war für mich eine Zeit der Angst. Jedes Mal, wenn ich die Wehen hatte, dachte ich, jetzt bin ich bestimmt irgendwo in einem Krankenhaus und das Kind im Brutkasten, weil es einfach noch viel zu früh war. Es war schlimm, psychisch war es einfach schlimm.

F 28 Aber es blieb immer die Angst.

F 13 Von der Zeit her waren Sommerferien; in der Zeit muss mein Mann Freizeiten machen und ich hatte immer den völligen Horror, dass in der Zeit die Kinder kommen und er dann nicht rechtzeitig zur Geburt da ist. Und es war mir eh so eine schlimme

Vorstellung mit dem Kaiserschnitt und wenn der dann nicht dabei ist, wenn die mir den Bauch aufschneiden, das schaff ich net. Es war eine Wahnsinnsanspannung.

Hier (F22) steht für die Patientin die Angst um die Beziehung zum Sohn zu Hause im Vordergrund.

F 22 Ich habe auch Angst gehabt, vor allem zum Schluss, ob ich net langsam eine Fremde für ihn [den Sohn] werd. Ob er dann nicht irgendwann, wenn ich daheim bin, sagt: „Ich geh zur Oma, du hast ja die Kleinen noch dabei“, und bin son bissle abgemeldet.

Konflikt:

Im nächsten Beispiel (F2) ist es für die betroffene Frau problematisch, sich mit ihrer Situation abzufinden und auf Arbeit und Aktivität zu verzichten.

F 2 Hinlegen war das Schwierigste. Das Loslassenkönnen ist mir überhaupt nicht leicht gefallen, dass man sagt, ok ich bin jetzt ruhiggestellt und ich muss mich jetzt auf mich konzentrieren und ich darf nicht mehr rennen und nicht mehr hektisch sein, weil ich auch eher so ein Hektiker bin. Das war so das Schlimmste. Und dann habe ich halt auch gedacht, ohne mich geht's –, ich mein, klar, es waren ja immer noch ein paar Wochen, wo ich wusste, da muss es ja auch ohne mich gehen, aber bis dahin, ich hätte ja noch und wollte ja noch. Das hat 2 bis 3 Wochen schon gedauert, bis ich da loslassen konnte.

In den folgenden Beispielen (F35, F27, F31) wird das Annehmen von Hilfe bei häuslicher Behandlung aus unterschiedlichen Gründen als problematisch beschrieben.

F 35 Vormittags konnte ich mich ja sowieso hinlegen, weil die beiden in der Schule waren, das habe ich auch gemacht, so ein, zwei Stunden, aber ich konnte nicht wirklich stillhalten, ich habe hier alles weiter gemacht und hatte auch noch nie Hilfe im Haus, sodass ich das auch nicht sofort loslassen konnte.

F 27 Die Familienpflegerin war ein älterer Mensch und ich sitz faul auf der Haut und sie macht für mich die Arbeit; das ist für mich sehr, sehr schwer.

F 31 Und da bin ich mir auch manchmal blöd vorgekommen, weil ich kein Typ bin, wo nur mich hinlegen kann, also ich muss dann schon mal rausgehen und ich glaub, die [Nachbarn, Bekannte] haben gedacht, die nützt das ein bisschen aus, aber dass ich eigentlich doch immer Angst gehabt hab, haben die net so gesehen, außen dran. Da war jetzt auch keine im Bekanntenkreis, wo in der gleichen Situation war. Die konnten alles machen in der Schwangerschaft. Da kommt man sich ja selber dumm vor. Stell ich mich a weng blöd an, bin ich weng so weicheiig. Man frägt viel. Das war auch schwer zu akzeptieren, dass man Hilfe braucht. Außen ist es ja anders gesehen worden: „Hast du es gut, lässt dich schön verwöhnen.“

Bei diesen Frauen (F31, F29, F24) führt die Notwendigkeit, sich zwischen den Bedürfnissen der älteren Kinder und der Schwangerschaft zu entscheiden, zu Konflikten.

F 31 Das Liegenbleiben [war am schwierigsten], weil die Kinder kamen: – „Mama komm!“ Meine Kinder sind sehr fordernd. Die Familienpflegerin hat wirklich versucht, sie wegzuhalten vom Schlafzimmer, das war aber sehr schwer. Grad wenn jetzt der Kleine wach war, den konnt man ja gar net beruhigen, da musste ich trotzdem hin. Aber mir hat es schon geholfen, dass die dann da war, dass ich sagen konnte, ich kann jetzt wirklich nimmer. Dass ich liegen bleib, wo ich weiß, die Kinder brauchen mich. Die anderen. Das war dann so die Entscheidung, ich muss mich für das jetzt im Bauch schonen, die anderen müssen jetzt einfach zurückstecken, denen geht's jetzt gut, die brauchen mich net so. Das war schon für mich ein innerlicher Kampf, dieses zu sagen, also gut, jetzt ist dieses einfach dran, dieses Kind. Das ist mir dadurch schwer gefallen, das Liegenbleiben, wenn die anderen gerufen haben, oder es irgendwelche Probleme gab. Wegzuhören und andere machen zu lassen, das war für mich das Schwerste.

F 29 Wie ich weg war, war es für die Kinder auch leichter zu verstehen, aber wie ich dann daheim war. – „Du bist doch daheim?“ – Die Haushaltshilfe war ja dann noch da und hat das meiste mit den Kindern gemacht – „Warum gehst du net mit?“

F 24 Und dann musste ich nur liegen. Aber schlimm war, dass meine Tochter noch nicht im Kindergarten war, ... und mein Mann ist immer mit der gekommen, und die hat geweint, weil die mich vermisst hat. Und immer geweint und geweint, und dann habe ich zu dem Arzt gesagt, nach 2 Wochen, dass ich einfach heim muss. [Eigeninitiative] Weil ich psychisch selber nicht mehr konnte. Ich habe nichts mehr essen können.

In den folgenden Beispielen bestehen Konflikte bezüglich der Behandlung (F9, F32) und der Einschätzung der eigenen Symptome (F22, F4).

F 9 Ich hab lang überlegt, ob ich drin bleiben soll, aber die Ärzte haben das so hochgespielt und dann wollte niemand die Verantwortung übernehmen.

F 32 Der Arzt hat das [Familienpflege] nicht bescheinigt, weil er damit nicht einverstanden war, dass ich von der Hebamme zu Hause betreut wurde.

F 22 Im Prinzip spürt man, dass was nicht in Ordnung ist, aber wenn man das von außen so eingeredet kriegt, denkt man sich: na ja, hast ja wirklich noch keine Zwillinge gekriegt, das erste war ja nur eins. Und wenn man schon ein Kind hat, zögert man es schon von sich aus länger raus, diese Krankenhausaufenthalte.

F 4 Die Ärztin war sehr nett, die hat gesagt, gehen sie jetzt heim und schonen sie sich. ... Aber die Anweisung, gehen sie heim und schonen sie sich, das ist, wenn ich eine Grippe habe, sagt mir mein Arzt das auch. Das ist ziemlich allgemein schon. Jetzt lieg ich da mal zwei Stunden auf der Couch, ja jetzt hab ich aber keine Beschwerden und nichts, was mache ich jetzt? Auf der einen Seite denkt man sich, ich bin ja nicht krank und man weiß selber nicht, übertreibt man selber, dass man sich so übersensibel – ich bin jetzt auch kein Mensch, der sich hinlegen kann und ewig die Füße hochlegen kann und sagen kann, also macht mal, ich bin jetzt schwanger und alle anderen müssen sich jetzt um mich kümmern. Der Typ bin ich nicht. Ja man ist da so ein bisschen im Zwiespalt ... man kuckt auf jedes kleine Picken und Ziehen ... und zum anderen versucht man immer: das war jetzt nichts und das hat sich ja auch an Hand des Infektes rausgestellt und der ist ja jetzt behandelt. Man kämpft da mit sich selber ein bisschen.

In diesem Beispiel (F26) wird der Zwiespalt bezüglich der Einschätzung der eigenen Symptome und der folgenden Konsequenzen durch die bestehenden Interessenkon-

flikte verstärkt. Zudem wird durch die Art dieser Frau, mit ihren Symptomen umzugehen, ihr persönlicher Bewältigungsstil (Repressor) deutlich.

F 26 Ich habe ihm [dem Ehemann] zwar zwischendurch immer wieder gesagt: Helf mir oder mach doch weng was. Und da hat er mir dann irgendwann gesagt, er hat keine Zeit jetzt und ich muss das jetzt irgendwie schauen, dass ich das irgendwie selber ... Und da habe ich mir gesagt: gut, dann mache ich das jetzt irgendwie selber. Vielleicht stelle ich mich auch nur zu zimperlich an. Andere Frauen in Afrika, die haben da viel mehr zu schleppen und die machen da kein so großes Theater draus. Da habe ich dann gemerkt, zwischendurch tut's mir schon weh, wahrscheinlich waren das dann schon so Vorwehen. Da habe ich gedacht, jetzt machst du ein bisschen langsamer, aber deswegen muss man trotzdem die Sachen in den 2. Stock tragen. Und viel Ausruhen war auch nicht. Es war immer was los ... und ich sollte meinem Mann auch den Rücken freihalten, die Kinder mussten versorgt werden, ich bin immer zwischendurch ins Büro gefahren, die Einkäufe. Es war ein sehr hektischer Tagesablauf. Habe dem Frauenarzt das gesagt und er hat mir Magnesium gegeben und gesagt, schauen sie, dass sie etwas langsamer machen. Er ist auch nicht einer, der gleich krankschreibt. Ich meine auch, dass man nicht gleich wegen jedem Schnupfen krankgeschrieben werden soll, aber da habe ich mir gedacht, vielleicht hätte ich schon vorher etwas Hilfe kriegen können. Oder vielleicht hat er das nicht akut angesehen. ... Augen zu und durch. Mir ging es ja nicht schlecht. Man gewöhnt sich daran ... aber es ist halt trotzdem viel.

Konkrete Alltagsprobleme:

Die folgenden Beispiele zeigen konkrete Probleme des Klinikalltags für die Patientinnen, bezüglich der Behandlungsmaßnahmen (F13), deren Durchführung (F11) und der Nebenwirkungen (F11).

F 13 Ich habe fast täglich eine neue Nadel gebraucht. Einmal habe ich eine gelegt bekommen, die hat total wehgetan und der Arzt hat sich geweigert, die wieder raus zu machen. Es gab einen Zeitpunkt, da habe ich gesagt, ich bleibe freiwillig zwei Wochen länger da, wenn ich keine Nadel mehr krieg. Das war das Einzige, wo ich gedacht habe, das halte ich nicht mehr aus. Ich weiß noch, ich habe nachts eine neue gebraucht und die diensthabende Ärztin hat keine Stelle mehr gefunden und wollte sie mir in den Fuß legen. Ich habe dann gesagt, ich will überhaupt keine Nadel mehr.

F 11 Die ersten drei, vier Mal war das [CTG] interessant, dass man mal gesehen hat: hach, die Herztöne! Dann haben die das oft so laut eingestellt, das war das Schrecklichste. Wenn es im eigenen Zimmer war, konnte man ja noch sagen, macht's doch bitte ein bisschen leiser. Aber das hast du manchmal aus dem Nebenzimmer rübergehört, so laut war das, und wenn du gerade einen Mittagsschlaf machen wolltest, das ging dann nimmer. Da waren ein paar so was von uneinsichtig, oder schwerhörig, das habe ich mit unfähig gemeint. Wenn da eine so unsensibel ist und das auf volle Lautstärke aufgedreht hat, das pfeift ja dann immer so und kratzt und kracht. Und da habe ich mir gedacht, das hören die Babys doch genauso, das ist ja bestimmt auch Stress. Das sollten die schon besser machen.

F 11 Muss ich jetzt wieder an den Wehentropf oder nicht. Den habe ich natürlich gefürchtet wie die Pest. Weil, erstens hat man da das lästige Gestell dauernd mit sich rum

schieben müssen, und da kannst ja nicht mehr schlafen. Da kriegst du ja so Herzklopfen, bist dauernd aus der Puste und kannst net schlafen vor lauter Herzklopfen.

Diese Patientin (F14) empfindet die häufigen CTG Untersuchungen bei ausbleibender Besserung der Symptomatik als Belastung.

F 14 Vier Mal am Tag das CTG und man sieht, man hat Kontraktionen, es schlägt nicht so richtig an. Man war aufgeregt, wenn die Herztöne nicht leicht zu finden waren. Ich habe auch immer auf die Aufzeichnung geschaut und wollte ja, dass es sichtlich besser wird, das war aufreibend.

In diesen Beispielen (F30, F14) wird deutlich, dass die betroffenen Frauen darunter leiden, sich nicht von der Situation ihrer Zimmernachbarin abgrenzen zu können.

F 30 Ganz am Anfang hatte ich eine Mutter, eine, die auch schon ein Kind hatte und mit Zwillingen schwanger war, und das war ganz dramatisch, und ich hatte das Gefühl, ich habe selbst so viel, und da werde ich auch noch mit dem Leid anderer belastet.

F 14 Ich weiß, es ist schlimm mit der Krankenhausbelegung, es ist schwierig, aber grad bei solchen Frauen kann man nicht eine Frau dabei legen, die grad ein neues Baby hat, und man liegt da drin und weiß nicht – , und dann wird alles noch schlimmer.

Bei den folgenden Beispielen stehen Probleme mit Mitpatientinnen vor allem durch fehlende Ruhe (F11, F16, F2), mangelnde Rückzugsmöglichkeiten (F30, F2) und mangelnde Privatsphäre im Vordergrund (F14).

F 11 Und beim zweiten Krankenhausaufenthalt war ich mit einer sehr netten Amerikanerin im Zimmer, die hat geschnarcht, so was habe ich noch bei keinem Mann gehört. Also das war ein wahnsinniger Stress. Ich bin dann nach 1 ½ Wochen wieder heim, um mich auszuschlafen.

F 16 Ich habe da drin echt wenig geschlafen, weil, da war eine, die hat mit ihrem Mann bis abends nach 10 gequatscht. Da habe ich gesagt, ich geh heim auf eigene Gefahr, weil ich will schlafen, ich komme hier nicht zur Ruhe. Meine Kinder sind wesentlich ruhiger als das.

F 2 Und es war ein Kommen und Gehen in dem Zimmer, die hat bis nachts um 1 noch telefoniert, der Fernseher lief den ganzen Tag. Ich hatte meine Wehen, ich wollte eigentlich nur meine Ruhe haben, und ich hatte das auch bei den Schwestern angedeutet, aber da war nichts zu machen. Und Auslöser war, an einem Abend war mein Mann da, die haben Fernsehen geschaut, Radio per Kopfhörer gehört und telefoniert und dann noch Besuch drin. Und das war einfach kein Ruhepol, wenn man Wehen hat und ich hing ja auch am Wehenblocker.

F 30 Und dann war da noch eine Türkin, die hatte immer zwanzig Mann Besuch, die saßen dann auf meinem Bett und auf ihrem Bett. Normalerweise ist mir das wurst, dann sage ich, dann gehe ich eben in die Cafeteria, aber man kann ja nicht, und das hat mich belastet und dann habe ich gesagt, das kann ich nicht. Und man hat ja auch an dem körperlichen Zustand gemerkt, es wird zwar nicht schlimmer, aber besser wird's auch nicht.

F 14 Ich lag in einem Zweibettzimmer, man wusste, dass ich länger liegen werde und es kamen Frauen, die schon entbunden hatten, mit dem Baby rein, oder zur künstlichen Befruchtung, die halt nur einen Tag da sind. Die kriegen dann viel Besuch, und das immerzu, und man liegt da drin und muss sich im Bett waschen.

In den nächsten Beispielen (F26, F29, F24) werden die Probleme der Frauen durch die Sorge um die Betreuung der Kinder deutlich.

F 26 Sorge, wie macht sich jemand Fremdes bei mir zu Hause, hatte die Kinder auch noch nie weggegeben.

F 29 Ich kannte die Haushaltshilfe nicht; wer passt jetzt da auf deine Kinder auf?

F 24 Habe gefragt, ob das Krankenhaus sich kümmert, wenigstens um Kindergartenstelle, dass die [Tochter] wenigstens die paar Stunden da kriegt. Aber nichts, gar nichts. Das war das Schwierigste.

In diesem Beispiel (F22) beschreibt die betroffene Frau Schwierigkeiten bei Besuchen gemeinsam mit dem Kind.

F 22 Wenn der Sohn mitgekommen ist, mussten immer zwei Personen mitkommen. Einer war mit dem Kind beschäftigt und einer konnte noch ein paar Worte mit mir reden. Und selbst, wenn man draußen im Gang war, da waren ja nur 2 Sitzgelegenheiten eine ganz außen und eine in der Mitte, dass man wenigstens ein bisschen die Legos ausbreiten konnte. ... Das war für mich das Schlimmste, wenn der Sohn dabei war, nicht viel mit ihm unternehmen zu können. Der hat sich dann zwar aufs Bett gesetzt, aber wenn dann ein anderes Bett nebenan abgedeckt war, musste man schon wieder reden: setz dich da net drauf, bloß net! Also für Kinder hat's gefehlt. Wir hatten zwar die Spielsachen alle dabei, aber der Raum fehlt und auch das Ambiente, wo man hätte sagen können, man hätte sich mit einem Kind wohl fühlt. Dass es einfach mal schreien kann, das kommt auch vor.

Die folgenden Beispiele verdeutlichen unterschiedliche problematische Aspekte der häuslichen Behandlung, wie: unzureichende Zeit der Familienpflegerin (F27), die Schwierigkeit, die Hilfe einer fremden Person für private Alltagsvorrichtungen in Anspruch zu nehmen (F33), oder einfach Langeweile (F21).

F 27 Schwierig war, dass die Familienpflegerin nur halbtags bzw. stundenweise kommen konnte und dann doch einiges liegen blieb, was abends der Mann erledigen musste.

F 33 Dann kam die Haushaltshilfe und hat gesagt, legen Sie sich hin, machen Sie nichts. Und hat das erste Mal die Betten gemacht, das war ein ganz komisches Gefühl, oder die Wäsche oder so, das sind so Sachen, da sagt man, das ist eigentlich mein Intimbereich, da will ich niemanden ranlassen. Und plötzlich kommt jemand Fremdes und macht das, und das hat fast 14 Tage gedauert, bis ich da richtig loslassen konnte. Einfach diese Ruhe zu finden und zu sagen, ich bleib hier liegen.

F 21 Zu Hause die Angst, man wird blöd – apathisch, man sitzt da und denkt sich: Jetzt ist wieder eine Stunde rum.

Allgemeine/psychosoziale Stabilisierung:

Die folgenden Beispiele (F5, F13, F14) beschreiben eine eintretende allgemeine Stabilisierung während des stationären Aufenthaltes, die von den betroffenen Frauen hauptsächlich darauf zurückgeführt wird, dass sie sich an den stationären Alltag gewöhnt haben und sich eine gewisse Routine eingestellt hat.

F 5 Eher leichter dadurch, dass man dann ein bisschen Routine kriegt. Man hat sich ja dann häuslich eingerichtet mit Handarbeit, Fernseher und allem. Es ist leichter gefallen, dadurch, dass halt niemand auf einen gewartet hat.

F 13 Irgendwann, man gewöhnt sich dann, ist es besser geworden, sind die Tage schneller rum gegangen, der Tag hat eine andere Struktur gekriegt, das Tageshighlight war immer, wie ich zum Duschen gegangen bin. Und dann habe ich gemerkt, wie ich über der Halbzeit war von diesen 7 Wochen, ab da ging's dann, glaube ich, aufwärts.

F 14 Leichter,... Man wusste, wie alles abläuft.

Hier ist für die Frau (F22) die Möglichkeit, je nach aktuellem körperlichem Befinden auch für kurze Zeit entlassen zu werden [Unterstützung durch den Arzt], ausschlaggebend für ihre verbesserte Stimmungslage.

F 22 Aber es war für mich sehr angenehm, dass man versucht hat, das [den körperlichen Zustand] zu stabilisieren und wenn stabil ist, dass man auch sagt: „Sie können heim unter der Prämisse, wenn's schlechter wird, kommen Sie wieder.“

In den folgenden Beispielen (F31, F35) wird die eintretende Stabilisierung im Rahmen häuslicher Behandlung beschrieben, wobei auch hier die Wechselwirkungen zwischen Erleben und Coping deutlich werden.

F 31 Man hat sich auch an die Hilfe [Hilfe] gewöhnt. Weil die Angst auch nimmer so groß war. Aber am Schluss hab ich gesagt, ich genieß es jetzt einfach. Einfach genießen. Ich hab die Hilfe, nimm die Hilfe an.

F 35 Eigentlich konnte ich das auch sehr genießen, konnte es gar nicht fassen, dass ich mich so hinlegen darf, dass ich das Recht habe, so viel Ruhe zu haben am Tag. Das war auch ein sehr entspanntes Gefühl, was sich da auf einmal breit machte. Und die Zeit für das Kind, diesen Kontakt einfach zu intensivieren, der ja im Alltag mit zwei Großen nicht so ist [Sich etwas Gutes tun]. Und diese ganze Rücksichtnahme von allen [Zuwendung], das hat schon enorm gut getan.

Bei diesen Beispielen (F29, F31) wird das Fortschreiten der Schwangerschaft bewusst wahrgenommen [Problemanalyse] und als stabilisierend erlebt.

F 29 Die Angst wurde langsam weniger, als man sagen konnte, es ist jetzt alles entwickelt.

F 31 Je weiter ich gekommen bin in der Schwangerschaft, um so leichter ist es mir gefallen, weil ich gesagt habe, jetzt kann ja nichts mehr passieren, jetzt bin ich auf der sicheren Seite.

Weitere Belastungsquellen:

Die folgenden Beispiele (F30, F28, F13, F27, F36) zeigen Reaktionen der Umwelt, die von den Frauen als zusätzliche Belastung zu ihrer Situation empfunden wurden.

F 30 Weil jeder sagte, „ach Gott!“ und „schon wieder!“ und „oh lieber Himmel!“ und „oh je!“ und „hättet ihr’s mal sein lassen!“. Also, im Nachhinein war es wenig hilfreich.

F 28 Bin oft begrüßt worden mit: „Ja, zwei Kinder hätten auch gereicht!“.

F 13 Bei der Arbeit und im Umfeld sagten viele: „Ach Gott Zwillinge!“ und: „Bestimmt im siebten Monat ein Kaiserschnitt.“

F 27 Es gab viele Reaktionen: „Was, stell dich nicht so an, jetzt brauchst du auch noch eine Haushaltshilfe!“

F 36 Außenstehende verstehen es nicht, dass man sich keine schöne Zeit macht, wenn man so lange im Bett liegt. Kollegin: „Du hast’s ja gut, du liegst ja da“. Die Schwiegermutter vermittelte den Eindruck: Ich plag mich hier ab und die liegt da nur faul rum.

In den weiteren Beispielen berichten Patientinnen von Situationen, in denen sie den Umgang und die Kommunikation mit medizinischem Personal (F14, F11, F28), oder Gegebenheiten des Klinikalltags, wie z. B. wechselnde ärztliche Betreuung (F6, F10), routinemäßiges Vorgehen bei Untersuchungen (F11, F18), lange Wartezeiten oder eine lange Anfahrt bei ambulanten Terminen (F24, F38) als zusätzliche Belastung empfunden haben.

F 14 Viele haben auch einen so unnahbaren Eindruck gemacht, dass man sich auch gar nicht getraut hat zu sagen, könnten wir vielleicht das Gespräch mit meinem Mann führen, hätten Sie da noch mal Zeit?

F 11 Nachdem meine Schwester als zweites angerufen hat, hat die Hebamme gesagt, ich soll mich da nicht ständig anrufen lassen, weil, sie kann mir nicht ständig das Telefon bringen. Dabei lag das ja nicht an mir, ich hab ja nicht gesagt, dass mich jemand anrufen soll. Das hat mich dann gerade in der Situation sehr aufgeregt. So unsensibel. Und dann hat sie mir auch noch erklärt, ich soll mich mal drauf einstellen, dass ich bis zur Entbindung wahrscheinlich liegen kann, ich durfte ja nicht mal aufs Klo gehen, obwohl ich mich ja gut gefühlt hab, die Schmerzen waren ja weg. Ich hätte ja aufstehen wollen. Ich hab gedacht, jetzt soll ich bis zur fünfunddreißigsten Woche, das sind ja zehn bis elf Wochen, hier liegen. Und das am 24. Dezember, so eine Eröffnung!

F 28 [Bei einer Untersuchung wegen Blutungen in der 13. SSW]: Die Gebärmutter sei so stark abgesenkt, dass die Schwangerschaft nicht zu halten sei.

F 6 Dann in 5 Tagen 6 verschiedene Ärzte.

F 10 Was sehr gestört hat, waren die vielen verschiedenen Ärzte. In den 5 Wochen hatte ich zu jeder Dopplersonographie einen anderen Arzt. Ich habe angeboten, die Untersuchungen zu machen, wenn der Arzt Dienst hat ... irgendwann, wenn es nur mal der gleiche wäre. Jeder Arzt misst anders, setzt die Punkte anders am Kopf und zum Schluss ist mein Kind nur noch geschrumpft. Man hat bei der letzten Untersuchung gesagt, ja Ihr Kind ist ja jetzt kleiner geworden, und das ist das, wo ich gesagt habe, jetzt gehe ich heim. Das halte ich jetzt nimmer aus. Ich habe gesagt, es kann doch nicht sein, dass mein Kind schrumpft. Das war für mich deprimierend. Während der Untersuchungen hat man sich gut gefühlt, nur, dass permanent ein anderer Arzt und eine andere Aussage.

F 11 Manchmal sind sie zu zweit gekommen [um das CTG anzulegen], das war immer schlecht, weil, dann haben sie zu zweit umeinander gefuhrwerkelt. Wenn eine allein gekommen ist, dann musste ich ja mithelfen, und so konnte ich dann selber ein Gefühl entwickeln. Ich hab's bei meinem Bauch dann am häufigsten gemacht. Keine Krankenschwester hat da so oft hingelangt wie ich selber, und ich hab's allerbeste Gefühl dafür gekriegt, wie finde ich die Herztöne. Und wenn dann eine gemeint hat, nein, wir sind zu zweit und wir machen das selber, das fand ich furchtbar. Man kommt sich so entmündigt vor.

F 18 Es war ziemlich hektisch in der Klinik; ich lag von Donnerstag bis Montag im Kreißsaal. Es war langweilig, es war noch schlimmer als im Krankenhauszimmer; ich lag im Hemdchen und alle konnten vorbeilaufen, da war es schon fast egal.

F 24 Was ich nicht verstanden habe, weil ich gegangen bin von dem Krankenhaus, der Arzt war damit nicht einverstanden. Ich versteh den auch, weil ich die Kinder in Gefahr gebracht habe, aber er gewollt hat, dass ich jeden Dienstag zur Untersuchung komme. Das war noch schrecklicher für mich. Wenn ich da hingekommen bin, wenn er schon gewusst hat, dass ich diese Gefahr angehe, wenn er mich gesehen hätte, oder wenn ich mich angemeldet, hätte er mich gleich nehmen sollen. Das hat er aber nie gemacht. Und einmal hat er mich sogar sitzen lassen, hat er alle Frauen genommen, mich hat in so Zimmer gesetzt, wo die den Blutdruck und alles messen, und ich habe gewartet, war schon dunkel und alles und auf einmal kommt die Hebamme und sagt, er ist heimgegangen. Und ich war die einzige, die da geblieben ist. ... Mein Mann hat sich immer frei genommen und mich rein gefahren. Also wenn ich mich angemeldet habe, wenn ich schon da hingekommen bin, da hätte er mich sofort nehmen müssen. Oder die Wartezeit, wenn er gewusst hätte, ich kann erst eine Stunde später, hätte er mich irgendwo hinlegen können.

F 38 Widerspruch zwischen großer Besorgtheit der Klinik [und der Verordnung ambulanter Termine]. Ich musste alle 2 Tage zur Kontrolle, der Mann fährt nicht Auto, ich musste also hochschwanger mit Rückenbeschwerden selbst fahren, laufen, parken etc. Habe gefragt, ob ich nicht zum Frauenarzt gehen könnte, weil das so anstrengend ist. Der Kompromiss war dann abwechselnd mal zum Arzt dann in die Klinik. Es war ein großer Stress. Ich habe mich immer vor der Fahrt gefürchtet.

In den folgenden Beispielen (F33, F29, F31) berichten Patientinnen über Schwierigkeiten mit der Kostenübernahme für die Familienpflege, die sie als zusätzliche Belastung empfunden haben.

F 33 Dann habe ich gedacht, wenn ich in der Klinik liege, muss jemand zu Hause sein und die Kinder betreuen, muss da sein, also kann auch jemand kommen, wenn ich zu

Hause bin. Und hab mich dann selbst drum gekümmert, wobei das mit der Krankenkasse ein Affenzirkus war. Das war noch nervenaufreibender als alles andere. [Krankenkasse wollte, dass sie nach Frankfurt fährt und sich an den Schalter stellt] ... dann habe ich gefragt, ob sie [die Sachbearbeiterin] mitgekriegt hätte, weswegen ich diese Haushaltshilfe bräuchte.

F 29 Das wöchentliche Neubearbeiten der Haushaltshilfe bei der Krankenkasse war eine große nervliche Belastung. Immer nicht zu wissen, sind die Kinder jetzt betreut, und nicht zu wissen, wie geht es jetzt weiter.

F 31 Das fand ich so ein bisschen schade, die legen es drauf an, dass man ins Krankenhaus muss, wo das ja viel mehr kostet. Ich musste dann 1-2 Wochen alleine zu recht kommen. Erst eine Woche prüfen. Wenn es jetzt absolut akut gewesen wäre, wäre es schwierig gewesen. Weil es immer hieß, wenn es nicht absolut nötig gewesen wäre, muss ich das selber bezahlen. Jedes mal, wenn der Arzt das ausgeschrieben hatte, musst du wieder warten, bis die Krankenkasse das genehmigt hat.

Fortbestehende körperliche Symptome:

Hier (F18, F14, F26, F5) schildern die betroffenen Frauen ihre Belastung durch die nicht dauerhaft nachlassenden körperlichen Symptome.

F 18 [Mit der Zeit war es] eher schwerer, weil die Medikamente nicht so angeschlagen haben wie sie sollten.

F 14 Immerzu das Auf und Ab. Und Tabletten, dann wieder i.v. und man ist frustriert, wenn es keine richtige Besserung gibt.

F 26 Die Ungewissheit hat kein Ende genommen, immer etwas anderes an Komplikationen.

F 5 Ich habe nämlich jeden Besuch und alles gemerkt. Also an der Wehentätigkeit. Die Schwestern sind jedes Mal aus allen Wolken gefallen.

Körperliche Stabilisierung:

Diese Frauen (F37, F24) beschreiben den günstigen Einfluss körperlicher Stabilisierung auf ihr Gesamtbefinden.

F 37 Gemerkt, es wird schnell besser.

F 24 Ich habe gemerkt, dass mit dem Tropf das [die Wehen] weniger war.

6.3.1.1 Änderung des Befindens mit der Zeit

Auf die Frage, ob sich das Befinden mit der Zeit geändert habe, gaben von den befragten 36 Frauen 17 Frauen an, dass es ihnen mit der Zeit eher leichter gefallen sei, mit der Situation umzugehen, während es 7 Frauen mit der Zeit eher schwerer fiel. Die weiteren Angaben sind in Tab. 4 zusammengefasst.

Tabelle 4: Angaben der befragten Frauen (n=36) zur Veränderung ihres Befindens im Verlauf der Risikoschwangerschaft

Befinden der Frauen mit der Zeit	n=36
leichter	17
schwerer	7
unverändert	5
wechselnd	3
keine Angabe	4

6.3.2 Erleben der Männer im weiteren Verlauf

In diesem Abschnitt wird dargestellt, wie die Männer (n=28) die weitere Zeit der Risikoschwangerschaft erlebt haben. Die Häufigkeiten der benannten Kategorien werden in Abb. 20 zusammengefasst.

Von den befragten Männern (n=28) wurden die Kategorien Belastung durch zusätzliche Aufgaben (n=16), und fortbestehende emotionale Belastung (n=16) am häufigsten genannt, gefolgt von der Kategorie allgemeine/psychosoziale Stabilisierung (n=14). Weiter wurden genannt: Konflikt (n=7), konkrete Alltagsprobleme (n=7) und weitere Belastungsquellen (n=3)

Die Kontingenzanalyse für die Häufigkeit der Nennungen von Männern ohne Kinder und Männern mit Kindern ergab nur für die Kategorie Konflikt, die ausschließlich von Männern mit Kindern genannt wurde, mit $p=0.023$ einen signifikanten Wert. Dieser Wert kann auf Grund der multiplen Testungen auch zufallsbedingt sein. In den anderen Kategorien ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

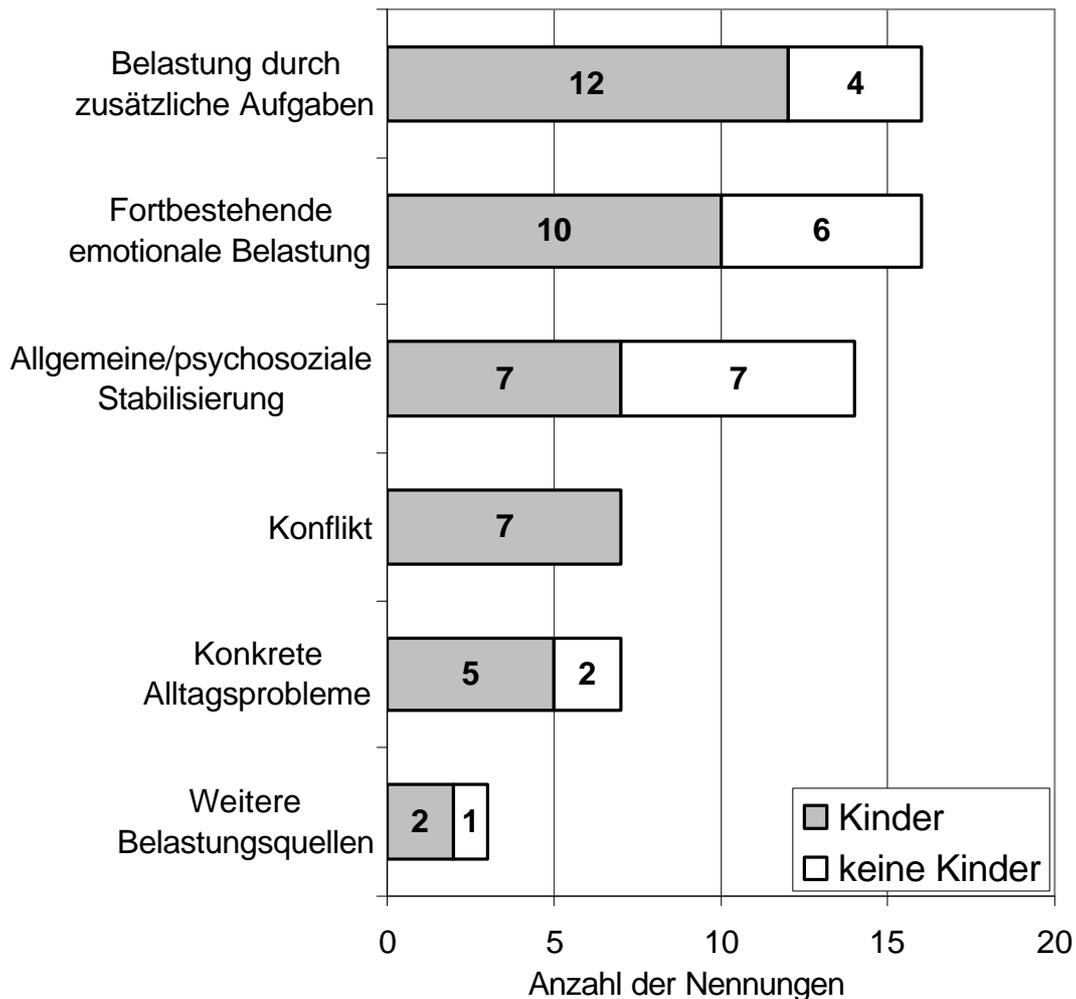


Abbildung 20: Angaben der Männer (n=28) zu ihrem Erleben im weiteren Verlauf der Risikoschwangerschaft differenziert nach Männern mit Kindern: n=17 und Männern ohne Kinder: n=11 (Nennung der einzelnen Kategorien in absteigender Häufigkeit, Mehrfachnennungen möglich)

Auf die Frage: Mussten Sie zusätzliche Aufgaben übernehmen? hatten 18 Männer mit „ja“ geantwortet, 7 Männer mit „ja, wenig“, 2 Männer, die beide schon Kinder hatten, antworteten mit „nein“, und 1 Mann machte keine Angabe.

Beispiele:

Belastung durch zusätzliche Aufgaben:

In den folgenden Beispielen beschreiben die betroffenen Männer ihre Belastung durch die Art (M24) und die Menge der zusätzlichen Arbeit (M22, M9, M4, M26, M30).

M 24 Das waren Sachen, die ich ewig nicht mehr gemacht hatte. Früh z. B. die Kinder fertig gemacht für in den Kindergarten gehen; fertig machen ging noch, aber Kleider aussuchen, das ist eine Katastrophe, vor allem, wenn die Kleinen dann doch schon wieder so groß sind, dass sie ihren eigenen Kopf haben

M 22 Gefühl, mir zerrinnt alles zwischen den Händen, man macht sich ja auch einen Plan, und den konnte ich natürlich nicht einhalten.

M 9 Habe den Haushalt ziemlich komplett gemacht, bis auf die Wäsche, das pack ich net, aber mit Kochen, Putzen, das ging dann. Es ist halt viel liegen geblieben. Das habe ich dann abends machen müssen, weil ich das früh überhaupt nicht auf die Reihe bekommen habe.

M 4 Musste normal weiterarbeiten, und dann haben wir ja das Zimmer hergerichtet, das stand alles in der Wohnung rum und dann noch nebenher ins Krankenhaus, aber das ist ja ganz normal, in Anführungszeichen, dass es mehr wird.

M 26 Ich hab's versucht und ich hab's auch gemacht, aber es ist auch irgendwann ein zeitliches Problem.

M 30 Von einem Extrem ins andere [Arbeit/zu Hause] ohne Pause. ... Die Arbeit hat unter der Mehrbelastung gelitten. ... Gerade im letzten Drittel der Schwangerschaft hatte ich sehr viel Arbeit, war sehr stark eingebunden, konnte nicht den ganzen Ballast vorher abstreifen. Man ist halt angespannt und man muss immer mehr leisten.

Fortbestehende emotionale Belastung:

Die befragten Männer berichteten von weiter bestehenden Ängsten und Sorgen um Frau und Kind (M26, M15) und konkreten Befürchtungen bezogen auf den Ausgang der Schwangerschaft (M17).

M 26 Auch trotzdem noch in Sorge. Man hat ja während der ganzen Schwangerschaft immer ein Gefühl der Ungewissheit, ob es jetzt gut ausgeht oder net und was einen erwartet.

M 15 Das war eine ungewisse Sache. Das war ein komisches, mulmiges Gefühl dann immer.

M 17 Abends halt, wenn das Kind geschlafen hat und man vorm Fernseher gesessen hat, da hat man sich schon so seine Gedanken gemacht, was jetzt passieren kann, was ist jetzt, wenn das Kind irgendwelche Schäden davonträgt, später dann.

Diese Männer beschrieben die Belastung, mit der Situation allein zu sein (M4), und keinen Raum für eigene Sorgen und Gefühle zu haben (M17).

M 4 Natürlich geht die Spule leer, wenn du auf einmal allein im Wohnzimmer hockst, und normalerweise sitzt die Frau dabei und, in Anführungszeichen, das kleine Kind.

M 17 [Auf die Frage, was am Schwierigsten war] Meine eigenen Sorgen haben wir eigentlich net angesprochen. Es ging so mehr, wie mer des jetzt machen können, mein Eigenes das ist eigentlich so bissel weggelassen. Der Alltag hat einen so fest im Griff, abends, wenn der Sohn im Bett war, hat man sich so seine Gedanken gemacht, aber eher ist man nicht dazu gekommen.

Diese Beispiele (M19, M24) zeigen, wie die Verantwortung für die Frau zu Hause, die mit der Notwendigkeit einherging, jederzeit bereit sein zu müssen, als Belastung empfunden wurde.

M 19 Es war immer die Gefahr, wenn sie daheim war und sie hat über irgendwelche Beschwerden geklagt, war immer der Gedanke im Hinterkopf, wir fahren jetzt gleich los. Man war praktisch immer auf dem Sprung.

M 24 Die Frau war nicht durchgängig bis zur Geburt stationär, was uns sehr beunruhigt hat, da wir eine sehr weite Anfahrt haben [50 min].

Auch die Dauer der Behandlung mit den damit verbundenen Einschränkungen wurde als belastend beschrieben (M9, M12).

M 9 Irgendwann stand mir's oben. Ich hab langsam keine Lust mehr, laufend nach ... fahren. Ich seh' sie immer nur liegen, immer nur am Tropf, sie kann nichts machen. Uns waren regelrecht die Hände gebunden, uns allen beiden, wir konnten eigentlich nur da sitzen oder da liegen, aber laufen, Treppe laufen gar nicht, nur mal ein Stück hin und her laufen. Dann die Feiertage noch im Krankenhaus, Silvester, Weihnachten, alles im Krankenhaus.

M 12 War dann klar, dass sie drin bleiben muss, und dann hat sich das hingezogen ohne Ende.

Allgemeine/psychosoziale Stabilisierung:

Hier (M4, M11) wird in Folge der körperlichen Stabilisierung der Frau auch eine wieder einkehrende allgemeine „Normalisierung“ bzw. eine Verbesserung der gemeinsamen Stimmungslage beschrieben.

M 4 Als die Frau dann zu Hause war, war es schon wieder viel normaler, da ging es einem gleich schon viel besser.

M 11 Sie musste sich zwar ziemlich schonen, aber dann kam auch schon eine Zeit, wo wir uns schon gefreut haben auf das Bevorstehende. ... Das habe ich in ganz angenehmer Erinnerung.

Die in den folgenden Beispielen (M24, M19, M23) erlebte allgemeine Stabilisierung, kann im Zusammenhang mit den entsprechenden Copingstrategien nachvollzogen werden (Vgl. Codierleitfaden und Kapitel 6.4.2 Coping der Männer im weiteren Verlauf).

M 24 Ganz eindeutig, nach einer Woche waren so die kleinen Arbeiten früh oder abends ganz leicht zu bewerkstelligen [Alltagsorientiertes Coping].

M 19 Nachdem ich gesehen habe, dass sie in der Klinik gut versorgt ist, war man schon ein Stück weit beruhigter [Verantwortung abgeben].

M 23 [wollte, dass die Frau stationär bleibt]... und da hat der Arzt auch gesagt, sie bleibt da [Unterstützung durch den Arzt], und von daher war ich zwar beunruhigt, aber nicht übermäßig nervös.

Konflikt:

Auch im weiteren Verlauf bezogen sich die Konflikte der betroffenen Männer immer auf den Zwiespalt Arbeit und Frau, bzw. Familie (M17, M26, M27).

M 17 Ich habe viel an sie gedacht, Es war immer ein Zwiespalt: Denke ich jetzt an die Arbeit oder denke ich an sie?

M 26 Ich bin zwar einigermaßen zeitlich flexibel, aber es gibt gewisse Stoßzeiten, wo dann einfach viel zu tun ist. Es war dann einfach ein Zwiespalt, wobei für mich jetzt immer die Familie an erster Stelle steht, also ich hätte dann eher mal – da lässt man da geschäftlich mal was sausen. – Man muss halt kucken, dass alles in Ordnung ist und kann sich auch mal ne Freiheit rausnehmen. Wobei jetzt so eine Freiheit – dann auf die Schwangerschaft bezogen, wo es dann problematisch war, vielleicht das letzte halbe Jahr – kann ich dann nicht ständig sagen, ich bleib jetzt mal einen Tag die Woche daheim, das ist natürlich net möglich.

M 27 War ziemlich schwierig, weil ich gerade in der Probezeit war. Hatte immer mein Handy dabei und habe immer gewartet.

Konkrete Alltagsprobleme:

In den folgenden Beispielen beschreiben die befragten Männer Probleme bei der Bewältigung des Alltags zu Hause (M24, M18) und bei Besuchen in der Klinik (M12, M23).

M 24 Es wird geschaut, wie lange man arbeitet am Tag, und für die Zeit bekommt man eine Familienpflegerin. Allerdings wird der Weg nicht berechnet, sodass eine Stunde Differenz entstand, die abgedeckt werden musste.

M 18 Was schwieriger war, war, dass der Sohn anders untergebracht werden musste.

M 12 Es fehlt Privatsphäre, wenn mehrere Leute auf einem Zimmer sind. [Es ist] schwierig, wenn Frauen entweder gerade die Kinder bekommen haben oder gleiche Konfliktsituationen. Vernünftiger Aufenthaltsraum, in dem man zusammen fernsehen kann oder Ähnliches.

M 23 Einzelzimmer wäre besser, damit bei Besuchen die Kinder etwas freier sein könnten, ohne dass gleich jemand gestört wird.

Weitere Belastungsquellen:

Dieser Mann (M22) erlebte die Art der Informationsvermittlung als zusätzliche Belastung.

M 22 Manchmal blieben ein paar Fragen offen, und die Ärzte neigen dazu, zu sehr aus der Statistik zu plaudern, und die sieht oft schlechter aus, als die Realität. Da wurden manchmal Dinge gesagt, die man besser nicht gesagt hätte, was alles sein kann. Das trägt nicht besonders dazu bei, dass man den Optimismus bewahrt.

Hier (M20) fühlt sich der betroffene Mann in seiner Situation nicht unterstützt.

M 20 Für die Ärzte war das ganz einfach, die Frau muss halt im Krankenhaus bleiben und ich war halt allein dagestanden mit der Tochter.

6.3.2.1 Änderung des Befindens mit der Zeit

Auf die Frage, ob sich das Befinden mit der Zeit geändert habe, gaben von den befragten 28 Männern 19 Männer an, dass es ihnen mit der Zeit eher leichter gefallen sei, mit der Situation umzugehen, 1 Mann gab an, dass es ihm schwerer gefallen sei. Die weiteren Angaben sind in Tab. 5 zusammengefasst.

Tabelle 5: Angaben der befragten Männer (n=28) zur Veränderung ihres Befindens im Verlauf der Risikoschwangerschaft

Befinden der Männer mit der Zeit	n=28
leichter	19
schwerer	1
unverändert	3
wechselnd	2
keine Angabe	3

6.4 Coping im weiteren Verlauf

In die Kategorien für den Bereich Coping wurden sowohl die persönlichen Bewältigungsstrategien als auch interpersonelle Bewältigung im Sinne von erfolgter instrumenteller Hilfe und anderen Teilbereichen sozialer Unterstützung mit einbezogen.

Die Frage im Interviewleitfaden hatte gelautet: „Als Sie dann liegen mussten/ins Krankenhaus kamen, was hat Ihnen für sich geholfen mit dieser Situation zurechtzukommen? Was hat Ihnen gut getan? Bzw. für die Männer: „Als Ihre Frau ins Krankenhaus kam, ...?“

Codiert wurden die Spontanäußerungen der Betroffenen auf die Frage und Aussagen, die hierzu an anderer Stelle des Interviews gemacht wurden.

6.4.1 Coping der Frauen im weiteren Verlauf

Im Folgenden wird dargestellt, welche Bewältigungsstrategien von den befragten Frauen (n=36) als hilfreich für den weiteren Verlauf der Risikoschwangerschaft genannt wurden. Die Nennungen sind in absteigender Häufigkeit in Abb. 21 zusammengefasst.

An erster Stelle wurden die Kategorien Eigeninitiative (n=23) und Zuwendung (n=23) genannt. Es folgten die Kategorien Unterstützung durch den Arzt (n=15), Problemanalyse (n=13) und Hilfe (n=12). Die Kategorie Hilfe wurde ausschließlich von Frauen mit Kindern genannt. Es folgten die Kategorien Ziele setzen (n=11), positive Rückmeldung (n=10), und Verantwortung abgeben (n=10). Die Kategorien sich etwas Gutes tun (n=9) und Sinngebung (n=9) wurden gleich oft genannt. Es folgt die Kategorie Akzeptieren (n=7). Ablenken, Religion und Optimismus und Vertrauen in die Medizin wurden jeweils 5-mal genannt. Privatsphäre, Durchhalten und sich selber wertschätzen wurden jeweils 4-mal genannt.

Die explorativ durchgeführte Kontingenzanalyse für die Häufigkeit der Nennungen von Frauen ohne Kinder und Frauen mit Kindern ergab nur für die Kategorie Hilfe, die ausschließlich von Frauen mit Kindern genannt wurde, mit $p=0.03$ und die Kategorie Haltung bewahren, die nur von Frauen ohne Kinder genannt wurde, mit $p=0.04$ signifikante Werte. Diese Werte können auf Grund der multiplen Testungen auch zufallsbedingt sein. In den anderen Kategorien ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

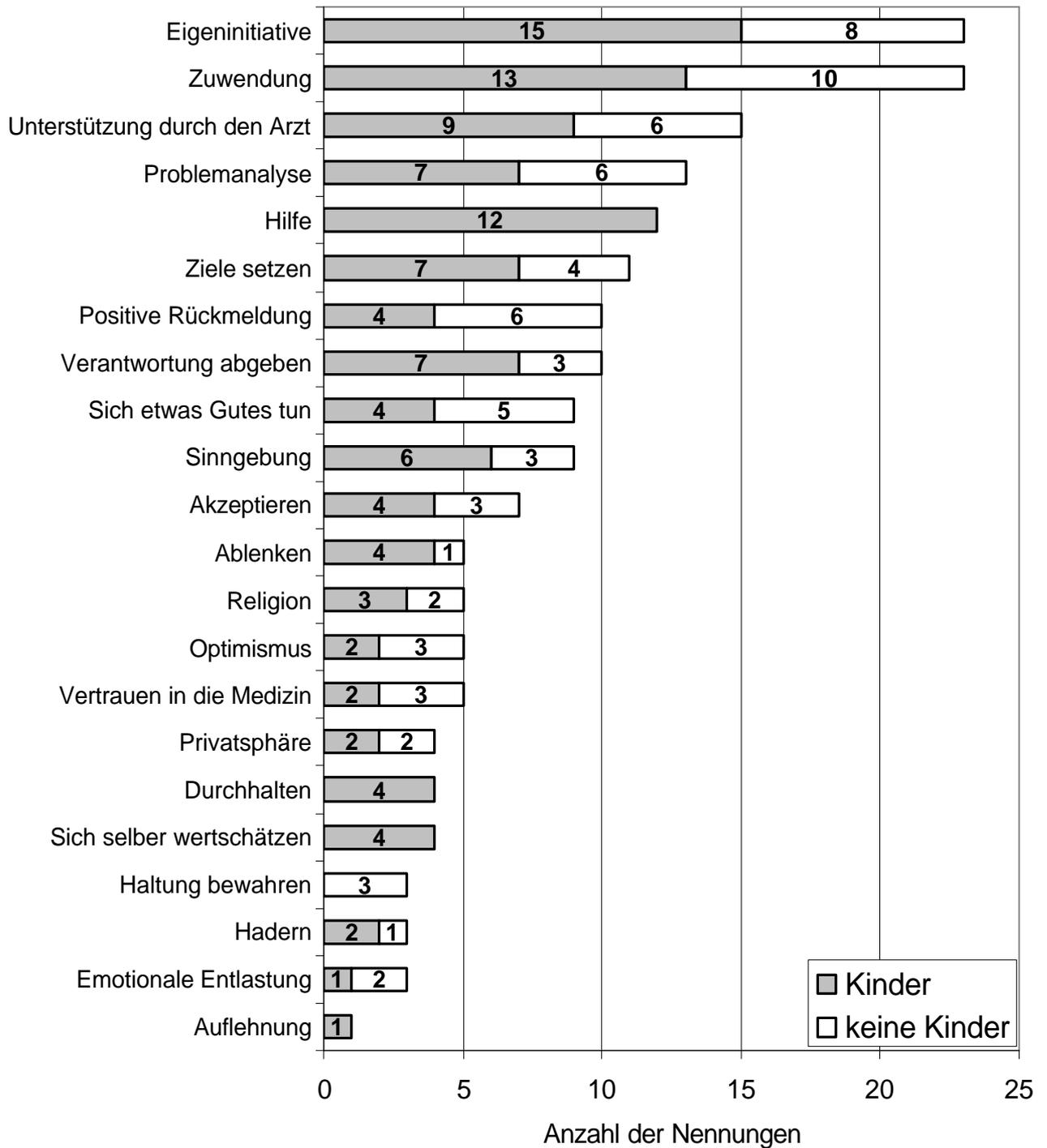


Abbildung 21: Bewältigungsstrategien der Frauen (n=36) im weiteren Verlauf der Risikoschwangerschaft differenziert nach Frauen mit Kindern: n=23 und Frauen ohne Kinder: n=13 (Nennungen der Kategorien in absteigender Häufigkeit, Mehrfachnennungen möglich)

Beispiele:

Eigeninitiative:

Die folgenden Beispiele (F16, F24, F8, F3) zeigen unterschiedliche Gründe, aus denen die befragten Frauen den stationären Aufenthalt, auch gegen ärztlichen Rat, beendet oder abgelehnt haben.

F 16 Da habe ich gesagt, ich geh heim auf eigene Gefahr, weil, ich will schlafen, ich komme hier nicht zur Ruhe.

F 24 Und mein Mann ist immer mit der [Tochter] gekommen, und die hat geweint, weil die mich vermisst hat. Und immer geweint und geweint, und dann habe ich zu dem Arzt gesagt, nach 2 Wochen, dass ich einfach heim muss.

F 8 Weil ich mich daheim wohler fühle, bin ich dann [aus dem Krankenhaus nach Hause] gegangen. Ich bin dann noch mal ein Wochenende rein, weil meine Eltern auch nicht da waren, das überlegt man sich dann schon, weil ich dann mit Sicherheit mehr unterwegs gewesen wäre.

F 3 Als ich da ins Krankenhaus kam [das zweite Mal], kam ich zu einer Ärztin, die sehr verständnisvoll war [Unterstützung durch den Arzt], der habe ich gesagt, dass ich auf gar keinen Fall das Ganze [i.v. Tokolyse] wieder machen möchte. Es haben sich die Wehen im Krankenhaus wieder nicht bestätigt, und die hat dann gemeint, ich müsste auf eigene Verantwortung nach Hause, weil ich eine Einweisung habe. Wir haben uns dann geeinigt, dass ich eine Nacht im Krankenhaus bleibe, aber sie nichts unternehmen. Wenn irgendwas wäre, wäre ich ja dort, und sie könnten was unternehmen. Da war ich dann ganz zufrieden mit. Das habe ich dann auch gemacht.

Hier besteht die Eigeninitiative der betroffenen Frau (F24) darin, ohne Absprache ihre Medikation zu ändern.

F 24 Zu Hause war es dann wieder schwieriger, wenn ich mich angestrengt habe. Oder habe ich versucht, doch weng zu putzen, oder etwas, weil Frau kann eh net sitzen bleiben. Dann hat das wieder angefangen. Und dann habe ich vielleicht den Fehler oft gemacht, ich habe das [Tokolytikum] 4-stündlich angesetzt gekriegt und ich habe das dann nach meiner Meinung einfach nach 3 Stunden genommen.

In diesem Beispiel (F17) lehnt die betroffene Frau eine Entlassung nach Hause ab.

F 17 Erst wollte er mich in der 34. [SSW entlassen], aber da habe ich gesagt, da gehe ich nicht heim, ich will noch drinnen bleiben.

Um einen die Textbeispiele ergänzenden inhaltlichen Eindruck zu vermitteln, werden die weiteren Angaben kurz in Tab. 6 zusammengefasst.

Tabelle 6: Zusammenfassung der Nennungen die in der Kategorie Kategorie Eigeninitiative codiert wurden (es wurden n=23 Nennungen gezählt, in sechs Fällen wurden von den betroffenen Frauen jedoch mehrere unterschiedliche Möglichkeiten benannt).

In der Kategorie Eigeninitiative codierte Angaben der Frauen	n
auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen bzw. stat. Behandlung abgelehnt	10
Entlassung abgelehnt	2
zu Hause ohne Absprache Dosis des Tokolytikums erhöht, Med. entsorgt	2
um Verlegung in ruhigeres Zimmer bzw. Einzelzimmer gebeten	2
Anzahl, Dauer, Zeitpunkt (nach dem Frühstück) der CTG-Untersuchungen	2
bei Unsicherheit zum Kreißsaal gefahren, selbst Informationen besorgt	2
Wunschkaiserschnitt, Geburtstermin „ausgehandelt“	2
gegen Verlegung in andere Klinik gewehrt	1
zu Hause trotz Bettruhe aufgestanden	1
gegen ärztlichen Rat die Schwangerschaft ausgetragen	1
Begrenzung des Besuchs	1
psychotherapeutische Behandlung wieder aufgenommen	1
Krankenkasse gewechselt (wegen Kostenübernahme Familienpflege)	1
bei Konflikt mit Familienpflegerin Eigeninitiative ergriffen	1

Aus den oben genannten Beispielen geht hervor, dass ein großer Teil der Nennungen, die in der Kategorie Eigeninitiative codiert wurden, die Einflussnahme auf Behandlung oder Medikation betreffen. Es wird deutlich, dass enge Zusammenhänge zwischen Eigeninitiative, der Verständigung von Arzt und Patientin und der Zufriedenheit der Betroffenen beziehungsweise Compliance oder Non-Compliance bestehen.

Zuwendung:

Die folgenden Textbeispiele zeigen, dass sowohl die Zuwendung des Partners (F10, F2) als auch die Zuwendung von Mitpatientinnen (F14, F7), der Umgebung allgemein (F35, F12) und des medizinischen Personals (F5, F13, F27) von den Frauen als hilfreich empfunden wurde.

F 10 Ich habe mich immer gefreut, wenn mein Mann abends wieder anruft, und wir sagen gute Nacht, und er sagt den Kindern gute Nacht, da habe ich immer den Hörer auf den Bauch gelegt, darauf habe ich mich immer gefreut, das waren so Kleinigkeiten.

F 2 Mein Mann hat mir geholfen, weil er beruhigend auf mich eingewirkt hat und für Gespräche zur Verfügung stand. ... Ich hatte nie den Druck, dass ich irgendetwas machen muss, sondern er hat immer gesagt, lass es dir gut gehen, und das habe ich dann getan und das war gut.

F 14 Ich hab dann am Ende zehn Tage eine [Mitpatientin gehabt], die auch Zwillinge bekam, hat auch Probleme gehabt, und das war dann echt ok. Man konnte sich dann austauschen. Mit der konnte ich dann die Probleme auch besprechen. Man hat sich dann geholfen.

F 7 Im ersten Krankenhaus waren 4 Frauen mit vorzeitigen Wehen in einem Zimmer. Das hat sehr geholfen, war sehr schön, man hat gewusst, man ist nicht alleine. Wir haben uns gegenseitig getröstet.

F 35 Diese ganze Rücksichtnahme von allen, das hat schon enorm gut getan.

F 12 Das Glück, dass ich die richtigen Leute hatte in der richtigen Zeit und dass ich die Offenheit hatte für diese Menschen. Das hat mich sehr getragen.

F 5 Sie [die Krankenschwestern] haben einen immer wieder aufgemuntert. Es ist für's Beste. Das sind zwar dumme Sprüche, in dem Moment hat es mich auch ein bisschen geärgert, aber es stimmt natürlich. Es wird schon alles gut. Klar, man sieht's ja.

F 13 Wenn jemand Verständnis für mich gehabt hat. Bei vielen Schwestern war das so, die gesagt haben, das ist einfach auch heftig, das ist hart. Oder eine, die mir mal erzählt hat, dass sie selber in der Frühschwangerschaft lang im Krankenhaus war, oder manche Leute haben zu mir gesagt: „Hauptsache, den Kindern geht's gut.“ Da habe ich immer einen Anfall gekriegt. Das stimmt natürlich, aber ich bin kein Brutkasten, mich gibt's auch noch. Und wenn das Leute gesehen haben, dass es mich auch noch gibt und dass es für mich hart und schwer ist und dass ich das auch noch gut mach, das hat mir gut getan, das hat mir geholfen.

F 27 Die Familienpflegerin hat immer gesagt: „Bleiben Sie liegen, schonen Sie sich, tun Sie was Gutes für sich. [bei Arztbesuchen] Hetzen Sie sich nicht.“

Unterstützung durch den Arzt:

Während in den ersten Beispielen die Bedeutung des Arztes als Beistand im Vordergrund steht, (F31, F17), beschreiben die Frauen in den folgenden Beispielen die Art zu informieren (F14, F11), eine Behandlungsperspektive zu zeigen (F5) und zu motivieren (F28, F14) als hilfreich für die Bewältigung der Situation.

F 31 Dass der Arzt mir die Angst genommen hat.

F 17 Dann habe ich mich wieder reingesteigert ohne Ende, bis dann der Oberarzt gekommen ist und mich beruhigt hat. Der hat sich Zeit genommen und sich ans Bett gesetzt.

F 14 Kinderärzte, die gut informiert haben.

F 11 Bei den Hebammenschülerinnen ist das was anderes [als bei den Lernschwestern], weil, bei denen dreht sich ja der ganze Beruf um Mutter und Kind. Die waren da viel sensibler, viel kompetenter, wenn man irgendwelche Fragen gehabt hat, gerade was die Ernährung betrifft, und die es nicht wussten, die sind zu ihren Büchern gelaufen, sind eine halbe Stunde später wiedergekommen. Die waren phantastisch.

F 5 Dass der Arzt gesagt hat, welche Möglichkeiten es gibt, und dass er gesagt hat, das kriegen wir schon hin.

F 28 Der Oberarzt der Kinderklinik hat gut erklärt: „Jeder Tag zählt.“

F 14 Schwestern, die gesagt haben, jeder Tag ist wichtig, das hat Kraft und Hoffnung gegeben.

Für diese Frauen (F37, F19) war die Sicherheit, die betreuenden Personen jederzeit erreichen zu können, wesentlich.

F 37 Was mir sehr viel weitergeholfen hat, wenn ich irgendwo unsicher war, ich konnte jederzeit meine Hebamme anrufen und mit der sprechen, die hat mir viel weitergeholfen, dann mit der Frauenärztin, die sich immer Zeit genommen hat, mir auch die Sachen gut erklärt hat.

F 19 Und dass, wenn irgendetwas wäre, habe ich die Privatnummer von meiner Frauenärztin und die Handynummer. Von daher hat mir das auch geholfen, dass ich gewusst habe, wenn was sein sollte, kann ich sie immer erreichen.

In den folgenden Beispielen (F3, F12, F22) erlebten es die betroffenen Frauen als hilfreich, dass ihre Meinung bezüglich Art und Dauer der Behandlung gehört, verstanden und, wenn möglich, berücksichtigt wurde.

F 3 Als ich da ins Krankenhaus kam, kam ich zu einer Ärztin, die sehr verständnisvoll war.

F 12 Und da hatte ich eine sehr gute Stationsschwester, die hat mich angehört, die hat auch mit der Stationsärztin verhandelt.

F 22 Und zum Schluss, wie es mir schlechter gegangen ist, war auch immer der gleiche Oberarzt und der eine Assistenzarzt, der dann auch am Schluss entbunden hat. Also die waren wirklich immer dann ums Bett rum gesessen. Auch zum Schluss dann mit mir beratschlagt. Das war nicht so, dass einer zu mir ans Bett gekommen ist und hat gesagt: Frau ... wir machen das jetzt so und so, sondern die haben gesagt, das ist das Ziel, wie erreichen wir das? Und die waren wirklich dagesessen und wir haben diskutiert. Das war schön. Ich habe das so noch nicht erlebt und das war wirklich schön, dass jemand gekommen ist. Weil, ich denk, die haben sich selbst keinen Rat mehr gewusst, und ich hab so das Gefühl gehabt, die haben sich zum Schluss schon ein bisschen auf mein Gefühl verlassen.

Problemanalyse:

Die folgenden Beispiele verdeutlichen unterschiedliche Möglichkeiten, die eigene Situation zu bewerten, die von den befragten Frauen als hilfreich beschrieben wurden, wie z. B. der Vergleich mit eigenen früheren Erfahrungen (F17) und die Einschätzung der eigenen und anderer Hilfsmöglichkeiten (F19), Informationen (F38, F26) oder der Vergleich mit anderen (F14).

F 17 Ich wusste, was beim ersten geholfen hat.

F 19 Wenn ich liegen bleibe, geht es wahrscheinlich dem Kind besser und mir wird es dann auch besser gehen. ... Und die Klinik ist auch nicht sehr weit entfernt.

F 38 Die Schwangerschaft war nicht in Gefahr.

F 26 Ich habe gewusst, dass Frühchen gute Chancen haben.

F 14 Bei anderen zu sehen, es geht oft gut.

Hilfe:

Für diese Frauen, die alle bereits Kinder hatten, war die Verfügbarkeit praktischer Hilfe (F23, F19, F37), bzw. das Verständnis der Helfer für die Situation (F36) ausschlaggebend.

F 23 Die Hilfe der großen Kinder.

F 19 Dass die Familie hinter mir gestanden ist und dass mein Mann sich Zeit genommen hat. Zu Hause ist jemand da und im Krankenhaus muss ich einen Knopf drücken.

F 37 Es hat sehr geholfen, dass das mit der Familienpflegerin so schnell geklappt hat, dass ich wirklich schnell jemanden, auch beide Male schnell jemanden bekommen habe.

F 36 Eine große Hilfe war die Familienpflegerin, weil die die Situation verstanden hat.

Positive Rückmeldung:

Als hilfreich und motivierend für weitere Bewältigungsanstrengungen wurde die merkbare körperliche Stabilisierung (F4, F6) beschrieben, der messbare Fortschritt (F14) aber auch die mit Hilfe anderer weiter bestehende oder wieder erreichte häusliche Routine (F37).

F 4 Dass ich mich wieder wohl gefühlt hab, wenn ich so gehorcht hab, das Gefühl, es ist alles in Ordnung.

F 6 Vertrauen in sich selber und zu merken, es wird schon langsam wieder besser. Es geht in Richtung Genesung, und das Ganze ist schon wieder überschaubar, was da passiert.

F 14 Die Untersuchungen, die gezeigt haben, wie die Kinder wachsen.

F 37 Dass das eigentlich auch insgesamt hier zu Hause ohne Probleme weitergelaufen ist, das hat der ganzen Familie gut getan.

Ziele setzen:

Für die befragten Frauen war es auch von Bedeutung, sich das Gesamtziel vor Augen zu führen, und somit auch die Tatsache, dass die Risikoschwangerschaft eine begrenzte Zeit ist (F21, F20), außerdem wurde das Setzen von erreichbar erscheinenden Teilzielen als hilfreich beschrieben (F28, F 30, F10).

F 21 In drei Monaten spätestens kann ich aufstehen und einkaufen gehen.

F 20 Der Gedanke, dass das Kind hoffentlich in 10 Monaten da ist.

F 28 Von Tag zu Tag gerechnet.

F 30 Ich war mit dem festen Vorsatz gekommen, dass der Muttermund sich wieder ein bisschen schließt, weil ich wusste, ich will ja auch wieder nach Hause irgendwann mal. Und ich möchte auch noch mal hier rumlaufen und zum Kindergarten fahren.

F 10 Und nach 2 Tagen durfte ich dann rauf auf die Station, und dann kam [der Arzt] von der Kinderintensivstation und hat mich aufgeklärt, was es heißt, wenn man Frühge-

burten bekommt, wie groß die jetzt ungefähr sind und was es bedeuten kann, wenn jetzt die Kinder kommen würden. Ich hab dann gesagt, ich will gar nicht alles Negative hören. Wenn ich schaff, ich halte so lang durch wie ich kann, und ich nehm mir jetzt einfach –, und da hat er mir halt einen Zeitpunkt genannt, ab der 28. Woche, da wär dann die Lungenreife und das und das Risiko weniger. Da habe ich gesagt, gut dann nehm ich mir die 28. Woche vor, dass ich die erreich. Und wenn ich das schaffe, dann haben ja die Kinder eine Chance. Und da habe ich immer für mich diese Woche im Blick gesehen und gedacht: Die schaffst du, die schaffst du [Optimismus]. Ich hab die 28. Woche gehabt, dann kam dieser Arzt wieder und hat gesagt: „Sehen Sie, jetzt haben wir das alles abgehakt, dann schaffen wir das nächste Ziel.“ Dann hat er mir erklärt, was alles wäre, wenn wir die 3 vorne hätten. Da habe ich gesagt: „Also gut, 14 Tage schaffe ich auf jeden Fall, die halte ich noch durch“. Da haben wir die 30. Woche als Anhalt genommen, dann die 32. oder so die Feste, die da zwischen waren. Also, ich halt durch bis Nikolaus, dann bis Weihnachten und bis Neujahr, so lang halte ich durch, und an Heilige Drei Könige dürfen sie auch noch nicht gleich kommen. Dann sehen wir ja, dann ist die 34. Woche abgeschlossen mit Heilige Drei Könige, dann dürfen sie kommen. So haben wir uns immer Ziele gesetzt. Ich habe das immer positiv gesehen.

Verantwortung abgeben:

Diese Frauen erlebten die Möglichkeit Verantwortung abgeben zu können (F37) aber auch die Übernahme von Verantwortung durch Dritte (F13, F2) als entlastend.

F 37 Ich habe mich oft auch zurückgezogen [sich etwas Gutes tun] und war nicht die ganze Zeit dabei und habe ein oder zwei Kinder auch wirklich der Familienpflegerin überlassen und habe die zum Spazierengehen geschickt, zum Einkaufen geschickt, dass sie viel unterwegs gewesen ist.

F 13 Dass ich gemerkt habe, dass ich mich ausruhen konnte, dass ich versorgt war, dass ich mich um nichts kümmern musste, Essen und so, das war hilfreich.

F 2 An der Arbeitsstelle die haben gesagt: „Machen Sie es später, das [die Schwangerschaft] ist jetzt erst mal wichtig, und Sie schauen jetzt erst mal auf sich, und alles andere regelt sich schon.“

Sich etwas Gutes tun:

Es wurde auch als wohltuend erlebt, etwas für das eigene Wohlbefinden zu tun (F9, F25) oder sich Zeit für das ungeborene Kind nehmen zu können (F35).

F 9 Wie ich mitgekriegt habe, dass man Massagen kriegt, habe ich mir die Massagen verschreiben lassen, und das war schön, das hat mir auch gut getan.

F 25 Ruhe zu Hause.

F 35 Zeit für das Kind, diesen Kontakt einfach zu intensivieren, der ja im Alltag mit zwei großen nicht so ist.

Sinngebung:

In diesen Beispielen bringen die betroffenen Frauen zum Ausdruck, dass es für sie motivierend war, sich den Sinn und die Aufgabe bewusst zu machen (F7, F10, F14, F31).

F 7 Ich wollte ja dieses Kind und deswegen habe ich die neun Wochen ausgehalten, einfach nur, dass es kommt.

F 10 Dass ich mir immer gesagt habe, es ist ja für die Kinder, dass du das tust.

F 14 Wenn ich jetzt nicht schwanger gewesen wäre und hätte vielleicht ne Thrombose gehabt und müsste jetzt vier Wochen da liegen, ich wäre durchgedreht. Ich wusste ja, für was ich lieg. Für die Kinder, und da hält man's schon eher aus.

F 31 Das Kind zu spüren, dem Kind geht's gut, das Kind wächst, und dass mit dem Kind alles in Ordnung ist. Also dieses Ziel zu erreichen. Auch meine anderen Kinder zu sehen, es ist es wert, dass dieses Kind lang genug drin ist, dass es nichts hat, das hat mir schon geholfen.

Akzeptieren:

Es wurde als günstig beschrieben, die Situation zu akzeptieren und sich mit den eigenen Leistungsgrenzen abzufinden (F33).

F 33 Vor der zweiten [Schwangerschaft] da haben wir hier gebaut, habe ich 5 Wochen vor der Entbindung tapeziert, da bin ich noch auf der Leiter mit rum. Da hast du es so gemacht und jetzt liegst du hier so flach? Die Ansprüche an sich selbst waren auch ganz schön hoch, die musste man auch lernen.

Abschließend soll hier noch ein Beispiel für das Zusammenwirken von Erleben und unterschiedlichen Copingstrategien gegeben werden.

F 10 Ich habe eigentlich nie den Mut verloren [Optimismus]. Da hat sich jeder bei mir gewundert. Ich habe mich immer gefreut, es kam ja jeden Tag jemand. Mein Mann hat mich besucht [Zuwendung], dann haben wir es uns gemütlich gemacht, wir haben miteinander Karten gespielt, alles wo wir keine Zeit mehr gehabt haben, das haben wir im Krankenhaus gemacht [Sich etwas Gutes tun]. Ich habe immer gesagt, ich weiß ja wofür ich das tu. [Sinngebung] Und ich war dann auch immer zufrieden, wenn ich sagen konnte, ich habe wieder eine Woche abgehakt [Sich selber wertschätzen]. Oder wenn dann die Ärzte gekommen sind, – wenn mal die Woche 20 – das ist schon mal – und das habe ich mir immer so als Ziel gesetzt. So kleine Ziele [Ziele setzen]. Das schaffst du, so weit kommst du [Optimismus]. Ich bin auch so eine, ich fress es net in mich rein, ich sprech es raus und wenn es mir schlecht ging und es kam gerade eine Schwester, habe ich gesagt, mir geht's heute nicht so gut, oder ich bin heute ein bisschen traurig [Emotionale Entlastung] und dann haben die sich ein bisschen zu mir ans Bett gesetzt und dann ging es wieder gut. 2 Minuten zugehört oder beim CTG mal ein

bisschen zugehört [Zuwendung] und dann war wieder alles ok. So richtig einen Hänger hatte ich nie.

Textbeispiele für die weiteren, nicht so häufig genannten Kategorien sind im Co-dierleitfaden aufgeführt (s. Anhang).

6.4.2 Coping der Männer im weiteren Verlauf

Im Folgenden wird dargestellt, welche Bewältigungsstrategien von den befragten Männern (n=28) als hilfreich für den weiteren Verlauf der Risikoschwangerschaft genannt wurden. Die Nennungen und die Häufigkeiten der Kategorien sind in Abb. 22 zusammengefasst.

An erster Stelle wurde die Kategorie alltagsorientiertes Coping (n=14) genannt, gefolgt von Problemanalyse (n=11). Die Kategorien Hilfe (n=10) und Zuwendung (n=10) wurden gleich häufig genannt, gefolgt von Optimismus (n=8). Die Kategorien Akzeptieren (n=7) und Eigeninitiative (n=7) wurden gleich oft genannt, ebenso wie sich etwas Gutes tun (n=6), Verantwortung abgeben (n=6) und Vertrauen in die Medizin (n=6). Positive Rückmeldung (n=5) und Unterstützung durch den Arzt (n=5) wurden auch gleich oft als hilfreich zur Bewältigung der Situation genannt. Die Kategorien Ablenken, Ziele setzen und Sinngebung, wurden jeweils 4-mal angegeben.

Die explorativ durchgeführte Kontingenzanalyse für die Häufigkeit der Nennungen von Männern ohne Kinder und Männern mit Kindern ergab für zwei Kategorien signifikante Werte: Die Kategorie Problemanalyse, die häufiger von Männern ohne Kinder genannt wurde, mit $p < 0.01$ und die Kategorie Hilfe, die häufiger von Männern mit Kindern benannt wurde, mit $p = 0.041$. Diese Werte können auf Grund der multiplen Testungen auch zufallsbedingt sein. In den anderen Kategorien ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

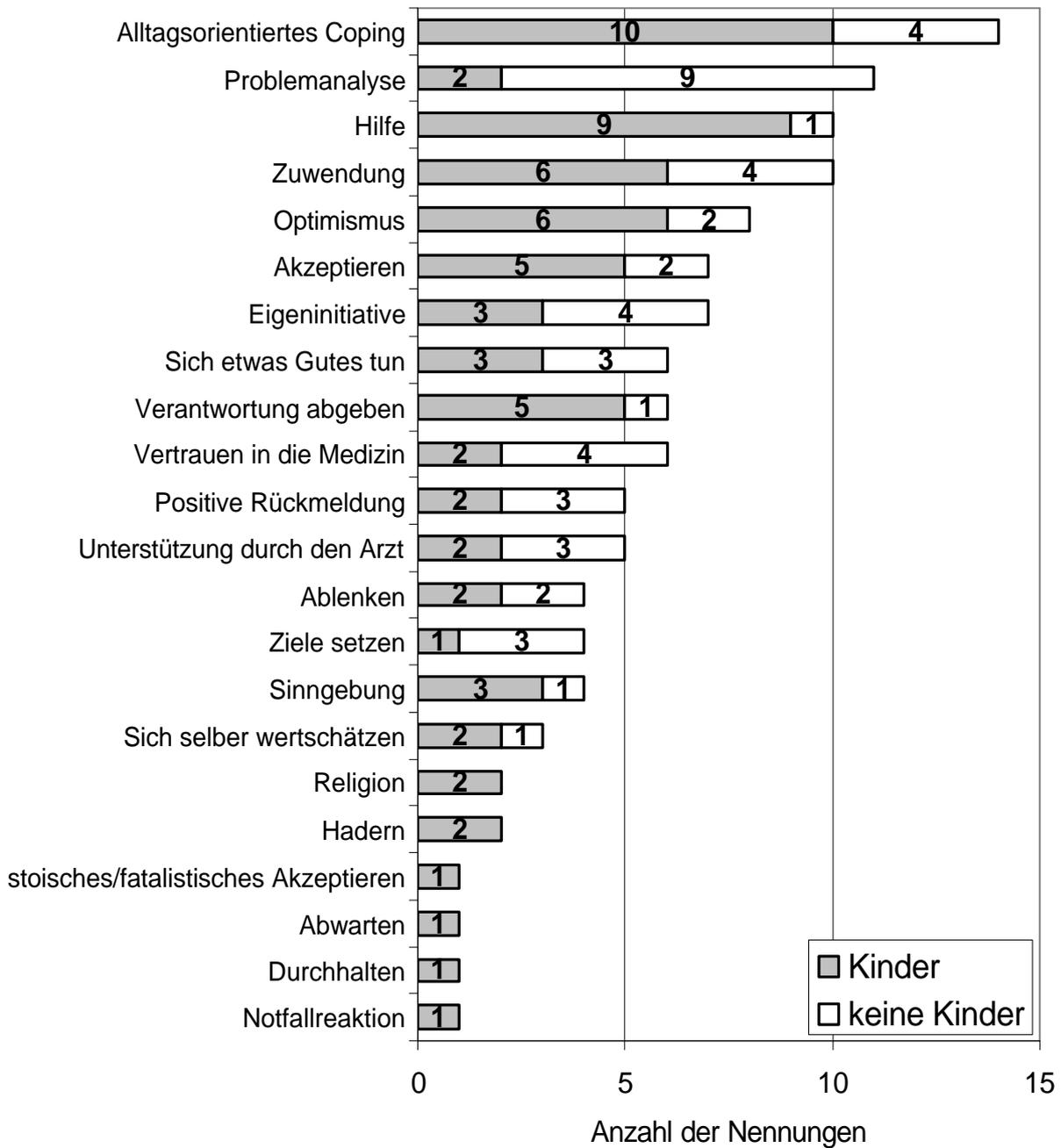


Abbildung 22: Angaben der Männer (n=28) zu ihren Bewältigungsstrategien im weiteren Verlauf der Risikoschwangerschaft differenziert nach Männern mit Kindern: n=17 und Männern ohne Kinder: n=11 (Nennung der einzelnen Kategorien in absteigender Häufigkeit, Mehrfachnennungen möglich)

Beispiele:

Alltagsorientiertes Coping:

Bei den folgenden Beispielen (M25, M17) wird deutlich, dass die Notwendigkeit zu funktionieren für die betroffenen Männer im Vordergrund stand und es in dieser Situation für Gefühle und Gedanken wenig Raum gab.

M 25 Man hat halt im Endeffekt gearbeitet, das gemacht, was man alles tun muss und wenig Zeit gehabt, darüber nachzudenken, jetzt über die Situation, sondern hat einfach versucht, das zu organisieren, was zu organisieren ist und ist abends tot ins Bett gefallen und früh wieder aufgestanden.

M 17 Arbeit war noch da jeden Tag, und ums Kind musste man sich kümmern beziehungsweise das Kind musste zur Oma. Es musste halt alles noch so bissel laufen und von daher hat man halt auch wenig Zeit gehabt, sich richtig große Gedanken zu machen.

Das Verhalten der befragten Männer ist von dem Bemühen geprägt, der gegebenen Situation möglichst gut gerecht zu werden (M7, M5, M24, M16).

M 7 Man hat es halt einrichten müssen, mit dem Besuchen und Sachen bringen, aber ansonsten ist das Leben weitergegangen.

M 5 Für mich war es einfach auch eine Herausforderung. Weil ich mir gesagt habe: Gut, kommst du mit der Sache klar? Kannst du eine Waschmaschine bedienen? Kannst du bügeln? ... Das ist ... einfach ne Sache der Einstellung, wo ich sage: Moment, andere machen das auch, und dann gewinnst du halt der Ecke vom Hemd, die du da bügeln musst, plötzlich eine ganz andere Seite ab, und du merkst dann plötzlich, dass du das Hemd nicht so grad hinkriegst wie deine Frau und wunderst dich und kuckst dir dann das nächste Mal etwas genauer auf die Finger.

M 24 Man muss in die kleinen Tätigkeiten hereinwachsen. Das waren Sachen, die ich ewig nicht mehr gemacht hatte. ... Das habe ich dann abends machen müssen, weil ich das früh überhaupt nicht auf die Reihe bekommen habe.

M 16 [Auf die Frage nach zusätzlichen Aufgaben] Ja, erledigt, wie's halt anfällt.

Die folgenden Beispiele (M28, M29, M30) veranschaulichen, dass die betroffenen Männer bis zum Eintreffen von Unterstützung arbeiten und die zusätzlichen Aufgaben erfüllen, ohne das Ausmaß ihrer Belastung bewusst werden zu lassen.

M 28 [Auf die Frage nach zusätzlichen Aufgaben] Ich war dann schon mehr da und habe mehr Hausarbeit gemacht, das hat mir jetzt nichts ausgemacht.

[Auf die Frage, was geholfen hat] Dann, wie dann die Haushaltshilfe da war, war das eine große Entlastung.

M 29 Ich konnte halt hier zu Hause was machen, mich mit den Kindern beschäftigen, wickeln, baden, was halt anfällt.

[Auf die Frage, was geholfen hat] Wenn die Familienpflegerin nicht gewesen wäre, wäre ich untergegangen.

M 30 Ich musste das Beste draus machen – man muss es aushalten und kucken, wie man da durch kommt. [Auf die Frage, wie ging es mit der Zeit?] Am Schluss mit Haushaltshilfe leichter.

In diesem Beispiel (M15) wird deutlich, dass auch hier die Betroffenen nicht davon ausgehen, dass Hilfe von außen zur Verfügung steht.

M 15 Wir haben versucht, uns zu helfen und jetzt nicht auf äußere Einflüsse gehofft, dass die uns helfen, sondern das war eher so, dass wir versucht haben, mit der Situation selbst zurechtzukommen.

Problemanalyse:

Die beiden ersten Beispiele (M7, M10) zeigen, dass für die Betroffenen die medizinische Bewertung der Situation im Vordergrund stand. Die nächsten Beispiele (M3, M26) verdeutlichen, dass es auch als entlastend erlebt wurde, zu wissen, welches Verhalten und welche Maßnahmen förderlich sein können.

M 7 So lang keine Komplikationen ... so lang das alles normal läuft, die haben auch die Lungenreife gespritzt, braucht man sich eigentlich keine gesteigerten Gedanken zu machen.

M 10 Danach [nach dem ersten Krankenhausaufenthalt], da wusste man, dass es jetzt nicht so brenzlich war, oder net so gefährlich war. Das war halt nur zur Schonung, und je länger das gedauert hat, umso weniger Angst war dann eigentlich da, weil es mit den Kindern schon weiter war.

M 3 Weil dann klar war, sie muss ruhen und diese Ruhe kann ich ihr geben.

M 26 Man hat gewusst, die Unterstützung und die Pflege bringt einen ein Stück weiter, dass die ganze Geschichte gut ausgeht, weil, dadurch kann sich die Frau schonen, und dass man das im Hinterkopf hat, das hilft einem am meisten.

Hilfe:

Vor allem für die Männer, die bereits Kinder hatten (M29, M25, M17), war praktische Hilfe von großer Bedeutung.

M 29 Wenn die Familienpflegerin nicht gewesen wäre, wäre ich untergegangen.

M 25 Wir hatten ja nicht nur die Familienpflege, sondern auch aus der Verwandtschaft Unterstützung, da sind die immer angerückt und haben uns auch unterstützt.

M 17 Wenn die Omas nicht gewesen wären, hätten wir schon ein großes Problem gehabt, wo kriegen wir unseren Sohn unter, aber so haben wir das ganz gut auf die Reihe gebracht.

Zuwendung:

In den folgenden Beispielen wird sowohl die Zuwendung der Partnerin (M11, M22), als auch die Zuwendung des familiären (M25) und sozialen Umfeldes (M21, M17, M18) als hilfreich beschrieben.

M 11 Dann auch die Beziehung zu meiner Frau hat mir schon Unterstützung gegeben, das Gefühl, wir halten zusammen. ... Dieses Zusammengehörigkeitsgefühl habe ich doch als sehr unterstützend erlebt.

M 22 Ich habe immer gedacht, nur derjenige, dem es nicht schlecht geht, der muss dann der Starke sein, aber das war oftmals nicht so. Auch wenn sie jetzt nur dalag und nichts mehr konnte, aber in dem Moment hat sie einfach Optimismus gehabt. Dann war sie mal optimistisch und dann war es umgekehrt. Wir haben's nie erlebt, dass wir beide vollkommen am Boden zerstört waren. Einer von uns beiden hat immer ein Licht gesehen und konnte dann dem anderen helfen.

M 25 Mit den Leuten, die geholfen haben, hat man abends Zeit gehabt, mal drüber zu reden. Das waren die, mit denen man auch dann drüber geredet hat und wo man das geteilt hat.

M 21 Mit den ganzen Leuten zu reden, zu denen man Vertrauen hat.

M 17 Chef, ist Mediziner, hat gesagt, man sollte sich keine so großen Gedanken machen, das scheinen sie ganz gut im Griff zu haben.

M 18 Die [Nachbarn, Freunde] sind davon ausgegangen, Zwillinge, das sind doch immer Probleme von der Schwangerschaft her. Wenn irgendwas wäre, hätte jeder geholfen.

Optimismus:

Sowohl Optimismus im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals (M19, M28, M12) als auch positives Denken (M17) wurde als hilfreich beschrieben.

M 19 Bin von Natur aus ein Optimist, natürlich auch ein Realist, ich bin dann einer, der sich net irgendwo in die Scheuer verkriecht und sagt, lass es an mir vorübergehen.

M 28 Positive Lebenseinstellung, immer drauf vertraut, es wird gut. Man kann's sich auch selber schlimm machen.

M 12 Liegt wahrscheinlich daran, dass ich eh ein Optimist bin. Für mich war das klar, dass das alles funktionieren wird, alles.

M 17 Man hat sich schon ein bisschen mehr oder weniger Hoffnung gemacht, gedacht, das wird schon, geht schon weiter, wird schon klappen.

Akzeptieren:

In den folgenden Beispielen werden unterschiedliche Formen des Akzeptierens zum Ausdruck gebracht, wie das Leben als solches zu akzeptieren (M28), die Situation als unabänderlich anzunehmen (M24, M12), sich anzupassen und zu gewöhnen (M17), und die veränderte Situation anders zu bewerten (M25).

M 28 Es kommt immer wieder mal was vor, damit muss man dann auch leben. Es ist nicht alles machbar.

M 24 Ich konnte immer, wenn ich mir Sorgen machte, sagen, ich kann an der Situation nichts ändern.

M 12 Es war irgendwann eine Gegebenheit, dass es so ist.

M 17 Man hat sich an die Situation gewöhnt und vielleicht angepasst, dass man damit zurechtkommt.

M 25 Ich habe nie erwartet, auch beim ersten schon, dass das so weiterlaufen kann wie bisher. Wenn man das akzeptiert und sagt: Gut, das eine mag jetzt zwar nimmer sein, aber dafür habe ich ja wieder andere Sachen. Dann muss man das mit anderen Augen sehen.

Eigeninitiative:

Im nächsten Beispiel versucht der Mann (M25) Wege zu finden, die Gesamtsituation zu bewältigen.

M 25 Man schafft das. Man muss im Endeffekt einen Weg finden und dann organisieren und dann aus der Situation was machen.

Im folgenden Beispiel (M23) fühlt sich der betroffene Mann nicht nur von der Situation wiederholter plötzlicher Klinikaufnahmen und der wechselnden Situation für die Kinder zu Hause überfordert, sondern auch von der Mitverantwortung für den medizinischen Zustand seiner Frau und ergreift die Initiative, um das zu ändern.

M 23 Und dann war sie ja drin und war betreut, das war auch für mich die Entscheidung, wo sie angerufen hat, das letzte Mal, und gesagt hat, du sollst mich abholen, wo ich gesagt habe, wenn sie dich jetzt wieder rausschicken, dann gehen wir woanders hin, daheim nehme ich dich nicht mehr, da ist mir das Risiko zu groß. ... Da habe ich gesagt, hol den Arzt, red mit ihm, sag ihm meine Bedenken, und wenn er was anderes sagt, dann komm ich rein und red mit den Ärzten, und wenn die dann immer noch was anderes sagen, gehen wir halt ins Klinikum oder woanders hin. Daheim war mir das Risiko definitiv zu groß, weil mit 2 Kindern man kann ja nachts net grad aufstehen und wegfahren. Freunde, haben schon einen Fehlalarm mitgemacht und sind hochgekommen und haben hier geschlafen, kann man auch nicht ewig strapazieren.

Sich etwas Gutes tun:

Hier schildern die betroffenen Männer (M25, M22, M5, M9) Strategien, die eigenen Kräfte zu sammeln, um den Anforderungen genügen zu können sowie Möglichkeiten, sich etwas Gutes zu tun.

M 25 Dass ich trotzdem geschaut habe, und wenn es nur ganz kurz ist, noch Zeiten für mich zu haben. Es gibt so verschiedene Sachen, die ich ganz gern mach: sei es früh, ganz früh aufzustehen, ne Tasse Kaffee zu trinken und Zeitung zu lesen, also irgend so

einen Punkt am Tag braucht man einfach, um Kraft zu schöpfen, wo man einfach kurz für sich ist, das kann auch ganz kurz sein. Einfach mal zur Ruhe zu kommen.

M 22 Kirche, Besinnung, hilft, um wieder Luft zu schnappen.

M 5 Einmal eine kurze Dienstreise nach Österreich. ... Für mich waren die zwei Tage Erholung. Es war halt eine andere Umgebung, ich habe irgendwo abschalten können.

M 9 Und der Pizzaservice, der war ganz wichtig, weil irgendwann das Krankenhausessen nicht mehr zu essen war, oder mal der Burger King.

Verantwortung abgeben:

In den folgenden Beispielen (M25, M27) wird das Abgeben von Verantwortung an helfende Personen zu Hause als entlastend beschrieben.

M 25 ... wenn es dann angelaufen ist, wusste man, man konnte sich auf die Leute verlassen, die hier waren, und dann war es wieder eine Entlastung. Da konnte man dann auch entspannter losfahren.

M 27 Ich wusste, dass meine Frau nicht allein ist mit dem Kind, als die Familienpflegerin da war.

Für diese Männer (M12, M23) steht die Entlastung von der Mitverantwortung für den gesundheitlichen Zustand der Frau im Vordergrund, die ja möglicherweise auch mit der Notwendigkeit verbunden ist, trotz Arbeit und Familie zu jeder Tag- und Nachtzeit für Notfallfahrten bereit zu sein (M24).

M 12 Ich war froh, dass meine Frau in den letzten Wochen im Krankenhaus war, weil sie versorgt war.

M 23 Da [in der Klinik] war sie unter Kontrolle und ich wusste, da brauche ich nicht mehr kümmern.

M 24 Ich wusste meine Frau aufgehoben und ich hatte nicht immer im Hintergrund, wie bei den Schwangerschaften davor, wo man dann sagt, irgendwann nachts um 11, oder nachts um 3 Uhr platzt die Blase und dann wird schnell eine Tasche gepackt und ins Auto und nach ... gefahren und hoffentlich passiert dann unterwegs nichts – die Frau neben dran und hat Wehen und hat Panik, dass es früher kommt, und die Situation wusste ich ausgeschlossen. Für mich aber, ich war beruhigt, wenn sie in der Klinik war. ... Ich finde es ziemlich schlimm, wenn irgendwas passiert, dann ist Hektik, dann ist noch irgendwo eine Baustelle, dann steht man im Stau, das fand ich persönlich das Allerschlimmste an der Geschichte. Mir war's dann lieber, dass sie in der Klinik ist und ich wusste sie versorgt, wenn ich auf die Arbeit geh, dann bin ich auch relativ beruhigt.

Die folgenden Beispiele (M24, M26) zeigen, dass nicht nur das Abgeben von Verantwortung, sondern auch die aktive Übernahme von Verantwortung durch Dritte als Hilfe und Erleichterung erlebt wird.

M 24 Tatkräftige Unterstützung durch die Familienpflegerin und auch durch die Schwiegermutter. An Wochenenden sind wir dahin zum Essen gegangen, d. h. ich muss-

te mich darum nicht kümmern und konnte dann auch von dort aus direkt ins Krankenhaus fahren. Die Kinder sind gerne dort geblieben.

Was ich besonders angenehm fand: Ich hatte mit der Abrechnung der Familienpflege nichts zu tun, das hat sie alles direkt mit der Krankenkasse gemacht.

M 26 Wobei jetzt aber, wie die Familienpflegerin da war, also ich war beruhigt. Weil man gewusst hat, es ist jemand da, der kümmert sich jetzt um die elementaren Dinge, die Standardsachen, dass die Kinder die Wäsche gewaschen kriegen, dass die was zu essen kriegen, dass die vom Kindergarten abgeholt werden und dass da auch ein geregelter Tagesablauf für die da ist, dass die da nicht so aus der Bahn geworfen werden, also mir hat das eigentlich schon ein Stück Sicherheit gegeben.

Vertrauen in die Medizin:

Diese Männer (M8, M24) beschreiben ihr Vertrauen in die Medizin als stützend.

M 8 Gefühl, gut aufgehoben zu sein.

M 24 Ich war mit der Situation ziemlich zufrieden, weil ich den Eindruck hatte, im Krankenhaus ist alles unter Kontrolle. Dass die Frau in der Klinik war, war zwar beunruhigend, aber man wusste, dass sie in guten Händen ist und dass man auch medizinische Möglichkeiten hat, die Entbindung so weit hinauszuzögern, dass dem Kind nichts passiert.

Positive Rückmeldung:

Während im ersten Beispiel (M4) die Besserung des körperlichen Zustandes der Frau und ihre Entlassung nach Hause im Vordergrund stehen, ist bei den nächsten Beispielen eine relative Stabilisierung der Frau (M21, M6) von Bedeutung

M 4 Als die Frau dann zu Hause war, war es schon wieder viel normaler, da ging es einem gleich schon viel besser. Da weiß man ja, es ist wieder einigermaßen im Lot.

Man muss sich halt schonen, aber man hat die Hürde wieder geschafft.

M 21 Ich wusste, es läuft, und das war das Wichtigste in dem Moment.

M 6 Es war leichter, da man gesehen hat, dass sich alles stabilisiert hat. Dass die Frau ihre Sicherheit wiedergewonnen hat und wieder „Herr der Lage“ war.

Im folgenden Beispiel (M5) wird von dem betroffenen Mann die durch sein Bemühen wiederhergestellte relative Routine als hilfreich beschrieben.

M 5 Geholfen hat, wenn du eine gewisse Routine reinkriegst ... irgendwo spielt sich's ja auch ein.

Hier (M30) steht die ungewohnte Herzlichkeit der Kinder im Vordergrund.

M 30 [Die Kinder] haben mich sehr herzlich begrüßt, wenn ich von der Arbeit nach Hause kam. Da war dann ein großes Hallo.

Unterstützung durch den Arzt:

In diesem Beispiel (M23) fühlt der betroffene Mann sich vom Arzt verstanden und in seiner Situation unterstützt, während im nächsten Beispiel (M4) das Vertrauen auf den engen Informationsaustausch die Grundlage für die Beruhigung des betroffenen Mannes bildet.

M 23 [als die Frau zum wiederholten Mal entlassen werden sollte] ... habe ich gesagt, hol den Arzt, red mit ihm, sag ihm meine Bedenken [Eigeninitiative] ... Da hat der Doktor auch gleich gesagt, dann bleibt sie da.

M 4 Beruhigung, dass man gewusst hat, dass es der Frau gut geht in der Klinik und wenn was wär, dass die sofort anrufen.

Hier (M6) steht eher die allgemeine, emotionale Unterstützung durch medizinisches Personal im Vordergrund.

M 6 Guter Kontakt zur Hebamme, die beide Seiten gesehen hat. Die Seite der Mutter und die Seite des Kindes, und das konnte sie auf eine wunderbare Weise vermitteln: „Ihr seid die besten Eltern für dieses Kind. Es hat sich euch ausgesucht.“ [Zuwendung] Das ist ein phantastisches Bild. Es nimmt den Druck weg, weil es wirklich ein Geschenk ist. Diese Geisteshaltung, dass es schon gut gehen wird, das war das Entscheidende für mich. Die Hebamme, nach dem Wechsel der ärztlichen Betreuung, war die wesentliche Stütze.

Ablenken:

Für diese Männer (M15, M9) bedeutete Ablenkung von den Sorgen eine Erleichterung.

M 15 Es war halt so, dass man immer im Stress war und durch irgendwas abgelenkt wurde, das hat eigentlich geholfen.

M 9 Bin spätnachts heimgekommen, dann am Rechner gesessen, Ablenkung ohne Ende, ich habe mich nur abgelenkt, nicht darüber nachgedacht, über ... [die Klinik] und die Kinder, und was kommt, was passiert.

Ziele setzen:

In diesem Beispiel (M12) wurde die Aussicht auf ein absehbares positives Ende als Stütze empfunden.

M 12 Es war eine überschaubare Zeit, auch wenn es lang war. Es ist nicht, wie bei einer schweren Krankheit, wo du nicht weißt, wie lang das noch geht, das war klar, dass es irgendwann zu Ende ist.

Sinngebung:

Dieser Mann (M19) bezieht Kraft aus den Gedanken an Frau und Kinder.

M 19 Der Gedanke an meine Frau, dass es ihr gut geht. Als es der Frau ganz schlecht ging, der Gedanke an die Kinder.

Sich selber wertschätzen:

Im ersten Beispiel (M11) wird die Erinnerung an frühere bewältigte problematische Situationen als hilfreich beschrieben; während der Mann im zweiten Beispiel (M25) betont, wie es ihm geholfen hat, sich Erreichtes bewusst zu machen.

M 11 Wir haben es noch nie besonders einfach gehabt. Und natürlich haben wir uns jetzt auch wieder eine schwierige Konstellation ausgesucht, aber das kriegen wir auch wieder gebacken.

M 25 Ich mache mir Tagespläne und sehe dann ja auch abends, was habe ich da geschafft, von meinen Sachen, von meinen Terminen und Telefonaten, alles, was ich so erledigen wollte. Und das gibt natürlich auch Rückmeldung [positive Rückmeldung], jetzt hast du es geschafft, und man sieht dann und man freut sich daran, dass meistens die Seite, die man geschafft hat, überwiegt, auch, wenn vielleicht ein paar Sachen in den nächsten Tag rüßerrutschen. Man muss sich das einfach bewusst machen, abends zu sehen, das und das wolltest du machen, und das habe ich geschafft.

6.5 Zusammenfassung der Bereiche Erleben und Coping

Im Folgenden werden die bisher vorgestellten Ergebnisse zum Erleben und Coping der befragten Frauen und Männer zusammengefasst, wobei hier auch das Zusammenwirken von Erleben, Coping und äußeren Einflüssen mitbetrachtet werden soll.

Während zum Zeitpunkt der Diagnose für viele der betroffenen Frauen und Männer die *Angst* im Vordergrund steht, erleben einige auch *Zuversicht*. Die Wechselwirkung zwischen Erleben und Coping wird deutlich, wenn sich anfängliche Angst und Sorge auf Grund der eigenen Einschätzung und der Bewertung des Arztes in *Zuversicht* umwandeln. Dementsprechend war von den Frauen die am häufigsten genannte Copingstrategie für den Zeitpunkt der Diagnose *Problemanalyse*, während die Männer *Optimismus* am häufigsten und *Problemanalyse* an zweiter Stelle nannten.

Nach ihrem Erleben im weiteren Verlauf gefragt, benannten die Frauen am häufigsten *fortbestehende emotionale Belastung*, gefolgt von *Konflikt*, *konkreten Alltagsproblemen* und *allgemeiner/psychosozialer Stabilisierung*. Für die Männer standen *Belas-*

tungen durch zusätzliche Aufgaben und fortbestehende emotionale Belastung im Vordergrund, gefolgt auch hier von *allgemeiner/psychosozialer Stabilisierung* und, bei Männern mit Kindern, der Kategorie *Konflikt*.

Als hilfreich zur Bewältigung benannten die Frauen am häufigsten die Kategorien *Eigeninitiative* und *Zuwendung*. Neben *Zuwendung* beruhen auch die weiteren von den Frauen häufig genannten Copingstrategien wie: *Unterstützung durch den Arzt*, *Problemanalyse*, *Hilfe*, *Ziele setzen* und *Verantwortung abgeben*, in unterschiedlichem Maß auf der Kooperation anderer Personen, z. B. des Partners, des Arztes oder helfender Familienmitglieder. Die Frauen erlebten es als förderlich, wenn sie mit Hilfe der ärztlichen Bewertung die eigene Situation und die eigenen Möglichkeiten besser einschätzen konnten. Sie empfanden sowohl Ermutigung und Trost von ärztlicher Seite als auch offene Gespräche als hilfreich und schätzten es, von den Ärzten über erreichbare Teilziele und Behandlungsmöglichkeiten informiert und in die Behandlungsplanung einbezogen zu werden. Fehlende Unterstützung in dieser Hinsicht, sowie Probleme des Klinikalltags wurden als weitere Belastungen beschrieben (vgl. hierzu Kap. 6.8 Quellen sozialer Unterstützung und Kap. 6.9 Behandlungswünsche). Die Frauen erlebten es als erleichternd, wenn es ihnen gelang, ihre Situation zu akzeptieren und als bestärkend und motivierend, sich den Sinn der Mühen und erreichte Teilziele bzw. das Fortschreiten der Schwangerschaft bewusst zu machen.

Für Frauen mit Kindern ist zusätzlich zu beachten, dass diese sich häufig zwischen den Bedürfnissen der älteren Kinder und des Ungeborenen hin- und hergerissen fühlen (*Konflikt*). Erhalten diese Frauen keine adäquate Unterstützung durch das soziale Umfeld oder die Familienpflege, kann dies zu Non-Compliance (*Eigeninitiative*) mit entsprechenden Folgen (Frühgeburt) führen. Demgemäß wurde, neben *Zuwendung*, die Kategorie *Hilfe* von Frauen mit Kindern am zweithäufigsten nach der Kategorie *Eigeninitiative* genannt.

Die von den Männern am häufigsten genannten Bewältigungsstrategien waren *alltagsorientiertes Coping* und *Problemanalyse*, wobei letztere von Männern ohne Kinder am häufigsten als hilfreich empfunden wurde, während von Männern mit Kindern *alltagsorientiertes Coping* und *Hilfe* am häufigsten genannt wurden. Die Kategorie *Verantwortung abgeben* wurde von Männern mit Kindern ebenfalls öfter genannt. Einen hohen Stellenwert für die Männer hatten die Kategorien *Zuwendung*, *Optimismus* und *Akzeptieren*. Ebenso wie die Frauen schätzten auch die Männer eine angepasste, offene

Informationsvermittlung von ärztlicher Seite und eine Abstimmung der Behandlungsmaßnahmen auf die familiäre Lebenssituation, beispielsweise durch Verordnung von Familienpflege oder kontinuierlicher stationärer Betreuung der Frau (vgl. Kap.6.8 Quellen sozialer Unterstützung und 6.9 Behandlungswünsche).

6.6 Erleben und Coping der Kinder

Um für die Zeit der Risikoschwangerschaft die gesamte familiäre Situation betrachten zu können, ist es von Interesse, auch einen Eindruck von Erleben und Coping der betroffenen Kinder zu gewinnen.

Hierzu waren die folgenden Fragen formuliert worden: „Was glauben Sie, wie Ihre Kinder diese Zeit erlebt haben?“ und: „Was, glauben Sie, hat Ihren Kindern geholfen?“

Die Fragen richteten sich an die Eltern, da, u. a. auf Grund der retrospektiven Anlage der Arbeit, keine direkte Beobachtung des kindlichen Verhaltens möglich war und die meisten Kinder für eine Befragung noch zu jung waren. Die relativ offene Formulierung war gewählt worden, um bei den Eltern kein Gefühl von Kontrolle oder Kritik aufkommen zu lassen.

Nach der Durchsicht des Textmaterials wurde deutlich, dass die Fragestellungen nach Erleben und Coping der betroffenen Kinder mit den Antworten der Eltern auf die gestellten Fragen nur indirekt beantwortet werden können, da die meisten der befragten Frauen und Männer das Verhalten ihrer Kinder während der Zeit der Risikoschwangerschaft aus ihrer Sicht beschrieben und Vermutungen darüber formulierten, was ihrer Meinung nach den Kindern geholfen hat. Somit standen für die Auswertung Angaben über das von den Eltern beobachtete Verhalten der Kinder zur Verfügung, jedoch keine direkten Informationen über kindliches Erleben und kindliche Bewältigungsanstrengungen.

Infolgedessen wurde das Textmaterial nach Durchsicht und Zusammenfassung nach den folgenden Oberbegriffen strukturiert:

1. beschriebene kindliche Reaktionen
2. Vermutungen der Eltern darüber, was den Kindern geholfen hat

Zum besseren Verständnis der Situation von Eltern und Kindern sei den folgenden Ergebnissen eine kurze Beschreibung der unterschiedlichen familiären Konstellationen vorangestellt:

Allen betroffenen Familien war gemeinsam, dass die Frau sich, bedingt durch die Risikoschwangerschaft, nicht wie gewohnt betätigen durfte. Allen betroffenen Kindern war gemeinsam, dass ihre Mutter plötzlich nicht wie gewohnt zur Verfügung stand. Unterschiede bestanden jedoch in der individuellen Situation, da manche Mütter im Wechsel stationär und zu Hause waren, während andere Mütter ausschließlich stationär oder

ausschließlich zu Hause behandelt wurden. In manchen Familien standen Großeltern oder andere Verwandte zur Verfügung, andere Familien erhielten zusätzlich Unterstützung durch die Familienpflege. In manche Familien kam konstant dieselbe Familienpflegerin, während andere durch unterschiedliche Familienpflegerinnen betreut wurden. In einem Fall war das Kind in einem anderen Haushalt betreut worden, sodass die betroffene Frau keine eigenen Beobachtungen über das Erleben ihres Kindes äußern konnte. Die Geschwistersituation und der Entwicklungsstand der Kinder waren ebenfalls unterschiedlich. Entsprechend vielfältig waren die beschriebenen Reaktionen der betroffenen Kinder auf diese sehr unterschiedlichen Anforderungen.

Altersverteilung der Kinder

Die Altersverteilung der betroffenen Kinder ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 7: Altersverteilung der Kinder der befragten Frauen (n=23) und Männer (n=17)

Altersgruppe	Frauen Kinder n=41	Männer Kinder n=26
0 bis ca.2 Jahre	2	1
ca. 2 bis ca.3 Jahre	16	10
ca. 4 bis ca. 5 Jahre	12	10
ca. 6 bis ca. 7 Jahre	4	2
ca. 8 bis ca. 11 Jahre	4	1
ab 12 Jahre	3	2

Da sich auf Grund des unterschiedlichen Alters der betroffenen Kinder auch die Entwicklungsphasen und demzufolge die zur Verfügung stehenden eigenen Reaktions- und Bewältigungsmöglichkeiten unterscheiden, wurde für die Auswertung die Gruppe der betroffenen Kinder angelehnt an die Phasen der kognitiven Entwicklung nach Piaget (Faller 2006) in die folgenden Altersgruppen zusammengefasst:

Tabelle 8: Einteilung der betroffenen Kinder in Altersgruppen angelehnt an die Phasen der kognitiven Entwicklung nach Piaget (vgl. auch Joswig 2007)

Altersgruppe	Frauen Kinder n=41	Männer Kinder n=26
<2 Jahre	2	1
2 bis 7 Jahre	32	22
8 bis 11 Jahre	4	1
>12 Jahre	3	2

6.6.1 Kategorien zur Erfassung der beschriebenen kindlichen Reaktionen

Um das von den Eltern beschriebene kindliche Verhalten erfassen zu können, wurden durch inhaltliche Strukturierung und Zusammenfassung des Textmaterials inhaltsanalytische Kategorien entwickelt. Diese Kategorien, die eine altersübergreifende Einteilung der beschriebenen kindlichen Reaktionen ermöglichen, werden im Folgenden kurz beschrieben und sind im Anhang im Codierleitfaden mit Ankerbeispielen dargestellt.

Akzeptierend/passiv

In dieser Kategorie wird das Verhalten von Kindern erfasst, die während der Zeit der Risikoschwangerschaft keine Probleme zeigten. Sie werden als verständnisvoll, nach außen unproblematisch und im Verhalten unverändert beschrieben. Sie scheinen die veränderte Situation zu akzeptieren.

Akzeptierend/aktiv

In dieser Kategorie wird das Verhalten von Kindern erfasst, die sich während der Zeit der Risikoschwangerschaft selbst aktiv um Lösungsmöglichkeiten bemühen, und so die gesamtfamiliäre Bewältigung der Situation mitgestalten. Sie machen Vorschläge, z. B. mit der Mutter am Bett zu spielen oder helfen zu Hause, sie fragen nach, zeigen Interesse am Zustand der Mutter und an dem Baby, äußern Freude auf das kommende Baby, aber auch Angst oder Sorge.

Nicht akzeptierend/aktiv

In dieser Kategorie wird das Verhalten von Kindern erfasst, die während der Zeit der Risikoschwangerschaft ihrem Unmut über die Situation und ihren Bedürfnissen beispielsweise durch Weinen, Fordern und Fragen Ausdruck verleihen. Sie äußern Eifersucht, zeigen Trauer oder Wut und suchen vermehrt die Nähe der Eltern („Klammern“).

Nicht akzeptierend/passiv

In dieser Kategorie wird das Verhalten von Kindern erfasst, bei denen für die Zeit der Risikoschwangerschaft geändertes Verhalten wie Unausgeglichenheit, Lustlosigkeit, Rückzug, Einnässen, oder „Bockigkeit“ beschrieben wird.

Dieser Einteilung ist noch hinzuzufügen, dass in einigen Fällen ein Wechsel des Verhaltens beschrieben wurde, so dass die betroffenen Kinder für die Zeit der Risikoschwangerschaft nacheinander zwei Gruppen zugeordnet wurden.

6.6.2 Angaben der Eltern zu den Reaktionen ihrer Kinder im Verlauf der Risikoschwangerschaft und zu Unterstützungsmöglichkeiten für die Kinder

Im Folgenden sollen die von den Eltern beschriebenen kindlichen Reaktionen dargestellt werden. An Hand einzelner Beispiele sollen darüber hinaus unterschiedliche Situationen, Probleme und Lösungsmöglichkeiten beschrieben werden.

6.6.2.1 Äußerungen der befragten Frauen zum kindlichen Verhalten

Altersgruppe der Kinder unter 2 Jahren

In der Altersgruppe <2 Jahre waren nur zwei Kinder, von denen eines bei den Großeltern war. Hier (F18) wurde das Verhalten als anfangs schwierig, dann problemlos dargestellt. Das Verhalten des anderen Kindes wurde von der Frau (F34) genauso wie das Verhalten der größeren Geschwister beschrieben.

F 34 Die Kinder haben geklammert. Ich war nie mehr allein in meinem Bett drin gelegen, sondern da waren alle Mann drin.

Altersgruppe der Kinder im Alter von 2 bis einschließlich 7 Jahren

Die Altersgruppe der Kinder von 2 bis 7 Jahren war am stärksten vertreten (n=32). Die Angaben der befragten Frauen (n=23) zum Verhalten der Kinder dieser Altersgruppe sind in Abb. 23 zusammengefasst. Von den Frauen wurde am häufigsten (n=19) beschrieben, dass die Kinder ihren Bedürfnissen Ausdruck verliehen, d. h. nicht akzeptierend/aktives Verhalten zeigten. Unproblematisches, akzeptierend/passives Verhalten wurde 14-mal beschrieben, und akzeptierend/aktives Verhalten 7-mal. Nicht akzeptierend/passives Verhalten im Sinne von Rückzug, Unausgeglichenheit oder Einnässen wurde 3-mal beschrieben.

Bei diesen Angaben ist zu beachten, dass sie Mehrfachnennungen beinhalten, da von den Frauen im Verlauf der Zeit bei 11 Kindern ein Wechsel des Verhaltens beobachtet wurde.

Bei 9 Kindern wurde ein Wechsel von nicht akzeptierend/aktivem, d.h. eher forderndem Verhalten zu akzeptierendem Verhalten beschrieben; darunter 6-mal zu akzeptierend/passivem Verhalten und 3-mal zu akzeptierend/aktivem Verhalten. Bei zwei Geschwisterkindern wurde beschrieben, dass sie sich akzeptierend/passiv verhielten, solange die Mutter im Krankenhaus war und, nachdem die Mutter zu Hause war, eher fordernd, d.h. nicht akzeptierend/aktiv, verhielten.

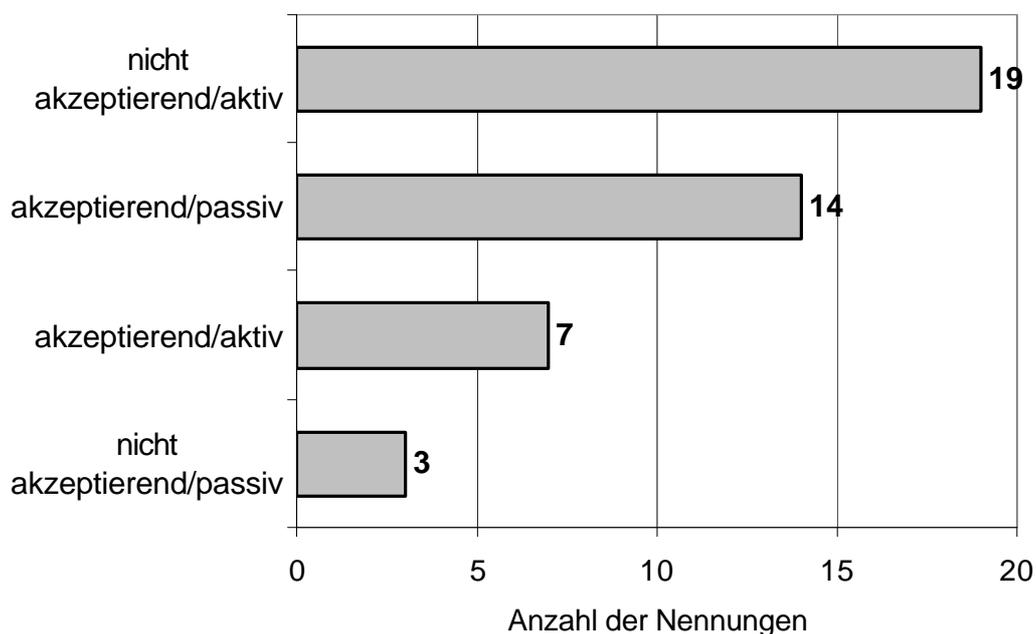


Abbildung 23: Angaben der Frauen (n=23) zum Verhalten der Kinder der Altersgruppe 2 bis 7 Jahre (n=32) in absteigender Häufigkeit (Mehrfachnennungen bei Änderung des Verhaltens möglich)

Altersgruppe der Kinder von 8 bis 11 Jahren

In dieser Altersgruppe (n=4) wurde 3-mal nicht akzeptierend/aktives Verhalten beschrieben und zweimal akzeptierend/aktives Verhalten.

Altersgruppe der Kinder >12 Jahre

In dieser Altersgruppe (n=3) waren unterschiedliche Reaktionen vertreten, wie Zuwendung, Eifersucht und gleichzeitig Hilfe, sowie Rückzug.

Beispiele:

Nicht akzeptierend/aktiv

In den folgenden Beispielen beschreiben die Mütter (F36, F19, F28, F33), dass ihre Kinder Zuwendung fordern und Nähe suchen.

F 36 Jüngere Tochter war mehr belastet. Hat oft gesagt, Mutter solle aufstehen.

F 19 [Der Sohn sagte] „Mama hat nicht mehr so viel Zeit für mich“. Hat mich öfter angesprochen, ob ich nicht mit ihm spielen würde.

F 28 Kinder waren überrumpelt. Sohn hat es mitbekommen, er war dabei, als es losging. Die Tochter war bei einer Freundin, für die war es schlimmer, weil sie heimkam und ich war komplett weg, ohne etwas zu sagen. Da hat sie lange dran gekaut,... an dem Wochenende, an dem ich zu Haus war, hat ihre Freundin angerufen; ich lag ja im Bett und konnte sowieso nichts machen und ich sagte: „Geh mal hin.“ – „Nein, sonst gehst du wieder weg!“

F 33 Anfangs war es recht schwierig, weil sie [die Kinder] nicht verstehen konnten, dass ich nicht so kann, wie sie wollen, und: „Mami komm doch jetzt!“ und: „Mami mach!“

Akzeptierend/passiv:

In diesem Beispiel (F38) wird deutlich, dass die betroffenen Kinder keine Schwierigkeiten mit der Situation zeigten.

F 38 Die Kinder waren cool. Hatte nicht das Gefühl, dass die Kinder ein Problem damit hatten. Es war keiner alleine. Die hatten sich zusammen [als Zwillinge], und das hat denen geholfen. Hätte ich nur einen von beiden, wäre es schwieriger gewesen für das Kind. Aber so hatten sie sich. Drüber gesprochen haben sie nie miteinander, mich gefragt eigentlich auch nicht.

Akzeptierend/aktiv:

Hier (F27, F23) wird beschrieben, dass die Kinder selbst nach Lösungen suchten, ihre Lage zu bewältigen.

F 27 Ich habe erklärt: „Ich darf euch nicht mehr heben, sonst verlieren wir das Baby.“ Die Kinder haben dann vorgeschlagen: „Komm, Mama, wir spielen im Sitzen oder im Liegen.“

F 23 Die Kinder haben viel geholfen, Wäsche gewaschen und den Haushalt geschmissen.

Nicht akzeptierend/passiv:

In diesen Beispielen werden Änderungen des Verhaltens der Kinder wie Rückzug (F28, F25), soziale Auffälligkeit (F30), Einnässen (F36) beschrieben.

F 28 Mein Sohn hat mich [am Telefon] gar nicht mehr sprechen wollen.

F 25 *[der Sohn] Schweigt, versucht, sich abzulenken.*

F 30 *Mit Schwierigkeiten. Dreimal in der Woche musste man in den Kindergarten, weil es irgendwas gab. Er hat einfach im Sozialbereich – er war nicht kommunikativ mit anderen Kindern, er hat sich zurückgezogen, er war eigentlich nicht bereit, mit irgendjemandem auch nur ein Wort zu wechseln oder was zu machen. („In der Zeit, als Sie im Krankenhaus waren?“) Auch vorher. Das merkte man schon so, er hat dann Aufmerksamkeit gesucht. Er hat gebockt. ... Ich konnte ja kaum was machen, und das hat er dann schamlos ausgenutzt, dass ich ihm da nicht hinterher konnte und solche Scherzchen. ... Das war schon nicht leicht. Er hat dann wochenlang Sachen runterfallen lassen und ich konnte mich ja nicht bücken und dann: „Kannst du mir das bitte aufheben?“ – „Nö!“*

F 36 *Ältere Tochter hat die zweite Risikoschwangerschaft mehr mitgenommen. Hat wieder eingenäst. Kind ist sehr introvertiert. Sie hat nichts gesagt, aber man hat gesehen, dass sie das jetzt mitnimmt, dass ich jetzt da liegen muss und dass sie sich jetzt Sorgen macht, wie es ausgeht. Sie stapelt so gern Figürchen und Becherchen und das hat sie einmal gemacht und dann gesagt: „Das muss dann aber auch stehen bleiben, wenn du mal gestorben bist, Mama.“ Das war schwierig.*

Änderung des Verhaltens im Verlauf der Risikoschwangerschaft

In den folgenden Beispielen wird jeweils ein Wechsel des kindlichen Verhaltens beschrieben, wobei auch die Wechselwirkungen zwischen kindlichem Verhalten und hilfreichen oder nicht hilfreichen äußeren Einflüssen deutlich werden.

Hier (F31, F17) wird von den Müttern beschrieben, dass die Kinder ihren Unmut über eine Familienpflegerin äußerten, sich aber mit einer anderen gut verstanden und dann im weiteren Verlauf keine Probleme mehr hatten.

F 31 *Und wir hatten noch mal eine, die war nicht gut zu den Kindern. Das war da, wo die Kinder gesagt haben, die soll nimmer kommen. Also, einmal war ich im Bett, und einer hat die Tür zu gemacht von außen. Für die [Familienpflegerin] war es schlimmer, sie musste klingeln, dass ich wieder aufmach, und da hat sie ihn halt zammgeschimpft, dass er a weng dumm wär, und das ist ihm ganz lang nachgegangen. Für ihn war eh schwierig, dass jemand Fremdes da war und alles gemacht hat, und mich mussten sie in Ruhe lassen. Die war auch nur eine Woche da, und sie waren auch froh, wo sie nimmer gekommen ist, und sie haben auch gesagt, Mama, die soll nimmer kommen. Damit ging's ihnen schwer. Ich war ja im Haus, ich war ja da, ich war ja ansprechbar, aber wenn dann so jemand da war, das wollten die dann net. Als ich dann im Krankenhaus war, kam dann die Stellvertreterin, das war das Gute, die Kinder kannten die und haben sich richtig auf die gefreut. Die hat dann mit denen schöne Sachen gemacht, was ich net konnte, ist mit ihnen auf den Spielplatz gegangen, ist mit ihnen große Runden gelaufen, hat dann mit denen Mittag mal gespielt, oder irgendwas. Also dass das für die Kinder net so negativ war.*

F 17 *Und mit einer ist er überhaupt net ausgekommen. Für mich war sie gut. Die hat mich bemuttert. Aber für den Sohn war sie überhaupt nichts. Der hat sich total gegen die gestellt. Da habe ich gesagt, da muss ich abwägen, da zählt erst der Sohn und der Haushalt muss halt mal liegen bleiben. Und bei der anderen, da war der Haushalt net*

so, wie ich mir das vorstell, aber der Sohn war begeistert von ihr. Die hat mit ihm gesungen, hat mit ihm gespielt, die hat ihn in den Kindergarten gebracht, sie hat ihn abgeholt und ist Mittag raus gegangen und ist so lang dageblieben, bis mein Mann von der Arbeit gekommen ist, und dann ist sie gegangen.

Im nächsten Beispiel (F21) wusste der Sohn anfangs nichts von der Schwangerschaft und konnte sich das Verhalten seiner Mutter nicht erklären, was er ihr auch zeigen konnte. Nachdem er die Situation verstanden hatte, zeigte er keine Probleme mehr.

F 21 Ich wollte ihm [dem Sohn] anfangs noch nicht von der Schwangerschaft erzählen. Er hat aber, als ich mich anfangs hingelegt habe gesagt: „Ich war doch gar nicht böse.“ Daraufhin habe ich ihm erklärt, dass das Baby sei, dass die Mama sich hinlegen müsse. Das hat er verstanden. ... Hat nie Schwierigkeiten gemacht, konnte zur Oma und in den Kindergarten gehen. Und zu Hause konnte die Mama nicht weglaufen.

Im folgenden Beispiel (F33) wird der Wechsel von forderndem Verhalten zu unproblematischem, unterstützendem Verhalten beschrieben.

F 33 Anfangs war es recht schwierig, weil sie nicht verstehen konnten, dass ich nicht so kann, wie sie wollen, und Mami komm doch jetzt und Mami mach und tu, und dann war das so, die Große konnte bis dahin keine Hausaufgabe alleine machen, und sie konnte die Hausaufgaben plötzlich alleine machen, also ich war im Raum, aber ich musste nicht mehr so daneben sitzen. Und die Kleine war dann viel am Nachmittag im Kindergarten oder bei Freunden. Früh war sie ja auch im Kindergarten. Und dann ging's eigentlich auch, und irgendwann haben sie auch begriffen und haben mich dann auch bemuttert und betuttelt und [gefragt]: „Tut's dir irgendwo weh?“ – und waren da auch ganz lieb und nett.

In diesem Beispiel (F24) zeigt die Tochter deutlich ihre Traurigkeit darüber, dass die Mutter im Krankenhaus ist. Nachdem die Mutter wieder zu Hause ist (sie ist gegen ärztlichen Rat gegangen), zeigt sie Verständnis dafür, dass die Mutter nicht viel machen kann und versucht selbst eine Lösung zu finden.

F 24 Mein Mann ist immer mit der [Tochter] gekommen, und die hat geweint, weil die mich vermisst hat. Und immer geweint und geweint. [Nachdem die Frau gegen ärztlichen Rat nach Hause gegangen war.] Ich war im Wohnzimmer gelegen, meine Tochter hat sich die Spielsachen an die Couch geholt und hat gespielt. Das war nicht so, dass ich um die springen musste. Der hat wirklich gelangt, dass ich daheim war, dass die einfach daheim bleiben konnte.

Zwei Geschwisterkinder zeigten zunächst keine Probleme, als die Mutter (F29) im Krankenhaus war. Sie hatten jedoch Schwierigkeiten damit, die Situation zu akzeptieren, nachdem ihre Mutter wieder zu Hause war, aber noch liegen musste und nicht zur Verfügung stand.

F 29 Wie ich weg war, war es für die Kinder auch leichter zu verstehen, aber wie ich dann daheim war: „Du bist doch daheim!“ Die Haushaltshilfe war ja dann noch da und hat das meiste mit den Kindern gemacht, [die dann fragten]: „Warum gehst du net mit?“

6.6.2.2 Vermutungen der Mütter darüber, was den Kindern geholfen hat

Die befragten Frauen (n=23) berichteten, dass Aktivitäten mit den Familienpflegerinnen (n=9) und/oder den Großeltern (n=7) sowie Gespräche und Erklärungen (n=5) den Kindern bei der Bewältigung der Situation geholfen haben. Die Nähe der Mutter, falls sie zu Hause behandelt wurde, wurde als hilfreich eingeschätzt (n=5), ebenso, wie die größere Nähe zum Vater (n=4). Es war ihrer Meinung nach auch wichtig für die Kinder, in der gewohnten Umgebung bleiben zu können (n=3). In Tab. 9 sind die Angaben der befragten Frauen dazu, was ihrer Meinung nach den Kindern bei der Bewältigung der Situation geholfen hat, zusammengefasst.

Tabelle 9: Nennungen der befragten Frauen (n=23), was ihrer Meinung nach den Kindern bei der Bewältigung der Situation geholfen hat (Mehrfachnennungen möglich)

Geholfen hat:	n
Familienpflegerin	9
Großeltern, andere Verwandte	7
Gespräche, Erklärungen	5
Mutter zu Hause	5
Mehr Nähe zum Vater	4
Fester Rahmen, gewohnte Umgebung	3
Geschwister	1

Beispiele:

In diesen Beispielen wird deutlich, wie die *Familienpflegerinnen* einerseits direkt die Kinder unterstützt haben (F29) und andererseits durch ihre Arbeit die Nähe der Kinder zur Mutter (F33) und ein Verbleiben der Kinder in der *gewohnten Umgebung* ermöglicht haben (F30, F37). Im Beispiel F31 wird beschrieben, wie die Familienpflegerin durch *Entlastung der Mutter* zur Verbesserung des Familienklimas beigetragen hat.

F 29 Die Haushaltshilfe hat sich liebevoll um die Kinder gekümmert. Den Haushalt hat hauptsächlich mein Mann gemacht. Wir haben gesagt, wir brauchen jemand, der die Kinder beschäftigt, und die hat dann auch andere Sachen gemacht als die Mama. Die ist dann bis um 6 geblieben, hat gespielt, Hausaufgaben mit angekuckt. Da haben

wir echt Glück gehabt. Kinder haben danach noch oft gefragt, warum kommt sie jetzt nicht mehr. Es war doch so schön.

F 33 Die Kinder haben sich mit der Frau [der Familienpflegerin] super verstanden, das war dann so eine Situation, da haben die gesagt: Mama, wenn dir was passiert, dann nehmen wir die Frau in unsere Familie auf, die passt dann auf uns auf. Und, dass sie offen über die Situation sprechen konnten. Vielleicht war es für die Kinder auch ganz gut, weil ich ja sonst arbeiten war, und so war ich ja dann doch zu Hause und ich musste mich um nichts kümmern, konnte auch mal Spiele machen, wo man sonst sagt, nachmittags, ich muss erst meine Arbeit nebenbei machen. Ich hab auch dann mit gelesen. Das war für die Kinder auch ganz hilfreich, zu sehen, man hat die Mama da auch. Es hat auch seine gute Seite im Endeffekt, dass sie da liegt und nichts tut.

F 30 Dieser feste Rahmen. Ich war zwar nicht da. Aber da habe ich immer sehr viel Wert drauf gelegt. Er [der Sohn] war nie weg von zu Hause, das war mir ganz wichtig. Er braucht hier seinen Rahmen, seine Struktur, und es war immer im Großen und Ganzen ein und dieselbe Bezugsperson.

F 37 Den Kindern ging es gut, weil sie die Familienpflegerin schon kannten, wissen heute noch, wer da war. Die Kinder wussten ja, ich bin da, es läuft alles weiter, es war die gewohnte Umgebung. Es war jemand da, der Zeit für sie hatte, der mit ihnen gespielt hat. Die Familienpflegerin, die da war, sollte sich viel Zeit nehmen für die Kinder und was sie nebenbei im Haushalt schaffen kann, das ist gut.

F 31 Dass ich vielleicht ausgeglichener war, durch die Hilfe, die ich noch gekriegt hab. Weil, wo ich noch alles selber gemacht habe, war ich ja sehr ängstlich und wusste ja, eigentlich ich darf nichts machen, weil mir's net gut tut, und da war ich auch nicht gerecht zu den Kindern. Da mussten sie sehr viel zurückstecken. Dass wir Hilfe gekriegt haben und dass ich dann ruhiger geworden bin, das hat ihnen geholfen. Ich musste wohl zurückstecken, aber ich war ausgeglichener. Ich hatte nimmer so viel Angst und ich bin auch nimmer so grantig gewesen ihnen gegenüber. Weil ich immer gesagt habe, sie müssen Rücksicht nehmen und sie haben es nicht verstanden, konnten sie nicht, aber für mich war diese Angst da und dann mussten die für mich zurückstecken. Ich glaub, das hat ihnen schon geholfen, diese Zeit zu überbrücken, dass ich dann anders geworden bin wieder, also nimmer so ängstlich, und sie mussten net so viel tragen. Und die Aktivitäten mit der Familienpflegerin.

Die folgenden Beispiele (F22, F26) verdeutlichen die Bedeutung, die Großeltern und Väter für die Kinder in der Situation hatten.

F 22 Omas und Opas haben das ausgeglichen, er durfte abends wach bleiben, bis der Vater gekommen ist und dann mit dem Papa ins Bett.

F 26 Dass der Mann, wenn er Zeit hatte, sich intensiv um die Kinder gekümmert hat.

Im diesem Beispiel (F19) wird beschrieben, dass Erklärungen dem Kind geholfen haben, die Situation zu akzeptieren.

F 19 Vielleicht war das daran gelegen, oder dass wir ihm erklärt haben, dass wir, wenn das Baby da ist, dass wir dann doch Zeit fürs Baby brauchen, aber ihn trotzdem lieb haben. ... Wenn er Probleme hat, kann er trotzdem zu uns kommen, wir haben schon versucht, ihn darauf vorzubereiten. Gesagt, dass er das Baby füttern darf; verschiedene Bücher gekauft, in denen stand, dass er dann der große Bruder ist, dass das

Baby am Anfang viel schläft, und dass man dann doch Zeit hat noch für ihn, und wenn's halt älter, größer wird, dann muss er halt mit ihm spielen oder kann ihm erklären, wie man das Krabbeln anfängt, oder wie man läuft. Er hat dann immer gefragt, wann kommt das Baby denn und hat viele Fragen gestellt, wo das Baby rauskommt. Das haben wir ihm dann alles auf kindergerechte Art erklärt. Es ging ganz gut danach.

6.6.2.3 Äußerungen der befragten Männer zum kindlichen Verhalten

Altersgruppe der Kinder unter 2 Jahren

In der Altersgruppe 0 bis 2 Jahre war nur ein Kind, das bei den Großeltern war und dessen Verhalten als akzeptierend und unauffällig beschrieben wurde.

Altersgruppe der Kinder von 2 bis 7 Jahren

Die Altersgruppe der Kinder von 2 bis 7 Jahren war am stärksten vertreten (n=22). Die Angaben der befragten Männer (n=17) zum Verhalten der Kinder dieser Altersgruppe sind in Abb. 24 zusammengefasst. In dieser Gruppe wurde von den befragten Männern akzeptierend/passives Verhalten der Kinder am häufigsten geschildert (n=10). Nicht akzeptierend/passives Verhalten wie Rückzug oder Unausgeglichenheit wurde 6-mal beschrieben. Akzeptierend/aktives Verhalten im Sinne von Interesse an der Situation und eher hilfreichem Verhalten wurde 5-mal beschrieben und nicht akzeptierend/aktives Verhalten, wie z. B. forderndes Verhalten 3-mal.

Bei diesen Angaben ist zu beachten, dass sie Mehrfachnennungen enthalten, da von den befragten Männern bei 2 *Geschwisterkindern ein Wechsel des Verhaltens von akzeptierend/passiv zu nicht akzeptierend/passiv* beobachtet wurde.

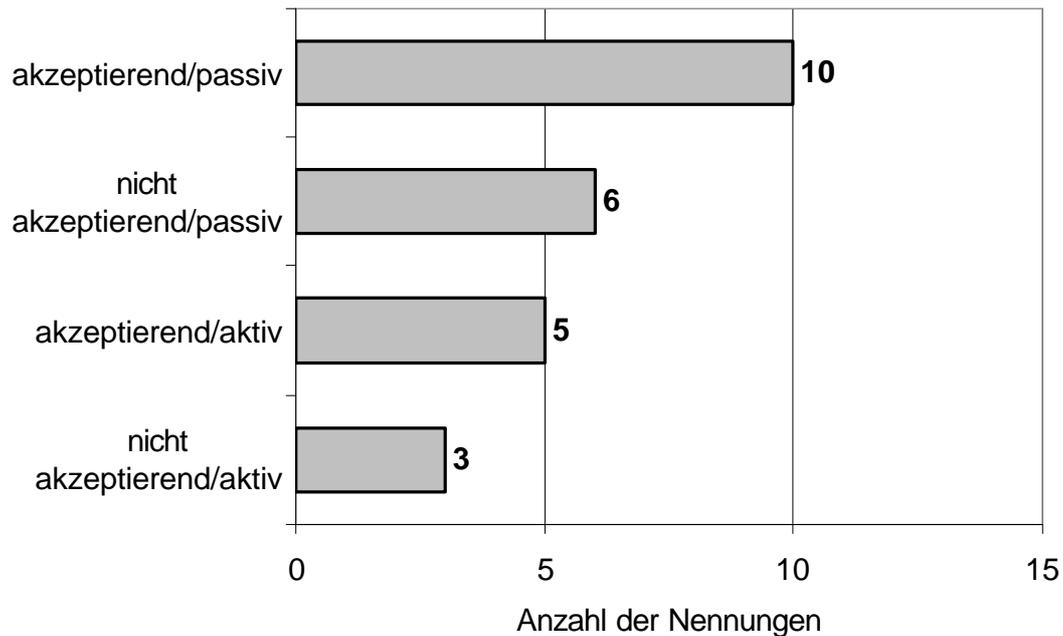


Abbildung 24: Angaben der Männer (n=17) zum Verhalten der Kinder der Altersgruppe 2 bis 7 Jahre (n=22) in absteigender Häufigkeit (Mehrfachnennungen bei Änderung des Verhaltens möglich)

Altersgruppe der Kinder von 8 bis 11 Jahren

In dieser Altersgruppe war nur ein Kind vertreten, dessen Verhalten als akzeptierend/passiv beschrieben wurde.

Altersgruppe der Kinder >12 Jahre

In dieser Altersgruppe waren 2 Kinder vertreten, deren Verhalten als akzeptierend/passiv bzw. nicht akzeptierend/passiv beschrieben wurde.

Beispiele:

Akzeptierend/passiv:

Hier (M18, M17) wird problemloses Verhalten der Kinder beschrieben.

M 18 Wobei ich schon von der Reaktion her wusste, dass der Sohn es zumindest nach außen hin unproblematisch aufnimmt.

M 17 Sohn, das ist jemand, der zeigt das nicht so.

Nicht akzeptierend/passiv:

In den folgenden Beispielen beschreiben die Männer Verhaltensänderungen ihrer Kinder, wie Lustlosigkeit (M23) und Rückzug (M30).

M 23 Man merkt's am Verhalten ... da haben sie zu nichts Lust gehabt, da hat man machen können, was man wollte. Die haben das viel mit Bildern verarbeitet, die haben viel gemalt, zum Beispiel, wo das Krankenhaus drauf war.

M 30 Haben sich zurückgezogen und selber beschäftigt.

Akzeptierend/aktiv:

Hier wird von den Männern (M16, M22) beschrieben, dass die betroffenen Kinder Interesse und Sorge zum Ausdruck brachten.

M 16 [Tochter] war richtig dabei, hat immer nach der Mutter gefragt und wie es dem Baby geht. Hat sich auf das Baby gefreut.

M 22 Die haben sich mehr Sorgen um die Mama gemacht, wo denn die Mama ist. Die wussten auch, dass ein Baby kommt und haben sich gefreut. Haben mit gelitten, brauchen Geduld und haben gemerkt, dass die Geduld [beim Vater] nicht so da war wie sonst.

Nicht akzeptierend/aktiv:

In diesem Beispiel (M20) konnte das Mädchen ihre Traurigkeit über die Situation zeigen.

M 20 [Tochter] hat die Mama vermisst.

Änderung des Verhaltens im Verlauf der Risikoschwangerschaft

Im folgenden Beispiel (M24) wird beschrieben, dass die Kinder anfangs keine Probleme mit der Situation hatten, sich ihr Verhalten aber im weiteren Verlauf zunehmend änderte.

M 24 Am Anfang war es ganz in Ordnung, weil sie im Kindergarten waren, tagsüber, mittags war die Schwiegermutter da, mit der haben sie einen sehr guten Kontakt und fühlen sich auch wohl. Dann haben wir eine Familienpflegerin bekommen, und damit hatten die Kinder erstaunlicherweise zunächst keine Probleme. Sie ist offen auf die Kinder zugegangen. Die Kinder waren wie immer eigentlich. Es hat sich dann aber mit der Zeit rausgestellt, dass sich die Situation der Familienpflegerin mit den Kindern immer mehr verschlechtert hat, nicht so, dass die zwei Parteien Stress miteinander hatten, die Kinder wurden immer mehr unzufrieden, je länger die Mutter weg ist, und das war bei uns jetzt schon so ein Grenzfall; es hätte keine 2-3 Wochen länger dauern dürfen. Ich glaube nicht, dass es den Kindern bewusst war, man hat es eher am Verhalten gemerkt, dass die mit der Zeit immer unruhiger wurden in ihrem Benehmen, also man hat gemerkt, da stimmt was nicht. Sie waren nicht mehr so ausgeglichen, wie sie eben vorher waren.

6.6.2.4 Vermutungen der Väter darüber, was den Kindern geholfen hat

Nach Ansicht der befragten Männer (n=17) haben den Kindern die Großeltern (n=8) und Familienpflegerinnen (n=6) am meisten bei der Bewältigung der Situation geholfen. Weiter wurden genannt: Erklärungen und Gespräche, um die Situation zu verstehen (n=4), Kontakt zur Mutter (n=3), größere Nähe zum Vater als sonst (Schlafen im großen Bett) und Zeit mit dem Vater (n=3) sowie Freude auf das kommende Baby (n=3). Diese Angaben und weitere Nennungen sind in Tab. 10 zusammengefasst.

Tabelle 10: Nennungen der befragten Männer, was ihrer Meinung nach den Kindern bei der Bewältigung der Situation geholfen hat (Mehrfachnennungen möglich)

Geholfen hat	n
Großeltern, Oma, Tante	8
Familienpflegerin	6
Erklärungen, Gespräche	4
Kontakt zur Mutter	3
Nähe zum Vater	3
Freude auf das Baby	3
Zuwendung	2
Bruder	1
Ablenkung	1

Beispiele:

In den folgenden Beispielen wird die Bedeutung der *Verwandten* (M21) und der *Familienpflegerin* (M26) für die Kinder beschrieben.

M 21 War mit Oma und Tante zu Hause und haben gebetet und Händchen gehalten, dass alles gut geht.

M 26 Letztendlich hatten wir die [Familienpflegerin], die sie am liebsten mochten, auch die längste Zeit, und das war für die auch bissel eine Abwechslung vom normalen Alltag. Die fanden es jetzt interessant oder vielleicht auch schön, weil die Familienpflegerin sich ganz bewusst mal ne Stunde Zeit genommen hat, mit denen mal was zu basteln oder was zu machen, wo jetzt wir als Eltern viel zu selten machen. Dass wir jetzt sagen, ich mach jetzt mal ne Stunde mit den Kindern, bastel ich was oder spiel was. Meistens ist man doch so im Alltagstrott drin, dass man sich für so was wenig Zeit nimmt, und deswegen war es für die Kinder keine Erfahrung, wo sie jetzt mit Schreck dran denken, sondern eher positiv dran denken.

In diesen Beispielen betonen die Väter, dass es für die Kinder wichtig ist, die *Situation zu verstehen* (M22) und *einbezogen zu werden* (M25).

M 22 Wenn man ihnen erklärt, was los ist, wenn man mit ihnen redet. Der Ältere fragt sehr viel und ist auch sehr verständig, und wenn man ihm erklärt, was los ist, ist er zufrieden. Wenn man einfach ehrlich ist, das hilft schon. Wenn man sagt, so oder so ist es jetzt, ich bin nervös, weil ... irgendwann begreift er, was los ist, und das hilft dann schon. Und der Zweite, wenn er merkt, dass sein Bruder sich beruhigt hat, dann beruhigt er sich auch. Der schaut sich um, und wenn die Stimmung um ihn herum irgendwie passt, dann ist er auch zufrieden.

M 25 Er hat sich auch sehr gefreut auf sein Brüderchen. Wir haben auch viel mit ihm darüber gesprochen. War auch mit im Krankenhaus, durfte sich das Brüderchen auch mal auf dem Bild anschauen.

Sowohl die Nähe und der *Kontakt zur Mutter* (M20) als auch der Kontakt und die größere *Nähe zum Vater* (M23, M24) werden als wichtig für die Bewältigung der Situation beschrieben, während für andere Kinder *Ablenkung* eine Hilfe war (M18).

M 20 Die Mutter zu besuchen, und dann, dass die Mutter nach Hause kam.

M 23 Und letzten Endes haben sie dann bei mir im Bett geschlafen. Das war dann, wo ich gemerkt hab, jetzt wollen sie was, jetzt brauchen sie was. Das war dann schlagartig vorbei, wo die Frau wieder zu Hause war.

M 24 Ich habe versucht, meine ganze Freizeit den Kindern zu widmen; ich wurde ja sonst komplett entlastet und habe eben so einen Spagat versucht, am Wochenende was zu unternehmen, dann auch mit den Kindern zur Mutter zu fahren und unter der Woche abends für die Kinder da zu sein, und dann sie besonders zu betreuen. Auch abends, wenn's ins Bett geht, dann mit Vorlesen, dass ich mit hochgegangen bin, dass sie z. B. ins Ehebett rein gegangen sind, dass sie dort schlafen durften, das ist für die Kinder immer sehr wichtig gewesen. Wenn Mutter oder Vater unterwegs sind, wenn ich z. B. auf Dienstreise war, dann waren die Kinder im großen Bett. Und ich glaube, das hat ihnen geholfen, da auch gut zu schlafen, und das ist ja ein Indiz dazu, dass sie auch einigermaßen beruhigt sind und ausgeglichen, sonst würden sie ja schlecht schlafen.

M 18 Für den waren andere Sachen zu dem Zeitpunkt wichtiger. Oder, wenn Besuch war, dem war in ... der Getränkeautomat wichtiger und in ... der Süßigkeitenautomat, das sind eher so Highlights, dass er den bedienen durfte, oder dass er was holen durfte, das war für den wichtiger.

6.6.3 Zusammenfassung

Wie aus den Ergebnissen hervorgeht, benötigen die meisten Familien mit Kindern während einer Risikoschwangerschaft der Mutter Unterstützung, um die Kinderbetreuung zu gewährleisten. Diese Unterstützung wird entweder von Familienmitgliedern und hier vorwiegend von den Großeltern oder von der Familienpflege geleistet. Die Kinder gehen je nach Alter und Persönlichkeit, aber auch je nach der familiären Gesamtsituation unterschiedlich mit dieser Situation um. Die Reaktionen der Kinder konnten altersübergreifend den folgenden inhaltsanalytisch aus den Angaben der Eltern entwickelten Kategorien zugeordnet werden: Die Kinder verhielten sich *akzeptierend/passiv* und

schiene die Situation ohne Probleme zu akzeptieren oder *akzeptierend/aktiv*, indem sie sich selbst aktiv bemühten, ihre Situation und die der Familie zu erleichtern. Andere Kinder verhielten sich *nicht akzeptierend/aktiv*, indem sie ihre Unzufriedenheit mit der Situation äußerten oder *nicht akzeptierend/passiv*, wobei hier Änderungen des Verhaltens, wie Einnässen oder soziale Auffälligkeit im Vordergrund standen. Änderte sich die Situation oder der Umgang der betreuenden Personen mit den Kindern, so wurde häufig auch ein Wechsel des Verhaltens beobachtet. Als hilfreich für die Kinder benannten viele der befragten Eltern zusätzlich zu den Großeltern und der Familienpflegerin die Nähe zur Mutter (bei häuslicher Betreuung) und zum Vater und als günstig, die Kinder über die Situation aufzuklären und mit einzubeziehen.

6.7 Erleben der Geburt und der nachfolgenden Zeit

Im folgenden Kapitel werden die Angaben der befragten Frauen und Männer zum Erleben der Geburt und der nachfolgenden Zeit vorgestellt.

6.7.1 Angaben der Frauen zum Erleben der Geburt

Die folgenden Angaben zum Erleben der Geburt sind kurz in Tab. 11 zusammengefasst. Von den 36 befragten Frauen hatten 14 Frauen einen Kaiserschnitt (39%). 29 Frauen beschrieben die Geburt als leicht, problemlos, schnell oder empfanden sie nach der langen Liegezeit als Erleichterung (81%). Von 7 Frauen wurden Schwierigkeiten medizinischer und/oder anderer Art bei oder kurz nach der Geburt angegeben. Die medizinischen Schwierigkeiten (n=5), die angegeben wurden, waren: starker Blutverlust (n=2), Probleme mit der Geburtseinleitung (n=2) und Schulterdystokie. Die weiteren Schwierigkeiten waren: Trauer darüber, dass die Kinder sofort nach der Geburt weg mussten (n=2), ungewollter Kaiserschnitt und die unruhige Atmosphäre bei der Geburt.

Tabelle 11: Angaben der befragten Frauen (n=36) zum Erleben der Geburt (Mehrfachnennungen möglich)

Erleben der Geburt	n=36
problemlos	29
medizinische Komplikationen	05
andere Schwierigkeiten	04

Beispiele:

Positive Erfahrungen

Diese Frau (F34) erlebte nach ihrer Risikoschwangerschaft die Geburt ihres 6. Kindes sehr positiv.

F 34 Die haben dann alles vorbereitet, falls ich in die Neurologie muss. Die Geburt war o.k. Ich hab mir diese PDA legen lassen, falls doch ein Kaiserschnitt gemacht werden muss, und dann habe ich noch gesehen, wie sie kommt. Also das war super. Da haben sie mir extra noch einen Spiegel geholt, dass ich zukucken kann. Das war herrlich. Das sollte man jeder Frau raten, dass sie zukucken darf. Weil, so sieht man ja nichts, und wenn man dann sieht, wie das Kind kommt, das ist ein Wahnsinnsgefühl, das ist

herrlich. [Bei der Entlassung] Alle waren versammelt bei der Entlassung, Pfleger, Ärzte, Oberärzte, so 20 Mann, und dann habe ich so zu der Kleinen gesagt: „Kuck mal, denen haben wir’s doch gezeigt.“ Und denen war auch das Wasser in den Augen gestanden. Die waren echt erleichtert, dass das so abgegangen ist, da hat keiner mit gerechnet.

Im folgenden Beispiel (F12) äußert sich die Patientin positiv darüber, dass ihre Wünsche bezüglich des Geburtstermins berücksichtigt wurden.

F 12 Ich hatte einfach ganz tiefes Vertrauen, die sind jetzt, wir können jetzt, es reicht jetzt. Ich habe einfach das Gefühl gehabt, die Kinder sind jetzt in Ordnung. [Der Arzt] fand das nicht so toll, ich hab dann mit dem in den Kalender gekuckt, Ende 33. Woche, das war für mich in Ordnung, wir haben uns dann getroffen. Ich wusste, ich will kein weiteres Wochenende mehr haben.

Belastende Erfahrungen

In diesem Beispiel (F26) wird die zusätzliche Belastung für die betroffene Frau durch die Atmosphäre und die Art des Umgangs kurz vor der Geburt deutlich.

F 26 Vor der Geburt [Kaiserschnitt] kam ständig jemand Neues und hat etwas anderes an einem gemacht und ist dann wieder raus und ich war dann ganz alleine und ich war dann mit den Nerven fix und fertig. Für mich war das der schlimmste Moment. Einerseits war ich froh, dass endlich auf irgendeine Art etwas voran geht, aber dann kam der Arzt und hat gemeint: „Wir machen jetzt einen Kaiserschnitt.“, und bumm, waren sie alle wieder draußen. Ich hatte Wehen, mir ging’s wirklich nicht gut, diese ganze Anspannung die ganze Woche, die man da mit trägt, die Nacht davor; da noch diese Information, also es war für mich in dem Moment fast zu viel. Und dann dieses ständige Rein-und Rausgehen von irgendeiner Person und die an einem noch irgendetwas macht und dann der Anästhesist, der sich lautstark noch mit dem anderen neben dran unterhält.

Während im ersten Beispiel (F38) die Sorgen der Mutter um ihre Kinder, die direkt nach der Geburt versorgt werden mussten, durch die Ungewissheit verstärkt waren, ad-dieren sich im nächsten Beispiel (F13) die Belastungen durch körperliche und psychische Probleme.

F 38 Und für mich war das klar, ich kriege die Babys auf den Bauch gelegt. Hast ja nur so eine Spinalanästhesie, klappt ja alles. Ich höre meinen Sohn schreien. Ich habe mich so gefreut, jetzt ist er da und dann wird er raus getragen. Ich denke mir, ne das darf nicht wahr sein, wo tragen die mein Kind hin? Und von der Kleinen habe ich gar nichts mitgekriegt, die war stumm, die war so weg. Und Kopf drehen kann man nicht, man liegt da so. Und die Gedanken: Wo ist denn jetzt mein Kind, wo tragen die das hin?
F 13 In irgendeinem Gespräch hat mir eine Ärztin gesagt, dass die Kinder gleich wegkommen, und ich habe es kurz registriert und gedacht, das ist furchtbar und hab’s dann weggepackt. Und dann war’s so, die haben sie mir kurz unter die Nase gehalten

und dann waren sie weg und das war total furchtbar. Das war ganz schrecklich. Mit dem Kaiserschnitt habe ich mich dann arrangiert, das hat mich nicht beglückt, war aber auch nicht schlimm, aber dass die Kinder gleich weggekommen sind, war echt grauenhaft. Mir ging's dann ganz schlecht hinterher, ich habe ganz viel Blut verloren, ich hätte fast eine Transfusion gebraucht. Und es ist alles nicht so gelaufen, wie es soll. Ich war dann noch ewig im Kreißsaal, fast den ganzen Tag. Ich habe irgendwie gedacht, wenn die erst mal draußen sind, dann ist es vorbei, aber dann ging's von vorne los. Der Blasenkatheter hat sich nicht gefüllt und dann haben sie mir was gespritzt und ich habe so arg geblutet und dann haben sie lang überlegt, bekomme ich eine Transfusion oder net. Und ich habe gedacht, nimmt das denn nie ein Ende? Und die Kinder waren nicht da. Die sind nachts um halb 3 gekommen, und am nächsten Tag um halb 5 habe ich gesagt, ich will die jetzt sehen. Da haben sie mich im Rollstuhl rüber gefahren und da lagen die da in den Brutkästen völlig verkabelt, mir hat alles wehgetan und es war einfach nur schrecklich. ... Wenn mir alle möglichen Leute gratuliert haben, ich habe nur gedacht, was wollen die von mir, ich habe mich so elend gefühlt. Ich habe gedacht, zu was gratulieren die mir? Dass meine Kinder da drüben im Brutkasten liegen? Dass die mir den Bauch aufgeschnitten haben? Ich glaube, ich war schwer depressiv.

6.7.2 Angaben der Frauen zum Erleben der postpartalen Zeit

Wochenbett und Entwicklung der Kinder

Von den befragten Frauen (n=36) hatten 27 Frauen im Wochenbett keine oder wenig Probleme (75%). Die Probleme, die von 9 Frauen angegeben wurden, waren: Schwäche (n=2), Stillprobleme, depressive Verstimmung, Wundheilungsstörung, großer Dammschnitt, postpartale Infektion, Appendizitis und Morbus Crohn.

Außer einem Kind mit Pylorusstenose und einem Kind mit einer Hörschwäche waren alle Kinder gesund und unauffällig in der Entwicklung.

Beispiele:

In den folgenden Beispielen (F33, F10) beschreiben die betroffenen Frauen, wie *schwach* sie sich *nach der Liegezeit* gefühlt haben.

F 33 Die Geburt war unheimlich anstrengend, weil sie eingeleitet wurde, 15 Stunden. Und ich hatte keine Kraft, weil wenn man die ganze Zeit liegt und dann das.

F 10 Ich war selber noch sehr schwach. Ich konnte teilweise die Kinder noch nicht mal richtig heben. Das hat so ein paar Wochen gedauert.

Erleben der Mutterrolle

Die Angaben der befragten Frauen auf die Frage: „Wie haben Sie sich als Mutter gefühlt?“ werden in Folgenden zusammengefasst und sind in Abb. 25 dargestellt, wobei in der Grafik berücksichtigt wurde, ob die Frauen bereits Kinder hatten oder nicht.

Es berichteten 11 Frauen, sich in der Zeit nach der Geburt gut, glücklich, dankbar und/oder erleichtert gefühlt zu haben. 7 Frauen waren sich unsicher oder hatten das Gefühl, erst einen Kontakt zum Kind aufbauen und in die Situation hineinwachsen zu müssen. 4 Frauen fühlten sich angestrengt und/oder überlastet. Als sicher und ohne Probleme beschrieben sich 3 Frauen. 2 Frauen berichteten von depressiver Stimmung und „grundlosem Weinen“, zwei Frauen beschrieben sich als glücklich aber gleichzeitig überlastet, eine Frau als unsicher und überlastet und eine Frau als unsicher und depressiv. Bei einer Frau überschattete die Sorge wegen einer möglichen Hörschwäche des Kindes die anfängliche Zeit.

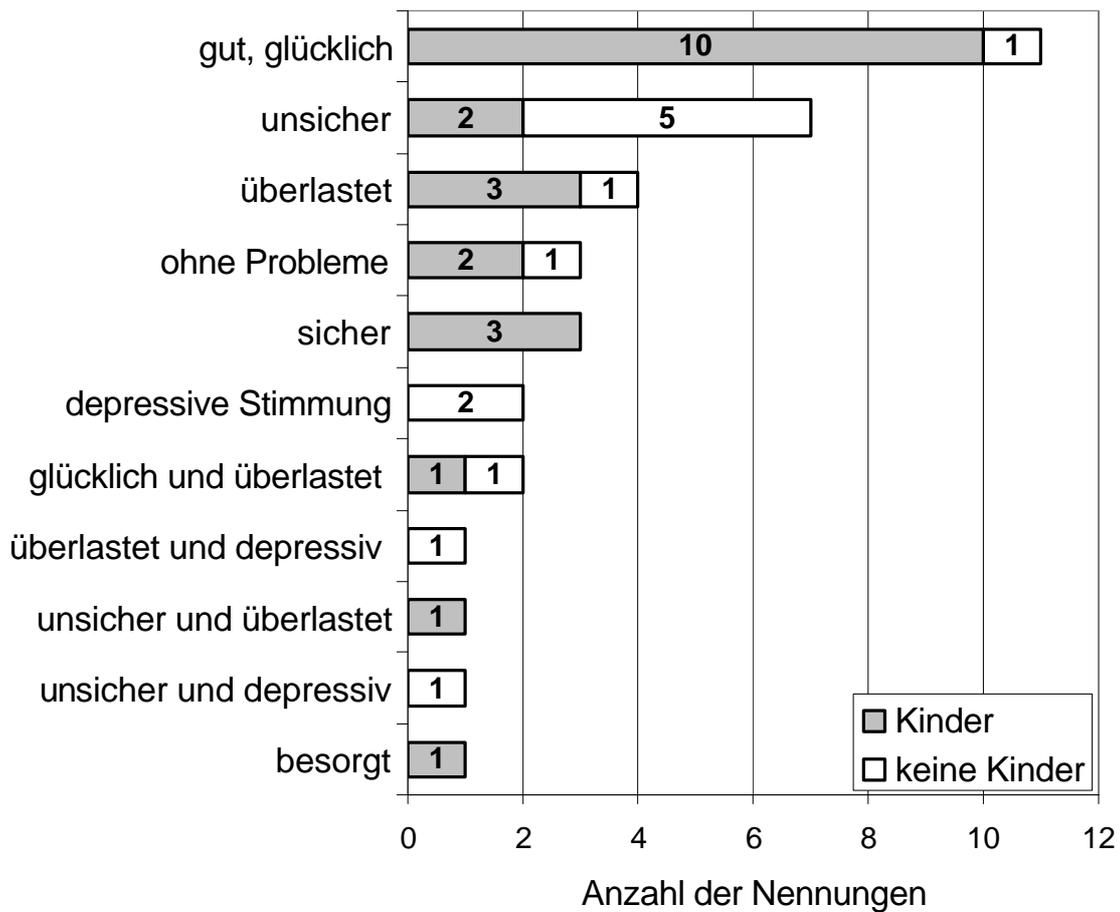


Abbildung 25: Angaben der befragten Frauen (n=36) zu ihrem Erleben der Mutterrolle differenziert nach Frauen mit Kindern: n=23 und Frauen ohne Kinder: n=13

Beispiele:

Hier fassen die betroffenen (F21, F5) Frauen ihre *Gefühle nach gut überstandener Risikoschwangerschaft* in Worte.

F 21 Wenn man um jemand Sorgen hat, wird die Liebe anders, wie ein kleines Wunder.

F 5 Erleichtert, dass alles gut gelaufen ist, glücklich.

In diesen Beispielen (F17, F36) bringen die Mütter, die beide schon Kinder hatten, ihre *Überlastung* zum Ausdruck, die aber das Gefühl von Dankbarkeit und Zufriedenheit nicht ausschließt, während es eine andere Frau (F38) als *Erleichterung* empfindet, *schon erfahren* zu sein.

F 17 Ich hab mir nichts sehnlicher gewünscht als Kinder, und jetzt hast se da, und jetzt kannst einfach manchmal nimmer.

F 36 Schlafdefizit, mit dem Dritten, immer einen Arm zu wenig, insgesamt mit den dreien zufriedener als nur mit einem, auch dankbarer.

M 38 Bei den Zweiten heißt es immer, es sei schlimmer, weil schon Kinder da sind. Das kann ich nicht behaupten. Ich hatte Erfahrung, ich hatte schon alles da, ich musste nicht mehr einkaufen gehen, ich hatte vorgesorgt. Man hat nicht mehr so die Angst gehabt, wenn das Kind brüllt, was ist jetzt mit dem Kind. Man hat alles durchgemacht, Flasche, Blähungen, Hunger, Schlaf.

Hier (F10) wird der *unterschiedliche Umgang von Frau und Mann* mit der Situation nach der Geburt beschrieben.

F 10 Mein Mann ist dann immer mal wieder rüber gegangen und wieder zu mir und hat mir berichtet, dass alles stabil ist und wie die Werte sind. Die nächsten Wochen war das auch noch so, dass sich mein Mann immer sehr an diesen Werten Atmung, Puls, Herzfrequenz orientiert hat. Ich hab da immer gar net hingeschaut. Wenn ich allein im Krankenhaus war und er hat gefragt: „Wie waren denn heute die Werte?“ „Keine Ahnung, hat mich net interessiert.“ „Was, das ist doch wichtig!“ Und ich hab zu ihm gesagt: „Ich schau mir die Kinder an, die schauen gut aus, was interessieren mich die Werte.“ Da hat man schon richtig gesehen, wie das auseinanderdriftet. Wie ich da offensichtlich Muttergefühle entwickelt hab und er hat sich noch auf die Technik außen rum verlassen.

Im folgenden Beispiel (F26) beschreibt die betroffene Frau ihre Schwierigkeiten damit, dass ihr *Kind zu früh auf die Welt kam*.

F 26 Man hat sich irgendwie fast gar nicht als Mutter gefühlt am Anfang, weil, ich habe mich nicht mal richtig schwanger gefühlt, dann war er schon wieder da. Ich habe ihn kaum im Bauch gespürt, dass er schon draußen war, ich hatte auch nicht einen rich-

tigen Bauch, der mir im Weg war, dass diese Schwangerschaft mir bewusst war und dann noch dieser Kaiserschnitt. Ich dachte immer, was stellen die sich so an, die einen Kaiserschnitt haben. Erst habe ich ihn [Sohn] kaum gespürt und dann hat man ihn mir auch noch geholt. Ich hatte nicht einmal den Geburtsvorgang zu durchleben. Das hat mir auch noch sehr gefehlt. Dann habe ich ihn gesehen und man hat mir gesagt, das ist Ihr Kind, und das habe ich fast nicht glauben können, das war noch unrealistisch. Das kam dann, es hat lange gedauert. Man kommt immer wieder und kuckt sich ihn an, weil man weiß, er gehört einem. Aber eigentlich erst als er dann zu Hause war, konnte man sich näherkommen. Wie wichtig das doch ist, diesen Geburtsvorgang zu Ende gebracht zu haben, das hätte ich nicht gedacht. Man hat etwas zu Ende gebracht.

6.7.3 Angaben der Männer zum Erleben der Geburt

Die folgenden Angaben zum Erleben der Geburt sind kurz in Tab. 12 zusammengefasst.

Von den 28 befragten Männern beschrieben 20 Männer die Geburt als unproblematisch, schnell und schön, aufregend, spannend, „ein Wunder“ oder äußerten Erleichterung (71%). Von 7 Männern wurden Schwierigkeiten medizinischer und/oder anderer Art angegeben. Die medizinischen Schwierigkeiten (n=6) waren: HELLP Syndrom, Schulterdystokie, Sturzgeburt mit anschließender kurzer Zyanose des Kindes, Schwierigkeiten mit der Geburtseinleitung, verzögerter Geburtsvorgang und starke Blutung der Frau. 5 Männer gaben an, ungenügend oder spät informiert worden zu sein, darunter beschrieb ein Mann die Art der Informationsvermittlung als zusätzliche Belastung für seine Frau.

Tabelle 12: Angaben der befragten Männer (n=28) zum Erleben der Geburt (Mehrfachnennungen möglich)

Erleben der Geburt	n=28
problemlos	20
medizinische Komplikationen	6
unzureichende Information	5

Beispiele:

Positive Erfahrungen

In diesen Beispielen berichten die betroffenen Männer ihre positiven Erfahrungen bezüglich der Geburt selber (M28), der empfundenen *Erleichterung* (M26), der *Atmosphäre in der Klinik* (M2) und der *Atmosphäre zu Hause* (M27).

M 28 Die Geburt selber ist für mich immer noch ein Wunder, eine Faszination, wenn das da so rauskommt. Für viele ist es abschreckend, ich komm vom Land, wir haben früher geschlachtet, das hat man auch mitgemacht. Es ist ein Phänomen. Es ist einfach ein Wunder, wenn, so was Kleines, wenn es dann so rauskommt und flutscht und dann die kleinen Finger, die Bewegungen.

M 26 Wie die Geburt selbst dann vorüber war, ist ein noch größerer Stein als sonst vom Herzen gefallen, wie man dann gesehen hat, das Kind ist gesund auf die Welt gekommen.

M 2 Es war ein Tag mit 13 Geburten. Dadurch war dort ein bisschen Hektik angesagt. ... Aber wir waren durchaus zufrieden, es war sehr schön. Wir hatten dadurch auch die Zeit für uns selber, ... was eigentlich auch ganz schön war, weil, man konnte sich dann ein bisschen intimer unterhalten oder man war ein bisschen mehr auf sich gestellt.

M 27 Die Geburt, es war schon das zweite Mal, war stressfreier [zu Hause], man musste nicht irgendwo hinrennen, die Hebamme kam einfach zu uns.

Belastende Erfahrungen

Im folgenden Beispiel (M29) wird die Angst um die Frau beschrieben.

M 29 Während der Geburt sind alle plötzlich gerannt, haben mir das Kind in den Arm gedrückt, weil sie sehr stark geblutet hat, da habe ich schon sehr große Angst um sie gehabt.

Hier beschreiben die betroffenen Männer die Sorgen um den Ausgang der Geburt (M20) und um die Kinder (M9), die durch langsamen Informationsfluss noch verstärkt wurden.

M 20 Ich bin ja nicht mit in den Kreißsaal, das kann ich nicht, und bis mir jemand Bescheid gesagt hat, das hat ewig gedauert. Dann ist mal zufällig die Helferin vorbeigekommen und die hat dann gesagt: „Wissen Sie schon, dass Sie zwei Söhne haben?“ Sonst hätte ich das ewig net erfahren.

M 9 Kinder wurden gleich weggebracht, weil sie zu leicht waren. Dann hat es sehr lange gedauert, bis endlich Informationen kamen, dass alles in Ordnung war.

In diesen Beispielen (M25, M30) drücken die betroffenen Männer ihre Unzufriedenheit über die Kommunikation mit dem medizinischen Personal während der Geburt aus.

M 25 Also, wir fangen hier an und dann haben wir spätestens hier das Kind. So wurde uns das vermittelt. Nachdem das aber nicht so war und sich das immer mehr hingezogen hat und dann tröpflesweise Informationen, also, das war in der Klinik so, dass man Informationen nicht vom Arzt, sondern hintenrum von den Hebammen bekommen hat. Das manche drei Tage am Tropf hängen, bis es losgeht. Da war dann nach einer gewissen Zeit die Geduld am Ende und meine Frau war dann auch fertig. Sie war ja auch nüchtern seit Freitagabend. Das hat sich ewig hingezogen. Dann haben wir gesagt, dass da jetzt kein Bedarf von unserer Seite besteht, jetzt noch 24 Stunden zu warten,

wenn meiner Frau es immer schlechter geht und sie mit dem Kreislauf Probleme hat. Und dann haben wir im Endeffekt gesagt, dass wir einen Kaiserschnitt wollen. Das war das Unangenehme und hier war man wirklich falsch informiert, wie das z. B. abläuft, so eine eingeleitete Geburt.

M 30 Meiner Frau ist dann die ganze Illusion genommen worden, die Kinder auf natürlichem Wege zur Welt zu bringen, das muss man sich dann so vorstellen, wie wenn sie ein richtiges Brett vor den Kopf gekriegt hat. Nach 26 Stunden Wehen, dass dann gesagt wird, so, jetzt Narkose, Kinder holen fertig. Von den Ärzten mit wenig Gefühl, mit überhaupt keiner Einfühlung, wie geht es der Mutter, was sagt jetzt die Mutter, was kann ich jetzt der Mutter überhaupt zumuten und zu welchen Entscheidungen kann ich sie zwingen. So, hier, nach dem Motto, hier unterschreiben Sie. Wenn Sie nicht können, ich helfe, ich führe Ihnen die Hand. Da hätte ich eben aufstehen müssen und sagen, dass machen wir jetzt nicht, wir lassen das jetzt weiter so laufen.

6.7.4 Angaben der Männer zum Erleben der postpartalen Zeit

Wochenbett und Entwicklung der Kinder

Von den befragten Männern (n=28) gaben 22 an, dass ihre Frauen keine Probleme im Wochenbett hatten (79%). Die Probleme, die von 6 Männern angegeben wurden, waren: Schwäche, Appendizitis, Z. n. HELLP Syndrom, Fieber, Kreislaufprobleme und Probleme bei Z. n. starker Blutung.

Nach anfänglichen Schwierigkeiten bei drei Kindern (Infekt, Aufenthalt in der Kinderklinik und Frühgeburt) wurde die Entwicklung der Kinder für alle als unauffällig beschrieben

Erleben der Vaterrolle

Die folgenden Angaben der befragten Männer auf die Frage: „Wie haben Sie sich als Vater gefühlt?“ und die weiteren Nennungen sind in Abb. 26 zusammengefasst, wobei in der grafischen Darstellung berücksichtigt wurde, ob die Männer bereits Kinder hatten oder nicht. Von den 28 befragten Männern gaben 9 Männer an, sich als Vater gut, glücklich und stolz gefühlt zu haben. 8 Männer gaben an, sich unsicher gefühlt zu haben, fanden die Situation aufregend, ungewohnt oder beschrieben sie als „totale Umstellung“. 4 Männer erlebten die neue Situation als besonders schwierig, weil Frau und/oder Kind noch stationär behandelt werden mussten. 4 Männer erlebten ihre Vaterrolle ohne Probleme.

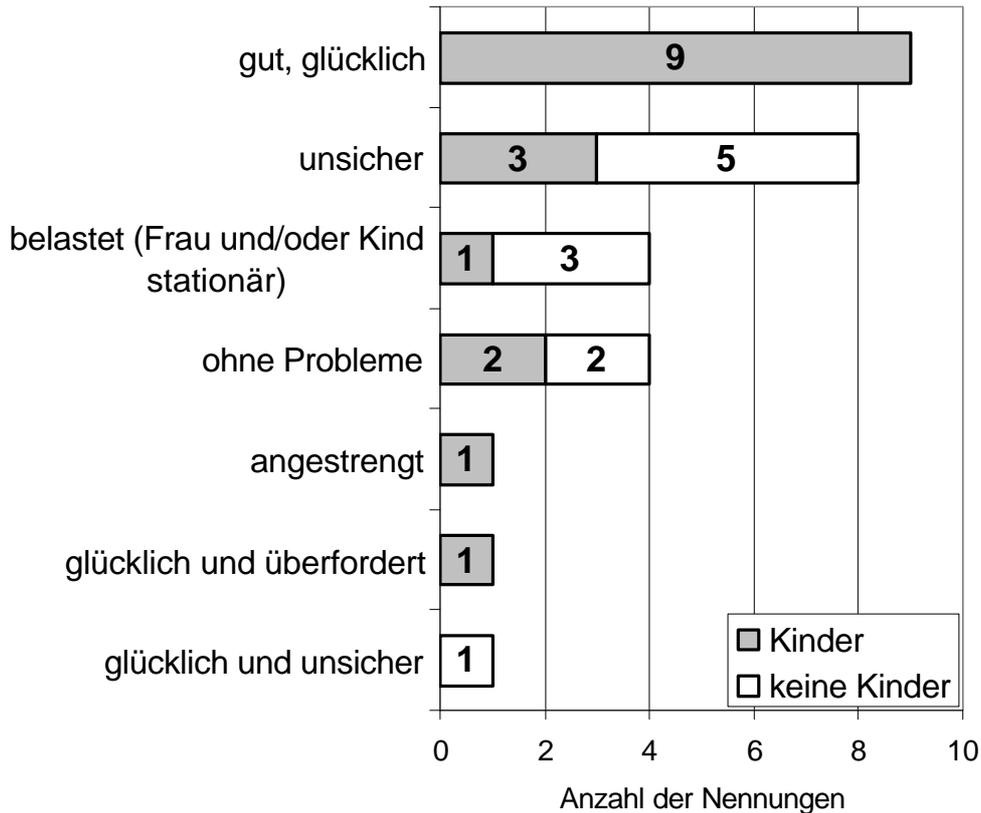


Abbildung 26: Angaben der befragten Männer (n=28) zu ihrem Erleben der Vaterrolle differenziert nach Männern mit Kindern: n=17 und Männern ohne Kinder: n=11

Beispiele:

In diesen Beispielen äußern die befragten Männer, die alle schon Kinder hatten, *Glück und ihre Erleichterung über die gut überstandene Risikoschwangerschaft* und sie beschreiben Unterschiede zu früheren Schwangerschaften (M17, M21, M15). Sie versuchen *Wege zu finden, mit den neuen Anforderungen umzugehen* (M26, M30).

M 17 Beim Sohn, da war es eher ein freudiges Gefühl, und da [nach der Risikoschwangerschaft] war mehr so Glück dabei.

M 21 Zu diesem Kind hat man eine andere emotionale Bindung als zu den ersten beiden; nicht tiefer, aber anders. Wenn man so lange um eine Person bangt, dann ist nachher einfach eine andere Bindung da. Das kann man nicht ableugnen. Auch 10 Wochen am Inkubator zu sitzen und zuzusehen, wie das Kind wächst, das ist schon was Besonderes.

M 15 Man war noch vorsichtiger. Man hat ja schon das Gefühl dafür gehabt, was alles sein kann und man denkt dann auch entsprechend.

M 26 Und nach der Geburt war große Erleichterung, und da hat man dann auch so eine Art Aufbruchstimmung, dass man sagt, jetzt bringen wir den auch noch groß, dass man alles unter einen Hut bringt und die Großfamilie managt. So eine Art Kleinunternehmen.

M 30 Nach der Geburt: es war schon schön. Zu Hause: überfordert, das Gefühl, die Großen kommen zu kurz, aber man wächst da rein und man lernt: so viel geht und mehr geht einfach nicht.

In den folgenden Beispielen (M29, M24) beschreiben *bereits erfahrene Väter ihre Sicherheit* im Vergleich mit der Zeit nach der Geburt der ersten Kinder, wobei auch die Schwierigkeiten nach einer *Frühgeburt eine Beziehung zum Kind* aufzubauen (M24), angesprochen werden.

M 29 Viele Dinge sind leichter, oder man kennt sie einfach schon, man hat kein Problem damit, man fühlt sich einfach sicherer, weil man schon die Erfahrung hat. Am Anfang haben wir Bücher gewälzt und überlegt und geschaut und gemacht und jetzt schaut man nur, wenn spezielle Probleme sind. Aber ansonsten hat meine Frau das recht gut im Griff; ich mache dann, was sie sagt.

M 24 Große Unterschiede. Das lag aber weniger an dem Umstand, sondern daran, dass es die dritte Geburt war. Bei der ersten war es schlimm, wie ich dann auf die Kinderstation gegangen bin und sah da den Inkubator mit dem Kind drin, das war fast wie ein fremdes Wesen. Also, ich musste mich erst an den Gedanken gewöhnen, dass ich eine Tochter hatte, und das hat ein paar Tage gedauert, wobei das hier jetzt sofort da war, das Gefühl, dass es meine Tochter ist, und die da eben drin liegt und die ja jetzt auch umsorgt werden muss.

Diese Männer, die zum ersten Mal Vater wurden, beschreiben ihre *Freude* und ihren *Stolz* (M21) sowie ihre *Umstellungsschwierigkeiten* und ihre *anfängliche Unsicherheit* im Umgang mit der neuen Situation (M11, M4, M5, M7, M8).

M 21 Toll, stolz, vom Gefühl her war das riesig. Aber so war das ein tolles Gefühl. Ich habe auch die Zeit genossen, die ich frei hatte, um die ganze Zeit dabei sein zu dürfen und zu sehen, wie es Schritt für Schritt besser wird.

M 11 Die ersten Wochen in der Klinik, da denke ich noch ganz gerne zurück, weil es natürlich noch so war, dass man noch so ein bisschen von der Verantwortung entbunden war. Das Gefühl zu haben, das läuft alles und man selber ist eigentlich nur mit den angenehmen Seiten konfrontiert, das fand ich sehr, sehr schön. Und als dann die Kinder vor zwei Jahren nach Hause kamen, war erst mal eine gewisse Zeit der Aufregung da. Schaffen wir das zu Hause dann, wie klappt das? Versinkt alles im Chaos?

M 4 Umstellung total, das hat einem ja keiner gesagt, dass es so ist, da muss man reinwachsen.

M 5 Ich habe mir nicht unbedingt zugetraut, mit Kindern umzugehen. Für mich waren die ersten 3 Monate schwierig, weil du dann so einen kleinen Knilch da hast, der so eine halbe Portion ist, und du mit deinen Pranken da.

M 7 Man ist ganz allein mit den Kindern, man weiß jetzt nicht, warum schreien sie oder irgendwas, aber da muss man reinwachsen, bis man da mal weiß, was die Kinder brauchen. Als Vater ein sehr gutes Gefühl, aber man weiß natürlich auch die Verantwortung zu tragen mit der Zeit. Es ist eine Doppelbelastung, aber es ist alles machbar.

M 8 Es war total ungewohnt. Erst meint man, man würde überall was abbrechen, wenn man da anfasst, aber dann habe ich auch gleich schon gewickelt und alles mitge-

macht. Man hat halt nichts anderes mehr zu tun gehabt. Ich habe mir auch Urlaub genommen und war dann 5 Wochen daheim. Die erste Zeit war heftig. Ich habe 5 kg abgenommen. Aber es muss sich halt erst alles einspielen. Es wird immer schöner. Das erste Vierteljahr haben sie ja noch gar nicht so auf jemand reagiert, aber wenn die so anfangen zu reagieren auf jemand, dann ist das schon schön.

In diesen Beispielen (M25, M3) wird die besondere Situation der Männer deutlich, deren *Frau und Kind nach der Geburt noch stationär* behandelt werden mussten.

M 25 Und was mich dann noch bewegt hat, war diese Woche, wo ich mich dann intensiv, diese Woche nach der Geburt, wo ich mich dann gekümmert habe. Weil ich ja der einzige war – Mutter lag ja noch im Krankenhaus – den er in dem Moment hatte. Und das hat mich dann auch gebunden, diese Woche, geprägt.

M 3 Als das Kind dann weggebracht wurde auf die Intensivstation, konnte ich meiner Frau auch nur Mut machen und sagen: „Schau, ich hab’s gesehen, das Kerlchen. Es ist ein starkes Kerlchen, es wird’s schon irgendwie schaffen.“ Also das war schon schwierig für uns, dass das Kind dann erst mal weg war.

6.7.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man sagen, dass mit Ausnahme von wenigen speziellen Problemen der größte Teil der befragten Frauen und Männer über eine problemlose Geburt berichtete. Einige Männer beklagten eine verzögerte Informationsweitergabe nach der Geburt, einige Frauen bedauerten, dass die Kinder nach der Geburt nicht bei ihnen bleiben konnten, und einige Frauen hatten Wünsche oder Anregungen zur postpartalen stationären Bereuung, auf die in Kap. 6.9 Behandlungswünsche näher eingegangen wird.

Die Zeit nach der Geburt wurde von vielen als positiv, wenn auch anstrengend erlebt, wobei sich besonders diejenigen Mütter und Väter, die noch keine Kinder hatten, zunächst unsicher fühlten, und für manche Frauen die körperliche Schwäche als Folge der langen Liegezeit problematisch war.

6.8 Quellen sozialer Unterstützung

In diesem Kapitel soll der Schwerpunkt auf den als hilfreich oder fehlend benannten Quellen sozialer Unterstützung, i. e. der Hilfe durch andere Menschen, liegen, wobei die Situation der Hilfeempfänger durch die angefügten Textbeispiele veranschaulicht werden soll.

Soziale Unterstützung umfasst neben emotionaler Unterstützung die Bereiche instrumentelle Unterstützung, informationelle Unterstützung sowie Bewertungsunterstützung (Faller, Lang 2006). In den Interviews wurden Fragen zur Reaktion der Umgebung, zu erlebter und vermisster Unterstützung, zu Hilfe von anderen und zur Informationsvermittlung gestellt. Die Antworten auf diese Fragen sowie Angaben, die hierzu an anderer Stelle der Interviews gemacht wurden, wurden in die Auswertung einbezogen.

Im Folgenden werden die Angaben zu den Quellen der Unterstützung zusammengefasst. Die direkten Unterstützungshandlungen wurden dem Bereich interpersonelles Coping zugeordnet und sind im Kapitel 6.4 beschrieben und an Hand von Textbeispielen verdeutlicht worden (vgl. in Kapitel 6.4 Coping im weiteren Verlauf, die Kategorien Zuwendung, Unterstützung durch den Arzt, Hilfe und Verantwortung abgeben).

6.8.1 Erlebte Unterstützung

In diesem Kapitel werden die Angaben auf die Fragen: „Was haben Sie als Unterstützung erlebt?“, „Haben Sie Hilfe von anderen bekommen?“ und ergänzend: „Wie war das für die Beteiligten?“ zusammengefasst. Entsprechende Angaben, die hierzu an anderer Stelle der Interviews gemacht wurden, wurden ebenfalls in die Auswertung einbezogen.

6.8.1.1 Von den Frauen benannte Quellen der Unterstützung

Die im Folgenden aufgeführten, von den befragten Frauen benannten Quellen der Unterstützung und weitere Nennungen sind in Abb. 27 zusammengefasst, wobei in der grafischen Darstellung berücksichtigt wurde, ob es bereits Kinder in den Familien gab oder nicht.

Von den befragten Frauen (n=36) wurde die Familie am häufigsten genannt (n=26). Darunter wurden von 16 Frauen die Mütter oder Schwiegermütter bzw. Großeltern und von 10 Frauen der Mann gesondert erwähnt. An zweiter Stelle wurde medizinisches Personal genannt (n=16). Die Familienpflege wurde von 12 Frauen genannt. (14 Famili-

en hatten Unterstützung durch die Familienpflege erhalten.) Freunde und Nachbarn wurden von 5 Frauen benannt.

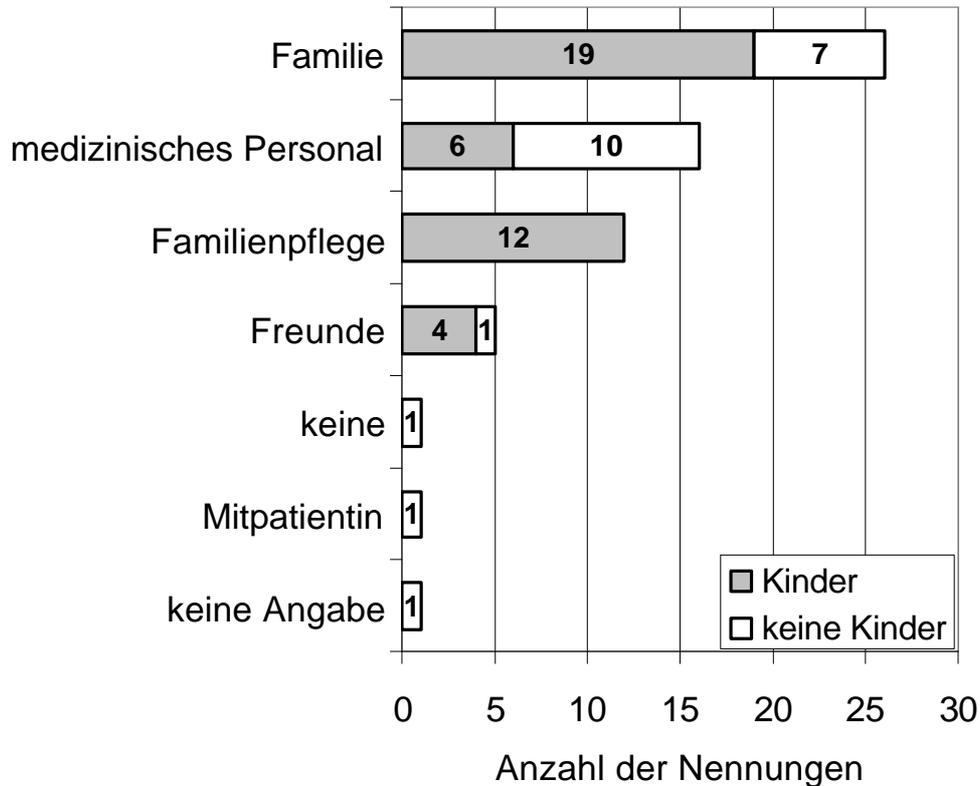


Abbildung 27: Angaben der befragten Frauen (n=36) zu Unterstützungsquellen differenziert nach Frauen mit Kindern: n=23 und Frauen ohne Kinder: n=13 (Mehrfachnennungen möglich)

Beispiele:

Situation und Befinden der Hilfeempfängerinnen

Durch die Risikoschwangerschaft sind die Frauen und Männer mit der für sie neuen Situation konfrontiert, *Hilfe annehmen zu müssen*, was von manchen ohne größere Schwierigkeiten bewältigt wird (F8, F29, F33).

F 8 Die Mutter, ohne die wäre es zu Hause nicht gegangen, und der Mann. Gut, die wussten ja auch, um was es geht.

F 29 Die Haushaltshilfe hat sich vor allem um die Kinder gekümmert, sodass der Mann in der Zeit arbeiten konnte. Den Haushalt hat größtenteils der Mann erledigt.

F 36 Eine große Hilfe war die Familienpflegerin, weil die die Situation verstanden hat. Sie konnte auch sagen, es muss nicht sein, dass das Kind jetzt zu früh kommt.

Die veränderte Situation kann sich jedoch möglicherweise auf das Selbstwertgefühl auswirken oder zu Scham-, Schuld- oder Abhängigkeitsgefühlen führen, die die *Kommunikation in dieser Lage weiter erschweren* (F26).

F 26 Ich hatte Schwierigkeiten, der Familienpflegerin zu sagen, was sie tun sollte.

In den folgenden Beispielen wird deutlich, dass die erfahrene Unterstützung auch Belastungen für die Hilfeempfängerinnen bringen kann (F 30) und dass die Situation die Beziehung zwischen Helfer und Empfänger beeinflusst (F25).

F 30 Während der stationären Zeit: Mutter, Tante, Cousine, alles, was keine Kinder hat, und irgendwie mit der Familie verbunden ist, ist eingesprungen. Die haben sich abgewechselt. Für mich war's schwierig, ich habe mir das nie vorstellen können, ich mache immer alles selber. Ich habe auch an mir gearbeitet, bin aber auch gewachsen an der ganzen Sache. Meine Mutter hat so scherzhaft mal gesagt: „Das ist auch für was anderes gut.“, und da hat sie sicher mit Recht gehabt. Ich habe schon zu meinem Mann gesagt, das wird schon schwer, wenn die dann auch abends hier sitzen, es ist ja auch kein Privatleben mehr, die waschen auch seine Unterhosen. Es ist ja auch für alle, nicht nur für mich, diese belastende Situation. Und die haben aber wirklich super, super Feingefühl gehabt. Die sind dann mal abends ins Kino gegangen oder die sind dann mal spazieren, und bei zweien ist der Mann auch mitgekommen. Beide Männer, der eine hatte einen Gipsarm und der andere war an der Hand operiert, die konnten auch nichts machen, das war aber für mich ganz tröstlich. Ich lag immer hier, in der Mitte, hatte also alles im Blick, nach oben und nach unten. Die saßen dann immer bei mir und haben dann irgendwas geschnippelt oder was sortiert oder irgendwas vom Umzug noch, es blieb ja alles liegen, es war ja nichts ausgepackt. Ich habe mir mit einer Tante jeden Tag ein Zimmer vorgenommen, ich habe genau gesagt, wie ich das möchte und die hat das dann gemacht. Das war super. Allein, dass warme Mahlzeiten gekocht wurden.

F 25 Es war manchmal zu viel, so dass ich die Schwiegermutter weggeschickt habe. Die Zeit hat uns aber einander nähergebracht.

Hier (F37) wurde die *Erreichbarkeit von medizinischer Versorgung* als Unterstützung erlebt.

F 37 Und wenn ansonsten irgendeine Unsicherheit war, wusste ich, und da bin ich auch ohne Weiteres hingefahren, in die Klinik, entweder in die Schwangerenberatung oder eben einfach in den Kreißsaal hin, da war immer jemand da, der mir weitergeholfen hat, der sofort hat schauen können.

6.8.1.2 Von den Männern benannte Quellen der Unterstützung

Die im Folgenden aufgeführten, von den befragten Männern benannten Quellen der Unterstützung und weitere Nennungen sind in Abb. 28 zusammengefasst, wobei in der grafischen Darstellung berücksichtigt wurde, ob es bereits Kinder in den Familien gab oder nicht.

Von den befragten Männern (n=28) wurde die Familie am häufigsten genannt (n=15), darunter wurden die Mütter oder Schwiegermütter bzw. Großeltern von 9 Männern direkt erwähnt. An zweiter Stelle wurde die Familienpflege genannt (n=7). (9 Männer hatten Unterstützung durch die Familienpflege erhalten.) Es folgten Freunde und Nachbarn (n=6) und medizinisches Personal (n=4).

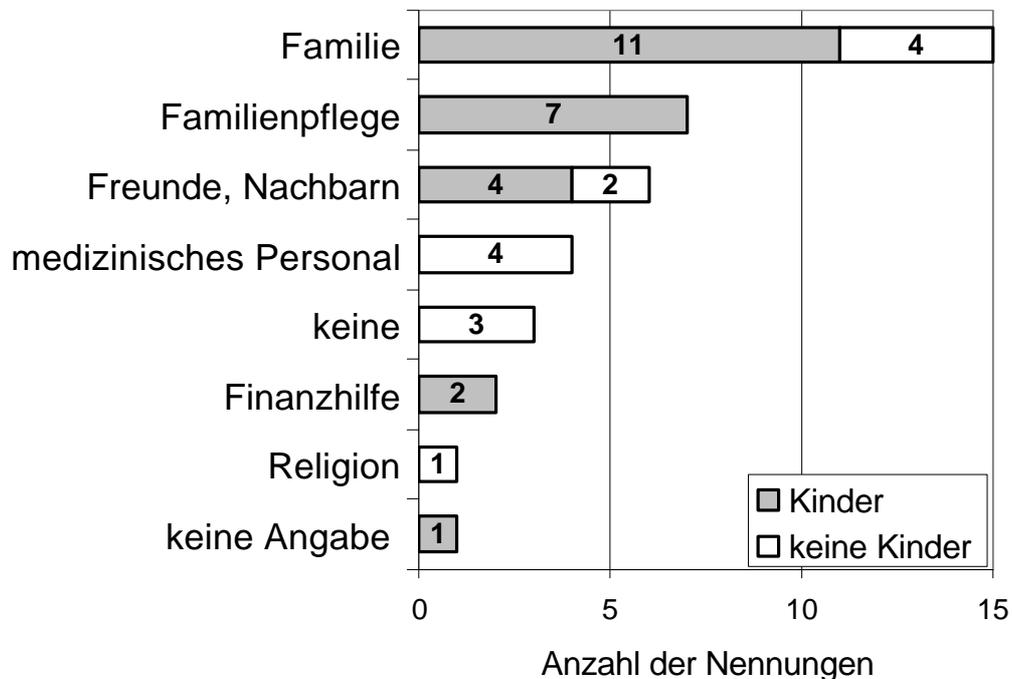


Abbildung 28: Angaben der befragten Männer (n=28) zu Unterstützungsquellen differenziert nach Männern mit Kindern: n=17 und Männern ohne Kinder: n=11 (Mehrfachnennungen möglich)

Beispiele:

Situation und Befinden der Hilfeempfänger

Während sich der Mann im ersten Beispiel (M17) durch die Hilfe der Großmütter ausreichend unterstützt fühlte, werden in den nächsten Beispielen (M25, M22) die trotz der Hilfe bestehenden *organisatorischen und zeitlichen Probleme* deutlich.

M 17 Wenn die Omas nicht gewesen wären, hätten wir schon ein großes Problem gehabt, wo kriegen wir unseren Sohn unter, aber so haben wir das ganz gut auf die Reihe gebracht. Die Omas waren früher auch schon oft da, von daher haben wir da keine Probleme gehabt. Und wir waren ganz dankbar für jede Hilfe.

M 25 Wir hatten ja nicht nur die Familienpflege, sondern auch aus der Verwandtschaft Unterstützung, da sind die immer angerückt und haben uns auch unterstützt. Eine Tante, eine Bekannte und eine fernere Verwandte. Alles ältere Damen oder Mütter von schon größeren Kindern, die dann schon alleine in die Schule gehen konnten, ohne Probleme, die dann hier den Haushalt geschmissen haben und den Sohn in den Kindergarten gebracht haben. Das ist ein Unterschied zur Stadt, der Kindergarten macht hier erst um 8 Uhr auf und da bin ich schon lange weg. Und dann, bis ich dann um 14 Uhr oder wenn Konferenzen waren bis um 17 Uhr, haben sie dann hier das soweit versorgt. Und wenn ich dann gekommen bin, hat man dann noch ein bisschen zusammen gemacht. Teilweise haben sie dann auch hier unten gewohnt, bei den Schwiegereltern mit.

Frage: Wie war das Ihrer Meinung nach für die Beteiligten?

Es ist nicht einfach zu koordinieren. Ich muss sagen, dass es durch die Bank nette Leute waren, wo man sich auch nicht auf den Nerv gegangen ist. Auch, dass so viele Leute in der Zeit da waren. Und man war ja auch froh, dass jemand da ist. Also man hat sich ja auch Sorgen gemacht als Vater und war natürlich froh, dass da Unterstützung ist und dass man sich auch darauf verlassen kann, dass das funktioniert. Und so war das ne ganz prima Sache. Das war nicht stressig.

M 22 Wenn die Eltern und die Schwiegereltern nicht gewesen wären, hätte ich nicht gewusst, wo ich mir mal ein, zwei Stunden hätte gönnen können, um mal einfach was anderes oder gar nichts zu machen. In der Zeit bin ich abends mit den Kindern ins Bett gegangen, weil ich zu fertig war. Man ist ja sowieso über die Maßen belastet, weil man ja noch den psychischen Stress hat. Da mal ein paar Stunden zu sagen, jetzt erhole ich mich mal, um Kräfte zu haben für die nächste Runde, da gab's nicht so viel.

Während die Hilfe durch Familienpflegerinnen direkt bezahlt wird und die Hilfe durch Familienangehörige auf lange Sicht zurückgegeben werden kann, sind nachbarschaftliche oder freundschaftliche *Beziehungen durch einen einseitigen Hilfsbedarf möglicherweise eher gefährdet*, was bei den Hilfeempfängern zu Zurückhaltung führen kann, Hilfe anzunehmen (M23).

M 23 Freunde, die die Kinder auch mal betreut haben, überraschenderweise das Arbeitsumfeld ... Freunde haben schon einen Fehlalarm mitgemacht und sind hochgekommen und haben hier geschlafen, das kann man auch nicht ewig strapazieren.

Im nächsten Beispiel (M26) wird im Vergleich zu der Unterstützung durch das soziale Umfeld die Erleichterung des betroffenen Mannes über die verlässliche, „professionelle“ Hilfe deutlich, wobei die Zusammenarbeit mit der Familienpflegerin als hilfreich (M29), aber *nicht immer als problemlos* erlebt wurde (M22).

M 26 Eltern waren zu der Zeit nicht so direkt verfügbar, der direkte Chef hat mich auch moralisch unterstützt, hat gesagt, wenn's mal brenzlig ist, gehst mal früher heim. Nachbarn oder Freunde haben sich auch angeboten, die Kinder mal abzuholen oder mitzunehmen. In der Art und Weise sind wir da schon unterstützt worden. Wobei jetzt aber, wie die Familienpflegerin da war, also ich war beruhigt. Weil man gewusst hat, es ist jemand da, der kümmert sich jetzt um die elementaren Dinge.

M 29 Zumal die sehr konsequent war vom Umgang und dem Erziehungsstil, das hat sehr gut gepasst.

M 22 Hilfreich, aber die Familienpflegerin ist irgendwo ein Fremdkörper in der Familie, und das ist schwierig, das zu integrieren.

Im folgenden Beispiel wird die *Fachkompetenz des medizinischen Personals* als Quelle der Unterstützung beschrieben.

M 11 Die Fachkompetenz aller Beteiligten in der Klinik, von den Hebammen über die Schwestern bis hin zu den Ärzten, hat mir schon eine große Sicherheit gegeben.

6.8.2 Vermisste Unterstützung

In diesem Kapitel werden die auf die Frage nach vermisser Unterstützung angesprochenen Bereiche zusammengefasst und ebenfalls anhand einiger Textbeispiele verdeutlicht.

Von den Befragten als belastend thematisierte Reaktionen ihres Umfeldes oder der behandelnden oder betreuenden Personen wurden dem Bereich Erleben zugeordnet und dort erfasst. Sie wurden im Kapitel 6.3 beschrieben und dort ebenfalls mit Textbeispielen erläutert (vgl. die Kategorie weitere Belastungsquellen). Konkrete Behandlungswünsche bzw. Anregungen werden im Kapitel 6.9 Behandlungswünsche im Zusammenhang dargestellt.

6.8.2.1 Von den Frauen vermisste Unterstützung

Die folgenden Angaben der befragten Frauen (n=36) auf die Frage nach vermisser Unterstützung sind in Abb. 29 zusammengefasst.

Auf die Frage nach vermisser Unterstützung wurde von den Frauen an erster Stelle Unterstützung durch medizinisches Personal genannt (n=13), gefolgt von 10 Frauen, die

keine Unterstützung vermissten. 9 Frauen vermissten Unterstützung bei der Genehmigung, bzw. Finanzierung der Familienpflege und 5 Frauen die Unterstützung der Familie.

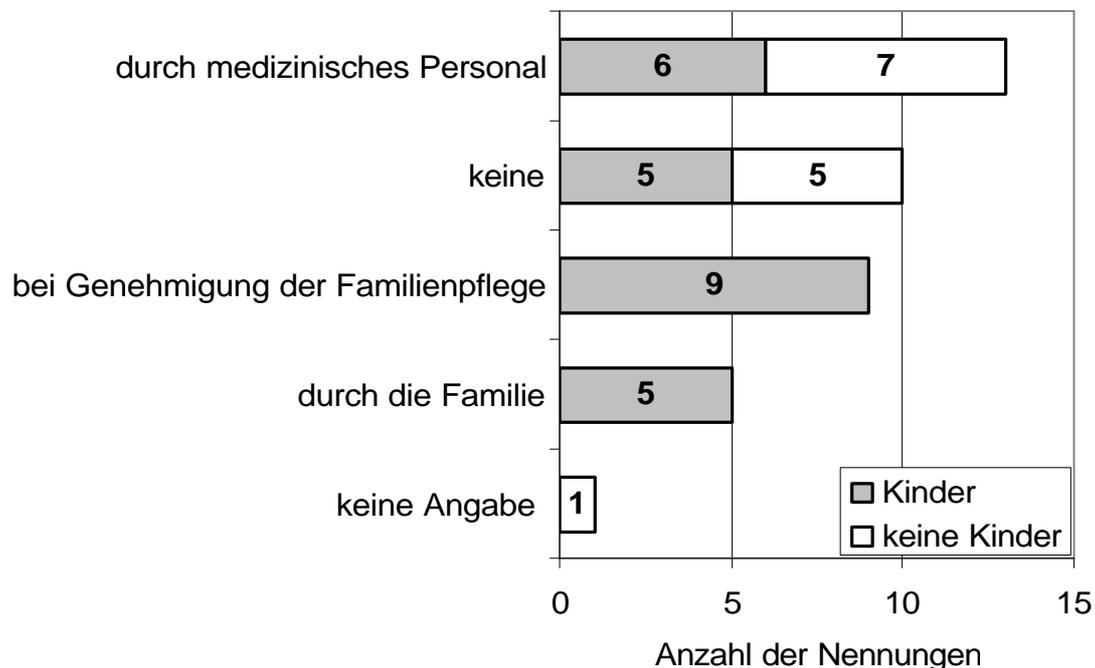


Abbildung 29: Angaben der befragten Frauen (n=36) zu verminderter Unterstützung differenziert nach Frauen mit Kindern: n=23 und Frauen ohne Kinder: n=13 (Mehrfachnennungen möglich)

Beispiele:

In den folgenden Beispielen wird von den Frauen benannt, was sie an *Unterstützung im medizinischen Bereich* vermisst haben, wie beispielsweise psychologische Mitbetreuung (F7), Erklärungen zu den Behandlungsmaßnahmen (F22), mehr Zeit des Pflegepersonals (F14), Verlässlichkeit bei der Planung der Vorgehensweise (F6) sowie Einfühlungsvermögen und Verständnis (F30).

- F 7 *In psychologisch medizinischer Sicht war man wirklich alleingelassen.*
- F 22 *Erst wie ich gesagt hab, ich bin doch auch noch da, warum kümmert ihr euch nicht um mich, da habe ich die Erklärung gekriegt.*
- F 14 *Man hat gemerkt, dass keine Zeit war [beim Pflegepersonal], und dann kann man sich nicht so öffnen.*
- F 6 *Der Gynäkologe sagte erst, als ich aus der Klinik kam: „Sie gehen mir aber nicht mehr arbeiten.“ Er wollte mich dann nach 2 Wochen erst nicht weiter krankschreiben.*
- F 30 *Vom Krankenhaus kamen nur doofe Sprüche: Alles ist psychisch, und, ach Gott, uns war allen schlecht, innerlich sei ich nicht bereit und so weiter.*

Die Betreuung durch die *Familienpflege* war nicht immer ausreichend (F26) und manche Frauen konnten, situationsbedingt, die Familienpflegerin nicht kennen lernen, mussten ihr sozusagen „blind“ vertrauen (F28).

F 26 Familienpflegerin hätte sich mehr um die Kinder kümmern sollen, als um den Haushalt. Mehr Stunden wären gut gewesen.

F 28 Was nicht so gut war, dass ich schon wieder stationär war, als die Familienpflegerin kam. D. h. ich habe die Familienpflegerin nie gesehen, aber wir haben öfter telefoniert und sie hat einen sehr guten Eindruck gemacht. Hatte die Kinder gut im Griff. Die Oma war eh schon gestresst und die Kinder wären ihr letztlich auf der Nase rumgetanzt. Wenn die Kinder bei der Oma hätten bleiben müssen, hätten sie keinen Kontakt zu ihren Freunden gehabt, weil die Oma kein Auto hat.

In diesem Beispiel (F 30) wurde Familienpflege zwar verordnet, aber nur zu einem geringen Teil vom *Kostenträger* übernommen, ebenso wie andere Maßnahmen, die als hilfreich erlebt wurden.

F 30 Die Familienpflege wurde vom Gyn. und Hebamme empfohlen, wurde aber fast nicht [nur einmalige Zahlung von 100 Euro] übernommen [privat versichert]. Die Schwierigkeiten mit der Krankenkasse, alternative Therapien und das Medikament, was half, und die Akupunktur so oft, wie es nötig war, zu bezahlen. Wenn ich mich gar nicht freuen kann, wenn mir was hilft, weil ich nicht weiß, ob ich mir das leisten kann.

Hier (F36) stehen *Familie und soziales Umfeld* nicht als Unterstützung zur Verfügung.

F 36 Von Familie und Bekanntenkreis mehr Verständnis für die psychische Situation gewünscht. Erster Satz der Schwiegermutter, als sie erfuhr, dass es Probleme gab: „Aber die Kinder nehm ich diesmal nicht.“

6.8.2.2 Von den Männern vermisste Unterstützung

Die folgenden Angaben der befragten Männer (n=28) auf die Frage, was an Unterstützung vermisst wurde, werden in Abb. 30 zusammengefasst. Auf die Frage nach vermisser Unterstützung gaben 17 Männer an, keine Unterstützung vermisst zu haben. Unterstützung durch medizinisches Personal wurde von 5 Männern vermisst, die Familienpflege wurde zweimal als nicht ausreichend erlebt und einmal wurde beklagt, dass keine Familienpflege angeboten wurde. Die Unterstützung der Familie wurde nur von einem Mann vermisst.

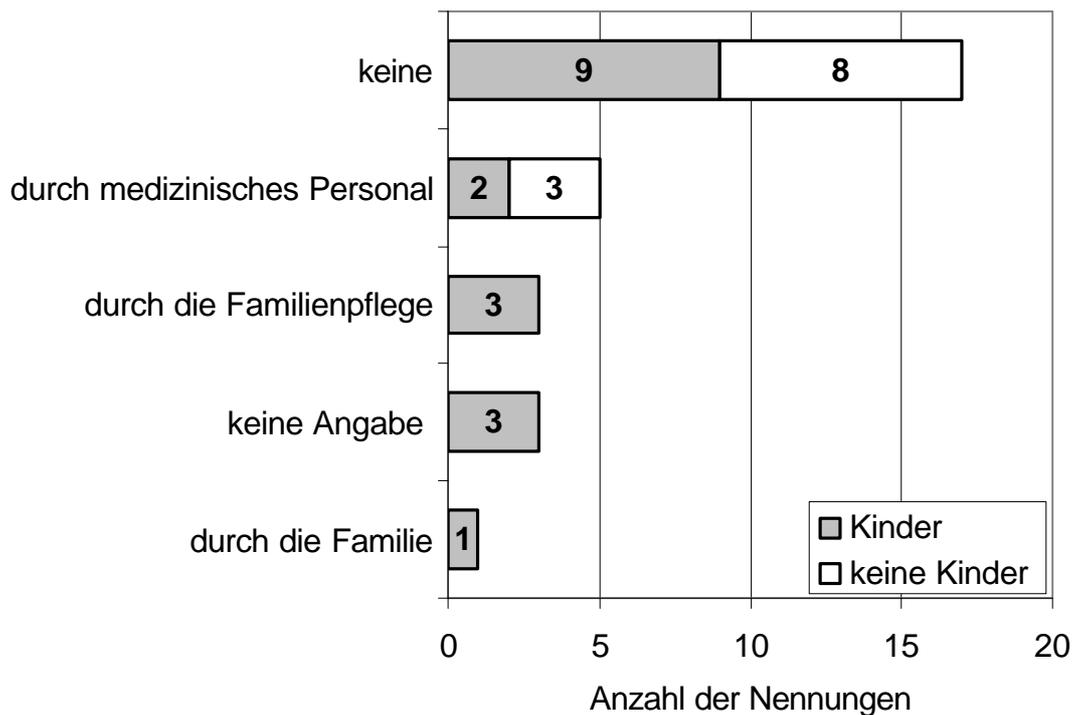


Abbildung 30: Angaben der befragten Männer (n=28) zu vermisser Unterstützung differenziert nach Männern mit Kindern: n=17 und Männern ohne Kinder: n=11 (Mehrfachnennungen möglich)

Beispiele:

Während im ersten Beispiel (M3) ein *Einbeziehen der gesamten Situation* vermisst wird, beziehen sich die folgenden Beispiele auf die *Art der Informationsvermittlung* durch die Ärzte, die von den befragten Männern (M22, M23) nicht als hilfreich empfunden wurde.

M 3 Dass sich der Frauenarzt hätte mehr kümmern können, um einen besseren Einblick in die Situation zu bekommen.

M 22 Die Ärzte neigen dazu, zu sehr aus der Statistik zu plaudern, und die sieht oft schlechter aus als die Realität. Da wurden manchmal Dinge gleich gesagt, die man besser nicht gesagt hätte, was alles sein kann. Das trägt nicht besonders dazu bei, dass man den Optimismus bewahrt.

M 23 Man ist mit der Fülle an Informationen überfordert.

Diese Männer vermissten die *Unterstützung des Pflegepersonals* bei Problemen der Frau mit Mitpatientinnen (M12) und Möglichkeiten der Klinik, Ruhe zu gewährleisten (M2).

M 12 Es fehlt Privatsphäre, wenn mehrere Leute auf einem Zimmer sind. Schwierig, wenn Frauen entweder bald die Kinder bekommen haben oder gleiche Konfliktsituationen vorliegen. Die Stationsleitung sollte sich Gedanken machen, wer zusammen liegt.

M 2 Aufnahmesituation, Räumlichkeiten, Zimmerbelegung, das war das schlechte. Die Zimmernachbarinnen haben sich gar nicht der Situation entsprechend verhalten. Das war für meine Frau belastender glaube ich, als wenn sie zu Hause gewesen wäre, kann man schlecht sagen, aber es war zumindest keine gute Situation. Ne Umlegung war nicht so einfach möglich. Sie hat sich dann umlegen lassen, das war dann ein Zimmer wo schon 2 Frauen mit Kindern waren, das ging zumindest besser. Es war in dem Moment keine schöne Situation. In der Aufregung dazu noch eine Belastung dadurch.

Während im nächsten Beispiel (M22) die *Unterstützung der Familienpflege* als nicht ausreichend beschrieben wird, beklagt der Mann im folgenden Beispiel (M20), dass sie nicht über die Möglichkeit der häuslichen Unterstützung durch die Familienpflege informiert worden waren. (Die Frau war gegen ärztlichen Rat nach Hause gegangen, da die Tochter sehr traurig war und nur mit Schwierigkeiten versorgt werden konnte.)

M 22 Ich hätte über die reine Abwesenheitszeit hinaus Unterstützung gebrauchen können. Man muss sich ja auch irgendwann erholen. Es wäre sicher eine Hilfe gewesen, wenn die Familienpflege über die reine Abwesenheit hinausgegangen wäre.

M 20 Wenn wir das [Behandlung der vorzeitigen Wehen, Bettruhe mit Unterstützung der Familienpflege] daheim hätten machen können, das wär gut gewesen.

Dieser Mann (M36) vermisste Unterstützung von seiner *Mutter*.

M 36 Mutter war einmal da und hätte mit dem großen Sohn wegfahren sollen, blieb aber lieber da und putzte die Fenster. Es wäre schön gewesen, wenn sie öfter gekommen wäre und wäre mal mit den Kindern spazieren gefahren.

6.8.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sowohl die befragten Frauen als auch die befragten Männer am häufigsten die Familie als Unterstützungsquelle angaben, wobei hier vor allem die Großeltern bzw. bei den Frauen auch die Partner von großer Bedeutung sind. Während Frauen ohne Kinder Unterstützung durch medizinisches Personal am zweithäufigsten als Unterstützungsquelle benannten, wurde von Frauen und Männern mit Kindern die Familienpflege am zweithäufigsten benannt.

28% der befragten Frauen vermissten keine Unterstützung; von den anderen wurde z. B. Unterstützung des medizinischen Personals (36%) und Unterstützung bei der Genehmigung der Familienpflege vermisst (25%).

61% der Männer gaben an, keine Unterstützung vermisst zu haben; von den anderen wurde Unterstützung durch medizinisches Personal oder durch die Familienpflege vermisst.

6.9 Behandlungswünsche, Anregungen und Lob

Um einen Eindruck zu vermitteln, worauf die befragten Frauen und Männer bei der Behandlung und Betreuung Wert legten, werden im folgenden Kapitel sowohl die benannten Wünsche und Anregungen, die die Behandlung und Betreuung betreffen, als auch Kritikpunkte und Lob zusammengefasst.

6.9.1 Menge der Informationen

In diesem Abschnitt werden zunächst die Antworten auf die Frage: „Fühlten Sie sich ausreichend informiert?“ zusammengefasst, und in Abb. 31 dargestellt. Hierbei ist zu beachten, dass sich diese Frage auf die Menge der Informationen bezieht. Auf Anregungen und Wünsche, die die Art der ärztlichen Informationsvermittlung betreffen, wird in den folgenden Kapiteln eingegangen.

Von den befragten Frauen (n=36) fühlten sich 26 Frauen ausreichend informiert und 6 Frauen nicht ausreichend informiert, darunter hatten 3 Frauen noch keine Kinder und 3 Frauen hatten bereits Kinder. 2 Frauen, die noch keine Kinder hatten, fühlten sich während der gesamten Zeit unterschiedlich gut informiert und 2 Frauen machten keine Angabe.

Von den befragten Männern (n=28) fühlten sich 21 Männer ausreichend informiert, 5 Männer fühlten sich nicht ausreichend informiert, darunter hatte ein Mann noch keine Kinder und 4 Männer hatten bereits Kinder. 2 Männer machten keine Angabe.

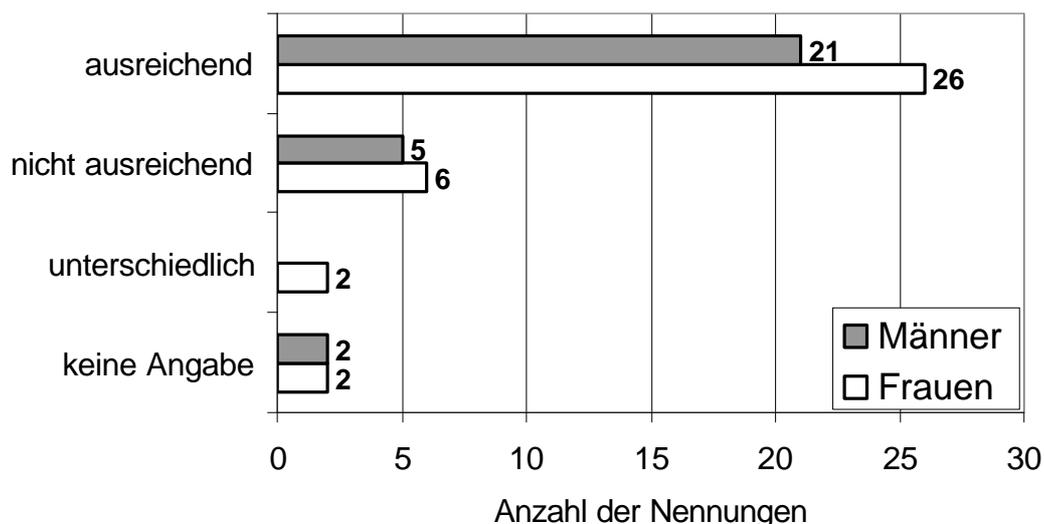


Abbildung 31: Angaben der befragten Frauen (n=36) und Männer (n=28) zu ihrer Zufriedenheit mit der Menge der erkrankungsbezogenen Informationen

6.9.2 Behandlungswünsche der Frauen und Männer

In den folgenden Unterkapiteln werden die von den Befragten benannten Wünsche, Anregungen und Kritikpunkte zusammengefasst und mit Textbeispielen erläutert.

Es wurden die Antworten auf die Frage: „Wenn Sie an die Behandlung/Betreuung zurückdenken, welche Wünsche hätten Sie gehabt?“ und Aussagen, die hierzu an anderer Stelle der Interviews gemacht wurden, erfasst. Nach inhaltlicher Strukturierung und Zusammenfassung des Textmaterials wurden den Themenbereichen entsprechende inhaltsanalytische Kategorien definiert (die genauen Definitionen mit Ankerbeispielen sind im Codierleitfaden im Anhang wiedergegeben):

- Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Ärzten
- Klinikalltag
- postpartale Betreuung
- Familienpflege
- interdisziplinäre Behandlung
- medizinische Versorgung

Aspekte der Behandlung, die diese Themenbereiche betreffen und die von den Betroffenen in den Interviews als besonders hilfreich erwähnt wurden und schon in vorherigen Kapiteln erfasst wurden (vgl. z. B. Kapitel 6.4 Coping im weiteren Verlauf), werden hier nochmals ergänzend hinzugefügt da diese Äußerungen ebenfalls Aufschluss darüber geben können, worauf bei der Behandlung Wert gelegt wurde.

6.9.2.1 Behandlungswünsche der Frauen

In diesem Abschnitt werden die Behandlungswünsche und Anregungen der befragten Frauen zusammengefasst. Die Häufigkeiten der Nennungen sind in Abb. 32 dargestellt. Mehrfachnennungen waren möglich.

Von den befragten Frauen hatten 20 Frauen Wünsche bezüglich der Kommunikation und der Zusammenarbeit mit den Ärzten, 18 Frauen benannten Wünsche und Anregungen zur Verbesserung des Klinikalltags, 7 Frauen hätten sich eine bessere postpartale Fürsorge gewünscht, 6 Frauen Informationen über die Familienpflege und/oder eine erleichterte Kostenübernahme, 3 Frauen wünschten sich mehr interdisziplinäre Behandlungsangebote und 3 Frauen hatten Wünsche bezüglich der medizinischen Betreuung.

Von den befragten Frauen hatten 3 Frauen keine Wünsche oder Anregungen bezüglich der Behandlung und/oder Betreuung.

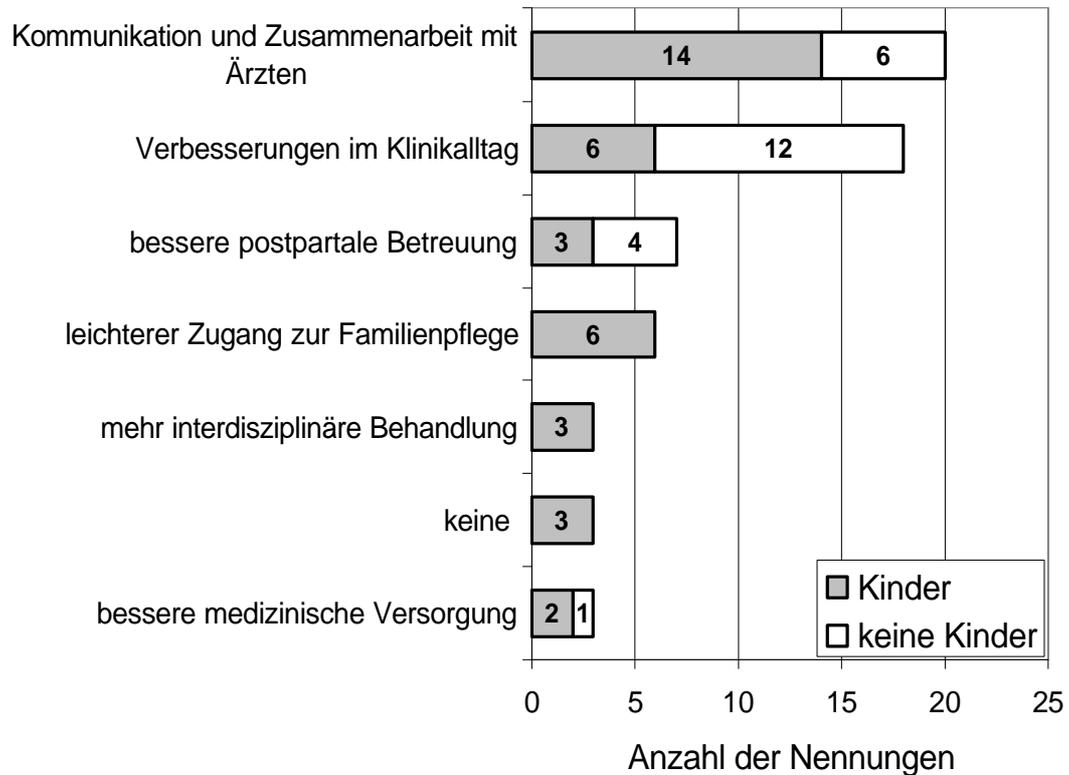


Abbildung 32: Angaben der befragten Frauen (n=36) zu Behandlungswünschen differenziert nach Frauen mit Kindern: n=23 und Frauen ohne Kinder: n=13 (Mehrfachnennungen möglich) (vgl. hierzu Kapitel 5.6.7 Stichprobe Behandlung)

In Tab. 13 wird eine kurze Zusammenfassung der angesprochenen Inhalte gegeben. Einige dieser in Tab. 13 dargestellten Behandlungswünsche entsprechen Aspekten der Behandlung, die von anderen Frauen besonders geschätzt und als hilfreich empfunden worden waren (vgl. hierzu Kap. 6.2.1 Coping zum Zeitpunkt der Diagnose und 6.4.1 Coping im weiteren Verlauf). Da diese Äußerungen ebenfalls Aufschluss darüber geben können, worauf bei der Behandlung Wert gelegt wurde, werden sie hier noch einmal ergänzend zu den Behandlungswünschen unter der Überschrift: Wertschätzung/Lob in der Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 13: Zusammenfassung der von den befragten Frauen (n=36) angesprochenen Behandlungswünsche und besonders geschätzten Behandlungsaspekte

	Behandlungswünsche	Wertschätzung/Lob
Informations- vermittlung	Informationsstand und Informationsbedürfnis erfragen und Informationsvermittlung den Bedürfnissen anpassen (auch während des weiteren Verlaufs)	einfühlsame Informationsvermittlung „keine Panik gemacht“
	offenes Gespräch auch bei bestehender Ungewissheit	offenes Gespräch auch bei bestehender Ungewissheit
	Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten	Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten
ärztliche Kommunikation Zusammenarbeit mit den Patientinnen	Information über Familienpflege und Unterstützung bei der Beantragung	
	Zusammenarbeit mit den Patientinnen, Einbeziehen in Entscheidungen, ein „offenes Ohr“ für die Patientinnen, Gespräch mit Partnern	flexible Entscheidungen im Rahmen des körperlichen Zustandes (z. B. kurzfristige Entlassungen, Häufigkeit und Dauer der CTG Untersuchungen)
ärztliche Betreuung (Klinik)	häusliche Situation in die Behandlungsplanung einbeziehen	
	Kontinuierliche Betreuung, gleich bleibende Ansprechpartner, Behandlungsmaßnahmen mit Patientin besprechen	gleicher Stationsarzt bzw. Oberarzt als Ansprechpartner, gemeinsames Gespräch über Behandlungsmaßnahmen
Gesprächs- angebote	wenn vorhanden, psychologische und/oder seelsorgerische Mitbetreuung anbieten	
	wiederholte Gesprächsangebote im Verlauf der Behandlung	
Informations- fluss	Informationsfluss bei Schicht- und/oder Betreuungswechsel sichern	„jeder wusste Bescheid“
	bei langer Vorgeschichte möglichst Vorinformationen aus der Akte beziehen	
Klinikalltag	Ruhe, Privatsphäre, Platz für persönliche Sachen	Einzelzimmer
	Sichtschutz bei Bettschüsselbenutzung, Handtuchhalter in ausreichender Anzahl	
	Essen an die Bedürfnisse Schwangerer anpassen	
	Aufenthaltsraum, Kontakt zu Mitpatientinnen	Möglichkeit, gemeinsam zu frühstücken
	Raum für Besuche mit Kindern	
	Praktische Hilfe bei Entlassung (Tragen, Transport)	
	möglichen Kostenträger für Kinder von Privatpatienten bei Aufnahme klären	

	Behandlungswünsche	Wertschätzung/Lob
ambulante Betreuung	klare Anweisungen bei häuslicher Immobilisation	
	Wartezeiten bei Kontrollterminen dem Zustand der Schwangeren anpassen	
postpartale Betreuung	bei Bedarf psychologische Mitbetreuung	gute Erreichbarkeit des Gynäkologen (Handy) oder der Klinikambulanz bei Problemen oder Unsicherheit
	Gespräche nach krisenhafter Geburt	Gynäkologe hat auf die Möglichkeit psychologischer Unterstützung hingewiesen
	psychologische Betreuung von Frühcheneltern	
interdisziplinäre Behandlung	Vorbereitung auf die Zeit nach der Geburt (Milcheinschuss, Stillen, psychische Probleme) und entsprechende Betreuung	Engagement der Hebammenschülerinnen
	engere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen, nicht nur schulmedizinische Angebote	

Beispiele:***Wünsche und Anregungen, die die ärztliche Kommunikation und die Zusammenarbeit mit den Patientinnen betreffen***

Im ersten Beispiel (F16) benennt eine Frau aus ihrer Sicht die *Voraussetzung für eine gelungene Informationsvermittlung*.

F 16 Man muss fragen, wo stehen sie denn, was wissen die Frauen, damit man sie richtig informieren kann.

Von den befragten Frauen wurde ein guter *Informationsfluss zwischen den betreuenden Ärzten* (F14) gewünscht und das Bestreben, sich vor dem Patientenkontakt möglichst gut zu informieren (F38, F17, F34). Außerdem wurden die eingeschränkten zeitlichen Möglichkeiten der Ärzte mit den Männern zu sprechen bedauert (F14).

F 14 Man kommt sich ziemlich klein vor, als Patientin. Man hat auch ständig unterschiedliche Ärzte, das ist in der Klinik klar, dass man nicht eine Bezugsperson hat, aber, wenn's so viele sind, dann müsste man trotzdem irgendwie gucken, dass jeder der Frau was vermitteln kann, was rüberbringen kann und sich untereinander absprechen. Und viele Ärzte haben dann auch erstmal gar nicht gewusst – ach, der Arzt hat jetzt das angeordnet? Da musste ich schon auch viel sagen: „Also er hat jetzt so und so gemeint, Sie sagen es jetzt wieder anders.“ Man ist da sehr verunsichert. Und der Mann kriegt

wenig mit. Wenn er den ganzen Tag arbeitet und nur abends kommen kann, ist das halt schlecht.

F 38 *Der Wunsch, nicht alles immer wieder sagen zu müssen und Kontinuität in der Betreuung. Einen Ansprechpartner, der einen vielleicht mit Namen kennt. Und nicht erst aus den Unterlagen: „Ach, Frau ...?“*

F 17 *Du hast nie lang, auf lange Sicht, immer ein und dieselbe Person. ... Dann kommt der nächste Arzt, freilich, der weiß es net, dann kommt der wieder: „Ja, was war denn?“ Am nächsten Tag kommt wieder ein anderer Arzt: „Ja, was war denn?“ Und da habe ich gesagt, tut mir leid, – ich bin dann richtig patzig geworden –, lesen Sie einfach die Akte, da steht's drinnen. Ich will einfach nimmer drüber reden.*

F 34 *Diese Ärztewechsel. Jedes Mal, wenn man in die Klinik kommt, hat man einen anderen Arzt, darf von vorne anfangen. Dann erzählt man die ganze Geschichte wieder von vorne und wieder von vorne.*

In diesem Beispiel (F3) äußert eine Frau den Wunsch, dass die *gesamte Lebenssituation beachtet* und in die Planung des weiteren Vorgehens mit einbezogen wird.

F 3 *Dass einfach mal Zeit gewesen wäre, mit einem Arzt mal drüber zu reden, ob sich das [die stationäre Aufnahme] als wirklich notwendig dargestellt hätte, aber im Vorfeld, in dem Moment, wo ich ins Krankenhaus komme. Um rauszufinden, was war denn die Zeit vorher, was gab's denn so für einen Anlass.*

Im folgenden Beispiel (F6) wird deutlich, dass eine Therapie, die nicht mit der Patientin abgestimmt ist, beziehungsweise auf deren Ablehnung stößt, dazu führen kann, dass sich die Patientin der Therapie entzieht (*Non-Compliance*).

F 6 *Dann haben sie mich an den Tropf gelegt und auch ein Antibiotikum gegeben, weil es ja auch Bakterien in der Scheide gibt, die auch eine Muttermundweitung machen können. ... Die waren natürlich alles auf Nummer sicher zu machen und allen Eventualitäten vorzubeugen. Aber ich wollte das nicht. Da hatte ich eher das Gefühl, die vergiften mich jetzt mit dem Medikament auch zum Schaden des Kindes. „Wir fangen jetzt“, – es war Wochenende und da gab es noch kein Abstrichergebnis –, „mit der Antibiose an, zur Sicherheit.“ Das mit dem Antibiotikum hat mich sehr gestört, weil ich dachte, das brauchst du jetzt nicht. ... Ich sage dann auch ich diskutiere nicht, weil, wenn da von der Gegenseite keine Bereitschaft zum Gespräch ist, dann reibt man sich da bloß bei auf. Und wenn man sich eh nicht fühlt und eigentlich auch dankbar ist, dass die einem helfen, aber trotzdem seinen eigenen Kopf bewahrt und sagt, ne ich behalte trotzdem noch meine Entscheidungsfreiheit bei, das kriegen halt viele [Ärzte] nicht ganz auseinanderdividiert. ... Aber das war jetzt auch nicht so, dass ich auf eine Diskussion gedrängt habe, weil ich gemerkt habe, du bist jetzt nicht in der Lage, das jetzt durchzuführen. Ich habe mir dann selber geholfen und den Tropf ins Wasserglas laufen lassen. Das sage ich jetzt, weil die Ärzte und Schwestern die haben alle korrekt gehandelt, aber ich habe gesagt: nein, ich will das nicht und so weit es ging habe ich versucht, das Zeug von mir fernzuhalten und habe dann drauf gedrängt, dass die Medikamente auf Tabletten umgestellt werden. ... Und dann habe ich diese Tabletten einfach alle entsorgt und das niemandem erzählt.*

Die Patientin (F6) beschreibt, dass sie das Gefühl hatte, mit ihrem Anliegen *kein Gehör zu finden*.

F 6 Es wurde noch ein Ultraschall gemacht, um vielleicht zu klären, woher die Schmerzen kamen und das Myom zu untersuchen. Die untersuchende Ärztin hat aber hauptsächlich das Kind untersucht und war dann begeistert, wie schön man da alles sieht, das ganze Gehirn und die ganzen Organe, die Beine, alles, bis ich gesagt habe: „Und was ist jetzt mit meinem Myom?“ Und dann ist sie da ein bisschen drüber und hat gesagt: „Da ist jetzt alles aufgelöst, das kann schon sein, dass das nekrotisiert ist.“ ... Und dann war sie wieder beim Kind und hat das noch dreimal durchgeschallt und: „Ja mit dem Kind ist alles in Ordnung.“ Und damit bin ich dann aus dieser Untersuchung entlassen worden. – Jetzt hast du hier ne halbe Stunde Ultraschall gehabt, die hat dir auf dem Bauch herumgedrückt und das hat weh getan, und du bist immer noch nicht weiter. Wobei mich nicht gestört hätte, wenn sie gesagt hätte: „Ich kann mit dieser Untersuchungsmethode jetzt nicht mehr herausfinden“, aber wenigstens das, sich um dieses Thema zu kümmern, um das es mir ging, das hat keiner gemacht. Und da war ich an dem Punkt, wo ich gedacht habe: hier wird dir nicht geholfen.

Diese Frau (F24) ging gegen ärztlichen Rat nach Hause, wo sie keine Unterstützung durch Verwandte oder die Familienpflege hatte, erhöhte ohne Absprache das orale Tokolytikum und erlitt in der 32. SSW eine Frühgeburt. Hier wird deutlich, dass auch das nicht Einbeziehen der häuslichen Situation in die Behandlungsplanung zu *Non-Compliance* führen kann.

F 24 Ich hab gewusst, dass ich für die zwei einfach auch da sein muss dass ich muss in dem Krankenhaus bleiben und dass ich daheim das nicht schaff. Auf die Frage: Was war für Sie am Schwierigsten? Im Krankenhaus, wenn die Tochter geweint hat. Ich hab immerzu daran gedacht. Ich konnte nichts mehr essen, ich habe im Krankenhaus 5 kg abgenommen, ich habe dem Arzt das aber auch gesagt: ich denk nur an das Kind, ich kann nicht essen, ich hab an die zwei gedacht, ich muss essen, aber das ist einfach nicht gegangen... und dann habe ich zu dem Arzt gesagt, nach 2 Wochen, dass ich einfach heim muss. Weil ich psychisch selber nicht mehr konnte. – Dass die einem helfen, wenn eine Mutter schon ein Kind hat, dass die verstehen einfach, dass das Herz an dem ersten Kind, oder dem zweiten Kind, wo daheim ist einfach hängt und dass der Mutter das nicht egal ist. So hätte ich mir das auch vielleicht gewünscht, dass ich daheim sein könnte, und eine Frau kommt vielleicht her für 2 Stunden, wenn die sich beschäftigt hätte nur mit dem Kind. Mein Mann hat alles im Haushalt und Einkäufe gemacht, aber dass das Kind Beschäftigung hat. Das hätte mich klar gefallen, aber die waren nicht einverstanden, dass ich überhaupt heimgehe.

Diese Frau (F19) vermisste eine *Behandlungsperspektive* und einen *Ansprechpartner* für Sorgen und Nöte (auch in der Nacht).

F 19 Dass jemand erklärt hätte, wie man damit [den Schwangerschaftsproblemen] weiterarbeiten kann, der speziell auf mich eingegangen wäre. Dass man sich bei Rückfragen an jemand wenden könnte. Bei Fragen oder Angstzuständen in der Nacht, dass man irgendwohin gehen könnte und fragen, was passieren könnte, schlimmstenfalls. Da

sind dann die Krankenschwestern da, aber die können nicht die Fragen beantworten, die man an einen Arzt stellt.

Hier (F22) wird angeregt, der Patientin in einem *grundlegenden Gespräch* die medizinischen Schwerpunkte und *Problembereiche* zu erklären.

F 22 Das Problem für mich war auch immer, dass die Ärzte nur die Kinder gesehen haben. Ich habe immer das Gefühl gehabt, die sehen überhaupt nicht mich. Jeder hat immer nur von den Kindern geredet. Dass man mir vorher erklärt hätte, warum nur die Herztöne von den Kindern [wichtig sind] und die Wehen da oben drüber sind grad scheinbar. Erst wie ich gesagt hab: „Ich bin doch auch noch da, warum kümmert Ihr euch nicht um mich?“, da habe ich die Erklärung gekriegt. Und es wäre schön gewesen, vorher in einem Gesamtgespräch, auf was es ankommt. „Jetzt machen wir CTG und da ist das ... wichtig, weil ...“ Es wäre schön gewesen, wenn jemand gesagt hätte: „Da drauf kommt es uns an und da drauf achten wir und erst, wenn die Herztöne der Kinder aussetzen, dann ist Handlungsbedarf gegeben.“ Diese drei bis vier Sätze hätten mir wahrscheinlich dieses Hadern, warum sie sich alle auf diese Herztöne der Kinder stürzen und ich jetzt noch 10 Minuten länger dranhängen muss, weil jetzt 5 Minuten Herztöne gefehlt haben, erspart. Das wäre für mich hilfreich gewesen.

In dem folgenden Beispiel wird der Wunsch nach einem *offenen Gespräch über die Situation* und die Behandlungsmöglichkeiten (F14) geäußert.

F 14 Man merkt zwar selber, richtig hilft das nicht, aber man möchte ja auch vom Arzt hören: „Frau ... das schlägt nicht richtig an, jetzt machen wir mal das Nächste und das schaut dann so und so aus.“ Man kann mit den Patienten schon klar drüber reden, wie es aussieht, und das finde ich auch wichtig, gerade bei Frauen, wenn man weiß, das wird vielleicht jetzt länger, dass sie liegen.

In diesem Beispiel beschreibt eine Frau (F22) ihre *positiven Erfahrungen* und, wie wichtig ihr die Nachvollziehbarkeit und Verlässlichkeit der Behandlungsmaßnahmen und die *Zusammenarbeit mit den Ärzten* waren.

F 22 Und in ... war ein festes Schema [für die Behandlung vorzeitiger Wehen]. Das hat jeder Stationsarzt so gemacht, das war ein Muster, das hat jeder verfolgt. Erster Tag Wehenhemmer dran, zweiter Tag runter, dritter Tag, wenn die Wehen nach wie vor weg waren, weg. Wenn's nicht funktioniert hat, wieder von vorne angefangen. Das war was Schönes. Du hast gemerkt, dass da mit einem gearbeitet wird und an einem. Net so ungefähr: warum soll ich das jetzt runterdrehen, wenn's net funktioniert, muss ich ja noch mal kommen. Und vor allem war's für mich schön, dass es jeder gleich gemacht hat, dass man da nicht hat auf jemand spekulieren müssen, der das jetzt hoffentlich so macht, sondern dass das feste Schemen sind, die sich durchgezogen haben. Und ich hatte zum Schluss auch das Gefühl, dass jeder über mich Bescheid gewusst hat. Dass sich die ganze Riege Gedanken gemacht hat. Man hat auch immer Feedback gekriegt. Wenn wieder mehr Wehen gekommen sind, hat die Oberärztin angeordnet, alle 3 Stunden CTG, und das geht mit der Zeit auf den Wecker. Und ich hatte das Problem, ich

sollte die Sondenkost im Sitzen trinken und das CTG lässt sich eine Stunde am besten im Liegen ertragen, und als das CTG dann in Ordnung war, habe ich gefragt, ob man es nicht runterdrehen kann. Er hat gesagt, er kann's nicht entscheiden, aber er klärt es ab. Ne Stunde später habe ich Bescheid gekriegt: Dreimal zwanzig Minuten.

Hier wird der Wunsch als Partner für ein *offenes Gespräch* gesehen zu werden (F6) geäußert.

F 6 Ich hätte mir gewünscht, dass man das offen mit mir bespricht und einfach auch mal sagt, wir wissen nicht. ... Es ist nach dem Abend in der Ambulanz keiner gekommen, von dem ich das Gefühl hatte, der fühlt sich jetzt wirklich mal dafür zuständig und der geht die Befunde mit mir durch als Resümee: Das und das haben wir ausgeschlossen, Sie haben immer noch Beschwerden, aber was es jetzt wirklich ist, können wir nicht sagen. Das wäre eine Erleichterung für mich gewesen, weil ich einfach das Gefühl gehabt hätte, die sind auf meiner Seite, die wollen mir helfen und die können auch nicht alles wissen und wenn sie es nicht wissen, dann wissen sie's nicht, Das ist ja nicht schlimm. Aber dieses ehrliche Gespräch, zu sagen, wir bemühen uns um Sie und wir wollen Ihnen helfen, auch, wenn wir Sie nicht in eine ICDNummer quetschen können, aber wir wollen alles tun, damit es Ihnen besser geht, das hat wirklich gefehlt. Ein ehrliches offenes Wort, so und so ist die Situation und wir haben jetzt hier nichts mehr, was wir Ihnen anbieten können. Wahrscheinlich ist es das und jetzt sollte man erst mal schauen, was die Zeit bringt. Wenn es doch wieder Unklarheiten gibt, dann kommen Sie jederzeit wieder.

Diese Patientin (F22) bringt ihre Wertschätzung für die kontinuierliche Betreuung und den offenen Austausch mit den Ärzten über die Situation zum Ausdruck.

F 22 Ich habe mich gewundert, wann die [Ärzte] wechseln, aber wenn ich oben war, hatte ich immer einen konstanten Stationsarzt, und zum Schluss, wie's mir schlechter gegangen ist, war auch immer der gleiche Oberarzt und der eine Assistenzarzt, der dann auch am Schluss entbunden hat. Also die waren wirklich immer dann ums Bett rumgesessen. Auch zum Schluss dann mit mir beratschlagt. Das war nicht so, dass einer zu mir ans Bett gekommen ist und hat gesagt: Frau ... wir machen das jetzt so und so, sondern die haben gesagt: das ist das Ziel, wie erreichen wir das? Und die waren wirklich dagesessen und wir haben diskutiert. Das war schön. Ich habe das so noch nicht erlebt und das war wirklich schön, dass jemand gekommen ist, weil, ich denk, die haben sich selbst keinen Rat mehr gewusst, und ich hab so das Gefühl gehabt, die haben sich zum Schluss schon ein bisschen auf mein Gefühl verlassen.

Diese Frau (F2) regt an, möglichst vorher über *Betreuungswechsel* informiert zu werden und *gleichbleibende Ansprechpartner* für Fragen zu haben.

F 2 Vielleicht wäre es gut zu wissen, oder dass die Ärzte sagen, ich habe Dienst von Montag bis Mittwoch, und am Donnerstag kommt jemand Neues, dass das nicht so überraschend ist. Man weiß, man ist in guten medizinischen Händen, aber eine richtige Betreuung hat man nicht, also das Drumherum, dass man sich da menschlich irgendwo geborgen fühlt. Was natürlich zusätzlich schön wäre. Das wäre durch einen festen An-

sprechpartner, was ja auch nicht unbedingt ein Arzt sein muss, das könnte auch eine Schwester sein oder eine Hebamme sein, hauptsächlich einer, der da täglich rein kommt, wo das Gesicht bekannt ist, wobei das ja auch wieder schwierig ist, über das Wochenende, wenn man da liegt, irgendwann müssen die Leute ja auch mal frei haben, das wäre schon gut.

In den folgenden Beispielen wird der Wunsch nach rechtzeitigen und angemessenen (F7) *psychologischen Gesprächsangeboten* (F30, F13) geäußert, wobei diese Angebote nicht erst auf Initiative der Betroffenen gemacht werden sollen (F36, F11).

F 7 Hätte mir sehr eine psychologische Betreuung gewünscht.

F 30 Vom Krankenhaus kamen nur doofe Sprüche: Alles ist psychisch und ach Gott uns war allen schlecht, innerlich sei ich nicht bereit und so weiter. ... Aber dass man auch psychisch betreut wird, da läuft ja gar nichts. Das hat mich schon sehr nachdenklich gemacht, wenn ich da nachts lag, da hat auch keiner gefragt, wie geht's Ihnen denn damit, oder wie geht's zu Hause.

F 13 Nach 5 Wochen kam die Pfarrerin, als ich gerade auf dem Weg zu meinem Tageshöhepunkt, also der Dusche war, da kam die rein und ich habe gedacht, ach Gott, jetzt schicken sie mir eine Seelsorgerin. Das war schon zu einem Zeitpunkt, wo ich schon relativ gelassen war. Die hat sich ein bisschen mit mir unterhalten, aber letztendlich wollte ich das zu dem Zeitpunkt gar nicht. Das war mir alles viel zu flach. Da war ich schon recht abgebrüht.

F 36 Ich hätte viel mehr sagen müssen, wie es mir geht, aber das kann ich dann nicht, wenn man mich nicht direkt darauf anspricht.

F 11 Da wäre es schon schön, man hätte jemanden, der einen vielleicht mal in den Arm nehmen kann. Mit der Seelsorgerin hatte ich da ein paar schöne Gespräche. Die hab ich auch recht spät erst kennen gelernt, nach der Entbindung erst. Ich hätte jetzt auch nicht das Bedürfnis gehabt, zu sagen, kommen Sie doch mal, ich möchte mit Ihnen reden. Die sollte eigentlich von selber kommen, und wo ich sie dann kennen gelernt hab, hab ich sie auch gefragt, wieso kommen Sie jetzt zu mir? Und dann hat sie gesagt, sie wird von den Schwestern drauf hingewiesen, wo sie mal reinkucken könnt. Und das ist, welche Schwester grad was weitergibt, oder nicht weitergibt.

Eine Frau (F11) regte an, eine verbesserte Betreuung für Schwangere durch *Schulung des Personals für die konkrete Problematik* zu erreichen.

F 11 Ich hab halt selber die Erfahrung gemacht, was ich vorher auch nicht geglaubt hätte, Schwangerschaft und Entbindung ist ein unglaubliches psychisches Ereignis, was einen psychisch unheimlich trifft. Ich will net sagen, dass einen das fertig macht, oder depressiv, aber man ist halt sehr sensibel für alle Reize, die von außen kommen, ist man wahnsinnig sensibel, übersensibel. Das sollen die, die täglich damit zu tun haben und das beruflich machen, die sollten das eigentlich am allerbesten wissen und vielleicht entsprechend geschult sein, damit umzugehen.

In den folgenden Beispielen wird die ungefragte *Unterstützung vom Pflegepersonal* (F26) gelobt, und der Hinweis des Gynäkologen auf *mögliche psychotherapeutische Hilfestellung* (F33).

F 26 Zwischendurch so „das pack’mer schon“ einfach so ein paar aufmunternde Worte. Aber dafür war das Pflegepersonal sehr toll. Das so zwischendurch mal spontan von ihrer Seite kommt, nicht, dass man das groß aufsuchen muss.

F 33 Was ich gut fand, war, dass der Frauenarzt gesagt hat, wenn sie psychisch damit nicht klar kommen, gibt es Möglichkeiten zur Beratung.

Hier berichtet eine Frau (F21) über eine der Risikoschwangerschaft vorausgegangene Fehlgeburt und beklagt das damals *fehlende Gesprächsangebot*.

F 21 Die haben fehlende Herztöne festgestellt und mich einfach heimgeschickt. Mit dem Auto. – Ich könnte ja vor einen Baum fahren oder von der Brücke springen.

In diesen Beispielen wird von den betroffenen Frauen (F6, F11) die Problematik der *Entlassungsgespräche* thematisiert.

F 6 Es wäre auch für einen Entlassungswunsch ein schöner Rahmen gewesen, einfach zu fragen, wieso wollen Sie denn nach Hause, fühlen Sie sich hier nicht ausreichend betreut, fehlt Ihnen etwas, oder fühlen Sie sich schon wieder so gut und meinen, es geht schon zu Hause? Wie ist denn zu Hause Ihre Situation? Sind Sie versorgt? Wer kümmert sich um Sie? Wie kommen Sie zum Arzt? Wie kommen Sie zur Apotheke? Wie bekommen Sie Ihre Medikamente? Wie wird das alles organisiert? Das ist halt nicht besprochen worden. – Will frühzeitig nach Hause –, und dann ist man drin in der Schublade.

F 11 Dann beim Entlassungsgespräch, da dachte ich, da wird einem alles Gute gewünscht und wenn es Schwierigkeiten gibt, dass man sich wieder melden soll, also das war vor dem Blinddarm bei der ersten Entlassung, und was sagt die dann, statt, dass sie fragt, wie es geht und ach, da kommt aber was auf Sie zu, und ich wünsch Ihnen alles Gute und wenn’s Probleme gibt, melden Sie sich, was ich jetzt so erwartet hätte, da sagt die: „Die nächsten 6 Wochen aber bitte noch keinen Geschlechtsverkehr.“ Ich hab gedacht, ist die blöd? Ich hab grad Drillinge gekriegt, glaubt die wirklich, ich hab jetzt nichts Besseres zu tun, als mit meinem Mann gleich wieder ins Bett zu hüpfen? So was von unsensibel und das von einer Frau, ich war sprachlos. So was sollte einem der gesunde Menschenverstand schon sagen, dass das unsensibel ist. Dass sie das erwähnen muss, leuchtet mir ein. Wenn sie das mit diesen ganzen guten Wünschen, die sie nicht ausgesprochen hat, verpackt hätte, wäre das ja auch in Ordnung gewesen. Aber so was von unsensibel. Ich hab mir gedacht, was denkt die von mir, schau ich so lüstern aus oder was? Vielleicht haben da manche Schwierigkeiten, was da so in den Vorschriften steht, ich muss jetzt das Abschlussgespräch führen, diese und jene Punkte ansprechen, das dann in passende Worte zu verpacken. Dann kommt’s halt manchmal recht hölzern raus. Arzt ist halt ein Beruf für den Menschen und nicht für eine Maschine.

Wünsche und Anregungen, die den Klinikalltag betreffen

In den folgenden Beispielen benennen die Frauen (F14, F11, F10) *belastende Aspekte des Klinikalltags*, geben Anregungen, diese zu beheben und loben die Neuerung des gemeinsamen Frühstücks für Patientinnen, die aufstehen dürfen.

F 14 Das Essen war nicht für Schwangere angepasst.

F 11 Man ist ja sehr oft zu dritt in ein Zimmer gelegt worden, und es sind immer nur zwei Handtuchhalter da gewesen, so was, das ist so leicht zu beheben. Das ist so blöd, wenn man als Dritte dazukommt, weil man sich als Dritte immer wie das fünfte Rad am Wagen vorkommt.

Oder was uns auch immer sehr gestört hat, wenn unser Aufenthaltsraum von den Ärzten als Konferenzzimmer missbraucht wurde, man durfte am Nachmittag net reingehen, das finde ich unmöglich. Patienten setzen uns ja auch nicht ins Arztzimmer und trinken da Kaffee. Das sind halt so Sachen, die den Alltag erschweren. Man ist halt nie freiwillig drin, und wenn einem da so Unannehmlichkeiten begegnen, die vermeidbar wären, das tut halt weh.

Das sind so viele Kleinigkeiten, die greifen die Substanz einfach an, und gerade in diesen Situationen doppelt. Zum Schlafen ein Einzelzimmer, tagsüber einen Aufenthaltsraum mit Fernsehen, Lesecke und so weiter, wo man sich mehr trifft, wo das vielleicht auch gefördert wird vom Krankenhaus, dass es Gesprächskreise gibt, oder so was. Die haben damals gerade eingeführt, da kam eine neue Stationsleitung, die hat eingeführt, dass die Mahlzeiten im Aufenthaltsraum eingenommen werden, von denen, die aufstehen durften. Das war sehr gut, weil, da sind die Leute ins Reden gekommen. Sonst sieht man sich nur im Gang, da sagt man nichts zu einander.

F 10 Die Bettschüssel war entwürdigend. Sonst sehr zufrieden. Wenn man strenge Bettruhe hat, das heißt, wenn man die Bettpfanne benutzen muss, dass man vielleicht etwas hat, wo man das abschirmt. Das hat mir in diesem Dreibettzimmer, wo noch andere Frauen liegen, gefehlt. Da ist so die Intimsphäre. Eigene Toilette oder Dusche auf dem Zimmer wäre vielleicht top, dass man net auf eine Toilette gehen müsste, wo der ganze Stock drauf geht. Was ich leider nicht mitgekriegt hab, dass Frauen gemeinsam in diesem Frühstücksraum frühstücken, das hätte ich gern mitgemacht, um den Kontakt mit anderen Frauen zu kriegen.

Hier (F6) empfand die betroffene Frau das *Verhalten des medizinischen Personals bei der Entlassung als gedankenlos*.

F 6 Dann war klar, nach dem Ultraschall gab es keine neuen Erkenntnisse, da habe ich gesagt, dann möchte ich jetzt nach Hause gehen. Da waren sie nicht begeistert. Und da habe ich halt gefragt, wie komme ich denn jetzt nach Hause? „Ja, können Sie sich nicht abholen lassen?“ „Mein Mann arbeitet, die Freunde auch“. „Ja, dann fahren Sie doch mit dem Zug.“ Ich habe dann gesagt, es gibt Leute, die kriegen dann einen Transportschein. „Ja, das weiß ich nicht, ob das in Ihrem Fall geht.“ Dann hat sie mich aufgefordert, bei der Krankenkasse anzurufen, ob die das übernehmen. Da war ich dann also erst unten in der Verwaltung, um die Nummer der Kasse rauszufinden, dann habe ich da angerufen, der hat mich dann durchs Telefon angekuckt, ja, natürlich überneh-

men wir das, wenn das medizinisch notwendig ist, dann bin ich wieder zurück und habe das gesagt. ... Dann kam irgendwann die Schwester rein und hat mir meine Entlassungspapiere gegeben und dann habe ich gefragt, wie kriege ich jetzt ein Taxi. Da sollte ich mal runtergehen, zum Pförtner da stehen die Taxen. Und dann war's mir dann zu blöd. Da habe ich dann nicht mehr gefragt, weil ich mich ja noch körperlich schonen soll, dringend angeraten, da habe ich dann nicht mehr gefragt, wer mir denn die Tasche packt und die runterträgt und bin dann damit über den Flur gelaufen, da hat sich kein Mensch dafür interessiert, dass ich da meine Tasche schleppe, wo ich vorher noch nicht einmal eine Flasche Mineralwasser tragen sollte. Da waren wir beim Taxistand und dann hat die Taxifahrerin gefragt, was machen Sie denn da, wieso haben die Schwestern denn nicht angerufen, wir holen doch die Patienten.

Diese Frau (F4) wünscht sich etwas mehr zwischenmenschliche Betreuung und, dass ihre Anliegen wichtig genommen werden.

F 4 Aber ein bisschen das Zwischenmenschliche, dass man doch mal 2 Minuten länger bei jemandem sein könnte, das wär Klasse; oder, wenn man eine Frage hat und die sagt, ja, sie kümmert sich drum, und dann irgendwann nach einer Stunde kommt sie. – Und ? Haben Sie? Hat sie vergessen.

Hier (F33) wird die *Unsicherheit* der betroffenen Frau (F33) bezüglich der *häuslichen Schonung* deutlich.

F 33 Und das war auch immer, wenn ich dann gedacht habe, ne, jetzt machst du halt mal wieder mal was selbst, oder wenn ich dann am Wochenende mal gesagt habe, ich muss mal selber wieder zum Einkaufen, und dann bin ich nach Hause und bin auf die Couch. Gefahren bin ich nicht mehr selber, sondern immer mitgefahren, und habe auch keinen Einkaufswagen geschoben, aber einfach dieser Gang durch diesen Minisupermarkt war schon zu viel. Und wo ich dann gesagt habe, wieso bist du dumme Kuh diesen Gang gegangen, um einkaufen zu gehen, und du setzt ein Leben aufs Spiel. Also das war einfach – das kam dann hinterher wieder. ... Die Anweisungen vom Arzt [Frauenarzt] waren eher: Sie können mal kucken. Vom Hausarzt, Sie dürfen sich auf keinen Fall bücken und Sie dürfen dies nicht. Da fühlte ich mich so in die 60er Jahre zurückversetzt, wo man noch nicht wusste, wo und wie. Der mir dann strikte Bettruhe fast verordnet hat, und dann nach 14 Tagen war ich beim Frauenarzt und habe gefragt, ist es denn wirklich so dramatisch, weil, dann macht man sich noch mehr verrückt, als es sowieso schon ist. Der Frauenarzt hat das dann relativiert und hat gesagt, wenn Sie sich gut fühlen, Sie können auch raus und sich bewegen, aber nichts heben und vor allem nicht mehr ins Büro, den Stress.

Wünsche, die die postpartale Versorgung betreffen

Diese Frau (F3) hätte sich eine *intensivere Betreuung nach einer komplizierten Geburt* gewünscht.

F 3 Ich hätte gern ein Gespräch gehabt, warum oder wieso man sich vorstellen könnte, dass es zu so einer Situation [Schulterdystokie] kam, das verarbeite ich im Mo-

ment jetzt, mit der Hebamme und der Frauenärztin, weil mit der Geburt das im Krankenhaus abgeschlossen war. Ich hatte ganz normale Visiten, die haben gekuckt, wie bei jedem anderen auch, gefragt, wie es mir geht, und wie gesagt, körperlich ging's mir gut und der Rest, da wird nicht weiter nach gefragt. Mehr Eingehen auf die Person, die man vor sich hat, von ärztlicher Seite und nicht das normale Routinevorgehen. Gekümmert von ärztlicher Seite, hat sich keiner mehr, nach der Erstbehandlung. Es kamen nur ganz normale Krankenhausvisiten und dann bin ich am vierten Tag entlassen worden.

Im folgenden Beispiel (F25) wird angeregt, Müttern von Frühgeborenen eine psychotherapeutische Betreuung anzubieten.

F 25 Mütter, die Frühchen bekommen haben, sollten psychotherapeutisch betreut werden, da kein Verständnis von anderen für die Situation da ist.

Es wurden auch eine bessere Vorbereitung auf die postpartale Zeit, eine intensivere Betreuung nach der Geburt (F8) sowie mehr Interesse am Gesamtbefinden, entsprechende Nachfrage und gegebenenfalls Anteilnahme (F11, F38) gewünscht.

F 8 Ich habe es vermisst, dass ich nicht etwas besser vorbereitet wurde mit Milcheinschuss und Stillen und so weiter. ... Mit dem Stillen, da hätte ich mir gewünscht, dass sich da vorher mal jemand mehr Zeit genommen hätte. Es sind ja auch ganz viele Hebammenschülerinnen da. ... Wo ich mich dran erinnere, wo ich gesagt habe, da hätte man mehr machen müssen, da hätte ich mir gewünscht, dass sich die Leute ein bisschen mehr kümmern, das war so dieses, der Tag, weil, ich war nur zwischen Babyzimmer, PNZ, Stillzimmer und meinem Zimmer und zum Abpumpen, ich war nur unterwegs, und am 3. Tag bin ich echt auf dem Zahnfleisch gegangen. Die eine [Hebammenschülerin] hat sich dann auch supertoll gekümmert. An dem einen Abend, da hat's mich dann total zerbrösel. Die war dann 2-3 Stunden bei mir und hat Umschläge gemacht, und dann haben wir uns darüber unterhalten. Das fand ich schön, aber das hätte halt eher kommen müssen.

F 11 Die Krankenschwestern hatten nach der Entbindung nur noch untersucht, wie weit die Gebärmutter sich zurückgebildet hat, immer Hand aufgelegt und gekuckt, wie weit geht sie zurück. Also, ich hab mir gedacht, die sind nimmer ganz dicht, die kommen da rein gerannt früh um sieben, Tür aufgerissen, Licht an, also manche waren so brutal, unmöglich, als wäre man noch vor 40 Jahren in so einer Anstalt. Nur im Sinn gehabt, raus aus den Betten, Betten machen und wie weit hat sich die Gebärmutter zurückgebildet. Wie ist die Temperatur, was macht die Gebärmutter? Also so richtig scheuklappenmäßig kam mir das vor. Da war ich entgeistert. Über so ein Verhalten, so was von unsensibel. Die haben nicht gefragt, oder net mitgekriegt, oder net mitkriegen wollen, wie es einem geht, hat man ein gesundes Kind, hat man ein krankes Kind, nimmt man das selber gut auf, oder psychisch eher net so gut. Also, da hätten die psychologisch ein bisschen Nachhilfe nötig, die meisten. So, wenn man was gebraucht hat, geklingelt hat, da war die Betreuung schon gut, aber dieses Zwischenmenschliche hätte besser sein können.

F 38 Wenn man schwanger ist, ist man die Prinzessin auf der Erbse, man wird auf Händen getragen, man wird entbunden, und man ist niemand, es zählen nur die Kinder. Und das ist so ein Schlag ins Genick, man versteht das gar nicht. Man ist nur noch dazu

da, dass es den Kindern gut geht. Man selber hat gar kein Eigenleben mehr, man hat gar keine Bedürfnisse mehr zu haben. Mir ging es so schlecht mit der Narbe. Man bräuchte eigentlich einen, der einen tröstet, der mal nach einem kuckt.

Wünsche, die Informationen über die Familienpflege, Unterstützung bei der Beantragung und den Leistungsumfang der Familienpflege betreffen

Hier (F30, F33) wird der Wunsch nach besserer Information über die Möglichkeit der Familienpflege und Unterstützung bei der Beantragung zum Ausdruck gebracht.

F 30 Mit dieser Familienpflegerin, da hatten die keine Ahnung von, die wussten nicht, wo man sich hinwenden muss, gar nichts. Der Stationsarzt hat gesagt, er hat da mal gehört, es gäb so was. Wenn die das nicht wissen, wer denn dann? Warum muss ich das Glück haben, dass ich eine tolle Hebamme hatte, die mich anruft und sagt: Ich habe da eine Idee für euch. Ich wäre da nie drauf gekommen, woher auch?

F 33 Wenn die Ärztin sagt, Sie bleiben in der Klinik, und entlässt mich dann auch, dass man darauf hinweist, dass da die Möglichkeit einer Haushaltshilfe besteht und da auch sagt, hier hast du ein Attest und der Weg geht so und so. Weil, ich habe dann die ... [Familienpflegeeinrichtung] angerufen und dann haben die mir dann erklärt, wie der Weg eigentlich richtig ist, dass ich erst ein Attest vom Arzt brauche und dann dies und jenes, und wenn man das absehen kann, man schreibt's gleich für vier Wochen. Dass man da fast betteln muss, um so ein Attest zu kriegen. Erst zum Schluss hat er gesagt, jetzt machen wir vier Wochen. In der Situation habe ich mich dann schon alleingelassen gefühlt. Dass man sagt, es gibt es, es steht einem zu, und man muss betteln gehen, dass man das bekommt.

Wünsche, die die medizinische Versorgung betreffen

Im folgenden Beispiel (F11) werden Probleme in der *Aufnahmesituation* beschrieben.

F 11 Bei der Aufnahme war ein bisschen unschön, wir haben uns ja an der Pforte gemeldet, die Symptome geschildert, die Schwangerschaftswoche genannt, dass es eine Drillinsschwangerschaft ist, jetzt wussten die nicht, wo die mich hin stecken sollen, auf die Gynäkologie oder auf die Geburtshilfe. Jetzt hat der Pförtner mich erst mal auf die Gynäkologie hoch geschickt, da habe ich dann eine Schwester angetroffen, die gesagt hat, setzten Sie sich da hin, ich informier einen Arzt. Aber ich konnte ja kaum sitzen mit den Schmerzen, ich wollte ja liegen. Außerdem wusste ich, dass ich gar nicht lang sitzen soll, ich sollte ja liegen. Und nach einer halben Stunde haben wir dann noch mal gesagt, dass ich kaum noch sitzen kann, die müssen sich jetzt kümmern. Dann hat's vielleicht noch mal ne viertel Stunde gedauert, bis eine Ärztin kam, die hat dann gleich festgestellt, um Gottes Willen, Sie sind ja völlig verkehrt hier, Sie müssen ja ein Stockwerk höher. Also, die hat das gleich richtig eingeschätzt und ist mit mir auch hochgegangen, und von da an ging das professionell ab.

Diese Frau (F22) berichtet über *Nachlässigkeit* bei der Betreuung.

F 22 Tatsache war, dass sie mir zwar diese Magensonde gegeben haben und die Flaschen angehängt haben. Ziel war, dass ich innerhalb einer Woche ein Kilo zunehme, sonst wäre ich fehl am Platze. In ..., die haben das dann auf die Sondenkost umgestellt und ich habe innerhalb einer Woche 1 ½ Kilo zugenommen. Dann konnte ich heim, das Fieber war o. k. Und wie ich dann in der Apotheke bestellen wollte ... habe ich festgestellt, dass die ... [im ersten Krankenhaus] mir 1000 Kalorien am Tag gegeben haben in 2 Flaschen. Und wenn sie sonst nur eine Suppe isst, kann man ja auch nicht zunehmen, vor allem nicht, wenn man Zwillinge hat. Da hat sich noch niemand die Mühe gemacht, das mal zusammenzuaddieren. Also im Nachhinein ist das eine Frechheit.

In diesem Beispiel (F6) wird über ein *Versäumnis bei der Anamneseerhebung* berichtet.

F 6 Dann kam das Medikamentenschälchen rein, und dann lagen da irgendwelche Tabletten drin. Ich frage, was sind denn da für Tabletten drin? – „Magnesium, die sollen die Wehentätigkeit hemmen.“ – Ich habe die aber am Anfang der Schwangerschaft schon mal genommen, und da kriege ich mehr Wehen davon. Und da lag dann noch eine Tablette drin, und das war dann eine Jodtablette, weil ja jede Schwangere eine Jodprophylaxe bekommt. Mich hat aber überhaupt niemand gefragt, ob ich etwas mit der Schilddrüse habe. Es könnte ja sein, ich bin gerade in einer kompensierten Überfunktion. Ich habe dann nur gesagt, ich nehme mein Jod selber. Ich nehme einmal in der Woche mein Depotpräparat. Im Aufnahmegespräch hat mich keiner gefragt, und auf Station ist das auch nicht nachgeholt worden.

6.9.2.2 Behandlungswünsche der Männer

Im folgenden Kapitel werden die Antworten der befragten Männer (n=28) auf die Frage: „Wenn Sie an die Behandlung/Betreuung zurückdenken, welche Wünsche hätten Sie gehabt?“ vorgestellt und mit Textbeispielen näher erläutert. Die Angaben sind in Abb. 33 zusammengefasst. Von den befragten Männern gaben 9 Männer Wünsche bezüglich der Kommunikation mit den Ärzten an, 8 Männer hatten keine Wünsche oder Anregungen, 7 Männer hatten Wünsche oder Anregungen für Verbesserungen im Klinikalltag, 5 Männer wünschten sich eine bessere postpartale Information und/oder Betreuung, 4 Männer wünschten sich Informationen über Familienpflegedienste beziehungsweise mehr Familienpflegestunden, und 1 Mann hatte Wünsche bezüglich der medizinischen Betreuung.

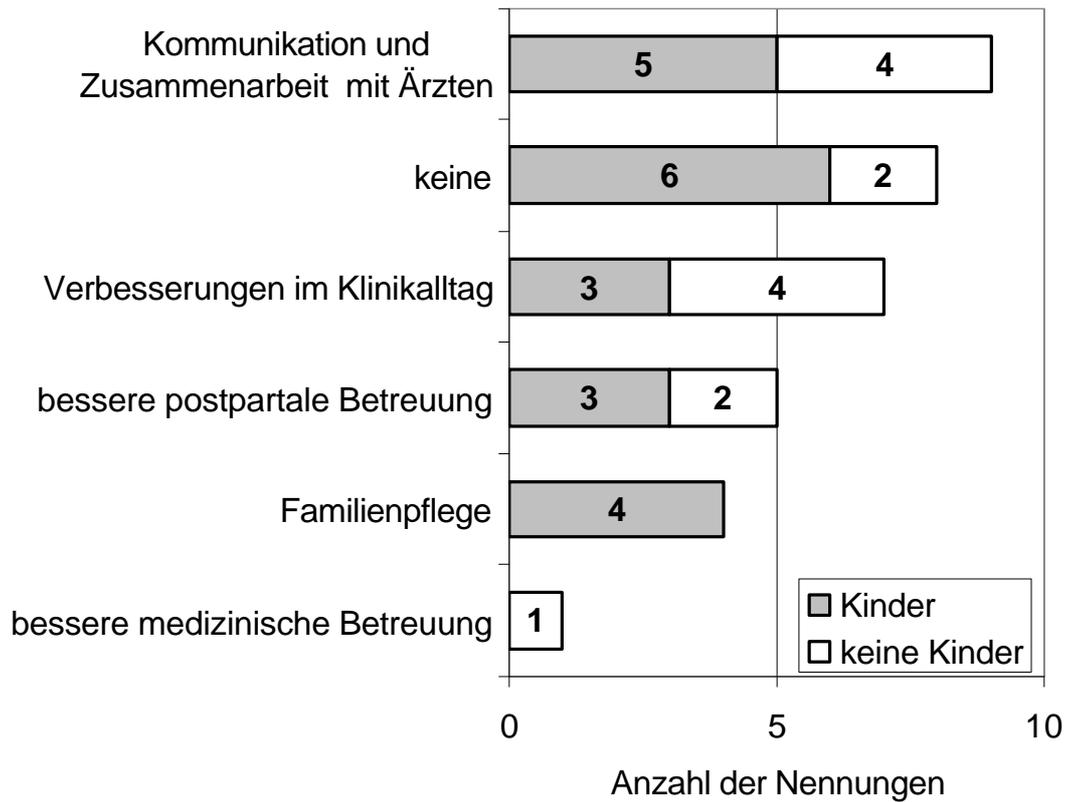


Abbildung 33: Angaben der befragten Männer (n=28) zu Behandlungswünschen differenziert nach Männern ohne Kinder: n=11 und Männern mit Kindern: n=17 (Mehrfachnennungen möglich)

In Tab. 14 wird eine kurze Zusammenfassung der angesprochenen Inhalte gegeben. Einige dieser in Tab. 14 dargestellten Behandlungswünsche entsprechen Aspekten der Behandlung, die von anderen Männern besonders geschätzt und als hilfreich empfunden worden waren (vgl. hierzu Kap. 6.2.1 Coping zum Zeitpunkt der Diagnose und 6.4.1 Coping im weiteren Verlauf). Diese wurden ergänzend zu den Behandlungswünschen unter der Überschrift: Wertschätzung/Lob in der Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 14: Zusammenfassung der von den befragten Männern (n=28) angesprochenen Behandlungswünsche und besonders geschätzten Behandlungsaspekte

	Behandlungswünsche	Wertschätzung/Lob
Informationsvermittlung	auch die Männer informieren und einbeziehen	realistische und verständliche Informationen
	Informationsstand und Informationsbedürfnis erfragen und den Bedürfnissen anpassen (nicht überfordern)	
	Information über Familienpflege	
Gesprächsangebote	Gespräche anbieten	
	Behandlung	
	die Männer informieren und einbinden, einfühlsam mit der Frau umgehen	„es wurde erklärt, was gemacht wurde und warum“
	Partner und häusliches Umfeld in Entscheidungen einbeziehen (z. B. bei Entlassung)	
Klinikalltag	kontinuierliche Betreuung	„immer die gleichen Ärzte, die wussten, um was es geht“
	Ruhe, Privatsphäre, Aufenthaltsraum	
	Raum für Besuche mit Kindern	
	Kostenträger für Kinder von Privatpatienten bei Aufnahme klären	
postpartale Betreuung	schnellerer Informationsfluss	
	Betreuung auch postpartal (nicht zu schnell entlassen)	

Beispiele:***Wünsche und Anregungen, die die ärztliche Kommunikation und die Zusammenarbeit mit den Partnern der Patientinnen betreffen***

Der Informationsstand und das Informationsbedürfnis sind bei den Einzelnen sehr unterschiedlich, was nach Ansicht eines betroffenen Mannes (M16) eine wichtige Rolle spielt. So hätte sich ein Mann mehr Informationen im Vorfeld gewünscht (M21), während sich ein anderer (M23) von den Informationen überfordert fühlte. Die betroffenen Männer haben jedoch alle ein *Interesse, angemessen informiert zu werden* (M3), was manchmal zum Ausdruck gebracht werden kann (M25) und manchmal nicht.

M 16 Wenn ich mir Aufklärung wünsche, muss man wissen, welche kann man aufklären, welche nicht.

M 21 Wobei ich sagen muss, durch das, dass es für mich das erste Mal war, gewisse Risiken nicht bekannt sind oder unterschätzt werden. Zum Beispiel war mir das nicht bewusst, dass man das Kind, wenn man sich überanstrengt, in den ersten Wochen, auch verlieren kann. Wenn ich das gewusst hätte, hätte man gewisse Sachen noch mehr beachtet.

M 23 Nötige Informationen wurden gegeben, aber in dem Moment versteht man sie nicht. Man ist mit der Fülle an Informationen in der Regel als Außenstehender überfordert und man kann eigentlich nichts anderes machen, als dastehen und warten.

M 3 Dass der Mann sehr schnell, oder eigentlich immer, eingebunden werden sollte, genauso auf dem Laufenden zu bleiben wie die Frau, um dann entweder Sicherheit zu bekommen, oder dann sofort Informationen, was jetzt ist.

M 25 Info über die Geburt war ein Handicap. Alles andere liegt auch einfach an einem selbst. Wer nicht fragt, der kriegt auch keine Antwort. Und wenn man etwas wissen will und es einem wichtig ist, dann kriegt man auch die Informationen, die man braucht. Aber ich bin eher der fragende Mensch, der dann auch mal nachbohrt und sich dann selbst auf den Weg macht und kundig macht.

In dem folgenden Beispiel (M4) wird deutlich, dass der betroffene Mann sich über ein Gesprächsangebot gefreut hätte, er aber selber kein Bedürfnis danach zum Ausdruck bringen würde.

M 4 Mir gefehlt selbst hat so eigentlich nichts, weil ich gewusst habe, ihr geht's gut da, und dadurch habe ich die Kraft gehabt, ihr die Kraft zu geben. Aber es gibt bestimmte Leute, die das vielleicht stören würde, dass auf die Männer überhaupt nicht eingegangen wird. Weil, man kommt ja bloß abends vorbei, man hat ja mehr Stress, weil man mehr Arbeit hat, weil alles an einem hängt, vorher wird das aufgeteilt. Und als Mann erfährt man das eigentlich bloß von der Frau, was jetzt war. Und wird halt vor vollendete Tatsachen gestellt, man erfährt da so nichts. Und manche – könnte schon sein, dass die da Probleme mit haben. Also ich jetzt net, aber mit mir hat selber so keiner geredet da, außer Grüß Gott und Auf Wiedersehen. ... Jetzt mit der Eileiterschwangerschaft, also eigentlich das, wo man den größeren Schock gehabt hat, da ist man als Mann, da bin ich allein dagestanden. Weil das war ja – man ist ja fast überrumpelt worden. Vorher hat man gar nicht gewusst, dass [die Frau schwanger ist], und dann hat man auf einmal gewusst, dass [sie schwanger ist], aber, dass dann wieder doch nichts ist, und das halt dann noch mit der Gefahr, dass die wirklich schwere Operation, die kommt, dass jetzt auch noch sein kann, dass jetzt deine Frau jetzt noch verlierst, wenn's wär, wenn's ganz dumm läuft, dass dann ganz allein dastehst. Und da bist dann alleingelassen, also da kommt keiner, von wegen hier, ne, der dich dann so ein bisschen aufbauen könnte oder so. Da stehst dann schon allein da. Wobei ich jetzt auch mehr der Typ bin, der lieber mal seine Ruhe haben will und dann selbst erst mal mit dem Ganzen alleine zurecht kommt, bevor dass er zu jemandem geht, den er überhaupt nicht kennt und dann mit dem quatscht. Aber ich könnte mir vorstellen, dass es Leute gibt, die da gerne ein bisschen was mehr wissen möchten.

Interviewer: Dass wenigstens ein Angebot da ist.

Antwort: Genau. Ob's dann natürlich angenommen wird, das weiß ich nicht. Aber das war halt überhaupt nicht, dass da irgendjemand gekommen wäre, und mit dem man gesprochen hätte oder der mit mir gesprochen hätte. Oder sich angeboten hätte, wenn's wäre, wenn Sie Fragen haben noch oder – war nichts. Das wäre das Einzige.

In diesem Beispiel (M17) bringt ein Mann, dessen Frau nicht gestärkt und beruhigt, sondern verunsichert und erregt von den Arztbesuchen kam, seine *Unzufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung* zum Ausdruck

M 17 Was massiv genervt hat, war die Frauenärztin meiner Frau. Weil, wenn meine Frau zur Untersuchung immer dort war, dann kam sie fix und fertig nach Hause, völlig aufgelöst, also das fand ich schon hammerhart, dass die Frauenärztin da net a bisschen gefühlvoller auf die Situation bei meiner Frau eingegangen ist.

Im nächsten Beispiel beschreibt ein Mann (M19), seine *positiven Erfahrungen* und wie sehr er es zu schätzen wusste, dass die *ärztliche Betreuung kontinuierlich* war und die Behandelnden über seine Frau Bescheid wussten.

M 19 Das Personal war gut ausgebildet, wenig Zeit, sich um die Einzelnen zu kümmern, aber wenn's wirklich gebrannt hat, waren sie auch sofort da. Wir hatten auch immer die gleichen Ärzte, die wussten auch schon, wenn meine Frau kam, um was es geht, und da war auch nicht groß dieser Kennenlernfaktor, wo man erst in die Akten reinkucken muss, die meisten wussten schon Bescheid, was Sache ist.

Diese Beispiele (M23, M24), die im Kapitel 6.4.2 Coping (vgl. die Kategorien Unterstützung durch den Arzt und Verantwortung abgeben) erfasst wurden, sollen hier noch einmal zeigen, wie wichtig es sein kann, den Partner und das *häusliche Umfeld* bei medizinischen Entscheidungen zu *beachten*.

M 23 Wo ich gesagt habe, wenn sie dich jetzt wieder rausschicken, dann gehen wir woanders hin, daheim nehme ich dich nicht mehr, da ist mir das Risiko zu groß. Und da hat der Arzt auch gesagt, sie bleibt da, und von daher war ich zwar beunruhigt, aber nicht übermäßig nervös.

M 24 Die Frau wurde nicht durchgängig bis zur Geburt stationär behalten. Frau sieht den Krankenhausaufenthalt im Vordergrund. War zwischendurch die zwei, drei Tage zu Hause, auch gelegen im Schlafzimmer, da mag das kaum ein Unterschied sein. Für mich aber, ich war beruhigt, wenn sie in der Klinik war. Mir war's dann lieber, dass sie in der Klinik ist und ich wusste sie versorgt, wenn ich auf die Arbeit geh, dann bin ich auch relativ beruhigt.

Wünsche und Anregungen, die den Klinikalltag betreffen

In diesem Beispiel (M2) wird berichtet, dass die *fehlende Ruhe in der Klinik* der Anlass für eine vorzeitige Entlassung war.

M 2 Sie war in einem 3er Zimmer, das ist mir noch relativ genau bewusst, weil es da ein bisschen Ärger gab, weil die Zimmernachbarinnen den ganzen Tag Fernsehen geschaut haben und nicht unbedingt die Ruhigsten waren. Das war ein bisschen anstrengend. Bis meine Frau dann noch mal das Zimmer gewechselt hat, daraufhin, aber das

auch voll belegt. Das war so ein bisschen schwierig. Deshalb sind wir dann auch ein bisschen eher weg, als das eigentlich die Ärzte gesagt haben, ein Tag oder zwei, weil wir gesagt haben, das kam durch Stress und Aufregung, und da haben wir es zu Hause wahrscheinlich ruhiger als dort.

In diesen Beispielen (M18, M21) wird der Unmut über die organisatorische Frage der *Kostenübernahme für das Neugeborene* geäußert, die kurz nach der Geburt angesprochen wurde.

M 18 Da meine Kinder Privatpatienten sind, waren die noch nicht mal 17 Stunden auf der Welt, hat die Sekretärin vom Professor schon angerufen, wollte sofort wissen, mit welcher Privatkasse sie Verträge machen muss. Das ist etwas penetrant gewesen. Vielleicht muss man das im Vorfeld klären, dass man das in die Aufnahmeformulare reinmacht, wie die Kinder später versicherungsmäßig sind, dann könnte man sich auch vorher drüber unterhalten. Wenn ich mir vorstelle, dass die Kinder auf der Schippe stehen, ist das für manchen eine Belastung.

M 21 Was dann ganz schrecklich war, stand das Krankenhauspersonal bei meiner Frau am Bett, noch bevor sie das Baby das erste Mal gesehen hat, und haben gefragt, alles Gute zur Geburt, aber wie versichern wir es denn, so nach dem Motto, wie können wir es abrechnen. Ich hab dafür absolutes Verständnis, die haben ihren Organisationsplan, die müssen kucken, dass alle gemeldet sind und dass das alles in Ordnung geht, aber mit Fingerspitzengefühl hat das nichts zu tun.

Es wurde der Wunsch geäußert, *Besuche mit Kindern* räumlich einfacher zu gestalten (M23).

M 23 Einzelzimmer wäre besser, damit bei Besuchen die Kinder etwas freier sein könnten, ohne dass gleich jemand gestört wird.

Wünsche, die die postpartale Versorgung betreffen

Dieser Mann (M8) äußert seine Unzufriedenheit mit der *postpartalen Versorgung*.

M 8 Vor der Geburt war ich von der Klinik sehr überzeugt, aber nach der Geburt selber hat man den Eindruck gehabt, als wollten sie die Leute möglichst schnell raus haben.

In den folgenden Beispielen (M8, M20) hatten sich die betroffenen Männer über den schlechten Informationsfluss nach der Geburt beklagt (vgl. Kap. 6.7.3) und äußerten den Wunsch, nach der Geburt möglichst *direkt informiert* zu werden.

M 8 Was uns beide gestört hat, zwischen der Geburt und der Information war eine sehr lange Zeitspanne.

M 20 Dann ist mal zufällig die Helferin vorbeigekommen, und die hat dann gesagt: wissen Sie schon, dass Sie zwei Söhne haben? Sonst hätte ich das ewig net erfahren.

Dieser betroffene Mann (M29) fühlte sich nach der Geburt zwischen Frau und Kind hin- und hergerissen, während ein anderer Mann (M24) die *Nähe von Kinderstation und Kreißsaal* als hilfreich empfand.

M 29 Weil, meine Frau lag dann im Kreißsaal sehr spät: „Wo ist mein Kind, wo ist mein Mann?“ Und ich wusste nicht, wo ich jetzt hin soll. Da war alles weng durcheinander.

M 24 Dass die Kinderstation eben nicht in der Kinderklinik ist, wo man erst mal hinlaufen muss, sondern auf der gleichen Station. Das ist unheimlich hilfreich, es sind kurze Wege. Man kann am Abend der Entbindung ein paar Mal hin und herlaufen. Man musste sich nicht mehr so restriktiv anziehen, ... Mundschutz und Mantel und Riesenaufwand betreiben. Das war jetzt nicht mehr so. Das macht alles ein bisschen lockerer. Die Atmosphäre ist einfach besser.

Hier äußert ein Mann (M30) seine Unzufriedenheit mit der Nachsorge der Hebamme.

M 30 Mit der Betreuung nicht ganz zufrieden, da die Hebamme nur einmal da war. Die Frau fühlte sich im Stich gelassen.

Wünsche, die Informationen über die Familienpflege und den Leistungsumfang der Familienpflege betreffen

Es wird der Wunsch nach *Beachtung der möglichen häuslichen Versorgungsschwierigkeiten* und entsprechend nach Information über Familienpflege (M20, M30) und ausreichende Versorgung durch die Familienpflege (M22) zum Ausdruck gebracht.

M 30 Man ist ziemlich viel auf sich gestellt, z. B. wurde nicht über Haushaltshilfe ... informiert.

M 22 Es wäre sicher eine Hilfe gewesen, wenn die Familienpflege über die [meine] reine Abwesenheit hinausgegangen wäre.

M 20 Für die Ärzte war das ganz einfach, die Frau muss halt im Krankenhaus bleiben und ich war halt allein dagestanden mit der Tochter. ... Wenn wir das daheim hätten machen können, das wär gut gewesen.

M 30 Von den Ärzten hätte ich mehr erwartet, als vier Stunden Familienpflege.

Wünsche, die die medizinische Betreuung betreffen

Hier äußert der betroffene Mann seine Unzufriedenheit mit der Versorgung bei einer Situation in der *gynäkologischen Praxis*

M 6 Praxis des Gynäkologen war mit der Situation, dass die Frau erbrechen musste, völlig überfordert gewesen, sie hatten nicht einmal eine Brechschale.

6.9.3 Zusammenfassung

Hier kann zusammengefasst werden, dass 72% der befragten Frauen und 75% der befragten Männer mit der Menge der krankheitsbezogenen Informationen zufrieden waren.

Von den geäußerten Behandlungswünschen wurde *Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Ärzten* bei Frauen und Männern an erster Stelle genannt. Hierauf bezogen sich bei den Frauen 56% und bei den Männern 32% der geäußerten Behandlungswünsche. Besonders angesprochen wurde: Art und Umfang der Informationen möglichst an das persönliche Informationsbedürfnis und den Wissensstand der Betroffenen anzupassen, die Patientinnen und ihre Partner als Gegenüber für offene Gespräche zu sehen, mit ihnen zusammenzuarbeiten und sie und ihre Lebenssituation in die Behandlungsplanung mit einzubeziehen. Weiter wurden möglichst kontinuierliche Betreuung, ein guter Informationsaustausch der behandelnden Ärzte untereinander und, wenn möglich, psychologische Gesprächsangebote gewünscht. 50% der Frauen und 25% der Männer äußerten *Wünsche zu Verbesserungen im Klinikalltag*. Hier wurden besonders die oft unruhige Situation in Mehrbettzimmern, mangelnde Privatsphäre z. B. bei Bett-schüsselbenutzung, mangelnder Raum, der für Besuche mit Kindern geeignet wäre, und für Schwangere ungeeignetes Essen angesprochen. 19% der Frauen und 18% der Männer äußerten *Wünsche bezüglich der postpartalen Betreuung*. 17% der Frauen und 14% der Männer hätten gerne Informationen über die *Familienpflege* und/oder Unterstützung bei der Beantragung der Familienpflege gehabt. Mit der medizinischen Betreuung im engeren Sinn waren fast alle der Befragten zufrieden. 8% der Frauen und 29% der Männer hatten keinerlei Wünsche oder Anregungen bezüglich der Behandlung.

6.10 Familienbrettaufstellungen

Nach einer kurzen Einführung wird im folgenden Kapitel die Auswertung der Aufstellungen mit dem Familienbrett nach Ludwig vorgestellt.

Während in den teilstrukturierten Interviews das Hauptinteresse den sprachlichen Beschreibungen der Betroffenen in Bezug auf Erleben und Bewältigung der Risikoschwangerschaft galt, liegt bei den Familienbrettaufstellungen der Schwerpunkt auf der bildlichen Darstellung der erlebten Beziehungen (vgl. Kapitel 4.3.2).

In den Familienbrettaufstellungen, die im Anschluss an die Interviews durchgeführt wurden, sollten die Befragten für sie wichtige Personen und eventuelle Veränderungen im Beziehungsgefüge für die Zeit der Risikoschwangerschaft darstellen. So konnte dieser Aspekt zusätzlich zu den Interviews, ohne direkte Exploration und ohne dass die Befragten dafür Worte finden mussten, erkundet und erfasst werden.

Um ein Abbild der Beziehungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten zu erhalten und eventuelle Veränderungen zu erkennen, wurde der zu untersuchende Zeitraum aufgeteilt. Die Befragten wurden gebeten, nacheinander die folgenden drei Aufstellungen vorzunehmen:

1. Aufstellung 1: Beginn der Schwangerschaft
2. Aufstellung 2: Liegezeit
3. Aufstellung 3: Zeit ungefähr 1 Jahr nach der Geburt

Es war den Befragten freigestellt, weitere Aufstellungen durchzuführen.

Die Auswertung erfolgte unter Verwendung des selbst entwickelten Kategoriensystems, das in Kap. 4.4.3 vorgestellt wurde. Der Codierleitfaden mit Ankerbeispielen ist im Anhang wiedergegeben. Einen kurzen Überblick über die Kategorien bietet das Codierschema (siehe Anhang).

Für die Auswertung wurden die Aufstellungen zunächst einzeln betrachtet und der Inhalt den Kategorien zugeordnet. Anschließend erfolgte, um Änderungen erfassen zu können, ein Vergleich von jeweils zwei Aufstellungen.

1. Vergleich Aufstellung 1, Beginn der Schwangerschaft mit Aufstellung 2, Liegezeit
2. Vergleich Aufstellung 2, Liegezeit mit Aufstellung 3, Zeit nach der Geburt

Falls bei den Vergleichen verschiedene Veränderungen gleichzeitig auftraten, so wurden diese den jeweiligen Kategorien zugeordnet und erfasst. Eine Auswertung der Zusammenhänge zwischen den Kategorien erschien auf Grund der kleinen Fallzahlen nicht sinnvoll. Die Auswertung erfolgte jeweils getrennt für Frauen und Männer, wobei für die Darstellung der Ergebnisse, wie zuvor bei der Auswertung der Interviewergebnisse berücksichtigt wurde, ob die betroffenen Frauen und Männer bereits Kinder hatten oder nicht.

Während zur Auswertung ausschließlich die oben benannten Vergleiche herangezogen wurden, beziehen die angefügten Fallbeispiele jeweils alle von einer Person durchgeführten Aufstellungen mit ein. Für dieses Kapitel wurden nur einige Beispiele nach den folgenden Gesichtspunkten ausgewählt: Es wurden Beispiele ausgewählt, in denen Aspekte deutlich werden, die in den Interviews nicht enthalten waren und Beispiele, die charakteristisch erscheinende Änderungen der familiären Konstellationen während der Zeit der Risikoschwangerschaft illustrieren. Weitere nach diesen Kriterien ausgewählte Beispiele sind im Anhang zu finden.

6.10.1 Familienbrettaufstellungen der Frauen

Teilnehmerinnen und Nichtteilnahmegründe

Da nicht alle der Interviewteilnehmerinnen eine Familienbrettaufstellung durchführten, werden zunächst kurz die Zusammensetzung der Teilstichprobe und die Nichtteilnahmegründe beschrieben.

Von den an der Untersuchung teilnehmenden Frauen (n=36) führten n=30 eine Familienbrettaufstellung durch. Diese Gruppe setzte sich zusammen aus Frauen ohne Kinder: n=8, Frauen mit Kindern n=22.

Von den Teilnehmerinnen, die zum Zeitpunkt der Risikoschwangerschaft noch keine Kinder hatten (n=13), wollten 5 Frauen keine Aufstellung durchführen. Eine Frau hatte gerade wieder ein Kind bekommen und eine Frau lehnte das Verfahren an sich ab. 3 Frauen gaben an, dass für sie während der Risikoschwangerschaft nur 2 Personen (Partner und selbst) wichtig waren und sie in dieser Zeit keine Veränderung ihrer Beziehung erlebten.

Von den Teilnehmerinnen, die bereits Kinder hatten, wollte eine Frau keine Aufstellung durchführen.

Vergleich der Familienbrettaufstellungen 1, Beginn der Schwangerschaft und 2, Liegezeit

Im folgenden Abschnitt werden die Aufstellungen 1, Beginn der Schwangerschaft mit den Aufstellungen 2, Liegezeit verglichen. Die erfassten Veränderungen sind in Abb. 34 in absteigender Häufigkeit aufgeführt, wobei bei der grafischen Darstellung berücksichtigt wurde, ob die betroffenen Frauen bereits Kinder hatten oder nicht.

Von den befragten Frauen (n=30) wurde am häufigsten (n=9) eine Öffnung der Kernfamilie für Helfer dargestellt, am zweithäufigsten (n=8) wurden für die Liegezeit die Großeltern neu hinzugestellt. Hier fiel auf, dass unter den Frauen mit Kindern, die die Großeltern dazustellen (n=6), keine Frauen waren, die Unterstützung durch die Familienpflege erhalten hatten.

7-mal wurde eine Annäherung der Mitglieder der Kernfamilie aufgestellt, 6-mal wurde die Familienpflegerin mit Bezug zur Kernfamilie dargestellt, und gleichhäufig waren Helfer als Untergruppe zu erkennen (n=6). 5-mal kamen andere Familienmitglieder bzw. Nicht-Familienmitglieder dazu und 5-mal stellte sich die Frau in der Liegezeit entfernt von der Kernfamilie auf. 4 Frauen stellten eine Entfernung des Mannes dar.

Jeweils 4-mal wurde keine Veränderung für die Liegezeit, bzw. keine Veränderung der Positionen der Mitglieder der Kernfamilie für die Liegezeit gestellt.

3-mal wurde eine Annäherung von Mann und Kindern dargestellt. Eine Entfernung des Kindes aus der Kernfamilie wurde 2-mal dargestellt, wobei es sich um Frauen handelte, die keine Unterstützung durch die Familienpflege erhalten hatten. Die Entfernung von Personen des Umfeldes war bei 2 Frauen, die noch keine Kinder hatten, zu erkennen und einmal wurde die Familienpflegerin entfernt von der Kernfamilie dargestellt.

In Bezug auf die Darstellung helfender bzw. wichtiger Personen kann zusammengefasst werden, dass in den Aufstellungen am häufigsten Familienmitglieder hinzukamen (n=13), gefolgt von der Familienpflegerin (n=7). Aus dem sozialen Umfeld kamen in 3 Aufstellungen Freundinnen hinzu, während in 2 Aufstellungen die Freunde während der Liegezeit nicht mehr dargestellt wurden. In je einer Aufstellung kam eine Ärztin und eine Zimmernachbarin hinzu.

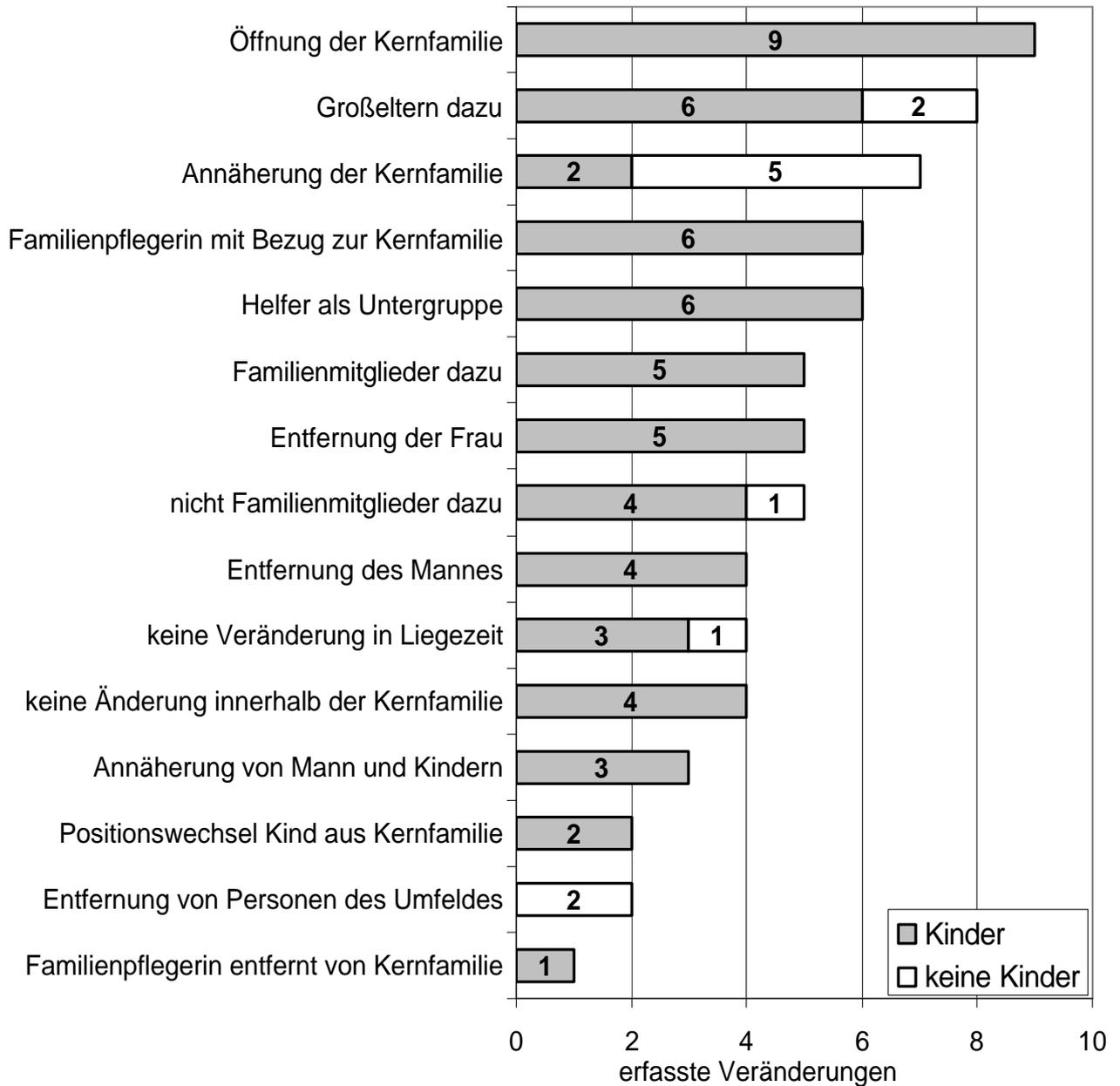


Abbildung 34: Erfasste Veränderungen zwischen der Familienbrettaufstellung 1, Beginn der Schwangerschaft, und der Familienbrettaufstellung 2, Liegezeit, für Frauen (n=30), differenziert nach Frauen mit Kindern: n=22, Frauen ohne Kinder: n=8 (Mehrfachkategorisierungen möglich)

Vergleich der Familienbrettaufstellungen 2, Liegezeit und 3, Zeit ca. 1 Jahr nach der Geburt

Im folgenden Abschnitt werden die Aufstellungen 2, Liegezeit mit den Aufstellungen 3, Zeit nach der Geburt verglichen, wobei zunächst die auf Wunsch der befragten Frauen durchgeführten Zusatzaufstellungen beschrieben werden.

Zusätzliche Aufstellungen

Von den befragten Frauen (n=30) wollten 5 Frauen eine zusätzliche Aufstellung für die Zeit kurz nach der Geburt durchführen. In diesen Aufstellungen blieben bei 3 Frauen die für die Liegezeit dargestellten Änderungen der Kernfamilie teilweise bestehen. Eine Frau hatte Drillinge bekommen (F11) und eine Frau wollte die Zeit ihrer postpartalen Depression darstellen (F14). Bei den Aufstellungen dieser beiden Frauen fiel auf, dass die neugeborenen Kinder in der Aufstellung für die Zeit kurz nach der Geburt noch fehlten (Beispiel F14 siehe Anhang).

Vergleich Liegezeit und ca. 1 Jahr nach der Geburt

Die im Folgenden beschriebenen Veränderungen sind in Abb. 35 zusammengefasst. In der Aufstellung ca. ein Jahr nach der Geburt stellten die meisten Frauen (n=23) eine neu formierte Kernfamilie auf, in der die Änderungen der Liegezeit nicht bestehen blieben. Bei 12 Aufstellungen ist eine Zuwendung (Blickrichtung) des Umfeldes zur Kernfamilie zu finden. Bei 9 Frauen blieben die während der Liegezeit erfolgten Veränderungen des Umfeldes teilweise bestehen. Beispielsweise wurden die während der Schwangerschaft hinzugekommenen Großeltern und die näher gerückte Mutter erneut aufgestellt, jedoch etwas weiter entfernt. Bei 3 Frauen blieben diese Änderungen gar nicht bestehen. Hier wurden beispielsweise in der Liegezeit hinzugekommene Großeltern nach der Geburt nicht mehr aufgestellt. Die 3 Frauen, die keine Änderung für die Liegezeit abbildeten, stellten die Familien in Aufstellung 3 neu auf.

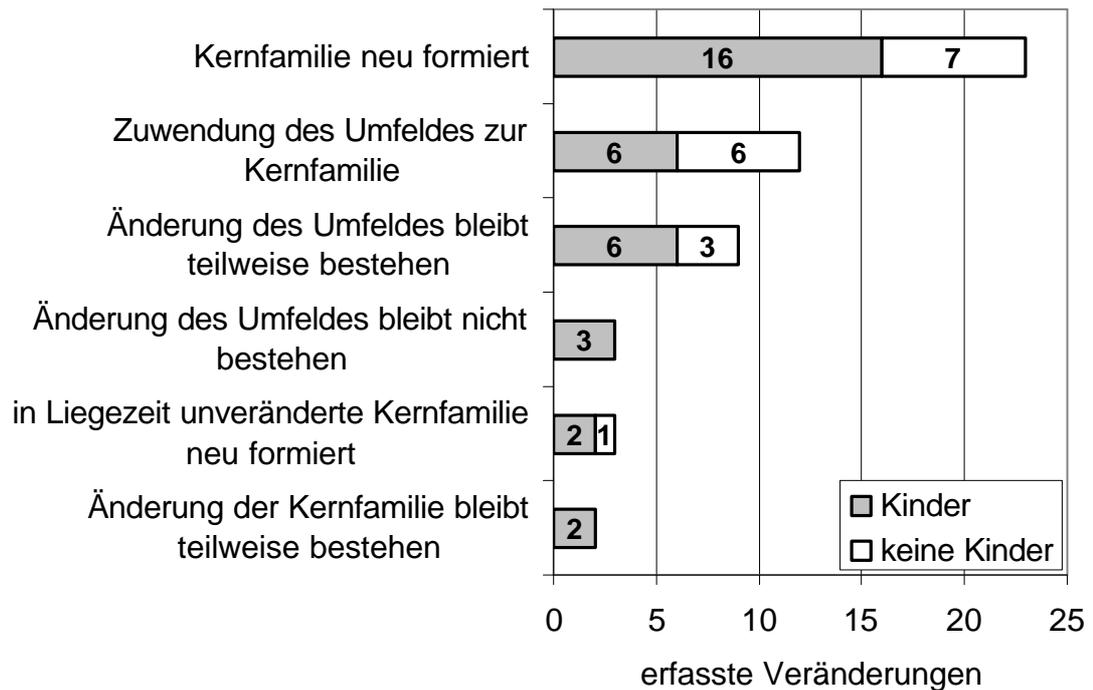


Abbildung 35: Erfasste Veränderungen zwischen der Familienbrettaufstellung 2, Liegezeit und der Familienbrettaufstellung 3, Zeit nach der Geburt, für Frauen (n=30), differenziert nach Frauen mit Kindern: n=22, Frauen ohne Kinder: n=8 (Mehrfachkategorisierungen möglich)

Beispiele:

Die für die folgenden Beispiele gewählten Überschriften bezeichnen jeweils die wichtigste Aufstellung oder die herausragende Kategorie. Im einführenden Text werden die wesentlichen Veränderungen beschrieben, wobei kurze Hintergrundinformationen aus den Interviews, die ergänzend zu den Aufstellungen von Interesse sind, hinzugefügt werden. Auf die Benennung der codierten Kategorien im Einzelnen wird hier jedoch verzichtet.

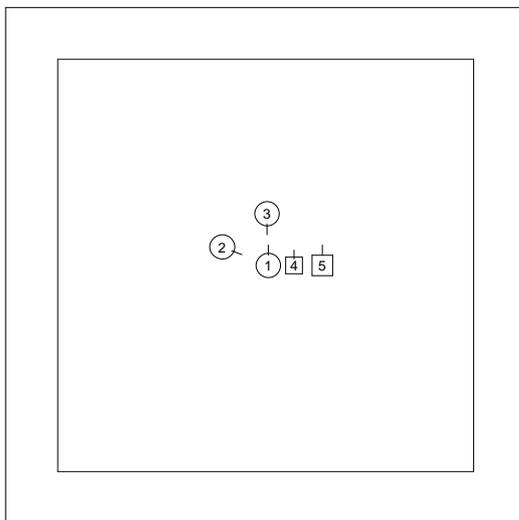
In den Legenden wird die Person, die die Aufstellung durchgeführt hat, mit „selbst“ bezeichnet. Es wird den Personenbezeichnungen ein „F“ angefügt, wenn es sich um Verwandte der Frau handelt. Bei Verwandten des Mannes wird ein „M“ angefügt.

(F21) Positionswechsel des Kindes aus der Kernfamilie

Im Interview hatte die betroffene Frau berichtet, dass sie ihren Sohn erst über die Schwangerschaft informiert habe, nachdem er sein Unverständnis über ihr verändertes Verhalten (Liegen zu Hause) geäußert hatte („war doch gar nicht böse“). Danach habe er sich dann verständnisvoll gezeigt. Darüber hinaus wurden die familiären Beziehungen im Interview nicht thematisiert.

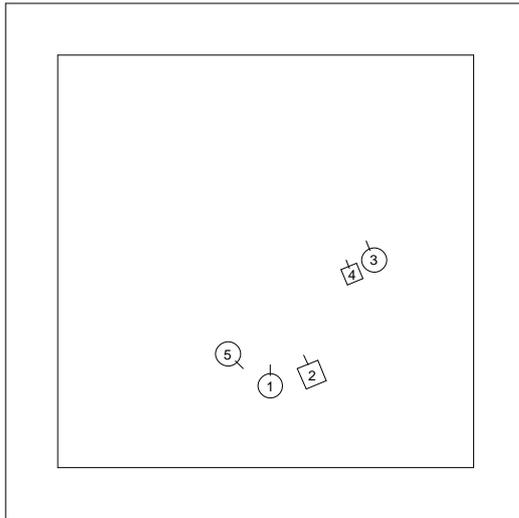
Während der Sohn sich in Aufstellung 1 noch nah zwischen seinen Eltern befindet, wird in Aufstellung 2 ein Positionswechsel des Sohnes von seinem Platz zwischen den Eltern zur neu hinzugekommenen Oma dargestellt; hier fällt die von den Eltern abgewandte Blickrichtung des Kindes auf.

In Aufstellung 3 bleibt die eine Oma und die zweite kommt hinzu. Beide blicken zu der neu formierten Familie, in der der Sohn wieder bei seinen Eltern und neben seiner neuen Schwester positioniert ist.



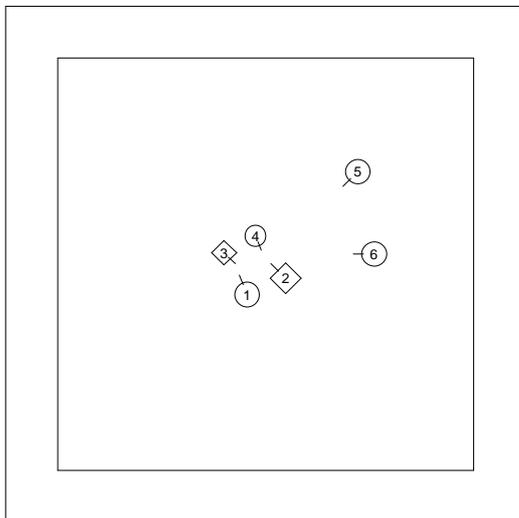
Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Schwester
3. Cousine
4. Sohn
5. Mann



Aufstellung 2:
Liegezeit

1. selbst
2. Mann
3. Oma
4. Sohn
5. Schwester



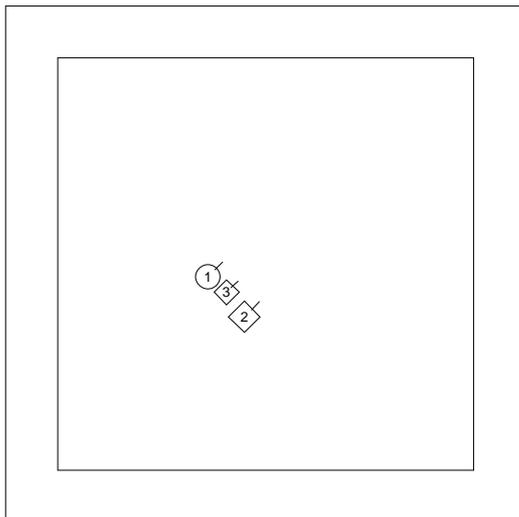
Aufstellung 3:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. selbst
2. Mann
3. Sohn
4. Tochter
5. Oma (MF)
6. Oma (MM)

(F24) Während der Liegezeit erfolgte Änderung der Kernfamilie bleibt teilweise bestehen

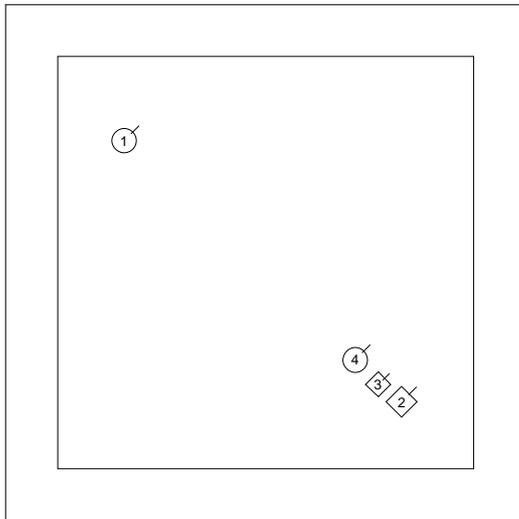
Zu Beginn der Risikoschwangerschaft wird die Kernfamilie dicht beieinander mit der Tochter zwischen ihren Eltern dargestellt. In Aufstellung 2, Liegezeit, stellt sich die Frau, die stationär behandelt wurde, selber in großem Abstand zur Familie auf und die neu hinzugekommene Schwiegermutter nimmt einen Platz neben der Tochter ein. (Die Tochter war über die Trennung von der Mutter sehr unglücklich, so dass die Mutter gegen ärztlichen Rat nach Hause ging, vgl. Kap. 6.3.1 Konflikt.) Es fällt die Abwesenheit jeglicher anderer Bezugspersonen und möglicher Helfer auf.

In Aufstellung 3 ist zu beachten, dass die Tochter, näher bei der Oma als bei den Eltern und den neuen Geschwistern und, im Vergleich zu den vorher gestellten Abständen, eher einzeln steht.



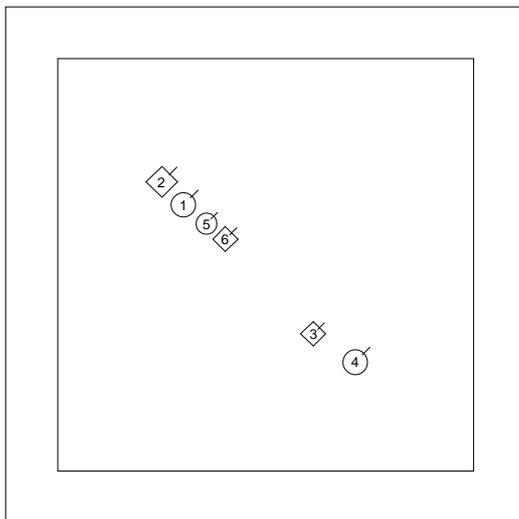
Aufstellung 2:
Beginn zweite Schwangerschaft

1. selbst
2. Mann
3. Tochter



Aufstellung 3:
Liegezeit in Krankenhaus

1. selbst
2. Mann
3. Tochter
4. Mutter M



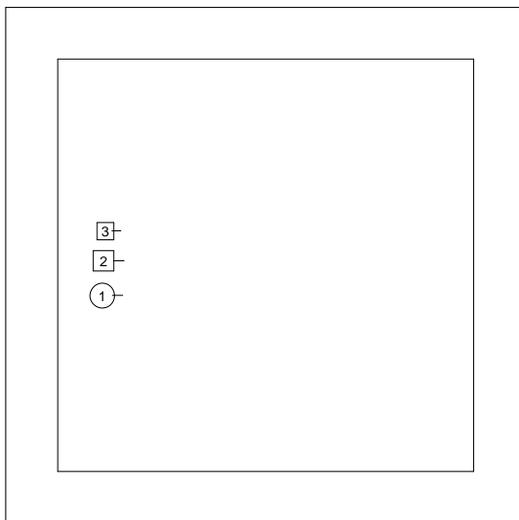
Aufstellung 4:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. selbst
2. Mann
3. Tochter
4. Mutter M
5. Baby
6. Baby

(F22) Entfernung der Frau (aus der Aufstellung)

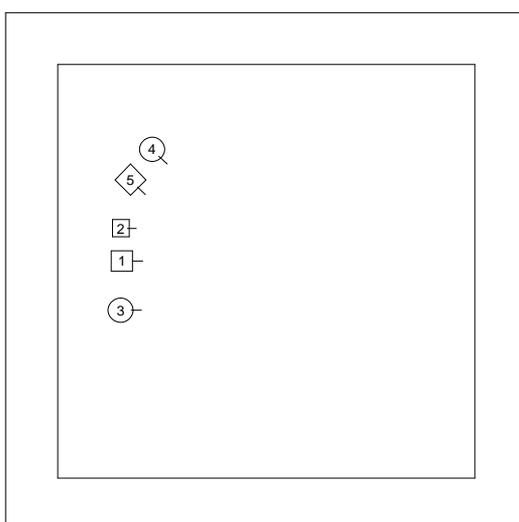
In diesem Beispiel fällt auf, dass die betroffene Frau, die im Interview geäußert hatte: „Das Problem für mich war auch immer, dass die Ärzte nur die Kinder gesehen haben. Ich habe immer das Gefühl gehabt, die sehen überhaupt nicht mich.“, sich in Aufstellung 2, für die Zeit der stationären Behandlung, selber gar nicht mehr dargestellt hat.

In Aufstellung 3 ist die Kernfamilie wieder vollständig und neu formiert, die während der Liegezeit hinzugekommenen Großeltern werden jedoch nicht mehr dargestellt.



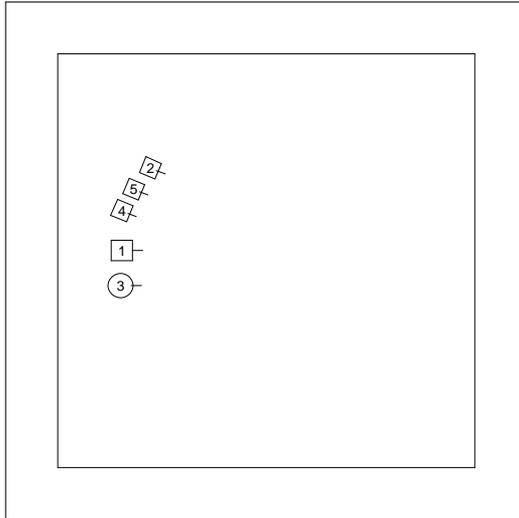
Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Mann
3. Sohn



Aufstellung 2:
Liegezeit

1. Mann
2. Sohn
3. Mutter F
4. Schwiegermutter
5. Schwiegervater



Aufstellung 3:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. Mann
2. Sohn
3. selbst
4. Baby
5. Baby

6.10.2 Familienbrettaufstellungen der Männer

Teilnehmer und Nichtteilnahmegründe

Da nicht alle der Interviewteilnehmer eine Familienbrettaufstellung durchführten, werden zunächst kurz die Zusammensetzung der Teilstichprobe und die Nichtteilnahmegründe beschrieben.

Von den an der Untersuchung teilnehmenden Männern ($n=28$) führten $n=23$ eine Familienbrettaufstellung durch. Diese Gruppe setzte sich zusammen aus Männern ohne Kinder: $n=7$, Männern mit Kindern: $n=16$.

Von den Teilnehmern, die zum Zeitpunkt der Risikoschwangerschaft noch keine Kinder hatten, wollten 4 Männer keine Aufstellung durchführen. Ein Mann war gerade wieder Vater geworden und 3 Männer gaben an, dass für sie während der Risikoschwangerschaft nur 2 Personen (Partnerin und selbst) wichtig waren und sie in dieser Zeit keine Veränderung ihrer Beziehung erlebten.

Von den Teilnehmern, die bereits Kinder hatten, wollte ein Mann keine Aufstellung durchführen.

Vergleich der Familienbrettaufstellungen 1, Beginn der Schwangerschaft und 2, Liegezeit

Im folgenden Abschnitt werden die Aufstellungen 1, Beginn der Schwangerschaft mit den Aufstellungen 2, Liegezeit verglichen. Die erfassten Veränderungen sind in Abb. 36 in absteigender Häufigkeit aufgeführt, wobei bei der grafischen Darstellung berücksichtigt wurde, ob die betroffenen Männer bereits Kinder hatten oder nicht.

Von den befragten Männern (n=23) stellten 9 Männer eine Öffnung der Kernfamilie für Helfer dar. 7 Männer stellten keine Veränderung der Kernfamilie während der Liegezeit und 5 Männer stellten überhaupt keine Veränderung für die Liegezeit dar. In den Aufstellungen von 5 Männern wurde die Familienpflegerin mit Bezug zur Kernfamilie positioniert. 4-mal wurde eine Annäherung der Großeltern und ebenfalls 4-mal eine Annäherung von Mann und Kindern dargestellt. 3-mal wurden die Großeltern zusätzlich aufgestellt und 3-mal andere Familienmitglieder. Ebenfalls 3-mal wurde die Entfernung der Frau dargestellt und 2-mal die Entfernung des Kindes aus der Kernfamilie. Hier ist hinzuzufügen, dass die Entfernung des Kindes aus der Kernfamilie nur von Männern aufgestellt wurde, die während der Liegezeit keine Unterstützung durch die Familienpflege erhielten.

2 Männer stellten eine Annäherung der Kernfamilie dar, bei 2 Männern wurden zusätzlich Nicht-Familienmitglieder aufgestellt und in einer Aufstellung war die Entfernung des Mannes von der Kernfamilie zu erkennen.

In Bezug auf die Darstellung helfender bzw. wichtiger Bezugspersonen ist zusammenfassend festzustellen, dass am häufigsten Familienmitglieder dazukamen oder sich annäherten (n=10), die Familienpflegerin 5-mal dargestellt wurde, die Hebamme einmal, und einmal Freunde.

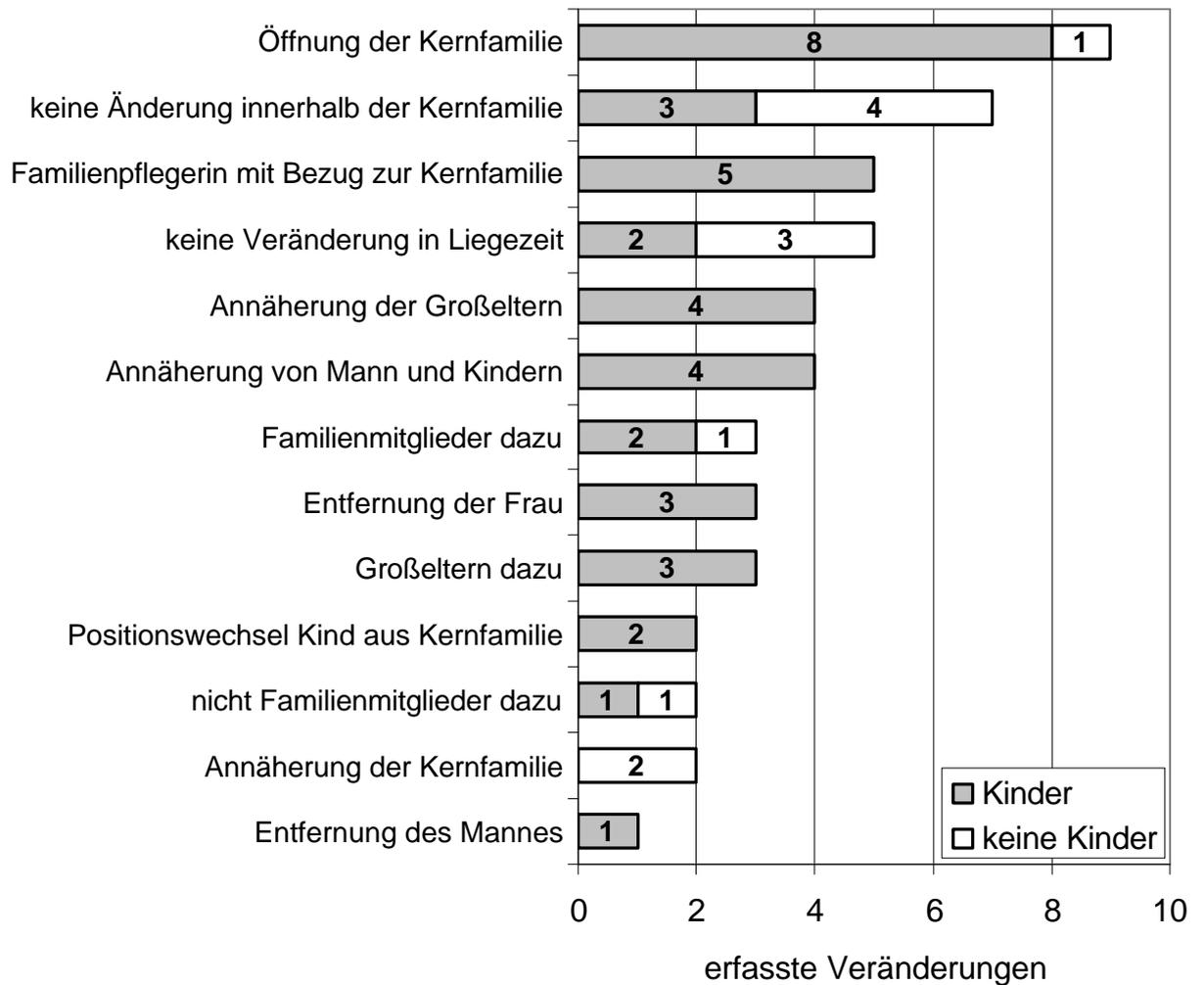


Abbildung 36: Erfasste Veränderungen zwischen der Familienbrettaufstellung 1, Beginn der Schwangerschaft und der Aufstellung 2, Liegezeit, für Männer (n=23), differenziert nach Männern mit Kindern: n=16 und Männern ohne Kinder: n=7 (Mehrfachkategorisierungen möglich)

Vergleich der Familienbrettaufstellungen 2, Liegezeit und 3, Zeit ca. 1 Jahr nach der Geburt

Von den befragten Männern (n=23) wollten 2 Männer eine zusätzliche Aufstellung für die erste Zeit nach der Geburt durchführen, da die in der Liegezeit erfolgten Änderungen noch in diese Zeit hineinwirkten.

Im folgenden Abschnitt werden die Aufstellungen 2, Liegezeit mit den Aufstellungen 3, ca. 1 Jahr nach der Geburt verglichen. Die erfassten Veränderungen sind in Abb. 37 in absteigender Häufigkeit dargestellt.

17 Männer stellten die Kernfamilie in der Aufstellung ca. 1 Jahr nach der Geburt neu auf, während bei 3 Männern die in der Liegezeit erfolgte Veränderungen teilweise bestehen blieb. Die von 3 Männern in der Liegezeit unveränderte Kernfamilie wurde ebenfalls in Aufstellung 3 neu formiert.

Bei 4 Männern blieb die während der Liegezeit erfolgte Änderung des Umfeldes teilweise bestehen, so stellte beispielsweise ein Mann manche, aber nicht alle der während der Liegezeit hinzugekommenen Familienangehörigen wieder auf. Bei 3 Männern blieb diese Änderung gar nicht bestehen und 3 Männer stellten in Aufstellung 3 eine Zuwendung des Umfeldes zur Kernfamilie dar.

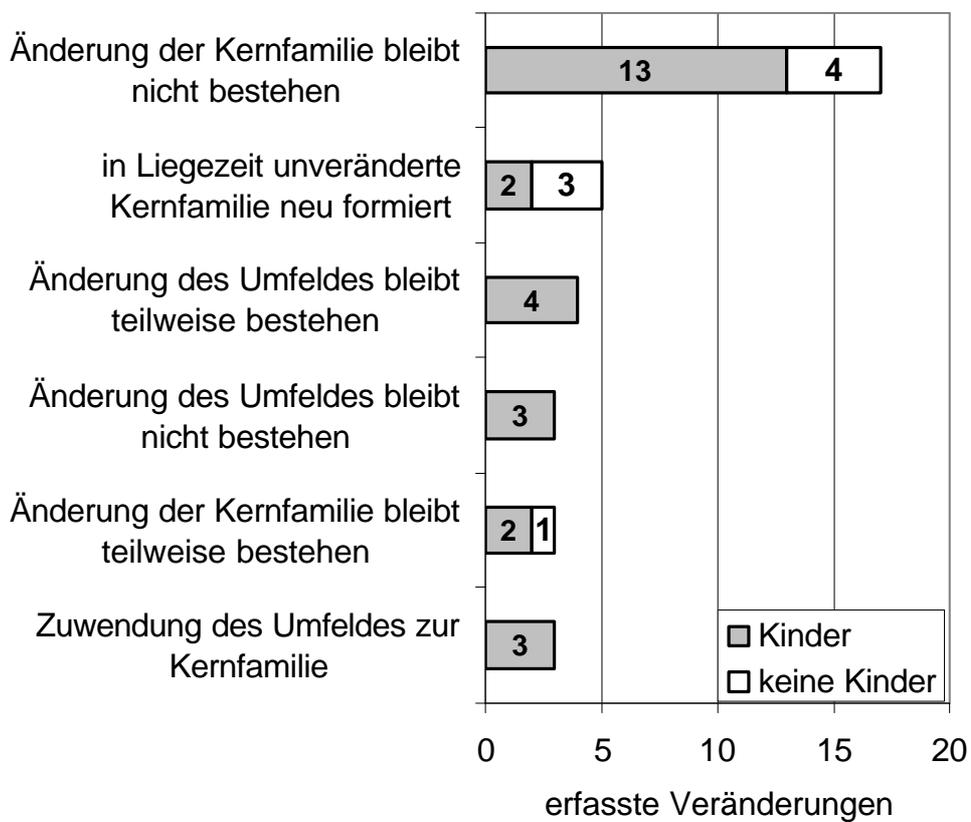


Abbildung 37: Erfasste Veränderungen zwischen der Familienbrettaufstellung 2, Liegezeit und der Aufstellung 3, ca. 1 Jahr nach der Geburt, für Männer (n=23), differenziert nach Männern mit Kindern: n=16 und Männern ohne Kinder: n=7 (Mehrfachkategorisierungen möglich)

Beispiele:

Die für die folgenden Beispiele gewählten Überschriften bezeichnen jeweils die wichtigste Aufstellung oder die herausragende Kategorie. Im einführenden Text werden die wesentlichen Veränderungen beschrieben. Auf die Benennung der codierten Kategorien im Einzelnen wird hier jedoch verzichtet.

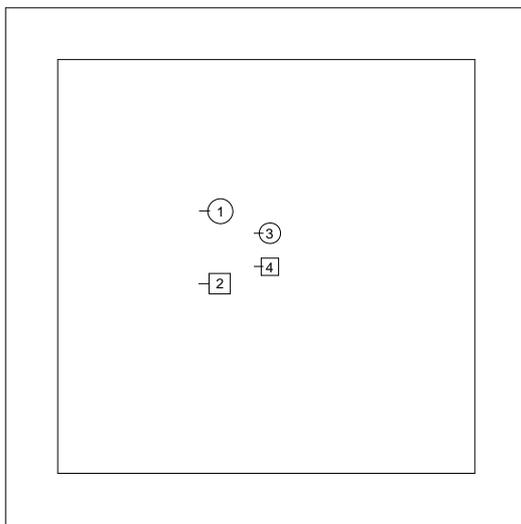
Kurze Hintergrundinformationen aus den Interviews, die ergänzend zu den Aufstellungen von Interesse sind, werden hinzugefügt, wobei gegebenenfalls Verweise auf die entsprechenden Zitate in anderen Kapiteln der vorliegenden Arbeit gegeben werden.

In den Legenden wird die Person, die die Aufstellung durchgeführt hat, mit „selbst“ bezeichnet. Es wird den Personenbezeichnungen ein „F“ angefügt, wenn es sich um Verwandte der Frau handelt. Bei Verwandten des Mannes wird ein „M“ angefügt.

(M24) Öffnung der Kernfamilie

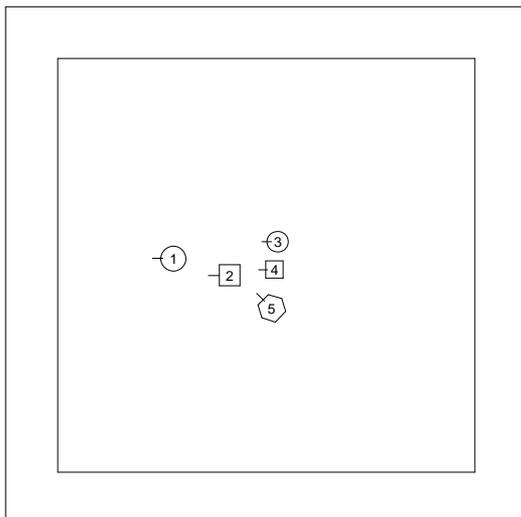
Hier rückt der betroffene Mann die Figur seiner Frau in Aufstellung 2 aus dem Halbrund der Kernfamilie heraus und erklärt dazu, dass seine Frau in der Klinik zwar weiter entfernt gewesen sei, der Kontakt sei aber intensiver gewesen. Er selbst, zwischen Kindern mit Familienpflegerin und Frau positioniert, habe sich als Vermittler erlebt. Dies war im vorangehenden Interview nicht angesprochen worden.

In Aufstellung 3 sind die Kinder als Gruppe hinter den Eltern, deren Blickrichtung leicht zugewandt ist, versammelt.



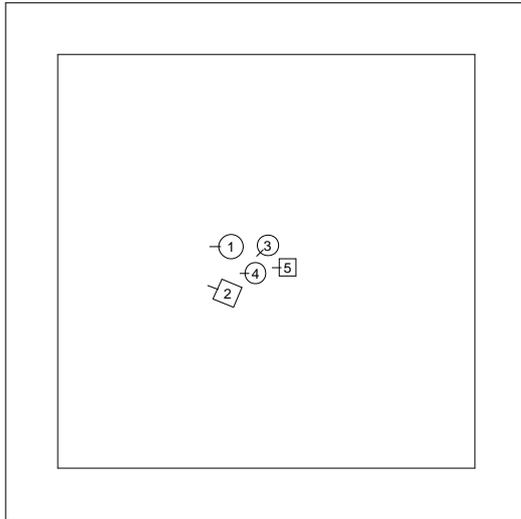
Aufstellung 1:
Anfang der Risikoschwangerschaft

1. Frau
2. selbst
3. Tochter
4. Sohn



Aufstellung 2:
Liegezeit mit Familienpflegerin

1. Frau, stationär, räumlich getrennt aber bewußterer Kontakt
2. selbst, als Vermittler
3. Kinder näher zusammen
4. Sohn näher bei Schwester
5. Familienpflegerin

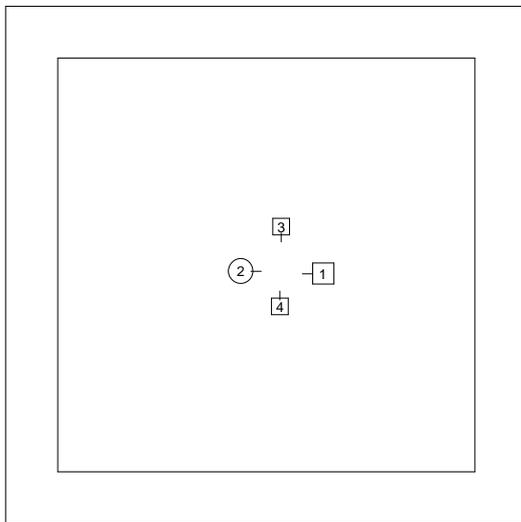


Aufstellung 3:
ca. 9 Monate nach der Geburt

1. Frau
2. selbst
3. Tochter Kind 1
4. jüngste Tochter
5. Sohn Kind 2

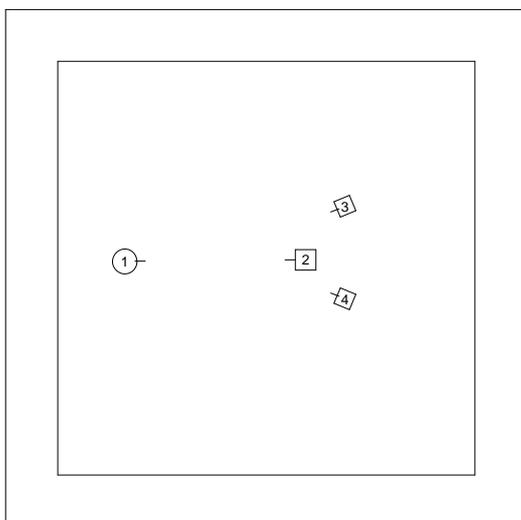
(M23) Entfernung der Frau von der Kernfamilie

Während die Familie in Aufstellung 1 als Kreis von sich anschauenden Figuren dargestellt ist, wird in Aufstellung 2 die Frau entfernt aus dem Kreis der Kernfamilie aufgestellt. Die beiden Kinder befinden sich nun hinter dem Vater (selbst). In Aufstellung 3 stellt der betroffene Mann zusätzlich die „heiße Phase“ der Liegezeit dar, in der die Frau halb außengesetzt ist und Vater und Kinder einander zugewandt sind. Der Kommentar des betroffenen Mannes dazu war: „Es wurde immer schlimmer. Von morgens um 6 bis abends um 10.“ Im Interview war diese Entwicklung von dem betroffenen Mann nicht in Worte gefasst worden. In Aufstellung 4, ca. 1 Jahr nach der Geburt, sind Eltern und Kinder einander zugewandt.



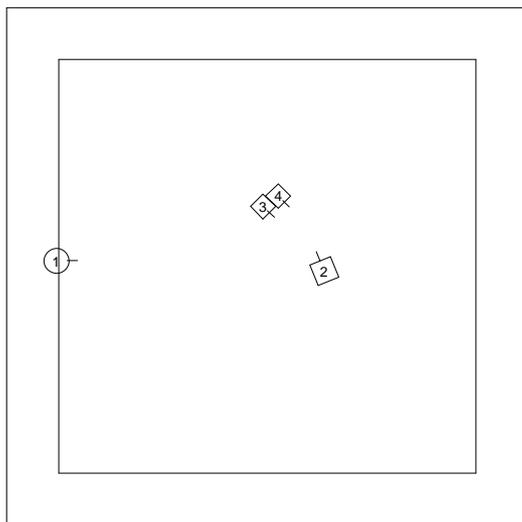
Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Frau
3. Kind
4. Kind



Aufstellung 2:
Beginn der Liegezeit

1. Frau
2. selbst
3. Kind
4. Kind



Aufstellung 3:
"heiße Phase" der Liegezeit

1. Frau
2. selbst
3. Kind
4. Kind



Aufstellung 4:
jetzt, ca. 1 Jahr nach der Geburt

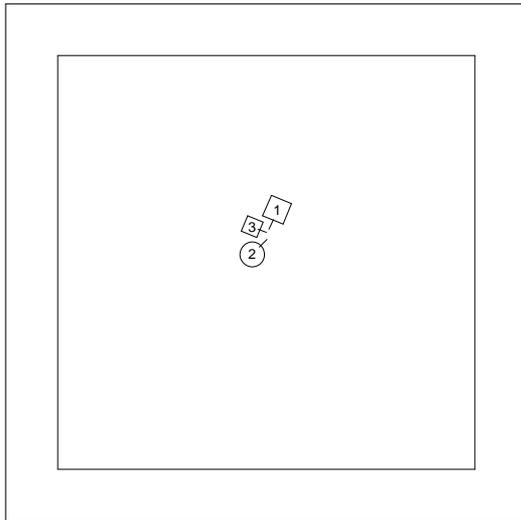
1. Frau
2. selbst
3. Kind
4. Kind
5. Kind

(M25) Zunehmende Öffnung der Kernfamilie

Im folgenden Beispiel stellt der betroffene Mann eindrucksvoll dar, wie er die zunehmenden Anforderungen an seine Person wahrgenommen hat. Während die Kernfamilie in Aufstellung 1 dicht beieinander steht, rücken alle in Aufstellung 2 (hier Liegezeit zu Hause) etwas auseinander. Die Familie öffnet sich für Betreuungspersonen. Der Sohn wird von den Eltern weg und neben die Figur, die diese Betreuungspersonen repräsentiert, gestellt.

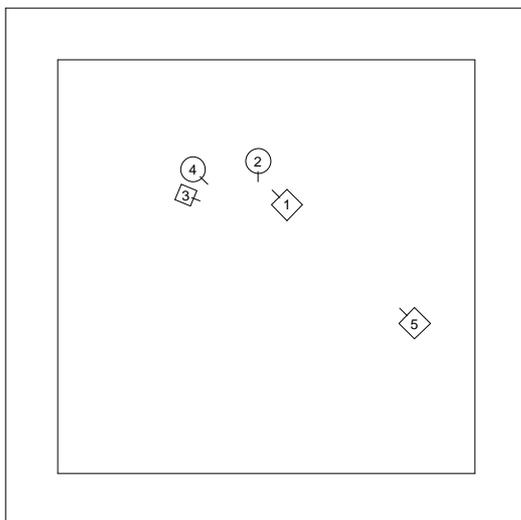
Für die Liegezeit zu Hause stellt der Mann zwei Figuren für sich auf: Bei der Arbeit, entfernt von der Familie, und nah bei der Familie. In Aufstellung 3 (hier Liegezeit

stationär) stellt der Mann 3 Figuren für sich auf: Bei seiner Frau, in der Nähe des Sohnes und bei der Arbeit. In Aufstellung 4 (hier die erste Woche nach der Geburt, in der Sohn und Frau in unterschiedlichen Kliniken waren) stellt der betroffene Mann 4 Figuren für sich auf: Zu Hause bei seinem Sohn, in der Klinik bei seiner Frau, in der Kinderklinik bei dem Baby und bei der Arbeit. In Aufstellung 5 ca. 1 Jahr nach der Geburt hat sich die Kernfamilie neu formiert.



Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

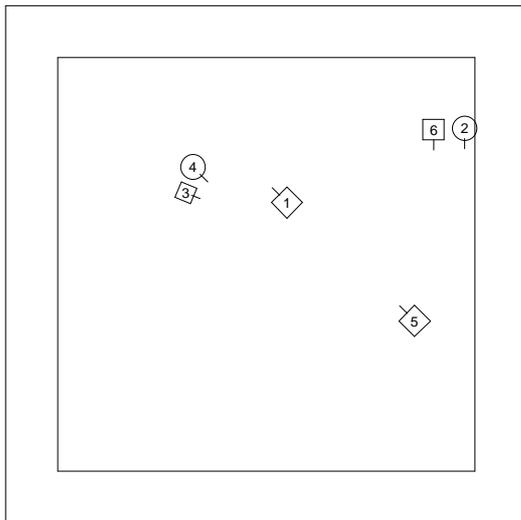
1. selbst
2. Frau
3. Sohn



Aufstellung 2:
Liegezeit zu Hause

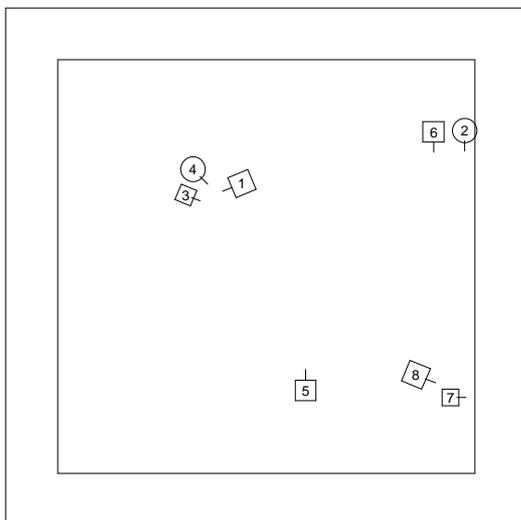
1. selbst pendelt zwischen nah und entfernter (Arbeit)
2. Frau
3. Sohn
4. Betreuungspersonen aus dem Familienkreis (Omas, Tanten)
5. selbst bei der Arbeit

Während der Liegezeit war eine Familienpflegerin in der Familie. Sie erhielt keine Figur. Dazu gab der betroffene Mann die Erklärung, dass sie sich nur um Haushaltsführung und nicht um das Kind gekümmert habe und er sie nie kennen gelernt habe.



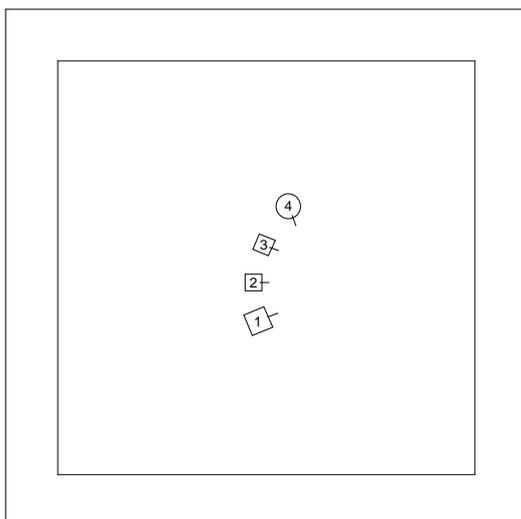
Aufstellung 3:
Liegezeit im Krankenhaus

1. selbst pendelt zwischen nah und Arbeit (entfernter)
2. Frau
3. Sohn
4. wechselnde Betreuungspersonen (Omas, Tanten)
5. selbst bei der Arbeit
6. selbst (pendelt zwischen den Positionen)



Aufstellung 4:
Erste Woche nach der Geburt

1. selbst pendelt zwischen nah und Arbeit (entfernt)
2. Frau
3. Sohn
4. wechselnde Betreuungspersonen (Omas, Tanten)
5. selbst bei der Arbeit
6. selbst (pendelt zwischen den Positionen)
7. Baby
8. selbst



Aufstellung 5:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. selbst
2. Sohn
3. jüngerer Sohn
4. Frau

6.10.3 Zusammenfassung

Bei der Auswertung der Familienbrettaufstellungen war festzustellen, dass von Frauen und Männern ohne Kinder wenig Änderungen für die Liegezeit dargestellt wurden, während bei den Aufstellungen der Frauen und Männer mit Kindern häufig Helfer, meist die Großeltern oder die Familienpflegerin, für die Liegezeit hinzugegestellt wurden. Dies entspricht den Angaben aus den Interviews und bestätigt noch einmal die Bedeutung der Großeltern und der Familienpflege für die Situation der Risikoschwangerschaft in Familien mit Kindern.

Bei der Analyse der Abbildungen der Kernfamilien zeigte sich, dass Änderungen im Beziehungsgefüge der Kernfamilie in unterschiedlichem Umfang, möglicherweise abhängig von der erfahrenen sozialen Unterstützung, erlebt und dargestellt wurden. Bereits in den Interviews beschriebene Änderungen, wie eine Annäherung von Mann und Kindern während der Liegezeit, spiegelten sich in den Aufstellungen wider, während andere Bewegungen, wie beispielsweise eine Entfernung der Frau von der Kernfamilie oder ein Positionswechsel des Kindes aus der Kernfamilie heraus, in den Interviews nicht in Worte gefasst worden waren und nur in den Aufstellungen auffielen.

Für die Zeit ca.1 Jahr nach der Geburt stellten die meisten Frauen und Männer eine neu formierte und geordnete Familie auf. Anhand der von manchen Befragten gewünschten Zusatzaufstellungen für die Zeit direkt nach der Geburt wurde jedoch deutlich, dass gewisse Änderungen aus der Liegezeit in unterschiedlichem Maß Bestand hatten und die Familien eine längere Zeit brauchten, um sich nach der Zeit der Risikoschwangerschaft neu zu ordnen.

7 Diskussion

Zu Beginn sei noch einmal an den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit erinnert: Da die Frühgeburtenrate trotz optimierter medizinischer Vorsorge und Versorgung nach wie vor nicht signifikant zurückgegangen ist, stellt sich die Frage, welche weiteren Einflussmöglichkeiten sich für behandelnde Personen und Betreuer bieten und wie die betroffenen Paare und Familien noch besser unterstützt werden können.

In der vorliegenden Arbeit sollten zunächst nähere Informationen über die Situation von Paaren und Familien, die von einer Risikoschwangerschaft mit Schonung oder Bettruhe der Mutter betroffen waren, gesammelt werden, um Einblicke in die Bewältigungsstrategien bzw. das Zusammenwirken von Erleben und Coping der Betroffenen zu gewinnen und eventuell Rückschlüsse für die Betreuung und Behandlung ziehen zu können.

Im Rahmen der Diskussion sollen in diesem Kapitel die Ergebnisse, die bisher separat dargestellt wurden, im Zusammenhang betrachtet werden. Insbesondere sollen hier Aspekte des Erlebens und der Bewältigung hervorgehoben werden, die der ärztlichen Intervention zugänglich zu sein scheinen und so Möglichkeiten zur Unterstützung der Betroffenen bieten. Nach einem anschließenden kurzen Vergleich mit dem Stand der Forschung wird der Frage nachgegangen, welche möglichen Schlüsse daraus für Behandlung und Betreuung gezogen werden können. Abschließend wird auf methodische Einschränkungen der Arbeit eingegangen und ein Ausblick auf zukünftige Forschung gegeben.

7.1 Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Frauen

Im folgenden Kapitel sollen die Angaben der Frauen zu ihrem Erleben der Risikoschwangerschaft im Zusammenhang mit den Angaben zu dem, was sie als hilfreich beschrieben, betrachtet werden, wobei besonderer Wert auf die Darstellung von Unterstützungsmöglichkeiten gelegt wird. Inhaltsanalytische Kategorien und die Äußerungen der Untersuchungsteilnehmer sind kursiv formatiert.

7.1.1 Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Frauen zum Zeitpunkt der Diagnose

Bei der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews wurde deutlich, dass der Zeitpunkt der Diagnose auch für den weiteren Verlauf von Bedeutung ist. Die Betroffenen werden mit einer ernsten Diagnose konfrontiert und erleben eine neue Situation. Zu diesem Zeitpunkt werden sowohl die ersten Bewertungsschritte als Grundlagen für die spätere Bewältigung der Situation getan als auch die Weichen für die weitere Behandlung gestellt.

Für den Arzt ist diese Situation von Bedeutung, da sich bereits hier Hinweise für die Einschätzung des Umgangs der Patientinnen mit der Situation der Risikoschwangerschaft ergeben können. So kann der Arzt beispielsweise durch von den Patientinnen geäußertes unterschiedliches Informationsbedürfnis und unterschiedlichen Umgang mit Symptomen auf das persönliche Bewältigungsverhalten schließen und die Patientinnen dementsprechend unterstützen. Darüber hinaus können zu diesem Zeitpunkt, z. B. durch das Einbeziehen der familiären Situation in die Behandlungsplanung, wichtige Entscheidungen getroffen werden, um das Risiko späterer Non-Compliance zu verringern.

Betrachtung der Ergebnisse im Einzelnen

Zum Zeitpunkt der Diagnose standen für die meisten der befragten Frauen Gefühle wie *Angst*, *Unsicherheit* und *Hilflosigkeit* im Vordergrund. Es fällt jedoch auf, dass einige Frauen sowohl *Angst* und/oder *Hilflosigkeit* als auch *Zuversicht* angaben. Die genaue Betrachtung der Äußerungen (*F2: unsicher, aber im Inneren beruhigt* oder *F25: schockiert, aber relativ gutes Gefühl*) lässt vermuten, dass es sich hier bereits um Effekte einer ersten Bewertung bzw. Situationsanalyse der betroffenen Frauen handelt, die die enge Wechselwirkung zwischen Erleben und Coping verdeutlichen.

Zu dieser Vermutung passt, dass die Bewältigungsstrategie *Problemanalyse* von den Frauen an erster Stelle genannt wurde, gefolgt von *Unterstützung durch den Arzt*. Diese beiden Bewältigungsstrategien stehen in Zusammenhang, da die Frauen bei der eigenen Bewertung der Situation durch den Arzt unterstützt werden können. Die Frauen beschrieben eine an ihre Bedürfnisse angepasste Informationsvermittlung und Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten und Behandlungsperspektiven als hilfreich und gaben auch entsprechende Behandlungswünsche an. Zudem wurde es geschätzt, wenn

der Arzt, sofern er die Situation für beherrschbar hielt, dies den Betroffenen gegenüber klar zum Ausdruck brachte.

Dieser Wunsch der Patientinnen (und ihrer Partner) an die Behandelnden, das Informationsbedürfnis und den Informationsstand des Einzelnen zu berücksichtigen, setzt sich vom Zeitpunkt der Diagnose über den gesamten Verlauf der Behandlung fort. Hier ist zu beachten, dass es enge Verbindungen zwischen dem Informationsbedürfnis und den persönlichen Bewältigungsstilen gibt (Faller 2006). Helfen beispielsweise einer Frau ausführliche Informationen dabei, mit ihrer Unsicherheit umzugehen (*F11: Ich habe die dann schon gefragt, hätten die Kinder überhaupt eine Chance. Weil, ... ich weiß eigentlich lieber gern vorher, was könnte auf mich zukommen, weil ich dann besser damit umgehen kann, als wenn ich völlig ins kalte Wasser geschmissen werde, da kriege ich dann Panik.*), so werden bei einer anderen Frau gerade dadurch Ängste hervorgerufen (*F26: Mir eine Woche vorher Gedanken zu machen, ob mein Kind blind sein wird oder nichts hören wird, das hätte ich jetzt nicht gebraucht. ... Bis ich gesehen habe er, [der Sohn] guckt mir hinterher, hat mich das verfolgt.*). Diese unterschiedlichen Bewältigungsstile stehen auch in Zusammenhang bzw. äußern sich im Umgang mit den Symptomen. Während eine Frau erst reagiert, wenn die Beschwerden ganz deutlich werden (*F26: So wegen ein paar vorzeitigen Wehen komme ich eigentlich nicht [ins Krankenhaus]*), ist eine andere Frau vielleicht ängstlicher, reagiert aber auch sensibler auf Signale ihres Körpers. Diese Unterschiede von Anfang an in Betracht zu ziehen, kann sowohl im Gespräch mit den Patientinnen und bei der Einschätzung der beschriebenen Symptome als auch bei der weiteren Betreuung hilfreich sein.

Bereits zum Zeitpunkt der Diagnose wird noch ein anderer Bereich, der ebenfalls während der gesamten Schwangerschaft von Bedeutung ist, deutlich: Manche Frauen erlebten Interessenkonflikte zwischen den Bedürfnissen der älteren Kinder und der gefährdeten Schwangerschaft. Diese *Konflikte*, die bereits zum Zeitpunkt der Diagnose bestehen können, verstärken sich möglicherweise im weiteren Verlauf und können zu Behandlungsabbrüchen führen. Diejenigen Betroffenen, deren Lebenssituation bereits zu Beginn erfragt und berücksichtigt wurde und die frühzeitig Hilfsangebote (z. B. Familienpflege) bekamen, schätzten dies sehr und äußerten sich dementsprechend.

7.1.2 Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Frauen im weiteren Verlauf

Der weitere Verlauf der Risikoschwangerschaft ist für die Frauen durch fortbestehende körperliche, psychische und familiäre Schwierigkeiten einerseits und sich einstellende Stabilisierung andererseits geprägt. In diesem Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, was zu dieser Stabilisierung führte bzw. dazu beigetragen hat. Außerdem soll darauf eingegangen werden, welche Einflüsse den Frauen eher Kraft zur Bewältigung gegeben haben und welche sich als hinderlich für die Bewältigung der Situation erwiesen, indem sie beispielsweise für die betroffenen Frauen weitere Anstrengungen beinhalteten und so die für die Bewältigung zur Verfügung stehenden Kräfte beanspruchten.

Betrachtung der Ergebnisse im Einzelnen

Im weiteren Verlauf beschrieben alle Frauen, bis auf eine, Inhalte aus einem oder mehreren der folgenden Bereiche: *fortbestehende emotionale Belastung, Konflikte, konkrete Alltagsprobleme und weitere Belastungsquellen*. Demgegenüber berichtete mehr als die Hälfte der Frauen im weiteren Verlauf über eine *allgemeine psychosoziale Stabilisierung* (ein neuntel der Frauen erwähnte besonders die im weiteren Verlauf erlebte *körperliche Stabilisierung*).

Betrachtet man die von den Frauen als hilfreich benannten Bewältigungsstrategien, so fällt auf, dass neben *Zuwendung* und *Eigeninitiative* auch die weiteren von den Frauen häufig genannten Bewältigungsstrategien wie: *Unterstützung durch den Arzt, Problemanalyse, Hilfe, Ziele setzen* und *Verantwortung abgeben*, in unterschiedlichem Maß auf der Interaktion mit anderen Personen, beispielsweise dem Partner, dem Arzt oder helfenden Familienmitgliedern beruhen. Hier bieten sich sowohl für das soziale Umfeld als auch für alle an Behandlung und Betreuung beteiligten Personen Einfluss- und Unterstützungsmöglichkeiten, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Fortbestehende emotionale Belastung

Die beschriebene *fortbestehende emotionale Belastung* erstreckte sich auf allgemeine Ängste, konkrete Sorgen um Schwangerschaft und Kind, fortbestehende Unsicherheit, Stimmungsschwankungen und die Belastung durch sich nicht dauerhaft bessernde körperliche Symptome.

Allgemeine/psychosoziale Stabilisierung

Der *fortbestehenden emotionalen Belastung* steht die *allgemeine/psychosoziale Stabilisierung* gegenüber, die durch Verminderung bestehender Ängste und Unsicherheit, Motivation der Betroffenen, Stärkung der Selbstwirksamkeit sowie durch instrumentelle Hilfe und Unterstützung darin, die Situation mit ihren Einschränkungen zu akzeptieren, gefördert wurde.

Die Frauen erlebten es, wie schon zum Zeitpunkt der Diagnose, als hilfreich, in der eigenen Bewertung der Situation durch die Einschätzung des Arztes unterstützt zu werden (*Problemanalyse* und *Unterstützung durch den Arzt*). Bei der häuslichen Behandlung gab den Frauen besonders die Erreichbarkeit von Arzt, Hebamme und Klinik bei Angst und Unsicherheit bezüglich der Symptome ein Gefühl der Sicherheit. Es diene der Angstreduktion, wenn die Betroffenen über Behandlungsperspektiven informiert wurden und so das Gefühl entwickeln konnten, dass die Situation beherrschbar sei bzw. dass es auch bei Verschlimmerung noch zur Verfügung stehende Behandlungsmöglichkeiten gäbe (*Vertrauen in die Medizin*).

In den Fällen, in denen die Situation nicht durch die Behandlungsmaßnahmen beherrschbar war, die Frauen also unter *fortbestehenden körperlichen Symptomen* litten und entsprechend fortbestehende Unsicherheit auszuhalten hatten, wurde von den betroffenen Frauen eine *Begleitung* auch durch offene Gespräche begrüßt und gewünscht. Hier scheint es eher um das gemeinsame *Aushalten einer schwierigen Situation* zu gehen, als um die Notwendigkeit, Lösungen zu präsentieren. Auch wurde es, wie schon zum Zeitpunkt der Diagnose, sehr geschätzt, wenn sich der behandelnde Arzt auf die persönlichen Bewältigungsstrategien und das persönliche Informationsbedürfnis der Betroffenen einstellte und so stabilisierend wirken konnte, ohne zusätzliche Ängste auszulösen.

Die betroffenen Frauen beschrieben das Gefühl und die Erfahrung, selber etwas zur Besserung beitragen zu können, und das dadurch gestärkte Vertrauen in die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten als hilfreich (Selbstwirksamkeit).

Sie erlebten es als motivierend, von den Ärzten über erreichbare Teilziele informiert zu werden (*Ziele setzen*) und sich zu vergegenwärtigen, dass die Risikoschwangerschaft eine begrenzte Zeit ist, dass also ein Ende der Belastungen absehbar ist.

Sie beschrieben es als bestärkend, eine Bestätigung über erreichte Teilziele, wie Fortdauer der Schwangerschaft, erreichte SSW, Wachstum des Kindes etc. zu erhalten

(*positive Rückmeldung*), und als aufrichtend, sich den Sinn der Mühen (*Sinngebung*) und erreichte Teilziele bzw. das Fortschreiten der Schwangerschaft bewusst zu machen (*sich selber wertschätzen*).

Konflikte

Die von den Frauen beschriebenen Konflikte sind für die Betrachtung von besonderer Bedeutung, da durch sie Kräfte, die für andere Bewältigungsanstrengungen zur Verfügung stehen könnten, gebunden werden.

Im weiteren Verlauf zeichnen sich drei **Konfliktbereiche** ab, die durch Faktoren, die in der Kategorie *weitere Belastungsquellen* erfasst wurden, verstärkt werden können:

Schwierigkeiten, die Situation zu akzeptieren, Verantwortung abzugeben, „loszulassen“ und notwendige Hilfe anzunehmen, verstärkt durch ungünstige Reaktionen der Umgebung und unklare Verhaltensanweisungen bei häuslicher Behandlung

Interessenkonflikte zwischen den Bedürfnissen älterer Geschwister und der gefährdeten Schwangerschaft, verstärkt durch mangelnde Unterstützung durch Familie oder Familienpflege und Nichteinbeziehen der familiären Situation in die Behandlungsplanung

Meinungsverschiedenheiten zwischen Patientin und Arzt bezüglich der Behandlung, z. B. stationär oder zu Hause, verstärkt durch Nichteinbeziehen der Patientinnen in die Behandlungsplanung

Bewältigungsstrategien bei Schwierigkeiten, die Situation zu akzeptieren

Die Frauen erlebten es als erleichternd, wenn sie in dem Bemühen unterstützt wurden, ihre Situation zu akzeptieren und ihnen dieses schließlich gelang. Hier wurden die Krankschreibung, die Verordnung stationärer Behandlung oder von Familienpflege als befreiend erlebt. Es wurde als Erleichterung beschrieben, wenn aktiv Verantwortung durch Dritte, z. B. die Familienpflegerin, übernommen wurde und die Frauen von ihren Aufgaben entbunden wurden. Es tat den Frauen gut, wenn ihnen vermittelt wurde, dass es nicht nur in Ordnung, sondern hilfreich ist, sich zu schonen und Hilfe anzunehmen, und sie darin bestärkt wurden, ihr eigenes, der schwierigen Situation angepasstes Verhalten anzuerkennen (*Verantwortung abgeben, Sinngebung, akzeptieren, sich selber wertschätzen*).

Bestehende Konflikte, die den Umfang der notwendigen körperlichen Schonung betrafen und die sich auf die Unsicherheit, die eigenen Symptome einzuschätzen bezogen, wurden weniger, wenn die Frauen merkten, dass ihnen ihr Verhalten gut tat und die Symptome nachließen (*positive Rückmeldung*). Hier wurden von den Frauen zusätzlich klare Verhaltensanweisungen für die häusliche Schonung gewünscht, um Fehlverhalten zu vermeiden und Grübeleien und Konflikten vorzubeugen.

Die Frauen beschrieben auch die Zeit als wichtigen Faktor; es gelang ihnen mit der Zeit besser, die Situation zu akzeptieren, wobei sie es als hilfreich erlebten, von ihrer Umgebung in ihrem Verhalten (Schonen) bestärkt zu werden (*Zuwendung, Unterstützung durch den Arzt*).

Bewältigungsstrategien bei Interessenkonflikten zwischen älteren Kindern und der gefährdeten Schwangerschaft

Für die Frauen, die diese Konflikte erlebten, war die Sicherheit, Familie und Kinder gut versorgt zu wissen, am hilfreichsten. So wurde von Frauen mit Kindern auch die Kategorie *Hilfe* am zweithäufigsten genannt.

Dies kann durch Einbeziehen der familiären Situation in die Behandlungsplanung unterstützt werden, indem gleich zu Beginn der Behandlung die familiäre Situation erfragt wird, bei Bedarf Familienpflege verordnet (*Unterstützung durch den Arzt*) und auch bei noch zur Verfügung stehender Unterstützung durch Familienmitglieder über zusätzliche Möglichkeiten (Familienpflege) informiert wird. Darüber hinaus erlebten es die Betroffenen als Hilfe, wenn sie bei der Beantragung der Familienpflege unterstützt wurden. Frauen, die stationär behandelt wurden, beschrieben es als Erleichterung und Trost, die Familienpflegerin im Rahmen eines Besuches kennenlernen zu können oder wenigstens mit ihr zu telefonieren.

Bewältigungsstrategien bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Patientin und Arzt

Mit an erster Stelle wurde von den Frauen die Kategorie *Eigeninitiative* als hilfreich benannt, die in den meisten Fällen Einflussnahme auf Behandlung oder Medikation betraf.

Hier wird der Zusammenhang von der Verständigung zwischen Arzt und Patientin und der Zufriedenheit der Betroffenen mit der Betreuung deutlich. Es wurde von den Frauen besonders geschätzt, wenn sie über die Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden, soweit möglich in die Behandlungsplanung einbezogen und über Sinn und

Zweck von Behandlungsmaßnahmen aufgeklärt wurden. Sie nahmen es mit Dankbarkeit auf, wenn sie sich gehört fühlten und ihre geäußerten Bedürfnisse (*Eigeninitiative*) im Rahmen der Möglichkeiten mitberücksichtigt wurden. Sahen die Frauen keine Möglichkeit zum Austausch oder zu gemeinsamen Lösungen, drückte sich die Eigeninitiative in Non-Compliance aus.

Weitere Belastungsquellen und Alltagsprobleme

Als zusätzliche Belastungen beschrieben die betroffenen Frauen wenig hilfreiche Reaktionen des Umfeldes, wodurch ihre Schwierigkeiten, Hilfe anzunehmen, häufig noch verstärkt wurden. Weiter benannten sie Probleme bei der Zusammenarbeit mit den Ärzten sowie Aspekte des Klinikalltags, wie mangelnde Ruhe und keinen geeigneten Raum für Besuche mit Kindern. Bei häuslicher Betreuung wurden die Unsicherheit durch unklare Anweisungen bezüglich der körperlichen Schonung, sowie weite Anfahrtswege zu Untersuchungsterminen und lange Wartezeiten bei diesen Terminen als Belastung erlebt.

Unterstützung bei weiteren Belastungen und Alltagsproblemen

Die Frauen, die unter den unsensiblen Äußerungen ihres Umfeldes zu leiden hatten, erlebten es als erleichternd, wenn sie in dem Bemühen unterstützt wurden, ihre Situation zu akzeptieren und in ihrem Verhalten bestärkt wurden.

Bei stationärem Aufenthalt wurden eine ruhige Unterbringung (Einzelzimmer), möglichst kontinuierliche Betreuung und ein guter Informationsaustausch der behandelnden Ärzte untereinander geschätzt. Die Frauen erlebten die Ruhe und Entlastung von den alltäglichen Verpflichtungen als wohltuend und beschrieben es als schöne Erfahrung, sich auf die Schwangerschaft und das Kind konzentrieren zu können.

Belastung für die einen, Stütze für die anderen

Zu diesen von den Frauen ähnlich erlebten Bereichen wurden im Rahmen der Auswertung Themen deutlich, die verschieden erlebt wurden:

So empfanden manche Frauen die häufigen CTG-Untersuchungen als eher lästig, die Suche nach den Herztönen belastend und die kindlichen Herztöne als Lärm, wohingegen andere die Untersuchungen genossen und sich an den laut hörbaren kindlichen Herztönen erfreuten.

Manche Frauen wollten in die Behandlungsplanung und in Entscheidungen einbezogen werden, während andere froh waren, die Verantwortung dafür in fachliche Hände zu legen. Darüber hinaus wurde von manchen Frauen das Gefühl, von Informationen über mögliche Komplikationen überfordert zu werden und damit alleingelassen zu sein, als besonders belastend beschrieben.

Manche Frauen empfanden Zimmernachbarinnen mit den gleichen oder ähnlichen Problemen als zusätzliche Belastung, während andere den Austausch mit Frauen in einer ähnlichen Situation als stützend und tröstlich erlebten. Auch in diesen Fällen reagierten die betroffenen Frauen ausgesprochen dankbar, wenn sie das Gefühl hatten, dass ihre Bedürfnisse wahrgenommen wurden und vielleicht sogar, im Rahmen der Möglichkeiten, berücksichtigt werden konnten.

7.2 Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Männer

Im folgenden Kapitel soll auf Besonderheiten eingegangen werden, die die Situation der Männer und ihren Umgang mit den Anforderungen der Risikoschwangerschaft betreffen. Bevor die Ergebnisse im Einzelnen betrachtet werden, soll zunächst kurz auf die Entwicklung der hierfür bedeutsamen Kategorie des *alltagsorientierten Coping* eingegangen werden, die im Rahmen der inhaltsanalytischen Auswertung des Materials eingeführt wurde.

Entwicklung der Kategorie alltagsorientiertes Coping

Bei der Auswertung wurde deutlich, dass viele Männer, vor allem, wenn sie sich noch um Kinder kümmern mussten, am Rande der Erschöpfung funktionierten, sich aber über diesen Zustand nicht beklagten und keine emotionale Entlastung, z. B. Weinen, angaben. Demgegenüber beschrieben sie, dass sie Gefühle und Gedanken während dieser Zeit beiseite schoben, da die Notwendigkeit zu funktionieren im Vordergrund stand. Da diese Kombination von Verhaltensweisen, wie Gefühle beiseite schieben, sich auf das Wesentliche konzentrieren und funktionieren, wiederholt beschrieben wurde, wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass es sich um ein Bewältigungsverhalten handelte, welches den Männern ermöglichte, notfallmäßig auf die an sie gestellten Anforderungen zu reagieren. Dieses Bewältigungsverhalten der Männer, das aus der beschriebenen Kombination von Verhaltensweisen besteht, wurde im Verlauf der Kategorienbildung als *alltagsorientiertes Coping* bezeichnet.

7.2.1 Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Männer zum Zeitpunkt der Diagnose

Bei der inhaltsanalytischen Auswertung der Äußerungen der betroffenen Männer wurde vor allem deutlich, wie wichtig auch für die Männer die ärztliche Informationsvermittlung zum Zeitpunkt der Diagnose für die weitere Bewältigung der Situation ist.

Betrachtung der Ergebnisse im Einzelnen

Die meisten Männer beschrieben zum Zeitpunkt der Diagnose Gefühle von *Angst*. Hier fiel auf, dass jeweils mehrere Männer von *Angst und Hilflosigkeit* und *Angst und Zuversicht* berichteten. Die Männer, die Angst und Hilflosigkeit erlebten, beschrieben beispielsweise, dass sie die Situation nicht einschätzen konnten und sich „außen vor“ fühlten, während die anderen auf Grund von ersten eigenen und ärztlich unterstützten Bewertungen und Problemanalysen außer Angst auch Zuversicht erlebten.

Als hilfreich zur Bewältigung wurde von den befragten Männern *Optimismus* an erster Stelle und *Problemanalyse* an zweiter Stelle benannt, gefolgt von *Unterstützung durch den Arzt* und *Vertrauen in die Medizin*. Die betroffenen Männer schätzten es besonders, wenn auch sie selbst (außer der Frau) gleich zum Zeitpunkt der Diagnose ihren Bedürfnissen entsprechend informiert und in die Situation einbezogen wurden, da sie so befähigt wurden, selbst die Situation einzuschätzen, Ressourcen zu aktivieren und auch die Frau zu unterstützen. Richtete sich hingegen die Aufmerksamkeit ausschließlich auf Frau und Schwangerschaft und wurde die familiäre Situation nicht einbezogen, fühlten die Männer sich mit den familiären Problemen alleingelassen (M20: *Für die Ärzte war das ganz einfach, die Frau muss halt im Krankenhaus bleiben und ich war halt allein dagestanden mit der Tochter*), was bereits zum Zeitpunkt der Diagnose zu *Konflikten* führen konnte, die sich möglicherweise im weiteren Verlauf verschlimmerten.

7.2.2 Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Männer im weiteren Verlauf

Im weiteren Verlauf beschrieben die Männer fortbestehende emotionale Belastung und situationsbedingte Belastungen durch zusätzliche Aufgaben, aber auch sich entwickelnde allgemeine psychosoziale Stabilisierung auf Grund von „erfolgreichem“ Coping und Unterstützung. Es soll der Frage nachgegangen werden, welche Einflüsse den Män-

nen Kraft zur Bewältigung ihrer Aufgaben gaben und welche sich als eher hinderlich zeigten, da sie zusätzlich Kräfte beanspruchten.

Betrachtung der Ergebnisse im Einzelnen

Für den weiteren Verlauf der Risikoschwangerschaft nannten die befragten Männer gleich häufig an erster Stelle *fortbestehende emotionale Belastung* und *Belastung durch zusätzliche Aufgaben*. Trotz dieser Belastungen beschrieb die Hälfte der befragten Männer im weiteren Verlauf eine *allgemeine/psychosoziale Stabilisierung*.

Da die zusätzlichen Anforderungen an die Männer naturgemäß bei Familien, in denen weitere Kinder versorgt werden mussten, besonders groß waren, wurden von diesen Männern auch häufig *Konflikte* zwischen Arbeit und Frau bzw. Familie beschrieben. Dementsprechend war *Hilfe* für Männer mit Kindern nach *alltagsorientiertem Coping* die wichtigste Bewältigungsstrategie, wohingegen Männer ohne Kinder *Problemanalyse* an erster Stelle nannten. Entsprechend der unterschiedlichen Problembereiche für Männer mit Kindern und Männer ohne Kinder ergeben sich teilweise unterschiedliche Einfluss- und Unterstützungsmöglichkeiten für das Umfeld und die an der Behandlung beteiligten Personen, auf die in den folgenden Abschnitten noch näher eingegangen wird.

Fortbestehende emotionale Belastung

Die von den betroffenen Männern beschriebene *fortbestehende emotionale Belastung* erstreckte sich vorwiegend auf Ängste um Frau und Kind, Sorge und Ungewissheit bezüglich des Ausgangs der Schwangerschaft, das Gefühl, mit der Situation allein zu sein, die Notwendigkeit, jederzeit zur Verfügung stehen zu müssen und die lange Dauer der mit der Behandlung verbundenen Einschränkungen.

Allgemeine/psychosoziale Stabilisierung

Der *fortbestehenden emotionalen Belastung* steht die *allgemeine/psychosoziale Stabilisierung* gegenüber, die bei den Männern hauptsächlich durch Verminderung bestehender Ängste und Unsicherheit sowie durch Zuwendung und Unterstützung gefördert wurde.

Die betroffenen Männer beschrieben neben der medizinischen Einschätzung, die die eigene Bewertung der Situation unterstützte (*Problemanalyse*), vor allem als hilfreich, in die Situation einbezogen zu werden und durch die behandelnden Ärzte ihren

Bedürfnissen entsprechend informiert zu werden (*Unterstützung durch den Arzt*). Sie fühlten sich sicherer, sobald sie über Ursache und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt waren und erlebten es als motivierend, zu erfahren, welche Maßnahmen und welches Verhalten förderlich sein können, da sie so ihre Frauen darin bestärken und unterstützen konnten.

Zusätzlich empfanden die Männer, die sich häufig mit ihren Sorgen und ihrer Situation allein fühlten, die *Zuwendung* ihrer Frau, des medizinischen Personals und des Umfeldes als tröstlich. Auch seltene Gesprächsmöglichkeiten, z. B. mit Helfern aus dem sozialen Umfeld, wurden als entlastend erlebt. Als große Erleichterung wurde, vor allem von Männern mit Kindern, die *Übernahme von Verantwortung durch Dritte* erlebt.

Belastung durch zusätzliche Aufgaben

Die Belastung durch zusätzliche Aufgaben erstreckte sich hauptsächlich auf die Notwendigkeit, sich zusätzlich zur Berufstätigkeit um Haushalt, Kinder und die Frau zu kümmern und auf die sich daraus ergebenden Probleme und Konflikte. Die betroffenen Männer erlebten insbesondere Veränderungen der Situation, die neue organisatorische Maßnahmen erforderten (sei es ein notwendiger Wechsel bei den Helfern oder die Entlassung der Frau), als besonders belastend und kräftezehrend.

Bewältigungsstrategien bei Belastung durch zusätzliche Aufgaben

Die betroffenen Männer benannten am häufigsten *alltagsorientiertes Coping* und *Hilfe*.

Besonders für Männer mit Kindern war praktische *Hilfe* anderer, meist der Großmütter oder der Familienpflege, von großer Bedeutung zur Bewältigung der Aufgaben. Die Männer beschrieben die Hilfe der Großmütter (oder seltener auch anderer Helfer aus dem Familienkreis), insbesondere auch während der Zeiten, in denen professionelle Helfer nicht zur Verfügung standen, als große Stütze. Gab es keine ausreichende Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, so wurde die Verordnung einer Familienpflegerin (*Unterstützung durch den Arzt*), und die *Übernahme der Verantwortung* für Haushalt und Kinder durch diese Familienpflegerin als große Entlastung erlebt (*Verantwortung abgeben*). Der manchmal wöchentliche Genehmigungsprozess für die Familienpflege wurde als sehr belastend und kraft- und nervenaufreibend beschrieben, wohingegen die Männer, die „nichts mit der Beantragung und Genehmigung zu tun zu hatten“, dies als große Erleichterung erlebten.

Doch nicht immer gab es ausreichende Unterstützung aus dem Familienkreis oder durch die Familienpflege und viele der betroffenen Männer waren belastet, manche unter ihnen bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit. Hier fiel im Rahmen der Textanalyse auf, dass kein Mann selber die Initiative ergriff, sich professionelle Hilfe (Familienpflege) für den Haushalt zu besorgen, jedoch alle sehr große Erleichterung über das Eintreffen von Hilfe zum Ausdruck brachten (*M29: Wenn die Familienpflegerin nicht gewesen wäre, wäre ich untergegangen.*).

Bei weiterer Analyse des Textmaterials zeigte sich, dass die Männer ungeachtet der Wahl dieses im Prinzip kräftezehrenden Verhaltens (*alltagsorientiertes Coping* und *durchhalten*, statt sich aktiv um Hilfe zu kümmern) eine Stabilisierung erlebten. Im Folgenden soll versucht werden, das Bewältigungsverhalten der betroffenen Männer nachvollziehbar zu machen, und es soll der Frage nachgegangen werden, was zu dieser Stabilisierung beitrug.

Die Männer, die zeitgleich mit großer Sorge um Frau und Kind, plötzlich mit zusätzlichen Aufgaben konfrontiert waren, schoben, ähnlich einer unbewusst ablaufenden „Notfallreaktion“ (Faller 2006), Gefühle und Gedanken beiseite, um weiter funktionieren zu können. Hierzu ist zu ergänzen, dass auch Männer, die sich im Moment der Diagnose zunächst besorgt, hilflos oder auch geschockt fühlten, im weiteren Verlauf taten, was nötig war, und ihren Gefühlen nur wenn der Alltag dazu Zeit ließ, Raum gaben.

Aus den Berichten der betroffenen Männer (vgl. Kapitel 6.3 und 6.4) wurde deutlich, dass im Rahmen des *alltagsorientierten Coping* die Ressourcen teilweise bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit mobilisiert wurden. Geling dieses und somit das notfallmäßige Bewältigen der plötzlich gestiegenen Anforderungen in ausreichendem Maße, kam es zu einer positiven Rückmeldung, die zu einer Stabilisierung führte. Eine solche „mastery experience“ (Knoll et al. 2005) verstärkt noch einmal die Selbstwirksamkeit und kann so neue Kräfte zur Bewältigung freisetzen. Zusätzlich wird das Gefühl, wenigstens zu Hause die Situation im Rahmen der Möglichkeiten kontrollieren und eine gewisse Normalität aufrechterhalten zu können, angesichts der bedrohten Schwangerschaft als bestärkend erlebt.

Diese erlebte Stabilisierung verhindert aber auch, dass sich genug Leidensdruck aufbaut, um aktiv nach Hilfe zu suchen. Oder im Umkehrschluss: Würden die betroffenen Männer in dieser Situation zulassen, dass Gefühle der bestehenden Überforderung überhandnehmen und sich weiteren Bedarf an Hilfe eingestehen, würde das Gefühl der

Überforderung von dem Bewusstsein ergänzt, es nicht zu schaffen, und die in Gang gekommene positive Rückkopplung würde wieder unterbrochen.

Da die Anforderungen häufig so hoch sind, dass eine Einschränkung auf das Wesentliche unerlässlich ist, um die Kräfte zu bündeln, stellt sich für die betroffenen Männer die Frage einer aktiven Suche nach Unterstützung nicht, solange sie mit der Situation auch nur halbwegs zurechtkommen. Die aktive Suche nach Hilfe würde das ununterbrochene Funktionieren ernsthaft gefährden, da diese Suche Kraft und Zeit kostet, also Ressourcen, die im Haushalt und bei der Arbeit dringend benötigt werden. Zudem müssten Hemmungen, Hilfe zu suchen, überwunden werden, was besonders schwierig ist, da der Erfolg ungewiss ist. Die betroffenen Männer wissen meist nicht, *an wen* sie sich wenden könnten, *wann* sie die Zeit dafür aufbringen könnten, und *ob, in welchem Umfang* und *unter welchen Bedingungen (Kosten?)* Hilfe verfügbar wäre. Hier wäre erlebter Hilfsbedarf mit anschließendem erfolglosem Bemühen um Hilfe die schlimmste Kombination.

Wurde jedoch die Organisation der Unterstützung von anderen übernommen (*Verantwortung abgeben, Hilfe*), eine Haushaltshilfe verordnet und beantragt (*Unterstützung durch den Arzt*), empfanden die betroffenen Männer große Erleichterung, die sie auch zum Ausdruck brachten.

Als weitere hilfreiche Bewältigungsstrategien benannten die Männer die Gedanken, dass die Anstrengung zum Wohl von Frau und Familie ist (*Sinngebung*), dass die Zeit der Risikoschwangerschaft begrenzt ist (*Ziele setzen*), und dass ein Ende dieser Belastungen abzusehen ist. Einige Männer beschrieben es zudem als förderlich, ihre Situation zu *akzeptieren* und zu versuchen, die eigenen Kraftreserven im Rahmen der Möglichkeiten zu erhalten (*sich etwas Gutes tun*). In dem Bewusstsein, dass es für die Frauen wichtig ist, sich zu schonen und ihre Verantwortung für Haushalt und Kinder loslassen zu können, versuchten die Männer möglichst Sorgen und Belastungen von ihren Frauen fernzuhalten und verspürten so das Gefühl, selber aktiv zur Erhaltung der gefährdeten Schwangerschaft beitragen zu können (*sich selber wertschätzen*).

Weitere Belastungsquellen

In den Fällen, in denen sich mit oder ohne Familienpflegerin eine gewisse Stabilisierung entwickelt hatte, erlebten die Männer sich zwar belastet, aber kompetent und handlungsfähig. In dieser Situation empfanden die Männer die Entlassung ihrer Frauen nach Hause mit der entsprechenden zusätzlichen Verantwortung oft als untragbare

Mehrbelastung. Vor allem häufiger Wechsel „rein und raus“ wurde als „Stress schlechthin“ für Mann und Kinder beschrieben. Die Notwendigkeit, auch nachts für teils weite „Notfallfahrten“ in die Klinik bereit sein zu müssen und in diesen Fällen plötzlich die Versorgung der Kinder sicherstellen zu müssen, wurde als „zu viel“ empfunden. Es wurde ebenfalls die Sorge geäußert, dass bei solcher Beanspruchung auch ein vorhandenes soziales Netzwerk schnell überfordert sei.

Erleichterung bei weiteren Belastungsquellen

In diesen Fällen versuchten die Männer aktiv die Verantwortung für die Frau der Klinik zu übertragen (*Eigeninitiative, Verantwortung abgeben*). Geling das (*Unterstützung durch den Arzt*), wurde große Erleichterung empfunden.

7.3 Erleben der Situation und Bewältigungsstrategien der Familienmitglieder im familiären Kontext

An die Familien werden plötzlich hohe Anforderungen gestellt, die während der Zeit der Risikoschwangerschaft in unterschiedlichem Maß anhalten.

Die Mütter müssen Ängste um die Schwangerschaft und Konflikte bewältigen und Verantwortung sowie die Versorgung ihrer Kinder an Familienmitglieder oder Fremde abgeben, da sie sich auf Grund der verordneten stationären Behandlung oder häuslichen Schonung nicht wie sonst ihren Aufgaben widmen können; manche Mütter fühlen sich demzufolge ausgeschlossen.

Die Väter müssen die Mehrbelastung bewältigen, sehen sich neben Berufstätigkeit und Sorge um Frau und Kind plötzlich mit Aufgaben betraut, die sie lange nicht oder noch nie zu erledigen hatten, und nehmen plötzlich eine andere Rolle und Position innerhalb der Familie ein.

Die Kinder sind, zusätzlich zu der Erfahrung, dass ein neues Geschwisterkind kommt, möglicherweise mit der vorübergehenden Trennung von der Mutter, in jedem Fall aber mit der Erfahrung konfrontiert, dass ihre Mutter sie plötzlich nicht mehr so versorgen kann, wie gewohnt. Dazu kommen mögliche Ortswechsel und Wechsel der betreuenden Personen.

Ein Ansprechen der familiären Situation auch im weiteren Verlauf kann Möglichkeiten bieten, Probleme frühzeitig zu erkennen und den Betroffenen Lösungsmöglichkeiten anzubieten.

Betrachtung der Ergebnisse im Einzelnen

Im Folgenden soll sowohl auf problematische als auch auf stabilisierende Einflüsse eingegangen werden.

Die Frauen beschrieben es als sehr belastend, wenn sie erlebten, dass ihre Kinder die notwendige Schonung nicht akzeptieren konnten oder bei stationärer Behandlung traurig über die Trennung waren, wenn sie die Versorgung ihrer Familie einer ihnen unbekanntem Familienpflegerin überlassen mussten oder bemerkten, dass der Partner oder andere Helfer überlastet waren. Hierdurch wurden die Frauen möglicherweise veranlasst, die Behandlung abzubrechen oder die notwendige Schonung nicht einzuhalten. Erleichterung brachte in solchen Situationen der Kontakt zur Familienpflegerin und die Einbeziehung des Partners in die Behandlungsplanung (Verordnung von Familienpflege, Entlassung aus der stationären Behandlung erst nach Abklärung der häuslichen Situation).

Frauen und Männer erlebten gemeinsame Besuche im Krankenhaus mit den Kindern, vor allem durch die äußeren Umstände, als anstrengend und belastend, obwohl sie von allen gewünscht waren, um die Trennung zu unterbrechen und die gegenseitige Nähe zu spüren. Sowohl Frauen als auch Männer litten darunter, die Kinder häufig „weggeben“ zu müssen, und beschrieben es für alle als stabilisierend, wenn beispielsweise durch die Unterstützung der Familienpflege die Kinder in der gewohnten Umgebung bleiben konnten.

Die von den Eltern beschriebenen Reaktionen der Kinder konnten im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse altersübergreifend eingeteilt werden. Die Kinder verhielten sich *akzeptierend/passiv* und schienen die Situation ohne Probleme zu akzeptieren oder *akzeptierend/aktiv*, indem sie sich selbst aktiv um Lösungsmöglichkeiten bemühten und die gesamtfamiliäre Bewältigung der Situation mitgestalteten. Andere verhielten sich *nicht akzeptierend/aktiv*, indem sie forderten und ihre Unzufriedenheit mit der Situation äußerten oder *nicht akzeptierend/passiv*, wobei hier Verhaltensänderungen wie Einnäsen oder soziale Auffälligkeit beschrieben wurden. Änderte sich die Situation oder der Umgang der betreuenden Personen mit den Kindern, wurde häufig auch ein Wechsel des Verhaltens beobachtet. Es wurde beispielsweise beschrieben, dass die Kinder, wenn sie über die Situation aufgeklärt waren und einbezogen waren, eher bereit waren, die Veränderungen zu akzeptieren und ihr Verhalten dementsprechend änderten.

Die Eltern stellten fest, dass die Kinder in dieser Situation sogar positive Erfahrungen machen konnten, da die Mutter zwar körperlich eingeschränkt war, aber mehr Zeit für sie hatte und es in der Person der Familienpflegerin jemanden gab, der sich besonders um sie kümmerte. So konnten manche Familien diese Zeit auch als fruchtbar erleben, indem sie die Zeit bewusst gemeinsam als Vorbereitung auf das neue Familienmitglied nutzten, manche Väter eine intensivere Beziehung zu ihren Kindern erlebten und es vorkam, dass der gesamte familiäre Zusammenhalt gestärkt wurde.

7.4 Soziale Unterstützung und Behandlungswünsche

Aus den Behandlungswünschen und den Interviewäußerungen der Betroffenen lassen sich zahlreiche Anregungen für Behandlung und Betreuung von Risikoschwangeren und ihren Partnern bzw. Familien gewinnen. Hierbei zeigt sich, dass sich viele Erkenntnisse zur Stress- und Krankheitsbewältigung sowie zur Arzt-Patient-Interaktion, obwohl ursprünglich für andere Schwerpunkte konzipiert, auch auf die hier bearbeitete Problematik übertragen lassen. Im Folgenden sollen die Behandlungswünsche der Betroffenen mit Anregungen aus der Literatur verbunden und dargestellt werden (vgl. hierzu Faller 2006, Knoll et al. 2005, AG Medizindidaktik Köln 1998, Lindenlaub, Kraak 1997, Smith 1993, Heim 1986).

Zu Beginn soll noch einmal festgestellt werden, dass die Beteiligten ein gemeinsames Ziel verfolgen: Die Schwangerschaft soll möglichst lange erhalten bleiben.

Die Betroffenen erhoffen sich wirksame Maßnahmen zur Erhaltung der Schwangerschaft, Entlastung von Angst und körperlichen Symptomen sowie Verständnis und Unterstützung in ihrer Situation.

Der behandelnde Arzt erwartet die Mitarbeit der Patientin, also ihre Compliance.

Somit stellt sich die Frage, wie die behandelnden Personen die Patientinnen zusätzlich zu den medizinischen Maßnahmen effektiv, das heißt auch ohne großen zusätzlichen zeitlichen und personellen Aufwand, unterstützen und Non-Compliance vermeiden können.

Bereits zum Zeitpunkt der Diagnose ergibt sich im Rahmen der gynäkologischen Anamnese die Möglichkeit, im Zusammenhang mit der Frage nach der Vorgeschichte der Patientin Empathie für frühere Schwierigkeiten und die aktuelle Situation zu vermitteln.

Es bietet sich hier die Chance, bereits frühzeitig Informationen über Bewältigungsstrategien der Patientin zu erhalten („Wie haben Sie es damals geschafft? Was hat Ihnen damals geholfen/gut getan?“), um diese Bewältigungsstrategien dann im weiteren Verlauf unterstützen zu können. Zudem lässt sich zu diesem Zeitpunkt auch der Umgang der Patientin mit ihren Symptomen einschätzen, was die spätere Führung (z. B. Anordnungen bei häuslicher Schonung) erleichtern kann.

Im Zusammenhang mit der Frage nach Schwangerschaften und Geburten ergibt sich die Möglichkeit, Wertschätzung zu äußern und positive Erfahrungen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit zu nutzen. Es ist möglich, zu erkunden, ob Verarbeitungsprozesse von früheren Schwangerschaftskomplikationen nicht abgeschlossen sind und möglicherweise so stark in die aktuelle Schwangerschaft hineinwirken, dass an eine psychotherapeutische Mitbehandlung zu denken wäre (vgl. auch Bergner et al. (2006)).

Ebenfalls im Zusammenhang mit der Frage nach früheren Geburten ergibt sich die Gelegenheit, zu klären, wer diese Kinder versorgt bzw. wer bei häuslicher Behandlung die Entlastung der Mutter übernimmt und auf bestehende Versorgungsangebote hinzuweisen. Die Information, dass auch später bei entstehendem Bedarf Unterstützung verfügbar ist, kann im weiteren Verlauf Ressourcen bei allen Beteiligten schonen (antizipatorische Bewältigung).

Um die Patientinnen (und ihre Partner) ausreichend zu informieren, aber nicht mit Informationen zu belasten, die sie überfordern oder weitere Ängste auslösen, sollte das individuelle Informationsbedürfnis geklärt werden („Es gibt Menschen, die wollen alles wissen, andere jedoch nicht, zu welcher Gruppe gehören Sie eher?“ „Sie haben schon Kinder d. h. Erfahrung, was sind jetzt Ihre Fragen?“).

Die Frage, was Sorgen oder Ängste bereitet, kann helfen, mögliche Angst machende Phantasien oder ein vom medizinischen Erkenntnisstand abweichendes subjektives Verständnis sowie mögliche Konfliktbereiche (familiäre Situation) zu erkennen und darauf zu reagieren. So kann den Betroffenen Zusammenarbeit bei der Lösung von Problemen angeboten werden. Falls die Betroffenen beispielsweise Handlungsbedarf, aber keine Handlungsmöglichkeiten (z. B.: *F27 Schonen, aber wie mit drei Kindern?*) sehen, kann Unterstützung bei den einzelnen Schritten (befürchtete und erhoffte Aspekte der Situation, Problemdefinition und Formulierung, Formulierung von Alternativen, Entscheidungsfindung) gegeben werden. Hier können festgelegte Abläufe und Zuständigkeiten für alle Beteiligten Zeit und Energie sparen (z. B. Informationsmaterial über

Familienpflege und zuständige Ansprechpartner für die weitere Organisation). Erleben die Betroffenen Interessenkonflikte, hilft ihnen zu klären, was vorrangig wichtig ist, und was sie in der aktuellen Situation bereit sind, dafür in Kauf zu nehmen. Falls sie glauben, die Ziele nicht erreichen zu können, geht es darum, gemeinsam Maßnahmen und Handlungen zu finden, die für wirksam gehalten werden und deren Ausführung möglich scheint.

In diesen Gedanken finden sich auch zahlreiche der von den Betroffenen genannten Bewältigungsstrategien wieder (*Problemanalyse, Ziele setzen, Sinngebung* etc.), die hier von ärztlicher Seite unterstützt werden können.

Bei fortbestehender Symptomatik und unzureichender Besserung wurde von den Betroffenen vor allem eine Begleitung gewünscht. Es wurde betont, dass ein offenes Umgehen, gemeinsames Aushalten von Unsicherheit und Ungewissheit und das Einbeziehen der eigenen Wahrnehmung und Einschätzung als hilfreich erlebt wurde.

Das Vertrauen der Betroffenen in die Behandlung wurde durch einen guten Informationsfluss der behandelnden Ärzte untereinander gestärkt.

Der Wunsch nach Sicherheit und dem Gefühl, eine Situation kontrollieren zu können, der sich auch in dem Wunsch nach möglichst kontinuierlicher Betreuung durch gleich bleibende Ansprechpartner oder Information über Betreuungswechsel äußert, wird nachvollziehbar, wenn man sich das Ausmaß der Unsicherheit, die ausgehalten werden muss, vergegenwärtigt.

In der folgenden Tabelle sind noch einmal die von den Betroffenen geäußerten Behandlungswünsche einzelnen Stufen im Patientenkontakt gegenübergestellt.

Tabelle 15: Gegenüberstellung der Behandlungswünsche mit den einzelnen Stufen im Patientenkontakt

Behandlungswünsche	Ziele des Arztes	Was kann erreicht werden?	Praktisches Vorgehen
Verständnis und Mitgefühl für aktuelle Probleme	Gynäkologische Anamnese	Empathie vermitteln	Um Sie jetzt gut behandeln zu können ist es nötig, mehr über Sie zu erfahren. Hatten Sie auch schon früher Probleme?
Einbeziehen der gesamten Lebenssituation		Wertschätzung vermitteln und somit Stärkung der Selbstwirksamkeit Erfassen psychischer und sozialer Probleme Weichenstellung, um späteren Konflikten vorzubeugen	Wie viele Schwangerschaften? Wie viele Kinder? Wie sind die Kinder versorgt? (Versorgungsangebot machen.)
angepasste Informationsvermittlung	effektive Informationsvermittlung	Menge und Tempo der Information an die Aufnahmefähigkeit der Betroffenen anpassen	Es gibt Patientinnen, die möchten viele Informationen, andere jedoch nicht, zu welcher Gruppe gehören Sie eher?
	Erreichen einer gemeinsamen Basis zur Verständigung	Vorwissen klären, um unnötige Erklärungen zu vermeiden	Sie haben ja schon Kinder, also auch Erfahrung, was sind jetzt Ihre Fragen?
Angstreduktion	emotionale Entlastung und Unterstützung, Angstreduktion	Weicht das subjektive Verständnis vom medizinischen Erkenntnisstand ab? (konkrete schwangerschaftsbezogene Ängste und Sorgen vs. irrationale Vorstellungen, Angst machende Phantasien)	Was sind Ihre Gedanken zu der Situation?
Entlastung bei Konflikten	Non-Compliance vermeiden	Kooperation bei Konflikten, Unterstützung bei Problemlösung anbieten	Was macht Ihnen am meisten Angst/Sorgen? Was machen Sie sich für Gedanken?
in die Behandlungsplanung einbezogen werden	Compliance	Transparenz, durch angepasste Informationsvermittlung Basis für Zusammenarbeit sichern	Ich erkläre Ihnen jetzt die nächsten Behandlungsschritte. (Nachfragen, ob alles verstanden wurde. Raum für Rückfragen lassen.)
Unsicherheit und Hilflosigkeit reduzieren		Hoffnung vermitteln	Wenn das nicht anschlägt, gibt es noch weitere Möglichkeiten.
Kontinuierliche Betreuung	Informationsfluss erleichtern		Sagen, wer und wann für ein weiteres Gespräch, bei Bedarf auch mit Partner, zur Verfügung stehen kann.

7.5 Vergleich mit der Literatur

Im Folgenden soll ein Vergleich der vorliegenden Arbeit mit der Literatur erfolgen.

Betrachtet man die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, so wird zunächst deutlich, dass sich einige grundlegende Gedanken aus der Stressforschung und der Forschung zur Krankheitsbewältigung auf die hier bearbeitete Thematik übertragen lassen.

Bei der Auswertung des Materials wurden nicht nur die engen Wechselbeziehungen zwischen Erleben und Coping deutlich (vgl. Lazarus et al. 1986, Faller 1992), sondern auch die wechselseitige Beeinflussung von Betroffenen und ihrer Umgebung (vgl. Lazarus 1986). Zudem wurde auch die Interaktion des medizinischen Personals mit den betroffenen Frauen und Männern in den Blick gerückt. Auch die Arzt-Patient-Beziehung (vgl. Heim et al. 1986) und die Bedeutung von Belastungsfaktoren sowie bedarfsgerechter Unterstützung (vgl. Muthny 1990) erwiesen sich für die Behandlung von Risikoschwangerschaften als wichtig.

Die vorliegenden Ergebnisse sind vor allem für den deutschen Sprachraum von Interesse und könnten Anlass für weitere Forschung bieten, da die meisten der bisher durchgeführten Untersuchungen zu Erleben und Bewältigung bei Risikoschwangerschaften oder drohender Frühgeburt aus dem amerikanischen Sprachraum stammen. Auf Grund der unterschiedlichen Struktur des Gesundheitssystems und der anderen Gesellschaftsstruktur sind die in den USA erhobenen Ergebnisse jedoch nur bedingt auf die hiesige Gesundheitslandschaft zu übertragen. Insbesondere bestehen große konzeptionelle Unterschiede in der ambulanten Versorgung von Risikoschwangeren. Trotz dieser Unterschiede zeigen sich im Bereich des persönlichen Erlebens und der Bewältigung auch Parallelen der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zu den in Kap. 2.2.3 und 2.2.4 beschriebenen Studien. So berichteten die betroffenen Frauen und Männer in allen Untersuchungen über fortdauernde Angst und Unsicherheit sowohl im Krankenhaus als auch bei häuslicher Behandlung.

In der vorliegenden Arbeit, in der sowohl das Erleben als auch die Bewältigungsstrategien der Betroffenen erkundet wurden, wurde von den Befragten zusätzlich zu der Beschreibung der erlebten Ängste klar zum Ausdruck gebracht, welche ärztliche Haltung und welche Handlungsweisen sie als stützend empfanden (vgl. Kap. 6.9). Deutlich wurde vor allem die Bedeutung einer an die Bedürfnisse angepassten Informationsvermittlung für die Bewertung und Bewältigung der Situation. Dies ergänzt Ergebnisse von Harrisson (2003), die in ihrer Studie die individuellen Unterschiede bei dem Wunsch in

medizinische Entscheidungen einbezogen zu werden, hervorhob. Für die Praxis scheint es hier wichtig, das von Krohne weiterentwickelte Repression-Sensitization-Modell (Krohne 1986) in den Umgang mit den Patientinnen und ihren Partnern einzubeziehen. Aus den Beschreibungen der Betroffenen, die beispielsweise eine an ihre Bedürfnisse angepasste Informationsvermittlung, das Einbeziehen der gesamten Lebenssituation in die Behandlungsplanung sowie Kontinuität in der Betreuung wünschten und lobten, geht hervor, dass sich auch grundlegende Empfehlungen zur Arzt-Patient-Beziehung auf diese spezielle Situation übertragen lassen und bei Anwendung zu effektiverer Zusammenarbeit und größerer Patientenzufriedenheit führen (Heim 1986, Faller 2006).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden auch weitere zusätzliche Belastungen für die Betroffenen identifiziert, die in dieser Form bisher in der Literatur wenig beachtet wurden. Von den Betroffenen wurden vor allem der Mangel an Informationen über Unterstützungsangebote, Aspekte des klinischen Alltags, wie beispielsweise mangelnde Ruhe und Probleme im Umgang mit dem medizinischen Personal sowie mangelndes Verständnis des Umfeldes genannt (vgl. Kap. 6). Auch hier wird wieder das enge Zusammenwirken von Erleben und Coping deutlich und die Möglichkeit, durch Beachtung solcher Belastungsfaktoren die Bewältigung der Gesamtsituation für die Betroffenen zu erleichtern.

An dieser Stelle soll noch einmal betont werden, dass die hier gewonnenen Ergebnisse auf Grund der kleinen Stichprobe nicht zu verallgemeinern sind, aber als Anregung für die Praxis und für weitere Forschung dienen können.

Das Thema Bewältigungsstrategien bei Risikoschwangeren mit drohender Frühgeburt wurde, soweit bekannt, im deutschen Sprachraum nur genauer von Mahler untersucht (Mahler 2001). Obwohl die Untersuchung von Mahler mit der hier vorliegenden Arbeit wegen der unterschiedlichen Konzeptionen nur bedingt zu vergleichen ist, zeigen sich Übereinstimmungen bei den in beiden Untersuchungen häufig genannten Kategorien Zuwendung und Problemanalyse.

Durch die in der vorliegenden Untersuchung am häufigsten genannte Kategorie Eigeninitiative wird jedoch ein zusätzlicher wichtiger Problembereich deutlich. In dieser Kategorie wurden neben Reaktionen der Patientinnen auf Symptome größtenteils Handlungen erfasst, die die Einflussnahme auf Art und Ort der Behandlung (stationär oder zu Hause) sowie Medikation betrafen und, falls keine gemeinsame Lösung mit dem Arzt

erzielt werden konnte, auch in Non-Compliance mündeten. Bei Beachtung der als problematisch erlebten Bereiche und einer gemeinsamen Verständigung darüber bieten sich hier Möglichkeiten, die Compliance zu erhöhen bzw. Non-Compliance zu vermeiden.

Bei den weiteren persönlichen Bewältigungsstrategien, die von den befragten Frauen zusätzlich hilfreich zur Bewältigung benannt wurden, wie beispielsweise Sinngebung, Akzeptieren, Optimismus, Religion und andere, zeigen sich wieder Parallelen zu anderen Studien (vgl. Kap. 2.2.4).

Trotz der unterschiedlichen Unterstützungsangebote (privates soziales Netzwerk in den USA vs. Familienpflege in Deutschland) wurden von den Frauen in beiden Ländern ähnliche Erfahrungen geschildert. Bei mangelnder sozialer Unterstützung und mangelnder instrumenteller Hilfe gingen die betroffenen Frauen Risiken ein, bis hin zu einer Entlassung gegen ärztlichen Rat, um ihre Familie trotzdem zu unterstützen (vgl. Durham 1998, May 2001). Zusätzlich erlebten sie Konflikte auf Grund unklarer ärztlicher Anweisungen für die häusliche Schonung. Diese Situationen könnten möglicherweise verhindert werden, indem die familiäre Situation von Anfang an in die Behandlungsplanung einbezogen wird und die tatsächlich verfügbaren familiären Ressourcen im weiteren Verlauf wiederholt eingeschätzt werden (von Kemp et al. 1986 als „reassessment“ bezeichnet), um so die Betroffenen frühzeitig und bedarfsgerecht zu unterstützen. (vgl. hierzu auch Muthny (1990): „Bedarfsgerechte psychosoziale Versorgungsmaßnahmen orientieren sich an den Belastungsfaktoren“ und Heim et al. (1990): „... es besteht eine Wechselbeziehung der personengebundenen Copingressourcen mit den situativ verfügbar gemachten Bewältigungsformen.“) In Bezug auf die Unsicherheit der Betroffenen bei häuslicher Schonung könnten sich schriftliche Verhaltensanweisungen, wie von Maloni (1994) vorgeschlagen, auf deutsche Verhältnisse angepasst, als nützlich erweisen.

Während in der Literatur häufig soziale Unterstützung oder ein soziales Netz als hilfreich zur Bewältigung von Belastungen beschrieben werden (Knoll et al. 2005) und das Fehlen eines sozialen Netzes sogar als Risikofaktor für Frühgeburten identifiziert wurde (Rauchfuß et al. 2003), wurde in der vorliegenden Untersuchung deutlich, dass dieses soziale Netz differenziert betrachtet werden muss. Die Unterstützung und Hilfe enger Familienmitglieder wurde von den Betroffenen benötigt und auch genutzt, während die Hilfe von Freunden und Nachbarn nur im äußersten Notfall und möglichst begrenzt in Anspruch genommen wurde. Dies lässt sich dadurch erklären, dass ein Gleichgewicht im Geben und Nehmen (Reziprozität) im familiären Kontext auch lang-

fristig wieder hergestellt werden kann, während andere Beziehungen eher „auf einen relativ zeitnahen reziproken Austausch orientiert sind“ (Dehmel u. Ortmann 2006). Außerdem berichteten die Betroffenen über wenig empathische Reaktionen der Umgebung, die sie als zusätzliche Belastung erlebten (*F28: zwei Kinder hätten auch gereicht*). Dieses Verhalten der Umgebung entspricht Untersuchungsergebnissen, die besagen, dass die Reaktionen der Umwelt eher ärgerlich oder gereizt ausfallen, wenn einer Person etwas widerfährt, das sie hätte verhindern können (vgl. Knoll et al. 2005).

Die Männer sind in allen bisherigen Untersuchungen insgesamt nur wenig vertreten. Rauchfuß (2001) hob die Qualität der Partnerschaft und die Funktion der Männer als wichtige Unterstützung für ihre Frauen hervor, während Maloni, Kemp und Mercer auf die familiäre Problematik der Risikoschwangerschaft und die Situation der Männer eingingen (Maloni et al. 1997, Maloni et al. 2001, Kemp et al. 1986, Mercer et al. 1986, Mercer et al. 1990, Mercer et al. 1993).

Die betroffenen Männer, die in dieser Arbeit gesondert befragt wurden, beschrieben neben Angst um Frau und Kind und Unsicherheit bezogen auf den Schwangerschaftsverlauf die fortdauernde emotionale Belastung und die Beanspruchung durch zusätzliche Aufgaben sowie damit zusammenhängende Konflikte als belastend. Vor allem die Beanspruchung durch zusätzliche Aufgaben wurde auch von amerikanischen Männern beschrieben und als „doing it all“ bezeichnet (May 1994).

Zudem konnten in der vorliegenden Arbeit Besonderheiten, die das Bewältigungsverhalten der Männer betreffen, herausgearbeitet werden (alltagsorientiertes Coping). Hierbei wurde deutlich, dass es für die betroffenen Männer, obwohl Bedarf bestünde, auf Grund ihrer Situation und der begrenzten Kraft- und Zeitressourcen kaum möglich ist, aktiv nach professioneller Unterstützung zu suchen, und dass hier bedarfsgerechtere Unterstützungsangebote hilfreich sein könnten (vgl. Schönflug 1986, Knoll et al. 2005).

Die Situation der Kinder wurde bislang ebenfalls wenig beachtet. Hier beschrieben Maloni et al. (2001) Probleme der Kinder, die Situation zu akzeptieren, als Belastung für die betroffenen Mütter, während Mercer (1986) und Kemp (1986) Bedeutung der gesamtfamiliären Bewältigungsressourcen im Vordergrund sehen. In der vorliegenden Arbeit konnten mit Hilfe der Angaben der Eltern im Rahmen der Textanalyse Aufschlüsse über Erleben und Bewältigungsverhalten der Kinder gewonnen werden. Die Reaktionen der betroffenen Kinder konnten trotz altersabhängig unterschiedlicher Fä-

higkeiten, z. B. sich auszudrücken, zu abstrahieren etc., altersübergreifenden Reaktionsmustern zugeordnet werden. Das bessere Verständnis dieser Reaktionen könnte betroffenen Eltern und Betreuern Anregungen bieten, die Situation zu thematisieren und möglicherweise helfen, mit der Situation umzugehen. Diese Ergebnisse sind auf Grund des kleinen Kollektivs selbstverständlich mit Vorsicht zu interpretieren, könnten aber als Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen dienen.

7.6 Diskussion der Methode und der methodischen Einschränkungen

Im folgenden Kapitel soll die methodische Herangehensweise diskutiert werden, wobei insbesondere auf einzelne methodische Aspekte und methodische Einschränkungen eingegangen werden soll.

Stichprobe

Die vorliegenden Ergebnisse müssen vor dem Hintergrund einer eher kleinen Stichprobe und einer mäßigen Resonanz (44% Nichtteilnehmer) betrachtet werden. Bezogen auf die Nichtteilnahmegründe musste in den meisten Fällen die Frage offen bleiben, was die Betroffenen davon abgehalten hat, ihre Erfahrungen weiterzugeben.

Die Stichprobe war bezüglich Nationalität, Bildung und beruflicher Stellung eher homogen zusammengesetzt, d. h. bis auf eine Frau und einen Mann waren alle Teilnehmer deutscher Herkunft, bezogen auf die Schulbildung überwogen im Vergleich zur Normalbevölkerung die höheren Schulabschlüsse, und bei der beruflichen Stellung der Männer waren die Angestellten relativ häufig vertreten. Alle Teilnehmer waren verheiratet. Auf Grund dieser Verteilung und der kleinen Stichprobe ist die Generalisierbarkeit der Studie eingeschränkt.

In Bezug auf die unterschiedlichen Behandlungssettings, die stationären Aufnahmezeitpunkte, die Diagnosen und die familiäre Situation war die Stichprobe eher heterogen strukturiert. Dies ist jedoch nicht als Nachteil zu werten, da die Arbeit als hypothesengenerierende Studie geplant war und so vielfältige Erfahrungen erfasst werden konnten.

Methode

Die Untersuchung wurde retrospektiv unter Verwendung einer Methodenkombination aus einem teilstrukturierten Interview und anschließender Familienbrettaufstellung durchgeführt.

Ein grundsätzlicher Aspekt, unter dem die Ergebnisse der retrospektiven Befragung verstanden werden müssen, ist die Erinnerungsverzerrung (recall bias). In diesem Zusammenhang ist auch der unterschiedliche Abstand zum Ereignis zu erwähnen, der bei der vorliegenden Untersuchung zwischen 6 Monaten und 2,5 Jahren variierte, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert. Einerseits kann davon ausgegangen werden, dass in der Zwischenzeit die Erlebnisse von den Betroffenen in unterschiedlichem Umfang verarbeitet wurden und manches verdrängt oder vergessen wurde. Andererseits können so Hinweise darüber gewonnen werden, was die Betroffenen nachhaltig beschäftigte und ihnen besonders wichtig war. Ebenso können die Betroffenen rückblickend schildern, was ihnen im betreffenden Zeitraum und bei bestimmten Problemen geholfen hat und was ihnen zur Bewältigung fehlte.

Bezüglich der Erhebungsinstrumente ist festzustellen, dass die inhaltliche Vielfalt der Ergebnisse den gewählten methodischen Zugang mittels teilstrukturierter Interviews bestätigte. In diesem Zusammenhang hat sich auch der für diese Thematik neue Einsatz des Familienbretts nach Ludewig als nützlich erwiesen, da die Angaben aus den Interviews durch die Familienbrettaufstellungen in aufschlussreicher Art ergänzt wurden. Unter Verwendung der entwickelten Kategorien konnten die Vorstellungen der Teilnehmer bezüglich der Position der Helfer im familiären Kontext und der familiären Beziehungen bzw. deren Änderung im Verlauf der Risikoschwangerschaft erfasst werden. Für die Ausführenden boten die Aufstellungen eine Gelegenheit sowohl zurückzublicken als auch abschließend ein Bild der „neuen“ Familie darzustellen, wie sie sich nach allen überstandenen Belastungen formiert hat. Auf Grund der Subjektivität des Verfahrens, mangelnder Normwerte und der kleinen Stichprobe sind diese Ergebnisse jedoch nicht zu verallgemeinern und lediglich als Ergänzung zu den Interviews zu verstehen.

Auswertung

Die inhaltsanalytischen Kategorien zur Auswertung wurden, bis auf einige an die Berner Bewältigungsformen angelehnte Kategorien, größtenteils induktiv aus dem Textmaterial entwickelt, wobei Gütekriterien bei der Kategoriendefinition (Definitio-

nen, Ankerbeispiele, Codierregeln) beachtet und überprüft wurden. Aus organisatorischen Gründen und wegen des explorativen Charakters der Studie wurde auf die Analyse des Materials durch mehrere Personen und den Vergleich der Ergebnisse (Intercoderreliabilität) verzichtet.

Zur quantitativen Auswertung der Ergebnisse wurde eine Häufigkeitsanalyse der von den Befragten genannten Kategorien durchgeführt. Es waren Mehrfachnennungen möglich und die Anzahl der unterschiedlichen codierten Nennungen variierte zwischen $n=1$ und $n=8$.

Ergänzend zu der Häufigkeitsanalyse wurde explorativ eine Kontingenzanalyse (exakter Test nach Fischer) durchgeführt, bei der betrachtet wurde, wie häufig einzelne Kategorien von Frauen vs. Männern mit vs. ohne Kinder benannt wurden. Obwohl mit dem exakten Test nach Fischer ein Vorgehen gewählt wurde, welches für kleine Stichproben geeignet ist, kann die Signifikanz der Ergebnisse angesichts der explorativen Auswertung und der multiplen Testungen zufallsbedingt sein, sodass eine Überprüfung der Ergebnisse in weiteren, hypothesengeleiteten Untersuchungen erforderlich ist.

Für die Auswertung der Familienbrettaufstellungen wurden ebenfalls induktiv unter Berücksichtigung der Arbeiten von Kowerk (1993) und anderen (vgl. Kap. 4.4.3) inhaltsanalytische Kategorien entwickelt, die dargestellte Veränderungen im familiären Beziehungsgefüge im Verlauf der Risikoschwangerschaft erfassten. Hierdurch konnten häufige bzw. charakteristische Veränderungen im familiären Beziehungsgefüge klarer herausgearbeitet werden.

Insgesamt wird die Generalisierbarkeit der Ergebnisse durch die Größe der Stichprobe eingeschränkt, was Anlass für zukünftige Forschung sein könnte.

7.7 Ausblick

Im folgenden Kapitel wird unter Berücksichtigung der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit und der aktuellen Forschung ein Ausblick auf mögliche Forschungsthemen gegeben.

Im Rahmen einer hypothesengeleiteten Untersuchung könnten Erleben und Coping von Paaren und Familien mit einem größeren Kollektiv noch eingehender erforscht werden, um auch eine quantitative Auswertung zu ermöglichen. Von Interesse wären hier insbesondere Unterschiede zwischen Betroffenen mit Kindern und Betroffenen

ohne Kinder sowie die Inhalte der konflikthaft erlebten Bereiche und die Reaktionen darauf. Außerdem könnten das Bewältigungsverhalten der Männer (alltagsorientiertes Coping) und der gesamtfamiliäre Kontext unter besonderer Berücksichtigung der Situation der Kinder Themen weiterer Untersuchungen sein.

Zu diesen Bereichen könnten auf Grund der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit die folgenden Hypothesen formuliert werden, die in weiteren Untersuchungen mit größeren Stichproben geprüft werden könnten:

1. Frauen und Männer mit Kindern erleben häufiger Konflikte im Rahmen der Behandlung einer Risikoschwangerschaft. Diese Konflikte beziehen sich oft auf Interessenkonflikte zwischen den Erfordernissen der Familie und der gefährdeten Schwangerschaft und diese Konflikte können bei ungenügender Unterstützung zu Non-Compliance führen. Frühzeitige und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote verringern das Erleben solcher Konflikte bei den Betroffenen, mindern die Belastung der betroffenen Männer und tragen zur Vermeidung von Non-Compliance in Folge häuslicher Versorgungslücken bei.
2. Es gibt ein spezifisches Bewältigungsverhalten der Männer (alltagsorientiertes Coping), das eine Kombination von Bewältigungsstrategien beinhaltet, wie Gefühle beiseite zu schieben, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren und den Anforderungen entsprechend zu funktionieren. Dieses Bewältigungsverhalten ermöglicht es den Männern, den an sie gestellten Anforderungen im Rahmen der Möglichkeiten nachzukommen. Die betroffenen Männer haben auf Grund der Gesamtbelastung keine Ressourcen zur Verfügung, um sich aktiv um professionelle Unterstützung zu kümmern. Demzufolge stellen Unterstützungsangebote, die keine zusätzlichen Anforderungen (Termine, Antragstellung etc.) beinhalten, für die betroffenen Männer und ihre Frauen eine besondere Erleichterung dar, die zur allgemeinen/psychosozialen Stabilisierung beiträgt.
3. Die Reaktionen der Kinder auf eine Risikoschwangerschaft mit Immobilisation der Mutter lassen sich altersübergreifend den folgenden vier Gruppen zuordnen: akzeptierend/passiv, akzeptierend/aktiv, nicht akzeptierend/aktiv und nicht akzeptierend/passiv. Bei Familien, die auf Grund der Risikoschwangerschaft mit Immobilisation der Mutter, um die Versorgung

der Kinder zu gewährleisten, zeitlich begrenzte Änderungen vornehmen müssen (z. B. Kind wird in einem anderen Haushalt versorgt), wirken diese Änderungen auch in die Zeit nach der Geburt hinein. Diese Familien brauchen nach der Geburt eine längere Zeit, bis sich ein neues familiäres Beziehungsgefüge gebildet hat.

Weitere, über die hier bearbeitete Thematik hinausgehende Überlegungen ergeben sich in Bezug auf die Bindungsforschung (Brisch 2001, Strauss 2002). Da das Bindungssystem während einer Risikoschwangerschaft mit unklarem Ausgang je nach Situation und Bindungstyp unterschiedlich stark aktiviert ist, könnten sich hier vielleicht Ansatzpunkte bieten, manche Verhaltensweisen der Frauen (z. B. das Vermeiden Hilfe und Unterstützung zu beanspruchen) besser zu verstehen, und somit, auch in Hinblick auf die spätere Mutter-Kind-Beziehung, darauf reagieren zu können.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit ergeben sich auch Anregungen für den klinischen Alltag und entsprechende praxisorientierte Forschung.

Da manche Frauen im Zusammenhang mit unklaren Anweisungen für die häusliche Schonung fortdauernde Angst, Unsicherheit und Konflikte erlebten, könnte überprüft werden, inwiefern hier mit Hilfe schriftlicher Verhaltensanweisungen mehr Sicherheit im Alltag und eine bessere Compliance erreicht werden kann. (Ein Vorschlag hierfür, der auf einer Veröffentlichung von Maloni (1994) beruht, findet sich im Anhang.)

Ein weiterer Ansatzpunkt für praxisorientierte Forschung ist die Problematik, psychosoziale Unterstützung bedarfsgerecht und frühzeitig anzubieten, um zu vermeiden, dass die erwünschten Effekte der medizinischen Behandlung durch psychosoziale Faktoren beeinträchtigt werden. Um eine weitere Optimierung der Versorgung im Sinne patientenorientierter Unterstützungsangebote zu erreichen, ist es notwendig, den Bedarf zu ermitteln und Arbeitsabläufe bei der Organisation der Angebote zu erleichtern (Sperl 1996, Braun und Kentenich 1999, Dahlgaard und Stratmeyer 2005). Dazu soll hier ein Vorgehen auf mehreren Ebenen (Patientin, Arzt, Pflegepersonal) vorgeschlagen werden, das in der Praxis erprobt und weiterentwickelt werden könnte. Diese Ebenen sind:

- Niederschwellige konkrete Angebote für Patientin und Angehörige, die den Zugang zu psychosozialer Unterstützung auch im weiteren Verlauf erleichtern, da es den Betroffenen zum Zeitpunkt der Diagnose oft noch nicht möglich ist,

abzusehen, ob und welche Unterstützung sie benötigen werden. (Ein Vorschlag hierzu befindet sich im Anhang.)

– Der gezielte Einsatz von psychologischem Liaisondienst und Sozialdienst durch die behandelnden Ärzte auf Grund der Beobachtungen und Diagnosen bezüglich psychischer Miterkrankungen und sozialer Bedürftigkeit. Hier kann der betreuende Gynäkologe in manchen Fällen bereits zum Zeitpunkt der Diagnose die Weichen für eine sinnvolle Mitbetreuung stellen. In anderen Fällen, bei zunächst nicht eindeutiger Sachlage, ist die weitere Verlaufsbeobachtung sowohl auf ärztlicher Seite als auch auf pflegerischer Seite wichtig, um Änderungen erkennen zu können. Hier ist auch die Nutzung der Schnittstelle Pflegepersonal/Arzt gefragt, da die gesammelten und aufbereiteten Beobachtungen des Pflegepersonals im Zeitrahmen des Klinikalltags für die betreuenden Ärzte eine bedeutsame Informationsquelle darstellen. Die gesammelten Informationen sind die Voraussetzung, um frühzeitig und bedarfsgerecht reagieren zu können.

– Die verstärkte Integration auch psychosozialer Aspekte in die Pflegestandards. Beobachtungen des Pflegepersonals bezüglich psychischer und sozialer Problembereiche können z. B. im Rahmen definierter Pflegestandards gezielt dokumentiert werden, sodass eine Verlaufsbeobachtung der Bedürfnis- und Belastungssituation gewährleistet ist, die wiederum die Grundlage für entsprechende Maßnahmen des Pflegepersonals oder des behandelnden Arztes bilden kann. Hier ergänzen sich die Aufgabenbereiche von Arzt und Pflegepersonal.

Ein Ziel wäre es, durch weiterentwickelte und klare Richtlinien für Arbeits-, Entscheidungs- und Organisationsabläufe im Klinikalltag eine verbesserte psychosoziale Versorgung ohne Einbuße an Individualität für die Patientinnen, verbunden mit einer Arbeitserleichterung des Personals, zu erreichen.

Es ist zu hoffen, dass die vorliegende Arbeit dazu beiträgt, bei allen Beteiligten das Verständnis für die Situation der betroffenen Paare und Familien zu vertiefen und auf diesem Wege auch zu einer weiteren Verbesserung der Versorgung führen kann.

8 Zusammenfassung

Trotz verbesserter Vorsorge und medizinischer Betreuung führen Komplikationen in Schwangerschaften noch immer zu Frühgeburten. Die Behandlung der betroffenen Frauen beinhaltet häufig stationäre und/oder häusliche Immobilisation. Mit der vorliegenden Arbeit sollten nähere Informationen über die Situation der Betroffenen gewonnen werden, um daraus möglicherweise Schlüsse für die Behandlung ziehen zu können. Ziel war es, Angaben darüber zu erhalten, wie die Frauen, ihre Partner und falls vorhanden die Kinder die Gefährdung der Schwangerschaft mit nachfolgender stationärer oder häuslicher Immobilisation der Mutter sowohl zum Zeitpunkt der Diagnose als auch im weiteren Verlauf erlebt und bewältigt haben. Hierbei sollten sowohl die persönlichen Bewältigungsstrategien als auch die soziale Unterstützung berücksichtigt werden. Außerdem sollten die Behandlungswünsche der Betroffenen erfasst werden.

Von den angeschriebenen Familien, die sich aus dem stationären und ambulanten Bereich rekrutierten, nahmen 56% der Frauen und 44% der Männer an der retrospektiv angelegten Untersuchung teil. Die Befragung wurde mittels teilstrukturierter Interviews durchgeführt, die aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet sowie mit Familienbrettaufstellungen ergänzt wurden.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammengefasst. Es zeigte sich, dass zum Zeitpunkt der Diagnose das Erleben der betroffenen Frauen und Männer weitgehend von Angst, Unsicherheit und Hilflosigkeit geprägt war. Als hilfreich erlebten die Betroffenen vor allem eine an ihre Bedürfnisse angepasste ärztliche Aufklärung und Informationsvermittlung, durch die sie in die Lage versetzt wurden, ihre Situation und ihre Bewältigungsmöglichkeiten einzuschätzen.

Im weiteren Verlauf standen für die Frauen Angst, Unsicherheit und Stimmungsschwankungen sowie Konflikte und konkrete Alltagsprobleme im Vordergrund. Die Frauen erlebten Interessenkonflikte zwischen der gefährdeten Schwangerschaft und familiären Anforderungen, Schwierigkeiten bei der Interaktion mit medizinischem Personal sowie konkrete Alltagsprobleme, wie mangelnde Ruhe im Krankenhaus, als belastend. Trotzdem beschrieben mehr als die Hälfte der Frauen im weiteren Verlauf eine allgemeine/psychosoziale Stabilisierung und benannten in diesem Zusammenhang die Bewältigungsstrategien Zuwendung und Eigeninitiative an erster Stelle als hilfreich. Bei der Kategorie Eigeninitiative, die häufig die Einflussnahme auf medizinische Entschei-

dungen betraf, wurde die Bedeutung der Verständigung zwischen Arzt und Patientin für eine erfolgreiche Zusammenarbeit und Compliance deutlich. Frauen mit Kindern benannten als weitere Bewältigungsstrategien vor allem instrumentelle Hilfe von Anderen und das Abgeben von Verantwortung. Unterstützung durch den Arzt bzw. durch medizinisches Personal wurde von den Frauen besonders in Form offener Gespräche, der Begleitung bei weiter bestehender Symptomatik und der Verordnung von Familienpflege geschätzt.

Für die befragten Männer standen im weiteren Verlauf fortdauernde Angst und Unsicherheit sowie Anforderungen durch zusätzliche Aufgaben im Vordergrund. Männer mit Kindern empfanden außerdem Konflikte zwischen den Anforderungen durch Berufstätigkeit und den Bedürfnissen von Frau bzw. Familie als belastend. Die Hälfte der Männer erlebte trotzdem im weiteren Verlauf eine allgemeine/psychosoziale Stabilisierung. Als hilfreich wurde von den Männern am häufigsten ein Bewältigungsverhalten beschrieben, welches im Rahmen der vorliegenden Arbeit als alltagsorientiertes Coping bezeichnet wurde. Dieses Verhalten beinhaltet die Kombination mehrerer Bewältigungsstrategien, wie Gefühle und Gedanken beiseitezuschieben, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren und den Anforderungen entsprechend zu funktionieren. Weitere von den Männern häufiger als hilfreich benannte Bewältigungsstrategien waren Problemanalyse sowie Optimismus und Akzeptieren der Situation. Es wurde deutlich, dass die Männer auf Grund der großen Belastungen keine Ressourcen zur Verfügung haben, um selbst zusätzliche professionelle Hilfe zu organisieren, und demzufolge auf Unterstützungsangebote angewiesen sind.

Die gesamtfamiliäre Situation wurde vorwiegend durch die Großeltern oder die Familienpflege stabilisiert, Mitglieder eines weiteren sozialen Netzwerkes, wie Freunde und Nachbarn, wurden nur in geringem Maß in Anspruch genommen.

Die Reaktionen der Kinder konnten im Rahmen der Analyse der Angaben der Eltern in altersübergreifende Gruppen eingeteilt werden. Als hilfreich für die Kinder wurden die Großeltern, die Familienpflege, Kontakt zu Vater und Mutter sowie Aufklärung über die Situation und ein Einbeziehen in die Situation beschrieben.

Die Behandlungswünsche der befragten Frauen und Männer betrafen vorwiegend die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Ärzten, Verbesserungen im Klinikalltag und das Einbeziehen der familiären Situation in die Behandlungsplanung.

Methodische Einschränkungen ergeben sich durch den geringen Umfang der Stichprobe, die Beteiligung von 56% und die bezogen auf Nationalität und Familienstand homogene Struktur des Kollektivs.

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass ein frühzeitiges Einbeziehen der gesamtfamiliären Situation und entsprechende Unterstützungsangebote Non-Compliance der Patientinnen verringern könnte.

Literaturverzeichnis

- Ag Medizindidaktik Köln (1998) Diagnosemitteilung
- Baumgärtel F (2000) Methodologische Probleme handlungsorientierter systemischer Diagnostik am Beispiel des Familienbretts. In: Ludewig K, Wilken U (Hrsg) Das Familienbrett Hogrefe Göttingen
- Beinder E (2006) Drohende Frühgeburt. *Der Gynäkologe* 39: 299-310
- Bergmann G, Klotz-Nikolas S (2000) Das Familienbrett als Prozessvariable bei stationär-psychosomatischer Therapie – eine systemorientierte Verlaufsuntersuchung. In: Ludewig K, Wilken U (Hrsg) Das Familienbrett Hogrefe Göttingen
- Bergmann R L, Dudenhausen J W (2003) Prädiktion und Prävention der Frühgeburt. *Der Gynäkologe* 36: 391-401
- Bergner A (2006) Unerwarteter Verlust und neue Hoffnung: Fehlgeburten, ihre Verarbeitung und die Folgen für eine neue Schwangerschaft. Dissertation Humboldt-Universität zu Berlin
- Bergner A, Beyer R, Rauchfuß M (2005) Fehlgeburten, ihre Verarbeitung und die Folgen für eine neue Schwangerschaft. *Zentralblatt für Gynäkologie* 127: 43-55
- Besser A, Priel B, Wiznitzer A (2002) Childbearing depressive symptomatology in high risk pregnancies. *Personal Relationships* 9: 395-413
- Bittner U M (2005) Subjektive Krankheitstheorie, Krankheitsverarbeitung und emotionales Befinden bei Patienten mit chronisch lymphatischer Leukämie. Dissertation Universität Würzburg
- Böckmann M (2000) Eine systemtheoretische Operationalisierung des Familienbretts. In: Ludewig K, Wilken U (Hrsg) Das Familienbrett Hogrefe Göttingen
- Bortz J, Döring N (2002) *Forschungsmethoden und Evaluation*. Springer Berlin Heidelberg
- Braun M, Kentenich H (1999) Aspekte der angewandten psychosomatischen Frauenheilkunde. Konzepte zur Verwirklichung psychosomatischer Aspekte in der Frauenklinik. In Stauber M, Kentenich H, Richter D (Hrsg) *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie* Springer Berlin Heidelberg
- Brisch K H (2001) *Bindungsstörungen*. Klett-Cotta Stuttgart
- Britten N (1996) Qualitative Interviews in medical research. In: Mays N, Pope C (ed) *Qualitative Research in Health Care* BMJ Publishing group
- Buddeberg C (1987) Partnerbeziehung während der Gravidität. *Der Gynäkologe* 20: 95-98
- Buddeberg (2004) *Psychosoziale Medizin*. Springer Berlin Heidelberg
- Cierpka (2003) *Handbuch der Familiendiagnostik*. Springer Berlin Heidelberg
- Clauson M (1996) Uncertainty and stress in women hospitalized with high-risk-pregnancy. *Clinical Nursing Research* 5: 309-325

- Curry M A (1987) Maternal behavior of hospitalized pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* Special issue: Maternal Development during Reproduction 7 Special issue: 165-182
- Dahlgaard K, Stratmeyer P (2005) Patientenorientiertes Management der Versorgungsprozesse im Krankenhaus. *Pflege und Gesellschaft* 10: 142-150
- Dehmel S, Ortmann K (2006) Soziale Unterstützung (social support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
- Demyttenaraere K, Maes A, Nijs P, Odendael H, Van Assche F A (1995) Coping style and preterm labor. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 16:109-115
- Dudenhausen J W, Kirschner R (2003) Psychosoziale Belastungen als Risikofaktoren der Frühgeburt Erste Befunde der Daten des BabyCare Projekts. *Zentralblatt für Gynäkologie* 125: 112-122
- Dulude D, Belanger C, Wright J, Sabourin S (2002) High risk pregnancies, psychological distress, and dyadic adjustment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 20: 101-123
- Dulude D, Wright J, Belanger C (2000) The effects of pregnancy complications in the parental adaption process. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 18: 5-20
- Durham R F (1998) Strategies women engage in when managing preterm labor at home. *Journal of Perinatology* 18: 61-64
- Ehlert U (2004) Einfluss von Stress auf den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt. *Psychotherapeut* 49: 367-376
- Faller H (1989) Subjektive Krankheitstheorie und Krankheitsverarbeitung bei Herzinfarktpatienten. Peter Lang Frankfurt
- Faller H (1992) Krankheitsverarbeitung bei Bronchialkarzinompatienten. Habilitationsschrift Würzburg
- Faller H, Lang H (2006) Medizinische Psychologie und Soziologie. Springer Heidelberg
- Feige A, Rempfen A, Würfel W, Jawny J, Rohde A (2006) Frauenheilkunde. Urban & Fischer München Jena
- Flick U (2006) Qualitative Sozialforschung. Rowohlt Reinbeck bei Hamburg
- Folkman S (1985) The Ways of Coping. public domain
- Friese K, Kirschner W (2003) Das BabyCare Projekt. *Der Gynäkologe* 36: 403-412
- Genzel-Boroviczeny (2006) Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit. *Deutsches Ärzteblatt* 103: 1626-1629
- Gittau R, Fist N M, Teixeira J M A, Cameron A, Glover V (2001) Fetal Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Stress Responses to invasive Procedures are independent of maternal response. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 86: 104-109

- Gossler S (1999) Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten – eine qualitativ-inhaltsanalytische Untersuchung von Patientenangaben in einer psychotherapeutischen Ambulanz. Dissertation Universität Würzburg
- Grammatopoulos D, Hillhouse E W (1999) Role of corticotropin-releasing hormone in onset of labour. *The Lancet* 354: 1546-1549
- Harrison M J, Kushner K, Benzie K, Rempel G, Kimak C (2003) Womens satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. *Birth Issues in Perinatal Care* 30: 109-115
- Heim E, Augustiny A F, Blaser A, Kühne D, Rothenbühler M, Schaffner L, Valach L (1990) Stabilität und Variabilität von Copingstrukturen über die Zeit. In: Muthny F A (Hrsg) *Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse*. Springer Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Heim E, Augustiny K F, Blaser A, Schaffner L (1991) *Berner Bewältigungsformen. (BEFO) Handbuch*, Bern Huber
- Heim E, Willi J (1986) (Hrsg) *Psychosoziale Medizin. 2* Springer Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Hentschel R (2005) Die Bedeutung des Geburtsgewichts und der Schwangerschaftsdauer in der modernen Neonatologie. *Geburtsh Frauenheilk* 65: 272-278
- Hoyme U B, Möller U, Saling E (2003) Aktuelle Aspekte der Thüringer Frühgeburtenvermeidungsaktion 2000. *Zentralbl Gynakol* 125: 107-111
- Joswig H (2007) Phasen und Stufen der kindlichen Entwicklung. *Das Online-Familienhandbuch* www.familienhandbuch.de
- Kemp V H, Page K C (1986) The psychological impact of a high risk pregnancy on the family. *JOGNN*: 232-236
- Knoll N, Scholz U, Riekmann N (2005) *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Reinhard München 2005
- Kowerk (1993) *Die Methode der Familienskulptur*. Unveröff. Habilitationsschrift FB Medizin Univ. Hamburg
- Krohne H W (1986) Coping with Stress. In: Appley M H & Trumbull R (eds) *Dynamics of Stress* Plenum New York
- Künzel (Hrsg) (2000) *Schwangerschaft 1. Band 4* Urban und Fischer München Jena
- Lack N (2006) *Bayerische Neonatalerhebung*. Bayerische Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Westenriederstraße 19 80331 München
- Lazarus R, Folkmann S (1986) Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In: Appley M H & Trumbull R (eds) *Dynamics of Stress* Plenum New York
- Leichtentritt R-D, Blumenthal N, Elyassi A, Rotmensch S (2005) High-risk pregnancy and hospitalization: the womens voices. *Health Soc Work* 30: 39-47
- Lindenlaub S, Kraak B (1997) *Bewältigen und Entscheiden*. Hogrefe Göttingen Bern Toronto Seattle

- Lindsay J R, Nieman L K (2005) The Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Pregnancy: Challenges in disease detection and treatment. *Endocrine Reviews* 26: 775-799
- Lobel M, Yali A M, Wei Zhu, De Vincent C J, Meyer B A (2002) Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in high risk pregnancy. *Psychology and Health* 17: 77-95
- Lohmer M (1983) Das Familienbrett – Erkundung der diagnostischen Möglichkeiten. Unveröff. Dipl. Arbeit, FB Psychologie Univ. Hamburg
- Lowenkron A H (1999) Coping with the stress of premature labor. *Health Care for Women International* 20: 547
- Ludewig K, Wilken U (2000) (Hrsg.) Das Familienbrett. Hogrefe Göttingen
- Mahler G (2001) Bewältigungsstrategien von Risikoschwangeren mit drohender Frühgeburt. Psychologische Dissertation Universität Ulm
- Mahler G, Barth U, Grab D, Kächele H, Kreienberg R, Zimmer I, Brisch K H (1999) Bewältigungsstrategien von Risikoschwangeren mit drohender Frühgeburt. *Zentralblatt für Gynäkologie* 121: 31-34
- Majzoub J A, Karalis K P (1999) Placental Corticotropin-releasing hormone: function and regulation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 180: 242S-246S
- Maloni J A, Kasper C E (1991) Physical and psychosocial effects of antepartum hospital bedrest: a review of the literature. *Image Journal of Nursing Scholarship* 23: 187-192
- Maloni J A, Chance B, Zhang C, Cohen W A, Betts D, Gange S J (1993) Physical and psychosocial side effects of antepartum hospital bed rest. *Nursing Research* 42: 197-203
- Maloni J A (1994) Home care of the high-risk pregnant woman requiring bed rest. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 23: 696-707
- Maloni J A (1996a) Bed rest and high-risk pregnancy. Differentiating the effects of diagnosis, setting, and treatment. *Nursing Clinics of North America* 31: 313-25
- Maloni J A, Cheng C Y, Liebl C P, Maier J S (1996b) Transforming prenatal care: reflections on the past and present with implications for the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 25: 17-23
- Maloni J A, Ponder M B (1997) Fathers experience of their partners antepartum bedrest. *Image Journal of Nursing Scholarship* 29: 183-188
- Maloni J A, Cohen A W, Kane J H (1998) Prescription of activity restriction to treat high-risk pregnancies. *J Womens Health* 7: 351-8
- Maloni J A, Kutil R M (2000) Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *MCN Am J Matern Child Nurs* 25: 204-10
- Maloni J A, Brezinski-Tomasi J E, Johnson L A (2001) Antepartum bed rest: effect upon the family. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 30: 165-173
- Maloni J A, Kane J F, Suen L J, Wang K K (2002) Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest: a longitudinal study. *Nursing Research* 51: 92-99

- Maloni J A, Damato E G (2004a) Reducing the risk for preterm birth: evidence and implications for neonatal nurses. *Adv Neonatal Care* 4: 166-170
- Maloni J A, Alexander G R, Schluchter M D, Shah D M, Park S (2004b) Antepartum bed rest: maternal weight change and infant birth weight. *Biological Research for Nursing* 5: 177-86
- Maloni J A, Park S (2005a) Postpartum symptoms after antepartum bed rest. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 34: 163-171
- Maloni J A, Park S, Anthony M K, Musil C M (2005b) Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy. *Res Nurs Health*: 16-26
- Mamelle N J (2001) Psychological prevention of early preterm birth: a reliable benefit. *Biology of the Neonate* 79: 266-273
- May A K (1994) Impact of maternal activity restriction for preterm labor on the expectant father *JOGNN* 23: 246-251
- May A K (2001) Impact of prescribed activity restriction during pregnancy on women and families. *Health Care Women Int* 22: 29-47
- Mayring P (2003) *Qualitative Inhaltsanalyse*. Beltz Verlag Weinheim
- Mays N, Pope C (1996) (edt) *Qualitative Research in Health Care*. BMJ Publishing group
- Mercer R, Ferketich S L, De Joseph J F (1993) Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. *Research in Nursing and Health* 16: 45-56
- Mercer R T, Ferketich S L (1990) Predictors of family functioning eight months following birth. *Nursing Research* 39: 76-82
- Mercer R T, May K A, Ferketich S, De Joseph J (1986) Theoretical models for studying the effect of antepartum stress on the family. *Nursing Research* 35: 339-346
- Merton R K, Kendall P (1979) Das fokussierte Interview. In: C. Hopf und E. Weingarten (Hrsg) *Qualitative Sozialforschung* Klett Cotta Stuttgart
- Muthny F A (1990) Zur Spezifität der Krankheitsverarbeitung. In: Muthny F A (Hrsg) *Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse*. Springer Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Petraglia F, Florio P, Guidoni C, Ignacchiti E, Piccolini E, Ciarmela P, Fiore G, Sveri F M, Peccarini L (2003) Stress und Frühgeburt. *Der Gynäkologe* 36: 417-426
- Pfleiderer A, Brechwoldt M, Martius G (2001) *Gynäkologie und Geburtshilfe*. Thieme Stuttgart New York
- Pope C (1996) Qualitative methods in health and health services research. In: Mays N; Pope C (edt) *Qualitative Research in Health Care* BMJ Publishing group
- Priel B, Kantor B (1988) The influence of high risk pregnancies and social support systems on maternal perceptions of the infant. *Infant Mental Health Journal* 9: 235-244
- Rath W, Bartz C (2005) Medikamentöse Wehenhemmung – aktueller Stand. *Geburtsh Frauenheilk* 65: 570-579

- Rauchfuß M (1999) Vorzeitige Wehentätigkeit – Frühgeburt. In: Stauber, Kentenich, Richter (Hrsg) Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe Springer Berlin Heidelberg
- Rauchfuß M (2001) Ressourcenorientierte Interventionen in der Schwangerschaft. Zentralblatt für Gynäkologie 123: 102-110
- Rauchfuß M (2002) Welche psychosozialen Faktoren beeinflussen die Frühgeburtlichkeit?. Die Hebamme 15: 207-212
- Rauchfuß M (2005) Fehlgeburten, ihre Verarbeitung und die Folgen für eine neue Schwangerschaft. Zentralblatt für Gynäkologie 127: 43-55
- Rauchfuß M, Gauger U (2003) Vorzeitige Wehen und Frühgeburt - eine psychosomatische Störung?. Zentralblatt für Gynäkologie 125: 167-178
- Röthlisberger O Hebamme, CH-Richterswill (2003) Salutogenese als Hilfe bei der Betreuung von Risikoschwangerschaften. Die Hebamme 16: 20-25
- Ruiz R J, Fullerton J, Dudley D J (2003) The interrelationship of maternal stress, endocrine factors and inflammation on gestational length. Obstetrical and Gynecological Survey 58: 415-428
- Saling E, Schreiber M (2005) Laktobazillen-Schutzsystem bei Schwangeren – effiziente Vermeidung von Frühgeburten durch Früherkennung von Störungen. Z Geburtsh Neonatol 209: 128-134
- Sanchez-Ramos L, Kaunitz A M, Delke I (2005) Progestational agents to prevent preterm birth: a meta-analysis of randomized controlled trials. Obstet Gynecol 105: 273-279
- Schäfer W R, Zahradnik H P (2001) Programmierte Eskalation – Die Steuerung der Geburt. Geburtsh Frauenheilk 61: 157-166
- Schmidt G (2000) Eine praxisorientierte Dokumentationssoftware für die Arbeit mit dem Familienbrett. In: Ludewig K, Wilken U (Hrsg) Das Familienbrett Hogrefe Göttingen
- Schneider H (2003) Soziale Aspekte der Frühgeburt. Der Gynäkologe 36: 381-382
- Schneider H (2003) Sozialmedizinische Maßnahmen Bedeutung für die Prävention von Frühgeburten und die Entwicklung der Fertilitätsrate. Der Gynäkologe 36: 383-389
- Schneider H (2004) Die Pathogenese der Frühgeburt. Zentralblatt Gynäkologie 126: 170-205
- Schön K (2001) Coping/Bewältigungsmuster bei PTCA Patienten. Dissertation Universität Würzburg
- Schöpfflug W (1986) Behavior economics as an approach to stress theory. In: Appley M H & Trumbull R (eds) Dynamics of Stress Plenum New York
- Schreiber M, Saling E (2004) Selbstvorsorge bei Schwangeren: Besonderheiten in der Arzt/Patientinnen-Beziehung? Geburtsh Frauenheilk 64: 936-940
- Schulte H M, Weisner D, Allolio B (1990) The corticotropin releasing hormone test in late pregnancy: lack of adrenocorticotrophin and cortisol response. Clin Endocrinol (Oxf). 33: 99-106

-
- Singer D (2006) Die Langzeitprognose von Frühgeborenen. Z Geburtsh Neonatol 210: 50-59
- Siriani R, Rehman K S, Carr B R, Parker C R, Rainey W E (2005) Corticotropin-releasing hormone directly stimulates cortisol and the cortison biosynthetic pathway in human fetal adrenal cells. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 90: 279-285
- Smith J (1993) Understanding stress and coping. Mac Millan 1993
- Smith R (2007) Parturition. N Engl J Med 356: 271-283
- Sperl D (1996) Qualitätssicherung in der Pflege. Schlütersche
- Stauber M (1998) Psychosomatische Probleme in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Der Gynäkologe 31: 103-118
- Stainton M C (1994) Supporting family functioning during a high risk pregnancy. MCN 19: 24-28
- Strauss, Buchheim, Kächele (2002) Klinische Bindungsforschung. Schattauer Stuttgart
- Weidner K, Petrowsky K, Hellmann V (2004) Die ambulante psychosomatische Betreuung von seelisch belasteten Schwangeren. Gynäkol Prax 28: 305-312

Anhang

Anschreiben	247
Einwilligungserklärung	249
Interviewleitfaden Frauen	250
Interviewleitfaden Männer	253
Fragebogen zu soziodemografischen Daten	256
Codierschema für die inhaltsanalytische Auswertung der Interviews	258
Codierschema für die inhaltsanalytische Auswertung der Familienbrettaufstellungen	260
Codierleitfaden für die inhaltsanalytische Auswertung der Interviews	262
Codierleitfaden inhaltsanalytische Auswertung der Familienbrettaufstellungen	387
Ergänzende Familienbrettaufstellungen	316
Checkliste für körperliche Schonung	352
Vordruck für ergänzende Behandlungsangebote	353



Unser Zeichen: süt/si

Telefon: (09 31) 2 01 – 25264
Telefax: (09 31) 2 01 – 25406
Luther_K@klinik.uni-wuerzburg.de

Würzburg, 12.08.2004

Sehr geehrte

wir haben Sie angeschrieben, weil wir Sie für eine wissenschaftliche Untersuchung um Ihre Mitarbeit bitten möchten. Die Universitäts-Frauenklinik plant in Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie eine Befragung, um die Bedürfnisse von Familien während einer Risikoschwangerschaft genauer zu ermitteln und besser zu verstehen. Sie wird im Rahmen einer Doktorarbeit von der Ärztin und Psychotherapeutin Heike Schmidt durchgeführt.

Da Sie auf Grund einer Komplikation in einer zurückliegenden Schwangerschaft stationär in der Universitäts-Frauenklinik behandelt wurden, wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich zu einem persönlichen Gespräch bereit erklären würden. Uns interessiert, was die betroffenen Frauen, ihre Partner und möglicherweise schon vorhandene Kinder in dieser Zeit belastet hat, was ihnen geholfen und was bei der Betreuung gefehlt hat. Um die persönlichen Bedürfnisse der Betroffenen besser kennen lernen zu können, möchten wir die Partner mit ihrem Einverständnis einzeln befragen. Der Zeitaufwand wird etwa 1 Stunde pro Gespräch betragen, und die Gespräche können, wenn Sie möchten, bei Ihnen zu Hause stattfinden.

Selbstverständlich unterliegen alle erhobenen Daten den Bestimmungen der Datenschutzgesetze und der Schweigepflicht.

Es werden keine personenbezogenen Daten gespeichert. Persönliche Daten werden nur anonymisiert für die Forschung verwendet. Alle Daten werden nach Abschluss der Studie gelöscht.

Die Teilnahme an dieser Untersuchung ist freiwillig und Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung widerrufen. Dieser Widerruf hat keinen Einfluss auf mögliche zukünftige Behandlungen oder Betreuungen.

Wir bitten Sie um Ihre Mitarbeit, da Ihre Erfahrungen uns dabei helfen sollen, Paare und Familien mit einer Risikoschwangerschaft möglichst gut zu unterstützen.

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne in einem persönlichen Gespräch zur Verfügung. Für Fragen, oder um einen Termin zu vereinbaren, können Sie Ihren Namen und Ihre Telefonnummer bei Frau Luther, Frauenklinik hinterlassen.

Sie werden baldmöglichst zurückgerufen.

Frau Luther ist Mo., Di. und Do. von 7.30 Uhr bis 16.15 Uhr,
Mi. von 7.30 Uhr bis 15.45 Uhr und Fr. von 7.30 Uhr bis 13.30 Uhr
unter der Tel.-Nr.: 0931 / 201-25264 zu erreichen.

Mit herzlichem Dank für Ihre Mühe
und freundlichen Grüßen

PD Dr. med. M. Sütterlin
Oberarzt der Klinik

Frauenklinik und Poliklinik
Josef-Schneider-Straße 4
97080 Würzburg

Tel.: (09 31) 2 01 – 2 52 53
Fax: (09 31) 2 01 – 2 54 06
www.frauenklinik.uni-wuerzburg.de



Das Klinikum ist mit der Straßenbahn, Linie 1 und 5 (Richtung Grombühl), Haltestelle Luitpoldkrankenhaus, zu erreichen.



Unser Zeichen: 

Telefon: (09 31) 2 01 – 25264
Telefax: (09 31) 2 01 – 25406
Luther_K@klinik.uni-wuerzburg.de

Würzburg,

Sehr geehrte

zunächst möchten wir uns für Ihr Interesse und die Erlaubnis, mit Ihnen Kontakt aufzunehmen, herzlich bedanken. Wie Sie bereits wissen, plant die Universitäts-Frauenklinik in Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie eine wissenschaftliche Untersuchung. Diese Untersuchung dient dazu, die Bedürfnisse von Familien während einer Risikoschwangerschaft genauer zu ermitteln und besser zu verstehen. Sie wird im Rahmen einer Doktorarbeit von der Ärztin und Psychotherapeutin Heike Schmidt durchgeführt.

Da Sie auf Grund einer Komplikation in einer zurückliegenden Schwangerschaft stationär oder zu Hause behandelt wurden, wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich zu einem persönlichen Gespräch bereit erklären würden. Uns interessiert, was die betroffenen Frauen, ihre Partner und möglicherweise schon vorhandene Kinder in dieser Zeit belastet hat, was ihnen geholfen und was bei der Betreuung gefehlt hat. Um die persönlichen Bedürfnisse der Betroffenen besser kennen lernen zu können, möchten wir die Partner mit ihrem Einverständnis einzeln befragen. Der Zeitaufwand wird etwa 1 bis 1 ½ Stunden pro Gespräch betragen und die Gespräche können, wenn Sie möchten, bei Ihnen zu Hause stattfinden.

Selbstverständlich unterliegen alle erhobenen Daten den Bestimmungen der Datenschutzgesetze und der Schweigepflicht.

Es werden keine personenbezogenen Daten gespeichert. Persönliche Daten werden nur anonymisiert für die Forschung verwendet. Alle Daten werden nach Abschluss der Studie gelöscht.

Die Teilnahme an dieser Untersuchung ist freiwillig und Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung widerrufen. Dieser Widerruf hat keinen Einfluss auf mögliche zukünftige Behandlungen oder Betreuungen.

Wir bitten Sie um Ihre Mitarbeit, da Ihre Erfahrungen uns dabei helfen sollen, Paare und Familien mit einer Risikoschwangerschaft möglichst gut zu unterstützen.

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne in einem persönlichen Gespräch zur Verfügung. Für Fragen, oder um einen Termin zu vereinbaren, können Sie Ihren Namen und Ihre Telefonnummer bei Frau Luther in der Frauenklinik hinterlassen.

Sie werden baldmöglichst zurückgerufen.

Frau Luther ist Mo., Di. und Do. von 7.30 Uhr bis 16.15 Uhr,

Mi. von 7.30 Uhr bis 15.45 Uhr, und Fr. von 7.30 Uhr bis 13.30 Uhr

unter der Tel.-Nr.: 0931 / 201-25264 zu erreichen.

Mit herzlichem Dank für Ihre Mühe
und freundlichen Grüßen

PD Dr. med. H. Sütterlin
Oberarzt der Klinik

Frauenklinik und Poliklinik
Josef-Schneider-Straße 4
97080 Würzburg

Tel.: (09 31) 2 01 – 2 52 53
Fax: (09 31) 2 01 – 2 54 06
www.frauenklinik.uni-wuerzburg.de



Das Klinikum ist mit der Straßenbahn, Linie 1 und 5 (Richtung Grombühl), Haltestelle Luitpoldkrankenhaus, zu erreichen.

Interviewleitfaden Frauen

.....Kenn-Nummer:.....

A. Ausgangssituation

1. Zuerst würde ich gerne wissen, wie alt Ihr/e Kind/die Kinder jetzt ist/sind und wie alt Sie selber zum Zeitpunkt der Entbindung waren.

2. Nun möchte ich gerne zunächst von Ihnen etwas über die Zeit vor dieser Schwangerschaft erfahren.

Wie war damals Ihre Lebenssituation, gab es wichtige Ereignisse?

a. Waren Sie selber berufstätig?

b. Wie war damals die berufliche Situation des Mannes?

c. Hatten Sie früher schon einmal Probleme in Schwangerschaften?
(Fehlgeburten, Schwangerschaftskomplikationen, andere)

3. Wenn Sie sich nun an den Beginn dieser Schwangerschaft erinnern, wie ging es Ihnen in dieser Zeit?

a. Wie ging es Ihnen mit dem Gedanken an diese Schwangerschaft?

B. Weiterer Verlauf

4. Wann gab es aus Ihrer Sicht die ersten Schwierigkeiten in der Schwangerschaft?
Können Sie die bitte beschreiben?

a. Traten die Probleme plötzlich und unerwartet auf?

5. Wurden Sie ausreichend informiert? (Von wem?)

a. Welche Behandlung wurde Ihnen vorgeschlagen?

b. Gab es gemeinsame Gespräche?

6. Wie ging es dann weiter?

a. Stationär ? Zu Hause mit Familienpflege?

b. Wer hat das organisiert?

c. falls berufstätig: Gab es Schwierigkeiten mit der Arbeit?

C. Kontakt

7. Konnten Sie über Ihre Situation sprechen? (Mit wem?)

8. Wie war die Reaktion in Ihrer Umgebung?
(Familie, Nachbarn, Kollegen..)

D. Erleben

Wenn wir noch einmal zurückdenken:

9. Als Sie erfuhren, dass ... (Problem benennen), wie ging es Ihnen?

a. Hatten Sie selber das Gefühl, etwas tun zu können?

10. Wie haben Sie sich in der folgenden Zeit gefühlt, als Sie liegen mussten/
ins Krankenhaus kamen?

a. Was war für sie am schwierigsten? Was hat Sie am meisten belastet?

11. Falls ältere Kinder da sind: Was glauben Sie, wie Ihre Kinder diese Zeit erlebt haben?

a. (evtl. falls Partner kein Gespräch führt: Was glauben sie, wie Ihr Mann diese Zeit erlebt hat?)

12. Ist es Ihnen mit der Zeit eher leichter gefallen, mit der Situation zu leben,
wurde es schwieriger oder war es unverändert?

13. Was haben Sie an Unterstützung vermisst?

14. Was haben Sie als Unterstützung erlebt?

E. Coping

Nun interessiert mich, wie Sie es geschafft haben, diese ganzen Belastungen zu bewältigen.
Wie Sie vorher beschrieben haben, ging es Ihnen nach der Diagnose ...

15. Was hat Ihnen geholfen damit umzugehen?

16. Als Sie dann liegen mussten/ins Krankenhaus kamen, was hat Ihnen für sich
geholfen mit dieser Situation zurechtzukommen? Was hat Ihnen gut getan?

17. Was glauben Sie hat den Kindern in dieser Zeit geholfen?

a. (evtl. falls Partner kein Gespräch führt: Was glauben Sie, hat dem Partner in dieser Zeit
geholfen?)

18. Haben Sie Hilfe von anderen bekommen? (Von wem?)

b. Wie war das Ihrer Meinung nach für die Beteiligten?

19. Wie war in dieser schwierigen Zeit die Verständigung untereinander?

F. Geburt und Folgezeit

20. Wie haben Sie die Geburt und die folgende Zeit erlebt?

a. Gab es Probleme im Wochenbett?

b. Wie waren Entwicklung und Verhalten des Kindes, der Kinder?

21. Wie haben sie sich als Mutter gefühlt?

a. Falls ältere Kinder da sind: Gab es Unterschiede zu früheren Schwangerschaften?

22. Wenn Sie an die Behandlung/ Betreuung zurückdenken, welche Wünsche hätten Sie gehabt?

23. Möchten Sie noch etwas ergänzen?

Angebot, bei weiterem Gesprächsbedarf Kontakt aufzunehmen

Vielen Dank für das Gespräch

Interviewleitfaden Männer

.....Kenn-Nummer:

A. Ausgangssituation

1. Zuerst würde ich gerne wissen, wie alt Ihr/e Kind/die Kinder jetzt ist/sind und wie alt Sie selber zum Zeitpunkt der Entbindung waren.
2. Nun möchte ich gerne zunächst von Ihnen etwas über die Zeit vor dieser Schwangerschaft erfahren.
Wie war damals Ihre Lebenssituation, gab es wichtige Ereignisse?
 - a. Wie war damals Ihre berufliche Situation?
 - b. Gab es vielleicht früher mit anderen Schwangerschaften schon einmal Probleme?
3. Wenn Sie sich nun zuerst an den Beginn dieser Schwangerschaft erinnern:
Wie ging es Ihnen in dieser Zeit?
 - a. Wie ging es Ihnen mit dem Gedanken an diese Schwangerschaft?

B. Weiterer Verlauf

4. Wann gab es aus Ihrer Sicht die ersten Schwierigkeiten in dieser Schwangerschaft?
Können Sie die bitte beschreiben:
 - a. Traten die Probleme plötzlich und unerwartet auf?
5. Wurden Sie ausreichend informiert? (Von wem?)
 - a. Welche Behandlung wurde vorgeschlagen?
6. Wie ging es dann weiter?
 - a. Stationär? Zu Hause? Mit Familienpflege?
 - b. Wer hat das organisiert?
7. Wie hat sich dadurch Ihre persönliche Situation geändert? (z.B. der Tagesablauf)
 - a. Mussten sie zusätzliche Aufgaben übernehmen?
 - b. Gab es Schwierigkeiten mit der Arbeit?

C. Kontakt

8. Konnten Sie über Ihre Situation sprechen? (Mit wem?)

9. Wie war die Reaktion in Ihrer Umgebung?
(z.B. Familie, Nachbarn, Kollegen..)

D. Erleben

Wenn wir noch einmal zurückdenken:

10. Als Sie erfuhren, dass ... (Problem benennen), wie ging es Ihnen?

a. Hatten sie selber das Gefühl etwas tun zu können?

11. Wie ging es Ihnen in der folgenden Zeit als die Frau liegen musste, ins Krankenhaus kam?

b. Manche Männer berichten, dass sie die Frauen nicht auch noch mit ihren Sorgen und Gefühlen belasten wollten; wie war das bei Ihnen?

12. Falls ältere Kinder da sind: Was glauben Sie, wie die Kinder diese Zeit erlebt haben?

13. Ist es Ihnen im Laufe der Zeit eher leichter gefallen, mit der Situation zu leben, wurde es schwieriger oder war es unverändert?

14. Was haben Sie an Unterstützung vermisst?

15. Was haben Sie als Unterstützung erlebt?

E. Coping

Nun interessiert mich, wie Sie es geschafft haben, diese ganzen Belastungen zu bewältigen. Wie Sie vorher beschrieben haben, ging es Ihnen nach der Diagnose ...

16. Was hat Ihnen geholfen damit umzugehen?

17. Was hat Ihnen in der folgenden Zeit, als Ihre Frau liegen musste/im Krankenhaus war, für sich geholfen, diese Situation zu bewältigen?

(Wenn sie jemand einen Tipp geben wollten: "Das hat mir gut getan damals ...")

(Wie konnten Sie familiäre, berufliche Verpflichtungen, die Wünsche der Partnerin und der Kinder vereinbaren?)

18. Was war Ihrer Ansicht nach für die Kinder hilfreich?

19. Haben Sie Hilfe von anderen bekommen? (Von wem?)

b. Wie war das Ihrer Meinung nach für die Beteiligten?

20. Wie war in dieser schwierigen Zeit die Verständigung untereinander?

F. Geburt und Folgezeit

21. Wie haben Sie die Geburt und die folgende Zeit erlebt?

a. Gab es Probleme im Wochenbett?

b. Wie waren Entwicklung und Verhalten des Kindes, der Kinder?

22. Wie haben sie sich als Vater gefühlt?

a. Falls ältere Kinder da sind: Gab es Unterschiede zu früheren Schwangerschaften?

23. Wenn Sie an die Behandlung zurückdenken, welche Wünsche hätten Sie gehabt?

24. Möchten Sie noch etwas ergänzen?

(Angebot, bei weiterem Gesprächsbedarf Kontakt aufzunehmen)

Vielen Dank für das Gespräch

Fragebogen zu soziodemografischen Daten

Kenn. Nummer:

Datum:

Kenn-Nummer und Datum werden von uns ausgefüllt

Wir benötigen auch einige kurze Angaben zu Ihnen, die nicht direkt mit der Schwangerschaft zusammenhängen:

1. Geschlecht: weiblich männlich
2. Geburtsjahr: _____
3. Nationalität: _____
4. Familienstand:
 verheiratet ledig geschieden/getrennt verwitwet
5. Leben Sie mit einem festen Partner zusammen? ja nein
6. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt,
Sie selbst eingeschlossen? _____
7. Wie viele davon sind 18 Jahre oder älter? _____
8. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? _____
9. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen? _____
10. Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?
 ja, ganztags nein, Hausfrau/Hausmann
 ja, mindestens halbtags nein, in Ausbildung
 ja, weniger als halbtags nein, arbeitslos
 nein, Berufsunfähigkeitsrente
 nein, anderes
11. In welcher beruflichen Stellung sind Sie zur Zeit beschäftigt, bzw.
(falls nicht mehr berufstätig) waren Sie zuletzt beschäftigt?
 Arbeiter/in Angestellte/r Beamtin/er
 Selbständige/r sonstiges

Codierschema für die inhaltsanalytische Auswertung der Interviews

Erleben zum Zeitpunkt der Diagnose

- E 1.1 Angst
- E 1.2 Hilflosigkeit
- E 1.3 Stimmung gedrückt
- E 1.4 Zuversicht
- E 1.5 Konflikt
- E 1.6 Überrascht
- E 1.7 Wut

Erleben im weiteren Verlauf

- E 2.1 Fortbestehende emotionale Belastung
- E 2.2 Belastung durch zusätzliche Aufgaben
- E 2.3 Konkrete Alltagsprobleme
- E 2.4 Konflikt
- E 2.5 Fortbestehende körperliche Symptome
- E 2.6 Körperliche Stabilisierung
- E 2.7 Allgemeine/psychosoziale Stabilisierung
- E 2.8 Weitere Belastungsquellen

Coping

- C 01 Vertrauen in die Medizin
- C 02 Optimismus
- C 03 Religion
- C 04 Problemanalyse
- C 05 Notfallreaktion
- C 06 Emotionale Entlastung
- C 07 Zuwendung
- C 08 Hilfe
- C 09 Verantwortung abgeben
- C 10 Eigeninitiative
- C 11 Alltagsorientiertes Coping
- C 12 Unterstützung durch den Arzt
- C 13 Sinngebung
- C 14 Akzeptieren
- C 15 Sich selber wertschätzen
- C 16 Durchhalten
- C 17 Ziele setzen
- C 18 Positive Rückmeldung
- C 19 Sich etwas Gutes tun
- C 20 Ablenken
- C 21 Abwarten
- C 22 Privatsphäre
- C 23 Hadern
- C 24 Auflehnung
- C 25 Resignation
- C 26 Haltung bewahren

Erleben und Coping der Kinder

- K1 akzeptierend/passiv
- K2 akzeptierend/aktiv
- K3 nicht akzeptierend/aktiv
- K4 nicht akzeptierend/passiv

Behandlungswünsche

- B1 Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Ärzten
- B2 Klinikalltag
- B3 postpartale Betreuung
- B4 Familienpflege
- B5 interdisziplinäre Behandlung
- B6 medizinische Versorgung

Codierschema für die inhaltsanalytische Auswertung der Familienbrettaufstellungen

Kategorien, die sich auf den Vergleich der Aufstellung 1 Beginn der Schwangerschaft mit der Aufstellung 2 Liegezeit beziehen

V0 Keine Veränderung in der Liegezeit dargestellt

Veränderungen, die die Anzahl der dargestellten Personen betreffen

P1 Andere Familienmitglieder kommen dazu

PG1 Großeltern kommen dazu

P2 Nicht-Familienmitglieder kommen dazu

Veränderungen, die die Kernfamilie betreffen

A0 Keine Änderung der Kernfamilie in der Liegezeit

A1 Annäherung der Mitglieder der Kernfamilie

A2 Entfernung der Frau von der Kernfamilie

A3 Annäherung von Mann und Kind(ern)

A4 Positionswechsel des Kindes aus der Kernfamilie

A5 Öffnung der Kernfamilie

A6 Entfernung des Mannes von der Kernfamilie mit Annäherung von Frau und Kind(ern)

Veränderungen des Umfeldes der Kernfamilie

Z 2 Annäherung/Zuwendung der Großeltern

Z 3 Annäherung/Zuwendung von Personen innerhalb des Umfeldes der Kernfamilie

E 3 Entfernung/Abwendung der Großeltern

E 2 Entfernung/Abwendung von Personen innerhalb des Umfeldes der Kernfamilie

U2 Helfer als Untergruppe zu erkennen

Position der Familienpflegerin

F0 Familienpflegerin nicht dargestellt

F1 Familienpflegerin mit Bezug zur Kernfamilie dargestellt

F2 Familienpflegerin entfernt von der Kernfamilie dargestellt

Kategorien, die sich auf den Vergleich der Aufstellung 2 Liegezeit mit der Aufstellung 3 Zeit ca. 1 Jahr nach der Geburt beziehen

- G1 Familie ohne Änderung in der Liegezeit nach der Geburt neu formiert
- G2 Während der Liegezeit erfolgte Änderung der Kernfamilie bleibt teilweise bestehen
- G3 Während der Liegezeit erfolgte Änderung Kernfamilie bleibt nicht bestehen
- G4 Während der Liegezeit erfolgte Änderung des Umfeldes bleibt teilweise bestehen
- G5 Während der Liegezeit erfolgte Änderung des Umfeldes bleibt nicht bestehen
- G6 Zuwendung des Umfeldes zur Kernfamilie

Codierleitfaden für die Auswertung der Interviews

Erleben zum Zeitpunkt der Diagnose

E 1.1 Angst

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Angst explizit ausgesprochen oder sinngemäß beschrieben wird.

Codierregel:

Es wird das Ausprägungsspektrum der Angst von Panik, Schock bis konkrete Furcht und Sorge einbezogen.

Ankerbeispiele:

- F 6 Panische Angst, was passiert mit mir.
- F 13 Entsetzlich, totaler Schock.
- F 28 Zu Tod erschrocken, da das erste Kind ein Frühchen war.
- F 12 Angst, die Kinder zu verlieren.
- M 27 Hatte schon Angst.
- M 3 Ich empfand das Zurückkommen der Frau vom Frauenarzt als eine Art Schock.
- M 10 Da haben wir schon befürchtet, dass es wieder dahin geht.
- M 26 War natürlich besorgt um sie und um das ungeborene Kind, weil, man macht sich einfach Sorgen um seine Liebste. Man macht sich Gedanken, ob mit der Schwangerschaft alles gut geht, ob das Kind gesund zur Welt kommt und wie es dann aussieht, wenn es vielleicht doch nicht gesund zur Welt kommt.

E 1.2 Hilflosigkeit

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten ihre erlebte Hilflosigkeit oder Unsicherheit beschreiben oder sich darauf beziehen.

Ankerbeispiele:

- F 6 Hilflosigkeit und das Gefühl, in die Situation hineinzuschlittern, ohne zu begreifen, was da eigentlich passiert.
- F 27 Da war ich schon hilflos, weil, mein Mann war nicht dabei. Wie soll ich das machen, wenn ich jetzt schon in der dreizehnten Woche anfangen?
- F 4 Das ist ein Felsbrocken, der einen da fast überrollt.
- F 14 Man wurde nicht genau informiert, was wird jetzt gemacht, wie schaut's eigentlich aus, wie schlimm ist es, das fand ich schon schade, weil, man hängt in der Luft.
- M 29 Hilflos.
- M 3 Ich wusste nicht, was Sache ist und wie es weiter geht.
- M 6 Unsicherheit, kommt es wieder. Keiner konnte letztendlich sagen, warum das Myom Probleme gemacht hat. Die Unsicherheit, das war das Belastendste.
- M 17 Stand aber relativ dumm daneben. Hätte keine Ahnung gehabt, was ich tun könnte. Man kam sich unbeholfen vor.

E 1.3 Stimmung gedrückt

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten ihre negativ veränderte Gemütslage zum Ausdruck bringen.

Codierregel:

Kodiert werden Äußerungen, die den gesamten Bereich gedrückter Stimmungslage umfassen.

Ankerbeispiele:

F 32 Ich war psychisch fix und fertig.

F 28 [Stimmung] Schlecht.

F 19 Am Boden zerschlagen ... erdrückend, plötzlich in der Klinik bleiben zu müssen.

M 10 Da ging's uns schon ziemlich dreckig, gerade kurz vor Weihnachten.

M 26 Man leidet da auch irgendwo mit und es belastet ja auch einen psychisch, wenn's dem anderen net gut geht.

M 14 Schade und traurig.

M 9 Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt. Es war nur noch so eine Karussellfahrt von oben nach unten. Da waren Fahrten dabei, da haben wir gesagt, das kann's doch nicht geben, jetzt haben wir sechs Jahre alles gemacht und getan, dann ist man schwanger, dann kriegt man gleich den nächsten Prügel in den Weg.

E 1.4 Zuversicht

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Zuversicht oder die Abwesenheit von großer Besorgtheit zum Ausdruck gebracht werden.

Codierregel:

Codiert werden auch Äußerungen, in denen innere Ruhe trotz gleichzeitig bestehender Sorge beschrieben wird.

Ankerbeispiele:

F 6 Keine Angst um das Kind.

F 11 Ich war relativ ruhig.

F 2 Von daher war ich schon irgendwo im tiefsten Inneren beruhigt, aber natürlich aufgeregt, weil man ja nicht damit gerechnet hat, so plötzlich in die Klinik zu müssen.

F 25 Selber gutes Gefühl gehabt, dass Schonen hilft.

M 16 Schon gedacht, dass es wie bei der ersten [Schwangerschaft] auch gut geht.

M 7 Wusste, dass sie in guten Händen war, (C 01) deswegen war ich nicht besorgt in irgendeiner Weise.

E 1.5 Konflikt

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich auf innere oder zwischenmenschliche Konflikte beziehen oder diese beschreiben.

Codierregel:

Codiert werden auch z. B.: Interessenskonflikte oder Konflikte, die durch die Auseinandersetzung mit Sachzwängen oder medizinischem Personal entstanden sind.

Ankerbeispiele:

- F 12 War furchtbar für mich, also ich wollte die Schwangerschaft [Drillingsschwangerschaft] überhaupt nicht austragen, die ersten Wochen. Habe ich innerlich total abgelehnt und abgeblockt. War ich nicht bereit dafür. Ich hatte mich bis dahin noch gar nicht an den Gedanken gewöhnt.
- F 16 Wollte aber höchstens einen Tag bleiben, da es zu Hause keinen Ersatz für mich gibt.
- F 24 Ich habe dem Arzt das aber auch gesagt: Ich denk nur an das Kind [zu Hause], ich kann nicht essen, ich hab an die zwei gedacht, ich muss essen, aber das ist einfach nicht gegangen.
- F 9 Mir ging es gut, nur die Ärzte hatten Angst. Meiner Meinung nach haben die Ärzte das hochgespielt.
- M 30 Hin und her gerissen zwischen Familie und Arbeit.
- M 20 Der Chef sagt, er sieht das ein, aber trotzdem wirst du gebraucht.
- M 20 Ich war halt auf der Arbeit, bin angerufen worden, ins Krankenhaus. Ja, was machen wir mit dem Kind? Das war halt das Problem.

E 1.6 Überrascht

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen berichtet wird, dass die Problematik für die Betroffenen unerwartet oder plötzlich aufgetreten ist.

Ankerbeispiele:

- F 2 Ich hatte ja vorzeitige Wehen gehabt und die sind überraschend für mich gekommen. ... natürlich aufgeregt, weil man ja nicht damit gerechnet hat, so plötzlich in die Klinik zu müssen.
- M 3 Denn diese Nachricht: „Ich muss ins Krankenhaus!“ war völlig unerwartet. Denn bis dahin lief eigentlich alles in Ordnung.

E 1.7 Wut

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Wut oder Ärger über die Situation oder über beteiligte Personen zum Ausdruck kommen.

Ankerbeispiele:

- F 10 Wenn der wüsste, was du alles mitgemacht hast, und dann so eine Aussage zu treffen ist nicht gerade toll. Auf seine Behandlung habe ich nicht so viel Wert gelegt, der ist ein bisschen grob.
- F 30 Da warst du schön doof [zu denken, es gibt keine Probleme].
- F 16 Wollte schnell wieder nach Hause. Familienpflege wurde nicht angeboten. Da hat sich kein Mensch dafür interessiert, ob das klappt oder nicht klappt.
- F 24 Und er [der Arzt] hat zu mir gesagt, ich soll nicht an die [Tochter zu Hause] denken, ich soll an die zwei drin denken. Das sagt sich total leicht.
- M 15 Unpassend! Wieso müssen wir jetzt da rein?

Erleben im weiteren Verlauf

E 2.1 Fortbestehende emotionale Belastung

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten Gefühle aus den Themenkreisen Angst, Hilflosigkeit und gedrückte Stimmung beschreiben.

Codierregel:

Codiert werden auch Äußerungen, die sich auf wechselnde Stimmungslagen beziehen.

Ankerbeispiele:

- F 17 Ich habe immer Angst gehabt, jetzt kriege ich wieder eine Wehe, hoffentlich ist nichts, jetzt kommt wieder ein wenig Blut, hoffentlich ist nichts. Ich traute mich dann schon gar nicht mehr aufs Klo zu gehen, hoffentlich ist nichts. Wenn ich jetzt drücken muss, weil es ja mit dem Darm ja natürlich auch nicht funktioniert hat, hoffentlich ist nichts. Das beschäftigt dich tagtäglich, nachtnächtlich. Das ist ganz schlimm.
- F 14 Drei Wochen ist noch kurz, aber für mich war's schon lang, und man weiß ja nicht, wie's weitergeht und es sich entwickelt, und dann liegt man da und es schraubt ständig einer an einem rum und man wird im Prinzip auch nicht so richtig informiert, was los ist und, wie geht's den Kindern und wie geht's den Kindern mit dem Partusisten eigentlich und da macht man sich ja auch noch Gedanken und ist drauf bedacht, dieses i.v. Zeug loszukriegen vielleicht lieber auf die Tabletten, wo's weniger ist.
- F 22 Ich habe auch Angst gehabt, vor allem zum Schluss, ob ich net langsam eine Fremde für ihn [den Sohn] wenig. Ob er dann nicht irgendwann, wenn ich daheim bin, sagt: „ich geh zur Oma, du hast ja die Kleinen noch dabei“ und bin son bissle abgemeldet.
- F 4 Schlecht, als Mann Dienstreise machte.
- M 26 Auch trotzdem noch in Sorge. Man hat ja während ner ganzen Schwangerschaft immer ein Gefühl der Ungewissheit, ob es jetzt gut ausgeht oder net und was einen erwartet.
- M 17 Abends halt, wenn das Kind geschlafen hat und man vorm Fernseher gesessen hat, da hat man sich schon so seine Gedanken gemacht, was jetzt passieren kann, was ist jetzt, wenn das Kind irgendwelche Schäden davonträgt später dann.
- M 15 Das war eine ungewisse Sache. Das war ein komisches, mulmiges Gefühl dann immer.
- M 4 Natürlich geht die Spule leer, wenn du auf einmal allein im Wohnzimmer hockst, und normalerweise sitzt die Frau dabei und, in Anführungszeichen, das kleine Kind.
- M 12 War dann klar, dass sie drin bleiben muss, und dann hat sich das hingezogen ohne Ende.

E 2.2 Belastung durch zusätzliche Aufgaben

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Belastung durch zusätzliche Aufgaben oder die entstandene Doppelbelastung durch Arbeit und Haushalt beschrieben wird. (situationsbedingt nur bei Männern)

Ankerbeispiele:

- M 22 Gefühl, mir zerrinnt alles zwischen den Händen, man macht sich ja auch einen Plan, und den konnte ich natürlich nicht einhalten.
- M 9 Habe den Haushalt ziemlich komplett gemacht, bis auf die Wäsche, das pack ich net, aber mit Kochen, putzen, das ging dann. Es ist halt viel liegen geblieben.

- M 24 Das waren Sachen, die ich ewig nicht mehr gemacht hatte. Früh z. B. die Kinder fertig gemacht für in den Kindergarten gehen; fertig machen ging noch, aber Kleider aussuchen das ist eine Katastrophe, vor allem, wenn die Kleinen dann doch schon wieder so groß sind, dass sie ihren eigenen Kopf haben. Das habe ich dann abends machen müssen, weil ich das früh überhaupt nicht auf die Reihe bekommen habe.
- M 4 Musste normal weiterarbeiten, und dann haben wir ja das Zimmer hergerichtet, das stand alles in der Wohnung rum und dann noch nebenher ins Krankenhaus, aber das ist ja ganz normal, in Anführungszeichen, dass es mehr wird.
- M 26 Ich hab's versucht und ich hab's auch gemacht, aber es ist auch irgendwann ein zeitliches Problem.
- M 30 Von einem Extrem ins andere [Arbeit/zu Hause] ohne Pause. ... Die Arbeit hat unter der Mehrbelastung gelitten. ... Gerade im letzten Drittel der Schwangerschaft hatte ich sehr viel Arbeit, war sehr stark eingebunden, konnte nicht den ganzen Ballast vorher abstreifen. Man ist halt angespannt und man muss immer mehr leisten.

E 2.3 Konkrete Alltagsprobleme

Definition:

In dieser Kategorie werden konkrete Alltagsprobleme benannt.

Codierregel:

Codiert werden auch Äußerungen, in denen Belastungen beschrieben werden, welche sich aus den konkreten Alltagsproblemen ergeben.

Ankerbeispiele:

- F 2 ... und es war ein Kommen und Gehen in dem Zimmer, die hat bis nachts um eins noch telefoniert, der Fernseher lief den ganzen Tag. Ich hatte meine Wehen, ich wollte eigentlich nur meine Ruhe haben.
- F 10 Als ich dann nur noch liegen durfte, überhaupt nicht mehr aufstehen, also das ist schon ein bisschen entwürdigend, wenn man dann auf die Bettschüssel muss.
- F 14 ... Die kriegen dann viel Besuch und das immerzu und man liegt da drin und muss sich im Bett waschen.
- F 11 Und beim zweiten Krankenhausaufenthalt war ich mit einer sehr netten [Frau] im Zimmer, die hat geschnarcht, so was habe ich noch bei keinem Mann gehört. Also das war ein wahnsinniger Stress. Ich bin dann nach eineinhalb Wochen wieder heim, um mich auszuschlafen.
- F 30 Ganz am Anfang hatte ich eine Mutter, eine, die auch schon ein Kind hatte und mit Zwillingen schwanger war, und das war ganz dramatisch, und ich hatte das Gefühl, ich habe selbst so viel, und da werde ich auch noch mit dem Leid anderer belastet? Und dann war da noch eine Türkin, die hatte immer zwanzig Mann Besuch, die saßen dann auf meinem Bett und auf ihrem Bett. Normalerweise ist mir das wurst, dann sage ich, dann gehe ich eben in die Cafeteria, aber man kann ja nicht, und das hat mich belastet und dann habe ich gesagt, das kann ich nicht.
- F 22 Das war für mich das Schlimmste, wenn der Sohn dabei war, nicht viel mit ihm unternehmen zu können. ... Also für Kinder hat's gefehlt. Wir hatten zwar die Spielsachen alle dabei, aber der Raum fehlt und auch das Ambiente, wo man hätte sagen können, man hätte sich mit einem Kind wohl gefühlt.
- M 24 Es wird geschaut, wie lange man arbeitet am Tag, und für die Zeit bekommt man eine Familienpflegerin. Allerdings wird der Weg nicht berechnet, sodass eine Stunde Differenz entstand, die abgedeckt werden musste.

- M 18 Was schwieriger war, war, dass der Sohn anders untergebracht werden musste.
M 12 Es fehlt Privatsphäre.

E 2.4 Konflikt

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten Konflikte beschreiben, die im weiteren Verlauf von Bedeutung sind.

Codierregel:

Codiert werden innere Konflikte, Interessenskonflikte, zwischenmenschliche Konflikte, oder Konflikte, die durch die Auseinandersetzung mit Sachzwängen oder medizinischem Personal entstanden sind.

Ankerbeispiele:

- F 31 Das war schon für mich ein innerlicher Kampf, dieses zu sagen, also gut, jetzt ist dieses einfach dran, dieses Kind.
- F 27 Die Familienpflegerin war ein älterer Mensch und ich sitz faul auf der Haut und sie macht für mich die Arbeit; das ist für mich sehr, sehr schwer.
- F 4 Man kriegt gesagt: „Schon dich!“ Und man geht heim und schont sich. Jetzt lieg ich da, mal zwei Stunden auf der Couch – ja, jetzt hab ich aber keine Beschwerden und nichts, was mache ich jetzt?
- F 31 Da war jetzt auch keine im Bekanntenkreis, wo in der gleichen Situation war. Die konnten alles machen in der Schwangerschaft. Da kommt man sich ja selber dumm vor. Stell ich mich a wenig blöd an, bin ich wenig so weicheiig. Man fragt viel. ... Das war auch schwer zu akzeptieren, dass man Hilfe braucht. Außen ist es ja anders gesehen worden. Hast du es gut, lässt dich schön verwöhnen.
- F 24 Und dann musste ich nur liegen. Aber schlimm war, dass meine Tochter noch nicht im Kindergarten war, ... und mein Mann ist immer mit der gekommen, und die hat geweint, weil die mich vermisst hat. Und immer geweint und geweint, und dann habe ich zu dem Arzt gesagt, nach 2 Wochen, dass ich einfach heim muss. Weil ich psychisch selber nicht mehr konnte.
- F 11 Ich hatte eine Infektion in der Scheide, da wollten sie mir gleich Antibiotika per Infusion geben, das wollte ich nicht. Ich habe mir dann das örtlich verabreichen lassen. Und das sind so Sachen, da ist die Kompromissbereitschaft der schulmedizinischen Frauenärzte nicht so groß. ... Es ist schon immer wenig ein Kampf.
- M 17 Ich habe viel an sie gedacht, Es war immer ein Zwiespalt: Denke ich jetzt an die Arbeit oder denke ich an sie?
- M 26 Ich bin zwar einigermmaßen zeitlich flexibel, aber es gibt gewisse Stoßzeiten wo dann einfach viel zu tun ist. Es war dann einfach ein Zwiespalt, wobei für mich jetzt immer die Familie an erster Stelle steht, also ich hätte dann eher mal - da lässt man da geschäftlich mal was sausen. – Man muss halt kucken, dass alles in Ordnung ist und kann sich auch mal ne Freiheit rausnehmen. Wobei jetzt so eine Freiheit – dann auf die Schwangerschaft bezogen, wo es dann problematisch war, vielleicht das letzte halbe Jahr – kann ich dann nicht ständig sagen, ich bleib jetzt mal einen Tag die Woche daheim, das ist natürlich net möglich.
- M 18 Es ist schon ein hin- und her- Diskutieren was ist besser, nach Hause oder nicht. Schwierig, als Außenstehender zu sagen, mach's oder mach's nicht.

E 2.5 Fortbestehende körperliche Symptome

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen das Vorhandensein von fortbestehenden oder nicht dauerhaft nachlassenden körperliche Symptomen beschrieben wird.

Codierregel:

Codiert werden auch Äußerungen, in denen die Belastung durch fortbestehende oder nicht dauerhaft nachlassende körperliche Symptome beschrieben wird.

Ankerbeispiele:

- F 5 Ich habe nämlich jeden Besuch und alles gemerkt. Also an der Wehentätigkeit. Die Schwestern sind jedes Mal aus allen Wolken gefallen.
- F 18 Eher schwerer, weil die Medikamente nicht so angeschlagen haben wie sie sollten.
- F 14 Vier Mal am Tag das CTG, und man sieht, man hat Kontraktionen, es schlägt nicht so richtig an. Man war aufgeregt, wenn die Herztöne nicht leicht zu finden waren. Ich habe auch immer auf die Aufzeichnung geschaut und wollte ja, dass es sichtlich besser wird, das war aufreibend. ... Immerzu das Auf und Ab. Und Tabletten dann wieder i.v. und man ist frustriert, wenn es keine richtige Besserung gibt.
- F 26 Die Ungewissheit hat kein Ende genommen, immer etwas anderes an Komplikationen.

E 2.6 Körperliche Stabilisierung

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten über nachlassende Symptomatik oder stattfindende körperliche Stabilisierung und die sich daraus ergebenden Folgen für die Befindlichkeit berichten.

Ankerbeispiele:

- F 37 Gemerkt, es wird schnell besser.
- F 24 Ich habe gemerkt, dass mit dem Tropf das [die Wehen] weniger war.

E 2.7 Allgemeine/psychosoziale Stabilisierung

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten eintretende oder zunehmende allgemeine Stabilisierung wie nachlassende Ängste und Sorgen, wachsende Zuversicht oder Erleichterung beschreiben.

Codierregel:

Codiert werden auch Äußerungen, die die positiv veränderte Befindlichkeit in Folge einkehrender Routine und fortschreitender Zeit beschreiben

Ankerbeispiele:

- F 5 Eher leichter dadurch, dass man dann ein bisschen Routine kriegt. Man hat sich ja dann häuslich eingerichtet mit Handarbeit, Fernseher und allem. Es ist leichter gefallen, dadurch, dass halt niemand auf einen gewartet hat.

- F 13 Irgendwann, man gewöhnt sich dann, ist es besser geworden, sind die Tage schneller rumgegangen, der Tag hat eine andere Struktur gekriegt, das Tageshighlight war immer, wie ich zum Duschen gegangen bin. Und dann habe ich gemerkt, wie ich über der Halbzeit war von diesen 7 Wochen, ab da ging's dann glaube ich aufwärts.
- F 29 Angst wurde langsam weniger, als man sagen konnte, es ist jetzt alles entwickelt.
- F 31 Konnte Hilfe am Schluss annehmen und genießen.
- F 22 Aber es war für mich sehr angenehm, dass man versucht hat, das zu stabilisieren und wenn stabil ist, dass man auch sagt, Sie können heim unter der Prämisse, wenn's schlechter wird, kommen Sie wieder.
- M 24 Ganz eindeutig, nach einer Woche waren so die kleinen Arbeiten früh oder abends ganz leicht zu bewerkstelligen.
- M 4 Als die Frau dann zu Hause war, war es schon wieder viel normaler, da ging es einem gleich schon viel besser.
- M 19 Nachdem ich gesehen habe, dass sie in der Klinik gut versorgt ist, war man schon ein Stück weit beruhigter.
- M 11 Sie musste sich zwar ziemlich schonen, aber dann kam auch schon eine Zeit, wo wir uns schon gefreut haben auf das Bevorstehende. ... Das habe ich in ganz angenehmer Erinnerung.
- M 23 Und da hat der Arzt auch gesagt, sie bleibt da und von daher war ich zwar beunruhigt aber nicht übermäßig nervös.

E 2.8 Weitere Belastungsquellen

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten Reaktionen ihres Umfeldes oder der behandelnden oder betreuenden Personen als Belastungsquelle thematisieren.

Ankerbeispiele:

- F 28 Bin oft begrüßt worden mit: „Ja zwei Kinder hätten auch gereicht.“
- F 13 Bei der Arbeit und im Umfeld sagten viele: „Ach Gott Zwillinge, bestimmt im siebten Monat ein Kaiserschnitt.“
- F 27 Es gab viele Reaktionen: „Was, stell dich nicht so an!“ „Jetzt brauchst du auch noch eine Haushaltshilfe.“
- F 36 Außenstehende verstehen es nicht, dass man sich keine schöne Zeit macht, wenn man so lange im Bett liegt. Kollegin: „Du hast's ja gut, du liegst ja da.“ Die Schwiegermutter vermittelte den Eindruck: Ich plag mich hier ab und die liegt da nur faul rum.
- F 10 Er kuckt den Ultraschall an und sagt, Sie wissen schon, das eine werden Sie verlieren.
- F 23 Das einzige Mal wo ich mich geärgert habe, dass ich zwei Tage auf den Kinderarzt gewartet habe, der mich über Frühgeburt aufklären sollte.
- F 14 Man hat auch ständig unterschiedliche Ärzte, das ist in der Klinik klar, dass man nicht eine Bezugsperson hat, aber, wenn's so viele sind, dann müsste man trotzdem irgendwie gucken ... und sich untereinander absprechen. Und viele Ärzte haben dann auch erstmal gar nicht gewusst – ach, der Arzt hat jetzt das angeordnet? Da musste ich schon auch viel sagen: „Also er hat jetzt so und so gemeint, Sie sagen es jetzt wieder anders.“ Man ist da sehr verunsichert. Und der Mann kriegt wenig mit. Wenn er den ganzen Tag arbeitet und nur abends kommen kann, ist das halt schlecht.

- F 6 Dann wurde gesagt, dass an der Pforte Taxis stünden. Ich sollte mich unbedingt körperlich schonen, es wurde aber keine Hilfe beim Packen oder Tragen der Tasche angeboten. Als ich bei den Taxen war hat die Taxifahrerin gesagt, dass die Schwestern nur anrufen müssen und sie dann die Patienten von den Stationen abholen und die Taschen.
- F 11 Wenn eine allein gekommen ist [um das CTG anzulegen], dann musste ich ja mithelfen und so konnte ich dann selber ein Gefühl entwickeln. Ich hab's bei meinem Bauch dann am häufigsten gemacht. Und wenn dann eine gemeint hat: Nein, wir sind zu zweit und wir machen das selber, das fand ich furchtbar. Man kommt sich so entmündigt vor.
- F 29 Immer nicht zu wissen, sind die Kinder jetzt betreut... und nicht zu wissen, wie geht es jetzt weiter [Problem mit Kostenübernahme für die Familienpflege].
- M 22 Manchmal blieben ein paar Fragen offen und die Ärzte neigen dazu, zu sehr aus der Statistik zu plaudern, und die sieht oft schlechter aus, als die Realität. Da wurden manchmal Dinge gesagt, die man besser nicht gesagt hätte, was alles sein kann. Das trägt nicht besonders dazu bei, dass man den Optimismus bewahrt.

Coping

C 01 Vertrauen in die Medizin

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten Vertrauen in die Medizin als hilfreich für die Bewältigung der Situation benennen.

Codierregel:

Es werden Äußerungen codiert, die das Vertrauen in die Medizin als solcher, das Vertrauen zu Ärzten, Pflegepersonal und Hebammen, Vertrauen in die Wirkung von Medikamenten sowie in Behandlungsmaßnahmen allgemein umfassen.

Ankerbeispiele:

- F 9 Habe mich aber schon auf die Ärzte verlassen.
- F 10 Die Gewissheit, wenn was ist, es ist immer jemand ruck zuck da.
- F 28 PNZ [Perinatalzentrum] in der Nähe.
- F 12 Medizinische Versorgung war gut.
- M 2 Vertrauen in die Medizin.
- M 8 Gefühl, gut aufgehoben sein.

C 02 Optimismus

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten Optimismus oder eine positive Lebenseinstellung als hilfreich für die Bewältigung der Situation angeben.

Codierregel:

Codiert werden Äußerungen, in denen dispositioneller Optimismus zum Ausdruck kommt, und Äußerungen, die positives Denken oder sich selber Mut machen beschreiben.

Ankerbeispiele:

- F 5 Bin nicht so ein pessimistischer Mensch.
- F 18 Geht nur vorwärts, nicht zurück.
- F 32 Habe immer versucht, das vom Negativen ins Positive umzupolen, sei froh, dass du hier bist, es liegen Frauen teilweise ein halbes Jahr irgendwo und die schaffen es auch.
- F 10 Positives Denken: Sind halt zwei Kämpferle.
- M 3 Optimistisch eingestellt.
- M 21 Positive Lebenseinstellung.
- M 11 Gefühl, es klappt.

C 03 Religion

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten die Religion als Hilfe bei der Bewältigung der Situation benennen.

Ankerbeispiele:

- F 26 Beten.
- F 12 Sehr viel Gottvertrauen aufgebaut.
- F 11 Eigentlich habe ich gedacht, der liebe Gott hat mir jetzt die drei Babys geschenkt, der wird sie mir net ausgerechnet an Weihnachten wegnehmen. Das war, was mir am meisten Kraft gegeben hat, der Gedanke, dass ich nicht an Weihnachten die Babys verliere.
- M 10 Hab für mich gebetet.
- M 14 Gebetet, Kraft zu geben.
- M 22 Der Glaube: Gott macht keine Fehler.

C 04 Problemanalyse

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen zum Ausdruck kommt, dass sich die Befragten durch eigene Analyse und Bewertung der Situation dieser besser gewachsen fühlten.

Ankerbeispiele:

- F 38 Die Schwangerschaft war nicht in Gefahr.
- F 26 Ich habe gewusst, dass Frühchen gute Chancen haben.
- F 14 Bei anderen zu sehen, es geht oft gut.
- F 17 Ich wusste, was beim ersten geholfen hat.
- F 19 Wenn ich liegen bleibe, geht es wahrscheinlich dem Kind besser und mir wird es dann auch besser gehen.
- M 7 So lang keine Komplikationen ... so lang das alles normal läuft, die haben auch die Lungenreife gespritzt, braucht man sich eigentlich keine gesteigerten Gedanken zu machen.
- M 26 Man hat gewusst, die Unterstützung und die Pflege bringt einen ein Stück weiter, dass die ganze Geschichte gut ausgeht, weil dadurch kann sich die Frau schonen, und dass man das im Hinterkopf hat, das hilft einem am meisten.
- M 23 Es war nicht so schlimm, wie bei der ersten und der zweiten Schwangerschaft.
- M 3 Weil dann klar war, sie muss ruhen und diese Ruhe kann ich ihr geben.

C 05 Notfallreaktion

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Abwehrvorgänge im Sinne einer „Notfallreaktion“ die Betroffenen kurzfristig handlungsfähig erhalten und somit in die Lage versetzen, Bewältigungsanstrengungen zu unternehmen (Lang/Faller 2000)

Ankerbeispiele:

- M 21 In dem Moment war's ein echter Schock. Aber auch der war relativ kurz, weil man sich dann aufs Wesentliche besonnen hat. Sie ist ja dann schon in den Kreißaal geschoben worden, und ich war dann nur drauf und dran, hinterher zu kommen, dass ich mit dabei bin, und ab dem Moment hat man sowieso nur noch die zwei im Kopf gehabt, und alles andere war Nebensache.

C 06 Emotionale Entlastung

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten z. B. Weinen als erleichternd bei der Bewältigung der Situation benennen.

Ankerbeispiele:

- F 3 Ich bin dann heimgefahren und sagte zu meinem Mann: Ich packe jetzt meinen Rucksack zusammen, und dann habe ich zu heulen angefangen, weil ich auch nicht wusste, was passiert jetzt.
- F 26 Weinen.

C 07 Zuwendung

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten emotionale Unterstützung in Form von Zuwendung als Hilfsmöglichkeit der Mitmenschen in der bestehenden Situation benennen.

Codierregel:

Codiert werden Trost, Beistand und von anderen erfahrene Wertschätzung sowie intensiver Austausch und Kontakt mit anderen.

Ankerbeispiele:

- F 10 Ich habe mich immer gefreut, wenn mein Mann abends wieder anruft, und wir sagen gute Nacht, und er sagt den Kindern gute Nacht da habe ich immer den Hörer auf den Bauch gelegt, darauf habe ich mich immer gefreut, das waren so Kleinigkeiten.
- F 14 Ich hab dann am Ende zehn Tage eine [Mitpatientin], die auch Zwillinge bekam, hat auch Probleme gehabt, und das war dann echt o.k. Man konnte sich dann austauschen. Mit der konnte ich dann die Probleme auch besprechen. Man hat sich dann geholfen.
- F 5 Sie [die Krankenschwestern] haben einen immer wieder aufgemuntert.
- F 35 Diese ganze Rücksichtnahme von allen, das hat schon enorm gut getan.
- M 21 Mit den ganzen Leuten zu reden, zu denen man Vertrauen hat.
- M 11 Dann auch die Beziehung zu meiner Frau hat mir schon Unterstützung gegeben, das Gefühl, wir halten zusammen. ... Dieses Zusammengehörigkeitsgefühl habe ich doch als sehr unterstützend erlebt.
- M 17 Chef, ist Mediziner, hat gesagt, man sollte sich keine so großen Gedanken machen, das scheinen sie ganz gut im Griff zu haben.
- M 18 Die sind davon ausgegangen, Zwillinge, das sind doch immer Probleme von der Schwangerschaft her. Wenn irgendwas wäre hätte jeder geholfen.

C 08 Hilfe

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen instrumentelle Unterstützung durch andere (z. B. Familie, Menschen aus dem näheren Umfeld oder Familienpflege) als wichtige Hilfe bei der Bewältigung der Situation genannt wird.

Ankerbeispiele:

- F 37 Es hat sehr geholfen, dass das mit der Familienpflegerin so schnell geklappt hat, dass ich wirklich schnell jemanden, auch beide Male schnell jemanden, bekommen habe.
- F 23 Die Hilfe der großen Kinder.
- M 29 Wenn die Familienpflegerin nicht gewesen wäre, wäre ich untergegangen.
- M 25 Wir hatten ja nicht nur die Familienpflege, sondern auch aus der Verwandtschaft Unterstützung, da sind die immer angerückt und haben uns auch unterstützt.
- M 17 Wenn die Omas nicht gewesen wären, hätten wir schon ein großes Problem gehabt, wo kriegen wir unseren Sohn unter, aber so haben wir das ganz gut auf die Reihe gebracht.

C 09 Verantwortung abgeben

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten thematisieren, dass sie die Möglichkeit, Verantwortung abgeben zu können, als hilfreich bei der Bewältigung der Situation erlebt haben.

Codierregel:

Codiert werden auch Äußerungen, in denen die Befragten zum Ausdruck bringen, dass es entlastend war, wenn Verantwortung durch Dritte (z. B. Familienpflegerin oder Arzt) übernommen wurde.

Ankerbeispiele:

- F 13 Dass ich gemerkt habe, dass ich mich ausruhen konnte, dass ich versorgt war, dass ich mich um nichts kümmern musste, Essen und so, das war hilfreich.
- F 37 Ich habe mich oft auch zurückgezogen und war nicht die ganze Zeit dabei und habe ein oder zwei Kinder auch wirklich der Familienpflegerin überlassen und habe die zum Spaziergehen geschickt, zum Einkaufen geschickt, dass sie viel unterwegs gewesen ist.
- F 2 An der Arbeitsstelle die haben gesagt: „Machen sie es später, das [die Schwangerschaft] ist jetzt erst mal wichtig, und sie schauen jetzt erst mal auf sich, und alles andere regelt sich schon.“
- M 26 Wobei jetzt aber, wie die Familienpflegerin da war, also ich war beruhigt. Weil man gewusst hat, es ist jemand da, der kümmert sich jetzt um die elementaren Dinge, die Standardsachen, dass die Kinder die Wäsche gewaschen kriegen, dass die was zu essen kriegen, dass die vom Kindergarten abgeholt werden und dass da auch ein geregelter Tagesablauf für die da ist, dass die da nicht so aus der Bahn geworfen werden, also mir hat das eigentlich schon ein Stück Sicherheit gegeben.
- M 25 ... wenn es dann angelaufen ist, wusste man, man konnte sich auf die Leute verlassen, die hier waren, und dann war es wieder eine Entlastung. Da konnte man dann auch entspannter losfahren.
- M 12 Ich war froh, dass meine Frau in den letzten Wochen im Krankenhaus war, weil sie versorgt war.

C 10 Eigeninitiative

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten eigene Einflussmöglichkeiten benennen, die sie als hilfreich für die Bewältigung der Situation erlebt haben.

Codierregel:

Codiert werden auch Möglichkeiten, auf Entscheidungen, Behandlung oder Medikation Einfluss zu nehmen oder Eigenverantwortung zu übernehmen.

Ankerbeispiele:

- F 8 Weil ich mich daheim wohler fühle, bin ich dann [aus dem Krankenhaus nach Hause] gegangen. Ich bin dann noch mal ein Wochenende rein, weil meine Eltern auch nicht da waren, das überlegt man sich dann schon, weil ich dann mit Sicherheit mehr unterwegs gewesen wäre.
- F 27 Da es zu früh in der Schwangerschaft war, eine Haushaltshilfe zu beantragen, habe ich alles stehen und liegen lassen.
- F 3 Als ich da ins Krankenhaus kam, kam ich zu einer Ärztin, die sehr verständnisvoll war, der habe ich gesagt, dass ich auf gar keinen Fall das Ganze [i.v. Tokolyse] wieder machen möchte. Es haben sich die Wehen im Krankenhaus wieder nicht bestätigt, und die hat dann gemeint, ich müsste auf eigene Verantwortung nach Hause, weil ich eine Einweisung habe. Wir haben uns dann geeinigt, dass ich eine Nacht im Krankenhaus bleibe, aber sie nichts unternehmen. Wenn irgendwas wäre, wäre ich ja dort, und sie könnten was unternehmen. Da war ich dann ganz zufrieden mit. Das habe ich dann auch gemacht.
- F 6 Auf dem Weg in die Klinik Kügelchen genommen.
- M 25 Man schafft das. Man muss im Endeffekt einen Weg finden und dann organisieren und dann aus der Situation was machen.
- M 23 Und dann war sie ja drin und war betreut, das war auch für mich die Entscheidung, wo sie angerufen hat, das letzte Mal, und gesagt hat, du sollst mich abholen, wo ich gesagt habe, wenn sie dich jetzt wieder rausschicken, dann gehen wir woanders hin, daheim nehme ich dich nicht mehr, da ist mir das Risiko zu groß.

C 11 Alltagsorientiertes Coping

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten beschreiben, welche Bewältigungsstrategien für sie im Alltag von Bedeutung waren.

Codierregel:

Codiert werden mehrere, einander bedingende Bewältigungsstrategien, wie: Gefühle und Gedanken bei Seite schieben, konzentrieren auf wesentliche Anforderungen und dementsprechend zu funktionieren.

Ankerbeispiele:

- M 25 Man hat halt im Endeffekt gearbeitet, das gemacht, was man alles tun muss und wenig Zeit gehabt, darüber nachzudenken, jetzt über die Situation, sondern hat einfach versucht, das zu organisieren, was zu organisieren ist und ist abends tot ins Bett gefallen und früh wieder aufgestanden.

- M 17 Arbeit war noch da jeden Tag, und ums Kind musste man sich kümmern beziehungsweise das Kind musste zur Oma. Es musste halt alles noch so bissel laufen und von daher hat man halt auch wenig Zeit gehabt, sich richtig große Gedanken zu machen.
- M 7 Man hat es halt einrichten müssen, mit dem Besuchen und Sachen bringen, aber ansonsten ist das Leben weitergegangen.
- M 5 Für mich war es einfach auch eine Herausforderung. Weil ich mir gesagt habe: Gut, kommst du mit der Sache klar? Kannst du eine Waschmaschine bedienen? Kannst du bügeln? ... Das ist ... einfach ne Sache der Einstellung, wo ich sage: Moment, andere machen das auch und dann gewinnst du halt der Ecke vom Hemd, die du da bügeln musst, plötzlich eine ganz andere Seite ab, und du merkst dann plötzlich, dass du das Hemd nicht so grad hinkriegst wie deine Frau und wunderst dich und kuckst dir dann das nächste Mal etwas genauer auf die Finger.
- M 15 Es war halt so, dass man immer im Stress war und durch irgendwas abgelenkt wurde, das hat eigentlich geholfen. Ansonsten haben wir versucht, mit der Situation irgendwie zurechtzukommen.

C 12 Unterstützung durch den Arzt

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Hilfsmöglichkeiten der Ärzte oder des medizinischen Personals benannt werden.

Codierregel:

Codiert werden z. B. die Art der Informationsvermittlung, das Aufzeigen von Behandlungsmöglichkeiten, Erklärung und Einschätzung der Situation und das Einbeziehen der Betroffenen in Entscheidungen. Codiert werden auch das Verordnen von stationärer Behandlung und von Familienpflege.

Ankerbeispiele:

- F 31 Dass der Arzt mir die Angst genommen hat.
- F 5 Dass der Arzt gesagt hat, welche Möglichkeiten es gibt, und dass er gesagt hat, das kriegen wir schon hin.
- F 28 Der Oberarzt der Kinderklinik hat gut erklärt: „Jeder Tag zählt“.
- F 37 Was mir sehr viel weitergeholfen hat, wenn ich irgendwo unsicher war, ich konnte jederzeit meine Hebamme anrufen und mit der sprechen, die hat mir viel weitergeholfen, dann mit der Frauenärztin, die sich immer Zeit genommen hat, mir auch die Sachen gut erklärt hat, und wenn ansonsten irgendeine Unsicherheit war, wusste ich, und da bin ich auch ohne Weiteres hingefahren, in die Uni, entweder in die Schwangerenberatung oder eben einfach in den Kreißsaal hin, da war immer jemand da, der mir weitergeholfen hat, der sofort hat schauen können.
- F 3 Als ich da ins Krankenhaus kam, kam ich zu einer Ärztin, die sehr verständnisvoll war.
- M 23 [als die Frau zum wiederholten Mal entlassen werden sollte] ... habe ich gesagt, hol den Arzt, red mit ihm, sag ihm meine Bedenken (C10) ... Da hat der Doktor auch gleich gesagt, dann bleibt sie da.
- M 24 Sie [die Ärztin] hat die Lage, so wie sie sich darstellt, erklärt, nichts beschönigt, hat aber auch erklärt, dass man nicht in Panik verfallen muss, ganz realistisch.
- M 4 Man hat auch genau gesagt gekriegt, was sie machen, also sie haben gesagt, warum sie es machen.

C 13 Sinngebung

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten zum Ausdruck bringen, dass es für sie hilfreich war, sich den Sinn der Situation bewusst zu machen.

Ankerbeispiele:

- F 7 Ich wollte ja dieses Kind und deswegen habe ich die neun Wochen ausgehalten, einfach nur, dass er kommt.
- F 10 Dass ich mir immer gesagt habe, es ist ja für die Kinder, dass du das tust.
- F 14 Wenn ich jetzt nicht schwanger gewesen wäre und hätte vielleicht ne Thrombose gehabt und müsste jetzt vier Wochen da liegen, ich wäre durchgedreht. Ich wusste ja, für was ich lieg. Für die Kinder, und da hält man's schon eher aus.
- M 19 Der Gedanke an meine Frau, dass es ihr gut geht. Als es der Frau ganz schlecht ging, der Gedanke an die Kinder.

C 14 Akzeptieren

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten thematisieren, dass sie es als hilfreich erlebt haben, die Situation bewusst anzunehmen, sich damit abzufinden.

Ankerbeispiele:

- F 8 Was sein muss, muss sein.
- F 25 Nehme alles so hin, wie es ist.
- F 35 Die Zeit; ich brauchte ne gewisse Zeit, bis ich das wirklich akzeptieren konnte.
- M 12 Es war irgendwann eine Gegebenheit, dass es so ist.
- M 28 Es kommt immer wieder mal was vor, damit muss man dann auch leben. Es ist nicht alles machbar.
- M 17 Man hat sich an die Situation gewöhnt und vielleicht angepasst, dass man damit zurechtkommt.
- M 25 Ich habe nie erwartet, auch beim ersten schon, dass das so weiterlaufen kann wie bisher. Wenn man das akzeptiert und sagt: Gut, das eine mag jetzt zwar nimmer sein, aber dafür habe ich ja wieder andere Sachen. Dann muss man das mit anderen Augen sehen.
- M 24 Ich konnte immer, wenn ich mir Sorgen machte, sagen, ich kann an der Situation nichts ändern.

C 15 Sich selber wertschätzen

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten beschreiben, dass es ihnen geholfen hat, das eigene Verhalten und die eigenen Leistungen im Rahmen der Situation positiv zu würdigen und sich schon Erreichtes bewusst zu machen.

Ankerbeispiele:

- F 32 Jeder überstandene Tag.
- F 37 Dass ich mich direkt schonen konnte, dass ich das auch wirklich gemacht habe.

- F 38 Du bist wie Unkraut, du vergehst nicht. Du hast schon soviel durchgestanden und das schaffst du auch. Das geht. Und es ging.
- M 11 Wir haben es noch nie besonders einfach gehabt. Und natürlich haben wir uns jetzt auch wieder eine schwierige Konstellation ausgesucht, aber das kriegen wir auch wieder gebacken.
- M 25 Ich mache mir Tagespläne und sehe dann ja auch abends, was habe ich da geschafft, von meinen Sachen, von meinen Terminen und Telefonaten, alles, was ich so erledigen wollte. Und das gibt natürlich auch Rückmeldung, (C 18) jetzt hast du es geschafft, und man sieht dann und man freut sich daran, dass meistens die Seite, die man geschafft hat, überwiegt, auch, wenn vielleicht ein paar Sachen in den nächsten Tag rüberutschen. Man muss sich das einfach bewusst machen, abends zu sehen, das und das wolltest du machen, und das habe ich geschafft.

C 16 Durchhalten

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Durchhalten oder Aushalten als günstige Bewältigungsstrategie benannt werden.

Ankerbeispiele:

- F 32 Aber ich wollte zu Hause durchhalten.
- F 30 Ich habe gesagt, ich stehe das durch, ich habe diese Gedanken, aber ich geh deswegen nicht auf die Mainbrücke und springe runter.
- F 34 Wille durchzuhalten.
- F 38 Eiserner Wille.
- M 30 Aushalten.

C 17 Ziele setzen

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten berichten, dass ihnen das Setzen von Teilzielen oder Zielen bei der Bewältigung der Situation geholfen hat.

Ankerbeispiele:

- F 20 Der Gedanke, dass das Kind hoffentlich in 10 Monaten da ist.
- F 28 Von Tag zu Tag gerechnet.
- F 21 In drei Monaten spätestens kann ich aufstehen und einkaufen gehen.
- F 30 Ich war mit dem festen Vorsatz gekommen, dass der Muttermund sich wieder ein bisschen schließt, weil ich wusste, ich will ja auch wieder nach Hause irgendwann mal. Und ich möchte auch noch mal hier rumlaufen und zum Kindergarten fahren.
- M 12 Es war eine überschaubare Zeit, auch wenn es lang war. Es ist nicht, wie bei einer schweren Krankheit, wo du nicht weißt, wie lang das noch geht, das war klar, dass es irgendwann zu Ende ist.
- M 11 ... dann kam auch schon eine Zeit, wo wir uns schon gefreut haben auf das Bevorstehende. Viel drüber gesprochen und Pläne geschmiedet.

C 18 Positive Rückmeldung

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten thematisieren, dass ihnen wahrgenommene Fortschritte, Besserung oder Stabilisierung bei der weiteren Bewältigung der Situation geholfen haben.

Codierregel:

Codiert werden auch Äußerungen, in denen die Befragten berichten, dass ihnen die wiederhergestellte oder aufrechterhaltene häusliche Routine oder wieder erlebte relative Normalität bei der weiteren Bewältigung der Situation geholfen hat.

Ankerbeispiele:

- F 4 Dass ich mich wieder wohl gefühlt hab, wenn ich so gehorcht hab, das Gefühl, es ist alles in Ordnung
- F 6 Vertrauen in sich selber und zu merken, es wird schon langsam wieder besser. Es geht in Richtung Genesung, und das Ganze ist schon wieder überschaubar, was da passiert.
- F 14 Die Untersuchungen, die gezeigt haben, wie die Kinder wachsen.
- F 37 Dass das eigentlich auch insgesamt hier zu Hause ohne Probleme weitergelaufen ist, das hat der ganzen Familie gut getan.
- M 30 [Die Kinder] haben mich sehr herzlich begrüßt, wenn ich von der Arbeit nach Hause kam. Da war dann ein großes Hallo.
- M 21 Ich wusste, es läuft, und das war das Wichtigste in dem Moment.
- M 6 Dass die Frau ihre Sicherheit wiedergewonnen hat und wieder „Herr der Lage“ war.

C 19 Sich etwas Gutes tun

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten berichten, dass es für sie hilfreich war, sich etwas Gutes zu tun.

Codierregel:

Codiert werden auch Äußerungen, in denen die Frauen thematisieren, dass sie es als unterstützend erlebt haben, sich Zeit für sich und das Kind nehmen zu können und auch Äußerungen, in denen die Männer berichten, dass es ihnen geholfen hat, Abstand zu gewinnen.

Ankerbeispiele:

- F 9 Wie ich mitgekriegt habe, dass man Massagen kriegt, habe ich mir die Massagen verschreiben lassen, und das war schön, das hat mir auch gut getan.
- F 25 Ruhe zu Hause.
- F 37 Oft zurückgezogen.
- F 35 Zeit für das Kind, diesen Kontakt einfach zu intensivieren, der ja im Alltag mit zwei großen nicht so ist.
- M 22 Kirche, Besinnung, hilft, um wieder Luft zu schnappen.
- M 25 Dass ich trotzdem geschaut habe, und wenn es nur ganz kurz ist, noch Zeiten für mich zu haben. Es gibt so verschiedene Sachen, die ich ganz gern mach: Sei es früh, ganz früh aufzustehen, ne Tasse Kaffee zu trinken und Zeitung zu lesen, also irgend so

- einen Punkt am Tag braucht man einfach, um Kraft zu schöpfen, wo man einfach kurz für sich ist, das kann auch ganz kurz sein. Einfach mal zur Ruhe zu kommen.
- M 5 Einmal eine kurze Dienstreise nach Österreich. ... Für mich waren die zwei Tage Erholung. Es war halt eine andere Umgebung, ich habe irgendwo abschalten können.
- M 9 Und der Pizzaservice, der war ganz wichtig, weil irgendwann das Krankenhausesen nicht mehr zu essen war, oder mal der Burger King.

C 20 Ablenken

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Ablenken als hilfreiche Bewältigungsstrategie genannt wird.

Ankerbeispiele:

- F 26 Abgelenkt werden.
- F 21 Mal Leute eingeladen, viel ferngesehen.
- F 7 Ich wollte aber gar nicht so viel über meine Situation sprechen, ich wollte eher wissen, was außerhalb des Krankenhauses los ist, wollte es einfach verdrängen.
- M 15 Es war halt so, dass man immer im Stress war und durch irgendwas abgelenkt wurde, das hat eigentlich geholfen.
- M 9 Bin spätnachts heimgekommen, dann am Rechner gesessen, Ablenkung ohne Ende, ich habe mich nur abgelenkt, nicht darüber nachgedacht, über Würzburg und die Kinder, und was kommt, was passiert.

C 21 Abwarten

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Abwarten als günstige Bewältigungsstrategie genannt wird.

Ankerbeispiele:

- F 14 Habe es auf mich zukommen lassen.
- M 17 Im Großen und Ganzen saß man dann recht dumm da und hat's auf sich zukommen lassen.
- M 3 ... dass ich selber schon gesagt habe, komm, wir müssen erst mal kucken, was jetzt ist.

C 22 Privatsphäre

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Bedeutung von Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten als Hilfe zur Bewältigung der Situation zum Ausdruck gebracht wird.

Ankerbeispiele:

- F 30 Dann habe ich nur alleine gelegen, und da ging's mir am besten mit.
- F 12 Das war für mich ein Geschenk Gottes, deswegen war ich auch so brav in der Klinik. Weil ein eigenes Klo zu haben und ein eigenes Zimmer, also ich bin nicht so der Mensch, der dauernd Unterhaltung braucht. Ich wusste, ich kann mir den Kontakt holen, den ich will, aber mir war's viel wichtiger, dass ich meine Ruhe habe und damit

ging's mir echt gut. Vor allen Dingen ein eigenes Klo zu haben. Und der Horror wäre gewesen, wenn ich dann auf die Schüssel gemusst hätte. Wenn ich dann noch mit jemand zusammen im Zimmer lieg. Das hat schon was mit Intimsphäre zu tun, gerade auch in der Schwangerschaft, man tickt einfach anders, man ist total empfindlich, man ist einfach viel wacher, es ist ein toller, irrer Zustand, der aber auch geschützt werden muss. Wie beim Eierlegen. Man braucht Ruhe und einen abgeschirmten Raum.

C 23 Hadern

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten berichten, dass sie mit der Situation gehadert haben, oder sich Selbstvorwürfe gemacht haben.

Ankerbeispiele:

- F 33 Aber es waren halt Stunden, Tage dabei, wo man wirklich gehadert hat mit sich und der Welt, warum das jetzt so abgeht.
- F 13 Hab total damit gehadert, dass zu Hause nichts fertig ist. Ich habe dann angefangen, Sachen zu delegieren. Trotzdem war ich todunglücklich, weil, ich wollte das gern selber machen.
- F 32 Es waren Tage dabei, wo ich gedacht habe, wenn ich das vorher gewusst hätte, wäre ich nie schwanger geworden.
- F 25 ... Selbstvorwürfe gemacht und zurückgedacht, ob ich mich nicht überlastet habe.
- M 30 ... oft gedacht, warum hast du dich dazu [zweite künstliche Befruchtung] bereit erklärt, das hätte alles nicht sein müssen.

C 24 Auflehnung

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten thematisieren, dass sie sich gegen die Situation aufgelehnt haben oder sie nicht akzeptieren konnten.

Ankerbeispiele:

- F 13 Und dann haben sie mich untersucht und dann war der Gebärmutterhals noch eineinhalb Zentimeter lang und dann hat sie gesagt: „Um Gottes Willen, Sie müssen ins Krankenhaus!“ „Nein mach ich net!“ Und dann hat sie gesagt: „Wenn Sie das nicht machen, kommen die Kinder heut.“
- F 33 Man will ja nicht immer nur krank sein; und man hat das ja auch bei den anderen Schwangerschaften auch nicht, was soll das Ganze?
- F 33 Und zu wissen, du musst noch zehn Wochen aushalten. Da weiß man, wie lang zehn Wochen sein können.
- F 24 Ich wollte nur heim.

C 25 Stoisches, fatalistisches Akzeptieren

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen zum Ausdruck kommt, dass die Befragten das Gefühl hatten, auf sich allein angewiesen zu sein und keine hilfreiche Unterstützung zu bekommen und dies als unabänderlich hinnahmen.

Ankerbeispiele:

- F 7 Helfen kann einem keiner, muss man mit sich ausmachen.
- M 30 Prügel kriegst du so oder so [bei der Arbeit und zu Hause], dann ist es eigentlich egal, was du machst, dann guckst du, dass jeder was kriegt, dann kriegst du halt von jedem mal Prügel und irgendwie gleicht sich's dann aus.

C 26 Haltung bewahren**Definition:**

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen die Befragten beschreiben, dass es für sie wichtig war, die Haltung zu bewahren und alles mit Fassung zu tragen.

Ankerbeispiele:

- F 14 Die [Angehörigen] kommen und sind guter Laune und du liegst da drin und willst vielleicht einen guten Eindruck machen, net dass sie denken dir geht's schlecht.
- F 26 Und da habe ich mir gesagt: Gut, dann mache ich das jetzt irgendwie selber. Vielleicht stelle ich mich auch nur zu zimperlich an. Andere Frauen in Afrika, die haben da viel mehr zu schleppen und die machen da kein so großes Theater draus.

Erleben und Coping der Kinder

K 1 akzeptierend/passiv

Definition:

In dieser Kategorie wird das Verhalten von Kindern erfasst, die während der Zeit der Risikoschwangerschaft keine Probleme zeigten. Sie werden als verständnisvoll, nach außen unproblematisch und im Verhalten unverändert beschrieben. Sie scheinen die veränderte Situation zu akzeptieren.

Ankerbeispiele:

F 38 Die Kinder waren cool. Hatte nicht das Gefühl, dass die Kinder ein Problem damit hatten.

M 18 Wobei ich schon von der Reaktion her wusste, dass der Sohn es zumindest nach außen hin unproblematisch aufnimmt. Für den waren andere Sachen zu dem Zeitpunkt wichtiger.

K 2 akzeptierend/aktiv

Definition:

In dieser Kategorie wird das Verhalten von Kindern erfasst, die sich während der Zeit der Risikoschwangerschaft selbst aktiv um Lösungsmöglichkeiten bemühen, und so die gesamtfamiliäre Bewältigung der Situation mitgestalten. Sie machen Vorschläge, z. B. mit der Mutter am Bett zu spielen oder helfen zu Hause, sie fragen nach, zeigen Interesse am Zustand der Mutter und an dem Baby, äußern Freude auf das kommende Baby, aber auch Angst oder Sorge.

Ankerbeispiele:

F 27 Ich habe erklärt: „Ich darf euch nicht mehr heben, sonst verlieren wir das Baby.“ Die Kinder haben dann vorgeschlagen: „Komm, Mama, wir spielen im Sitzen oder im Liegen.“

F 35 Die waren auch verständnisvoll, die haben auch auf einmal mehr geholfen, die haben die Situation total verstanden; die wussten, wie wichtig das ist. Ich glaube, es war eine ganz wertvolle Zeit für unsere Familie.

K 3 nicht akzeptierend/aktiv

Definition:

In dieser Kategorie wird das Verhalten von Kindern erfasst, die während der Zeit der Risikoschwangerschaft ihrem Unmut über die Situation und ihren Bedürfnissen beispielsweise durch Weinen, Fordern und Fragen Ausdruck verleihen. Sie äußern Eifersucht, zeigen Trauer oder Wut und suchen vermehrt die Nähe der Eltern („Klammern“).

Ankerbeispiele:

F 33 Anfangs war es recht schwierig, weil sie nicht verstehen konnten, dass ich nicht so kann, wie sie wollen, und: „Mami komm doch jetzt!“- und: „-Mami mach!“

F 19 [Der Sohn sagte], „Mama hat nicht mehr so viel Zeit für mich“. [Er] hat mich öfter angesprochen, ob ich nicht mit ihm spielen würde.

K 4 nicht akzeptierend/passiv

Definition:

In dieser Kategorie wird das Verhalten von Kindern erfasst, bei denen für die Zeit der Risikoschwangerschaft geändertes Verhalten wie Unausgeglichenheit, Lustlosigkeit, Rückzug, Einnässen, oder „Bockigkeit“ beschrieben wird.

Ankerbeispiele:

F 36 Ältere Tochter hat die zweite Risikoschwangerschaft mehr mitgenommen. Hat wieder eingenässt. Kind ist sehr introvertiert. Sie hat nichts gesagt, aber man hat gesehen, dass sie das jetzt mitnimmt.

F 30 Dreimal in der Woche musste man in den Kindergarten, weil es irgendwas gab. Er hat einfach im Sozialbereich - er war nicht kommunikativ mit anderen Kindern, er hat sich zurückgezogen, er war eigentlich nicht bereit, mit irgendjemandem auch nur ein Wort zu wechseln oder was zu machen.

Behandlungswünsche

B1 Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Ärzten

Definition:

In dieser Kategorie werden Behandlungswünsche und Anregungen erfasst, die den Bereich der ärztlichen Kommunikation im weiteren Sinn betreffen, d.h. sowohl den Umgang der Ärzte mit Patientinnen und/oder ihren Partnern (beispielsweise die Art der Informationsvermittlung, aber auch das Einbeziehen in Entscheidungen), als auch die Kommunikation des medizinischen Personals untereinander (z.B. Informationsfluss bei Betreuungswechsel).

Ankerbeispiele:

F 14 Man kommt sich ziemlich klein vor, als Patientin. Man hat auch ständig unterschiedliche Ärzte, das ist in der Uniklinik klar, dass man nicht eine Bezugsperson hat, aber, wenn's so viele sind, dann müsste man trotzdem irgendwie gucken, dass jeder der Frau was vermitteln kann, was rüberbringen kann und sich untereinander absprechen. Und viele Ärzte haben dann auch erstmal gar nicht gewusst – ach, der Arzt hat jetzt das angeordnet? Da musste ich schon auch viel sagen: „Also er hat jetzt so und so gemeint, Sie sagen es jetzt wieder anders.“ Man ist da sehr verunsichert. Und der Mann kriegt wenig mit. Wenn er den ganzen Tag arbeitet und nur abends kommen kann, ist das halt schlecht.

M 23 Nötige Informationen wurden gegeben, aber in dem Moment versteht man sie nicht. Man ist mit der Fülle an Informationen in der Regel als Außenstehender überfordert und man kann eigentlich nichts anderes machen, als dastehen und warten.

B2 Klinikalltag

Definition:

In dieser Kategorie werden Behandlungswünsche und Anregungen erfasst, die Aspekte des Klinikalltags betreffen, die von den Betroffenen als belastend empfunden worden waren.

Ankerbeispiele:

F 4 Aber ein bisschen das Zwischenmenschliche, dass man doch mal 2 Minuten länger bei jemandem sein könnte, das wär Klasse. oder, wenn man eine Frage hat und die sagt, ja, sie kümmert sich drum, und dann irgendwann nach einer Stunde kommt sie. – Und ? Haben Sie? Hat sie vergessen.

M 23 Einzelzimmer wäre besser, damit bei Besuchen die Kinder etwas freier sein könnten, ohne dass gleich jemand gestört wird.

B3 postpartale Betreuung

Definition:

In dieser Kategorie werden Behandlungswünsche und Anregungen erfasst, die die postpartale Versorgung betreffen.

Ankerbeispiele:

M 8 Vor der Geburt war ich von der Klinik sehr überzeugt, aber nach der Geburt selber hat man den Eindruck gehabt, als wollten sie die Leute möglichst schnell raus haben.

F 8 Ich habe es vermisst, dass ich nicht etwas besser vorbereitet wurde mit Milcheinschuss und Stillen und so weiter.

B4 Familienpflege

Definition:

In dieser Kategorie werden Behandlungswünsche und Anregungen erfasst, die sowohl die Information über die Familienpflege, die Beantragung und Genehmigung der Familienpflege als auch die Durchführung und den Umfang der familienpflegerischen Betreuung betreffen.

Ankerbeispiele:

M 30 Man ist ziemlich viel auf sich gestellt, z. B. wurde nicht über Haushaltshilfe ... informiert.

M 22 Es wäre sicher eine Hilfe gewesen, wenn die Familienpflege über die [meine] reine Abwesenheit hinausgegangen wäre.

B5 interdisziplinäre Behandlung

Definition:

In dieser Kategorie werden Behandlungswünsche und Anregungen erfasst, die interdisziplinäre Behandlung, beispielsweise die Zusammenarbeit von Ärzten und Hebammen betreffen.

Ankerbeispiele:

F 32 Ich hätte mir eine bessere Zusammenarbeit zwischen Schulmedizin und Alternativmedizin gewünscht, zwischen Arzt und Hebamme.

B6 medizinische Versorgung

Definition:

In dieser Kategorie werden Behandlungswünsche und Anregungen erfasst, die die medizinische Versorgung im engeren Sinn betreffen.

Ankerbeispiele:

M 6 Praxis des Gynäkologen war mit der Situation, dass die Frau erbrechen musste, völlig überfordert gewesen, sie hatten nicht einmal eine Brechschale.

Codierleitfaden für Familienbrettaufstellungen

Alle folgenden Kategorien definieren unterschiedliche Aspekte der Familienbrettaufstellungen, die durch den Vergleich der Einzelvariablen von mindestens zwei Aufstellungen, die nacheinander von derselben befragten Person ausgeführt wurden, erfasst werden können.

Die zunächst beschriebenen Kategorien beziehen sich auf den Vergleich der Aufstellung 2 „Liegezeit“ mit der Anfangsaufstellung 1 „Beginn der Schwangerschaft“.

Beschrieben werden die zugehörigen Kategorien für die Bereiche:

Keine Veränderungen dargestellt (Vo)

Veränderung der Anzahl der Personen (P1, P2, PG1)

Veränderungen innerhalb der Kernfamilie (A0, A1, A2, A3, A4, A5, A6)

Veränderungen des Umfeldes der Kernfamilie (Z2, Z3, E2, E3)

Untergruppen (U2)

Familienpflege (F0, F1, F2)

Diese Bereiche, die unterschiedlich detaillierte Aspekte der Familienbrettaufstellungen beschreiben, können sich ergänzen, aber auch isoliert betrachtet werden, um eine themenspezifische Auswertung durchzuführen.

Im Anschluss werden die Kategorien für die Aufstellung 3 „Zeit nach der Geburt“ beschrieben. Diese Kategorien beziehen sich auf den Vergleich der Aufstellung 3 „ca. ein Jahr nach der Geburt“ mit der Aufstellung 2 „Liegezeit“ und, wenn nötig, der Aufstellung 1 „Beginn der Schwangerschaft“.

Zeit nach der Geburt (G1, G2, G3, G4, G5, G6)

Wenn bei den Definitionen der Kategorien und bei den Codierregeln „Frau“, „Mann“ oder andere Personen erwähnt werden, sind die auf dem Familienbrett stellvertretend gesetzten Figuren gemeint.

In der Legende wird die Person, die die Aufstellung durchgeführt hat, mit „Selbst“ bezeichnet. Hier wurde zum schnelleren Verständnis der Legende jeweils (Frau) oder (Mann) hinzugefügt. Außerdem werden in der Legende Äußerungen wiedergegeben, die die Befragten zur Erläuterung ihrer Aufstellung machten. Die Befragten wählten fast alle die runden Figuren für die Darstellung von Frauen und die eckigen Figuren für die Darstellung von Männern. Die Symbole der Abbildungen richten sich nach der Wahl der darstellenden Personen.

Die Symbole für die Figuren haben einen Strich, der die Blickrichtung darstellt.

Kategorien, die sich auf den Vergleich der Aufstellung 1 Beginn der Schwangerschaft mit der Aufstellung 2 Liegezeit beziehen

V 0 Keine Veränderung in der Liegezeit dargestellt

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten keine Veränderung darstellen.

Veränderungen, die die Anzahl der Personen betreffen

P 1 Andere Familienmitglieder kommen dazu

Definition:

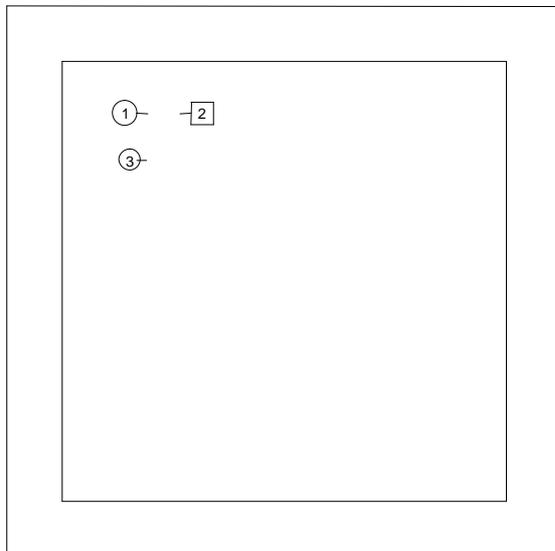
In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten zusätzliche Familienmitglieder darstellen.

Codierregel:

In dieser Kategorie werden nicht die Großeltern, d.h. Eltern oder Schwiegereltern der Befragten, erfasst. (siehe PG1)

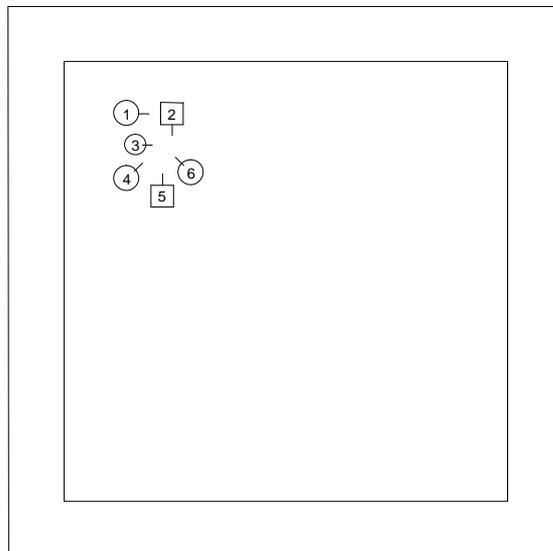
Ankerbeispiel:

F 19



Beginn der Schwangerschaft

1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Sohn



Liegezeit

1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Sohn
4. Mutter
5. Vater
6. Schwester

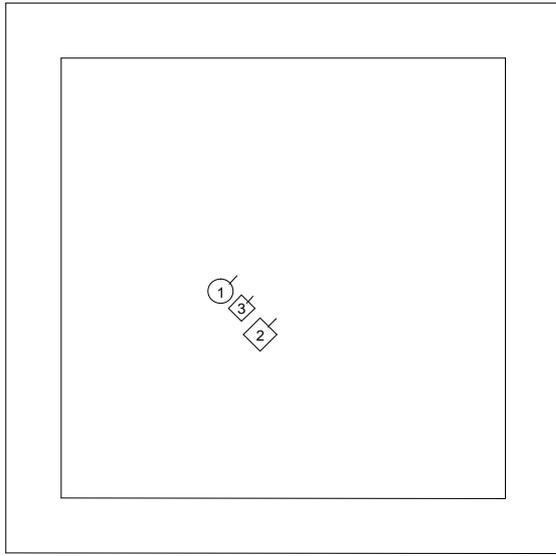
PG 1 Großeltern kommen dazu

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten das Hinzukommen und die Zuwendung von jeweils Mutter und/oder Vater bzw. Schwiegermutter und/oder Schwiegervater darstellen.

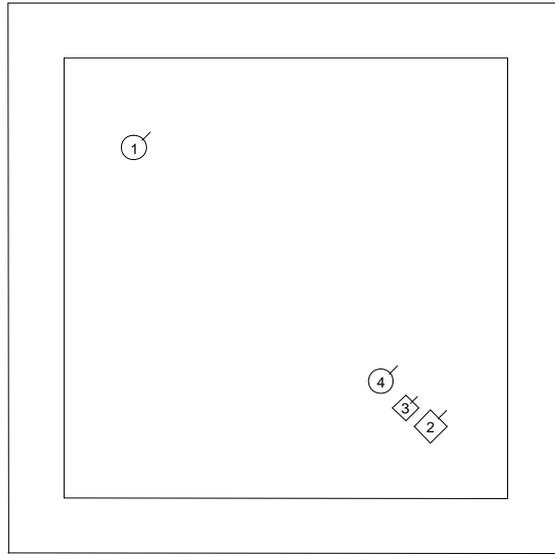
Ankerbeispiel:

F 24



Beginn der Schwangerschaft

1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Tochter



Liegezeit im Krankenhaus

1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Tochter
4. Schwiegermutter

P 2 Nicht-Familienmitglieder kommen dazu

Definition:

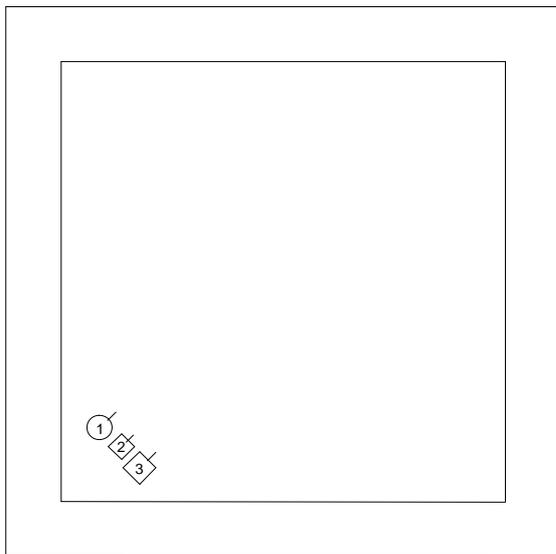
In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten zusätzlich Nicht-Familienmitglieder darstellen.

Codierregel:

Die Darstellung der Familienpflegerin wird nicht codiert.

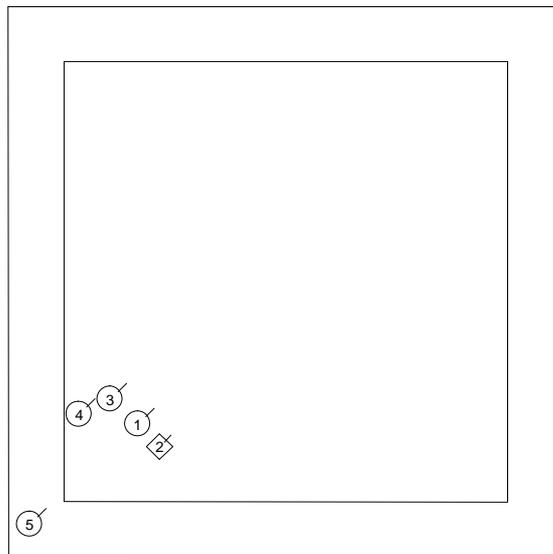
Ankerbeispiel:

F 25



Beginn der Schwangerschaft

1. Selbst (Frau)
2. Sohn
3. Mann



Liegezeit

1. Selbst (Frau)
2. Sohn
(Mann in USA)
3. Schwiegermutter
4. Freundin
5. Hebamme

Veränderungen, die die Kernfamilie betreffen

A 0 Keine Änderung der Kernfamilie

Definition:

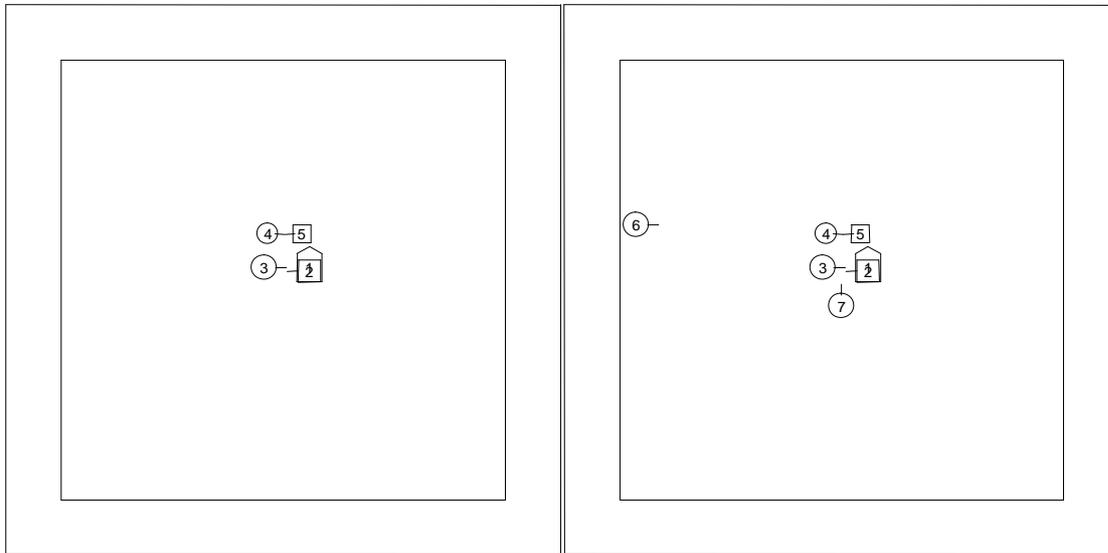
In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten keine Änderung der Positionen innerhalb der Kernfamilie darstellen.

Codierregel:

Codiert werden auch Familienbrettaufstellungen, in denen das ungeborene Kind bei unveränderter Position der anderen Mitglieder der Kernfamilie dargestellt wird.

Ankerbeispiel:

F 27



Beginn der
Schwangerschaft

1. Mann
2. erhöht
3. Selbst (Frau)
4. Tochter
5. Sohn

Liegezeit

1. Mann
2. erhöht
3. Selbst (Frau)
4. Tochter
5. Sohn
6. Ärztin
7. Haushaltshilfe,
Familienergängerin

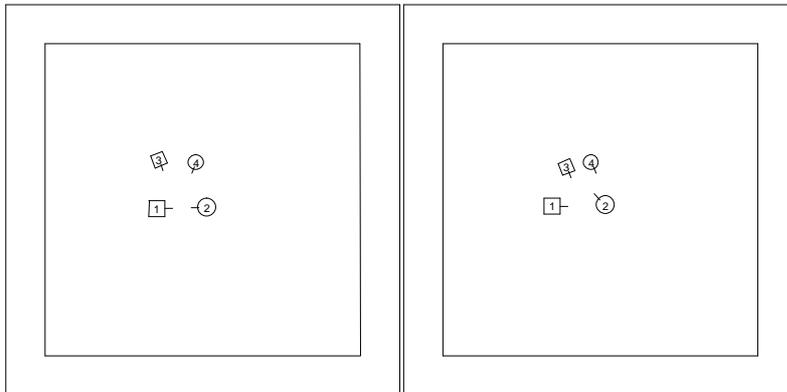
A 1 Annäherung der Mitglieder der Kernfamilie

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten eine Annäherung und/oder Zuwendung der Mitglieder der Kernfamilie darstellen.

Ankerbeispiel:

F 35



Beginn der
Schwangerschaft

1. Mann
2. selbst
3. Sohn
4. Tochter

Liegezeit

1. Mann
2. selbst
3. Sohn
4. Tochter

A 2 Entfernung der Frau von der Kernfamilie

Definition:

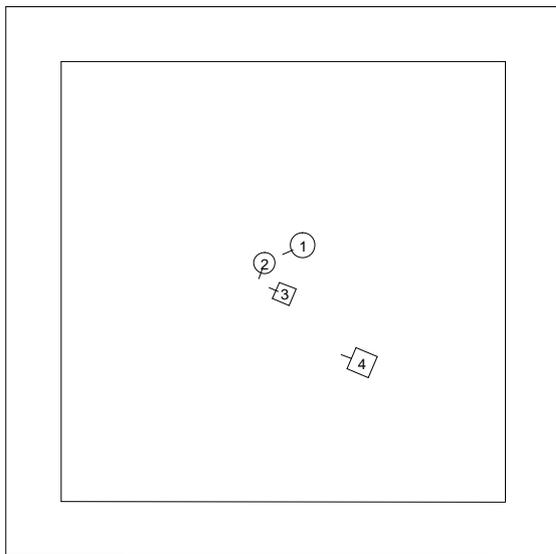
In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten eine Entfernung der Frau von der Kernfamilie darstellen.

Codierregel:

Das Ausmaß der Entfernung der Frau kann unterschiedlich bis zur Außensetzung oder Entfernung der Frau vom Brett sein.

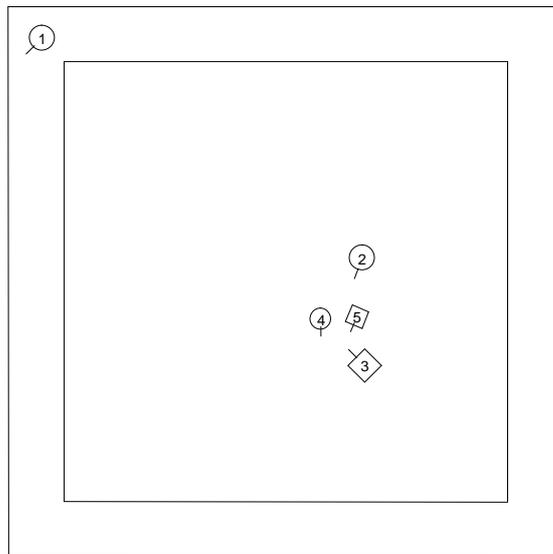
Ankerbeispiel:

F 28



Beginn der Schwangerschaft

1. Selbst (Frau)
2. Tochter
3. Sohn Kind 2
4. Mann



Liegezeit im Krankenhaus

1. Selbst (Frau)
2. Familienpflegerin
3. Mann
4. Tochter
5. Sohn Kind 2

A 3 Annäherung von Mann und Kind(ern)

Definition:

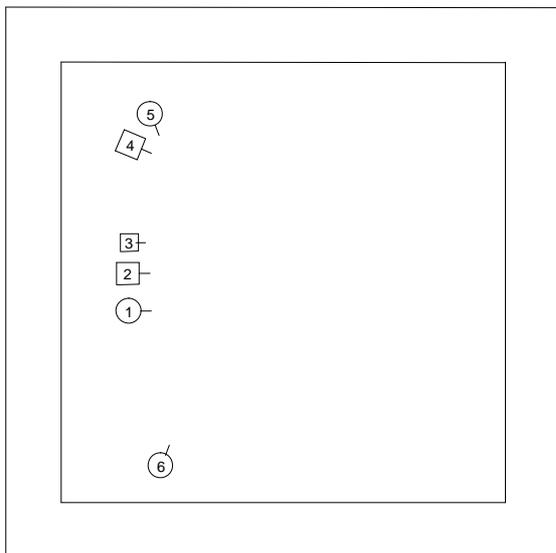
In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten eine Annäherung von Mann und Kindern darstellen.

Codierregel:

Codiert werden auch Aufstellungen, bei denen die Annäherung von Mann und Kindern bei Entfernung der Frau dargestellt wird.

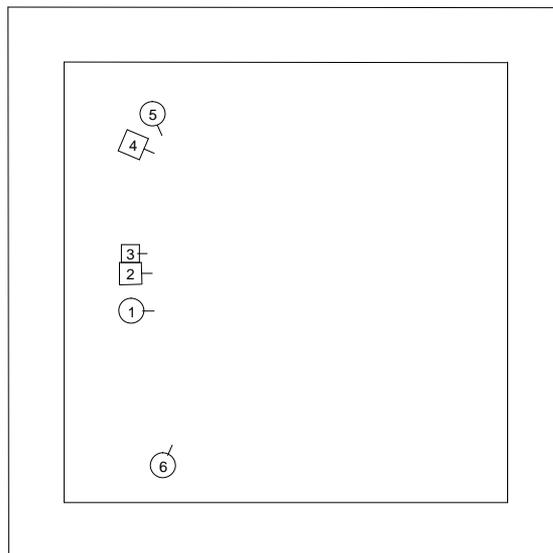
Ankerbeispiel:

M 18



Beginn der Schwangerschaft

1. Frau
2. Selbst (Mann)
3. Sohn
4. Vater
5. Mutter
6. Schwiegermutter



Liegezeit, Frau im Krankenhaus

1. Frau
2. Selbst (Mann)
3. Sohn, näher beim Vater
4. Vater
5. Mutter
6. Schwiegermutter

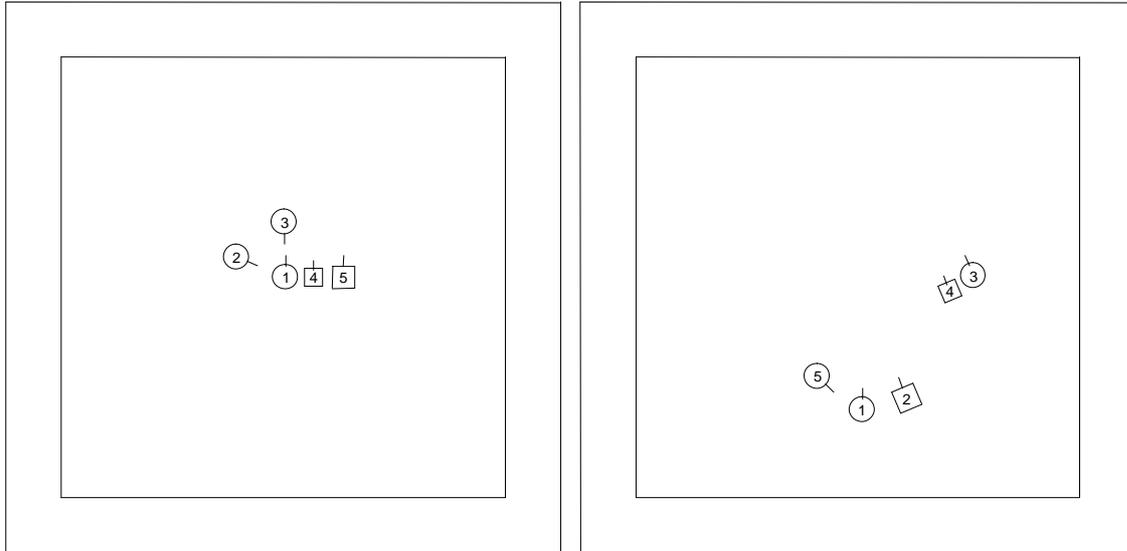
A 4 Positionswechsel des Kindes aus der Kernfamilie

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten einen Positionswechsel des Kindes heraus aus der Kernfamilie, z. B. zu einer Betreuungsperson oder auf eine isolierte Position darstellen.

Ankerbeispiel:

F 21



Beginn der Schwangerschaft

1. Selbst (Frau)
2. Schwester
3. Cousine
4. Sohn
5. Mann

Liegezeit

1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Oma
4. Sohn
5. Schwester

A5 Öffnung der Kernfamilie

Definition:

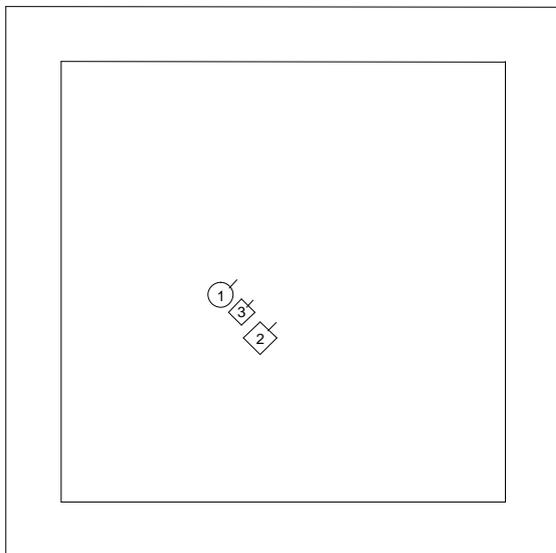
In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen sich zusätzliche Personen der Kernfamilie soweit nähern, dass die Kernfamilie nicht mehr als Untergruppe zu erkennen ist, sondern Mitglieder der Kernfamilie mit den zusätzlichen Personen gemeinsam eine Gruppierung bilden.

Codierregel:

Codiert werden auch Familienbrettaufstellungen, in denen die Befragten darstellen, dass bei Entfernung der Frau oder des Mannes von der Kernfamilie eine Betreuungsperson einen Platz ähnlich dem der Frau oder des Mannes einnimmt.

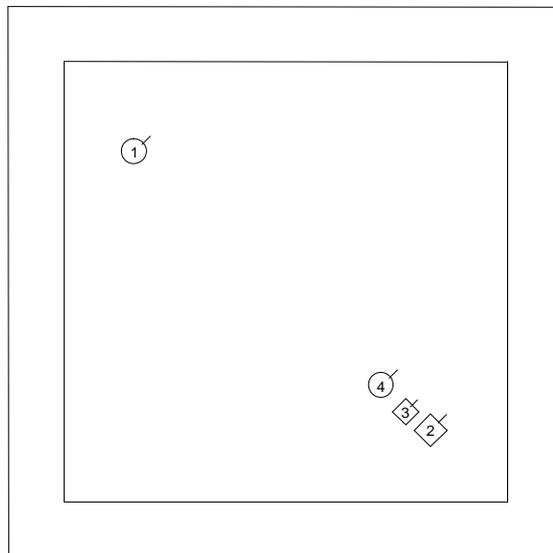
Ankerbeispiel:

F 24



Beginn der Schwangerschaft

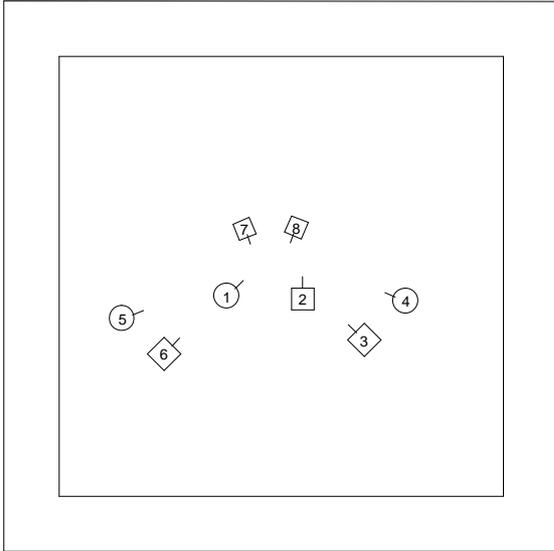
1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Tochter



Liegezeit in Krankenhaus

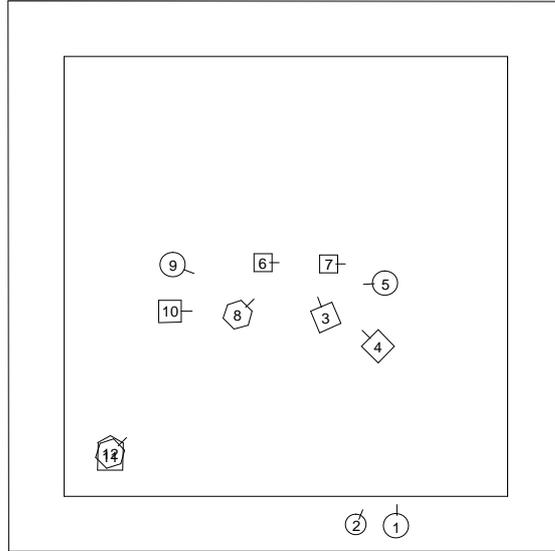
1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Tochter
4. Schwiegermutter

M 22



Beginn der Schwangerschaft

1. Frau
2. selbst
3. Vater
4. Mutter
5. Mutter Frau
6. Vater Frau
7. Sohn
8. Sohn



Liegezeit

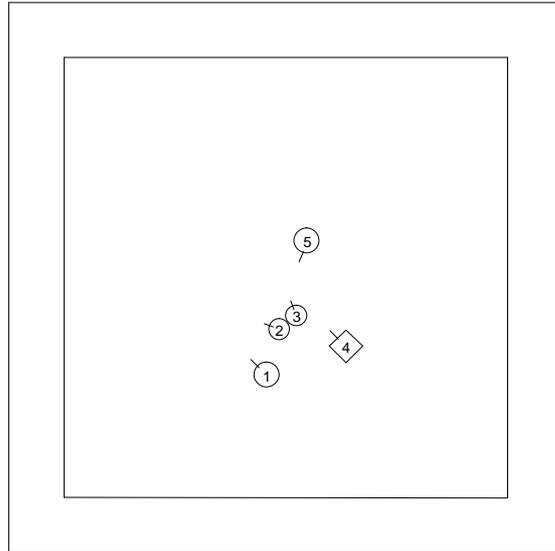
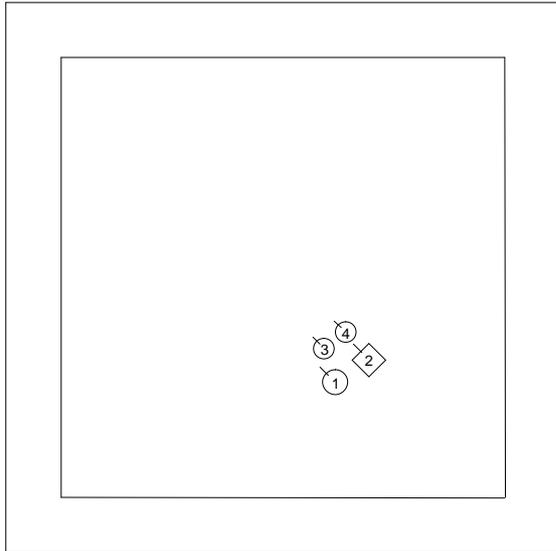
1. Frau
2. Baby
3. selbst
4. Vater
5. Mutter
6. Sohn
7. Sohn
8. Familienpflegerin
9. Mutter Frau
10. Vater Frau
11. Überwesen, das über alle wacht
12. erhöht

Codierregel:

Codiert werden auch Darstellungen, in denen das vorherige Gefüge der Kernfamilie nicht mehr zu erkennen ist, da sich die einzelnen Mitglieder voneinander entfernt haben.

Ankerbeispiel:

F 33



Anfangszeit der Schwangerschaft

1. selbst
2. Mann
3. Tochter
4. Tochter

Liegezeit mit Familienpflege

1. selbst liegend
2. Tochter
3. Tochter
4. Mann
5. Familienpflegerin

A 6 Entfernung des Mannes von der Kernfamilie mit Annäherung von Frau und Kind(ern)

Definition:

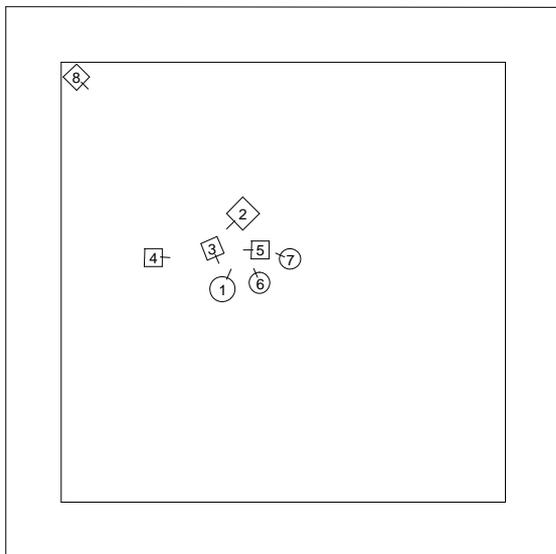
In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten eine Entfernung des Mannes von der Kernfamilie darstellen, die mit gegenseitiger Annäherung und/oder Zuwendung von Frau und Kind(ern) einhergeht.

Codierregel:

Codiert werden auch Familienbrettaufstellungen, in denen der Mann entfernt bleibt, es aber zu einer Annäherung von Frau und Kindern kommt.

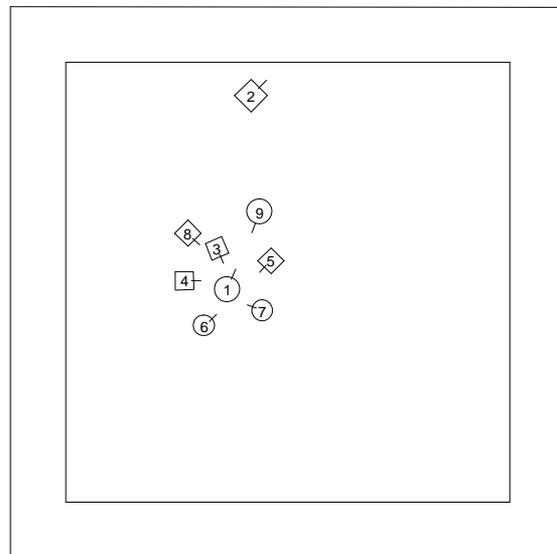
Ankerbeispiel:

F 34



Beginn der Schwangerschaft (vor Bekannt werden der Schwangerschaft)

1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Baby
4. Sohn
5. Sohn (ältester von den jüngsten)
6. Tochter
7. Tochter 9 Jahre
8. Sohn 19 Jahre



Bekannt werden der Schwangerschaft gleichzeitig Beginn der Liegezeit

1. Selbst (Frau)
2. Mann, entfernt sich
3. Baby
4. Sohn
5. Sohn (ältester von den jüngsten)
6. Tochter
7. Tochter 9 Jahre
8. Sohn 19 Jahre
9. Familienpflegerin, Freundin

Änderungen des Umfeldes der Kernfamilie

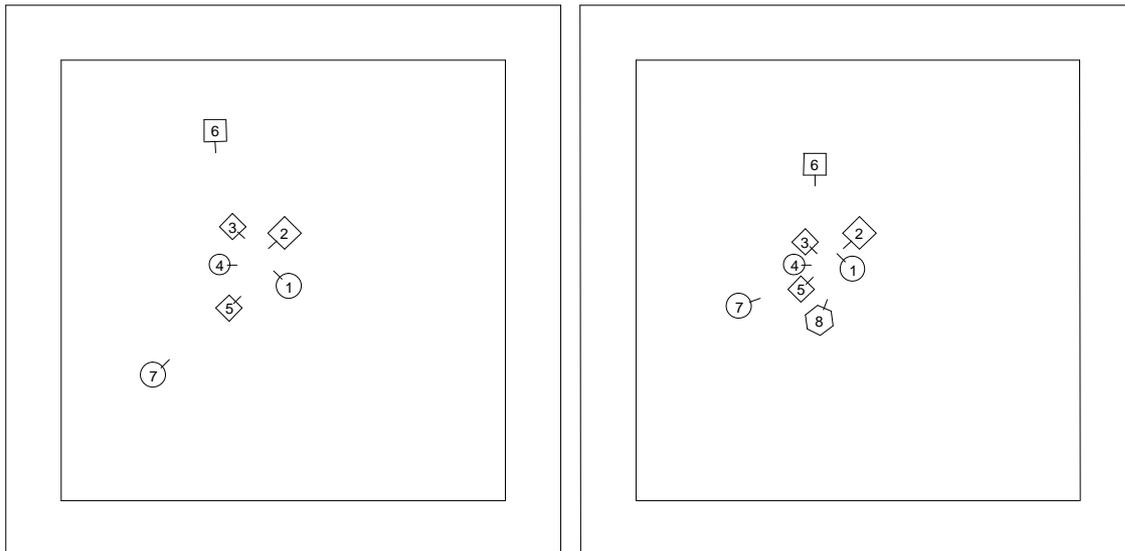
Z 2 Annäherung/Zuwendung der Großeltern

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Annäherung und/oder Zuwendung von Eltern oder Schwiegereltern dargestellt werden.

Ankerbeispiel:

M 26



Beginn der Schwangerschaft

1. Frau
2. selbst
3. Sohn
4. Tochter
5. Sohn
6. Vater Mann
7. Mutter Mann

Liegezeit

1. Frau
2. selbst
3. Sohn
4. Tochter
5. Sohn
6. Vater Mann
7. Mutter Mann
8. Familienpflegerin

Z 3 Annäherung/Zuwendung von Personen innerhalb des Umfeldes der Kernfamilie

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Annäherung und/oder Zuwendung von Personen innerhalb des Umfeldes der Kernfamilie dargestellt werden.

Ankerbeispiel:

s.u. F 36 betrifft Figur 10

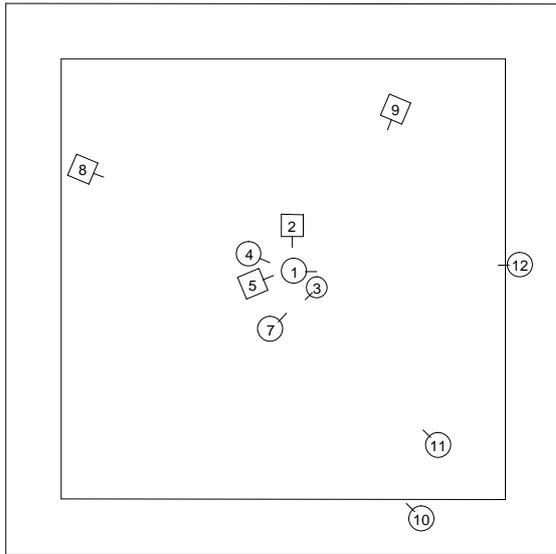
E 3 Entfernung/Abwendung der Großeltern

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Entfernung und/oder Abwendung von Eltern oder Schwiegereltern dargestellt werden.

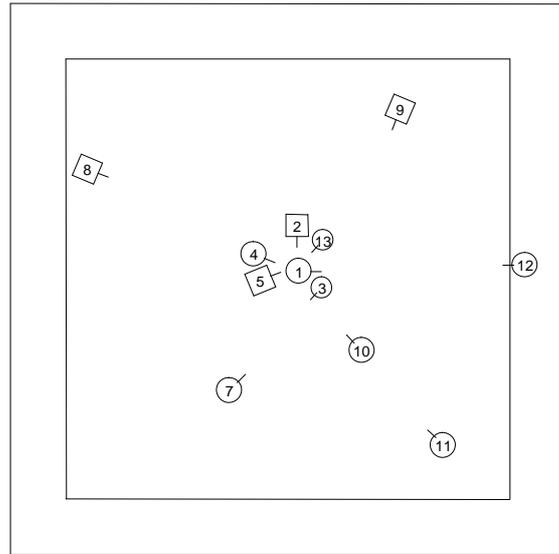
Ankerbeispiel:

F 36



Beginn 3. Schwangerschaft

1. selbst (und Ehemann mehr auf sich gestellt)
2. Mann (selbst und Mann weniger Unterstützung von außen)
3. Tochter 1 Blick jetzt zur Oma, die sie versorgt
4. Mutter (MF) weiter weg, krank
5. Vater (VF) weiter weg, krank
7. Schwiegermutter etwas weiter weg
8. Schwiegervater (VM)
9. Bruder
10. Freundin
11. Freundin
12. Freundin keine Zeit mehr
13. Tochter 2



3. Schwangerschaft Liegezeit

1. selbst
2. Mann
3. Tochter 1 Blick jetzt zur Oma, die sie versorgt
4. Mutter (MF)
5. Vater (VF) Blick zur 2. Tochter
7. Schwiegermutter
8. Schwiegervater (VM)
9. Bruder
10. Freundin rückt näher, da sie viel hilft
11. Freundin
12. Freundin keine Zeit mehr
13. Tochter 2

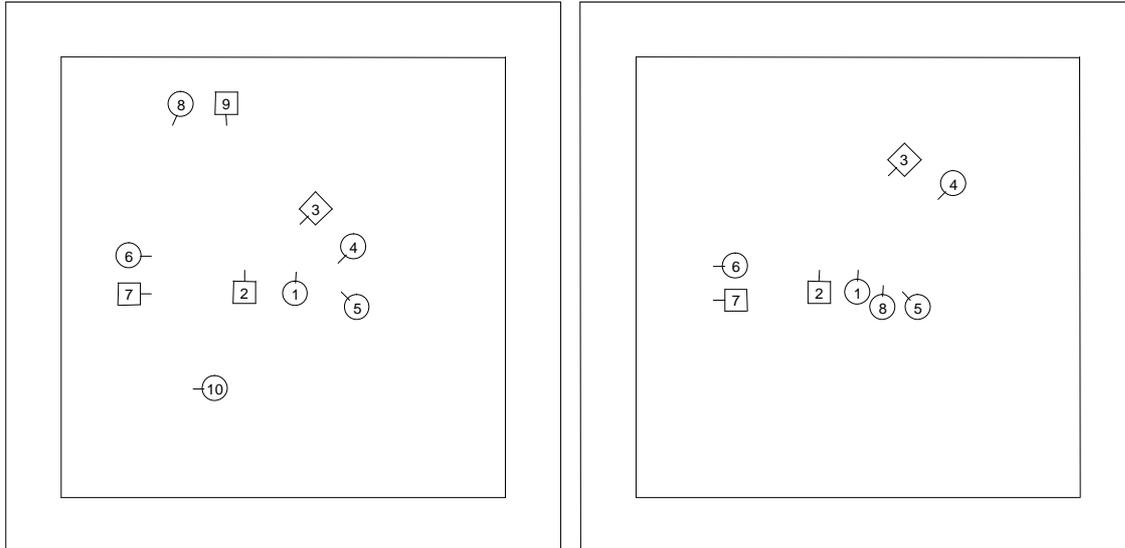
E 2 Entfernung von Personen innerhalb des Umfeldes der Kernfamilie

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Entfernung und/oder Abwendung von Personen innerhalb des Umfeldes der Kernfamilie dargestellt werden.

Ankerbeispiel:

F 14



Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Mann
3. Bruder
4. Schwester
5. Mutter (seit 20 J. geschieden)
6. Schwiegermutter
7. Schwiegervater
8. Frau des Vaters
9. Vater tägl. Tel. Kontakt
10. Frauenarzt

Liegezeit

1. selbst
2. Mann
3. Bruder
4. Schwester
5. Mutter rückt etwas näher
6. Schwiegermutter keine enge Beziehung
7. Schwiegervater keine enge Beziehung
8. Zimmernachbarin

U 2 Helfer als Untergruppe zu erkennen

Definition:

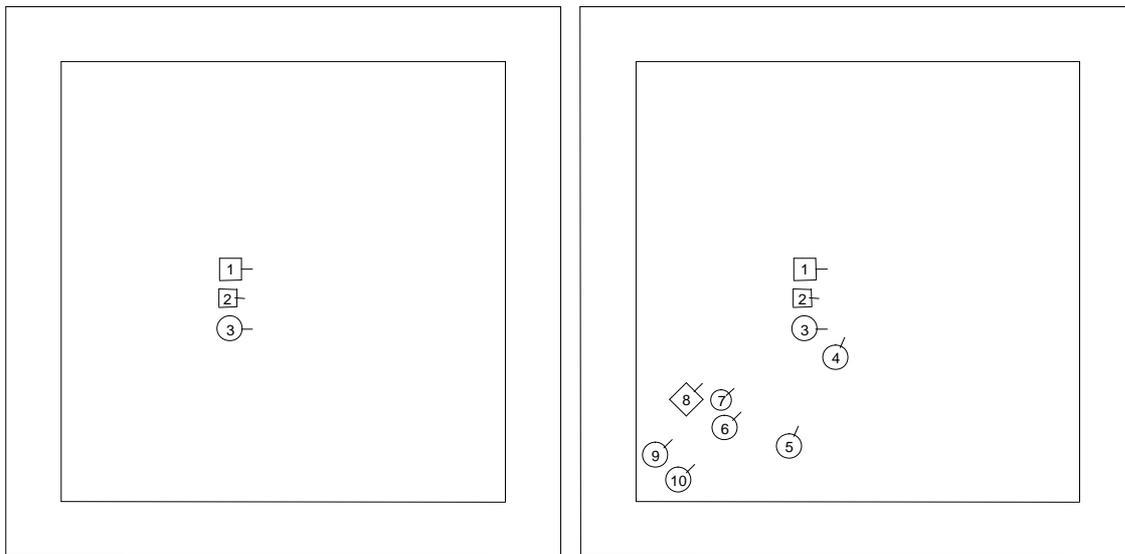
In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Helfer als Untergruppe dargestellt werden.

Codierregel:

Codiert werden auch Familienbrettaufstellungen, in denen Helfer als Einzelpersonen außerhalb der Kernfamilie dargestellt werden.

Ankerbeispiel:

F 32



Beginn der
Schwangerschaft

1. Mann
2. Sohn
3. Selbst (Frau)

Liegezeit

1. Mann
2. Sohn
3. Selbst (Frau)
4. Freundin
5. Oma F
6. Mutter
7. Schwester
8. Vater
9. Hebamme
10. Familienpflegerin

Position der Familienpflegerin

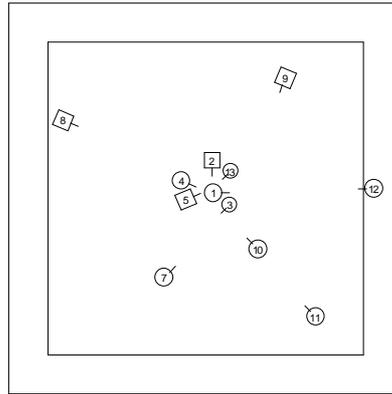
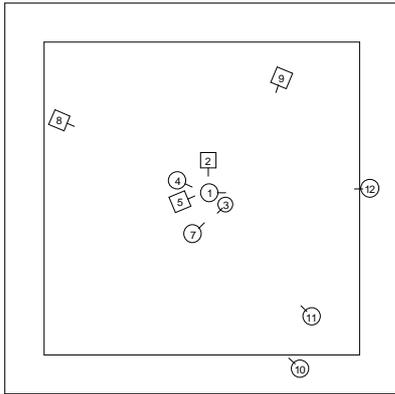
F 0 Familienpflegerin nicht dargestellt

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten die Familienpflegerin, die in der Familie geholfen hat, nicht darstellen.

Ankerbeispiel:

F 36



Beginn 3. Schwangerschaft

1. selbst (und Ehemann mehr auf sich gestellt)
2. Mann (selbst und Mann weniger Unterstützung von außen)
3. Tochter 1 Blick jetzt zur Oma, die sie versorgt
4. Mutter (MF) weiter weg, krank
5. Vater (VF) weiter weg, krank
7. Schwiegermutter etwas weiter weg
8. Schwiegervater (VM)
9. Bruder
10. Freundin
11. Freundin
12. Freundin keine Zeit mehr
13. Tochter 2

3. Schwangerschaft Liegezeit

1. selbst
2. Mann
3. Tochter 1 Blick jetzt zur Oma, die sie versorgt
4. Mutter (MF)
5. Vater (VF) Blick zur 2. Tochter
7. Schwiegermutter
8. Schwiegervater (VM)
9. Bruder
10. Freundin rückt näher, da sie viel hilft
11. Freundin
12. Freundin keine Zeit mehr
13. Tochter 2

F1 Familienpflegerin mit Bezug zur Kernfamilie dargestellt

Definition:

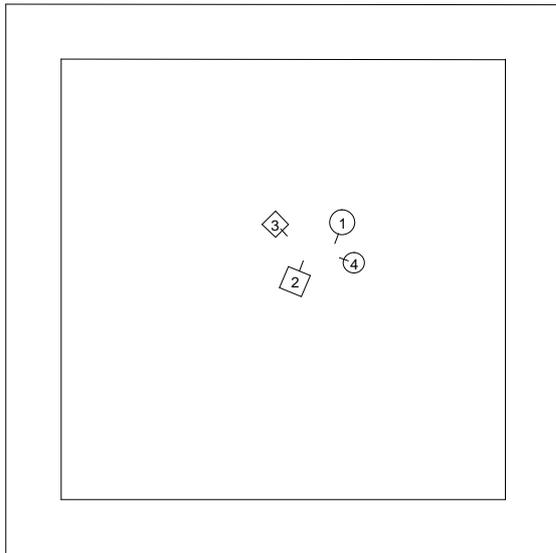
In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten die Familienpflegerin, die in der Familie geholfen hat, mit Bezug zur Kernfamilie darstellen.

Codierregel:

Codiert werden Darstellungen der Familienpflegerin bei der Kernfamilie, oder nah bei der Kernfamilie, nah bei der Frau, nah bei den Kindern, nah bei Frau und Kindern und nah bei Mann und Kindern.

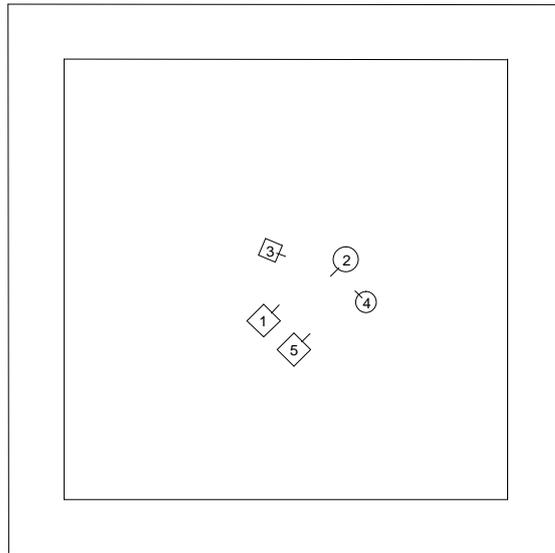
Ankerbeispiel:

M 29



Beginn der Schwangerschaft

1. Selbst (Mann)
2. Frau
3. Sohn
4. Tochter



Liegezeit

1. Frau
2. Selbst (Mann)
3. Sohn
4. Tochter
5. Familienpflegerin

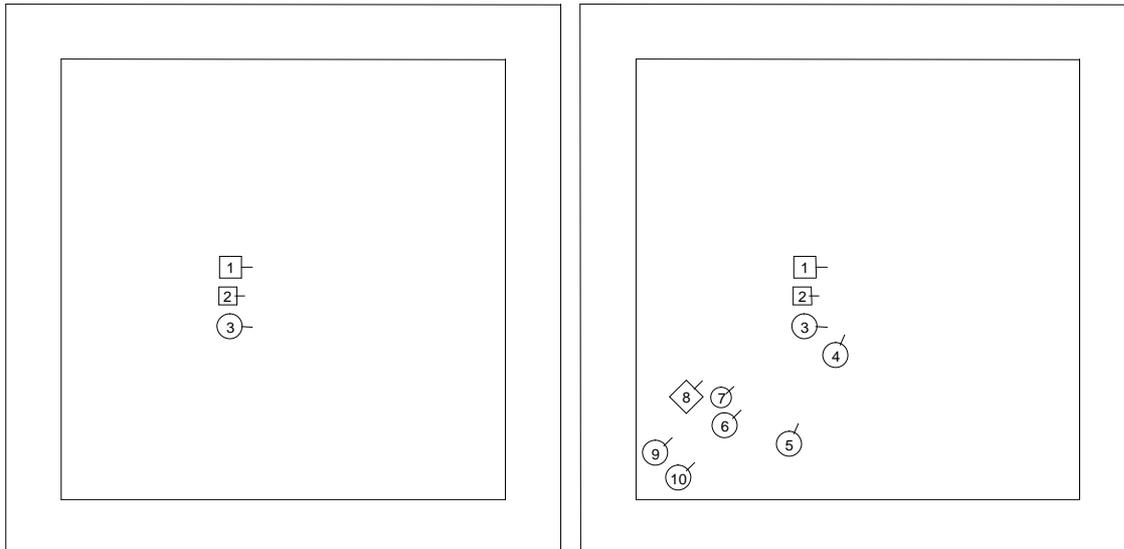
F 2 Familienpflegerin abseits von der Kernfamilie dargestellt

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten die Familienpflegerin, die in der Familie geholfen hat, bei den anderen Helfern und/oder entfernt von der Kernfamilie darstellen.

Ankerbeispiel:

F 32



Beginn der
Schwangerschaft

1. Mann
2. Sohn
3. Selbst (Frau)

Liegezeit

1. Mann
2. Sohn
3. Selbst (Frau)
4. Freundin
5. Oma F
6. Mutter
7. Schwester
8. Vater
9. Hebamme
10. Familienpflegerin

Kategorien, die sich auf den Vergleich der Aufstellung 2 Liegezeit mit der Aufstellung 3 Zeit ca. 1 Jahr nach der Geburt beziehen

Im Folgenden werden Kategorien beschrieben, die sich auf die Aufstellung 3 „ca. ein Jahr nach der Geburt“ im Vergleich zu den Aufstellungen 1 „Beginn der Schwangerschaft und 2 „Liegezeit“ beziehen.

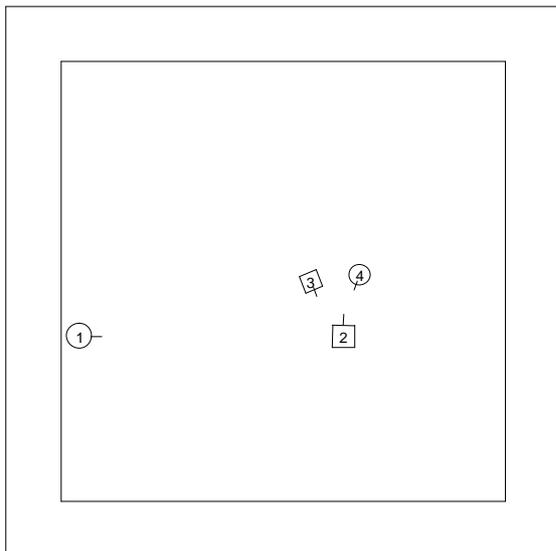
G 1 Familie ohne Änderung in der Liegezeit nach der Geburt neu formiert

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die Befragten darstellen, wie sich die Familie, die während der Liegezeit unverändert dargestellt wurde, nach der Geburt neu formiert hat.

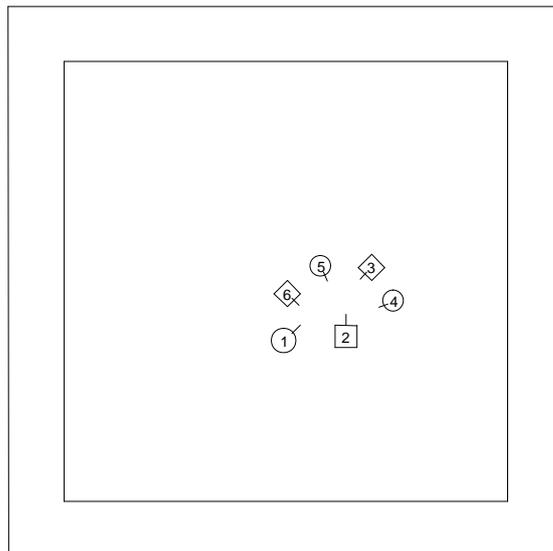
Ankerbeispiel:

F 38



Beginn der Schwangerschaft
und Liegezeit unverändert

1. Mann
2. Selbst (Frau)
3. Sohn
4. Tochter



Ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. Mann
2. Selbst (Frau)
3. Sohn
4. Tochter
5. Baby Tochter
6. Baby Sohn

G 2 Während der Liegezeit erfolgte Änderung der Kernfamilie bleibt teilweise bestehen

Definition:

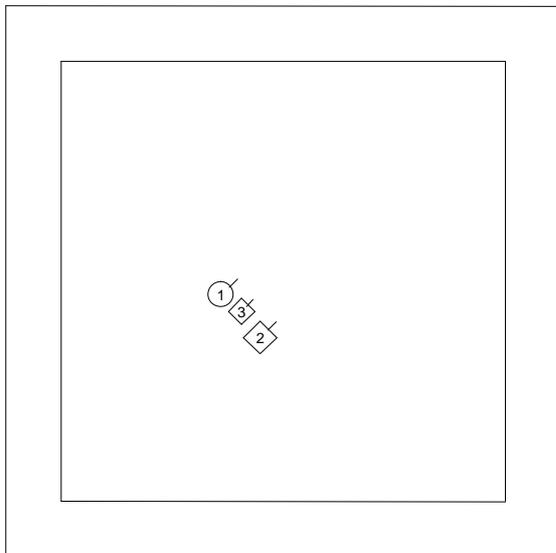
In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die während der Liegezeit erfolgte Neuordnung der Mitglieder der Kernfamilie teilweise oder tendenziell bestehen bleibt.

Codierregel:

Codiert werden auch Aufstellungen bei denen die während der Liegezeit hinzugekommenen Familienmitglieder bleiben, aber nach der Geburt weiter entfernt sind.

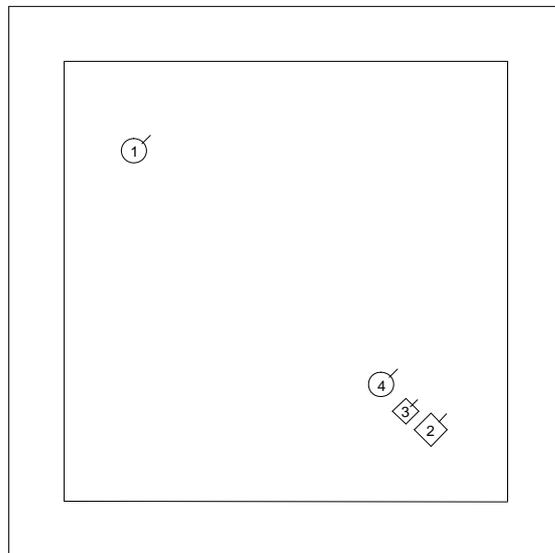
Ankerbeispiel:

F 24



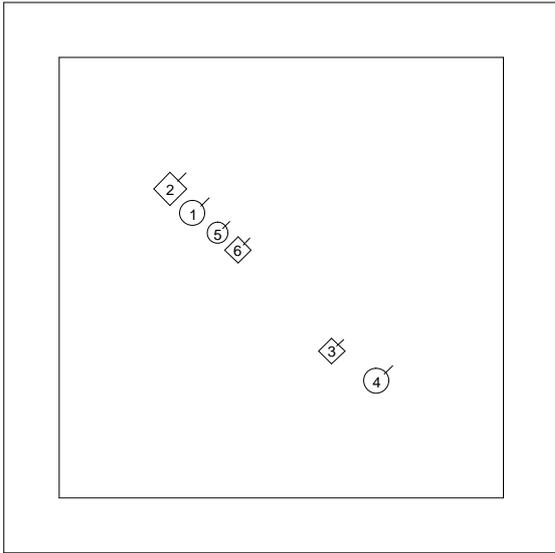
Beginn zweite Schwangerschaft

1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Tochter



Liegezeit in Krankenhaus

1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Tochter
4. Mutter M



Ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Tochter
4. Mutter M
5. Baby
6. Baby

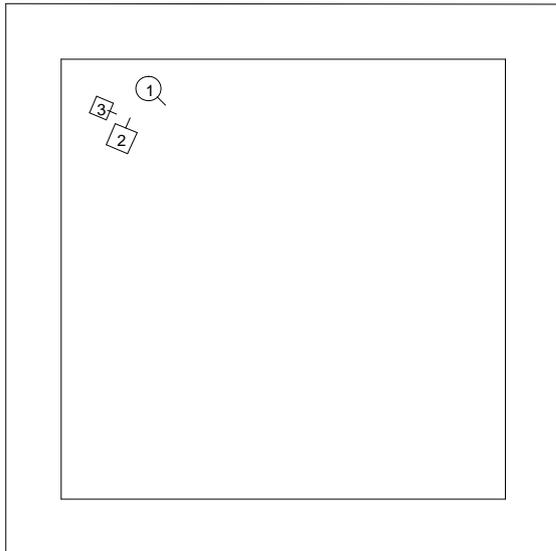
G 3 Während der Liegezeit erfolgte Änderung der Kernfamilie bleibt nicht bestehen

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen die während der Liegezeit erfolgte Neuordnung der Mitglieder der Kernfamilie Positionen nicht bestehen bleibt.

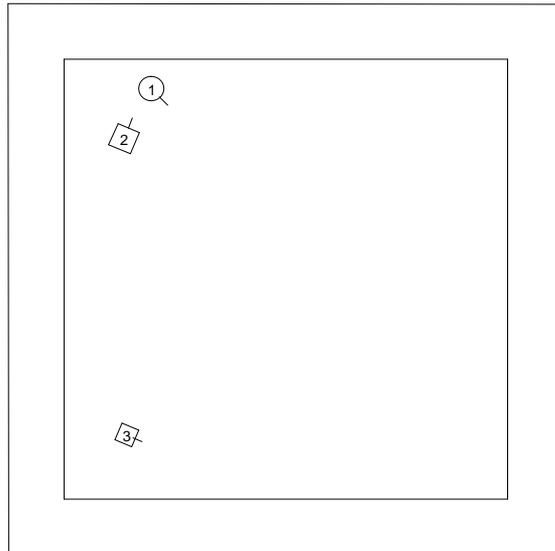
Ankerbeispiel:

F 18



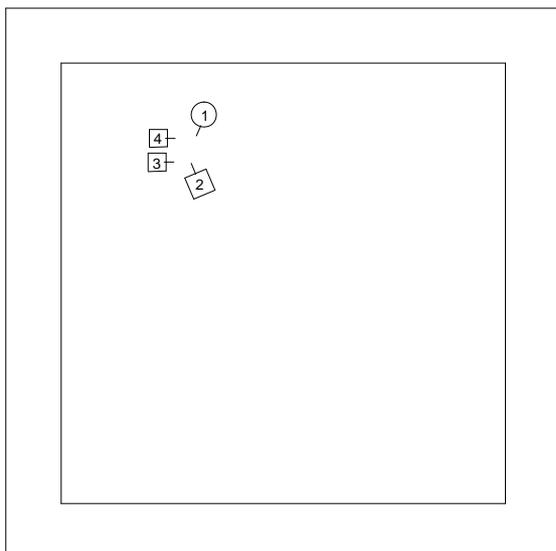
Beginn der Schwangerschaft

1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Sohn



Liegezeit

1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Sohn



Ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. Selbst (Frau)
2. Mann
3. Sohn
4. Baby

G 4 Während der Liegezeit erfolgte Änderung des Umfeldes bleibt teilweise bestehen

Definition:

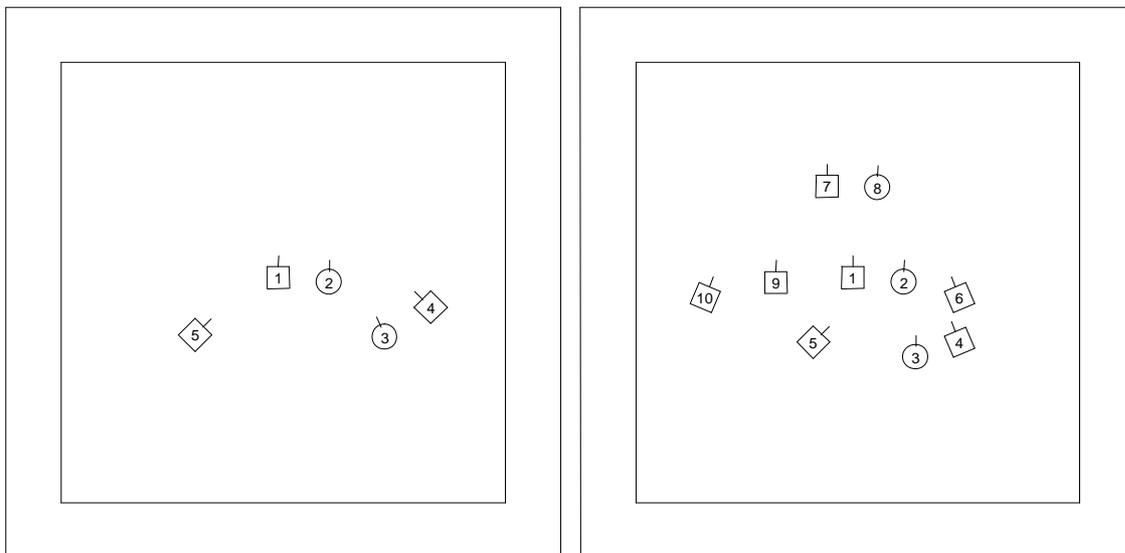
In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen während der Liegezeit erfolgte Veränderungen teilweise oder tendenziell bestehen bleiben.

Codierregel:

Codiert werden auch Aufstellungen bei denen die während der Liegezeit hinzugekommenen Familienmitglieder bleiben, aber nach der Geburt weiter entfernt sind.

Ankerbeispiel:

M 5

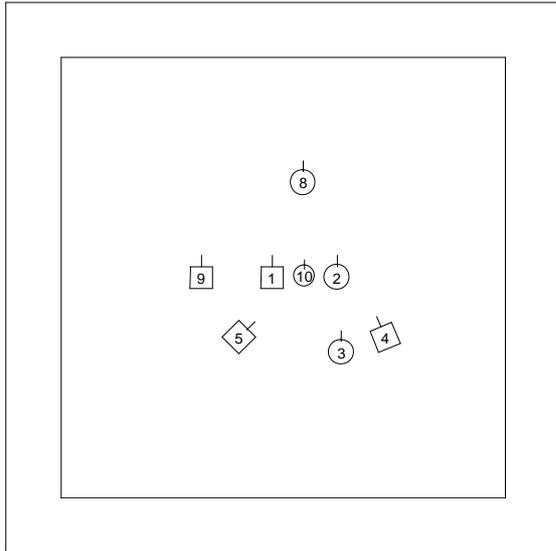


Beginn der Schwangerschaft

1. Selbst (Mann)
2. Frau
3. Schwiegermutter
4. Schwiegervater
5. Freunde stellvertretend

Liegezeit

1. Selbst (Mann)
2. Frau
3. Schwiegermutter
4. Schwiegervater
5. Freunde stellvertretend
6. Bruder der Frau
7. Bruder
8. Schwester
9. Vater (Mutter verstorben)
10. Bruder



Ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. Selbst (Mann)
2. Frau
3. Schwiegermutter
4. Schwiegervater
5. Freunde stellvertretend
8. Schwester
9. Vater (Mutter verstorben)
10. Baby

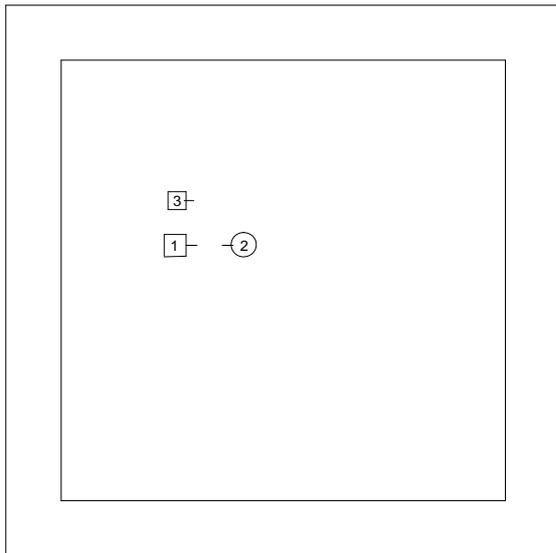
G 5 Während der Liegezeit erfolgte Änderung des Umfeldes bleibt nicht bestehen

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen während der Liegezeit erfolgte Veränderungen des Umfeldes nicht bestehen bleiben.

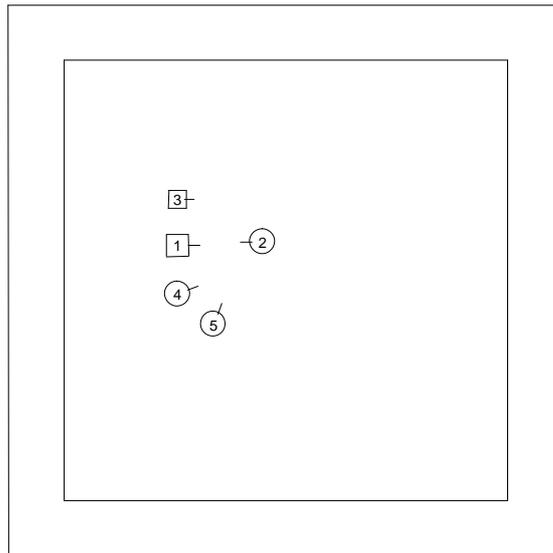
Ankerbeispiel:

M 27



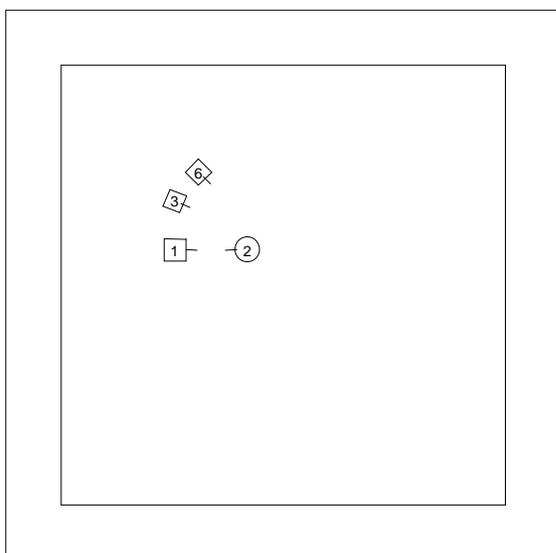
Beginn der Schwangerschaft

1. Selbst (Mann)
2. Frau
3. Sohn



Liegezeit

1. Selbst (Mann)
2. Frau
3. Sohn
4. Oma
5. Familienpflegerin



Ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. Selbst (Mann)
2. Frau
3. Sohn
6. Kind

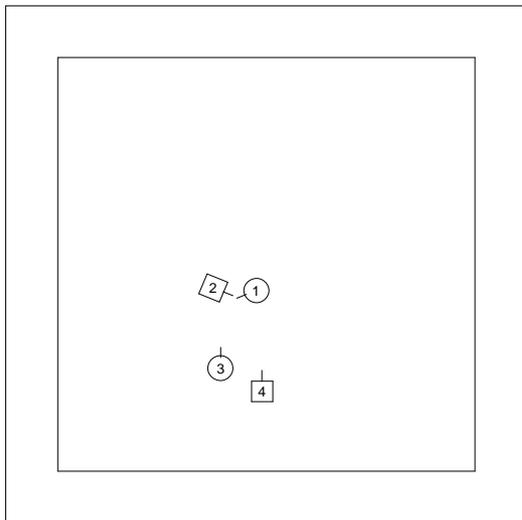
G 5 Zuwendung des Umfeldes zur Kernfamilie

Definition:

In dieser Kategorie werden Familienbrettaufstellungen codiert, in denen eine Zuwendung des Umfeldes zur Kernfamilie dargestellt wird.

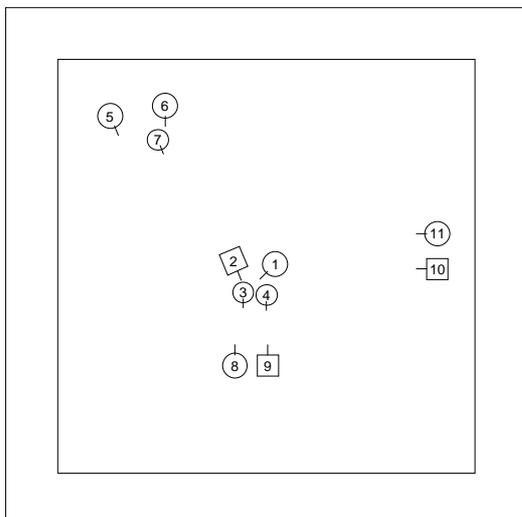
Ankerbeispiel:

F8



Liegezeit

1. selbst
2. Mann
3. Mutter
4. Vater



ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. selbst
2. Mann
3. Baby
4. Baby
5. Schwester F
6. Patin
7. Patenkind
8. Oma
9. Opa
10. Freunde

Ergänzende Familienbrettaufstellungen

Die für die folgenden Beispiele gewählten Überschriften bezeichnen jeweils die wichtigste Aufstellung oder die herausragende Kategorie. Im einführenden Text werden die wesentlichen Veränderungen beschrieben, wobei kurze Hintergrundinformationen aus den Interviews, die ergänzend zu den Aufstellungen von Interesse sind, hinzugefügt werden. Auf die Benennung der codierten Kategorien im Einzelnen wird hier jedoch verzichtet.

In den Legenden wird die Person, die die Aufstellung durchgeführt hat, mit „selbst“ bezeichnet. Es wird den Personenbezeichnungen ein „F“ angefügt, wenn es sich um Verwandte der Frau handelt. Bei Verwandten des Mannes wird ein „M“ angefügt.

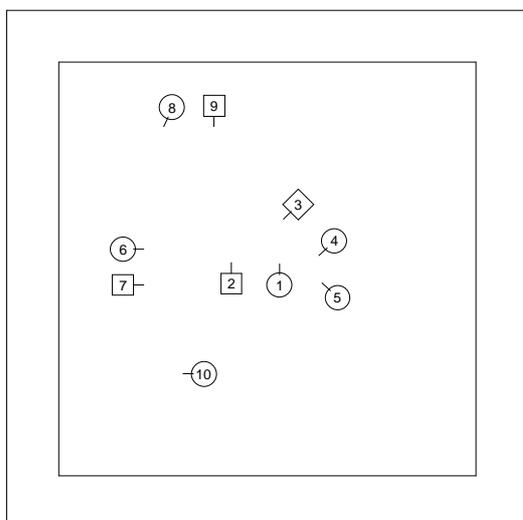
Familienbrettaufstellungen von Frauen ohne Kinder

(F14) Postpartale Depression

Während sich in Aufstellung 1 die Frau neben ihrem Mann und umgeben von Angehörigen darstellt, ist in Aufstellung 2, Liegezeit, eine Entfernung von 3 Personen aus dem Umfeld und eine Abwendung von 2 Personen dargestellt. Die Zimmernachbarin, die zur engsten Bezugsperson geworden ist, kommt neu hinzu. Außerdem stellt die Frau eine Annäherung ihres Mannes und der Mutter dar.

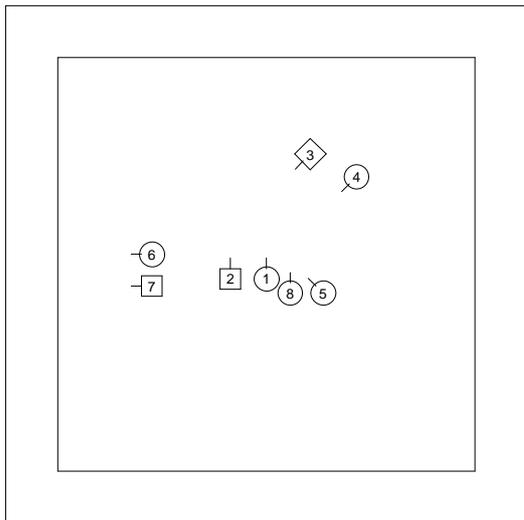
Für die Zeit kurz nach der Geburt wollte die betroffene Frau eine zusätzliche Aufstellungsdurchführung, da sie in dieser Zeit unter einer postpartalen Depression gelitten hatte. Über diese Zeit hatte sie im Interview gesagt: „Ich habe nur noch gedacht, ich muss raus, ich muss fort. Es war nicht so schlimm, dass ich die zwei [Kinder] abgelehnt hab, oder so was, oder nimmer versorgt habe, ich hab noch alles gemacht und ich hab sie auch geliebt, aber ich wollt nur noch weg, raus.“ In dieser Aufstellung (3) werden die neugeborenen Zwillinge nicht aufgestellt und die Familienpflegerin ist der Frau am nächsten.

In Aufstellung 4, Zeit ca. 1 Jahr nach der Geburt, wird deutlich, dass sich die Familie neu formiert hat und die Kinder nun einen Platz zwischen den Eltern haben. Außerdem ist eine Zuwendung der Personen des Umfeldes (Blickrichtung) zur Kernfamilie erkennbar.



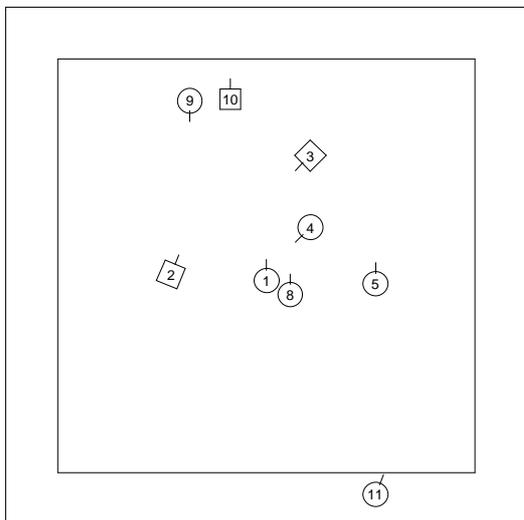
F 14 Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Mann
3. Bruder
4. Schwester
5. Mutter (Ehe seit 20 J. geschieden)
6. Schwiegermutter
7. Schwiegervater
8. Frau des Vaters
9. Vater tägl. tel. Kontakt
10. Frauenarzt



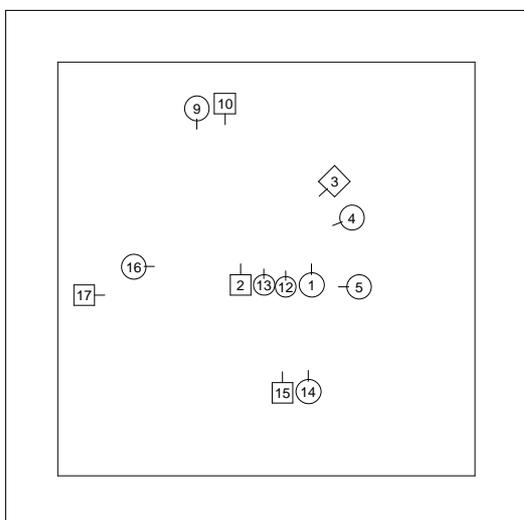
F 14 Aufstellung 2:
Liegezeit

1. selbst
2. Mann
3. Bruder
4. Schwester
5. Mutter rückt etwas näher
6. Schwiegermutter keine enge Beziehung
7. Schwiegervater keine enge Beziehung
8. Zimmernachbarin



F 14 Aufstellung 3:
Zeit der Depression nach der Entbindung

1. selbst
2. Mann etwas im Hintergrund
3. Bruder
4. Schwester etwas näher und offen
5. Mutter weiter weg
8. Familienpflegerin
9. Frau des Vaters
10. Vater versteht und akzeptiert nicht
11. Freundin aus der Klinik

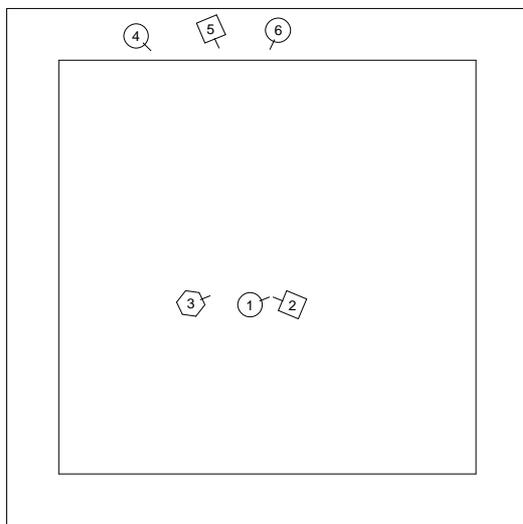


F 14 Aufstellung 4:
jetzt, ca. 1 Jahr nach der Entbindung

1. selbst
2. Mann
3. Bruder
4. Schwester etwas näher und offen
5. Mutter
9. Frau des Vaters
10. Vater
12. Baby
13. Baby
14. Freundin
15. Freund
16. Schwiegermutter
17. Schwiegervater

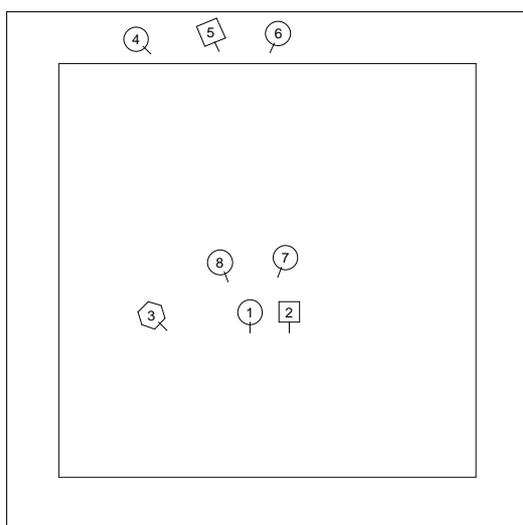
(F12) Nach der Geburt Zuwendung des Umfeldes zur Kernfamilie

In diesem Beispiel fällt in Aufstellung 1 zunächst die Außensetzung der Eltern der Frau auf. Im Interview hatte die befragte Frau erwähnt, dass für sie zu Beginn der Schwangerschaft Privatsphäre sehr wichtig gewesen sei. Auch in Aufstellung 2 in der sie und ihr Mann sich auf das gemeinsame Ziel konzentrieren, was spontan als Erklärung für die geänderte Blickrichtung genannt wurde, kommen nur zwei Personen hinzu. In Aufstellung 3, nach Geburt der Kinder, wird die Familie jedoch von einem Halbkreis unterstützender Personen umgeben, in den die Großeltern integriert sind. Weiter ist zu beachten, dass der Abstand zur Therapeutin größer geworden ist und der Mann, der eine Tätigkeit in einer anderen Stadt aufnehmen musste, durch zwei Figuren dargestellt wird.



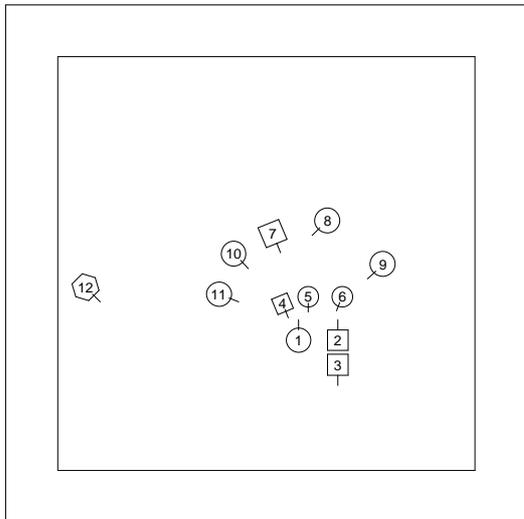
F 12 Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Mann
3. Therapeutin der Frau
4. Schwester der Frau
5. Vater F. (die Eltern wussten nichts von der Drillingschwangerschaft)
6. Mutter F



F 12 Aufstellung 2:
Liegezeit

1. selbst, vorausschauend auf das gemeinsame Ziel
2. Mann, auch vorausschauend
3. Therapeutin der Frau
4. Schwester der Frau
5. Vater F
6. Mutter F
7. Sozialarbeiterin Klinik
8. Schwester, loser Kontakt



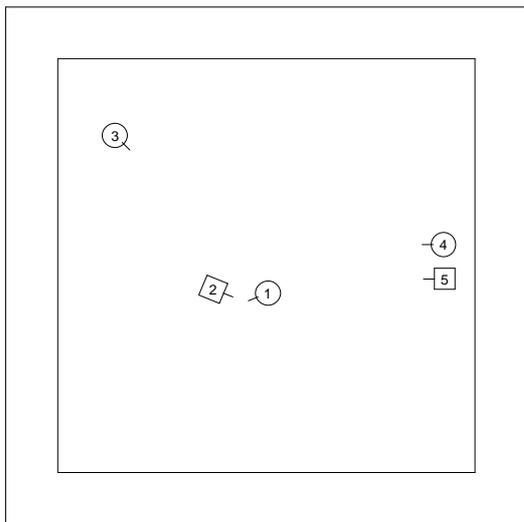
F 12 Aufstellung 3:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. selbst
2. Mann, wenn er zu Hause ist
3. Mann bei der Arbeit in einer anderen Stadt
4. Kind
5. Kind
6. Kind
7. Vater F
8. Mutter F
9. Frau die hilft
10. Frau die hilft
11. Familienpflegerin
12. Therapeutin

(F8) Entfernung von Personen innerhalb des Umfeldes der Kernfamilie

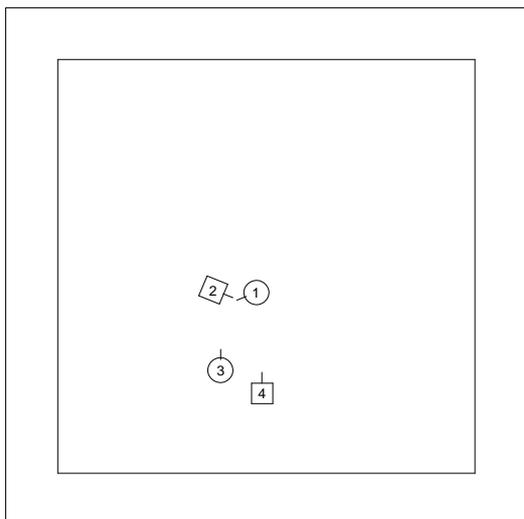
In Aufstellung 2, während der Liegezeit, werden die Freunde des Paares nicht mehr dargestellt, aber die Großeltern kommen neu hinzu. Hier wird ein situationsbedingter Wechsel von Personen des sozialen Umfeldes deutlich.

In Aufstellung 3, ca. 1 Jahr nach der Geburt, ist die junge Familie von 3 Gruppen (Familienmitglieder und Freunde) umgeben, die alle zur Kernfamilie blicken. Hierbei ist zu beachten, dass die in Aufstellung 2 hinzugekommenen Großeltern bleiben und die Mutter der Frau, die ihr während der Liegezeit etwas näher war, nun wieder neben ihrem Mann dargestellt wird.



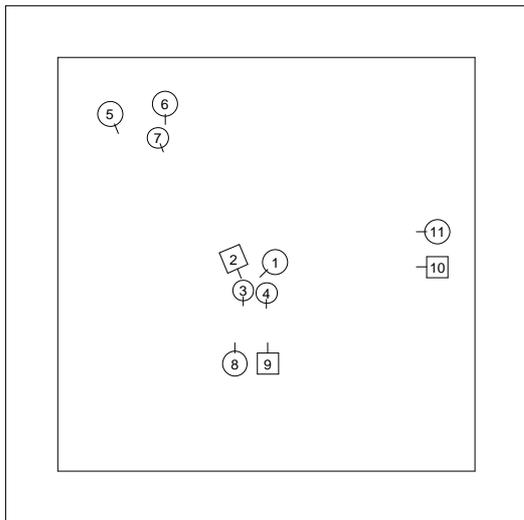
F 8 Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Mann
3. Schwester
4. Freunde
5. Freunde



F 8 Aufstellung 2:
Liegezeit

1. selbst
2. Mann
3. Mutter
4. Vater



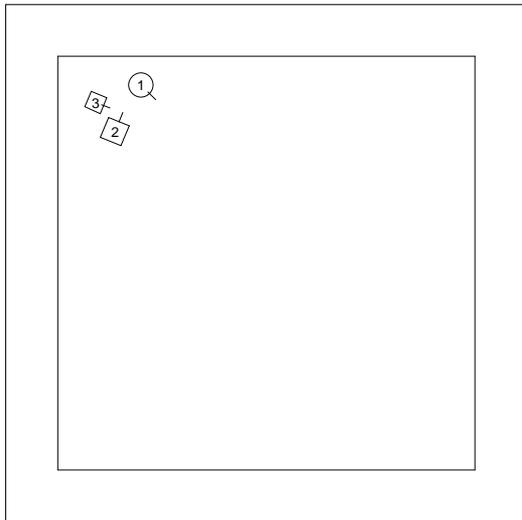
F 8 Aufstellung 3:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. selbst
2. Mann
3. Baby
4. Baby
5. Schwester F
6. Patin
7. Patenkind
8. Oma
9. Opa
10. Freunde
11. Freunde

Familienbrettaufstellungen von Frauen mit Kindern

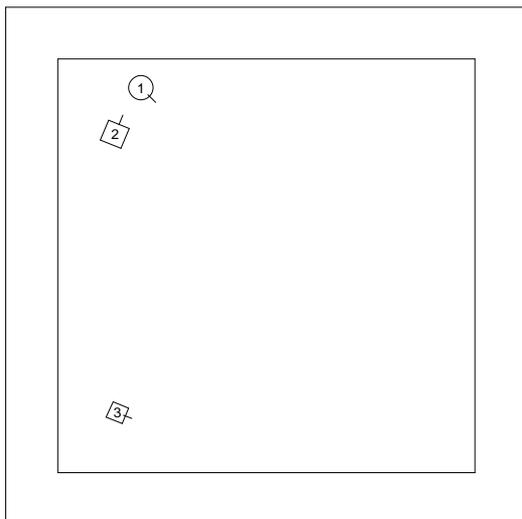
(F18) Positionswechsel des Kindes aus der Kernfamilie

Im folgenden Beispiel wird in Aufstellung 2, Liegezeit, ein Positionswechsel des Sohnes, der in dieser Zeit bei den Großeltern war, abgebildet, wobei zu beachten ist, dass die Großeltern nicht dargestellt werden. Im Interview sprach die betroffene Frau nicht weiter darüber, wie sie diese Konstellation, die für die Familie eine pragmatische Lösung darstellte, erlebt hat. In Aufstellung 3 befindet sich der Sohn wieder bei seinen Eltern und die Kernfamilie ist neu formiert.



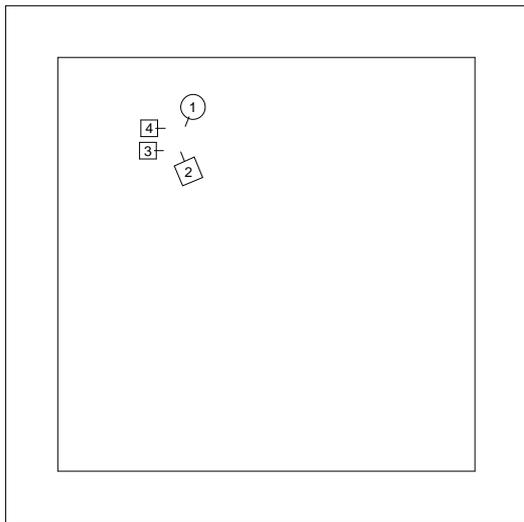
F 18 Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Mann
3. Sohn



F 18 Aufstellung 2:
Liegezeit

1. selbst
2. Mann
3. Sohn



F 18 Aufstellung 3:
jetzt, ca. 1 Jahr nach der Geburt

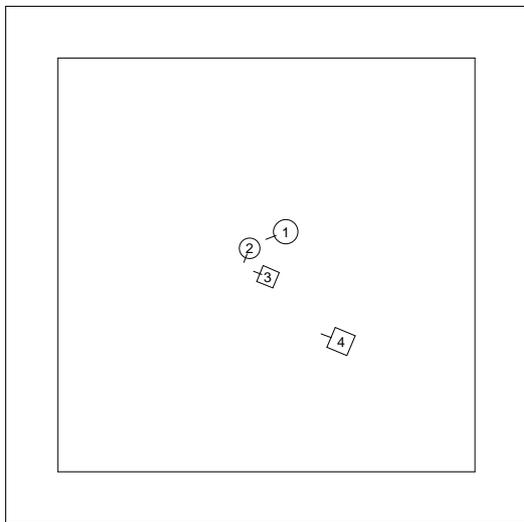
1. selbst
2. Mann
3. Sohn
4. Baby

Die folgenden Beispiele veranschaulichen unterschiedliche Konstellationen von Familien, die während der Risikoschwangerschaft *Unterstützung durch die Familienpflege* erhielten.

(F28) Entfernung der Frau von der Kernfamilie

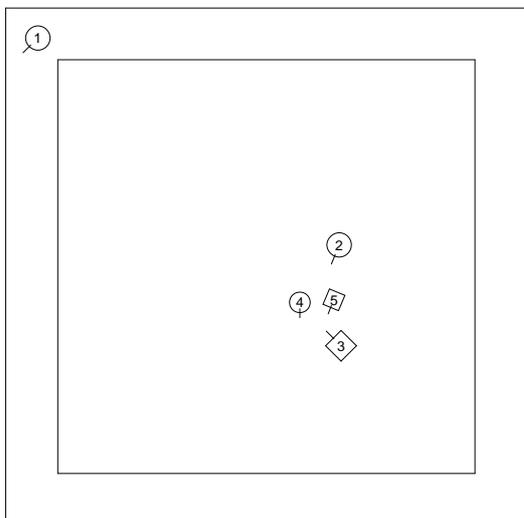
In Aufstellung 1 befinden sich beide Kinder nah bei der Mutter, wobei der Vater in etwas größerem Abstand positioniert ist. Während der folgenden stationären Behandlung hatte es die betroffene Frau als Belastung empfunden, dass sie die Familienpflegerin nicht kennen lernen konnte, sprach aber im Interview nicht ausführlicher über das Erleben dieser Situation. Sie stellt sich in Aufstellung 2 außerhalb des inneren Brettbereichs und mit abgewandter Blickrichtung dar. Die Kinder, die zu Beginn der Schwangerschaft näher bei ihr waren, sind in der Liegezeit näher beim Vater und blicken eher zu ihm. Sie befinden sich zwischen Familienpflegerin und Vater.

In Aufstellung 3, ca. 1 Jahr nach der Geburt, sind die Kinder wieder näher bei der Mutter, wobei nur das jüngste mit Blick zur Mutter dargestellt wird. Die zwischenzeitliche Nähe der Kinder zum Vater bleibt nicht bestehen.



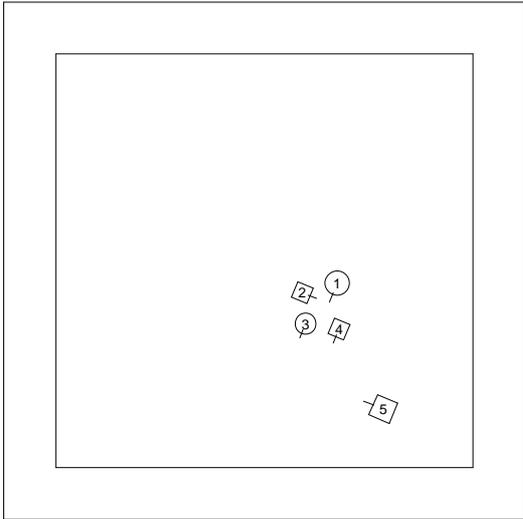
F 28 Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Tochter
3. Sohn Kind 2
4. Mann



F 28 Aufstellung 2:
Liegezeit selbst im Krankenhaus,
Familienpflegerin zu Hause

1. selbst
2. Familienpflegerin
3. Mann
4. Tochter
5. Sohn Kind 2

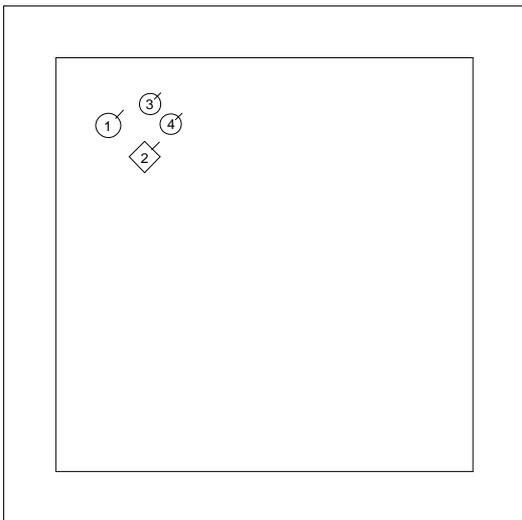


F 28 Aufstellung 3:
ca. 9 Monate nach Geburt

1. selbst
2. Baby
3. Tochter
4. Sohn
5. Mann

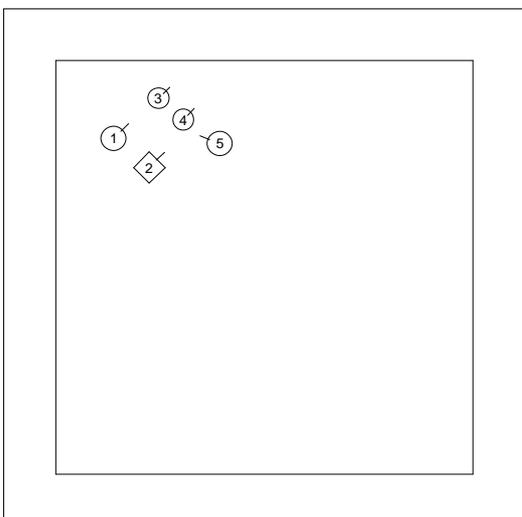
(F37) Kernfamilie unverändert, Familienpflegerin mit Bezug zur Kernfamilie dargestellt

In diesem Beispiel bleibt die Kernfamilie in Aufstellung 2, Liegezeit, im Wesentlichen unverändert und die Familienpflegerin wird nahe bei der Kernfamilie aufgestellt. Diese Aufstellung ergänzt und bestätigt die Angaben aus dem Interview. Hier hatte die betroffene Frau gesagt, dass es sehr hilfreich gewesen sei, schnell Hilfe zu bekommen und, dass die Kinder kein Problem mit der Familienpflegerin hatten, da sie sie schon kannten. In Aufstellung 3 ist die Kernfamilie neu aufgestellt.



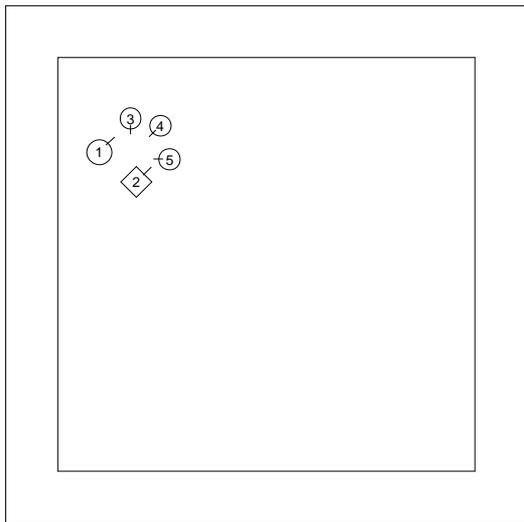
F 37 Aufstellung 1:
Beginn Risikoschwangerschaft

1. selbst
2. Ehemann
3. Kind 1
4. Kind 2



F 37 Aufstellung 2:
Liegezeit mit Familienpflege

1. selbst
2. Ehemann
3. Kind 1
4. Kind 2
5. Familienpflegerin

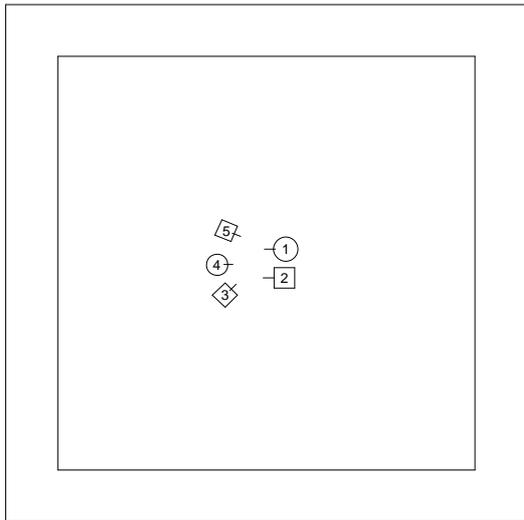


F 37 Aufstellung 3:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. selbst
2. Ehemann
3. Kind 1
4. Kind 3
5. Kind 2

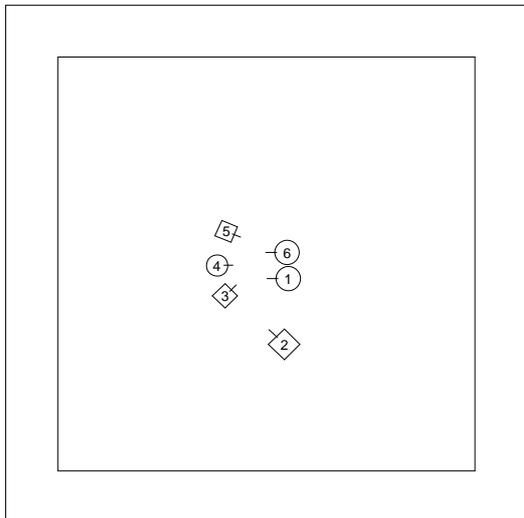
(F31) Öffnung der Kernfamilie

Im nun folgenden Beispiel wird die Öffnung der Kernfamilie für die Familienpflegerin während der Liegezeit deutlich. Für die Liegezeit, Aufstellung 2, rückt der Mann aus dem Kreis der Familie heraus und die Familienpflegerin wird in der Familie direkt neben der Frau dargestellt. In Aufstellung 3 ist der Mann wieder neben seiner Frau im Kreis der neu formierten Familie.



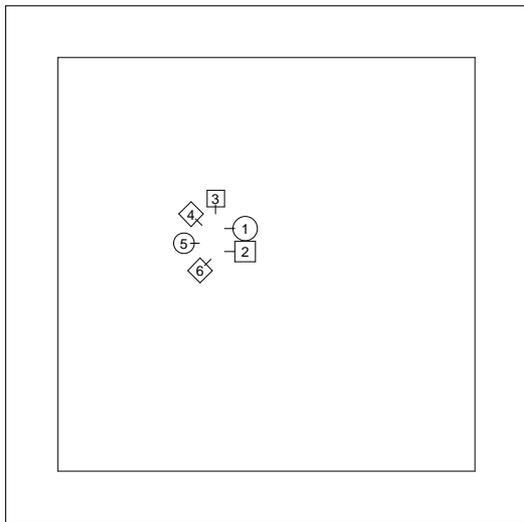
F 31 Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Mann
3. Sohn 1
4. Tochter 2
5. Sohn 3



F 31 Aufstellung 2:
Liegezeit

1. selbst
2. Mann
3. Sohn 1
4. Tochter 2
5. Sohn 3
6. Familienpflegerin

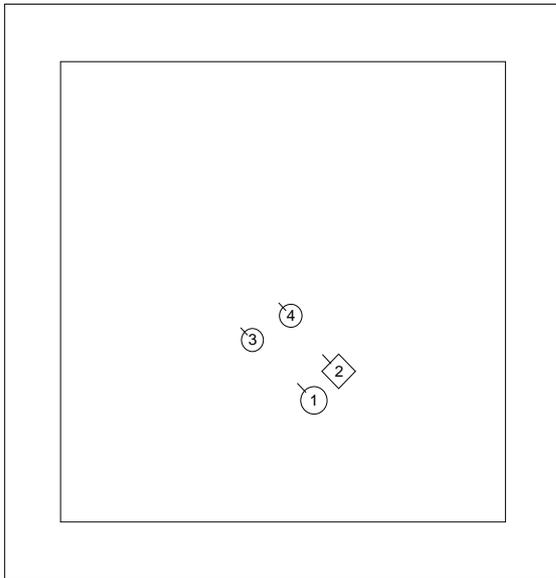


F 31 Aufstellung 3:
ca.1 Jahr nach der Geburt

1. selbst
2. Mann
3. Kind
4. Kind
5. Kind
6. Kind

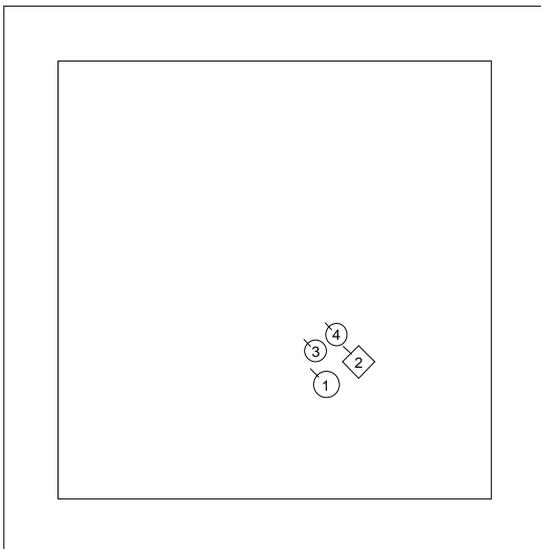
(F 33) Öffnung der Kernfamilie

Auch in diesem Beispiel öffnet sich die Kernfamilie, die in der Anfangszeit noch enger zusammenrückte, während der Liegezeit für die Familienpflegerin. Im Interview hatte die Frau zu dieser Zeit gesagt: „Die Kinder haben sich mit der Frau [der Familienpflegerin] super verstanden, das war dann so eine Situation, da haben die gesagt: „Mama, wenn dir was passiert, dann nehmen wir die Frau in unsere Familie auf, die passt dann auf uns auf.“



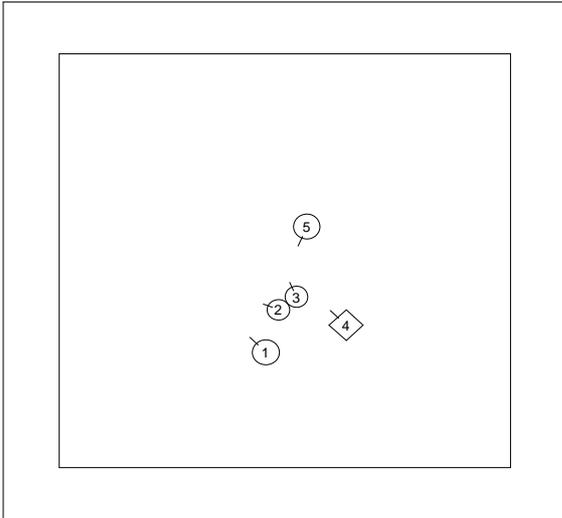
Aufstellung 1:
Beginn
der Schwangerschaft

1. Selbst
2. Mann
3. Tochter
4. Tochter



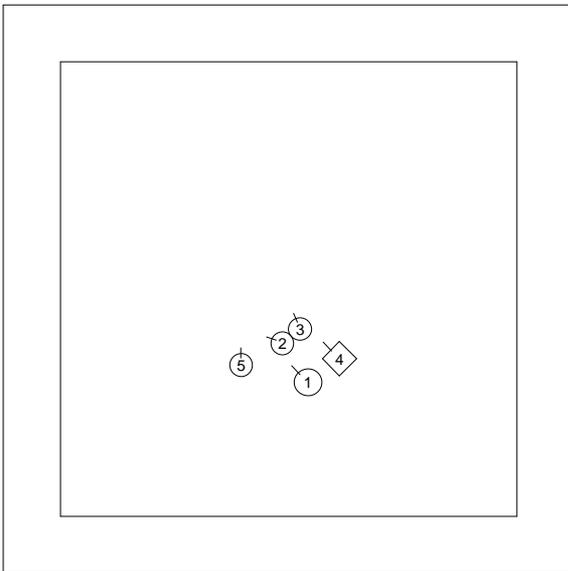
Aufstellung 2:
Anfangszeit der
Schwangerschaft

1. Selbst
2. Mann
3. Tochter
4. Tochter



**Aufstellung 3:
Liegezeit mit
Familienpflege**

1. selbst liegend
2. Tochter
3. Tochter
4. Mann
5. Familienpflegerin



**Aufstellung 4:
ca 1 Jahr nach der Geburt**

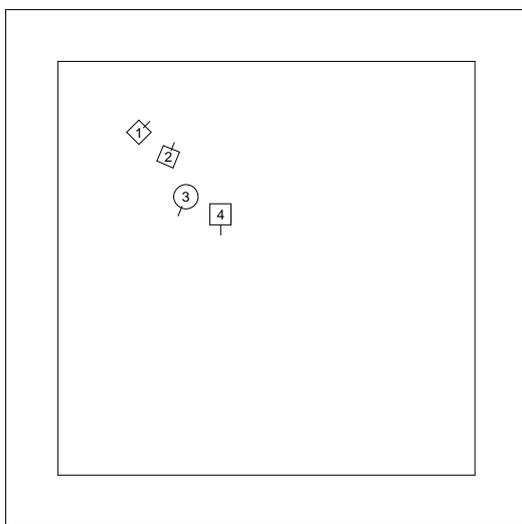
1. selbst
2. Tochter
3. Tochter
4. Mann
5. Baby

(F26) Blickzuwendung der Mitglieder der Kernfamilie bei Entfernung der Frau

In diesem Beispiel wird in der Kernfamilie für die Zeit zu Beginn der Schwangerschaft und zu Beginn der Symptomatik eine zunehmende Vereinzelung der Mitglieder dargestellt, was die betroffene Frau, die sich in dieser Zeit massiv überfordert fühlte, auch im Interview in Worte fasste. Es fällt die Abwesenheit von weiteren helfenden Personen auf.

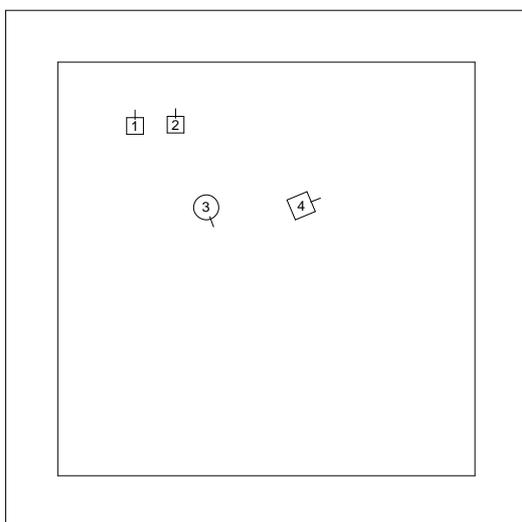
Für die Liegezeit, hier Aufstellung 3, wird außer einer Annäherung von Mann und Kindern und einer Entfernung der Frau von der Kernfamilie (stationäre Behandlung) eine Blickzuwendung der Mitglieder der Kernfamilie erkennbar. Das ungeborene Baby erhält bereits eine Figur neben der Mutter. Die Familienpflegerin, die während der Liegezeit die Familie unterstützt hat, erhielt keine Figur. Die Frau hatte sie erst nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus kennen gelernt.

In Aufstellung 4 wird die Familie neu geordnet aufgestellt.



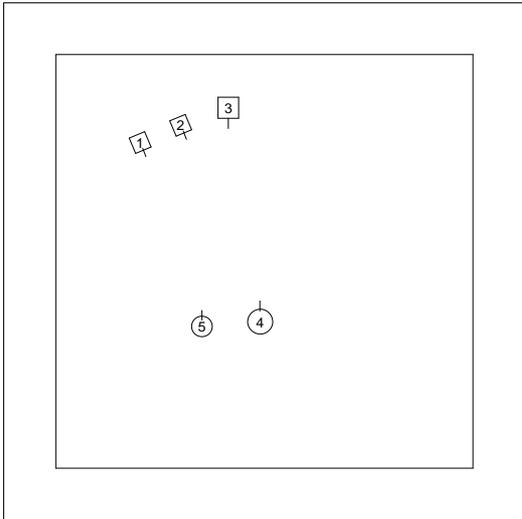
Aufstellung 1: Beginn 3.
Schwangerschaft. Jeder ist mit sich selbst beschäftigt

1. Sohn
2. Sohn
3. Selbst
4. Mann



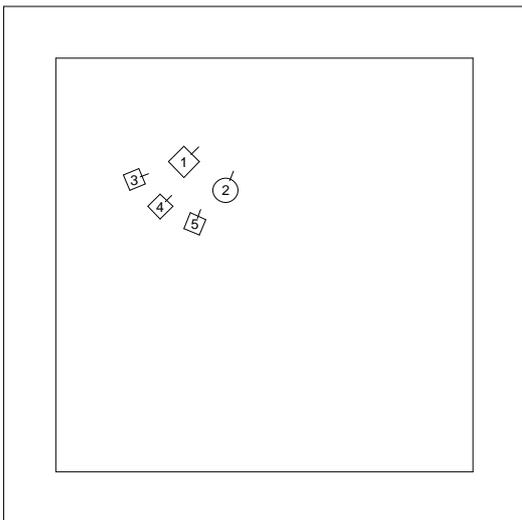
Aufstellung 2: Risikoschwangerschaft
vor den Komplikationen, Hektik, jeder
hat sein Ziel

1. Sohn
2. Sohn
3. Selbst mit Ausbildung beschäftigt
4. Mann mit Studium beschäftigt



Aufstellung 3: Liegezeit im Krankenhaus

1. Sohn
2. Sohn
3. Mann
4. Selbst
5. ungeborenes Baby



Aufstellung 4: ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. Mann
2. Selbst
3. Sohn 1
4. Sohn 2
5. Sohn 3

(F30) Suizidgedanken

Hier ist zu Beginn der Schwangerschaft die Kernfamilie eng beieinander, wobei das Ungeborene mit der Mutter verbunden dargestellt wird.

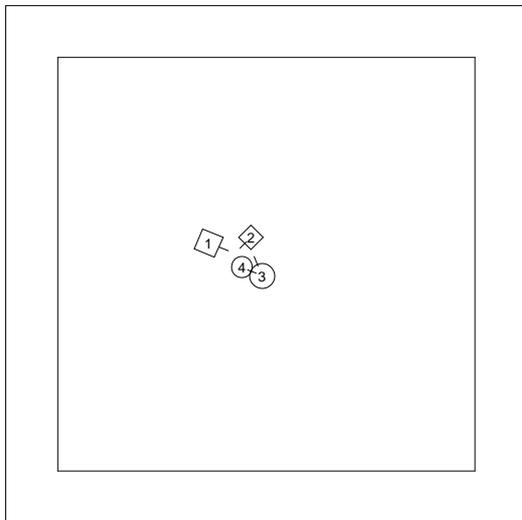
Während der stationären und der häuslichen Liegezeit der Frau, wurde der Sohn im Wechsel von Omas und Tanten betreut und die Familienpflegerin, die größtenteils privat bezahlt werden musste, half stundenweise im Haushalt.

In Aufstellung 2, Liegezeit, stellt die Frau sich mit dem ungeborenen Baby auf. Sie sind in einem gewissen Abstand von 3 Gruppen umgeben: Mann mit Sohn, und 2 Gruppen helfender Personen. Im Interview hatte die betroffene Frau unter anderem zu dieser Zeit gesagt:

„Ich war noch nie im Leben depressiv, hatte auch noch nie Suizidgedanken, aber da schon. Aber ich wollte weder therapeutisch, noch medikamentös was machen. Ich habe gesagt, ich stehe das durch, ich habe diese Gedanken aber ich gehe deswegen nicht auf die Brücke und springe runter. Aber ich habe gemerkt, dass das für das Umfeld so schlimm ist, wenn man das ausspricht, dass man diese Gedanken hat, weil Mütter, die ein Kind in sich tragen, die dürfen so was nicht sagen.“

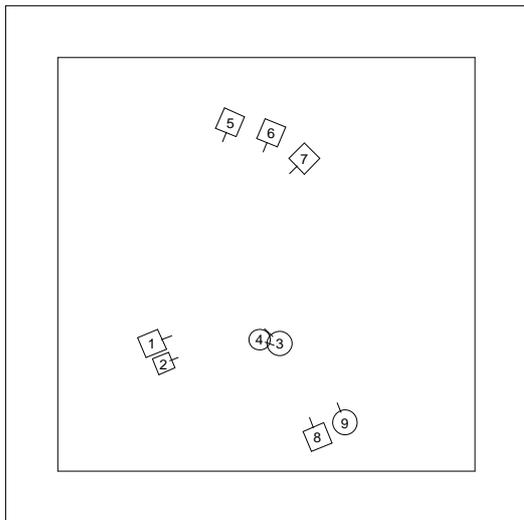
In Aufstellung 3, hier direkt nach der Geburt, wird der Kreis der Helfer weiter, sie befinden sich außerhalb der Begrenzungslinie, sind aber der Kernfamilie zugewandt.

In Aufstellung 4, ca. 1 Jahr nach der Geburt, ist die neu formierte Kernfamilie allein zu sehen.



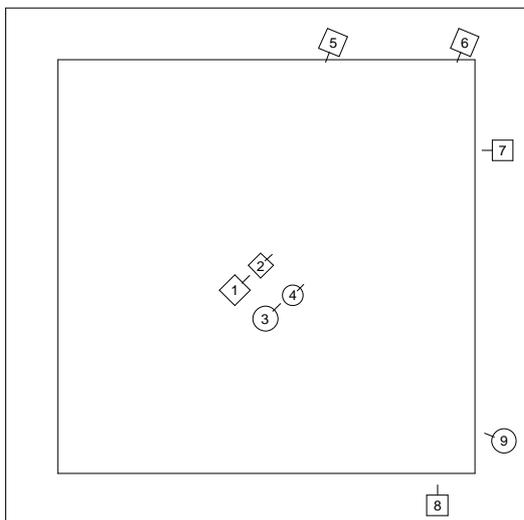
Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. Mann
2. Sohn
3. selbst mit Baby im Bauch
4. Baby



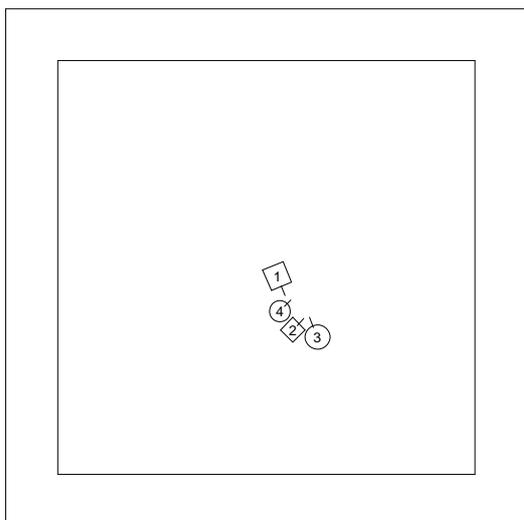
Aufstellung 2: Liegezeit mit Familienpflegerin (keine Figur)

1. Mann
2. Sohn
3. selbst mit Baby im Bauch
4. Baby
5. Omas und Tanten
6. s. o.
7. s. o.
8. Arzt
9. Hebamme



Aufstellung 3: Zeit nach der Geburt

1. Mann
2. Sohn Kinder Schauen sich nicht an
3. selbst
4. Baby
5. Omas und Tanten
6. s. o.
7. s. o.
8. Arzt
9. Hebamme



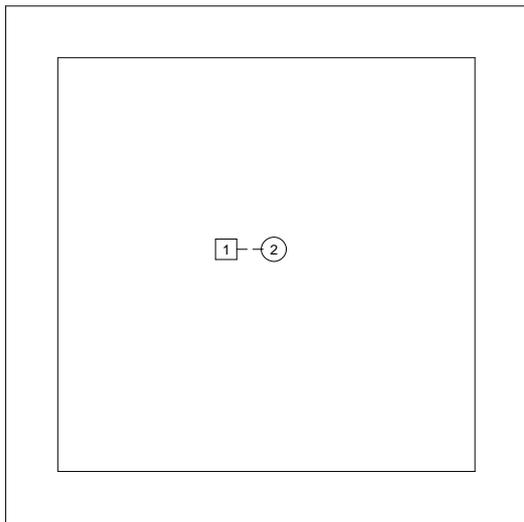
Aufstellung 4: ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. Mann
2. Sohn (Kinder schauen sich nicht an)
3. selbst
4. Baby

Familienbrettaufstellungen von Männern ohne Kinder

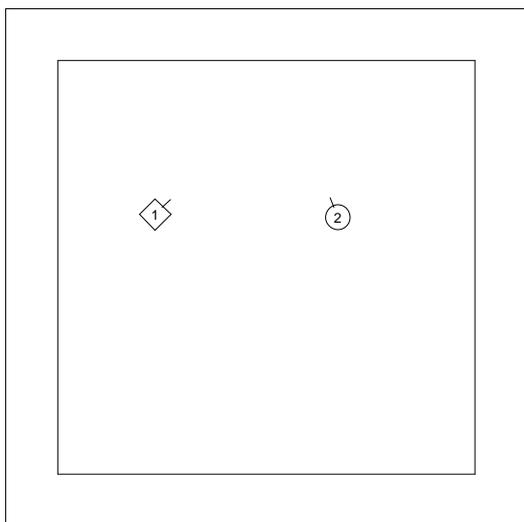
(M11) Bekannt werden der Drillingsschwangerschaft

Hier wünschte der betroffene Mann eine zusätzliche Aufstellung für den Zeitraum, als die Drillingsschwangerschaft bekannt wurde. In dieser Aufstellung (2) wird eine größere Entfernung von seiner Frau, die Schwierigkeiten hatte, die Drillingsschwangerschaft anzunehmen, deutlich. Dieser Beziehungsaspekt war in dem Interview nicht angesprochen worden. In Aufstellung 3, Liegezeit, wird diese Distanz von noch größerer Nähe abgelöst. In Aufstellung 4, ca. 1 Jahr nach der Geburt, in der die Großeltern neu hinzukommen, befinden sich die Drillinge im Zentrum der Erwachsenen. „Die Erwachsenen kreisen um die Kinder“.



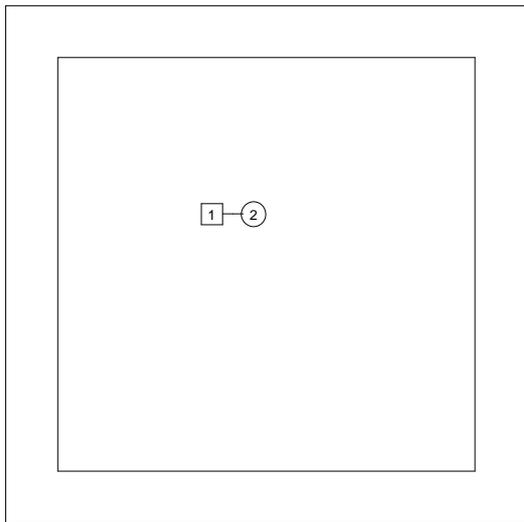
Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Frau



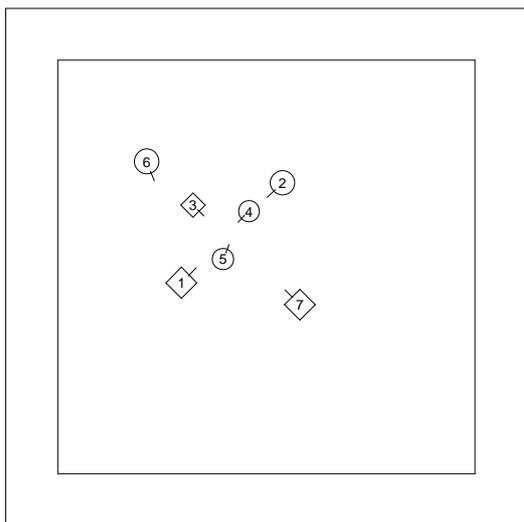
Aufstellung 2: Bekannt werden der
Drillingsschwangerschaft

1. selbst
2. Frau



**Aufstellung 3:
Liegezeit**

1. selbst
2. Frau



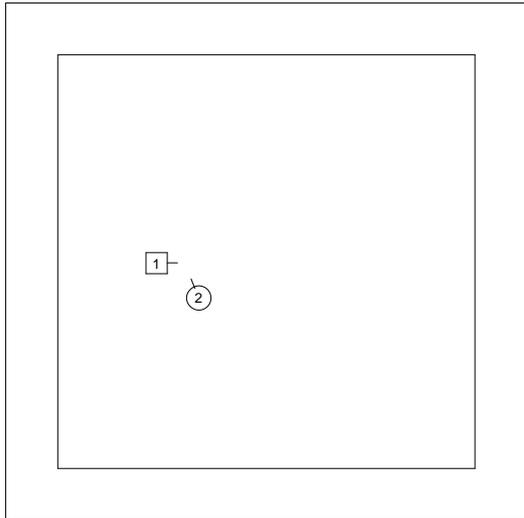
**Aufstellung 4: ca. 1 Jahr nach der Geburt
Erwachsene kreisen um die Kinder**

1. selbst
2. Frau
3. Sohn
4. Tochter
5. Tochter
6. Schwiegermutter
7. Schwiegervater

(M6) Öffnung der Kernfamilie

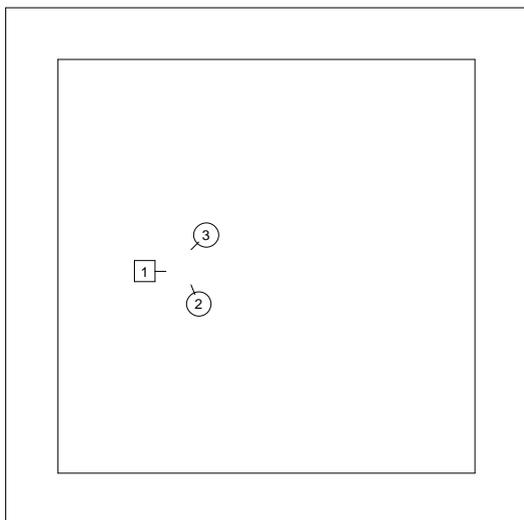
In diesem Beispiel stellt der Mann in Aufstellung 2 die Hebamme als wichtige Bezugsperson so nah zur „Kernfamilie“ auf, dass er mit seiner Frau nicht mehr als Dyade zu erkennen ist. Dies bestätigt und ergänzt die Angaben aus dem Interview, in dem die Hebamme als wichtigste Stütze benannt wurde.

In Aufstellung 3 ist die neu formierte Familie als Einheit, der eine Helferin zur Seite steht, zu erkennen.



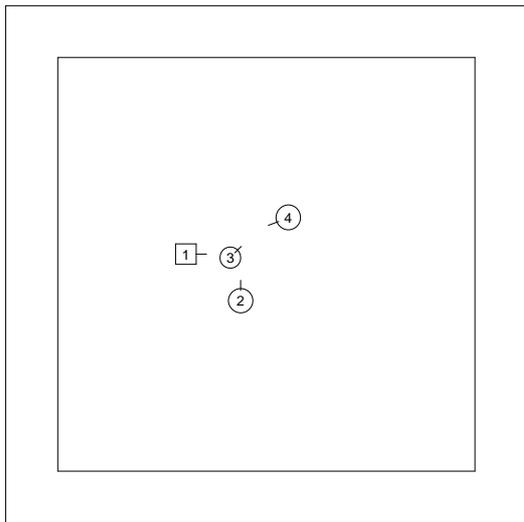
Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Frau



Aufstellung 2:
Liegezeit

1. selbst
2. Frau
3. Hebamme



Aufstellung 3:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

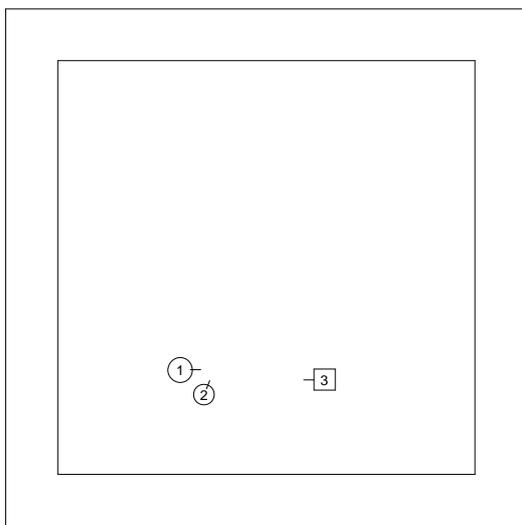
1. selbst
2. Frau
3. Sohn; lebt in seiner Welt
4. "Perle"

Familienbrettaufstellungen von Männern mit Kindern

(M20) Annäherung von Mann und Kindern

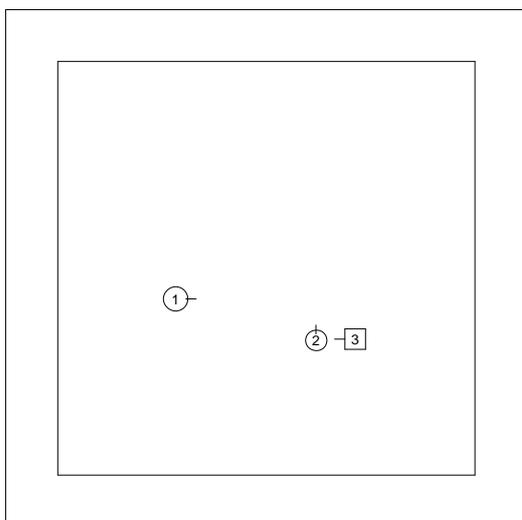
Während zu Beginn der Schwangerschaft Frau und Tochter nah beieinander stehen, wird in Aufstellung 2, Liegezeit, ein Positionswechsel der Tochter von der Mutter zum Vater (selbst) dargestellt. In diesen Aufstellungen fällt die Abwesenheit von helfenden Personen auf; die Familie bekam keine Unterstützung durch Familienpflege.

Der betroffene Mann wünschte eine zusätzliche Aufstellung (3) für die Zeit nach der Geburt. In dieser Aufstellung befindet sich die Tochter noch nah beim Vater, blickt aber nun zu Mutter und Geschwistern. In Aufstellung 4 ist die Tochter wieder näher bei der Mutter und den Geschwistern und der Mann positioniert seine Figur ebenfalls näher.



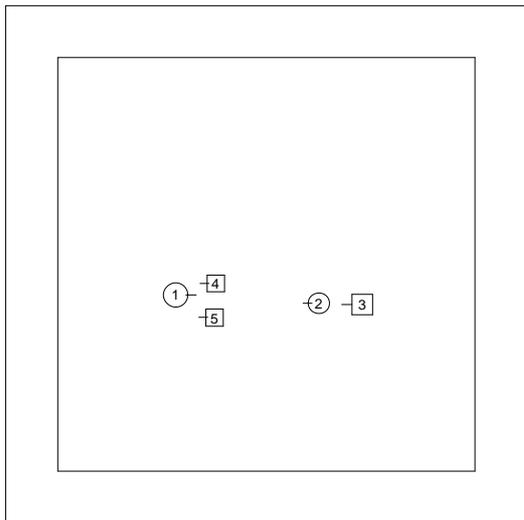
Aufstellung 1:
Beginn 2. Schwangerschaft

1. Frau
2. Tochter
3. selbst



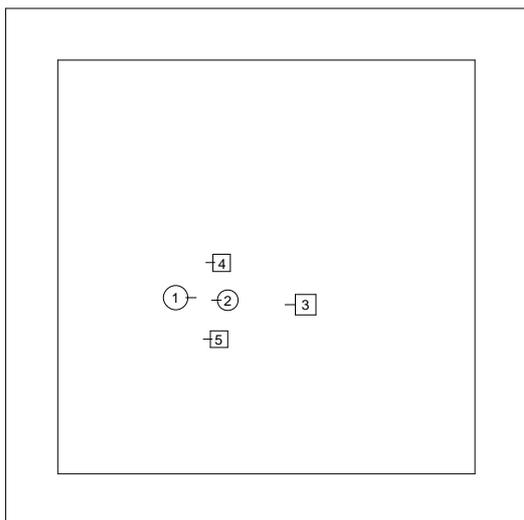
Aufstellung 2:
Liegezeit

1. Frau
2. Tochter
3. selbst



Aufstellung 3:
nach der Geburt

1. Frau
2. Tochter
3. selbst
4. Baby
5. Baby



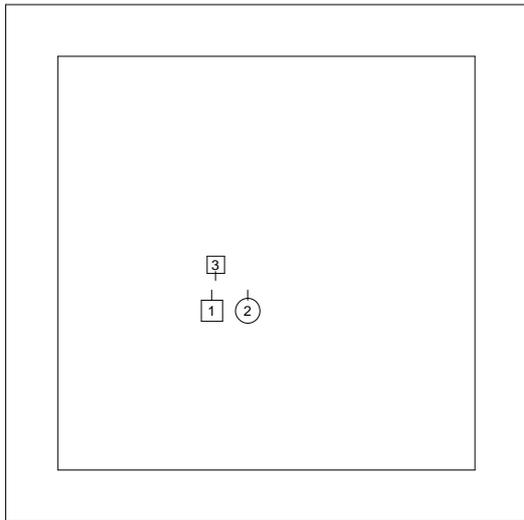
Aufstellung 4:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. Frau
2. Tochter
3. selbst
4. Baby
5. Baby

(M17) Positionswechsel des Kindes aus der Kernfamilie

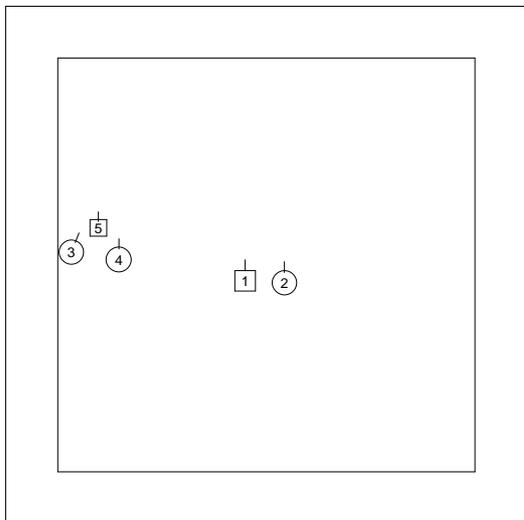
Nachdem die Kernfamilie zu Beginn der Schwangerschaft dicht beieinander steht und Sohn und Vater sich anschauen, wird für die Liegezeit ein Positionswechsel des Sohnes von den Eltern zu den betreuenden Großeltern aufgestellt. Die Familie erhielt keine Unterstützung durch die Familienpflege.

In Aufstellung 3 ist das Kind wieder bei seinen Eltern, neben seiner neuen Schwester.



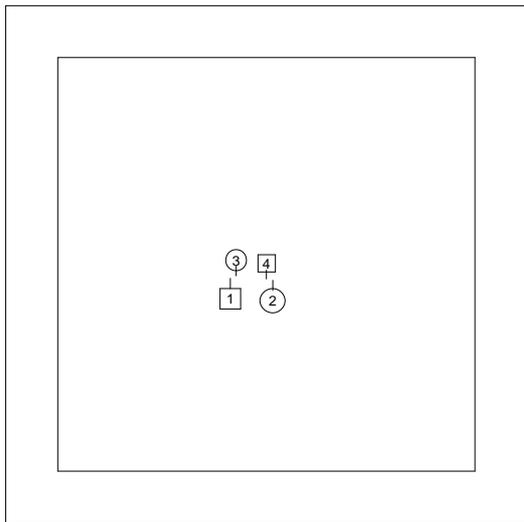
Aufstellung 1:
vor Liegezeit

1. selbst
2. Frau
3. Sohn



Aufstellung 2:
Liegezeit

1. selbst
2. Frau
3. Mutter Mann
4. Mutter Frau
5. Sohn



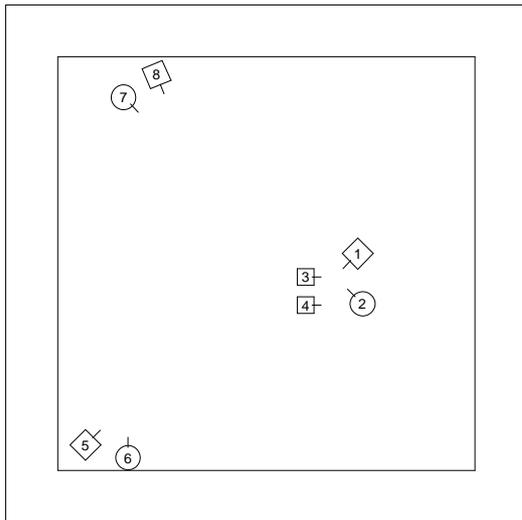
Aufstellung 3:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. selbst
2. Frau
3. Tochter
4. Sohn

(M16) Annäherung der Großeltern

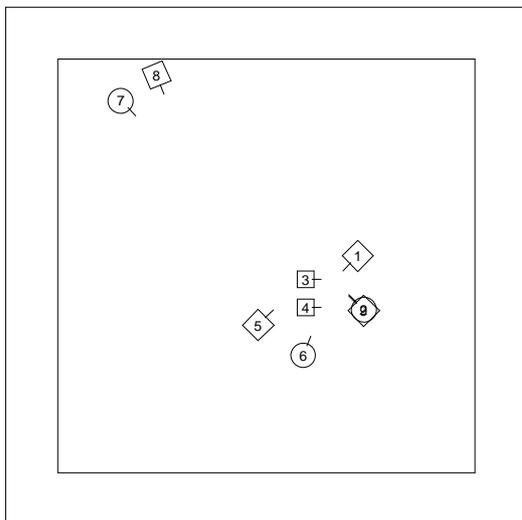
Während sich zu Beginn der Schwangerschaft (das ungeborene Kind erhält bereits eine Figur) die Großeltern am Rande des Brettes befinden, wird für die Liegezeit die Figur der Frau erhöht und eine Annäherung der Eltern der Frau, die bei der Betreuung der Tochter geholfen haben, dargestellt. Ansonsten bleibt die Kernfamilie unverändert.

In Aufstellung 3 werden auch die anderen Großeltern näher positioniert und alle blicken auf die Kinder.



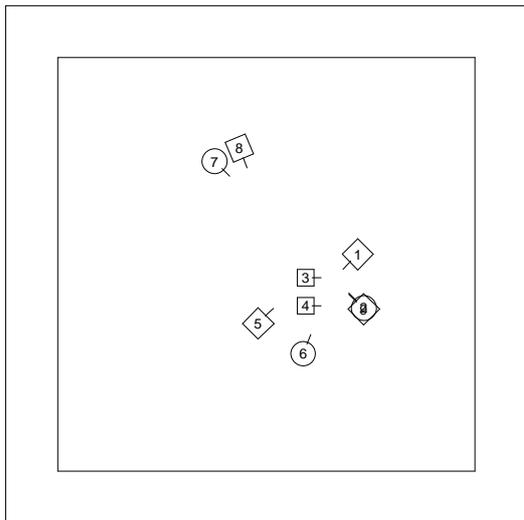
Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Frau
3. Kind
4. Kind ungeboren
5. Vater Frau
6. Mutter Frau
7. Mutter
8. Vater



Aufstellung 2:
Liegezeit

1. selbst
2. Frau
3. Kind
4. Kind ungeboren
5. Vater Frau
6. Mutter Frau
7. Mutter
8. Vater
9. Frau erhöht



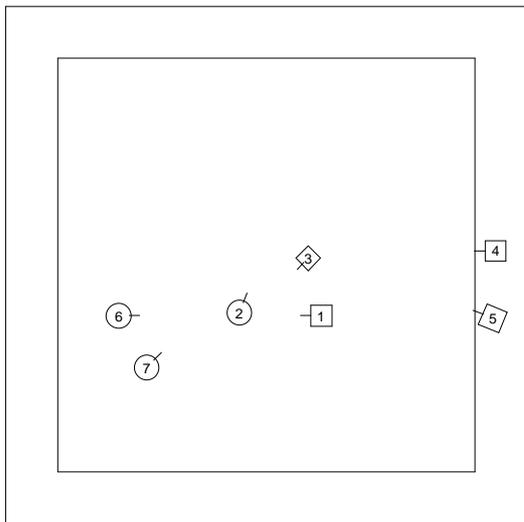
Aufstellung 3:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. selbst
2. Frau
3. Kind
4. Kind
5. Vater Frau
6. Mutter Frau
7. Mutter
8. Vater
9. Frau erhöht

(M15) Entfernung des Mannes von der Kernfamilie mit Annäherung von Frau und Kind

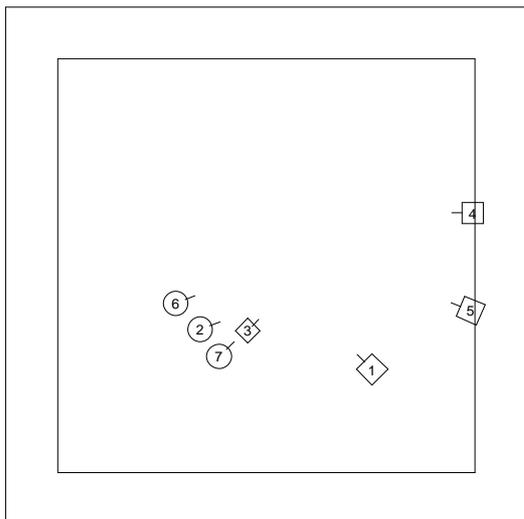
Hier fällt in Aufstellung 1 zunächst die Außensetzung der Großväter auf. In Aufstellung 2 stellt der Mann eine Annäherung seiner Frau und seines Sohnes zu den Großmüttern dar. Die Frau befindet sich nun zwischen den Großmüttern und es ist eine „Frauengruppe mit Kind“ zu erkennen. Der Mann stellt sich selbst weiter entfernt auf, und positioniert die Großväter nicht mehr ganz außerhalb des inneren Brettraumes, so dass er sich zwischen den Frauen mit seinem Kind und den Großvätern befindet.

In Aufstellung 3 bilden die Erwachsenen einen Kreis um die Kinder, wobei die Frauen etwas näher bei den Kindern dargestellt sind, als die Männer.



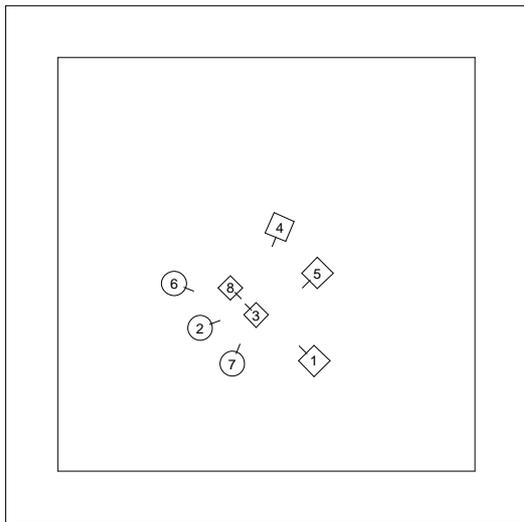
Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Frau
3. Sohn
4. Opa
5. Opa
6. Oma
7. Oma



Aufstellung 2:
Liegezeit

1. selbst abends um Sohn gekümmert
2. Frau
3. Sohn
4. Opa
5. Opa
6. Oma (Mutter F)
7. Oma (Mutter M)



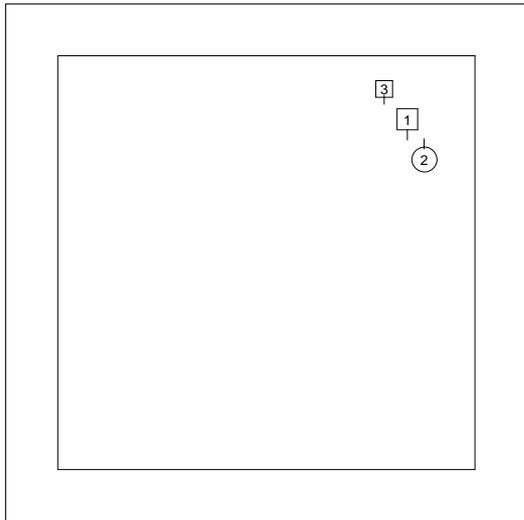
Aufstellung 3:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. selbst
2. Frau
3. Sohn
4. Opa
5. Opa
6. Oma (Mutter F)
7. Oma (Mutter M)
8. jüngstes Kind

(M14) Positionswechsel des Kindes aus der Kernfamilie

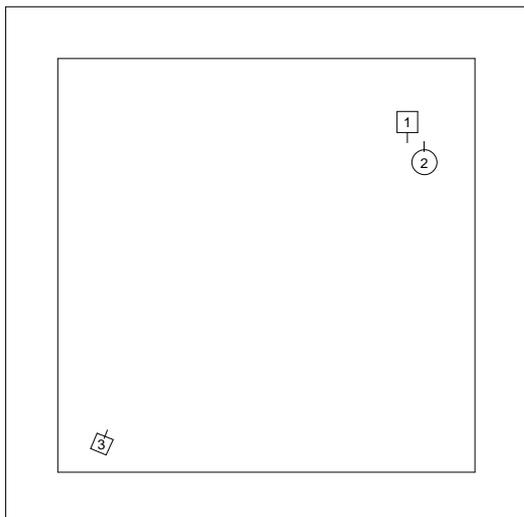
Während die Kernfamilie in der ersten Aufstellung nah beieinander aufgestellt wird, stellt der Mann in Aufstellung 2 einen Positionswechsel seines Kindes aus der Kernfamilie heraus dar. Das Kind wurde während der Liegezeit bei den Großeltern betreut, die keine Figuren erhalten. Während der Mann, der nicht gut deutsch sprechen konnte, im Interview sehr zurückhaltend war, äußerte er während der Aufstellung spontan, dass ihm die Trennung von seinem Sohn sehr wehgetan habe.

In Aufstellung 3 sieht man den Sohn an seinem alten Platz in der Familie.



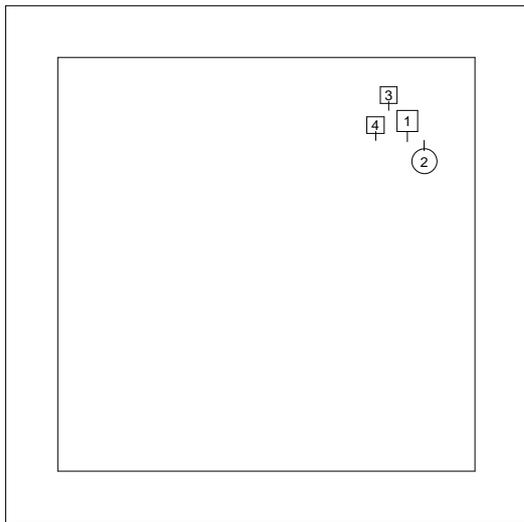
Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. selbst
2. Frau
3. Sohn



Aufstellung 2:
Liegezeit

1. selbst
2. Frau
3. Sohn ganz weit weg hat sehr wehgetan



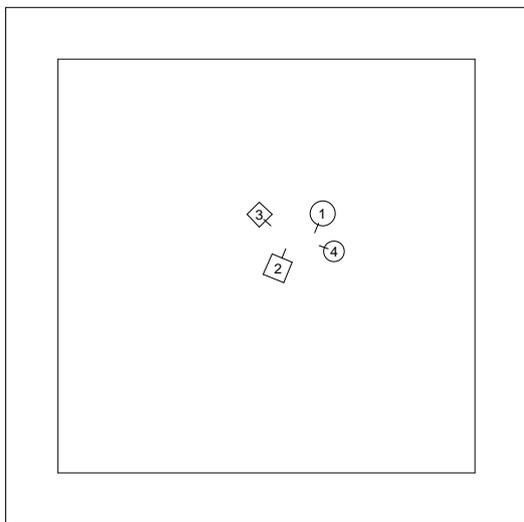
Aufstellung 3:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. selbst
2. Frau
3. Sohn
4. Baby

(M29) Öffnung der Kernfamilie

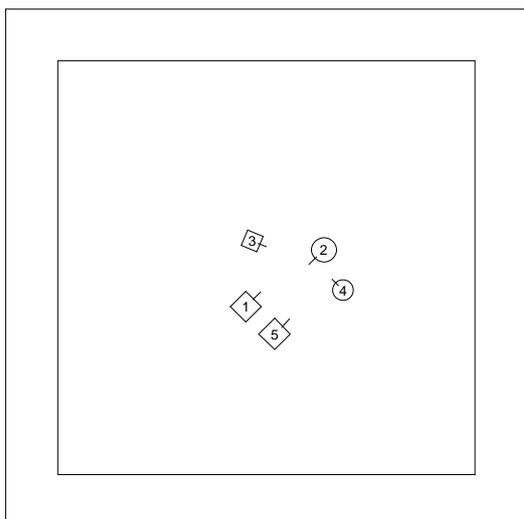
In diesem Beispiel ist zunächst zu beachten, dass der Mann für sich eine runde Figur gewählt hat. In Aufstellung 1 bildet die Familie ein lockeres Rund, wobei die Blicke auf eine gemeinsame Mitte gerichtet sind. In Aufstellung 2 wenden sich die Kinder zum Vater (selbst) und die Kernfamilie öffnet sich für die Familienpflegerin, die an der Seite der Frau positioniert wird.

In Aufstellung 3 ist das jüngste Kind dicht bei der Frau, die größeren Kinder blicken wieder zur Mutter und die Figur des Mannes wirkt im Vergleich zum Beginn der Risikoschwangerschaft etwas vereinzelt.



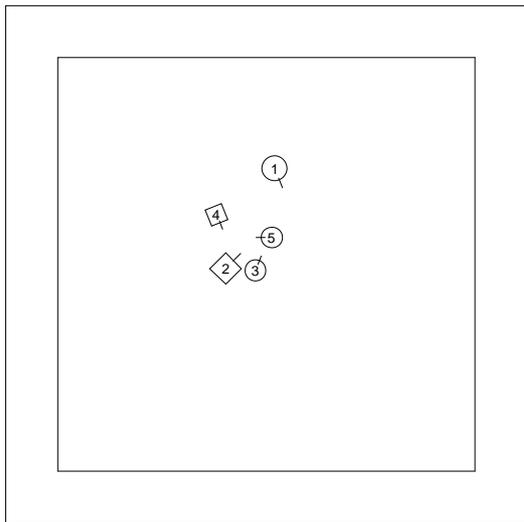
Aufstellung 1:
Beginn 3. Schwangerschaft

1. selbst
2. Ehefrau
3. Sohn Kind 2
4. Tochter Kind 1



Aufstellung 2:
Liegezeit mit Familienpflege

1. Frau
2. selbst
3. Sohn
4. Tochter
5. Familienpflegerin

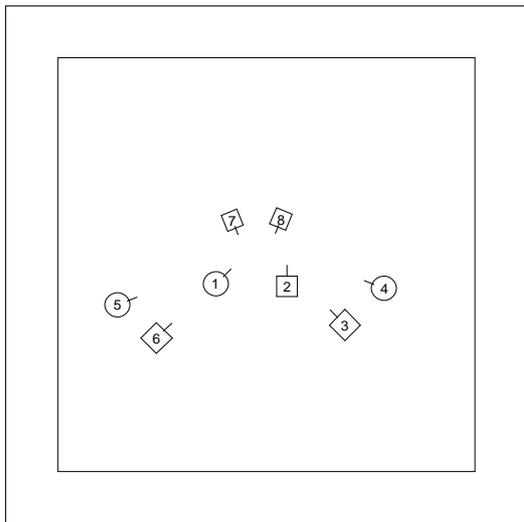


Aufstellung 3:
ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. selbst, etwas außerhalb
2. Frau
3. jüngste Tochter
4. Sohn
5. Tochter

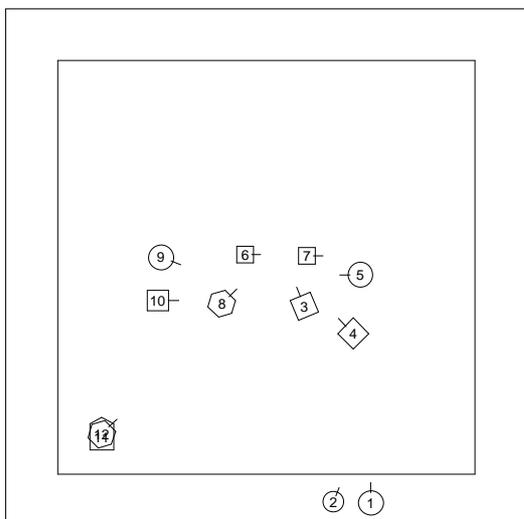
(M22) Öffnung der Kernfamilie und Entfernung der Frau von der Kernfamilie

Während in diesem Beispiel in Aufstellung 1 die Kernfamilie noch als Gruppe zu erkennen ist, die von den 2 Großelternpaaren umgeben ist, öffnet sich die Kernfamilie in Aufstellung 2 für die Helfer (Familienpflegerin und Großeltern). Die Frau, die stationär behandelt wurde, ist zusammen mit dem ungeborenen Baby außengesetzt. Eine erhöhte Figur wird als alle bewachendes Überwesens hinzugefügt. Diese Figur bleibt auch in Aufstellung 3, ca. 1 Jahr nach der Geburt. In dieser Aufstellung ist die Kernfamilie wieder als Gruppe zu erkennen, umgeben von den jeweiligen Großeltern, die wieder weiter weg gerückt sind.



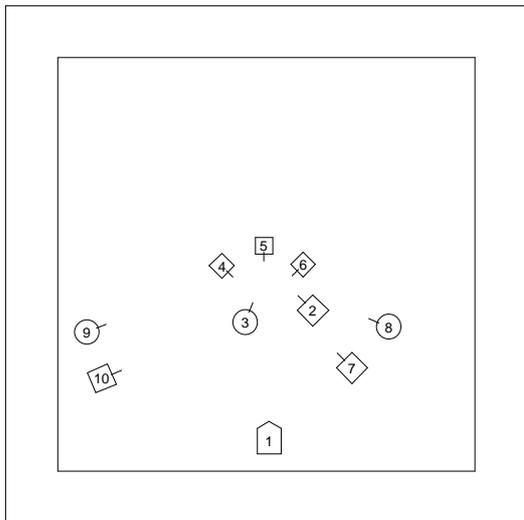
Aufstellung 1:
Beginn der Schwangerschaft

1. Frau
2. selbst
3. Vater
4. Mutter
5. Mutter Frau
6. Vater Frau
7. Sohn
8. Sohn



Aufstellung 2: Liegezeit

1. Frau
2. Baby
3. selbst
4. Vater
5. Mutter
6. Sohn
7. Sohn
8. Familienpflegerin
9. Mutter Frau
10. Vater Frau
11. erhöht: Überwesens, das über alle wacht



Aufstellung 3: ca. 1 Jahr nach der Geburt

1. Überwesen, das über alle wacht
2. selbst
3. Frau
4. Baby
5. Sohn
6. Sohn
7. Vater
8. Mutter
9. Mutter Frau
10. Vater Frau

Checkliste für die körperliche Schonung für Frau

Datum:

Das Verringern oder Vermeiden von Belastungen ist eine wichtige Maßnahme zur Stabilisierung Ihrer Schwangerschaft. Die **Beispiele** der folgenden Liste sollen Ihnen Anhaltspunkte geben, an denen Sie Ihr Verhalten im Alltag ausrichten können.

		Ja	Nein
Autofahren	selber Autofahren		
	als Beifahrerin		
	als Beifahrerin nur für Arzttermine		
	nur liegend im Krankentransport		
Körperliche Bewegung	Bewegungsausmaß eingeschränkt (oft hinsetzen)		
	stundenweise liegen		
	den ganzen Tag ruhen (Oberkörper darf gestützt sein)		
	den ganzen Tag möglichst flach liegen		
Treppensteigen	erlaubt		
	eingeschränkt erlaubt (Begrenzung?)		
Hausarbeit	Schwere Hausarbeit (Heben, Tragen, Schieben z. B. Einkäufe, Wassereimer, Wäschekörbe; Möbel rücken)		
	Putzen z.B. Fenster putzen, Wischen, Betten beziehen, Staubsaugen, Waschbecken säubern, gebückte Tätigkeiten		
	längere stehende Tätigkeiten z.B. Essen stehend vorbereiten, Spülen, Bügeln (Zeit?)		
	leichte Tätigkeiten (Tischdecken, sitzend Essen vorbereiten)		
Kinderversorgung	wie gewohnt		
	Kinderwagen schieben, heben		
	Heben der Kinder		
	Beaufsichtigung aktiver Kleinkinder		
	gesamte Versorgung der Kinder abgeben		
Mahlzeiten	am Tisch		
	am Bettrand sitzend		
	im Bett mit erhöhtem Kopfteil		
Körperpflege	Baden		
	Duschen, Haare waschen		
	mit Hilfe liegend waschen		
Toilettenbenutzung	erlaubt		
	Toilettenstuhl benutzen		
	Bettpfanne benutzen		
sexuelle Aktivität	erlaubt (Einschränkungen?)		

Begründung: Druckerhöhungen im Bauchraum, körperliche Anstrengung oder plötzliche Bewegungen sollten verringert oder vermieden werden, um die Stabilisierung der Schwangerschaft zu fördern.

Wichtig: Eine Besserung der Symptome ist ein Zeichen für den Erfolg der Maßnahmen und Ihres Verhaltens und kein Grund, dies ohne Absprache zu ändern!

Bei Verschlimmerung der Symptome sofort an die Praxis oder die Klinik wenden!

Haushaltshilfe empfohlen / notwendig für Stunden/Tag

Mitbetreuung durch Hebamme empfohlen / notwendig/Woche

Vorschlag für einen Vordruck, der Patientinnen und ihren Partnern den Zugang zu vorhandenen psychosozialen Unterstützungsangeboten erleichtern könnte:

Um Sie zusätzlich zu der medizinischen Behandlung möglichst gut unterstützen zu können, bitten wir Sie, uns Ihren Bedarf mitzuteilen.

		Sehr dringend	Nicht so dringend
Sozialdienst	Soziales, Finanzen		
	Familienpflege		
	Suchtberatung		
Psychologische Mitbetreuung	Psychologische Gespräche		
Seelsorge			
Ernährungsberatung			
Hebamme	Geburtsvorbereitung		
	Stillvorbereitung		
	Entspannungsübungen		

Gespräch zusätzlich zur Visite		
mit dem Frauenarzt	allein	
	mit Partner	
	Partner allein	
mit dem Kinderarzt	allein	
	mit Partner	
	Partner allein	

Wenn Sie möchten, können Sie angeben, worüber Sie sprechen möchten und ob es sehr dringend ist, sowie Zeiten, zu denen Ihr Partner auf keinen Fall teilnehmen kann.

Danksagung

Abschließend möchte ich mich bei allen bedanken, die mich während der Doktorandenzeit unterstützt und die Durchführung der vorliegenden Arbeit ermöglicht haben.

Professor Dr. med. Dr. phil. H. Faller, kommissarischem Vorstand des Instituts für Psychotherapie und medizinische Psychologie, danke ich sehr herzlich für die Übernahme der Erstkorrektur. Mein ganz besonderer Dank gilt hierbei seiner hervorragenden Betreuung und methodischen Anleitung, die wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit und meiner Weiterbildung beigetragen haben.

Prof. Dr. med. M. Sütterlin, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Mannheim, danke ich sehr herzlich für die Übernahme des Korreferates und die Betreuung von gynäkologischer Seite. Ich danke ihm besonders dafür, dass er die vorliegende Arbeit von Anfang an mit Interesse begleitet und gefördert hat und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Professor Faller initiiert hat.

Prof. Dr. med. J. Dietl, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Würzburg, danke ich für sein Interesse an der Thematik, wodurch die Durchführung der vorliegenden Arbeit ermöglicht wurde.

Besonderer Dank gilt allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der vorliegenden Untersuchung, die mir ihr Vertrauen und ihre Zeit geschenkt haben und mit ihren offenen und ausführlichen Berichten die Grundlage für die vorliegende Arbeit legten.

Ich danke den beteiligten Familienpflegeeinrichtungen für die Unterstützung bei der Rekrutierung der teilnehmenden Familien und für hilfreiche Gespräche über die Situation der betroffenen Familien, den Frauen und Männern, die sich für die Probeinterviews zur Verfügung stellten und so wesentlich zur Entwicklung des Interviewleitfadens beitrugen, Frau Siekmann, Frau Luther und Frau Roth für organisatorische Unterstützung und Herrn Dipl.-Psych. M. Schuler für seine wichtige Hilfe bei der quantitativen Auswertung der Ergebnisse.

Herrn Dr. phil. K. Ludewig danke ich herzlich für sein Interesse an der vorliegenden Arbeit und seine Bereitschaft, mich durch hilfreiche Gespräche zu unterstützen und ebenso Regina Dörr, Ärztin und Psychotherapeutin für ihren Rat bei systemischen Fragestellungen und viele hilfreiche und anregende Gespräche, die die Arbeit von Beginn an begleiteten. Für nützliche Gespräche danke ich außerdem Prof. Dr. B. Allolio, Leiter des Schwerpunktes Endokrinologie/Diabetologie/Rheumatologie der Universität Würzburg, Priv.-Doz. Dr. W.R. Schäfer, Universitäts-Frauenklinik Freiburg, Herrn Dr. Lack, Bayerische Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung, Frau Dr. Pabst, Gynäkologin, Frau Oldenburg, Ärztin, Frau Lütke, Krankenschwester, und Herrn Lütke, Diakon.

Helga Schmidt und Manfred Löh danke ich sehr herzlich für ihre ausdauernde Unterstützung beim Korrekturlesen der Arbeit.

Meinem Mann Georg danke ich von ganzem Herzen dafür, dass er diese Arbeit von Anfang an gefördert und geduldig, liebevoll und verständnisvoll begleitet hat sowie für viele nützliche Gespräche zur Thematik, seine Unterstützung bei der Begriffsfindung für das „Alltagsorientierte Coping“ und seine Hilfe bei Computerfragen.

Besonderer Dank gilt auch meinen Kindern Benjamin und Jonathan für ihr Interesse an meiner Arbeit sowie ihre Unterstützung und ihre Geduld, die für die Fertigstellung der Arbeit wesentlich waren.

Publikationen

H. B. Schmidt, H. Faller, M. Sütterlin

Immobilisation bei drohender Frühgeburt – Belastungen und Bewältigung

Eine qualitative Analyse von Gesprächen mit betroffenen Frauen und ihren Partnern

Geburtsh Frauenheilk 2009; 69:1-5

H. B. Schmidt, H. Faller, M. Sütterlin

Belastungen und Bewältigung bei Immobilisation wegen drohender Frühgeburt

In: Friederike Siedentopf, Matthias David, Jan-Peter Siedentopf, Anke Thomas, Martina Rauchfuß (Hrsg.), Zwischen Tradition und Moderne Psychosomatische Frauenheilkunde im 21. Jahrhundert Beiträge der 37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für

Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. 2008, Mabuse Verlag, Frankfurt

H. B. Schmidt, M. Sütterlin, H. Faller

Änderung des Familiengefüges und des Verhaltens der Kinder bei Immobilisation der

Mutter wegen drohender Frühgeburt In: Jenny Rosendahl, Bernhard Strauß (Hrsg), Psychosoziale Aspekte körperlicher Krankheiten Abstracts zum gemeinsamen Kongress der

Deutschen Gesellschaft für medizinische Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie 2008/Jena

H. B. Schmidt, M. Sütterlin, H. Faller

Immobilisation bei drohender Frühgeburt – Belastungen, Bewältigung und Behand-

lungswünsche Eine qualitative Analyse von Gesprächen mit betroffenen Frauen und ihren Partnern In: Jenny Rosendahl, Bernhard Strauß (Hrsg), Psychosoziale Aspekte körperlicher

Krankheiten Abstracts zum gemeinsamen Kongress der Deutschen Gesellschaft für medizinische Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische

Soziologie 2008/Jena

Schmidt H, Haude S (2000)

Ein Bild statt vieler Worte – Das Familienbrett in der stationären Entgiftungsbehandlung und in der Allgemeinpsychiatrie.

In: Ludewig K, Wilken U (Hrsg) Das Familienbrett Hogrefe

Schmidt H (2000)

Das Familienbrett im Rahmen tiefenpsychologisch fundierter Einzeltherapie.

In: Ludewig K, Wilken U (Hrsg) Das Familienbrett Hogrefe

Lebenslauf

Name: Schmidt
Vorname: Heike Birgit
Geburtsjahr: 1962
Geburtsort: Bielefeld

Schulische Ausbildung

Besuch der Schule in Bielefeld und Stuttgart, anschließend Besuch des Cottey College, Nevada, Missouri, USA (Associate of Arts)

Weiterführende Ausbildung und Studium

Seit 1982 Studium der Humanmedizin an der RWTH Aachen

Seit 1989 berufsbegleitende Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Psychotherapie

1991 Approbation als Ärztin RP Köln

1991-einschl. 1994 Assistenzarztstätigkeit

1993 Anerkennung zum Führen der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

1994-einschl. 1998 psychotherapeutische Tätigkeit in Praxisgemeinschaft

2009 Promotion an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg