

Geburtserfahrung und postnatale Befindlichkeit von Vätern

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Valenka Maria Dorsch
aus Schweinfurt

2013

Angefertigt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Anke Rohde
2. Gutachter: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Franziska Geiser

Tag der Mündlichen Prüfung: 14.05.2013

Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Universitätsklinikum Bonn
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. Walther Kuhn

**Meinem Vater,
der mir oft vom Tag meiner Geburt erzählt**

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	8
1 EINLEITUNG	9
1.1 Geburtserfahrung und postnatale Befindlichkeit von Vätern	9
1.2 Geburt im Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen	10
1.2.1 Erwartungen an die Geburt	11
1.2.2 Erwartungen an familienorientierte Geburtshilfe	11
1.3 Geburtsbegleitung	12
1.3.1 Geburtsbegleitung durch den werdenden Vater	14
1.4 Geburtsvorbereitung	15
1.4.1 Traditionelle Geburtsvorbereitung	15
1.4.2 Vaterspezifische Geburtsvorbereitung	16
1.5 Geburtserfahrung von Vätern	17
1.6 Einflussfaktoren auf die Geburtserfahrung	22
1.7 Postpartale Befindlichkeit, Depressivität und Traumatisierung	25
1.8 Zielsetzung der Arbeit	29
2 METHODEN UND UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE	30
2.1 Studiendesign (Vorbemerkung)	30
2.1.1 Definition Geburtserfahrung, Abgrenzung von Zufriedenheit	30
2.1.2 Multidimensionalität der Geburtserfahrung	32
2.1.3 SIL-Ger zur Abbildung der Geburtserfahrung von Männern	33
2.2 Studienablauf	33
2.2.1 Datenerhebung	33
2.3 Studienpopulation	34
2.3.1 Soziodemographische Merkmale	35
2.3.1.1 Alter	35
2.3.1.2 Partnerschaftliche Situation	35
2.3.1.3 Ausbildungsniveau und Beruf	35
2.3.2 Biographische Merkmale	36
2.3.2.1 Anzahl miterlebter Entbindungen	36
2.3.2.2 Qualitatives Erleben früherer Entbindungen	37
2.3.2.3 Präpartale Gesundheit	38
2.3.2.3.1 Psychiatrische und psychotherapeutische Vorbehandlung	38
2.3.2.3.2 Befinden während der aktuellen Schwangerschaft	39
2.3.2.3.2.1 Körperliches Befinden	39
2.3.2.3.2.2 Psychisches Befinden	40
2.3.3 Geburtshilfliche Parameter	41
2.3.3.1 Geburtsmodus des entbundenen Kindes	41
2.3.3.2 Periduralanästhesie bei Spontanpartus	42
2.3.3.3 Komplikationen unter der Geburt	43

2.4	Untersuchungsinstrumente	45
2.4.1	Anamnesefragebogen	45
2.4.2	Salmon's Item List (SIL-Ger)	47
2.4.3	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	49
2.5	Datenerfassung, Datenverwaltung und Kontrolle	51
2.6	Mitarbeiter	52
3	ERGEBNISSE	52
3.2	Aktuelle Entbindung	52
3.2.1	Motive für die Anwesenheit bei der Entbindung	52
3.2.2	Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses	53
3.2.2.1	Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses Erstväter	54
3.3	Angaben zu den Erfahrungen rund um die Geburt	54
3.4	Zufriedenheit	56
3.5	Emotionales Erleben der Entbindung	57
3.5.1	Selbstbeurteilung des Geburtserlebens (Likert-Skala)	58
3.5.1.1	Emotionales Erleben in der Untergruppe Erstväter	59
3.5.2	"Geburtsberichte" – freie Anmerkungen zur Geburtserfahrung	59
3.6	Erwartungshaltung	63
3.6.1	Entsprechung der Wehen und Geburt mit den Erwartungen	63
3.6.2	Erwartungen wurden erfüllt	64
3.6.3	Erwartungen wurden nicht erfüllt	65
3.7	Messung des Geburtserlebens mit der SIL-Ger	67
3.7.1	SIL-Ger: Summenwert, postnatale und intrapartale Dimensionen	68
3.7.2	Validierung	69
3.7.2.1	Übereinstimmung Summenwert SIL-Ger	69
3.7.2.2	Übereinstimmung Subdimensionen SIL-Ger	71
3.7.3	Übereinstimmung Zufriedenheit und SIL-Ger	73
3.7.4	SIL-Ger Grenzwert	74
3.8	Befindlichkeitsveränderungen unmittelbar postpartum (EPDS)	75
3.9	Analyse von Einflussfaktoren auf das Geburtserleben	77
3.9.1	Zusammenhang soziodemo-/biographische Merkmale und Geburtserleben	77
3.9.1.1	Alter und Bildungsgrad	77
3.9.1.2	Zuvor bereits erlebte Entbindungen	79
3.9.1.3	Psychiatrische Anamnese	80
3.9.1.4	Körperliches/psychisches Befinden während der Schwangerschaft	80
3.9.2	Zusammenhang geburtshilfliche Parameter und Geburtserleben	82
3.9.2.1	Entbindungsmodus	82
3.9.2.2	Komplikationen und Interventionen	88
3.9.3	Zusammenhang Erwartungshaltung und Geburtserleben	89
3.9.4	Zusammenhang Geburtsvorbereitung und Geburtserleben	91
3.9.5	Zusammenhang Zufriedenheit und Geburtserleben	92
3.9.6	Zusammenhang Geburtserfahrung und postpartale Befindlichkeit	93

4	DISKUSSION	97
4.1	Limitationen	97
4.2	Geburtserleben des Mannes als multidimensionales Geschehen	98
4.2.1	Anwendbarkeit SIL-Ger für männliches Geburtserleben	98
4.2.2	Validierung SIL-Ger für männliches Geburtserleben	100
4.3	Geburtserfahrung als Indikator für postnatale Befindlichkeit	101
4.3.1	Geburtserleben gibt erste Hinweise auf Anpassungsstörungen	101
4.3.2	Traumatische Verarbeitung der Geburtsteilnahme bei Männern möglich	104
4.4	Einflussfaktoren auf das Geburtserleben von Vätern	105
4.4.1	Erstväter erlebten die Geburt nicht anders als geburtserfahrene Väter	105
4.4.2	Entbindungsmodus als Risikofaktor für Enttäuschtheit	105
4.4.2	Komplikationen/Interventionen beeinträchtigten das Geburtserleben	107
4.4.3	Beziehungsfaktoren: Hebamme in Schlüsselposition	110
4.4.4	Confirmation/Disconfirmation-Paradigma – die Rolle von Erwartungen	112
4.5	Implikationen für eine gezielte Geburtsvorbereitung	114
4.5.1	Väterspezifische Geburtsvorbereitung effektiver machen	114
4.5.2	Schon in der Schwangerschaft auf Depressivität screenen?	115
4.5.3	Geburtsvorbereitung und Geburtsnachbereitung – nicht nur für Mütter	116
5	SCHLUSSFOLGERUNG	118
6	ZUSAMMENFASSUNG	119
7	TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	121
8	ANHANG	123
9	LITERATURVERZEICHNIS	127
10	DANKSAGUNG	133

Abkürzungsverzeichnis

CTG	Kardiotokographie
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
HELLP-Syndrom	Syndrom aus H emolysis, E levated L iver enzyme levels, L ow P latelet Count
ICD-10	International Classification of Diseases
ITN	Intubationsnarkose (Vollnarkose)
OP	Operation oder auch Operationsaal
PDA	Periduralanästhesie
PT	Psychotherapie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SIL-Ger	Salmon's Item List, deutsche Fassung
SPP	Spontanpartus
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Schwangerschaft
SSW	Schwangerschaftswoche
UG	Untergruppe
VE	Vakuumextraktion
Z. n.	Zustand nach ... (z. B. Operation, Erkrankung, etc.)

1 Einleitung

1.1 Geburtserfahrung und postnatale Befindlichkeit von Vätern

"Die Geburt ist keine gute Erfindung. Da hätte dem lieben Gott was Besseres einfallen können."

(Studienteilnehmer, 38 Jahre)

Das Geburtserleben und seine Auswirkungen – oder wie es im angloamerikanischen Sprachraum vielleicht sogar treffender als 'birth experience', also Geburtserfahrung bezeichnet wird – ist in den letzten drei Dekaden vielfach bei Frauen untersucht worden. Dass die Geburt eines Kindes, insbesondere die des ersten Kindes und der damit verbundene Übergang eines Paares zu einer Familie, auch im Leben eines Mannes eine einschneidende und nachhaltige Erfahrung im Sinne eines relevanten Lebensereignisses (life event) darstellt, wird sozialwissenschaftlich bereits seit einigen Jahren erforscht. Auch in populärwissenschaftlichen Zeitschriften, Feuilletons und nicht zuletzt auf dem Buchmarkt finden Berichte und Ratgeber von und für werdende Väter zunehmend eine breite Leserschaft. Zahlreiche kommerzielle, staatliche und private Internetformate beschäftigen sich mit dem Thema "Vater werden – Vater sein" und den damit verbundenen persönlichen, familiären und finanziellen Herausforderungen (z. B. www.vaeterzeit.de, www.familienhandbuch.de). Dank gesellschaftspolitischer Veränderungen der letzten Jahre wie Elterngeld und Vätermomente stehen Vätern heute mehr Unterstützungsmöglichkeiten denn je zur Verfügung, um als aktiver Teil der Familie die Entwicklung des Kindes von Anfang an mitzuerleben und gleichberechtigt an der Versorgung und Erziehung des Kindes teilzuhaben.

Parallel zu den gesellschaftlichen Veränderungen der Vaterrolle sind Männer bei der Geburt für alle geburtshilflich Tätigen in Kreißsaal und OP der westlichen Kulturen ein vertrautes Bild geworden. Nach aktuellen Studien ist die Anwesenheit des Mannes bei der Geburt in Deutschland seit Mitte der 1990er Jahre zur gesellschaftlich akzeptierten Norm geworden (Draper, 1997; David und Kentenich, 2008; Wöckel et al., 2008). Die Einbindung des Partners und werdenden Vaters in die Prozesse rund um die Geburt gilt heute als ein Qualitätskriterium einer modernen familienorientierten Geburtshilfe, was in der steigenden Konkurrenz von Kliniken untereinander und mit Alternativen zur Klinikgeburt neben den rein medizinischen Belangen eine Herausforderung für die an der Geburt beteiligten Hebammen, Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal darstellt.

Wissenschaftliche Forschung zum Erleben der Geburt aus der Sicht der Männer steckt dagegen noch in den Kinderschuhen, wie die eigenen Recherchen und ein Literaturüberblick von Schäfer et al. anlässlich des Berliner Symposiums "Die Bedeutung des Vaters rund um die Geburt" aus dem Jahr 2008 zeigt.

Ziel der Bonner Studie war es daher, die Geburtserfahrung und Zusammenhänge mit postpartalem Befinden von Vätern im Rahmen einer prospektiven wissenschaftlichen Erhebung zu untersuchen. Wie von Groß (2003) in einer umfangreichen Übersichtsarbeit zur Geburtserfahrung von Frauen postuliert, darf es sich bei der Beschäftigung mit dieser Thematik nicht nur um eine rein retrospektive Betrachtung der Zufriedenheit handeln, sondern soll das Ziel einer "dynamisch angelegten Wohlbefindensforschung zur geburtshilflichen Gesundheitsförderung in einer grenzwertig belasteten Situation" erfüllen, um bei einer Geburt als physiologisches, also gesundes Ereignis, "intrapartales Wohlbefinden" für Mutter, Vater und Kind erreichen zu können.

Bisher existieren keine Studien zum Einsatz der deutschen Version der Salmon's Item List bei Männern. Im Rahmen der Bonner Studie konnte die Salmon's Item List (Salmon et al., 1990) in der deutschen Version von Stadlmayr et al. (SIL-Ger, 2001) für die Abbildung der Geburtserfahrung des Mannes validiert werden.

1.2 Geburt im Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen

Geburten finden heute im Spannungsfeld zwischen Risikominimierung und größtmöglicher Sicherheit bei gleichzeitigem Wunsch der Gebärenden nach Autonomie und Natürlichkeit der Geburt statt. Dass dabei auch individuelle persönliche Einstellungen und Erwartungen des Paares eine gewichtige Rolle spielen, zeigt sich in zwei gegenläufigen Trends: Zum einen haben alternative außerklinische Gebärmöglichkeiten wie Geburtshäuser/Gebärzimmer und Hausgeburten in Deutschland zugenommen. Beispielhaft spiegelt auch das Konzept "Hebammengeleiteter Kreißsaal", wie beispielsweise 2009 am Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Bonn etabliert, den Wunsch nach Autonomie der Gebärenden bei gleichzeitiger Sicherheit wider, wo im Notfall unmittelbarer Zugriff auf Universitätsklinikum und neonatologische Abteilung besteht, oder die ambulante Entbindung, in der Mutter, Vater und Kind das Krankenhaus wenige Stunden nach der Geburt wieder verlassen. Zum anderen wird in den letzten Jahren von Paaren immer häufiger eine Wunschsectio bzw. Sectio mit geringfügiger Indikation thematisiert.

1.2.1 Erwartungen an die Geburt

Persönliche Erwartungen stellen nach Johnson (2002), Groß (2003) und Hauck et al. (2007) einen wesentlichen Einflussfaktor auf das Geburtserleben dar. Neuhaus und Scharkus (1994) betonen, dass eine individuelle, patientinnenorientierte Geburtshilfe Kenntnis der Erwartungen, Wünsche und Ängste der schwangeren Frauen voraussetzt. Aus heutiger Sicht muss diese Aussage noch um die Erwartungen des Mannes als gleichwertigen Teil des "gebärenden Paares" ("childbearing couple") erweitert werden, um nicht nur einer patientinnenzentrierten, sondern einer familienorientierten modernen Geburtshilfe gerecht zu werden (Vehviläinen-Julkunen und Liukkonen, 1998; Hallgren et al., 1999; Longworth und Kingdon, 2011; Bäckström und Hertfelt Wahn, 2011).

In Studien zur Geburtserfahrung bei Frauen konnten unerfüllte Erwartungen als Risikofaktor für ein negatives Geburtserleben beschrieben werden (Waldenström et al., 2004; Hauck et al., 2007). Auch im Zusammenhang mit einer Periduralanästhesie (PDA) und pränatalen Erwartungen konnte bei Frauen ein verschlechtertes Geburtserleben beobachtet werden: zum einen, wenn die in die PDA gesetzten Erwartungen nicht erfüllt wurden, aber auch dann, wenn Frauen sich eine möglichst natürliche Geburt ohne PDA vorgestellt hatten, sich im Geburtsverlauf dann aber doch für eine PDA entschieden (Lütje, 2004). In einer der wenigen Studien, die Männer unter der Geburt untersucht, konnte Johnson (2002) unerfüllte Erwartungen bei Männern als einen signifikanten Einflussfaktor auf erhöhte Stresslevel unter und nach der Geburt bestätigen. Auch David und Kentenich (2008) beschreiben in ihren Studien zu Männern im Kreißaal, dass sich diese heute kaum dem Klischee von der "schönen und natürlichen Geburt" erwehren können, was zu einem Erwartungsdruck auf Seiten des Mannes führt – und zur Frustration, wenn Erhofftes nicht mit Eingetretenem übereinstimmt. Diese Beobachtung entspricht einer klassischen Definition in der Zufriedenheitsmessung, bei der der Grad an Übereinstimmung von Erwartung und Erleben über Zufriedenheit oder Unzufriedenheit entscheidet (Homburg und Stock, 1997).

1.2.2 Erwartungen an familienorientierte Geburtshilfe

David und Kentenich (2008) beschreiben subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung als ein zeitabhängiges und soziokulturell geprägtes Phänomen, das eng mit den medizinischen und psychosomatischen Entwicklung rund um die Geburt eines Kindes verwoben ist. Dabei standen bis in die 1950er Jahre im Zusammenhang mit der Geburt noch auf die Gesundheit des Kindes und der Unversehrtheit der Frau gerichtete Erwartungen im

Vordergrund. Seit die perinatale Mortalität auf 0,4-0,8 % (David und Kentenich, 2008) gesunken ist, hat sich in Deutschland das Bild der Geburt gewandelt: Gebären wird zunehmend als natürlicher biologischer Vorgang empfunden, in dem "ärztliches Eingreifen als invasiv und störend" erlebt wird, was Lütje (2004) in seiner eigenen Untersuchung zum Geburtserleben von Frauen bestätigt. Nach Ansicht der psychosomatisch orientierten Gynäkologen und Geburtshelfer hat neben "Patientenautonomie" auch die "Frauengesundheitsbewegung" maßgeblich zu den Veränderungen in Geburtshilfe und Geburtsbegleitung beigetragen. Der mit seinem Hauptwerk "Geburt ohne Gewalt, 1974" auch populärwissenschaftlich sehr bekannt gewordenen französische Geburtshelfer Frédéric Leboyer mit seiner Methode der sanften Geburt und sein Schüler Michel Odent, der als Vater der Wassergeburt gilt, förderten ein Umdenken in deutschen Kliniken zu einer Zeit, als diese gerade dabei waren, die aus heutiger Sichtweise fast unmenschlich anmutende Technik der "programmierten Geburt" (von Koerber, 1977), die mit Einleitung der Wehen zu einem in den Klinikablauf gut passenden Zeitpunkt, Eröffnen der Fruchtblase, Ableitung der kindlichen Herztöne über eine Schraubenelektrode in der Kopfhaut, routinemäßiger Episiotomie, Versorgung des Neugeborenen mit mehrmaligem Absaugen, gründlichem Waschen, Wickeln der Arme an den Körper unmittelbar nach der Geburt und postpartaler Trennung von Mutter und Kind zu Ruhezwecken, zu perfektionieren. Im Zuge der Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt als grundlegenden, natürlichen Vorgängen, die nicht pathologisiert und medikalisiert werden sollen und in ihrer Grundform keine medizinischen Eingriffe erfordern, ist auch der Vater zunehmend ein Teil der modernen familienorientierten Geburtshilfe geworden. Seit den 1970er Jahren entsprach es den Bestrebungen von psychosomatisch orientierten Geburtshelfern im Zuge einer "Humanisierung" der Geburtshilfe (Schreiber, 1980; Stauber et al. 1999), eine sichere, familienorientierte Geburt mit gemeinsamer Geburtsvorbereitung, Anwesenheit des Vaters im Kreißsaal und Rooming-In nach der Geburt zu etablieren.

1.3 Geburtsbegleitung

Nach Ansicht einer Reihe von Autoren (Johnson, 2002; David und Kentenich, 2008; Wöckel et al., 2008) ist die einstige Errungenschaft von der Geburtsbegleitung durch den Vater inzwischen zu einem gesellschaftlichen Druck zur Anwesenheit des Vaters in Kreißsaal und OP geworden, der auf dem Paar zum Geburtszeitpunkt lastet, ohne dass eine wissenschaftliche Evidenz für den Nutzen belegt werden konnte. Gleichzeitig besteht trotz der großen gesellschaftlichen Akzeptanz der Geburtsteilnahme des Mannes noch immer Unsicherheit über seine Rolle und Funktion bei der Entbindung, worauf schon Chapman (1992) nach Interviews mit

geburtsbegleitenden Vätern hingewiesen hatte. Sie fand in ihrer qualitativen Auswertung von Interviews mit geburtsbegleitenden Männern und ihren Partnerinnen nach der Geburt eine ausgeprägte Diskrepanz in den Rollenzuweisungen, die die Partnerinnen vornahmen, und dem Erleben der Männer selbst. Frauen erwarteten von ihrem Partner, dass er ihnen als Unterstützer (coach) zur Seite stehe, während die Männer sich selbst überwiegend in der Rolle eines Zeugens der Geschehnisse im Kreißaal (witness) oder als Teil des Teams (teammate) sahen. Auch nach Neuhaus und Scharkus (1994) erwarten gebärende Frauen vom begleitenden werdenden Vater sowohl psychische als auch eine aktive Unterstützung, wünschen sich das gemeinsame Geburtserleben mit dem Partner und die Möglichkeit, dass der Vater sofort mit seinem neugeborenen Kind Kontakt aufnehmen kann.

Beaton und Gupton (1990) hatten nach einer qualitativen Analyse von Frauen vor der Geburt bereits kritisch angemerkt, dass Frauen häufig hohe und sogar überhöhte Erwartungen an den Partner im Kreißaal richten. In diesen Grauzonen spielen eigene Unsicherheiten, aber auch unausgesprochene Erwartungen innerhalb der Paarbeziehung (Beaton und Gupton, 1990; David und Kentenich, 2008) eine große Rolle. Nicht selten kommt es zu ausgeprägten Ohnmachtsgefühlen, die Männer in der Geburtssituation erleben, insbesondere auch angesichts der Schmerzen der Frauen und wenn sich Männer "außen vor" fühlen und von den Hebammen und ärztlichem Team nicht als Teil des Geburtspaares wahrgenommen werden (Bäckström und Hertfelt Wahn, 2011).

Dass Geburtsbegleitung grundsätzlich förderliche Einflüsse auf den Geburtsverlauf haben kann, zeigt zum einen die Übersichtsarbeit (Cochrane Datenbankanalyse) von Hodnett aus dem Jahr 2007. In den Geburtsverläufen von 13.391 Frauen fanden sich eine kürzere Geburtsdauer, eine höhere Spontangeburtssrate, niedrigerer Schmerzmittelverbrauch sub partu sowie weniger Unzufriedenheit mit der Geburtserfahrung, wenn die Frauen kontinuierliche Unterstützung durch eine Begleitperson erfahren hatten. Dabei zeigte sich, dass der Nutzen umso größer war, wenn es sich bei der begleitenden Person nicht um ein Mitglied des Krankenhausteams handelte. Dabei wurde jedoch nicht weiter nach Partner oder anderer Begleitperson differenziert. In einer prospektiven kontrollierten türkischen Studie mit einer kleinen Fallzahl von 50 Schwangeren zeigten sich keine signifikanten Unterschiede auf den Geburtsverlauf zwischen der Begleitung durch den Partner und einer anderen Begleitperson (Gungor und Beji, 2007). Zum anderen erfreut sich die Geburtsbegleitung durch eine Doula zunehmender Beliebtheit in Kreißsälen weltweit. Doulas sind geburtserfahrene Frauen, die als medizinische Laien in alter Tradition neben der Hebamme Frauen während ihrer Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

emotional begleiten und unterstützen. Der positive Effekt einer Doula auf Geburtsverlauf und Geburtserleben konnte in kontrollierten Studien (Campbell et al., 2006; McGrath und Kennell, 2008) nachgewiesen werden und kann nach Ansicht US-amerikanischer Autoren als Teil eines evidenzbasierten Geburtsmanagements betrachtet werden (Berghella et al., 2008). Dieser positive Effekt kann auch dann beobachtet werden, wenn nicht nur die Frau alleine, sondern das Paar von der Doula bei der Geburt unterstützt wird (McGrath und Kennell, 2008).

1.3.1 Geburtsbegleitung durch den werdenden Vater

In einer umfangreichen Literaturrecherche aus dem Jahr 2008 hat die Arbeitsgruppe um Wöckel et al. 624 englisch- und deutschsprachige Publikationen aus 33 Jahren (1975 bis 2008) zu den Auswirkungen von Vater-Geburtsbegleitung auf Geburtsverlauf und Geburtserlebnis systematisch untersucht. Während nach ihren Schlussfolgerungen die Studienlage zu Geburtsbegleitung im Hinblick auf Komplikations- oder Kaiserschnittraten, Geburtsdauer und Schmerzmittelverbrauch keine eindeutigen Hinweise auf einen Nutzen der spezifischen Begleitung durch den werdenden Vater im Vergleich zu anderen Begleitpersonen bietet, könne die Geburtsbegleitung durch den Vater positive Einflüsse auf die Zufriedenheit und die positive Beurteilung des Geburtserlebnisses des Paares haben. David und Kentenich (2008) weisen darauf hin, dass durch präpartale subjektive Erwartungen von Frau und Mann an die Geburt und das Geburtserleben, oft verbunden mit dem Wunsch nach einer möglichst "natürlichen" Geburt, ein hoher Erwartungsdruck aufgebaut werde, der bei Nichterfüllung zu Frustration führen könne (David und Kentenich, 2008). Eine Verbesserung des Geburtserlebnisses von Mutter und Vater konnte in der Arbeitsgruppe um Wöckel (Wöckel et al., 2007; Schäfer et al., 2008) in einer prospektiven randomisierten Interventionsstudie mit 144 Paaren beobachtet werden. Dabei war die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis bei den Paaren der Interventionsgruppe nach einer "begleitungsspezifischen" Geburtsvorbereitung, in der werdende Väter nach einem speziellen Konzept geschult worden waren, signifikant besser als in der Paargruppe, die einen traditionellen Geburtsvorbereitungskurs mit Partnerbegleitung absolviert hatten.

Die Situation stellt sich für Männer also in vielen Fällen heute so dar, dass sie in der Rolle des Unterstützers im Kreißaal sind, selbst aber emotional stark beteiligt und nicht ausreichend vorbereitet sind und eigentlich selbst Unterstützung bedürfen (David und Kentenich, 2008; Wöckel et al., 2008).

1.4 Geburtsvorbereitung

Dass es sich bei den Männern, die sich nicht ausreichend vorbereitet fühlen, nicht nur um Männer handelt, die keine professionelle Geburtsvorbereitung besucht hatten, hatten David et al. bereits 1994 belegt. Von 500 geburtsbegleitenden Vätern hatten fast die Hälfte Informationslücken in verschiedenen Bereichen der Geburtsvorbereitung bemängelt (46 % zu Geburtskomplikationen, 39 % zu Supportmaßnahmen für die Partnerin, 37 % zum zeitlichen Ablauf/Dauer). Aus diesen Erfahrungen leiteten die Forscher ab, dass Informationen darüber, wie der Mann während der Geburt helfen kann und welche Rolle er im Kreißaal hat, "Bestandteil realitätsbezogener Geburtsvorbereitung" sein muss.

1.4.1 Traditionelle Geburtsvorbereitung

Die Idee hinter Geburtsvorbereitungskursen war es in den 1950er Jahren, Frauen effektiv für den Umgang mit Wehen und Entspannungstechniken zu schulen. In den letzten 60 Jahren sind die Inhalte auch auf mit der Geburt eines Kindes verbundenen Veränderungen in der Paarbeziehung und der Lebenssituation erweitert worden. Im Zuge einer Humanisierung der Geburtshilfe (Schreiber, 1980; Stauber et al., 1999) wurden auch zunehmend die Partner der Frauen in diese Kurse mit eingebunden. Studien der letzten 25 Jahre, die untersucht haben, ob Männer nach einem dieser traditionellen Kurse auf Geburt und Vaterschaft besser vorbereitet sind, haben keine Vorteile benennen können (Friedewald et al., 2005), Männer fühlten sich darüber hinaus von den Themen, Formaten und Präsentationstechniken häufig nicht angesprochen und kaum gemeint, so dass sie nicht selten ihre Anwesenheit an den Abenden als "Zeitverschwendung" gesehen hatten. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass Geburtsvorbereitungskurse nicht die Bedürfnisse der Väter erfüllen.

In ihrer prospektiven Studie hatten David et al. (1994) festgestellt, dass sich drei Viertel der befragten Männer mit den Geburtseindrücken allein gelassen fühlten. Draper (1997) merkte im Hinblick auf das emotionale Empfinden der Väter im Kreißaal kritisch an, dass bis dahin zu wenig Versuche gemacht worden seien, die Bedürfnisse des Vaters und auch den Gewinn, den seine Anwesenheit in der Situation mit sich bringt, zu verstehen. Das Dilemma, in dem sich Männer befinden, wenn von ihnen zum einen tatkräftige Unterstützung und emotionale Präsenz in der Geburtssituation erwartet, gleichzeitig aber kein Raum für ihre Gefühle angeboten wird, beschrieb Shapiro (1987) als "kulturelles Double Bind": In Geburtsvorbereitungskursen werde Männern deutlich gezeigt, dass ihre Anwesenheit im Kreißaal erwünscht sei, ihre Gefühle jedoch nicht, wenn diese die Partnerin verunsichern könnten. Auch werden Männer damit alleine gelassen, dass sie zwar ihre Gefühle zulassen und zeigen sollten, gleichzeitig bleibe aber kein

Zweifel daran, dass Angst, Ärger, Traurigkeit und Furcht nicht willkommen seien. In so einer Situation könne es aber von Männern kaum erwartet werden, eine unterstützende Rolle einzunehmen. Friedewald et al. (2005) betonten auch die Unsicherheiten bezüglich der Rolle des werdenden Vaters in der Geburtssituation: nicht selten werde Männern das Gefühl gegeben, abseits zu stehen, oder – wie Shapiro (1987) es formuliert: "Zeugen eines Dramas, das von Frauen gespielt wird" zu sein. Dieses Phänomen findet sich in der qualitativen Untersuchung von Chapman (1992) wieder, die das Rollenverständnis im Kontrast zu den Rollenzuweisungen durch Hebammen und Partnerin bei zwanzig Männern untersucht hatte. Der überwiegende Teil der Männer hatte sich unter der Geburt in der Rolle eines "Zeugen" (witness) gefühlt, während ihm die Rolle des "Unterstützers" (coach) von außen zugewiesen war. Analog zu neueren Studien (Bäckström und Hertfelt Wahn, 2011) plädierten bereits 2001 Lee und Schmied dafür, dass Väter bei der Geburt nicht nur mit der Aufgabe, ihre Partnerin zu unterstützen, wahrgenommen werden wollen, sondern in ihrer einzigartigen Rolle, mit ihrem ureigenen Recht zur Anwesenheit als Vater des Kindes.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass gängige traditionelle Modelle der Geburtsvorbereitung Männer nur selten ermutigen, ihre Bedürfnisse und Gefühle im Hinblick auf die anstehende Geburt und die Vaterschaft auszudrücken und ihnen daher auch kaum eine adäquate Unterstützung bieten.

1.4.2 Väterspezifische Geburtsvorbereitung

Erst in den vergangenen zehn Jahren haben Beispiele aus USA und Australien Schule gemacht, geschlechtshomogene Gruppen innerhalb der Geburtsvorbereitung anzubieten, also auch Sitzungen, die explizit auf die Bedürfnisse der werdenden Väter zugeschnitten sind. In qualitativen Zufriedenheitsmessungen konnte eine positive Resonanz von weiblichen und männlichen Teilnehmern für diese Art von Kursen verzeichnet werden, allerdings sind bisher nur wenige systematisierte Studien publiziert. Friedewald et al. (2005) evaluierten ein seit sieben Jahren in Australien eingeführtes Kursmodell, das im Rahmen einer partnerzentrierten Geburtsvorbereitung Sitzungen umfasst, in denen ausschließlich Männer unter Anleitung eines männlichen Kursleiters zusammenkommen. Den werdenden Vätern wird in diesem niederschweligen Angebot in einer entspannten, nonkonfrontativen und informellen Atmosphäre die Möglichkeit gegeben, offen über ihre Gefühle, Ängste und Bedürfnisse zu sprechen und sich im Austausch mit anderen Männern in derselben Situation langsam in die für sie individuell passende Vaterrolle hineinzufinden. Damit folgte die Forschergruppe dem Konzept von Schott et

al. (2002), die den Schlüssel zum Verständnis der väterlichen Bedürfnisse darin sahen, den Männern zuzuhören, wenn ihre Partnerin nicht dabei sei, da die mütterliche Perspektive sonst zu dominant sei.

Auch die Arbeitsgruppe um Wöckel konnte in ihrer Interventionsstudie (Wöckel et al., 2007; Schäfer et al., 2008) den Nutzen eines von ihnen entwickelten speziellen väterspezifischen Geburtsvorbereitungskonzeptes auf das Geburtserleben von Mutter und Vater nachweisen. Dabei wurden Paare im Rahmen eines zwölfwöchigen Geburtsvorbereitungskurses jeweils in einer Sitzung voneinander separiert und die Männer von einem erfahrenen Geburtshelfer geschult. Pro Kurs erfolgte die Intervention jeweils in einer zufällig ausgewählten Versuchs- und einer Kontrollgruppe. In der Männerrunde der Interventionsgruppe wurde zu drei Modulen referiert (körperliche und psychische Reaktionen auf Stressoren, mögliche medizinische Komplikationen der Geburt und damit einhergehende Belastungen, konkrete Maßnahmen zur aktiven Unterstützung der Partnerin). Gleichzeitig wurde vermittelt, dass Männer im Kreißsaal keine Kontrollfunktion übernehmen müssen und dass sie Schwäche zulassen dürfen. Nach erfolgtem unkompliziertem Spontanpartus bewerteten die Männer der Interventionsgruppe ihr Geburtserleben signifikant positiver. Während nur etwa die Hälfte der Männer der Kontrollgruppe die eigene Unterstützungsleistung für die Partnerin während der Geburt als gut bewerteten, taten dies alle speziell geschulten Männer. Insgesamt zeigte sich in der Untersuchung, dass eine spezielle, nur einstündige Intervention in Form einer männerspezifischen Schulung im Rahmen des Geburtsvorbereitungskurses dazu führte, dass sich die geschulten Männer sowohl besser vorbereitet fühlten als auch unter der Geburt in ihrer Funktion als Unterstützer als stärker hilfreich erlebten. Das Programm hatte auch zu einem signifikant besseren Umgang mit der vom überwiegenden Teil der untersuchten Männer geäußerten Angst davor, ihre Partnerin unter der Geburt leiden zu sehen, ohne ihr helfen zu können, geführt.

1.5 Geburtserfahrung von Vätern

In den meisten westeuropäischen Ländern ist die Anwesenheit des Mannes bei der Geburt zur Norm geworden (Draper, 1997; Johnson, 2002; David et al., 2008; Wöckel et al., 2008). 80-98 % werdende Väter begleiten die Partnerin in Kreißsaal oder OP, so dass sich bereits der Begriff des "gebärenden Paares" (childbearing couple, labouring couple) in der Forschungsliteratur zu Geburtszufriedenheit und Geburtserleben von Männern und Frauen findet. Palkovitz widmete dem Phänomen bereits Mitte der 1980er Jahre erste Untersuchungen, wobei das Ziel war, die Auswirkungen der Geburtsbegleitung durch den werdenden Vater auf den Geburtsverlauf oder

die Vater-Kind-Bindung zu untersuchen. Dass die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt die Vater-Kind-Bindung festigt, bezeichnete Palkovitz dabei als "einen der weitverbreitetsten Placebo-Effekte der Geschichte" (1985). Zwei weitere Übersichtsarbeiten, die jeweils eine Dekade später von Draper (1997) und Wöckel et al. (2008) durchgeführt wurden, zeigten noch immer uneinheitliche Effekte der Väterbegleitung bei der Geburt auf den Verlauf, die Dauer, den Schmerzmittelverbrauch oder die geburtsmedizinische Interventionsrate, so dass ein klarer "Nutzen" der Anwesenheit des Vaters in diesem Sinne bis heute nicht belegt werden konnte.

Dieser Ansatz, einen evidenzbasierten Nutzen auf den Geburtsverlauf und die Situation der gebärenden Frau zu untersuchen, weist bereits darauf hin, dass dem Geburtserleben aus der männlichen Perspektive bisher wenig Aufmerksamkeit gewidmet worden ist. Die Analyse von 190 Originalarbeiten von Draper (1997) zeigte, dass Studien sich zumeist auf den Vater in seiner Rolle als Unterstützer der gebärenden Frau im Kreißaal konzentrieren, individuelle Bedürfnisse der Männer dabei vernachlässigen.

Die wenigen zum Geburtserleben aus Männersicht vorliegenden Studien sind aufgrund ihres heterogenen Designs kaum vergleichbar, wie der folgende Überblick zeigt. Allen qualitativen Studien, die das männliche Geburtserleben als Haupt- oder Nebenvariable erfassen, ist dabei gemeinsam, dass sie die Multidimensionalität der Geburtserfahrung von Männern mit dem Vorliegen sowohl positiver als auch negativer Erlebnisweisen, die sich nicht gegenseitig ausschließen, bestätigen.

In einer retrospektiven qualitativen Studie hatten 137 finnische Männer angenehme wie auch unangenehme Gefühle angegeben. Am unangenehmsten war für sie dabei, die Schmerzen der Partnerin mit ansehen zu müssen, ohne ihr dabei helfen zu können, am angenehmsten waren das Gefühl, Unterstützung leisten zu können und das Baby zu sehen. Mehr als die Hälfte der befragten Väter fühlten sich zu irgendeinem Zeitpunkt unter der Geburt unbehaglich, ängstlich und hilflos. Bei jüngeren Männern und bei Erstvätern waren diese Gefühle dabei signifikant stärker ausgeprägt. Insgesamt bewertete der überwiegende Teil der Männer die Gesamterfahrung positiv (Vehviläinen-Julkunen und Liukkonen, 1998).

Zehn schwedische Väter wurden in einer aktuellen Studie (Premberg et al., 2011) mittels Reenactment-Interviews zu ihrem Geburtserleben untersucht. Diese alternative Interviewform der phänomenologischen Forschung beinhaltet Elemente des Psychodramas und verfolgt das Ziel, intensive Erinnerungen, Erfahrungen und Emotionen hervorzurufen, die im Dialog zwischen

Interviewer und Befragtem bearbeitet werden. Dabei stellte sich die Geburtserfahrung bei den Vätern als "verwobener Prozess, der zwischen Euphorie und Agonie pendelt" dar. Vier Hauptthemen konnten von der Forschergruppe unterschieden werden: "ein Prozess in das Unbekannte", "eine gemeinsam geteilte Erfahrung", "meine Frau schützen und unterstützen" und "in einer exponierten Situation sein mit versteckten starken Emotionen". Die Geburt wurde von den Männern als ein mit der Partnerin geteilter, gemeinsam erlebter Prozess gesehen, wobei das Gefühl starken Involviertseins und Unterstützung der Frau in ihren Schmerzen für beide Partner erfüllend war. Eine führende Rolle spielte unter der Geburt die Hebamme und die Wahrnehmung des Partners durch die Hebamme als werdender, wertgeschätzter Elternteil.

"Wertschätzung" und "als eigenständiger Teil des Geburtspaares wahrgenommen werden" fand sich auch als Ergebnis einer qualitativen Untersuchung zu erwünschtem und erhaltenen Support durch die Hebamme bei zehn schwedischen Männern, deren erstes Kind per Spontanpartus in ihrem Beisein entbunden worden war. Die Forschergruppe um Bäckström (2011) konnte unter dem Hauptthema "eingebunden werden oder außen vor bleiben" vier Subkategorien ausmachen, die die untersuchten Männer im Hinblick auf ihr Geburtserleben und die Beziehung zur Hebamme verbalisiert hatten: Atmosphäre, in der die Kommunikation mit der Partnerin möglich ist, das Gefühl, als Paar im Kreißsaal zu sein, und in der der Partner gleichermaßen mit seinen Fragen von der Hebamme ernst genommen wird; balanciertes Involviertsein (Vater entscheidet selbst, wann er stark eingebunden ist, z. B. die Partnerin massiert, und wann er einen Schritt zurücktritt); wahrgenommen werden als individueller Teil des gebärenden Paares (nach seiner Meinung gefragt werden, an Entscheidungen beteiligt sein); sich außen vor fühlen bzw. von der Hebamme außen vor gelassen werden, obwohl sie einbezogen werden wollen, woraus Hilflosigkeit und ggf. Panik resultiert und die weitere Unterstützung der Partnerin leidet. In der Studie wurde deutlich, wie wichtig es für Männer ist, von den Geburtshelfern kontinuierliche Informationen zu erhalten, was im Geburtsverlauf gerade passiert, warum es passiert und wie sie ihrer Partnerin konkret in den verschiedenen Phasen von Wehen und Geburt helfen können.

Dies bestätigt auch Ergebnisse einer früheren schwedischen Studie (Hallgren et al., 1999): Männer, die von der Hebamme während der Phase der Wehen aktiv in den Geburtsprozess einbezogen wurden, konnten besser mit dem überwältigenden Gefühl von Hilflosigkeit unter der Geburt umgehen, die Partnerin besser unterstützen und erlebten den ersten Kontakt mit ihrem Kind positiver.

Dass die Hebamme die ideale Position hat, um Männer bei ihrer Rollenfindung zur Vaterschaft zu unterstützen und sie zu einer aktiven Geburtsteilnahme zu ermutigen, schlussfolgern auch Longworth und Kingdon (2011) aus ihrer phänomenologischen britischen Studie zu Erwartungen und Erleben der Geburt von elf Erstvätern.

In einer breiter angelegten schwedischen Studie (Hildingsson et al., 2011) wurden 595 Väter, die einen unkomplizierten Spontanpartus ihrer Partnerin begleitet hatten, zu ihrem Geburtserlebnis befragt. Während 82 % der Väter ein positives Geburtserleben angaben, lagen bei 18 % "gemischte Gefühle" bis hin zur Bewertung "negativ"/"sehr negativ" vor. Für die Qualität des Geburtserlebens spielten weder soziodemographische Variablen (Alter, Herkunft, Bildungsgrad) der Väter noch ein vorheriges Geburtserleben eine Rolle. Im Rahmen einer logistischen Regression konnten die Autorinnen Einflussfaktoren für ein positives Geburtserleben bei den untersuchten Männern bestimmen. Bei Erstvätern war dies einzig die erlebte Unterstützung durch die Hebamme, bei Vätern, die bereits vorherige Geburten miterlebt hatten, war der stärkste Einflussfaktor jederzeit von der Hebamme Informationen über den Fortgang der Geburt erhalten zu haben, als zweites die Unterstützung durch die Hebamme und als drittes die Präsenz der Hebamme im Kreißaal.

In ihrer jüngst veröffentlichten Umfrage zum Thema "Väter im Kreißaal" (Amad und Bühling, 2011) versuchten die Autoren, die Mehrschichtigkeit des paternalen Geburtserlebens durch die Abfrage jeweils eines "schönsten" und eines "schlimmsten" Moments einzuschätzen. Unter den vorgegebenen Items wählten die insgesamt 86 in einer deutschen Universitätsklinik befragten geburtsbegleitenden Väter überwiegend den Moment, als das Kind da war bzw. zu schreien begann als schönsten Moment. Von einem Drittel der Männer wurde das Schreien/Weinen der Partnerin als schlimmster Moment erlebt, von je ca. 6-8 % aufkommende Hektik, Komplikationen, Presswehen und Blasensprung sowie Versorgung von Dammverletzungen. Für 11 % der befragten Männer gab es keinen schönsten, für 20 % keinen schlimmsten Moment. Während fast ein Drittel der werdenden Väter vor der Geburt Versagensängste angab, hatten nur 18 % unter der Geburt Hilflosigkeit erlebt. 94 % der untersuchten Väter hatten retrospektiv das Gefühl, für ihre Partnerin hilfreich gewesen zu sein.

Einen vollständig anderen Ansatz zur Abbildung des männlichen Geburtserlebens wählten Chan und Paterson-Brown (2002), die 120 Paare in einer prospektiven Studie zu ihren Gefühlen unter der Geburt mittels einer Visuellen Analogskala (VAS) untersucht haben. Die befragten Männer hatten die Geburt dabei als eine "lohnenswerte und erfreuliche" Erfahrung erlebt. Bei der

Differenzierung nach unterschiedlichen Geburtsmodi fanden sich signifikante Unterschiede in der Ängstlichkeit bei Männern, die eine sekundäre Sectio miterlebt hatten. Insgesamt waren Kaiserschnitte von den untersuchten Männern eher als traumatisch empfunden worden als Spontangeburt. Aufgrund des Studiendesigns ist die Geburtserfahrung über die VAS nicht in ihrer Dimensionalität abgebildet worden, jedoch lässt das Auftreten traumatischen Erlebens in einer Subkategorie bei gleichzeitiger positiver Bewertung der Gesamterfahrung die Schlussfolgerung für das Vorhandensein positiver wie negativer Gefühlszustände zu.

Auch Dellmann (2004) hebt in seiner Übersichtsarbeit zum männlichen Geburtserleben hervor, dass Männer die Geburt eines Kindes sowohl "wunderbar, aber auch belastend" finden. Gleichzeitig betont er die Nichterfüllung von an die Geburt gerichteten Erwartungen bei den Männern und die Unsicherheit über ihre Rolle im Kreißsaal.

Eine umfassende Untersuchung zum zugewiesenen und erlebten Rollenverständnis von werdenden Vätern im Kreißsaal von Chapman (1992) weist auf die Diskrepanz zwischen den an Männer gerichteten Erwartungen und ihrem Erleben hin. Zwanzig Väter haben kurz nach der Entbindung in persönlichen Interviews vorwiegend eine positive Geburtserfahrung berichtet. Negative Aspekte betrafen die Unsicherheit über ihre Rolle und den Zweck ihres Dabeiseins im Kreißsaal. Nach Chapman wird seit Einführung von Geburtsvorbereitungskursen für werdende Väter vor dreißig Jahren ("prepared childbirth movement"), jedem Mann, der angibt, im Kreißsaal dabei sein zu wollen, stereotyp die Rolle eines Unterstützers ("coach") zugewiesen, der seine Partnerin mit dem im Kurs Gelernten emotional und tatkräftig zu unterstützen hat. In Chapmans Studie sahen sich nur vier Männer auch selbst in dieser Rolle. Vier weitere Männer erlebten sich als ein weniger involviertes Team-Mitglied ("teammate"). Zwölf der Männer sahen sich selbst eher als Zeugen des Geschehens ("witness"). Laut Chapman stellt dies eine Rolle dar, die es den Männern erlaubt, die Geburt als Gemeinschaftsgefühl mit ihrer Partnerin zu erleben, ohne dass dies für sie mit dem Druck verbunden ist, Kontrolle behalten oder ausüben zu müssen. Dies unterstützt Ergebnisse einer älteren Studie von Berry (1988), in der kritisch angemerkt wurde, dass die Rolle eines Unterstützers nicht für alle Männer realistisch ist, sondern dass Persönlichkeitsfaktoren des Mannes und Beziehungsfaktoren des Paares wegweisend dafür sind, in welcher individuellen Konstellation das Paar ein befriedigendes Geburtserleben im Kreißsaal erzielen kann.

Diese Diskrepanz stellt kein US-amerikanisches Phänomen dar, auch in deutschen Studien zur Anwesenheit des werdenden Vaters im Kreißsaal merkten David et al. (1994) an, dass trotz der

großen gesellschaftlichen Akzeptanz der Geburtsteilnahme des Mannes noch immer eine Unsicherheit über seine Rolle und Funktion bei der Entbindung besteht. In ihrer Studie konnten die Autoren Motive für die Nicht-Teilnahme von Männern an der Geburt benennen, unter denen sich sowohl Ängste fanden, die auf mangelnde Vorbereitung oder Information (z. B. über den Ablauf der Geburt) beruhten, als auch solche Ängste, die in der Paardynamik begründet waren. Auch wenn sie Implikationen für eine realistischere Geburtsvorbereitung von Männern aus ihren Untersuchungen ableiten, betonen die Forscher, dass die Entbindung "ein gefühlsintensives Ereignis bleibt, auf das sich der geburtsbegleitende Vater nicht total vorbereiten kann".

1.6 Einflussfaktoren auf die Geburtserfahrung

In der bereits genannten Studie von Waldenström et al. (1999) konnten für die Geburtserfahrung der untersuchten Frauen Wehendauer, Schmerzen, Geburtserwartungen, chirurgische Maßnahmen (Sectio, Vakuum- oder Forcepsextraktion, Episiotomie) als negativ behaftete Einflüsse sowie als positive Faktoren Involviertsein in den Geburtsprozess und Hebammenunterstützung benannt werden. Hodnett hatte im Jahr 2002 insgesamt 137 Untersuchungen zu Schmerz und Geburtszufriedenheit bei Frauen systematisch analysiert und vier Hauptgruppen von Einflussfaktoren herausgefiltert: persönliche Erwartungen, Unterstützung durch die Hebamme, Qualität der Beziehung zu der Hebamme und Involviertsein bzw. Partizipation an medizinischen Entscheidungen. Weitere von Hodnett analysierte Einflussfaktoren umfassten soziodemographische (Alter, Herkunft) und geburtsbezogene Faktoren (Besuch eines Vorbereitungskurses, Notwendigkeit medizinischer Interventionen unter der Geburt, Schmerzintensität), wobei die weiteren Faktoren nur eine untergeordnete Rolle für das Geburtserleben spielten. In einer neueren prospektiven Studie an 992 australischen Frauen zeigte die Schmerzreduktion mittels PDA ebenfalls keinen signifikanten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit der Geburt bei Frauen, was nach Ansicht des Autors die zahlreichen anderen Einflussfaktoren neben einem adäquaten Schmerzmanagement unter der Geburt deutlich macht (Dickinson et al., 2003).

In ihrer Übersichtsarbeit zur Geburtserfahrung von Frauen definiert Groß (2003) nach Studienlage vier Faktorengruppen, denen sich die wesentlichen Einflussfaktoren auf das Geburtserlebnis von Frauen zuordnen lassen. Neben geburtshilflichen Faktoren, zu denen Geburtsmodus, Geburtsdauer, Geburtseinleitung, Medikation, insbesondere Analgesie unter der Geburt, Interventionen wie PDA und Episiotomie gezählt werden, spielen Beziehungsfaktoren zu Hebammen, Ärztinnen und Ärzten und zum Partner eine Rolle. Die dritte Gruppe umfasst

Faktoren der pränatalen Entwicklung, worunter Groß Parität, frühere Abbrüche oder Fehlgeburten, Erwünschtheit der Schwangerschaft und Geburtserwartungen nennt. Die vierte Gruppe spiegelt die intrapartale persönliche Erfahrung der Frau wider (Gefühl des Involviertseins, der Partizipation, Kontrolle, Schmerz, Ängstlichkeit und Panik).

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über in Studien beschriebene relevante Einflussfaktoren auf die Geburtserfahrung von Frauen, Männern oder Paaren.

Tab. 1: Einflussfaktoren auf die Geburtserfahrung

Einflussfaktoren auf die Geburtserfahrung von Frauen			
Autor	Population	Methodik	Einflussfaktoren
Morgan et al., 1982 UK	n=1.000 Mütter	prospektiv, nur vaginale Geburten	Ausreichende Analgesie alleine erhöhte nicht Zufriedenheit mit Geburtserleben, Schmerz und Zufriedenheit stellen unabhängige Dimensionen des Erlebens dar. Frauen nach langer Geburtsdauer, Forcepsextraktion, PDA signifikant häufiger unzufrieden
Green et al., 1990 UK	n=825 Mütter	prospektiv	Bildungsniveau ohne Einfluss, niedrige Erwartungen an die Geburt führten eher zu negativem Erleben, Informiertheit und Gefühl der Kontrolle wichtig, vermeidbare Defizite in Interaktion mit Geburtshelfern
Salmon und Drew, 1992 UK	n=110 Mütter	prospektiv	Entbindungsmodus : Frauen nach Sectio weniger erfüllt als nach vaginaler Entbindung, Bewertung medizinischer Interventionen abhängig von subjektiver Bewertung und Beziehungserleben zu ÄrztIn/Hebamme, positiv wenn als Partizipation erlebt, besseres Coping durch Geburtsvorbereitung
Waldenström et al., 1999 Schweden	n=1.111 Mütter	prospektiv	<u>Negative Einflussfaktoren</u> : Wehendauer, Schmerzen, Geburtserwartungen, chirurgische Maßnahmen (Sectio, Vakuum-/Forcepsextraktion, Episiotomie). <u>Positive Einflussfaktoren</u> : Involviertsein in den Geburtsprozess, Hebammensupport
Hodnett et al., 2002 UK	n=137 Mütter	prospektiv	<u>Signifikant</u> : persönliche Erwartungen, Unterstützung durch die Hebamme, Qualität der Beziehung zu der Hebamme, Involviertsein/ Partizipation an medizinischen Entscheidungen. <u>Nicht signifikant</u> : Alter, Herkunft, Geburtsvorbereitung, medizinische Interventionen unter der Geburt, Schmerzintensität
Schindl et al., 2003 Österreich	n=1.050 Mütter	prospektiv	Entbindungsmodus : Rangfolge in der Bewertung des Geburtserlebens nach Modus: elektive Sectio > Spontanpartus > Notfallsectio > Vakuumextraktion
Dickinson et al., 2003 Australien	n=992 Mütter	prospektiv	Schmerzreduktion mittels PDA zeigte keinen signifikanten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit
Stadlmayr et al., 2004 Schweiz	n=251 Mütter	prospektiv	Entbindungsmodus beeinflusst Enttäuschtheit (f3), Rangfolge in der Bewertung des Geburtserlebens nach Modus: Spontanpartus > Vakuumextraktion > elektive Sectio > Notfallsectio. PDA ohne Einfluss. Geburtsdauer (sehr schnell/sehr lange) mit negativem Erleben assoziiert.

Lütje, 2004 Deutschland	n=215 Mütter	prospektiv	Entbindungsmodus: signifikante Assoziation von Spontanpartus mit positivem bzw. Sectio und Vakuumentraktion mit negativem Geburtserleben. Interventionen verschlechterten Geburtserleben, PDA führte häufiger zu Enttäuschtheit (f3), geringerer Erfüllung (f1), Nennung als „Störfaktor“. Beziehung zur Hebamme wichtig für Zufriedenheit und Geburtserleben, wichtiger als Beziehung zu ÄrztIn, Geburtsvorbereitung ohne Einfluss auf Geburtserleben. Geburtserfahrene Frauen zeigten signifikant besseres Geburtserleben.
Waldenström et al., 2004 Schweden	n=2.541 Mütter	prospektiv	Risikofaktoren für negatives Geburtserleben: unerfüllte Erwartungen (z. B. notwendige medizinische Interventionen), soziale Faktoren (Unerwünschtheit der Schwangerschaft, mangelnder Support vom Partner), negative Gefühle wie erlebter Kontrollverlust unter der Geburt, schlechter Support durch Hebammen (zu wenig Zeit, zu wenig erlebte Zuwendung, Schichtwechsel, zu wenig Information), unzureichende Analgesie
Stadlmayr et al., 2007 Schweiz	n=219 Mütter	prospektiv	Beziehungsfaktoren zu Hebammen/Geburtshelfern: „erlebte intrapartale Beziehung“ wichtiger als objektiver Geburtsverlauf
Bryanton et al., 2008 UK	n=652 Mütter	prospektiv	neben dem wenig beeinflussbaren Geburtsmodus hatten durch die Geburtshelfer beeinflussbare Faktoren wie Bewusstsein, Entspannung, Support vom Partner, erlebte Kontrolle bzw. -verlust unter der Geburt Einfluss auf Geburtserleben

Einflussfaktoren auf die Geburtserfahrung von Vätern bzw. Paaren			
Autor	Population	Methodik	Einflussfaktoren
Chapman, 1992 USA	n=20 Väter	retrospektiv, qualitativ	Beziehungsfaktoren: Diskrepanz in Rollenverständnis und Rollenzuweisung durch Hebamme/Partnerin → negatives Erleben
Vehviläinen-Julkunen und Liukkonen, 1998 Finnland	n=137 Väter	retrospektiv, qualitativ	Alter: jüngere Männer (unter 32 Jahre) sowie Parität: Erstväter erlebten signifikant häufiger Unwohlsein in Kreißsaal/OP. Beziehungsfaktoren: Hebammen wichtig auch für Väter. Coping: mehr als 50 % der Väter fühlten sich zeitweise unwohl, ängstlich, hilflos (angesichts Schmerzen der Frau)
Hallgren et al., 1999 Schweden	n=11 Väter	retrospektiv, qualitativ	Beziehungsfaktoren: von Hebamme einbezogen werden und Partizipation besserten Erleben von Hilflosigkeit und Kontakt mit dem Kind, ermöglichten bessere Unterstützung der Partnerin
Johnson et al., 2002 UK	n=53 Väter	prospektiv	signifikant höhere Stresslevel, wenn kein eigener Wunsch zur Anwesenheit und Mann zur Geburtsteilnahme gedrängt sowie wenn unklares Rollenverständnis des Mannes im Kreißsaal
Chan-Paterson und Brown, 2002 UK	n=86 (Väter) n=88 (Mütter)	prospektiv, Visuelle Analog Skala	Geburtsmodus: Väter bei vaginaler Entbindung empfanden sich als hilfreicher, weniger ängstlich, werteten die Gesamterfahrung weniger traumatisch und eher als lohnende Erfahrung als Väter, die bei operativer Entbindung zugegen waren. Gefühl des Vorbereiteteins: Männer, die sich nicht auf ihre Anwesenheit bei der Entbindung vorbereitet fühlten, empfanden die Geburtserfahrung als weniger lohnenswert, als unerfreulich, erlebten die Partnerschaft als verschlechtert
Capogna et al., 2007 Italien	n=243 Paare	prospektiv	mütterliche Analgesie und väterliche Zufriedenheit: Väter, deren Frauen keine PDA hatten, fühlten sich unzureichender in ihrer Rolle als Unterstützer. Bei Frauen mit PDA erlebten Männer weniger Stress und Angst, konnten besser unterstützen.

Wöckel et al., 2007 Deutschland	n=144 Paare	prospektiv, randomisiert, kontrolliert	väterspezifische Geburtsvorbereitung verbesserte signifikant das emotionale Erleben der Geburt und die Zufriedenheit für das Paar
Gungor und Beji, 2007 Türkei	n=50 Paare	prospektiv, randomisiert, kontrolliert	Teilnahme des Vaters an der Entbindung führte zu verbessertem Geburtserleben der Paare
McGrath und Kendell, 2008 USA	n=420 Paare	prospektiv, randomisiert, kontrolliert	Geburtsbegleitung durch Doula erhöhte bei beiden Partnern die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis
Premberg et al., 2011 Schweden	n=10 Väter	retrospektiv, qualitativ	Beziehungsfaktoren: Wahrnehmung des Vaters als eigenständige Person durch Hebamme besserte das Erleben, Involviertsein/Partizipation des Vaters für das Paar erfüllend
Longworth und Kingdon, 2011 UK	n=11 Väter	retrospektiv, qualitativ	Beziehungsfaktoren: positive Unterstützung der Männer in ihrer Rollenfindung durch Hebamme, Partizipation: aktive Geburtsteilnahme besserte Erleben
Bäckström und Hertfelt Wahn, 2011 Schweden	n=10 Väter	retrospektiv, qualitativ	Beziehungsfaktoren: Gefühl, als Paar im Kreißaal zu sein und auch als Mann von der Hebamme ernst genommen zu werden, steigerte Befinden/Geburtserleben. Balanciertes Involviertsein: Hilflosigkeit und Panik entsteht, wenn Vater sich außen vor fühlt , keine Informationen erhält, Frau nicht unterstützen kann.
Awad und Bühling, 2011 Deutschland	n=86 Väter	retrospektiv, qualitativ	Unter der Geburt bei 18 % Hilflosigkeit , bei 12 % Komplikationen , 94 % empfanden sich als hilfreich für Partnerin. Geburtsvorbereitungskurs von 24 % besucht, 91 % bewerteten ihre Vorbereitung retrospektiv als ausreichend.
Hildingsson et al., 2011 Schweden	n=595 Väter	prospektiv, quantitativ	18 % Väter hatten kein positives Geburtserlebnis. Beziehungsfaktoren: Für Erstväter war die Unterstützung ("support") durch die Hebamme der einzige Einflussfaktor auf ein positives Geburtserleben. Für geburtserfahrene Väter war der stärkste Einflussfaktor auf ein positives Geburtserlebnis, von der Hebamme laufend Informationen über den Fortgang der Geburt erhalten zu haben, als zweites der Support durch die Hebamme , als drittes die Präsenz der Hebamme im Kreißaal.
Johansson et al., 2011 Schweden	n=1.150 Väter	prospektiv, qualitativ	Geburtsmodus: 6,4 % der Väter präferierten Sectio für die bevorstehende Entbindung. Erstväter überwiegend aufgrund Planbarkeit/Kontrolle , geburtserfahrene Väter aufgrund eines negativen Geburtserlebnisses in der Vorgeschichte .

(PDA = Periduralanästhesie, OP = Operationsaal)

1.7 Postpartale Befindlichkeit, Depressivität und Traumatisierung

Bei Frauen birgt die Postpartalzeit ein höheres Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, als jede andere Zeit in ihrem Leben (Kendell et al., 1987; Munk-Olsen et al., 2006; Valdimarsdóttir et al., 2009). In einer dänischen Kohortenstudie, die psychiatrische Krankenhausaufnahme und ambulante Konsultationen junger Eltern nach der Geburt eines Kindes untersucht hatte (Munk-Olsen et al., 2006), konnte kein Zusammenhang von der Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungen mit der Geburt eines Kindes bei jungen Vätern nachgewiesen werden, was die Autoren darauf zurückführen, dass subsyndromale Veränderungen der psychischen Befindlichkeit durch die methodologischen Einschränkungen

der Studie nicht erfasst wurden und zudem eine geringere Inanspruchnahme von Hilfesystemen durch Männer als erwiesen gilt.

In der wissenschaftlichen Literatur sind im Rahmen einer erhöhten Aufmerksamkeit für psychische Störungen in der Postpartalzeit und ihre Auswirkungen auf Partnerschaft und kindliche Entwicklung bei Frauen beginnend mit den 1990er Jahren Publikationen zu finden, in denen der Partner "mit" untersucht wurde (Ballard et al., 1994; Areias et al., 1996; Matthey et al., 2000, 2003; Ramchandani et al., 2005). Die Studienergebnisse wiesen darauf hin, dass postpartale psychische Störungen bei Männern sowohl im Zusammenhang mit mütterlichen postpartalen Depressionen gehäuft beobachtet werden konnten (Ballard et al., 1994; Fletcher et al., 2006; Ramchandani et al., 2005, 2008; Paulson und Bazemore, 2010; Wee et al., 2011) als auch unabhängig von der Partnerin in der Folge der Geburt eines Kindes auftreten können, so dass es sinnvoll erscheint, "Stimmungsstörungen, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und nachgeburtlicher Phase auftreten und deren Kern Beeinträchtigungen in der Elternbeziehung zum Baby und in der Erfahrung der Elternschaft sind" (Madsen und Juhl, 2007), auch bei Vätern Aufmerksamkeit zu schenken.

Zunehmend wurden auch Untersuchungen zur paternalen postpartalen Depressivität publiziert und Prävalenzen in einer Spannweite von 1,2 % - 25,5 % (Goodman et al., 2004) beschrieben. Ballard et al. (1994) fanden in einer englischen Studie an jungen Vätern sechs Wochen post partum 9 %, nach sechs Monaten 5,4 % Männer mit erhöhter Depressivität. In einer Studie aus England zu Depressivität und Familienstruktur waren bei Deater-Deckard et al. (1998) 3 % der leiblichen Väter und 6,8 % der Stiefväter eines jüngst geborenen Kindes depressiv. Matthey et al. (2000, 2001) beschrieben eine Häufigkeit von 2-5 % in ihrer australischen Stichprobe zu paternaler postpartaler Depressivität und Angststörungen. In einer umfangreichen longitudinalen Studie in England mit 10.975 Vätern beschrieb die Arbeitsgruppe um Ramchandani (2005) eine Prävalenz von 4 %. Madsen und Juhl (2007) fanden in ihrem dänischen Kollektiv von Männern, die gerade Vater geworden waren, 7 % Depressivität, Edmondson et al. (2010) in einer prospektiven Studie mit 192 englischen Männern bei 10 % Hinweise auf eine Depression, bei 6,3 % auf eine Generalisierte Angststörung. Bei 796 Männern einer spanischen Studie traten depressive Symptome mit einer Häufigkeit von 3,4 % auf (Escribà-Agüir und Artazcoz, 2010). In einer Meta-Analyse über 43 Studien (1980-2009) beschrieben Paulson und Bazemore die Häufigkeit einer paternalen Depression mit 10,4 %, wobei aufgrund der Heterogenität der Messinstrumente und der unterschiedlichen Grenzwerte davon ausgegangen wird, dass dabei sowohl das Vollbild einer depressiven Episode als auch Subsyndrome erfasst worden sind.

Als ein geeignetes Screeninginstrument hat sich die zunächst für mütterliche postpartale Depressionen entwickelte Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987) erwiesen, eine zehn Fragen zu Symptomen wie Angst und Depressivität umfassende Selbstbeurteilungsskala, die von Matthey et al. (2001) in Australien für den Einsatz bei Männern validiert werden konnte. Dabei wies die Arbeitsgruppe um Matthey darauf hin, dass die EPDS aufgrund ihrer Struktur neben Depressivität auch geeignet ist, Angststörungen zu erkennen, was von Brouwers et al. (2001) bestätigt wurde.

Inzwischen besteht Konsens darin, dass psychische Störungen mit postpartalem Beginn keine nosologischen Einheiten darstellen (Riecher-Rössler und Rohde, 2005). Das klinische Bild einer Depression mit postpartalem Beginn bei Frauen ist in seiner syndromalen Charakterisierung gegenüber einer typischen depressiven Episode in anderen Lebensabschnitten nicht zu unterscheiden, allerdings gibt es thematisch einen klaren Bezug zur Mutterschaft (z. B. Insuffizienzgefühle in der Selbstwahrnehmung als Mutter). Insbesondere auch das Gefühl, keine "richtigen" Muttergefühle für das Neugeborene empfinden zu können (zu interpretieren als das Symptom Gefühl der Gefühllosigkeit) ist für die Betroffenen sehr belastend und mit einer gestörten Mutter-Kind-Interaktion mit weniger positivem Affekt, Mangel an Empathie und emotionaler Verfügbarkeit gegenüber dem Kind verbunden (Dorsch und Rohde, 2010). Das noch junge Phänomen der paternalen postpartalen Depression ist hinsichtlich ihrer Inhalte bisher kaum untersucht.

Es gibt klare Hinweise darauf, dass eine postpartale Depression bei Mutter und/oder Vater mit Risiken für die Eltern-Kind-Bindung verbunden ist. In der umfangreichen longitudinalen ALSPAC-Studie (Ramchandani et al., 2005, 2008, 2009) wurden Eltern und Kinder von einem pränatalen Zeitpunkt bis sieben Jahre nach der Geburt untersucht. Dabei zeigte sich ein signifikantes Risiko für die Söhne depressiver Väter, eine Verhaltensstörung im Kindesalter (ab dem 6. Lebensmonat bis zum Schulalter) zu entwickeln. Söhne von Vätern, die eine postnatale Depression hatten, hatten dabei ein höheres Risiko als Söhne von Vätern, die nur vor der Geburt des Kindes unter Depressionen gelitten hatten. Diese Ergebnisse zu den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten zeigen keine Abhängigkeit vom Vorliegen mütterlicher Depressionen.

Mütterliche Depressionen in der Postpartalperiode erwiesen sich in einer Reihe von Studien als starker Einflussfaktor auf die Entwicklung depressiver Symptomatik beim Vater (Ballard et al., 1994; Areias et al., 1996; Deater-Deckard et al., 1998; Matthey et al., 2000). Als Risikofaktoren

für eine paternale Depression mit postpartalem Beginn beschrieben Ramchandani et al. (2008) darüber hinaus neben einer psychiatrischen Anamnese mit schweren Depressionen hohe pränatale Symptomscores für Depressivität und Angst. Diese Ergebnisse wurden in einer spanischen Studie mit 769 Vätern von Escribà-Agüir und Artazcoz (2010) bestätigt. Eine depressive Episode während der Schwangerschaft konnte als starker Prädiktor für eine postpartale Depression erkannt werden, was sich mit früheren Untersuchungen mit Frauen deckt (Bryanton et al., 2008; Schumacher et al., 2008). Boyce et al. (2007) zeigten mit ihrer Studie an Erstvätern zu psychischem Stress werdender Väter während der Schwangerschaft auf, dass Väter, die nur unzureichend über den Verlauf von Schwangerschaft und den Geburtsprozess informiert waren, ein erhöhtes Risiko für Belastungsstörungen in der Schwangerschaft und Postpartalzeit aufwiesen. Damit bestätigen sich die Ergebnisse von Johnson et al. (2002), der für Männer zum Zeitpunkt der Entbindung eines Kindes bis in die Postpartalzeit hineinreichend erhöhte Stresslevel im Vergleich zu einer altersentsprechenden Gruppe der Normalbevölkerung fand.

Insgesamt sind zum Nutzen von Präventionsprogrammen zur postpartalen Depression bei Frauen oder Männern bisher keine einheitlichen Ergebnisse publiziert worden (Dennis, 2005; Miller und LaRusso, 2011). Bei der paternalen Depression als noch relativ jungem Phänomen fordert Madsen (2008) zunächst eine bessere Aufklärung und Sensibilisierung dafür, dass Männer an psychischen Störungen erkranken können, die mit ihrer Vaterschaft zusammenhängen.

Im Hinblick auf traumatisches Erleben ist inzwischen gut erforscht, dass nicht die objektive Schwere des Traumas an sich, sondern die subjektive Bewertung der Situation zur Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen kann. Nach Studienlage kann auch die Geburt eines Kindes für Frauen einen entsprechenden Stressor darstellen bzw. als Trauma erlebt werden (Wijma et al., 1997; Pantlen und Rohde, 2001; Olde et al., 2006). Zur traumatischen Verarbeitung einer Geburt von Männern existieren bisher kaum Publikationen. In einer Studie mit 199 Männern, die ihre Partnerin zur Geburt des Kindes begleitet hatten, fanden Bradley et al. (2008) bei keinem der Männer das Vollbild einer PTBS, allerdings zeigten 12 % klinisch relevante Ausprägungen von mindestens einer Subdimension einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Intrusionen, Vermeidungsverhalten oder Hypervigilanz), wobei Hypervigilanz (im Sinne von Übererregung, erhöhter Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit) am häufigsten auftrat. Neben der Anwesenheit bei der Geburt waren ein geringes Vertrauen in die eigenen Copingmechanismen unter der Geburt, das Gefühl, nicht gut vorbereitet zu sein sowie eine

starke Belastung in der Geburtssituation Prädiktoren für das Auftreten von PTBS-Symptomen bei Männern (Bradley et al., 2008). Von 115 Vätern in einer norwegischen Studie zeigten zwischen dem 1. und 4. Tag nach der Entbindung eines Kindes 13 % der Männer unspezifische Stresssymptomatik, 2 % erlebten Intrusionen, das Vollbild einer PTBS war in keinem Fall erfüllt (Skari et al., 2002). Dass die traumatische Verarbeitung einer Geburt bei Männern dabei nicht davon abhängig ist, wie die Frau die Situation erlebt hat und verarbeitet, zeigt die Erfahrung in der Gynäkologischen Psychosomatik am Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Bonn, wie das Fallbeispiel einer traumatisch erlebten Entbindung beim Kindsvater (Eschholz und Rohde, 2010) illustriert. Eine Nachbesprechung der Entbindung im Sinne eines "Debriefing" (Waldenström, 2004) könnte demnach nicht nur für Frauen ein wichtiges Mittel zur Prophylaxe einer PTBS darstellen, so dass auch der Partner bei Hinweisen für eine negative Geburtserfahrung gezielt einbezogen werden sollte. In einer schwedischen Studie (Olin und Faxelid, 2003) äußerten mehr als die Hälfte der Erstväter und ein Drittel der bereits geburtserfahrenen Väter den Wunsch nach einer Nachbesprechung ("postpartum talk") der Geburt mit der Hebamme.

Dass ein negatives Geburtserlebnis auch Einfluss auf die Erwartungen und Präferenzen einer erneuten Entbindung auch bei den Vätern nehmen kann, zeigte eine schwedische Studie mit 1.150 werdenden Vätern. Unter den Vätern, die eine geplante Sectio dem natürlichen Geburtsverlauf explizit vorzogen, fand sich überwiegend ein vorheriges negatives Geburtserlebnis (Johansson et al., 2010).

1.8 Zielsetzung der Arbeit

Wie im vorhergehenden Kapitel dargestellt, haben die Veränderungen der Vaterrolle in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, dass die Teilnahme des werdenden Vaters an der Geburt als gesellschaftlich akzeptierte Norm angesehen werden kann. Gleichzeitig existieren bisher kaum Studien zum Erleben der Geburt aus der männlichen Perspektive. Ziel dieser Arbeit war es, in einer prospektiven Untersuchung am Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde des Universitätsklinikums Bonn die emotionale Situation und das Erleben von Vätern unter und nach der Geburt zu erfassen und soziodemographische, biographische, geburtshilfliche und persönlichkeitsbezogene Faktoren in ihrem Einfluss auf die Geburtserfahrung zu identifizieren. Darüber hinaus wurde untersucht, ob eine negative Geburtserfahrung Hinweise auf Befindlichkeitsstörungen bei Männern in der Postpartalzeit gibt.

2 Methoden und Untersuchungsinstrumente

2.1 Studiendesign (Vorbemerkung)

2.1.1 Definition Geburtserfahrung, Abgrenzung von Zufriedenheit

Im Vorfeld der Untersuchung und der Wahl geeigneter Messinstrumente musste die Frage geklärt werden, ob "Geburtserleben" oder "Geburtserfahrung" überhaupt messbare Größen sind, die im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung verwendet werden können. Dazu war eine genaue Definition des Geburtserlebens notwendig.

Nach Groß (2003) stellt die Beschreibung des Geburtserlebens, die in der angloamerikanischen Forschungsliteratur als Geburtserfahrung (birth experience) bezeichnet wird, ein multidimensionales Konstrukt dar, das neben intrapartalen Ereignissen auch das Outcome und anamnestische Begebenheiten einbezieht. In der internationalen Literatur zu dem Thema findet sich häufig eine Gleichsetzung von Geburtserleben mit Zufriedenheit mit der Geburt (satisfaction) (Morgan et al. 1982; Bramadat und Driedger, 1993; Waldenström et al. 1996, 1999, 2004). Im Rahmen von Qualitätssicherung und Zertifizierungsprozessen gewinnt die Messung von Patientenzufriedenheit zunehmend an Bedeutung. Insbesondere in Disziplinen wie der Geburtshilfe kann von einem hohen Bedürfnis nach Patientenautonomie ausgegangen werden, da die wenigen Geburten im Leben einer Frau heutzutage oftmals exakt geplant werden und gerade auch die Wahl der Geburtsstätte sehr sorgfältig erfolgt, wie die sehr gut besuchten Kreißsaal-Informationsabende am Universitätsklinikum Bonn zeigen. In einer britischen Studie zur Versorgung in geburtshilflichen Kliniken fand Redshaw (2008) bereits Formulierungen aus anderen Dienstleistungsbereichen ("service user", "consumer") anstelle von Patientin.

Sowohl Stadlmayr et al. (2001) als auch Groß (2003) in ihrer Übersichtsarbeit zur Geburtserfahrung der Frau weisen darauf hin, dass Geburtserfahrung nicht mit dem Begriff Zufriedenheit gleichgesetzt werden darf, da dieser in der Literatur für unterschiedliche Messgrößen verwendet wird. Zufriedenheit (satisfaction) wird im Rahmen von Qualitätssicherungsprozessen auf die Dienstleistungen bezogen, die eine Frau während des Gebärens erfährt, so dass ein hoher Zufriedenheitsscore in erster Linie die Qualität der Betreuung widerspiegelt. Von anderen Forschungsgruppen wird Zufriedenheit verstanden im Sinne einer allgemeinen Geburtserfahrung (Waldenström et al. 1996, 1999; Hodnett et al., 2002). Einen dritten Ansatz verfolgt die Forschergruppe um Morgan (1982) Salmon (1990, 1992) und um Stadlmayr (2001, 2004), die Zufriedenheit im Sinne von Erfüllung als Subdimension einer allgemeinen, sozusagen übergeordneten Gesamtzufriedenheit ansehen. Gemeinsam ist

den Definitionen dabei, dass Zufriedenheit demnach nicht nur eine emotionale Antwort, sondern die *Bewertung* einer Emotion darstellt und damit einem quasikognitiven Konstrukt entspricht. Dies entspricht auch Konzepten der allgemeinen Zufriedenheitsforschung aus Wirtschaft und Konsumforschung, in denen "Zufriedenheit und Unzufriedenheit als emotionale Reaktionen auf kognitive Vergleichsprozesse" verstanden werden (Buchhester, 2000).

Studien zur Patientenzufriedenheit in der Geburtshilfe zeigten in den vergangenen Jahren deutliche Schwächen darin, komplexe Ereignisse wie das Geburtserleben abzubilden, da die Studiendesigns und Instrumente aus der Zufriedenheitsforschung dem mehrdimensionalen Charakter des Erlebnisses mit einem gleichzeitigen und nicht ausschließlichen Auftreten positiver und negativer Gefühle kaum gerecht werden konnten (Redshaw, 2008). Stadlmayr et al. (2001) verwendeten in diesem Zusammenhang die Formulierung "Erfülltheit" auch deshalb, weil sie damit die Einzigartigkeit des Geburtserlebens als einen "ganz besonderen psychophysischen Zustand" herausstellen wollten. Peripartale Zufriedenheitsmessung als Versuch, die Geburtserfahrung zu messen, scheiterte nach Groß (2003) daran, dass der Forschungsbegriff unzureichend, weil zu statisch ist, da er "Zufriedenheit retrospektiv im Sinne des Outcome" erhebt. Die Bewertung des Erlebens erfolgt also ergebnisorientiert, wobei das Prozesshafte des Geburtserlebens mit positiven und negativen Aspekten nicht adäquat berücksichtigt wird. Wie Groß (2003) anmerkt, tendieren Gebärende im Sinne einer Post-hoc-Rationalisierung dazu, wohlthuende Aspekte der Versorgungsstruktur überzubewerten und eventuelle Risiken unterzubewerten. Ein weiterer Schwachpunkt in der Messung von Zufriedenheit stellen die Instrumente dar, die vorwiegend auf Selbstbeurteilungsskalen mit vorgegebenen Antwortabstufungen (Likert-Skalen) basieren (z. B. bei Waldenström, 1999). Shearer et al. gaben aber bereits 1983 zu bedenken, dass skalierte Antwortvorgaben in einem Fragebogen weniger negative Antworten auslösen als offene Fragen in einem Interview. Dies spiegelt sich in dem bei für Zufriedenheitsmessungen in anderen Bereichen insgesamt nicht untypischen sehr hohen Durchschnittsscores wieder (Robinson et al., 1998), wofür in Bezug auf Geburtserleben die Messung des Geburtserlebens mittels der von Lomas et al. 1987 entwickelten LADSI-Skala (Labor and Delivery Satisfaction Index) ein gutes Beispiel darstellt. Ebenso merkt Groß an, dass Frauen eher zu einer positiven Bewertung neigen, wenn sie sich innerhalb einer Skala für eine positive oder negative Bewertung entscheiden müssen, bei offenen Fragen aber durchaus kritische Anmerkungen präsentieren. Dieser Effekt konnte auch von Bramadat und Driedger (1993) im Vergleich einer quantitativ angelegten Studie zum Geburtserleben von Frauen mit einer qualitativen Messung der Zufriedenheit nachgewiesen werden.

2.1.2 Multidimensionalität der Geburtserfahrung

Die bereits mehrfach zitierte Mehrdimensionalität der Geburtserfahrung deutete sich schon in frühen Studien von Morgan et al. (1982), Paech (1991) und Waldenström et al. (1996) an, die Zufriedenheit und Schmerzempfinden von Frauen unter der Geburt in prospektiven Studien untersucht hatten. Dabei konnte ein linearer Zusammenhang von Schmerz und Zufriedenheit ausgeschlossen und die Koexistenz positiver und negativer Gefühle im Geburtsverlauf bestätigt werden. In einer neueren prospektiven Studie an 992 australischen Frauen zeigte die Schmerzreduktion mittels PDA ebenfalls keinen signifikanten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit von Frauen mit der Geburt (Dickinson et al., 2003). Groß schlussfolgert, dass sich "die affektive Komponente der Zufriedenheit in positive und negative Affektbereiche unterteilt", die nicht als "Pole eines bipolaren Kontinuums" zu sehen sind, "sondern als zwei relativ unabhängige Bereiche". Unter der Annahme der Unabhängigkeit von negativen und positiven Erfahrungsbereichen entwickelten Salmon et al. (1990) ein Instrument, um den mehrdimensionalen Charakter der Geburtserfahrung abzubilden (Salmon's Item List). Dabei definierten sie zwei wichtige Ergebnisse zur Multidimensionalität des Geburtserlebens: emotionales intrapartales Erleben ist unabhängig von der postnatalen Evaluation der Erfahrung, die sich in Erfüllung (fulfilment) ausdrückt. Zum zweiten ist subpartal erlebter Schmerz/Erschöpfung mit keiner der beiden Dimensionen assoziiert, stellt also eine dritte Dimension dar. Salmon et al. entwickelten damit den von Morgan et al. (1982) und Green et al. (1990) eingeführten Begriff der "Erfülltheit" für eine erweiterte Erfassung des Geburtserlebens zusätzlich zu "Zufriedenheit" fort. Nach Salmon und Drew (1992) spiegelt das postnatale Erleben von Erfüllung (fulfilment und achievement) das Gefühl des aktiven Eingebundenseins, der Partizipation wider, das Gefühl, eine großartige Leistung vollbracht zu haben, und bezeichnet weniger eine rein passive Zufriedenheit mit dem Ergebnis (outcome). Stadlmayr et al. konnten 2001 diese drei für die Originalversion der Salmon's Item List von der Arbeitsgruppe um Salmon 1990 definierten Dimensionen (Erfülltheit, emotionale Adaptation, physisches Unbehagen/Erschöpfung) für das Geburtserleben auch für die von ihnen übersetzte deutschsprachige Version validieren. Jedoch zeigte sich für die deutsche Version SIL-Ger (Stadlmayr et al., 2001) die Notwendigkeit, eine weitere Dimension hinzuzufügen, die das Gefühl negativen emotionalen Erlebens nach der Geburt im Sinne von Enttäuschtheit mit der Geburt wiedergibt und keinen linearen Zusammenhang mit Erfüllung aufweist. Die Forschergruppe erklärt sich diese zusätzliche Dimension zum einen mit der Übersetzung, zum zweiten mit der mehr als doppelt so großen Anzahl an Probandinnen in der deutschsprachigen Studie, zieht aber auch einen Effekt durch den Befragungszeitpunkt in Betracht. Bei Salmon et al. lag dieser 24-48 Stunden postpartum, in der Studie von Stadlmayr et al. 48-96 Stunden. Damit bilden zwei

Dimensionen der Skala SIL-Ger das unmittelbare emotionale Erleben unter der Geburt ab, während in die beiden anderen Dimensionen als postnatale Erlebensweisen sowohl das Ergebnis als auch die kognitive Bewertung des Erlebten einfließt. Mit der separaten Modellierung der Einzelvariablen Kontrolle, Ängstlichkeit und Zeitempfinden, die in der deutschsprachigen Version nicht ausreichend über die intrapartale Variable (emotionale Adaptation) abgebildet werden, erfüllt die SIL-Ger damit zufriedenstellend die Anforderungen an ein reliables und validiertes Instrument zur multidimensionalen Erfassung der Geburtserfahrung bei Frauen.

2.1.3 SIL-Ger zur Abbildung der Geburtserfahrung von Männern

Eine Publikation zum Einsatz der Originalversion der Salmon's Item List an englischen Männern (Greenhalgh et al., 2000) konnte in die vorliegende Arbeit mit einbezogen werden. Für die deutschsprachige Version der SIL-Ger fanden sich bisher keine Publikationen zur Abbildung des Geburtserlebens bei Männern. Die Annahme von der Multidimensionalität der Geburtserfahrung ist als solche nicht geschlechtsspezifisch; auch sind die in der Skala verwendeten und verbalisierten Gefühlszustände, über die das Erleben abgebildet wird, nicht spezifisch auf den Gebärdprozess zugeschnitten, sondern spiegeln ebenso das Erleben einer an der Geburt beteiligten Person wider. Der Einsatz der Skala für den geburtsbegleitenden Mann folgt dabei dem Ansatz, den werdenden Vater im Kreißsaal als eigenständigen Teil des Geburtspaares ("labouring couple") zu betrachten, wie es in qualitativen Studien zur Geburtserfahrung des Mannes angeregt wird (Roehner, 1976; Bäckström und Hertfelt Wahn, 2011).

2.2 Studienablauf

Die vorliegende Untersuchung ist Teil einer prospektiven Gesamterhebung zu Geburtserleben und postpartaler Befindlichkeit von Frauen und Männern, die im Zeitraum Dezember 2006 bis Dezember 2007 in der Gynäkologischen Psychosomatik am Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Bonn von drei medizinischen Doktorandinnen, wovon eine die Verfasserin dieser Arbeit ist, unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau Prof. Dr. med. Anke Rohde entworfen und durchgeführt worden ist.

2.2.1 Datenerhebung

Vor Beginn der Untersuchung wurde die Genehmigung der Ethikkommission der Universität Bonn eingeholt. Für die Studie wurden Frauen und Männer rekrutiert, deren Kind im Untersuchungszeitraum vom 01.03.2007 bis 20.12.2007 am Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Bonn geboren wurde. Einschlusskriterien waren neben der Entbindung eines lebendgeborenen Säuglings im Untersuchungszeitraum ein stationärer

Aufenthalt nach der Entbindung, Volljährigkeit sowie ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache zur Bearbeitung der Fragebögen. Die Datenerhebung erfolgte nach einem Erstgespräch mit einer Doktorandin zur Aufklärung über die Studie nach Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung der Probanden.

Setting auf der Wochenstation

Anhand des Geburtenbuches wurden Frauen, die in der Zeit vom 01.03.2007 bis 20.12.2007 von einem Kind entbunden worden waren, 48 bis 72 Stunden post partum von einer Doktorandin auf der Wochenstation aufgesucht und über die vorliegende Untersuchung mündlich und schriftlich aufgeklärt und zu ihrer Teilnahmebereitschaft befragt. Sofern der Partner der Frau/Vater des Kindes anwesend war, wurde die Aufklärung gleichzeitig mit beiden Partnern durchgeführt, anderenfalls wurden die Frauen gebeten, ihren Partner um seine Teilnahme zu bitten. Sofern die Einschlusskriterien zutrafen, wurden zu diesem ersten Befragungszeitpunkt jeweils drei Fragebögen an Frau und Mann ausgegeben: SIL-Ger (Salmon's Item List in der deutschen Fassung nach Stadlmayr), EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale in deutscher Übersetzung) und ein Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer, biographischer und geburtshilflicher Faktoren. Die Probandinnen und Probanden wurden gebeten, die Fragebögen zeitnah getrennt voneinander zu bearbeiten und anschließend in den mitausgegebenen, verschließbaren Umschlägen in eine dafür vorgesehene Box im Pflegestützpunkt auf der Wochenstation einzuwerfen. Die Fragebögen wurden pseudonymisiert, um die Paare zu einem Katamnesezeitpunkt sechs Monate nach der Entbindung erneut kontaktieren zu können. Gleichzeitig wurde von jedem Partner eine schriftliche Einverständniserklärung für diese erneute Kontaktaufnahme eingeholt. Ergebnisse der Datenerhebung aus dem Katamnesezeitpunkt sind nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

2.3 Studienpopulation

Bis zum 20.12.2007 wurden 226 Frauen und 174 Männer in die Studie aufgenommen. Der weitaus überwiegende Teil der Frauen (n=200) gab an, verheiratet zu sein oder in einer festen Partnerschaft zu leben. Aus diesen Paaren konnten 84,0 % (n=168) der Väter zur Teilnahme gewonnen werden. Von den 26 nicht in fester Partnerschaft mit dem Kindsvater lebenden Frauen konnten weitere n=6 Männer eingeschlossen werden. Die Männer dieser Studienpopulation, die in der vorliegenden Arbeit weiterführend untersucht wurden, zeigen eine für eine Erhebung an einem Universitätsklinikum nicht untypische demographische Struktur mit einem hohen Altersdurchschnitt und einem gehobenen Bildungsniveau.

2.3.1 Soziodemographische Merkmale

2.3.1.1 Alter

Das Alter der 174 untersuchten Männer ist mit einem Mittelwert von 36,3 Jahren (Standardabweichung 6,1) und einem Median von 36,5 Jahren (Varianz 37,1), wobei der jüngste Teilnehmer zum Untersuchungszeitpunkt 23 Jahre, der älteste Teilnehmer 54 Jahre alt war, innerhalb der Stichprobe normalverteilt.

Tab. 2: Alter in Jahren

Deskriptive Statistik Alter			
		Statistik	
Alter in Jahren	Mittelwert (MW)	36,3	
	95% Konfidenzintervall des MW	Untergrenze	35,0
		Obergrenze	37,6
	Median	36,5	
	Varianz	37,1	
	Standardabweichung (Sd)	6,1	
	minimales Alter	23	
	maximales Alter	54	
	Verteilungsbreite	31	

2.3.1.2 Partnerschaftliche Situation

Die überwiegende Mehrheit der befragten Männer lebte in einer festen Beziehung: insgesamt 168 Männer (96,6 %) waren verheiratet oder führten eine eheähnliche Beziehung. Drei Männer (1,7 %) waren alleinstehend und drei Männer machten keine Angaben dazu (1,7 %).

2.3.1.3 Ausbildungsniveau und Beruf

Nach Ausbildungsniveau und beruflichem Hintergrund ergab sich bei den Männern der Stichprobe das folgende Bild:

Tab. 3: Ausbildungsniveau

Welchen Schulabschluss haben Sie?		
	Häufigkeit	%
Abitur/Fachhochschulreife	111	63,8
Mittlere Reife/Fachschule	29	16,7
Hauptschulabschluss	22	12,6
keine Ausbildung	5	2,9
keine Angabe	7	4,0
Gesamt	174	100,0

44,8 % (n=78) der Männer gaben an, ein akademisches Studium absolviert zu haben, 21,4 % (n=37) hatten ein Handwerk erlernt, 10,3 % (n=18) verfügten über eine kaufmännische Ausbildung, 8,0 % (n=14) waren Beamte oder hatten eine sonstige Ausbildung abgeschlossen. 15,5 % (n=27) Männer machten keine Angaben zu ihrem erlernten Beruf.

2.3.2 Biographische Merkmale

Die Männer der Studienpopulation wurden zu quantitativen und qualitativen Angaben über bereits im Vorfeld der aktuellen Entbindung miterlebte Geburten befragt, um "Erstväter" von der Restgruppe unterscheiden zu können.

2.3.2.1 Anzahl miterlebter Entbindungen

52,9 % (n=92) Männer gaben an, dass es sich bei der aktuellen Entbindung um die Geburt ihres erstes Kind handelt, während 46,6 % (n=81) der Männer zum Untersuchungszeitpunkt bereits eine oder mehrere Geburten miterlebt hatten. Von einem Probanden (0,6 %) liegen keine Angaben dazu vor.

Tab. 4: Anzahl miterlebter Entbindungen

Um die wievielte miterlebte Entbindung hat es sich bei der aktuellen für Sie gehandelt?			
		Anzahl	%
Gültig	1	92	52,9
	2	58	33,3
	3	17	9,8
	4	6	3,4
	Gesamt	173	99,4
Fehlend	keine Angabe	1	,6
Gesamt		174	100,0

Die Männer, die noch keine Entbindung miterlebt hatten, werden in der Folge als "Erstväter" bezeichnet. Die Verteilung zwischen Erstvätern ist mit 52,9 % (n=92) zu Vätern, die bereits eine Entbindung vor der in der aktuellen Studie untersuchten miterlebt haben ("geburtserfahrene Väter"), mit 46,6 % (n=81) recht ausgewogen. Die beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant im mittleren Alter (im t-Test $p=0,30$, Konfidenzintervall 95 %), wobei das mittlere Alter der Erstväter mit 35,1 Jahren (Standardabweichung 6,5) niedriger liegt als das Alter der Männer, die bereits mindestens eine Entbindung miterlebt hatten mit 37,9 Jahren (Standardabweichung 5,3). In Bezug auf Ausbildungsniveau und partnerschaftliche Situation zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den beiden Subgruppen.

2.3.2.2 Qualitatives Erleben früherer Entbindungen

Die Abfrage zu einem vorherigen Geburtserleben erfolgte mittels einer Likert-Skala mit fünf Ausprägungsstufen ("sehr schön", "eher schön", "weder noch", "eher schrecklich/belastend", "sehr schrecklich/belastend"). 43,0 % (n=75) der Männer machten Angaben zum qualitativen Erleben einer vorherigen Geburt. 48,3 % (n=84) hatten keine vorherige Geburt erlebt, 8,6 % (n=15) machten keine Angaben.

Tab. 5: Qualitative Angaben zu einem vorherigen Geburtserleben (Likert-Skala)

Vorheriges Geburtserleben		n	% der Gesamtgruppe n=174	% der geburtserfahrenen Väter mit qualitativen Angaben zur vorherigen Geburt n=75
Gültig	keine vorherige Geburt	84	48,3	
	sehr schön	19	10,9	25,3
	eher schön	35	20,1	46,7
	weder noch	9	5,2	12,0
	eher schrecklich/belastend	10	5,7	13,3
	sehr schrecklich/belastend	2	1,1	2,7
	keine Angabe	15	8,6	
Gesamt		174	100,0	100,0

16,0 % (n=12) der Männer, die bereits eine Geburt im Vorfeld der aktuellen Untersuchung miterlebt haben, haben diese als "sehr schrecklich/belastend" bzw. "eher schrecklich/belastend" erlebt, was einem Anteil von 14,8 % an der Subgruppe der geburtserfahrenen Väter (n=81) und einem Anteil von 6,8 % an der Gesamtgruppe (n=174) entspricht.

Die freien Anmerkungen, die 9,8 % der Männer (n=13) zu einem vorherigen Geburtserleben gemacht haben, thematisieren Komplikationen und Sectio (n=4), betonen die Belastung durch Ohnmachtsgefühle (n=4) und nennen u. a. Tot- und Fehlgeburt (n=2) als Grund für belastendes Erleben der vorherigen Entbindung.

Tab. 6: Kategorisierung der Freitextangaben zum vorherigen Geburtserleben

Kategorisierung: Freitext zum vorherigen Geburtserleben
Schrecklich belastend n=4
"Erste Geburt eher schrecklich/belastend"
"Aber auch schrecklich/belastend (durch Ohnmachtsgefühl)"
Kaiserschnitt oder andere medizinische Komplikationen n=4
"Die erste Geburt kam durch einen Kaiserschnitt, nachdem meine Frau zwei Wochen stationär beobachtet wurde. Gefühle waren schon euphorisch."
"Probleme vor Kaiserschnitt"
"PDA wirkte nicht, sehr schmerzhaft äusserliche Wendung, Vollnarkose"
"Schlechte Analgesie, Hypoglykämie von Mutter und Kind"
Tot- oder Fehlgeburt n=2
"Totgeburt"
"Unser zweites Kind (Fehlgeburt)"
Andere Angaben n=3
"Unser erstes Kind ist spontan auf natürlichem Wege geboren worden"
"Ähnlicher Verlauf wie die jüngste Geburt"
"Als Notarzt 3x Hausgeburt geleitet"

(PDA = Periduralanästhesie)

2.3.2.3 Präpartale Gesundheit

Um die Auswirkungen der Geburtserfahrung auf die postpartale Befindlichkeit von bereits vor der Entbindung bestehenden psychischen Erkrankungen oder Störungen abgrenzen zu können, wurde das präpartale Befinden der Männer im Anamnese-Fragebogen mit erfasst.

2.3.2.3.1 Psychiatrische und psychotherapeutische Vorbehandlung

14 Männer gaben an, bereits einmal im Leben in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Vorbehandlung gewesen zu sein. 2,9 % (n=5) Männer waren in psychiatrischer Vorbehandlung gewesen, 92,0 % (n=160) verneinten eine psychiatrische Therapie; 5,1 % (n=9) machten dazu keine Angaben. 6,9 % (n=12) der Männer hatten bereits einmal im Leben eine Psychotherapie gemacht, 88,5 % (n=154) nicht, 4,6 % (n=8) machten keine Angaben. Anlass für die Psychotherapie war in drei Fällen ein Trennungs-/Beziehungskonflikt, in zwei Fällen ein innerer Konflikt, z. B. nach Schwangerschaftsabbruch und in je einem Fall eine Depression, eine Angsterkrankung bzw. neurotische Störung gewesen. In einem Fall hatte die Psychotherapie im Kindesalter (ohne nähere Angabe) stattgefunden. Grund

für die psychiatrische Behandlung war in einem Fall Prüfungsangst, in einem anderen Fall Komorbidität von Sucht und Psychose.

Tab. 7: Kategorisierung Gründe für Psychotherapie/psychiatrische Behandlung

Kategorisierung: Weshalb wurde die Psychotherapie durchgeführt? n=9
"Trennungs-/Beziehungskonflikte" n=3
"Depression, Angsterkrankung, Nervosität" n=3
"Innere Konflikte, nach Schwangerschaftsabbruch" n=2
"Als Kind" n=1
Weshalb fand die psychiatrische Behandlung statt? n=2
"Lernstörung, Prüfungsangst" n=1
"Komorbidität Sucht und Psychose" n=1

2.3.2.3.2 Befinden während der aktuellen Schwangerschaft

2.3.2.3.2.1 Körperliches Befinden

Befragt zu Veränderungen ihres körperlichen Wohlbefindens während der Schwangerschaft ihrer Partnerin gab der überwiegende Teil der Männer mit 59,8 % (n=104) keine Veränderungen an. 6,3 % (n=11) Männer hatten sich besser als sonst gefühlt. Von leichten körperlichen Problemen waren 15,5 % (n=27) Männer betroffen, schwere körperliche Probleme hatte ein Mann (0,6 %). 17,8 % (n=33) Männer machten keine Angaben zu ihrem körperlichen Befinden in dieser Zeit.

"Männer sind dann ja auch schwanger. Lauter kleine Symptome!"

(Studienteilnehmer, 43 Jahre).

Von den 27 Männern mit leichten körperlichen Beschwerden machten 24 Angaben zur Art der Befindlichkeitsveränderung. Am häufigsten wurden Gewichtszunahme sowie Erschöpfung/Überforderung/Stress genannt, was jeweils 3,4 % der Gesamtgruppe entspricht.

Tab. 8: Kategorisierung körperliche Probleme während Schwangerschaft

Kategorisierung: Leichte körperliche Probleme, und zwar... n=24, 15,5%
Gewichtszunahme n=6, 3,4%
"7 kg zugenommen" / "ca. 20 kg zugenommen"
"Gewichtszunahme" / "Gewichtszunahme (leicht)" / "Gewichtszunahme 10 kg"
"Übergewicht"

Erschöpfung/Überforderung /Stress n=6, 3,4 %
"Durch erhöhten Stress und leicht reizbar" / "Magenschmerzen"
"Erschöpfung, Überforderung"
"Leichte Stresssymptome"
"Müdigkeit" / "Permanente Müdigkeit" / "Schlafmangel"
Nervosität, Depressivität n=3, 1,7 %
"Leichte Depression"
"Zittern, nervös, Schweißausbrüche"
"Bauchweh, Nervosität"
Andere Symptome n=5, 2,9 %
"Männer sind ja dann auch schwanger! Lauter kleine Symptome!"
"Bandscheibenvorfall mit Rezidiv"
"Kreislaufprobleme welche ich einigermaßen kontrollieren konnte"
"Rückenschmerzen/Verspannungen" (n=2)
Symptome zum Geburtszeitpunkt n=4, 2,3 %
"Wenig geschlafen und weniger gegessen, weil die Geburt schon 2 Tage dauerte"
"Anfangs etwas müde nach 24 h wach sein"
"Übermüdung, Daueranspannung"
"Wegen Erkältung"

2.3.2.3.2.2 Psychisches Befinden

Befragt zu ihrem psychischen Befinden während der Schwangerschaft ihrer Partnerin machten 93,1 % (n=162) Männer Angaben zu dieser Frage, wobei der überwiegende Anteil mit 63,2 % (n=110) keine Befindlichkeitsveränderungen an sich bemerkt hatte. 15,5 % (n=27) Männern hatten ihre psychische Befindlichkeit während der Schwangerschaft besser als sonst erlebt. Leichte psychische Problemen traten bei 13,8 % (n=24) der Männer auf, schwere psychische Probleme gab ein Mann (0,6 %) an.

Von den 25 Männern (14,4 %) , die ein verschlechtertes psychisches Befinden während der Zeit der Schwangerschaft angegeben hatten, erläuterten 17 ihre Befindlichkeitsveränderungen im Freitext. Neben Nervosität/Stress/Depressivität hatten in der subjektiven Einschätzung der Männer selbst insbesondere die Sorge um die kommende Verantwortung, die Erwünschtheit der Schwangerschaft, Ängste und Sorgen, das Gefühl von Hilflosigkeit und Überforderung, insbesondere bei verschlechtertem körperlichen oder psychischen Zustand der Frau einen Einfluss auf die Verschlechterung des eigenen Befindens.

Tab. 9: Kategorisierung psychische Probleme während Schwangerschaft

Kategorisierung: psychische Probleme während Schwangerschaft n=25, 14,4 %
Ängste/Sorgen n=3
"Zu viele Sorgen gemacht"
"Sehr viel Angst"
"Hilflosigkeit"
Nervosität/Stress/ Depressivität n=5
"Nervosität"
"Stress, Reizbarkeit" / "Stress"
"Überforderung"
"Leichte Depression"
Ungeplante/unerwünschte Schwangerschaft/Verantwortung n=4
"Wollte kein zweites Kind"
"Frage, ob drittes Kind die richtige Entscheidung war, zusätzliche Verantwortung"
"Schaffen wir das mit vier Kindern? Angstsymptome bis Glücksgefühle"
"Kommende Verantwortung"
Psychischer/körperlicher Zustand der schwangeren Frau n=3
"Belastung durch psych. Zustand meiner Frau und Leukämieerkrankung meiner Tochter"
"Gestresst, da meine Frau manchmal mit Belanglosigkeiten nervte"
"Weil meine Frau eine Toxoplasmose und Helicobakterien hatte"
Andere Symptome n=2
"Gewichtszunahme"
"Kreislaufprobleme"

2.3.3 Geburtshilfliche Parameter

2.3.3.1 Geburtsmodus des entbundenen Kindes

Im Untersuchungszeitraum kamen die Entbindungsarten Spontanpartus (mit oder ohne Periduralanästhesie), vaginal-operative Entbindung (Vakuum- oder Forcepsextraktion d. h. Entbindung mittels Saugglocke oder Geburtszange), primäre Sectio (geplanter Kaiserschnitt, in der Regel in Spinalanästhesie) und sekundäre Sectio (je nach Dringlichkeit in Spinalanästhesie oder Intubationsnarkose) bzw. Notfallkaiserschnitt (in Intubationsnarkose) bei den Frauen der in der Studienpopulation befragten Männer in der folgenden Verteilung vor:

Tab. 10: Verteilung des Entbindungsmodus

Entbindungsmodus		Häufigkeit n	%
Gültig	Spontanpartus	82	47,1
	Vakuum-/Forcepsextraktion	12	6,9
	primäre Sectio	44	25,3
	sekundäre Sectio	32	18,4
	Gesamt	170	97,7
Fehlend	keine Angabe	4	2,3
Gesamt		174	100,0

Mit 54,0 % (n=94) nahmen etwas mehr als die Hälfte der Väter in der Studie an vaginalen Entbindungen teil. Unter den vaginalen Geburten überwog die Spontangeburt mit 87,2 % (n=82), nur bei 12,8 % (n=12) wurde eine vaginal-operative Entbindung mittels Saugglocke (Vakuumextraktion) oder Geburtszange (Forcepsextraktion) notwendig. Die 43,7 % (n=76) Kaiserschnitte verteilen sich zu 57,9 % (n=44) auf geplante und 42,1 % (n=32) ungeplante Kaiserschnitte. Da die Grenzen zwischen "eiliger Sectio" und "Notfallkaiserschnitt" für die Betroffenen nicht immer klar zu ziehen und die eigentlichen Notfallkaiserschnitte insgesamt selten sind, wurde auf eine weitere Differenzierung verzichtet. Unter dem Begriff "sekundäre Sectio" werden im folgenden alle Arten eines ungeplanten Kaiserschnitts (also bei Geburtsstillstand oder Verschlechterung des CTG nach vorheriger Wehentätigkeit sowie bei mütterlichen Komplikationen wie HELLP-Syndrom etc. unabhängig von der Narkoseart) gefasst.

2.3.3.2 Periduralanästhesie bei Spontanpartus

59,8 % (n=49) Frauen, die via Spontanpartus entbunden haben (Gesamtgruppe Spontanpartus n=82), haben Angaben zu dieser Frage gemacht, so dass eine Teilstichprobe gebildet werden konnte:

Tab. 11: Verteilung PDA/keine PDA in der Subgruppe Spontanpartus

Spontanpartus mit oder ohne PDA		Häufigkeit n	%	gültige %
Gültig	keine PDA	23	28,1	46,9
	mit PDA	26	31,7	53,1
	Gesamt	49	59,8	100,0
Fehlend	keine Angabe	33	40,2	
Gesamt		82	100,0	

(PDA = Periduralanästhesie)

In der Teilstichprobe (Spontanpartus mit Angaben zu PDA ja/nein) wurde bei mehr als der Hälfte (n=26, 53,1 %) der spontanen Entbindungen eine Periduralanästhesie durchgeführt.

2.3.3.3 Komplikationen unter der Geburt

Die Frage nach dem Auftreten von Komplikationen erfolgte mittels einer dichotomen Abfrage (ja/nein) sowie mit der Möglichkeit, die Art der Komplikation im Freitext zu erläutern ("Welche Komplikationen?") ausschließlich im Fragebogen der Mutter. Als die beiden häufigsten Komplikationen wurden kindliche Komplikationen während des Geburtsvorgangs (z. B. pathologisches CTG, Lagehindernisse) sowie Komplikationen im Geburtsablauf im Sinne einer sekundären Sectio (ungeplanter Kaiserschnitt mit Spinalanästhesie oder Notfallkaiserschnitt in Intubationsnarkose) von acht Betroffenen genannt, was je 6,9 % bezogen auf die Gesamtgruppe der Entbindungen (n=174) entspricht, gefolgt von elf Betroffenen mit unmittelbar postpartal aufgetretenen mütterlichen Komplikationen (Uterusatonie mit großen Blutverlusten bis hin zur vitalen Bedrohung der Mutter, Plazentalösungsstörungen mit Curettage in Intubationsnarkose), was einem Anteil von 6,3 % an der Gesamtgruppe aller Entbindungen entspricht. Von mütterlichen Komplikationen in der Schwangerschaft (Hypertonie, Gestose, HELLP-Syndrom) waren acht Frauen betroffen (4,6 %). Im Rahmen einer Periduralanästhesie (PDA) war es bei fünf Frauen (2,9 %) zu Komplikationen gekommen. Ebenfalls fünf Frauen berichteten einer Geburtsverletzung oder Geburtsstillstand (2,9 %). Bei vier Entbindungen (2,3 %) wurden kindliche Komplikationen in der Postpartalzeit (Frühgeburt, Atemprobleme des Neugeborenen) angegeben.

Tab. 12: Freitextangaben zu Komplikationen (basierend auf Angaben der Mütter)

Kategorisierung Komplikationen unter der Geburt n=25, 14,4 %
Mütterliche Komplikationen während der Schwangerschaft (n=8)
"Gelbsucht, Hb niedrig"
"Gestose"
"HELLP-Syndrom"
"Hoher Blutdruck"
"Plazentaablösung, vorzeitiger Blasensprung" (n=2)
"Starke Blutarmut, Atemnot, starke Wassereinlagerung"
"Verwachsungen durch früheren Kaiserschnitt"
Mütterliche Komplikationen während des Geburtsvorgangs (n=5)
"Es gab Komplikationen während der Entbindung"
"Dammschnitt und Riss" (n=2) / "großer Scheidenriss, großer Blutverlust"
"Sehr lang, Muttermund ging nicht auf trotz massiver Wehen"
Kindliche Komplikationen während des Geburtsvorgangs (n=12)
"Das Kind hat sich im Becken verhakt und musste mit Saugglocke und Dammschnitt geholt werden. Herztöne waren schlecht"
"Der Kopf des Kindes drehte sich nicht zum Geburtseingang"

"Kindbettfieber und Glockengeburt"
"Während der Entbindung: schlechte CTGs; Blutentnahme vom Kopf des Kindes erwies sich als schwierig"
"Zum Schluss sinkende Herztöne, aber nur kurz"
"Herztöne gingen dauernd nach unten, Kopf drehte sich nicht richtig (Sternengucker)" / "Herztöne runter"
"Pathologisches CTG, Tachykardie des Ungeborenen" / "Pathologisches CTG, grünes Fruchtwasser"
"PDA schwer zu legen, Kind hatte Nabelschnur um den Hals"
"Zweite Geburt Apnoe des Kindes"
Komplikationen bei PDA (n=5)
"PDA konnte nur schwer gelegt werden / PDA schwer zu legen, Kind hatte Nabelschnur um den Hals"
"PDA wirkte nur einseitig, große Schmerzen beim Versuch der äußerlichen Wendung, Geburt unter Vollnarkose"
"Schmerzen durch PDA wegen Skoliose"
Komplikationen im Sinne Sectio (n=12)
"Kaiserschnitt mit Vollnarkose"
"Kaiserschnitt nötig wegen relativ kleinem Kind"
"Ungeplanter Kaiserschnitt" / "Ungeplanter Kaiserschnitt nach 15 Stunden Wehen" / "Nach 56 Stunden Wehen"
"Ungeplanter Kaiserschnitt wegen schlechter Werte des Kindes"
"Schlechtes CTG nach Dauerwehen, Tokolyse, Sectio in Vollnarkose"
"Zu großes Kind (5.140 g), anatomisch keine Spontangeburt möglich"
"Das Baby wollte nicht kommen und deshalb musste ein Kaiserschnitt gemacht werden"
"PDA wirkte nur einseitig, große Schmerzen beim Versuch der äußerlichen Wendung, Geburt unter Vollnarkose"
"Gebärmutter unter Sectio ein Stück weiter gerissen als gedehnt wurde, kleine Gefäßverletzung, nach Sectio schlug Schmerzmittelgabe nie an"
Mütterliche Komplikationen postpartal (n=11)
"Uterusatonie" (n=4)
"Zwei Liter Blutverlust durch nicht Kontraktion der Gebärmutter"
"Blutung nach Entbindung; konnte nicht gestoppt werden; Not-OP; Ausschabung!"
"Schwerer Blutverlust, Not-OP"
"Ungenügende Uterusrückbildung und Blutung"
"Nach drittem Kaiserschnitt Arterie verletzt"
"Nur teilweise Plazentalösung, Curettage in Vollnarkose" (n=6)
"Nachgeburt kam nicht selbständig, wurde vom Arzt geholt"
Kindliche Komplikationen postpartal (n=4)
"Frühgeburt" (n=2)
"Frühchen 24+5 SSW entbunden" / "Frühgeborene 26+2 sehr belastend, Angst Kinder zu verlieren"
"Sohn auf Intensiv"
"Sohn konnte nicht selbständig atmen"

(CTG = Kardiotokographie, Hb = Hämoglobinwert, HELLP = Syndrom aus Hämolyse, Leberwerterhöhung, Thrombozytopenie, Not-OP = Notoperation, PDA = Periduralanästhesie, SSW = Schwangerschaftswoche)

Bei 27,1 % (n=47) aller Entbindungen (n=174) kam es nach Angaben der befragten Mütter zu Komplikationen, bei 64,9 % (n=113) nicht. Von 8,0 % (n=14) liegen dazu keine Angaben vor. Eine Objektivierung anhand der geburtshilflichen Protokolle erfolgte nicht.

Tab. 13: Komplikationen unter der aktuellen Geburt

Komplikationen aktuelle Geburt				
		Häufigkeit n	%	gültige %
Gültig	nein	113	64,9	70,6
	ja	47	27,1	29,4
	Gesamt	160	92,0	100,0
Fehlend	System	14	8,0	
Gesamt		174	100,0	

Dabei waren 26,2 % aller Geburten bei Erstvätern von Komplikationen unter der miterlebten Geburt betroffen, bei geburtserfahrenen Vätern 32,1 % aller Geburten.

2.4 Untersuchungsinstrumente

2.4.1 Anamnesefragebogen

Soziodemographische, biographische und geburtsbezogene Merkmale der Studienteilnehmer wurden in Form eines eigens für diese Untersuchung entworfenen Anamnesefragebogens erfasst. Analog zu der Fragestellung in der vorliegenden Arbeit wurden über dieses Instrument sowohl Elemente des Geburtserlebens selbst (emotionales Erleben der Geburt, Zufriedenheit) als auch mögliche Einflussfaktoren erhoben, wie sie in Untersuchungen der Geburtserfahrung für Frauen beschrieben wurden (Waldenström et al., 1999, 2004; Hodnett et al., 2002; Groß, 2003; Lütje, 2004; Stadlmayr et al., 2004), um diese auf ihren Zusammenhang mit dem männlichen Geburtserleben hin untersuchen zu können. Neben soziodemographischen Angaben wurden dabei als biographische Merkmale vorgeburtliche Erfahrungen in Form von Anzahl und Qualität zuvor miterlebter Entbindungen erfragt, das Vorhandensein weiterer Kinder sowie Angaben zur psychischen Gesundheit (Psychotherapie oder psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte) und zum eigenen körperlichen und psychischen Wohlbefinden in der aktuellen Schwangerschaft der Partnerin. Die geburtsbezogenen Fragen umfassten Beziehungsfaktoren (Zufriedenheit mit der Betreuung durch die Hebammen, Zufriedenheit mit der Betreuung durch die Ärztinnen und Ärzte, Zufriedenheit mit der Betreuung auf der Wochenstation), Motive für die Anwesenheit bei der Geburt, Besuch eines Vorbereitungskurses und Bewertung von Wehen und Geburt verglichen mit den Erwartungen.

Bei den Fragen nach dem emotionalen Erleben der Geburt und dem vorherigem Geburtserleben wurden Likert-Skalen zur Selbstbeurteilung eingesetzt, wobei die fünf Antwortmöglichkeiten nicht numerisch, sondern in Worten ("sehr schön", "eher schön", "weder noch", "eher schrecklich/belastend", "sehr schrecklich/belastend") vorgegeben wurden. Ebenso wurden Zufriedenheit ("sehr zufrieden", "zufrieden", "eher unzufrieden", "gar nicht zufrieden") und körperliches und psychisches Befinden ("besser als sonst", "keine Veränderung", "leichte Probleme", "schwere Probleme") mittels einer vierstufigen Likert-Skala erfragt. Bei dichotomen Antwortmöglichkeiten konnten weiterführende Angaben in Form von freien Anmerkungen gemacht werden: z. B. hinsichtlich der Art von körperlichen oder psychischen Problemen oder Vorbehandlungen. Der Einsatz von Selbstbeurteilungsskalen mit Antwortvorgaben hat in der Zufriedenheitsforschung in Studien (Redshaw, 2008) systemische Schwächen gezeigt wie die Tendenz zur Antwort im Sinne sozialer Erwünschtheit und Halo-Effekt (Antwortverzerrung bei mehreren aufeinanderfolgenden Fragen).

Um diese Effekte zu minimieren und um gleichzeitig durch die offenen Fragen ohne vorgegebene Kategorien die Themen abzubilden, die Männer rund um die Geburt eines Kindes beschäftigen und zu denen spontan "Mitteilungsbedarf" besteht, wurde der Anamnesefragebogen um drei offene Fragen an unterschiedlichen Stellen des Fragebogens erweitert:

- "Wie haben Sie als Partner die Geburt gefühlsmäßig erlebt, bitte erläutern:"
- "Entsprach der Ablauf der Wehen und der Geburt ihren Erwartungen"
("Ja, und zwar:", "Nein, und zwar:")
- "Angaben zu ihren Erfahrungen rund um die Geburt, bitte erläutern:"

Außer den letztgenannten offenen Fragen wurden die Fragen so strukturiert, dass eine statistische Auswertung (über nominale oder ordinale Variablen bei Verwendung äquidistanter Antwortausprägungen auf den Likert-Skalen) ermöglicht wurde.

Eine zunächst eingesetzte Version des Anamnesefragebogens wurde vom Studienteam einen Monat nach Beginn der Studie optimiert und durch die im Anhang abgedruckte Version ersetzt. Aufgrunddessen waren bei n=28 ersten Studienteilnehmern einige Fragen nicht gestellt. Insgesamt konnten Fragebögen von 174 Männern eingeschlossen werden, welche die Grundgesamtheit ("Studienpopulation" oder "Gesamtgruppe") bilden, auf die sich in der vorliegenden Arbeit prozentuale Angaben beziehen, sofern nicht anders angegeben.

2.4.2 Salmon's Item List (SIL-Ger)

Salmon et al. entwickelten mit der Salmon's Item List (1990) bzw. Salmon und Drew in einer revidierten Fassung (1992) einen Fragebogen zur Abbildung des Geburtserlebens von Frauen, der auf der Annahme der Geburtserfahrung als multidimensionale Erfahrung basiert. Von der Arbeitsgruppe um Stadlmayr et al. (2001) wurde diese Skala ins Deutsche übertragen und mit einer für die deutschsprachige Version eigenen Dimensionsstruktur zur Messung des Geburtserlebens von Frauen validiert (SIL-Ger). Bei der in der vorliegenden Studie eingesetzten deutschsprachigen Version SIL-Ger (siehe Anhang) wird das Geburtserleben in zwei intrapartalen Erlebnisweisen und zwei postnatalen Dimensionen abgebildet. Intrapartal wird die emotionale Adaptation an den Geburtsverlauf sowie das Gefühl von Schmerz/physischem Unbehagen/Erschöpfung abgebildet. Zu den postnatalen Dimensionen, die eine Bewertung des emotionalen Erlebens darstellen, zählen Erfüllung und Enttäuschtheit.

Der Fragebogen erfasst 20 emotionale und kognitive Zustandsbeschreibungen, die verschiedene Aspekte des Geburtserlebens beschreiben. Zwischen antagonistischen Begriffspaaren sollte der Proband diejenige Ausprägung des beschriebenen Zustands auf einer numerischen Skala wählen, die am ehesten für sein Empfinden im Hinblick auf den Geburtsvorgang zutrifft. Die von Salmon et al. in der Originalversion verwendeten Begriffe basieren auf Interviews, die mit Frauen zu ihrem Geburtserleben kurz nach der Entbindung geführt worden waren und spiegeln so in Sprache und Variationsbreite von den Frauen selbst genannte Themenbereiche und Gefühlszustände wieder. Dies gilt als ein großer Vorteil der Salmon's Item List im Vergleich zu Fragebögen mit rein aus Untersuchersicht entwickelten Begriffen (Stadlmayr et al., 2001). Salmon et al. verfolgten dabei das Ziel, das Geburtserleben möglichst nah am unmittelbaren Erleben zu erfassen, weswegen von ihnen auch die Empfehlung zum frühzeitigen Einsatz der Skala ausgesprochen wurde. Tab. 14 zeigt den englischen Originalbegriff, das ins Deutsche übersetzte Begriffspaar sowie die Zuordnung zur Dimension.

Tab. 14: Begriffspaare Salmon's Item List und SIL-Ger (nach Stadlmayr et al., 2001)

Frage	Salmon's Item List	SIL-GerBegriffspaare	Zuordnung zur Dimension	
1	disappointed	enttäuscht – nicht enttäuscht	f3	Enttäuschtheit
2	fulfilled	erfüllt – nicht erfüllt	f1	Erfülltheit
3	enthusiastic	begeistert – nicht begeistert	f1	Erfülltheit
4	satisfied	zufrieden – nicht zufrieden	f1	Erfülltheit
5	delighted	voller Freude – ohne Freude	f1	Erfülltheit
6	depressed	deprimiert – nicht deprimiert	f3	Enttäuschtheit
7	happy	glücklich – nicht glücklich	f1	Erfülltheit
8	excited	voller Aufregung – ohne Aufregung	f1	Erfülltheit

9	good experience	gute Erfahrung – schlechte Erfahrung	f2	emotionale Adaptation
10	coped	ich kam gut klar – ich kam schlecht klar	f2	emotionale Adaptation
11	cheated	betrogen – nicht betrogen	f3	Enttäuschtheit
12	in control	unter Kontrolle – nicht unter Kontrolle	s12	Kontrolle
13	enjoyable	angenehm – unangenehm	f2	emotionale Adaptation
14	relaxed	entspannt – nicht entspannt	f2	emotionale Adaptation
15	anxious	ängstlich – nicht ängstlich	s15	Ängstlichkeit
16	painful	schmerzhaft – nicht schmerzhaft	f4	Schmerz/Erschöpfung
17	easy	leicht – nicht leicht	f4	Schmerz/Erschöpfung
18	time going slowly	Zeit verging langsam – Zeit verging schnell	s18	Zeitempfinden
19	exhausted	erschöpft – nicht erschöpft	f4	Schmerz/Erschöpfung
20	confident	voller Vertrauen – ohne Vertrauen	f2	emotionale Adaptation

Die Arbeitsgruppe um Salmon legte bei der Entwicklung ihres Fragebogens (1990, 1992) mittels Komponentanalyse drei Dimensionen fest, denen die Zustände zuzuordnen sind: "emotional distress" und "physical discomfort" als intrapartale Erlebnisweisen, "fulfilment" als postpartale Evaluation. Mit der Übertragung des Fragebogens in eine deutschsprachige Version wurden diese Dimensionen von Stadlmayr et al. (2001) überprüft und um die Dimension "Enttäuschtheit" (f3) erweitert. Als Ausdruck einer postnatalen Bewertung des emotionalen Erlebens bezeichnet Enttäuschtheit eine negative emotionale Erfahrung, die durch die Zustände "enttäuscht", "deprimiert" und "betrogen" im Fragebogen repräsentiert wird. Die anderen Dimensionen konnten von Stadlmayr für die deutschsprachige Version bestätigt werden: Erfüllung (f1) als weitere postnatale Dimension sowie emotionale Adaptation (f2) und physisches Unbehagen/ Schmerz/ Erschöpfung (f4) als intrapartale Erlebnisdimensionen. Anders als in der englischen Version jedoch laden die drei Einzelitems Kontrolle (s12), Ängstlichkeit (s15) und Zeitempfinden (s18) nicht auf die Dimension emotionale Adaptation (f2), so dass diese als Einzelitems erfasst werden (Stadlmayr et al. 2001).

Stadlmayr et al. konnten in Folgestudien die von Salmon und Drew (1992) für die Originalversion genannten guten Alphaswerte für die einzelnen Items, über die das Geburtserleben erfasst wurde, als Ausdruck hoher interner Konsistenz und Reliabilität der deutschsprachigen Version bestätigen. Auch für die Bildung eines Gesamtsummenwertes der SIL-Ger wurde von Stadlmayr et al. (2006) eine sehr gute psychometrische Qualität (Cronbachs Alpha .88) und die Eignung zur Erfassung eines "guten oder schlechten Geburtserlebens" am 2.-4. Tag postpartum für Frauen belegt (Stadlmayr et al., 2009). In einer umfangreichen Längsschnittuntersuchung stellte die Arbeitsgruppe um Stadlmayr dabei dar, dass ein SIL-Ger-Summenwert unterhalb von 70 Punkten (bei 120 möglichen Punkten) als Hinweis auf ein negatives Geburtserleben in der Langzeiterinnerung zu werten ist. Die bisher vorliegenden Anwendungsstudien bei Frauen (Schindl et al., 2003; Lütje, 2004) weisen auf eine gute klinische Praktikabilität der SIL-Ger hin.

Zum Einsatz des SIL-Ger bei Männern lagen zum Zeitpunkt der Verfassung der vorliegenden Arbeit keine Publikationen vor. Die Hypothese von der Geburt als ein multidimensionales Erlebnis ist nicht geschlechtsspezifisch, so dass der Einsatz des SIL-Ger zur Abbildung des Geburtserlebens des Mannes hier ebenso als ein sinnvolles Experiment erscheint. Erstmals wurde daher in der vorliegenden Untersuchung die Salmon's Item List in der deutschen Version von Stadlmayr (SIL-Ger) standardisiert an einem größeren Kollektiv von Männern zur Erfassung ihrer Geburtserfahrung eingesetzt.

Der Fragebogen wurde dabei unverändert verwendet. Die Auswertung des SIL-Ger erfolgt nach den Vorgaben von Stadlmayr et al. (2001) für die Anwendung bei Frauen mit der Bildung von Werten in den vier Dimensionen f1-f4 sowie der Einzelauswertung der Items s12, s15 und s18. Zusätzlich wurde der SIL-Ger-Summenwert gebildet, der Werte von 0 bis 120 Punkten annehmen kann, wobei nach der Konzeption der Skala höhere Ausprägungen für ein besseres Geburtserleben sprechen. In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, ob die für Frauen validierten Auswertungskriterien auch für das Geburtserleben von Männern anzuwenden sind und ob der von Stadlmayr et al. definierte Wert von < 70 Punkten als Grenzwert zur Unterscheidung zwischen positivem und negativem Geburtserleben auch für die Männer der Stichprobe zutrifft. Auf den Versuch der Bildung von Normwerttabellen für die einzelnen postnatalen und intrapartalen Dimensionen wurde verzichtet, da zunächst erprobt werden soll, ob SIL-Ger überhaupt ein geeignetes Instrument darstellt, um das Geburtserleben des Mannes abzubilden.

Von den 174 Männern der Studienpopulation konnten 168 SIL-Ger-Fragebögen (96,6 %) in die Studie eingeschlossen werden. Von n=6 Männern wurden die Fragebögen nur unvollständig ausgefüllt und wurden nicht berücksichtigt.

2.4.3 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987) in der deutschsprachigen Version nach Bergant et al., 1998 ist eine zehn Fragen umfassende Selbsteinschätzungsskala zur Erfassung depressiver und Angstsymptome in der Postpartalperiode. Acht Fragen zu depressiver Symptomatik bilden Freudfähigkeit ("konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen", "konnte ich mich so richtig auf etwas freuen"), Traurigkeit ("habe ich mich traurig und schlecht gefühlt", "war ich so unglücklich, dass ich geweint habe"), Überforderung ("überforderten mich verschiedene Umstände"), Insuffizienz- und Schuldgefühle ("fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief"), Schlafstörungen ("war ich so

unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte") sowie Eigengefährdung/Suizidalität ("überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen") ab. Angstsymptome werden in zwei Fragen ("war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen", "erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen") abgefragt. Bei einem Punktwert von 0 (Symptomatik nicht zutreffend) bis 3 (Symptomatik stark ausgeprägt) pro Frage liegt der Gesamtsummenwert zwischen 0 und 30 Punkten und quantifiziert damit das Vorliegen von Depressivität und/oder Ängstlichkeit, wobei höhere Werte auf eine höhere Belastung des Probanden hinweisen.

In Validierungsstudien wies die EPDS für Frauen (Cox et al., 1987) wie auch für Männer (Matthey et al., 2001; Edmondson et al., 2010) neben einer hohen Konstruktvalidität und Reliabilität auch gute Sensitivität und Spezifität für die Erkennung postpartaler Verstimmungen auf. In Anwendungsstudien der letzten zwanzig Jahre finden sich unterschiedliche Grenzwerte zur Identifizierung betroffener Frauen, wobei überwiegend ein Grenzwert von ≥ 12 verwendet wurde (Cox et al., 1987; Reulbach et al., 2009). In den inzwischen zahlreicher werdenden Studien zur postpartalen Befindlichkeit von Männern (Ballard et al., 1994; Areias et al., 1996; Ramchandani et al., 2005; Madsen und Juhl, 2007; Edmondson et al., 2010) werden ebenfalls Grenzwerte von ≥ 10 bis ≥ 13 diskutiert. In ihrer aufwändigen Validierungsstudie der EPDS zur Identifizierung postpartal belasteter junger Väter („distressed fathers“) legten Matthey et al. (2001) dar, dass ein Grenzwert von ≥ 10 Punkten mit einer hohen Sensitivität (71,4 %) und Spezifität (93,8 %) für ein Screening auf postpartale Depressivität bei Männern optimal geeignet ist. Nach Ansicht der Autoren stellt die EPDS darüber hinaus ein geeignetes Instrument zum Screening auf postpartale Angststörungen dar, wobei Matthey et al. (2001, 2003) einen Grenzwert von ≥ 6 mit einer Sensitivität von 75,0 % und Spezifität von 69,8 % für postpartale Ängstlichkeit bei Männern validieren konnten.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die EPDS-Werte mit den soziodemo- und biographischen sowie geburtsspezifischen Merkmalen korreliert. Im Hinblick auf Zusammenhänge zwischen Geburtserfahrung und postpartalen Verstimmungen wurden nach den beiden von Matthey et al. (2001, 2003) definierten EPDS-Grenzwerten Untergruppen mit auffälligen Werten für Angst und/oder Depressivität (EPDS ≥ 6) bzw. Depressivität (EPDS ≥ 10) gebildet und deren Geburtserleben analysiert.

Der in der Studie primär auf das Geburtserleben ausgerichtete Untersuchungszeitpunkt stellt mit 72 bis 96 Stunden post partum einen vergleichsweise frühzeitigen Einsatz der EPDS in der Studienpopulation dar, was sich in anderen Studien jedoch bereits bewährt hatte

(Stadlmayr et al., 2008; Reulbach et al., 2009). Daher wurde der üblicherweise für die Selbstbeurteilung mittels EPDS geltende retrospektive Betrachtungszeitraum von einer Woche in der vorliegenden Untersuchung auf die Formulierung: "seit der Geburt ihres Kindes" verändert. Mit der frühzeitigen Erhebung und dem damit verbundenen kurzen Betrachtungszeitraum konnten die Diagnosekriterien für das Vorliegen einer Angststörung oder depressiven Episode nach ICD-10 oder DSM-IV aufgrund dieser methodologischen Einschränkung per se nicht erfüllt sein. Die in der vorliegenden Untersuchung erhobenen EPDS-Werte wurden daher als Ausdruck postpartaler Befindlichkeit – oberhalb der definierten Grenzwerte auch als Ausdruck von zum Untersuchungszeitpunkt vorhandenen postpartalen Verstimmungen – betrachtet, ohne dass damit zu diesem Zeitpunkt ein Krankheitswert verbunden werden kann.

Von 171 Männern (98,3 %) konnten vollständig erhobene EPDS-Werte in die vorliegende Untersuchung eingeschlossen werden. n=3 Fragebögen wurden aufgrund von Unvollständigkeit nicht berücksichtigt.

2.5 Datenerfassung, Datenverwaltung und Kontrolle

Die Daten aus den Fragebögen wurden gesichtet, in eine Datenbank eingegeben und von einer weiteren im Projekt tätigen Person kontrolliert. Zur statistischen Auswertung wurden die dichotomen Antworten und die Antworten aus den Likert-Skalen numerisch verschlüsselt und in Form von Nominal- oder Ordinalvariablen zusammen mit den metrischen Variablen in einer elektronischen Datenbank erfasst. Die Datenanalyse erfolgte mithilfe statistischer Standardprogramme (SPSS 16 und 17, PASW 18) sowie mittels Microsoft Excel für die qualitative Analyse und Kategorisierung der freien Antworten. Die Analyse erfolgte als explorative Datenanalyse. Untergruppen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test verglichen und mittels Kolmogorow-Smirnow-Test auf Normalverteilung überprüft. Neben der deskriptiven Datenanalyse (Mittelwert (MW), Standardabweichung (Sd), Median (Med), Minimum (min), Maximum (max) absolute (n) und relative (%) Häufigkeiten) wurde der t-Test für unabhängige Stichproben im Falle metrischer Variablen und Normalverteilung, als nicht-parametrischer Test bei zwei Gruppen der Mann-Whitney-U-Test oder bei mehr als zwei Gruppen der Kruskal-Wallis-Test sowie Korrelationen nach Pearson bzw. Spearman-Rho zur Überprüfung der statistischen Signifikanz durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde zu $p < 0,05$ festgelegt. Alle Tests wurden zweiseitig durchgeführt. Mit diesen Verfahren wurden die Ergebnisse aus den Anamnesefragebogen sowie der Skala zur postpartalen Befindlichkeit mit den Ergebnissen aus der SIL-Ger korreliert.

2.6 Mitarbeiter

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer prospektiven Studie, die von den drei medizinischen Doktorandinnen Aline Hüneburg, Andrea Prestien und der Verfasserin der vorliegenden Arbeit unter wissenschaftlicher Anleitung von Frau Prof. Dr. med. Anke Rohde, Gynäkologische Psychosomatik, am Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Bonn durchgeführt wurde. Die Planung, Datenerhebung und Datenerfassung zum Untersuchungszeitpunkt t1 und dem Katamnesezeitpunkt t2 erfolgte in der Gruppe, die für diese Arbeit relevante Datenaufbereitung und Datenanalyse durch die Verfasserin der vorliegenden Arbeit. Die Mitarbeiterinnen der Abteilung Gynäkologische Psychosomatik, insbesondere Frau Elke Bading, unterstützten die Doktorandinnen bei Versand und Rücklauf der Fragebögen zum Katamnesezeitpunkt.

3 Ergebnisse

3.2 Aktuelle Entbindung

3.2.1 Motive für die Anwesenheit bei der Entbindung

Mit 79,3 % (n=138) war der überwiegende Teil der Männer aus der Studienpopulation bei der Entbindung anwesend, nur in fünf Fällen (2,9 %) waren Männer nicht oder nicht über die gesamte Zeit während der Entbindung anwesend. 17,8 % (n=31) der Männer haben keine Angaben zu ihrer Anwesenheit gemacht. Vom Studiendesign her war es vorgesehen, auch diejenigen Männer zu erfassen, die nicht direkt im Geburtsraum anwesend waren. In der Datenerhebung zeigte sich dann jedoch, dass gerade diejenigen Männer der Studienteilnahme eher ablehnend gegenüber gestanden haben und ihre Teilnahme von sich aus wegen *"fehlenden Geburtserlebens"* abgelehnt oder während der Befragung abgebrochen haben, so dass die Fragebögen nicht eingeschlossen werden konnten. Die weiteren Auswertungen (in diesem Zusammenhang) beziehen sich auf alle Männer, die die Fragebögen zum Geburtserleben ausgefüllt haben, unabhängig von ihrer Anwesenheit in Kreißsaal/OP. Die Erfassung der Motive für die Anwesenheit in Kreißsaal oder OP erfolgte über die Frage "Aus welchem Grund waren Sie bei der Geburt dabei?", wobei vier Antwortmöglichkeiten vorgegeben und Mehrfachnennungen möglich waren.

Listung nach häufigster Nennung:

1.	eigener Wunsch	n=128	73,6 %
2.	Wunsch der Partnerin	n=80	46,0 %
3.	weil der Mann normalerweise dabei ist	n=14	8,0 %
4.	sonstiges	n=12	6,9 %

Nur drei von 80 Männern (1,7 %) gaben den Wunsch der Partnerin als ausschlaggebend an, ohne dass bei ihnen der eigene Wunsch vorhanden war. Fünf Männer (2,9 %) wählten die Antwort "weil der Mann normalerweise dabei ist", ohne dass bei ihnen selbst oder der Partnerin der explizite Wunsch bestanden hatte.

*"Habe durch die Geburtsvorbereitung gelernt, dass es für die Partnerin eine wichtige Unterstützung ist, wenn sie mit all den Belastungen und Schmerzen nicht alleine ist."
(Studienteilnehmer, 27 Jahre).*

Wie das Zitat exemplarisch zeigt, dominierte bei den freien Antworten der Wunsch, die Partnerin zu unterstützen (n=6), einzelne Männer gaben auch an, dass sie auf Empfehlung von Bekannten mitgegangen seien oder weil sie als einer der ersten ihr Kind sehen wollten.

Tab. 15: Freitextangaben: Gründe für Anwesenheit bei der Geburt

Kategorisierung: Sonstige Gründe für Anwesenheit bei der Geburt n=12, 6,9 %
Unterstützung n=6
"Um meiner Frau zur Seite zu stehen (unterstützen)"
"Unterstützung der Partnerin"
"Unterstützung für meine Frau"
"Zur geistigen und körperlichen Unterstützung"
"Habe durch die Geburtsvorbereitung gelernt, dass es für die Partnerin eine wichtige Unterstützung ist, wenn sie mit all den Belastungen und Schmerzen nicht alleine ist"
"Weil ich meiner Frau beistehen wollte"
Andere Gründe n=3
"Weil ich als einer der ersten meine Tochter sehen wollte"
"Empfehlung von Bekannten"
"Wollte erst nicht, ergab sich dann durch Ablauf"
Sonstige Antworten n=3
"War nicht dabei" / "Nicht anwesend"

3.2.2 Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses

Bei einer geplanten Entbindung in der Universitätsfrauenklinik Bonn besuchen die Eltern bei Interesse an einer Geburtsvorbereitung in der Regel die vom Klinikum angebotene "Elternschule". Diese bietet verschiedene Kursmodelle an, die sich an Mutter, Vater und Geschwister richten, und umfasst neben einem klassischen 7-wöchigen Kurs für die Schwangere mit ein oder zwei Partnerabenden auch einen 7-wöchigen Kurs für beide Partner, an dem der Mann zu jedem Termin mit dabei ist. Zusätzlich werden auch Wochenendkurse angeboten. Auf eine weitere Differenzierung, welches Kursmodell vom Partner besucht wurde, wurde in der aktuellen Untersuchung verzichtet.

82 von 144 Männern (47,1 %) in der Gesamtstichprobe hatten vor der aktuellen Entbindung keinen Vorbereitungskurs besucht, 35,6 % (n=62) waren in einem Kurs. Für 17,2 % (n=30) liegen keine Angaben dazu vor. Die 62 Männer, die einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten, sind zu 77,5 % (n=48) Erstväter.

3.2.2.1 Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses Erstväter

In der Untergruppe der Erstväter, von denen dazu Angaben vorliegen (n=78), hatten also mit 52,7 % (n=48) mehr als die Hälfte einen Kurs besucht, 47,3 % (n=30) nicht. Der Einfluss eines Geburtsvorbereitungskurses auf das Geburtserleben wird mithilfe dieser beiden Untergruppen in der weiteren Arbeit untersucht.

3.3 Angaben zu den Erfahrungen rund um die Geburt

"Die Geburt war zwar nicht sehr schön, aber es gehört halt zum Kinderkriegen dazu."

(Studienteilnehmer, 37 Jahre).

Um einen ersten Eindruck zu bekommen, welche Seiten ihrer Geburtserfahrung Männer von sich aus thematisieren, wurde im Anamnesefragebogens unter der offenen Frage "Angaben zu Ihren Erfahrungen rund um die Geburt" die Möglichkeit zu Anmerkungen und Kommentaren gegeben. Von den teilnehmenden Männern (n=174) haben 27,6 % (n=48) ihre Erfahrungen rund um die Geburt erläutert. Die Angaben der Männer im Freitext wurden inhaltlich einzelnen Kategorien zugeordnet.

Tab. 16: Freitextangaben: Erfahrungen rund um die Geburt

Subjektives Empfinden n=18
positiv n=12
"Der Eindruck des frischgeborenen Kindes war überwältigend."
"Ich möchte dieses Erlebnis nicht missen, vor allen Dingen den Anblick des Neugeborenen und die erleichterten Blicke der Mutter."
"War unter der Geburt wie ausgewechselt. Keine Panik, keine Angst, keine Aufregung, ich funktionierte wie programmiert."
"Während der Wehen ging es mir besser als meiner Frau. Nach der Geburt war es umgekehrt."
"Schöne partnerschaftliche Erfahrung, unerwartete Gefühlssituationen"
"Mehr Hoffnung und positive Gewissheit als Angst"
"Freude, es war einfach ein unbeschreiblich überwältigendes Gefühl"
"War sehr schön" / "Sehr zufrieden" / "Es war stressig aber schön!"
"Als Partner und nicht vom Fach sind die Möglichkeiten zu helfen doch beschränkt, so fühlt man sich. Dann, bei der eigentlichen Geburt ist man überwältigt. Danach schnell beruhigt und fröhlich."
"Sehr schmerzhaft für meine Frau, aber sehr natürlich. Der erste Atemzug ist das Schönste was es gibt."
neutral: n=3
"Ich hatte keine Erwartungen bezüglich der Wehen!"

"War nicht dabei" / "War bei der Geburt nicht direkt dabei"
negativ: n=3
"Ich bin Kinderarzt, ich war schon bei hunderten von Geburten anwesend. Ich leide jedes Mal mit den Müttern – aber bei meiner Frau habe ich noch mehr gelitten als je zuvor."
"Hat länger gedauert als beim letzten mal"
"Ging alles zu schnell"
Atmosphäre in der Klinik n=14
positiv: n=8
"Angenehme Atmosphäre u. kompetente Hilfe u. ruhiger Ehemann haben Frau geholfen."
"Es verlief alles problemlos. Kind direkt gezeigt (...) durfte es in den Arm nehmen(...) Erfahrungen positiv."
"Es war toll, wie die Hebamme vorhersagen konnte, wie die nächste Wehe sein würde."
"Gewisse Routine; Glücksgefühle; gute Versorgung"
"Wie gesagt 'Bilderbuchgeburt', das gilt auch für die Aufnahme und Betreuung durch Ärzte und Hebammen"
"Als Zuschauer im OP bei Sectio dabei; gute Organisation, sofort das Kind im Arm. Klasse!"
"Der Arzt brauchte 45 min. um die PDA zu verordnen. Fühlte mich von den Ärzten gut betreut (...) freundlich und vertrautes Gefühl (...)"
"Ich fühlte mich von Anfang bis Ende professionell begleitet. Ich hatte das Gefühl, Teil einer großen Familie zu sein."
neutral n=1
"Komplikationslose Sectio, allerdings dadurch etwas klinisch"
negativ n=5
"Der laufende Wechsel der Hebammen war nervig"
"Die Hebammen sollten wenn möglich bis zum Ende der Geburt bleiben" / "Schichtwechsel während Geburt schade"
"Leider muss man immer wieder feststellen, dass drei verschiedene Ärzte drei verschiedene Aussagen machen und das auch immer Fehler (menschlich) gemacht worden, was wenn es einen selbst, bzw. den Partner betrifft manchmal belastet"
"Zu viele Störungen durch Schwestern lassen "Still"-zeit nicht aufkommen."
Komplikationen/Sectio n=11
"Erste Geburt zuhause allein ohne Hilfe, zweite Frühchen mit Sectio in der 32. SSW mit Zwerchfellhernie; dritte Geburt wie erwartet"
"Abfallende Herztöne unter den Wehen, d.h. ungeplanter Kaiserschnitt"
"Diskussion über PDA führte zu Stagnation des Geburtsvorgangs, dann musste eingeleitet werden"
"Frühgeburt 29+6"
"geplanter Kaiserschnitt" / "Sectio"
"Komplikationen da Querlage, 8 Wochen Krankenhaus, Kaiserschnitt"
"pathologisches CTG, grünes Fruchtwasser"
"PDA konnte nur schwer gelegt werden"
"Unregelmäßige Herzschläge des Kindes während der Geburt, Blutentnahme vom Kind während der Geburt"
"Vorzeitige Entbindung 8 Wochen vor Termin (SSW 31+6) wegen Blasenriss und Gebärmutterablösung"
Wunsch nach Sicherheit wie auch Autonomie unter der Geburt n=3
"Die erste Geburt war fremdbestimmt, jetzt konnte meine Frau ihre Wünsche verwirklichen"
"Die Sicherheit geht vor der Natürlichkeit der Geburt. Es fällt sehr schwer auf den eigenen Körper zu hören und Vertrauen zum Körper zu haben"
"Sehr kontrolliert und angenehm im Gegensatz zur ersten Geburt"
Allgemeines zur Geburt n=2
"Die Geburt ist keine gute Erfindung, da hätte dem lieben Gott was Besseres einfallen können."
"Die Geburt war zwar nicht sehr schön, aber es gehört halt zum Kinderkriegen dazu."

(CTG = Kardiotokographie, OP = Operationsaal, PDA = Periduralanästhesie, SSW = Schwangerschaftswoche)

Am häufigsten wurden von 37,5 % (n=18) dieser Männer Anmerkungen in der Kategorie "Subjektives Empfinden der Geburt" gemacht, wobei mit 25,0 % (n=12) die Angaben zu einem positiven Empfinden überwiegen und nur von je 6,3 % (n=3) der Männer eine Aussage zu neutralem oder negativem Empfinden getätigt wurde. Das am zweithäufigsten genannte Thema mit 29,2 % (n=14) umfasst positive (16,7 %, n=8) und negative (10,4 %, n=5) Anmerkungen zur Atmosphäre in der Klinik und den Beziehungen zu den handelnden Personen in der Geburtssituation (ÄrztInnen, Hebammen, Pflegepersonal auf der Wochenstation). Das dritthäufigste Thema umfasst Anmerkungen zu medizinischen Interventionen (wie Geburtseinleitung, Sectio) oder Komplikationen im Geburtsverlauf 22,9 % (n=11), wobei die Zitate bildhaft das Unplanbare einer Geburt widerspiegeln. Neben allgemeinen Anmerkungen zur Geburt (4,2 %, n=2) haben 6,3 % (n=3) der Männer auch das Spannungsfeld zwischen Wunsch nach Autonomie bei gleichzeitig größtmöglicher Sicherheit unter der Geburt thematisiert.

3.4 Zufriedenheit

Um den Faktor "Zufriedenheit" als ein Element der komplexen Geburtserfahrung mit in die vorliegende Untersuchung einbeziehen zu können, wurde die Zufriedenheit mit Gegebenheiten in der Klinik, Abläufen und Beziehungen über eine Likert-Skala mit vier Ausprägungsstufen (1 "sehr zufrieden", 2 "zufrieden", 3 "eher unzufrieden", 4 "gar nicht unzufrieden") in den vier Kategorien: Zufriedenheit mit dem organisatorischen Ablauf der Geburt, Zufriedenheit mit der Betreuung durch die Hebammen, Zufriedenheit mit der Betreuung durch das ärztliche Personal und Zufriedenheit mit der Betreuung auf der Wochenstation erfasst.

Die Zufriedenheit in den einzelnen Kategorien wurde von den Männern insgesamt sehr hoch bewertet, was einerseits für ein hohes Maß an Zufriedenheit spricht, andererseits aber auch auf in der Literatur beschriebene und in der Patienten- und Kundenzufriedenheitsmessung bekannte Phänomene (Halo-Effekt, Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit) hinweist. Das wiederum gibt bereits erste Hinweise darauf, dass die Messung eines so komplexen Erlebnisses wie des Geburtserlebens nicht verlässlich über eine eindimensionale Skala abgebildet werden kann.

Tab. 17: Zufriedenheit mit Organisation und Betreuung durch Hebammen, Ärzte, Pflegende

	mit dem organisatorischen Ablauf der Geburt	mit der Betreuung durch die Hebammen	mit der Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte	mit der Betreuung auf der Wochenstation
sehr zufrieden	56,3 %	69,7 %	64,6 %	61,7 %
zufrieden	39,6 %	27,6 %	32,0 %	36,2 %
eher nicht zufrieden	3,5 %	2,1 %	2,8 %	2,1 %
gar nicht zufrieden	,6 %	,6 %	,6 %	0 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Mittelwert ("Note")	1,49	1,34	1,40	1,40
Standardabweichung	,603	,556	,582	,534

("Note" = Mittelwert auf 4-stufiger Likert-Skala mit Ausprägungen von 1=sehr zufrieden bis 4=gar nicht zufrieden)

Die höchste Zufriedenheit zeigten die Männer der Stichprobe mit der Interaktion mit den Hebammen, die mit einem Mittelwert von 1,34 die beste "Note" bekamen (Skala von Note 1 "sehr zufrieden" bis Note 4 "gar nicht zufrieden"). Die am wenigsten ausgeprägte Zufriedenheit mit einer Note von 1,49 gaben die Männer dem organisatorischen Ablauf der Geburt. Die Beziehung zu Ärzten und die Betreuung auf der Wochenstation wurden gleichermaßen mit 1,40 gleich bewertet und erhielten damit eine mittlere Ausprägung.

Insgesamt zeigten Männer, die ihre Partnerin bei einer spontanen Entbindung begleitet hatten, höhere Zufriedenheit in den drei Kategorien (Organisation, Hebammen, Ärzte) als die Restgruppe. Bei der Zufriedenheit mit der Betreuung auf der Wochenstation war die Bewertung identisch. Statistisch signifikant ist dieser Unterschied in Bezug auf die Zufriedenheit mit den Hebammen: Männer nach Spontanpartus waren signifikant zufriedener mit der Interaktion mit den Hebammen als die Männer der Restgruppe (MW_{SPP} 1,18 zu $MW_{keinSPP}$ 1,49, im t-Test für unabhängige Stichproben $p=0.01$).

3.5 Emotionales Erleben der Entbindung

Um emotionale Aspekte des Geburtserlebens bei Männern erfassen und anschließend mittels statistischer Verfahren weiterverarbeiten zu können, wurde für die Fragestellung "Wie haben Sie als Partner die Geburt gefühlsmäßig erlebt?" ebenfalls die Selbstbeurteilung über eine Likert-Skala mit den fünf äquidistanten Ausprägungsstufen ("sehr schön", "eher schön", "weder noch", "eher schrecklich/belastend", "sehr schrecklich/belastend") gewählt und mit der Möglichkeit zu freien Angaben zur qualitativen Analyse kombiniert. Das Antwortverhalten der teilnehmenden Männer war quantitativ und qualitativ sehr zufriedenstellend: Fast alle Männer ($n=168$; 96,6 %) zeigten eine hohe Zufriedenheit mit der Betreuung durch Hebammen, Ärzte und die Wochenstation.

haben das emotionale Erleben der Geburt bewertet, ein Drittel der Männer (n=57; 32,8 %) haben zusätzlich mit eigenen Worten ihr Erleben beschrieben.

3.5.1 Selbstbeurteilung des Geburtserlebens (Likert-Skala)

In der untersuchten Stichprobe wird das emotionale Geburtserleben mit einem Mittelwert von 2,05 und einem Median von 2,00 im Durchschnitt als "eher schön" bewertet, wobei das gesamte Bewertungsspektrum mit einem Minimum von 1 ("sehr schön") bis zu einem Maximum von 5 ("sehr schrecklich/belastend") in der Stichprobe vertreten ist.

Tab. 18: Selbstbeurteilungsskala emotionales Geburtserleben Väter gesamt (Likert-Skala)

Wie haben Sie die Geburt gefühlsmäßig erlebt?			
		Häufigkeit n	%
Gültig	sehr schön	62	35,6
	eher schön	57	32,8
	weder noch	30	17,2
	eher schrecklich/belastend	17	9,8
	sehr schrecklich/belastend	2	1,1
	Gesamt	168	96,6
Fehlend	keine Angabe	6	3,4
Gesamt		174	100,0

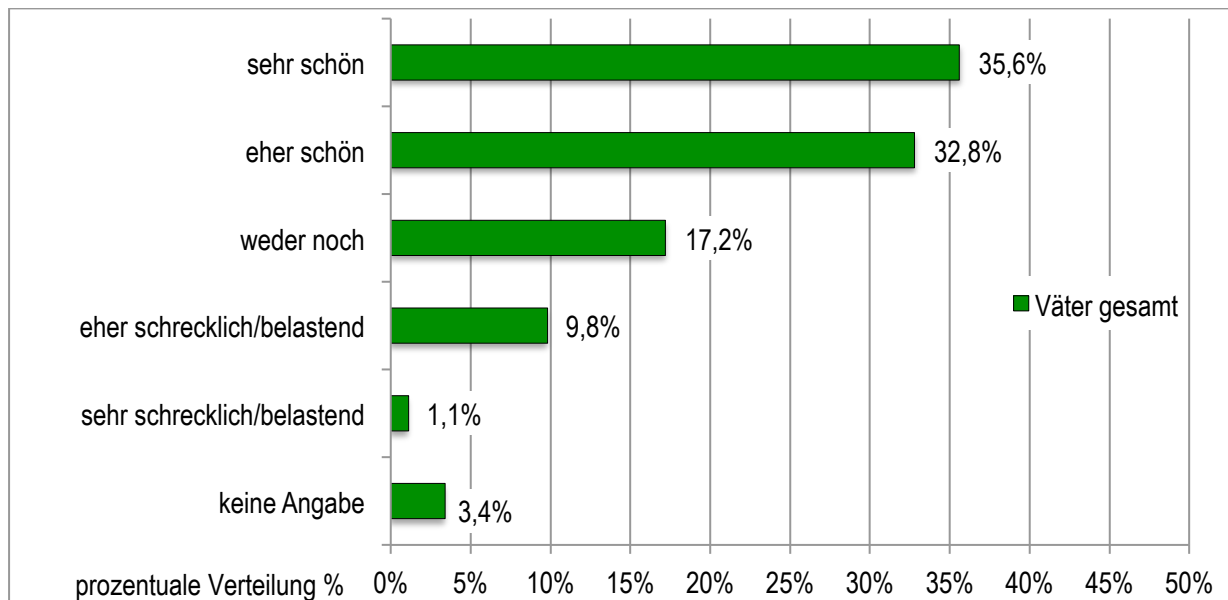


Abb. 1: Selbstbeurteilungsskala zum emotionalen Geburtserleben Väter gesamt

Von 10,9 % (n=19) der Männer wurde die miterlebte Geburt als "eher schrecklich/belastend" bzw. "sehr schrecklich/belastend" erlebt. Welche Faktoren Einfluss auf ein negatives Geburtserleben haben, wird im Folgenden dargestellt.

3.5.1.1 Emotionales Erleben in der Untergruppe Erstväter

Auf der Selbstbeurteilungsskala zeigen sich in der Häufigkeit der Verteilung des emotionalen Geburtserlebens keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Untergruppen Erstväter und geburtserfahrene Väter.

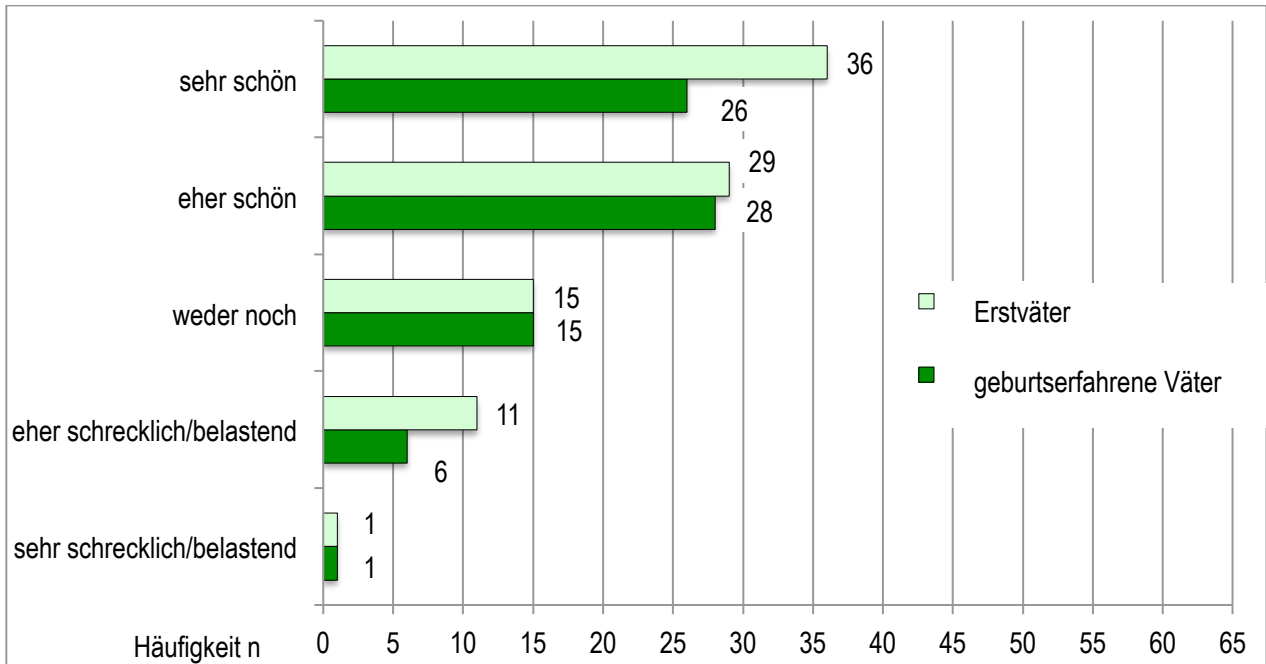


Abb. 2: Selbstbeurteilungsskala zum emotionalen Geburtserleben Erstväter/geburtserfahrene Väter

3.5.2 "Geburtsberichte" – freie Anmerkungen zur Geburtserfahrung

Etwa ein Drittel der untersuchten Männer hat zusätzliche Angaben zum emotionalen Erleben der Geburt in eigenen Worten niedergeschrieben, die bei der Datenaufbereitung mittels einer qualitativen Analyse nach Kategorien unterschieden wurden.

Von den 57 Meinungsäußerungen (32,8 %) zum emotionalen Erleben der Geburt

→ spiegeln 26 (14,9 %) eine negative Geburtserfahrung wider:

- negativ: Hilflosigkeit (insbes. angesichts Schmerzen Frau) n=14
- negativ: Sectio/Komplikationen als Stressfaktor n=12

→ sprechen 28 (16,1 %) von einer positiven Erfahrung:

- positiv: "Wunder der Natur" n=14
- positiv: Beziehungsfaktoren (Professionalität des Teams) n=6
- positiv trotz/wegen Sectio oder Komplikationen n=9

→ sind drei (1,7 %) neutral: war nicht dabei/konnte nicht dabei sein n=3

Positive und negative Erfahrungen sind in diesen kurzen "Geburtsberichten" annähernd ausgewogen vertreten, was ein gutes Antwortverhalten in den beiden Untergruppen mit positiver oder negativer Erfahrung zeigt. Aus der Gesamtverteilung der positiven und negativen Erfahrungen geht jedoch hervor, dass bei den freien Antworten die Männer, die "negative" Anmerkungen gemacht haben, überrepräsentiert sind, da die Gesamtzahl derer, die eine negative oder neutrale Erfahrung gemacht hatten, mit 28,1 % deutlich geringer ist als die mit positivem Erleben (68,7 %).

In Tab. 19 sind die freien Antworten den Bewertungen auf der Selbstbeurteilungsskala gegenübergestellt, um Übereinstimmungen und Unterschiede mit der Gesamtbeurteilung der Geburtserfahrung aufzuzeigen.

Tab. 19: Geburtserleben: Kategorisierung Freitextangaben und jeweilige Ausprägung Likert-Skala

negativ n=26	
Freitext	Likert-Skala
negativ: Hilflosigkeit (insbesondere angesichts Schmerzen Frau) n=14	
"Schmerzen der Frau mit anzusehen"	eher schrecklich
"Man muss lange zusehen wie der Partner leidet"	eher schrecklich
"Belastend ist die Hilflosigkeit und die Schmerzen beim Partner"	eher schrecklich
"Als Partner kann man nicht viel machen außer für die Frau da zu sein"	eher schrecklich
"20 Stunden im Kreissaal waren sehr lang und anstrengend"	eher schrecklich
"Hilflosigkeit gegenüber meiner Frau und ihrer Belastung"	weder noch
"Hilflos; sehr bewegt"	weder noch
"Die Geburt als solches war eher nicht so schön, da meine Frau starke Schmerzen hatte und man (ich) ihr nicht helfen konnte, als meine Tochter dann da war, war ich aber den Tränen sehr nahe vor Glück und Erleichterung."	weder noch
"(...) legte meine Frau keinen Wert mehr auf meine Anwesenheit (...) schickte mich aus dem Kreissaal (...) fühlte mich überflüssig (...)"	weder noch
"Geburt sehr schön u. spannend, bei den Schmerzen nicht wirklich helfen zu können, war weniger schön (Gefühl der Hilflosigkeit)"	eher schön
"Die Schmerzen erleben ohne wirklich helfen zu können ist ziemlich belastend"	eher schön
"Aufgrund der Vorfreude ist es sehr schön. Leider ist es sehr belastend, seiner Frau bei den Schmerzen nicht helfen zu können."	eher schön
"[Eigentlich schön ...] Ausnahme, die Schmerzen meiner Frau"	eher schön
"Aber auch schrecklich/belastend: weil man nicht helfen kann"	sehr schön
negativ: Sectio/Komplikationen als Stressfaktor n=12	
"Wegen ungeplantem Kaiserschnitt"	eher schrecklich
"Emotional erschien die Geburt wie eine existentielle Bedrohung des Lebens meiner Frau."	eher schrecklich
"Geburt per Kaiserschnitt, daher nicht im OP anwesend"	eher schrecklich
"Geplanter Kaiserschnitt- üble OP-Atmosphäre!!"	eher schrecklich
"Komplikationen während und nach der Geburt"	eher schrecklich
"Spontangeburt geplant, schließlich Sectio nach Problemen"	eher schrecklich

"Von Krankenhaus sehr gut betreut, fühlt man sich als Partner dennoch hilflos, da man nicht weiß was hinter dem OP-Tuch passiert."	eher schrecklich
"Eher als Stress empfunden (Komplikationen, beinahe Not-Section)"	weder noch
"Kaiserschnitt, konnte wenig helfen"	weder noch
"Sectio"	weder noch
"Die Belastung meiner Frau bei der vorangegangenen Wendung und dem anschließendem Kaiserschnitt waren sehr belastend."	eher schön
"Ohne Komplikationen (Geburtsstillstand, Saugglocke) wäre es sicher sehr schön gewesen"	eher schön
positiv n=28	
Freitext	Likert-Skala
positiv: "Wunder der Natur" n=14	
"Die Entstehung von Leben ist ein tiefgreifender Augenblick"	sehr schön
"Ein Wunder der Natur, unglaublich als das Kind plötzlich da war!"	sehr schön
"Das 1. Kind ist für mich etwas sehr besonderes."	sehr schön
"Das Warten war zäh und kraftraubend (...), eigentliche Geburt faszinierend und der eigentliche Moment und das erste Tönchen überwältigend."	sehr schön
"Jedes Mal wieder ein tolles Gefühl Vater zu werden"	sehr schön
"Sehr schönes Erlebnis der Geburt, trotz großer Anstrengung der Frau."	sehr schön
"Spontane natürliche Geburt, ziemlich schnell; Mutter und Sohn bei guter Gesundheit: 'Bilderbuchgeburt'"	sehr schön
"Ohne Schmerzmittel; kein Kaiserschnitt, sehr schnelle Geburt 6 Stunden"	sehr schön
"Die Geburt verlief ohne größere Komplikationen. Das empfinde ich für die erste Geburt als sehr positiv."	eher schön
"Eigentlich sehr schön"	eher schön
"In einem positiven Sinn: traumatisch!"	eher schön
"Angespannt/aufgeregt ohne negative Bedeutung"	weder noch
"Es war zwar schön, aber nicht so aufregend und unglaublich wie viele Freunde berichteten."	weder noch
"Guter Hoffnung – realistisch"	weder noch
positiv: Beziehungsfaktoren (Professionalität des Teams, eigene Rolle) n=6	
"Ausgesprochen entspannte Atmosphäre, sehr nette u. bemühte Hebammen und Gynäkologen"	sehr schön
"Entsprach den Vorstellungen, sehr angenehme Atmosphäre, verlief ohne Probleme"	sehr schön
"Gut organisiert, sehr nettes Team, wunderschönes Kind, tolles Vatergefühl"	sehr schön
"Professionell"	sehr schön
"Ich war angenehm freudig erregt, die Geburt habe ich nicht als bedrohliches, gefährliches Ereignis, sondern als glückliches Ereignis erlebt, die Betreuung war sehr gut, es war gewissermaßen 'spannend'"	eher schön
"Als Partner habe ich mich vor eine Aufgabe gestellt gesehen. Nämlich meine Frau bei der Geburt zu unterstützen. Diese Aufgabe habe ich versucht ruhig und konsequent wahrzunehmen. Es war anstrengend, interessant und auch dramatisch."	weder noch
positiv trotz Sectio oder Komplikationen: n=8	
"Als ich sie sah flossen mir Tränen übers Gesicht obwohl die Mutter noch unter Vollnarkose im OP lag"	sehr schön
"Trotz Zwillingen keinerlei Probleme!"	sehr schön
"Kurz und knapp, nur 7 Minuten Kreissaal"	sehr schön
"Kinderwunsch besteht seit Jahren, viel gelesen, viele Gespräche"	sehr schön

"Sehr schöne Geburt aufgrund einer Sectio (...)"	sehr schön
"Vermisst habe ich die Durchtrennung der Nabelschnur, aber sonst sehr schön"	sehr schön
"Optimistische Erwartung/Gewissheit, obwohl Sectio in der 35. Woche mit Zwillingen"	eher schön
"Wussten von Herzfehler schon im voraus Bescheid, ich war dann aber erleichtert"	weder noch
neutral n=3	
Freitext	Likert-Skala
"War nicht bei der Geburt anwesend"	keine Angabe
"War nicht dabei"	keine Angabe
"Am Frankfurter Flughafen auf meinen Koffer wartend"	weder noch

(OP = Operationssaal)

Themenkomplexe, die auf das emotionale Erleben der Geburt Einfluss nehmen, waren aus subjektiver Sicht der Männer in erster Linie Hilflosigkeit und Ohnmachtsempfinden in Kreißaal/OP, insbesondere angesichts der Schmerzen der Frau. Am zweithäufigsten wurden Komplikationen und Sectio thematisiert, wobei sowohl geplante Kaiserschnitte als auch unerwartet notwendig gewordene und als negative medizinische Intervention erlebte eilige oder Notfallkaiserschnitte mit negativem emotionalem Erleben in Verbindung gebracht werden.

Gleichzeitig bewertete aber auch ein Teil der Männer das Geburtserleben trotz Sectio, trotz Komplikationen als positiv, was einen Hinweis darauf gibt, dass die Geburtserfahrung auch beim Mann als ein multidimensionales Geschehen betrachtet werden muss, in dem positive wie negative Erlebnisweisen nebeneinander existieren können, ohne sich gegenseitig auszuschließen. Gleichzeitig scheint auch eine Unterscheidung zwischen dem Erleben während Wehen und Geburt und dem postpartalen Empfinden sinnvoll zu sein, da bei der Entbindung das Ergebnis (Outcome), also das Befinden von Mutter und Kind, eine wesentliche Rolle in der Bewertung des Gesamterlebnisses zu spielen scheint. Auch die Auswertung der Übereinstimmung der freien Aussagen mit der Bewertung auf der Selbstbeurteilungsskala zeigt, dass negative Geburtsberichte nicht regelhaft zu einer negativen Beurteilung des Erlebens führen müssen. Immerhin haben 27,0 % (n=7) der Männer, die inhaltlich ein negatives Erleben beschrieben haben, trotzdem das Geburtserleben mit "eher schön" oder "sehr schön" bewertet.

Dem Instrument SIL-Ger, das in den folgenden Kapiteln der vorliegenden Arbeit auf seine Eignung zur Abbildung des männlichen Geburtserlebens untersucht wird, basiert auf diesem multidimensionalen Verständnis der Geburtserfahrung, gleichzeitig wird auch die Unterscheidung in intrapartale und postnatale Dimensionen getroffen, die getrennt voneinander ausgewertet werden können.

3.6 Erwartungshaltung

Um in die Untersuchung zum Geburtserleben mit einbeziehen zu können, ob Erwartungen an die Geburt erfüllt worden sind, wurde die Fragestellung "Entsprach der Ablauf der Wehen der und Geburt Ihren Erwartungen?" in den Anamnesefragebogen aufgenommen. Neben einer dichotomen Skala bestand auch an dieser Stelle die Möglichkeit zu freien Anmerkungen ("ja, und zwar:" und "nein, und zwar:"). Da die Frage zunächst nicht enthalten war, reduziert sich die Grundgesamtheit auf n=144 Männer, die zu dieser Frage Angaben machen konnten.

3.6.1 Entsprechung der Wehen und Geburt mit den Erwartungen

Bei über der Hälfte der Männer sind mit 52,1 % (n=75) Geburtserwartungen nicht erfüllt worden. Nur 41,0 % (n=59) gaben eine Übereinstimmung von Erleben und Erwartungen an. 6,9 % (n=10) Männer machten dazu keine Angaben.

Tab. 20: Entsprechung der Wehen und der Geburt mit den Erwartungen

Entsprechung der Wehen und der Geburt mit den Erwartungen				
		Häufigkeit n	%	gültige %
Gültig	nein	75	52,1	56,0
	ja	59	41,0	44,0
	Gesamt	134	93,1	100,0
Fehlend	keine Angabe	10	6,9	
Gesamt		144	100,0	

Um den Einfluss nicht-erfüllter Erwartungen auf die Geburtserfahrung weiter zu untersuchen, wurden aus der Gruppe, die diese Frage beantwortet hatten (n=134, entspricht 77,0 % der Gesamtpopulation), zwei Teilstichproben gebildet:

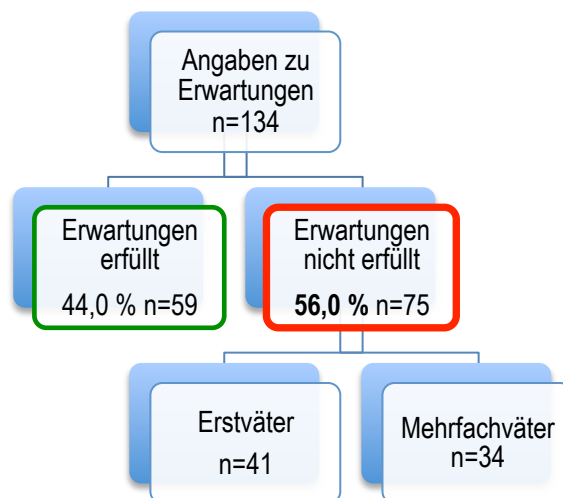


Abb. 3: Untergruppen Entsprechung Erwartungen mit dem Erleben

Die Untergruppe (n=75) mit nicht-erfüllten Erwartungen verteilt sich dabei auf 41 Männer (54,7 %), die in der vorliegenden Studie die erste Entbindung miterlebt hatten und 34 (45,3 %) geburtserfahrene Männer.

Die Verteilung auf die beiden Untergruppen nicht-erfüllte vs. erfüllte Erwartungen ist bei den Gruppen der Erstväter und den geburtserfahrenen Vätern ohne statistisch signifikanten Unterschied, was folgende Interpretation zulässt: die Tatsache, dass Männer bereits geburtserfahren sind, schützt sie nicht vor unerfüllten Erwartungen bei einer weiteren Geburt. Erstväter erleben in der vorliegenden Stichprobe gleich häufig wie geburtserfahrene Väter, dass ihre Erwartungen an die Geburt nicht mit dem tatsächlichen Erlebnis übereinstimmen.

3.6.2 Erwartungen wurden erfüllt

Bei den Männern, die freie Anmerkungen zu erfüllten Erwartungen an die Geburtsteilnahme machten, fanden sich bei einem geringen Teil negative Erwartungen bestätigt. Der weit überwiegendere Teil begründete jedoch das Übereinstimmen des tatsächlichen Erlebens mit den Erwartungen mit dem Gefühl einer "guten Vorbereitung" bzw. "Planbarkeit" im Geburtsverlauf, z. B. von vorneherein auf einen Kaiserschnitt vorbereitet oder auf einen vorzeitigen Blasensprung eingestellt gewesen zu sein.

Tab. 21: Erfüllte Erwartungen: kategorisierte Freitextangaben

Ablauf der Wehen und der Geburt entsprach den Erwartungen, weil... (n=29)
Wie erwartet oder besser wegen kurzer Zeitdauer n=6 "Der Zeitraum ab Wehenbeginn (...) überraschend kurz. (...) auf 24 Stunden eingestellt (...)." "Es hat nicht zu lange gedauert / schneller als erwartet" "Es sollte schnell gehen und dauerte 3,5 Stunden" "Nach Einleitung setzten Wehen nach 5 Stunden ein, dann jedoch unerwartet schnell." "Wie erwartet kurz und heftig, nach Erfahrung aus erster Geburt"
Geplanter Kaiserschnitt n=6 "Kaiserschnitt" / "geplante Sectio" / "Kaiserschnitt (geplant)" "Vorprogrammiert, da Kaiserschnitt" "Wunschkaiserschnitt" "Kaiserschnitt ohne Komplikationen"
Gute Vorbereitung n=6 "Da wir von vorneherein auf einen Kaiserschnitt mit vorbereitet waren" "Der Ablauf war mir bekannt und unproblematisch- soweit ich das beurteilen kann" "Lief alles so wie es uns erklärt wurde" "Vorzeitiger Blasensprung ist von Ärzten vorausgesehen worden, so dass wir uns darauf einstellen konnten" "Vor Termin (8 Tage), Wehen wurden unterstützt bzw. eingeleitet" "Rascher Weheneintritt nach VBS, rasche EP in Wanne, gute Betreuung und Anleitung zur Gebärdposition"

Negative Erwartungen wurden erfüllt n=4

"Es war schrecklich (wie erwartet)"

"Meine Frau leiden zu sehen"

"Ich hätte nicht gedacht, dass es für den Partner auch so anstrengend wird"

"Lange Wehenphase, Notwendigkeit der PDA"

Erwartungen wurden erfüllt (ohne nähere Angabe) n=7

"Voll" / "voll und ganz, bis auf dass die Wehen eingeleitet wurden"

"Ablauf größtenteils wie erwartet" / "Ziemlich genau!"

"Zufrieden"

"Teils/teils: man hat eine gewisse Vorstellung, die Realität ist doch wieder anders"

"Keine besondere Erwartungen, da nicht wie erste Geburt ein Kaiserschnitt erfolgte"

(EP=Eröffnungsperiode, PDA= Periduralanästhesie, VBS= vorzeitiger Blasensprung)

3.6.3 Erwartungen wurden nicht erfüllt

Von den 75 Männern, die angaben, dass ihre Erwartungen nicht erfüllt worden sind, machten fast alle (90,1 %, n=68) dazu weitere Angaben in eigenen Worten, so dass mit dieser Frage ein guter Überblick über die bei Männern vorhandenen Erwartungen an die Geburt gewonnen werden konnte. Elf Männer gaben an, im positiven Sinne überrascht worden zu sein – von einer kürzeren Dauer oder unerwartet unkompliziertem Verlauf der Geburt. Vom überwiegenden Anteil der Männer, deren tatsächliches Erleben nicht mit den Erwartungen übereinstimmte, wurden aber Komplikationen im Geburtsverlauf, eine langwierige, aber auch eine überstürzte Geburt, medizinische Interventionen oder falsche Einschätzungen von Dauer oder Schmerzintensität bei der Partnerin im Zusammenhang mit unerfüllten Erwartungen genannt.

"Meine Erwartungen (Hoffnungen und Wünsche) waren die natürlichen Wehen und Geburt, doch die Realität forderte medizinische Hilfe."

(Studienteilnehmer, 28 Jahre)

Wie das Zitat exemplarisch zeigt, scheint bei den untersuchten Männern insbesondere die Konfrontation mit der Unvorhersehbarkeit des Geburtsverlaufs und den – oft sehr plötzlich notwendig werdenden – medizinischen Interventionen (eilige Sectio, Notfallkaiserschnitt, aber auch Geburtseinleitung und PDA) nicht nur mit negativ gefärbten Gefühlen von Sorge, Hilflosigkeit und Ohnmacht, sondern in der Konsequenz auch mit unerfüllten Erwartungen verbunden zu sein. Auch eine falsche Einschätzung des Geburtsablaufs, der Dauer oder der Schmerzintensität der Partnerin können zu unerfüllten Erwartungen und damit verbunden einem Gefühl von Enttäuschung führen.

Tab. 22: Unerfüllte Erwartungen: kategorisierte Freitextangaben

Ablauf der Wehen u. der Geburt entsprach nicht den Erwartungen, weil ... (n=68)
<p>Positiv, weil ... einfacher/schneller n=11</p> <p>"Deutlich einfacher als das erste Mal, also diesmal viel besser"</p> <p>"Die Austreibungsphase hatte ich mir langwieriger vorgestellt"</p> <p>"Die Geburt hat mich eher positiv überrascht, meine Erwartungen waren schlimmer (mehr Blut)."</p> <p>"Es lief besser als erwartet"</p> <p>"Es war besser!"</p> <p>"Es gab keine feste Erwartung, weil Ablauf nicht vorhersehbar"</p> <p>"Es war unkomplizierter als bei der ersten Geburt"</p> <p>"Ging schneller als befürchtet"</p> <p>"Schneller als erwartet"</p> <p>"Wehen kamen anfangs schneller und heftiger als erwartet, ohne sich groß anzukündigen, mittlere Phase mit PDA viel angenehmer u. gemütlicher als erwartet"</p> <p>"Vom ersten Ziehen bis zur Geburt nur 2 Stunden 37 min. Da war ich von den ersten beiden anderen gewohnt."</p>
<p>Negativ, weil n=57</p> <p>Intervention: Sectio n=16</p> <p>"Kaiserschnitt" / "Sectio"</p> <p>"Es war ein Kaiserschnitt ohne Wehen"</p> <p>"Keine Wehen, geplante Sectio wegen diskreter Plazentainsuffizienz"</p> <p>"Kaiserschnitt wurde planmäßig durchgeführt"</p> <p>"Kaiserschnitt 2 Wochen vor eigentlichem Geburtstermin"</p> <p>"Da durch Kaiserschnitt 4 Wochen früher geholt"</p> <p>"Zwillinge Kaiserschnitt 3 Wochen vor Termin"</p> <p>"Leider Kaiserschnitt nötig"</p> <p>"Spontangeburt geplant und dann doch Kaiserschnitt"</p> <p>"Geplante Spontangeburt, dann Sectio nach Problemen"</p> <p>"Sehr hektisch u. klinisch wg. Kaiserschnitt, Wehen wurden eingeleitet"</p> <p>"Langwieriger OP-Prozess; Probleme bei der Spinalanästhesie meiner Frau"</p> <p>"Weil Notkaiserschnitt 29. Woche"</p> <p>"Not-OP"</p> <p>"Keine Erwartungen, Geburt durch Sectio"</p>
<p>Falsche Einschätzung n=10</p> <p>"Es war schrecklich"</p> <p>"War alles zu heftig"</p> <p>"Die Geburt verlief schwieriger als erwartet."</p> <p>"Es war extremer als in der Vorstellung"</p> <p>"Es war schlimmer als erwartet"</p> <p>"Es war viel mühsamer und aufregender als ich dachte"</p> <p>"Vorstellung der Zeit war abweichend, ich dachte wir verbringen mehr als 10 Stunden im Kreissaal"</p> <p>"Dauer der Geburt falsch eingeschätzt"</p> <p>"Unvorhersehbarkeit der Geburt"</p> <p>"Wir hatten es uns beim zweiten Mal etwas einfacher vorgestellt"</p>
<p>Dauer: zu schnell/zu lange n=8</p> <p>"Es ging zu schnell"</p> <p>"Sehr schnell"</p> <p>"Sehr schnelle Geburt"</p> <p>"Zu spät zu schnell sehr heftig"</p> <p>"Es hat zu lange bis zur Geburt des Kindes gedauert"</p> <p>"Ich hatte nicht erwartet, dass wir 17 Stunden unter Wehen im Kreissaal verbringen würden."</p>

"Weil die Geburt zu lange gedauert hat"
"Zu lange ohne Zuspitzung"
Andere Komplikationen n=8
"Beim ersten Kind ging alles etwas schneller und problemloser als beim jetzigen"
"HELLP-Syndrom"
"Kopf wahrscheinlich nicht durch Geburtskanal, Nabelschnur 1,5fach um Hals, Bradykardien bis beinahe Notsectio"
"Leider wurde die Hinterhauptslage erst spät erkannt, daher gab es Komplikationen"
"Saugglocke und Dammschnitt"
"War alles viel zu früh"
"Wegen Frühgeburt"
"Lange Wehenphase, Notwendigkeit der PDA"
Intervention: Einleitung n=6
"Aufgrund Einleitung steigerten sich die Wehen nicht, sondern waren von Beginn an sehr stark"
"Da es eine eingeleitete Geburt war, lief es etwas schnell ab"
"Durch das Einleiten der Geburt sehr lange Wartezeit"
"Hätte mir spontane Geburt ohne Einleitung gewünscht, doch war die Entscheidung richtig"
"Weil die Geburt eingeleitet wurde"
"Wurde eingeleitet!"
Wunsch nach natürlicher Geburt n=4
"Meine Erwartungen (Hoffnungen und Wünsche) waren die natürlichen Wehen und Geburt, doch die Realität forderte medizinische Hilfe"
"Spontane Geburt wäre schöner gewesen; 12 Tage übertragen"
"Ich hätte mir eine normale Geburt gewünscht."
"Keine natürliche Geburt aufgrund des medizinischen Befundes"
Schmerzen/Leiden der Frau n=3
"Meine Frau hatte sehr starke Schmerzen"
"Stärker als angenommen"
"Viel zu lange gedauert. Meine Frau hat mir sehr leid getan"
Beziehungsaspekte n=1
"Weil die Hebamme sehr selten nach meiner Frau geschaut hat"
Keine Erwartungshaltung n=1
"Ich hatte keine Erwartungen"

(HELLP = Hämolyse, Leberwerterhöhung, Thrombozytopenie, OP = Operation, PDA= Periduralanästhesie)

3.7 Messung des Geburtserlebens mit der SIL-Ger

In den vorigen Kapiteln wurden die Methoden beschrieben, um die Geburtserfahrung des Mannes in der vorliegenden Arbeit mittels eines halbstrukturierten Fragebogens über Likert-Skalen, offene Fragen und Zufriedenheitsskalen abzubilden. Bei der deskriptiven Datenanalyse und insbesondere auch in der qualitativen Analyse der freien Antworten der Männer auf Fragen nach Erfahrungen rund um die Geburt, das emotionale Erleben der Geburt und die Erfüllung von Erwartungen wurde deutlich, dass das Geburtserleben auch bei Männern eine komplexe Erfahrung darstellt, die nur unzureichend mit wenigen Adjektiven oder einer Bewertung im Sinne einer Schulnote (wie auf Selbstbeurteilungsfragebögen üblich) in ihren Facetten wiedergegeben werden kann. Bei den freien Antworten fiel auf, dass positive und negative Erlebnisweisen

gleichzeitig oder in kurzer Folge und unabhängig voneinander auftreten können, wie es auch für das Geburtserleben von Frauen beschrieben wurde und was als die Multidimensionalität des Geburtserlebens bezeichnet wird. Um dem komplexen Gesamterlebnis "Geburt" gerecht zu werden, sollte das emotionale Erleben daher sowohl während des Geburtsverlaufs erfasst werden können als auch der Ausgang betrachtet werden, also der Moment, in dem das Kind auf der Welt ist sowie über den Gesundheitszustand von Mutter und Kind für den Mann Klarheit herrscht. Wie im Methodikteil beschrieben erfüllt die Skala SIL-Ger diese Anforderungen.

Im folgenden Kapitel werden die Zielvariablen der SIL-Ger d.h. SIL-Ger-Summenwert, f1 Erfüllung, f2 emotionale Adaptation, f3 Enttäuschtheit, f4 Erschöpfung, s12 Kontrolle, s15, Ängstlichkeit und s18 Zeitempfinden in ihren Ausprägungen in der dieser Studie zugrunde liegenden Studienpopulation und in ausgewählten Teilstichproben beschrieben. In einem nächsten Schritt werden die Ergebnisse aus dem Anamnesefragebogen mit den Ausprägungen auf der SIL-Ger korreliert, um zu untersuchen, ob SIL-Ger das Geburtserleben des Mannes verlässlich abbildet. Im letzten Teil werden Einflussfaktoren auf das Geburtserleben mittels statistischer Verfahren untersucht.

3.7.1 SIL-Ger: Summenwert, postnatale und intrapartale Dimensionen

Wie im Methodikteil dargestellt, bildet die Ausprägung des Summenwertes der SIL-Ger die Qualität des Geburtserlebens ab, wobei niedrige Ausprägungen auf ein negatives und höhere Ausprägungen auf ein positives Geburtserleben hinweisen.

Tab. 23: SIL-Ger: Gesamtgruppe sowie Vergleich Erstväter und geburtserfahrene Väter

Deskriptive Statistik					
	Gesamt- gruppe n	Gesamt- gruppe MW	Erstväter n=90 MW	geburtserfahrene Väter n=77 MW	Sd
SIL-Ger Summenwert	168	91,93	91,00	92,36	16,75
SIL-Ger f1 Erfüllung	168	29,35	29,08	29,65	6,07
SIL-Ger f2 emotionale Adaptation	168	22,66	22,57	22,75	5,64
SIL-Ger f3 Enttäuschtheit	167	16,49	16,52	16,43	2,98
SIL-Ger f4 Erschöpfung	167	10,62	10,40	10,90	4,00
SIL-Ger s12 Kontrolle	167	4,55	4,51	4,66	1,57
SIL-Ger s15 Ängstlichkeit	166	4,04	4,04	4,05	1,86
SIL-Ger s18 Zeitempfinden	167	4,14	4,33	3,97	1,89

(SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001; MW = Mittelwert, Sd = Standardabweichung)

Der Summenwert kann Werte von 0 bis 120 annehmen. Er lag bei den untersuchten Männern mit einem arithmetischen Mittel (MW) von 91,93 im oberen Bereich, damit deutlich über einem in der Literatur definierten Grenzwert für negatives Geburtserleben (bei Frauen) von 70.

Beim Summenwert und der überwiegenden Anzahl der Dimensionen lagen die Mittelwerte bei den geburtserfahrenen Männern höher, jedoch ohne statistische Signifikanz. Die Erstväter waren weniger enttäuscht (f3 Enttäuschtheit) und hatten eher das Gefühl, dass die Zeit schnell vergangen ist (s18 Zeitdauer). Aufgrund der fehlenden Erfahrung beim Einsatz der Skala SIL-Ger beim Mann wurde auf die Definition von Normwerttabellen verzichtet. Die Ausprägungen der Subdimensionen und Einzelvariablen wurden bei der differenzierten Analyse auf ihre Verteilung innerhalb der Subgruppen sowie im Hinblick auf Einflussfaktoren auf das Geburtserleben untersucht.

3.7.2 Validierung

Dass Geburtserleben auch beim Mann ein multidimensionales Geschehen darstellt, konnte anhand der Fragen im Anamnesefragebogen mithilfe von Angaben zur Zufriedenheit und zum emotionalen Erleben auf einer Likert-Skala sowie mittels freien Angaben dargelegt werden. Zur Frage, ob das Geburtserleben beim Mann in seiner Komplexität von der Skala SIL-Ger abgebildet werden kann, wurden die Ergebnisse aus dem Anamnesefragebogen mit den Ausprägungen auf der SIL-Ger-Skala korreliert. Dabei zeigten sich hohe Übereinstimmungen bei den Ergebnissen der Selbstbeurteilungsskala zum emotionalen Erleben der Geburt mit den Ausprägungen auf der SIL-Ger sowohl im Summenwert als auch in den beiden postnatalen Dimensionen Erfüllung und Enttäuschtheit. Bei den intrapartalen Dimensionen war eine Übereinstimmung nur in Bezug auf die emotionale Adaptation zu beobachten.

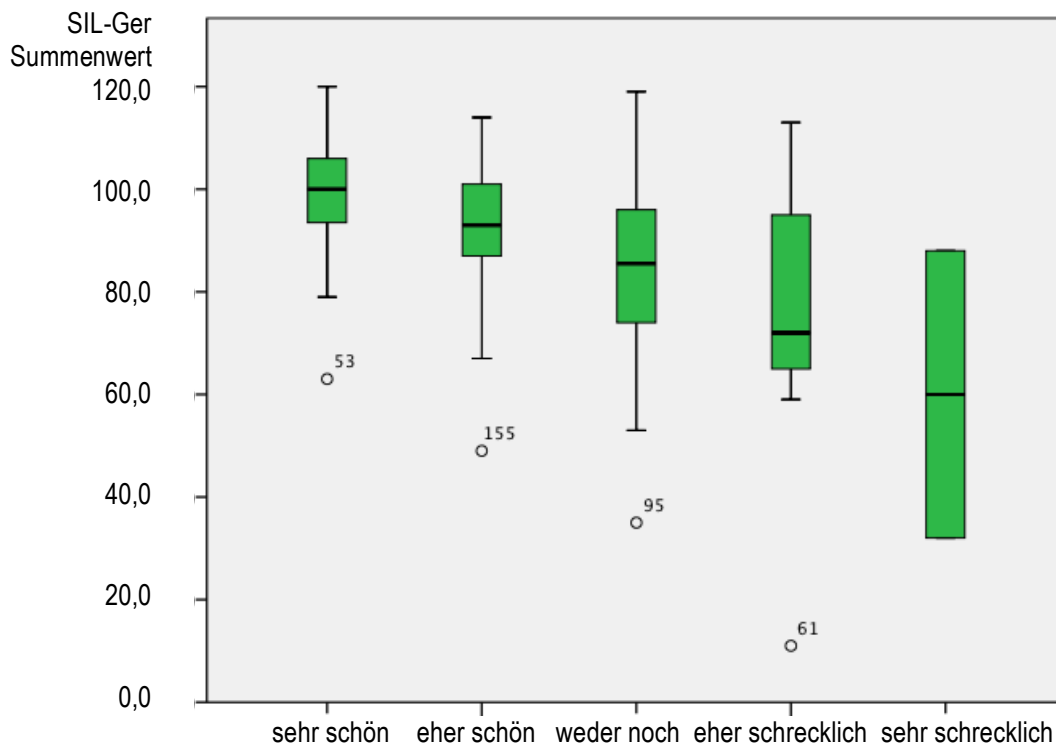
3.7.2.1 Übereinstimmung Summenwert SIL-Ger

Analog zu den fünf Abstufungen beim emotionalen Erleben der Geburt auf der Likert-Skala nimmt der auf der SIL-Ger erreichte Summenwert ab, d. h. hohe Ausprägungen auf der Likert-Skala stimmen mit einem niedrigeren Summenwert in der SIL-Ger als Ausdruck schlechteren Geburtserlebens überein.

Tab. 24: SIL-Ger Summenwert (MW) nach "Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt"

Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt	SIL-Ger Summenwert		
	Mittelwert	Häufigkeit n	Sd
sehr schön	99,32	60	10,16
eher schön	92,91	53	12,66
weder noch	83,97	30	17,91
eher schrecklich/belastend	75,76	17	24,12
sehr schrecklich/belastend	60,00	2	39,60
Insgesamt	91,42	162	16,95

(SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001;
MW = Mittelwert, Sd = Standardabweichung)



Die Abbildung zeigt die Ausprägungen des SIL-Ger Summenwert (Mediane) aufgetragen nach den Kategorien des emotionalen Geburtserlebens auf einer 5-stufigen Likert-Skala. (SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001)

Abb. 4: SIL-Ger Summenwert (Mediane) nach "Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt"

Gleichzeitig zeigt sich auch eine hochsignifikante Korrelation ($-0,458^{**}$, $p < 0,01$, Spearman-Rho) von Ausprägungen des emotionalen Geburtserlebens auf der Likert-Skala mit dem SIL-Ger Summenwert (Korrelation gegenläufig, da höhere Ausprägungen auf der Likert-Skala schlechteres, höhere Werte im SIL-Ger besseres Geburtserleben anzeigen).

3.7.2.2 Übereinstimmung Subdimensionen SIL-Ger

Übereinstimmungen zeigten sich in den Subdimensionen postnatale Erfüllung f1, emotionale Adaptation f2 und postnatale Enttäuschtheit f3, nicht jedoch in Bezug auf intrapartales Unbehagen/Erschöpfung f4.

f1 postnatale Erfüllung

Es fanden sich absteigende Mittelwerte der postnatalen Erfüllung f1 analog zu verschlechtertem Geburtserleben auf der Likert-Skala:

Tab. 25: MW SIL-Ger f1 nach "Gefühlmäßiges Erleben der Geburt"

Gefühlmäßiges Erleben der Geburt	SIL-Ger f1 Erfüllung		
	Mittelwert	Häufigkeit n	Sd
sehr schön	31,85	60	3,66
eher schön	29,70	53	5,62
weder noch	26,10	30	7,05
eher schrecklich/belastend	25,47	17	7,67
sehr schrecklich/belastend	24,00	2	16,97
Insgesamt	29,31	162	6,16

(SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001;

MW = Mittelwert, Sd = Standardabweichung)

Dabei ist die Korrelation ($-,375^{**}$, $p < 0,01$, Spearman-Rho) von Ausprägungen des emotionalen Erlebens der Geburt auf der Likert-Skala mit f1 Erfüllung hochsignifikant.

f2 intrapartale emotionale Adaptation

Auch bei der emotionalen Adaptation f2 zeigten sich absteigende Mittelwerte analog zu verschlechtertem emotionalen Geburtserleben auf der Likert-Skala:

Tab. 26: MW SIL-Ger f2 nach "Gefühlmäßiges Erleben der Geburt"

Gefühlmäßiges Erleben der Geburt	SIL-Ger f2 emotionale Adaptation		
	Mittelwert	Häufigkeit n	Sd
sehr schön	25,32	60	3,68
eher schön	22,79	53	5,15
weder noch	20,03	30	5,61
eher schrecklich/belastend	17,82	17	6,91
sehr schrecklich/belastend	11,50	2	10,61
Insgesamt	22,56	162	5,71

(SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001;

MW = Mittelwert, Sd = Standardabweichung)

Ebenso findet sich eine hochsignifikante Korrelation ($-,451^{**}$, $p < 0,01$, Spearman-Rho) von Ausprägungen des emotionalen Erlebens der Geburt auf der Likert-Skala mit f2 emotionale Adaptation.

f3 postnatale Enttäuschtheit

Auch postnatale Enttäuschtheit f3 zeigte absteigende Mittelwerte analog zu verschlechtertem emotionalen Geburtserleben auf der Likert-Skala:

Tab. 27: MW SIL-Ger f3 nach "Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt"

Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt	SIL-Ger f3 Enttäuschtheit		
	Mittelwert	Häufigkeit n	Sd
sehr schön	17,37	60	2,37
eher schön	16,81	53	2,53
weder noch	15,10	30	3,54
eher schrecklich/belastend	14,63	16	3,79
sehr schrecklich/belastend	13,50	2	6,36
Insgesamt	16,44	161	3,03

(SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001;
MW = Mittelwert, Sd = Standardabweichung)

Die Korrelation (-,413**, $p < 0,01$) von Ausprägungen des emotionalen Erlebens der Geburt auf der Likert-Skala mit f3 Enttäuschtheit fällt ebenso hochsignifikant aus.

f4 intrapartales Unbehagen/Erschöpfung (physical discomfort)

In den Ausprägungen der Subdimension f4 körperliches Unbehagen/Erschöpfung zeigen sich innerhalb der Selbstbeurteilungskategorien auf der Likert-Skala uneinheitliche Ergebnisse.

Tab. 28: MW SIL-Ger f4 nach "Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt"

Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt	SIL-Ger f4 physisches Unbehagen/Erschöpfung		
	Mittelwert	Häufigkeit n	Sd
sehr schön	11,20	60	3,84
eher schön	10,21	53	4,13
weder noch	10,70	30	3,97
eher schrecklich/belastend	10,00	16	3,85
sehr schrecklich/belastend	3,00	2	1,41
Insgesamt	10,56	161	4,02

(SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001;
MW = Mittelwert, Sd = Standardabweichung)

Ebenso ist der Zusammenhang in der Korrelation nach Spearman-Rho (-,113, $p = 0,152$) zwar vorhanden, jedoch nicht signifikant für die Subdimension f4.

Nicht-parametrischer Test nach Kruskal-Wallis

Auch wenn bei der Anwendung einer Likert-Skala mit äquidistanten Abstufungen, wie im vorliegenden Fall verwendet, die Anwendung parametrischer Tests auf Signifikanz in der Regel statistisch zulässig ist, wurde zur Kontrolle auch der nicht-parametrische Test nach Kruskal-Wallis bei unabhängigen Stichproben angewendet. Die Nullhypothese ist dabei für den SIL-Ger

Summenwert, f1, f2 und f3 abzulehnen, was auf statistisch signifikante Unterschiede der SIL-Ger Werte innerhalb der Kategorien zur Bewertung des Geburtserlebens auf der Likert-Skala hinweist.

3.7.3 Übereinstimmung Zufriedenheit und SIL-Ger

Zufriedenheit kann als ein Teilaspekt des Geburtserlebens verstanden werden. In der vorliegenden Studie wird "Zufriedenheit mit dem organisatorischen Ablauf der Geburt" als "Gesamtzufriedenheit mit dem Geburtserleben" (die in dieser Form nicht explizit erfragt worden ist) verstanden, so dass diese Variable auf ihre Übereinstimmung mit der Abbildung des Geburtserlebens im SIL-Ger überprüft worden ist. Die anderen Werte auf der Selbstbeurteilungsskala (Zufriedenheit mit der Betreuung durch Hebammen, durch ärztliches Personal, auf der Wochenstation) werden als Einflussfaktoren auf das Geburtserleben im folgenden Kapitel in der differenzierten Datenanalyse untersucht.

Die Ergebnisse zur Zufriedenheit (zum organisatorischen Ablauf der Geburt) zeigen ebenfalls hohe Übereinstimmungen mit den Ergebnissen im SIL-Ger Summenwert als auch in den drei Dimensionen Erfüllung, Enttäuschtheit und emotionale Adaptation.

Tab. 29: SIL-Ger Summenwert (MW) nach "Zufriedenheit"

Zufriedenheit	SIL-Ger Summenwert		
	Mittelwert	Häufigkeit n	Sd
sehr zufrieden	95,51	79	11,74
zufrieden	85,84	55	20,46
eher unzufrieden	82,50	4	8,19
gar nicht zufrieden	60,00	1	
Insgesamt		139	

(SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001;
MW = Mittelwert, Sd = Standardabweichung)

In der Korrelation nach Spearman-Rho zeigen sich statistisch hochsignifikante ($p < 0,01$) Zusammenhänge von Zufriedenheit und SIL-Ger Summenwert (-.299**), f1 Erfüllung (-.244**), f2 emotionale Adaptation (-.310**) sowie in f3 Enttäuschtheit (-.334**). Auch in nicht-parametrischen Tests (nach Kruskal-Wallis) bestätigen sich die signifikanten Unterschiede von Ausprägungen auf der SIL-Ger Skala innerhalb der Selbstbeurteilungskategorien der Zufriedenheit.

3.7.4 SIL-Ger Grenzwert

In der Literatur wird ein Summenwert von weniger als 70 Punkten auf der SIL-Ger für die Abbildung des Geburtserlebens der Frau zu einer Unterscheidung zwischen negativem und positivem Geburtserleben angenommen. Bei Anwendung des Grenzwertes von unter 70 (von 120 Punkten) für ein negatives Geburtserleben auf die Stichprobe, zeigte diese Untergruppe von 19 Männern (11,4 % der Gesamtgruppe) signifikante Unterschiede zur Restgruppe.

Tab. 30: Vergleich SIL-Ger Summenwert < 70 und ≥ 70

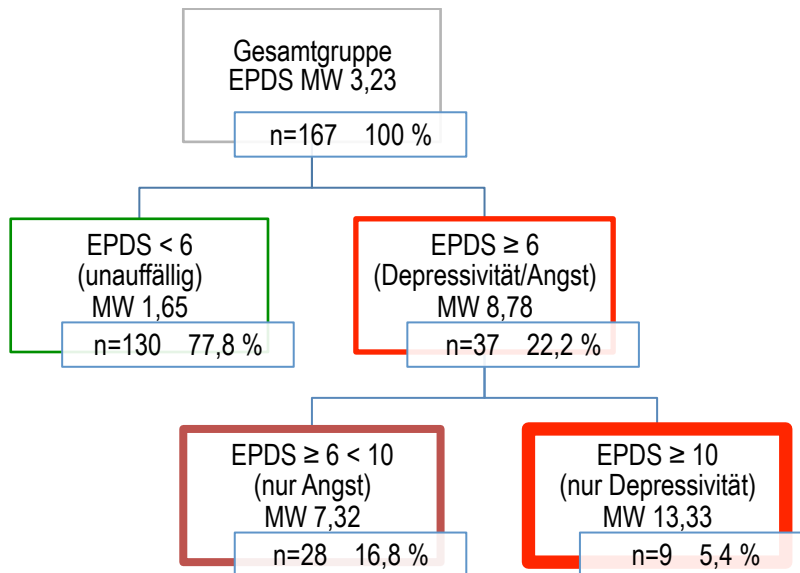
	negatives Geburtserleben	positives Geburtserleben		
	SIL-Ger Summenwert < 70 n=19 11,4 %	SIL-Ger Summenwert ≥ 70 n=148 88,6 %	Korrelation Spearman Rho ** p<0,01	Mann- Whitney-U- Test p<0,05
Erfülltheit f1	18,84	30,69	.491**	0,000
emotionale Adaptation f2	12,32	23,98	.522**	0,000
Enttäuschtheit f3	10,39	17,22	.532**	0,000
physisches Unbehagen f4	8,28	10,91	.206**	0,008
Kontrolle s12	3,50	4,68	.203**	0,009
Ängstlichkeit s15	2,88	4,17	.203**	0,009
Zeitempfinden s18	2,39	4,36	.270**	0,001
emotionales Geburtserleben (Likert-Skala)	3,26	1,90	-.384**	0,000
Zufriedenheit (Likert-Skala)	1,94	1,41	-.266**	0,001

(SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001; Messung emotionales Geburtserleben mit 5-stufiger Likert-Skala von 1=sehr schön bis 5=sehr schrecklich/belastend; Messung Zufriedenheit mit 4-stufiger Likert-Skala von 1=sehr zufrieden bis 4=gar nicht zufrieden)

Sowohl in den postnatalen als auch in beiden intrapartalen Dimensionen der SIL-Ger waren die Ausprägungen hochsignifikant niedriger als bei der Restgruppe. Auch in den drei Einzelvariablen (Kontrolle, Ängstlichkeit, Zeitempfinden) zeigten die betroffenen Männer hochsignifikant schlechtere Ergebnisse. Analog dazu fanden sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in der Bewertung des Geburtserlebens auf der Likert-Skala ($MW_{UG<70}$ 3,26 zu $MW_{UG\geq 70}$ 1,90 bei einer Skala von 1 "sehr schön" bis 5 "sehr schrecklich/belastend") sowie in der Zufriedenheit ($MW_{UG<70}$ 1,94 zu $MW_{UG\geq 70}$ 1,41 bei einer Skala von 1 "sehr zufrieden" bis 4 "gar nicht zufrieden"), die in parametrischen und nicht-parametrischen Tests als signifikant zu bezeichnen sind. Es ist also davon auszugehen, dass die Anwendung eines Grenzwertes von < 70 Punkten als Hinweis auf negatives Geburtserleben auch in der Untersuchung bei Männern sinnvoll ist.

3.8 Befindlichkeitsveränderungen unmittelbar postpartum (EPDS)

Die postpartale Befindlichkeit in der Messung mit der Edinburgh Postnatal Depression Scale in deutscher Version für Männer lag in der Studienpopulation bei einem Mittelwert von 3,23 (Standardabweichung 3,57) und einer Verteilungsbreite von 0 bis 16 Punkten, wobei eine höhere Punktzahl auf ein schlechteres postpartales Befinden hinweist. Bei der Skala, die einen Punktwert von 0 bis 30 Punkten annehmen kann, wurde als Cut-off-Wert angelehnt an den aktuellen Forschungsstand ein Punktwert von ≥ 6 im Sinne eines erweiterten Screenings auf postpartale Befindlichkeitsstörungen mit Angst und/oder depressiver Symptomatik bei Männern angenommen. Im engeren Sinne zum Screening auf postpartale Depressivität gilt ein Cut-off Wert ≥ 10 als Optimum, wobei die Punktwerte nicht mit Diagnosen gleichgesetzt werden dürfen.

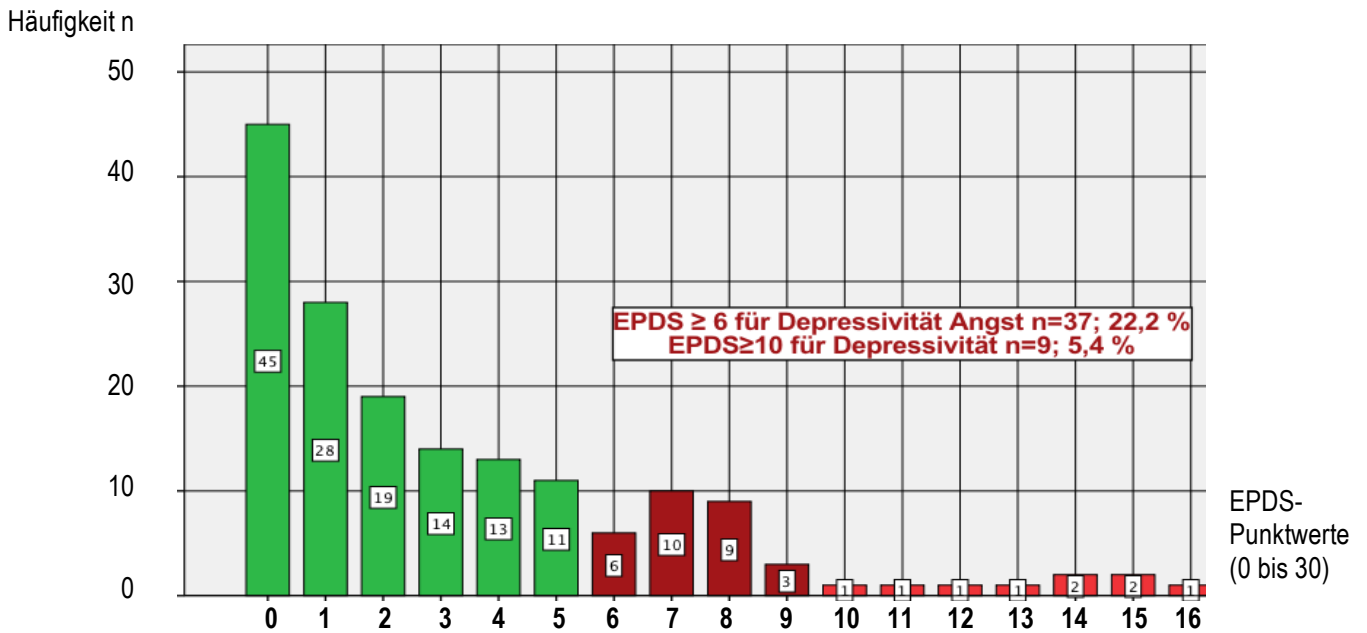


Die Abbildung zeigt die Verteilung auffälliger und unauffälliger EPDS-Werte bei den untersuchten Vätern, wobei EPDS-Ausprägungen ≥ 6 auf erhöhte Depressivität und/oder Angst, ≥ 10 auf erhöhte Depressivität in der Postnatalzeit hinweisen, jedoch nicht mit der Diagnose einer postnatalen Angststörung oder Depression gleichgesetzt werden dürfen. (EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale, deutsch nach Bergant et al., 1998)

Abb. 5: Subgruppenbildung für postnatale Depressivität/Angst bzw. Depressivität (EPDS)

In die gebildete Subgruppe mit EPDS-Werten ≥ 6 wurden 22,2 % (n=37) (MW 8,78; Minimum=6, Maximum=16) eingeschlossen, wovon 5,4 % (n=9) auf die Subgruppe mit EPDS-Werten ≥ 10 (MW 13,33; Minimum=10, Maximum=16) entfallen.

In der Studienpopulation zeigten also 22,2 % (n=37) der Väter in der unmittelbar postnatal erfolgten Messung erhöhte Werte für Angst und/oder Depressivität sowie 5,4 % (n=9) Werte, die beim postnatalen Screening auf eine depressive Verstimmung als auffällig zu werten sind.



(EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale, deutsch nach Bergant et al., 1998)

Abb. 6: Paternale postnatale Depressivität und/oder Angst bzw. Depressivität (EPDS)

Dabei fanden sich für die Untergruppe der Erstväter (n=87; MW 3,39) kein statistisch signifikanter Unterschied zu den geburtserfahrenen Vätern (n=79; MW 2,91). Lediglich bei den Männern, deren psychisches Befinden sich bereits während der Schwangerschaft ihrer Partnerin verschlechtert hatte (n=24; MW 5,83), zeigten sich statistisch signifikante (t-Test: 0,000; Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben $p=0,003$, Korrelation nach Spearman-Rho .239** $p<0,01$) höhere Werte in der Ausprägung der EPDS als bei der Gruppe, deren Befinden während der Schwangerschaft besser oder gleich geblieben war (n=135; MW 2,72).

EPDS-Punktwert

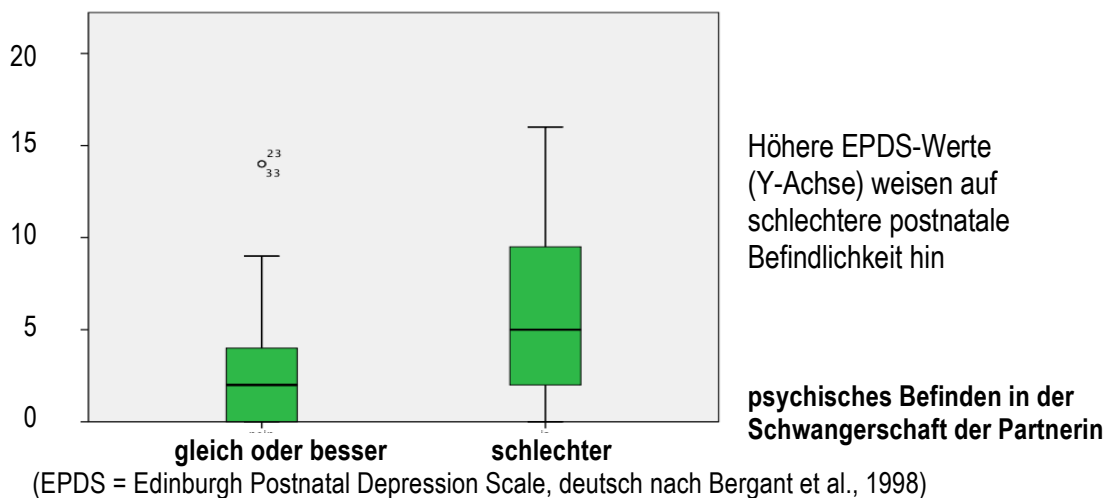


Abb. 7: Median (EPDS) nach psychischem Befinden in der Schwangerschaft der Partnerin

Zusammenhänge zwischen Geburtserleben und postnataler Befindlichkeit werden im folgenden Kapitel in der differenzierten Analyse dargestellt.

3.9 Analyse von Einflussfaktoren auf das Geburtserleben

3.9.1 Zusammenhang soziodemo-/biographische Merkmale und Geburtserleben

3.9.1.1 Alter und Bildungsgrad

Ältere Männer zeigten besseres Coping und weniger Erschöpfung

In der untersuchten Stichprobe zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang in beiden intrapartalen Dimensionen f2 emotionale Adaptation (Korrelation nach Pearson .273* $p < 0,05$) sowie f4 physisches Unbehagen/Eerschöpfung (Korrelation nach Pearson .219* $p < 0,05$) mit dem Alter. Ältere Männer haben unter der Geburt ein besseres Coping gezeigt sowie weniger Erschöpfung erlebt als jüngere Männer.

Bei jüngeren Männern blieben Erwartungen häufiger unerfüllt

In der untersuchten Stichprobe zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und erfüllten Erwartungen.

Tab. 31: Alter und Entsprechung von Erleben mit Erwartungen

	Entsprechung der Wehen und der Geburt mit den Erwartungen	Häufigkeit n	Alter (Jahre) Mittelwert
Alter in Jahren	nein	30	33,53
	ja	29	37,31

Sowohl im nicht-parametrischen Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (0,019 bei $p < 0,05$) als auch im t-Test ($p = 0,009$) zeigt sich ein signifikanter Unterschied: in der Gruppe der Männer, deren Erwartungen an die Geburt erfüllt wurden ($n = 29$), war das mittlere Alter mit 37,31 Jahren signifikant höher als in der Gruppe der Männer mit unerfüllten Erwartungen ($n = 30$) mit 33,53 Jahren. Die Korrelation von Alter und Erwartungen ist signifikant positiv .307* $p < 0,05$, auch als partielle Korrelation unter Berücksichtigung von bisher miterlebten Entbindungen und Entbindungsmodus.

Männer, deren Erwartungen unerfüllt blieben, sind signifikant jünger (niedrigerer Wert Y-Achse)

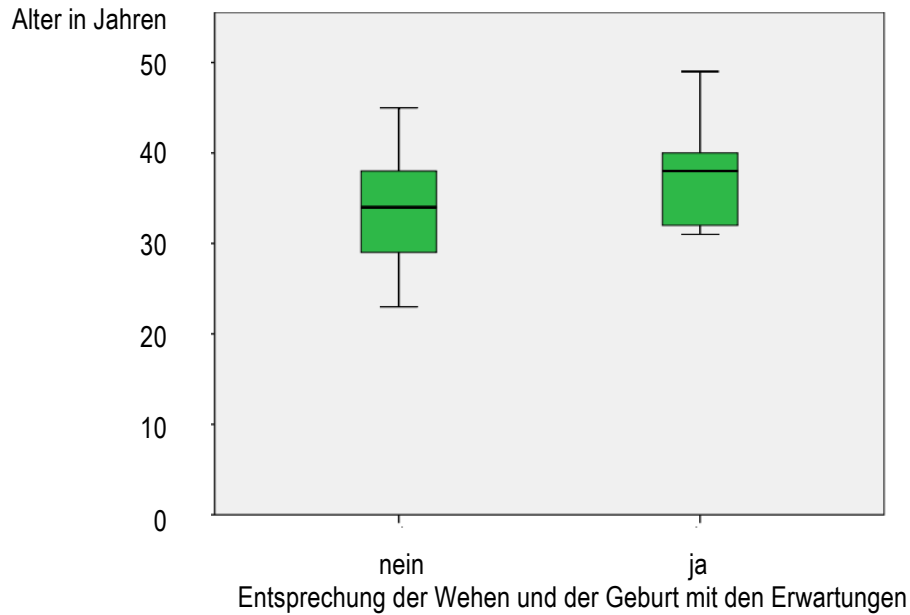
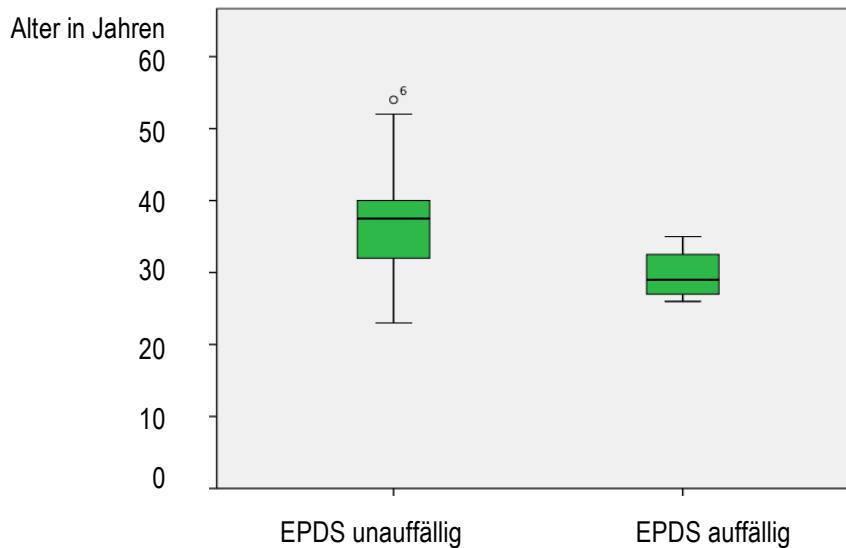


Abb. 8: Median Alter und Entsprechung von Erleben und Erwartungen

Jüngere Männer zeigten schlechteres postnatales Befinden (EPDS auffällig)



(EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale, deutsch nach Bergant et al., 1998)

Abb. 9: Median Alter und postnatale Befindlichkeit (EPDS-Werte)

Sowohl im nicht-parametrischen Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (0,014 bei $p < 0,05$) als auch im t-Test besteht mit $p = 0,002$ ein signifikanter Unterschied im mittleren Alter bei den Gruppen Cut-off EPDS ≥ 10 : in der Gruppe der Männer ($n = 5$) oberhalb des Cut-off-

Wertes, also mit einem auffälligen EPDS-Wert, war das mittlere Alter mit 28,40 Jahren signifikant niedriger als in der Gruppe der Männer mit unauffälligen EPDS-Werten (n=77) bei 37,00 Jahren. Die Korrelation von Alter und EPDS-Wert ist hochsignifikant gegenläufig (Spearman Rho $-.334^{**}$, $p < 0,01$), auch als partielle Korrelation unter Berücksichtigung des Geburtserlebens ($-.342^{**}$, $p < 0,01$).

Niedriger Bildungsgrad und postnatale Erfüllung

Im nicht-parametrischen Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben zeigten sich signifikante Unterschiede in der postnatalen Erfüllung in den Untergruppen nach Bildungsgrad (0,011; $p < 0,05$). In der untersuchten Stichprobe konnte ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen niedrigem Bildungsgrad und ausgeprägter postnataler Erfüllung gefunden werden ($-.259^{**}$ in der Korrelation nach Spearman-Rho, $p < 0,01$). Zusammenhänge zwischen Bildung und anderen Variablen des Geburtserlebens waren nicht signifikant.

3.9.1.2 Zuvor bereits erlebte Entbindungen

In der untersuchten Stichprobe fanden sich nur diskrete Unterschiede ohne statistische Signifikanz zwischen Männern, die hier als Erstväter bezeichnet werden (d. h. die bisher keine Entbindung miterlebt hatten) und geburtserfahrenen Männern. In der Studienpopulation hatte ein früheres Geburtserleben keinen signifikanten Einfluss auf das Erleben der aktuellen Entbindung, auf die Erfüllung von Erwartungen an die Entbindung oder auf die unmittelbare postpartale Befindlichkeit.

Tab. 32: Geburtserleben, Erwartungen, EPDS von Erstvätern und geburtserfahrenen Vätern

	Erstväter n=90	geburtserfahrene Väter n=77	Signifi- kanz
Emotionales Geburtserleben (Likert-Skala)	2,04	2,05	n.s.
Erfüllte Erwartungen (dichotome Skala)	,45	,43	n.s.
SIL-Ger Summenwert	91,0	92,4	n.s.
SIL-Ger Erfüllung f1	29,08	29,65	n.s.
SIL-Ger emotionale Adaptation f2	22,57	22,75	n.s.
SIL-Ger Enttäuschtheit f3	16,52	16,43	n.s.
SIL-Ger physisches Unbehagen f4	10,40	10,90	n.s.
SIL-Ger Kontrolle s12	4,51	4,66	n.s.
SIL-Ger Ängstlichkeit s15	4,04	4,05	n.s.
SIL-Ger Zeitempfinden s18	4,33	3,97	n.s.
EPDS	3,39	2,91	n.s.

(Messung emotionales Geburtserleben mit 5-stufiger Likert-Skala von 1=sehr schön bis 5=sehr schrecklich/belastend; Messung erfüllte Erwartungen mit dichotomer Skala ja/nein; SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale, deutsch nach Bergant et al., 1998)

75 der 77 Männer, die bereits eine Geburt vor der aktuellen Entbindung miterlebt hatten, bewerteten auch das vorherige Geburtserlebnis qualitativ auf einer Likert-Skala. Dabei gaben 16,0 % (n=12) ein negatives Geburtserleben an ("sehr bzw. eher schrecklich/belastend"). Diese Untergruppe unterschied sich nicht signifikant von der Restgruppe.

3.9.1.3 Psychiatrische Anamnese

Insgesamt haben 14 Männer angegeben, bereits einmal im Leben in psychiatrischer Behandlung und/oder Psychotherapie gewesen zu sein. Diese Teilstichprobe wies keine signifikanten Unterschiede zur Restgruppe in den Ausprägungen des Geburtserlebens auf. In den Mittelwertvergleichen fand sich die Tendenz zu eher besseren Bewertungen des Geburtserlebnisses, jedoch ohne statistische Signifikanz (Geburtserleben MW_{PT} 1,79 zu MW_{OPT} 2,07, SIL-Ger MW_{PT} 95,36 zu MW_{OPT} 91,25). Die wegen einer psychischen Störung/Krise vorbehandelten Männer gaben signifikant häufiger eine Verschlechterung ihres psychischen Befindens während der Schwangerschaft der Partnerin an (Chi-Quadrat, $p=0,028$), wiesen aber in der postnatalen Messung der Befindlichkeit nur geringe Unterschiede ohne Signifikanz auf (EPDS: MW_{PT} 4,31 zu MW_{OPT} 3,14).

Tab. 33: Psychisches Befinden während Schwangerschaft der Partnerin nach Vorbehandlung

Psychisches Befinden während Schwangerschaft der Partnerin verschlechtert * bisherige psychiatrische Behandlung oder Psychotherapie? (Kreuztabelle)						
		bisherige psychiatrische Behandlung/Psychotherapie?				Gesamt
		nein		ja		
psychisches Befinden während der Schwangerschaft schlechter	nein	128	86,5 %	9	64,3 %	137
	ja	20	13,5 %	5	35,7 %	25
Gesamt		148	100,0 %	14	100,0 %	162

3.9.1.4 Körperliches/psychisches Befinden während der Schwangerschaft

Körperliche und psychische Verschlechterungen treten häufig gemeinsam auf

Das körperliche Wohlbefinden von Männern während der Schwangerschaft ihrer Partnerin zeigte in der Studienpopulation eine hohe Übereinstimmung mit dem psychischen Befinden (Korrelation Spearman Rho von .295**, $p<0,01$).

Psychische Verschlechterung

Von den 162 Männern, die Angaben zu ihrem Befinden während der Schwangerschaft ihrer Partnerin gemacht hatten, gaben 25 Männer (n=14,4 %) eine Verschlechterung ihrer psychischen Befindlichkeit an. Diese Männer unterschieden sich signifikant von der Restgruppe:

1. durch eine schlechtere Bewertung des Geburtserlebens (Gesamterfahrung)
2. durch eine niedriger ausgeprägte postnatale Erfüllung (f1)
3. emotionale Adaptation (f2) fiel Männern mit verschlechtertem psychischen Befinden schwerer
4. durch hochsignifikant höhere Ausprägungen im Screening auf postnatale Verstimmungen (EPDS)

Tab. 34: Psychisches Befinden während der Schwangerschaft der Partnerin

	Gruppe "schlechter" n=25	Restgruppe "unverändert oder besser" n=133	Korrelation Spearman Rho * p<0,05 ** p<0,01	Mann- Whitney- U-Test p<0,05
emotionales Geburtserleben (Likert-Skala)	2,52	1,98	,195*	0,014
SIL-Ger Summenwert	83,96	92,88	-.192*	0,017
SIL-Ger Erfüllung f1	27,00	29,97	-.176*	0,028
SIL-Ger emotionale Adaptation f2	19,79	23,12	-.163*	0,042
SIL-Ger Enttäuschtheit f3	15,71	16,56	n.s.	n.s.
SIL-Ger physisches Unbehagen f4	10,21	10,57	n.s.	n.s.
SIL-Ger Kontrolle s12	4,38	4,56	n.s.	n.s.
SIL-Ger Ängstlichkeit s15	3,35	4,14	n.s.	n.s.
SIL-Ger Zeitempfinden s18	3,67	4,27	n.s.	n.s.
EPDS	5,83	2,72	.239**	0,003

(Messung emotionales Geburtserleben mit 5-stufiger Likert-Skala von 1=sehr schön bis 5=sehr schrecklich/belastend; SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale, deutsch nach Bergant et al., 1998; signifikante Werte fett gedruckt)

In der Studienpopulation war verschlechtertes psychisches Befinden während der Schwangerschaft der Partnerin assoziiert mit einer schlechteren Geburtserfahrung sowie einer schlechteren postnatalen Befindlichkeit.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Beobachtung, dass Männer, die eine psychiatrische Behandlung bzw. Psychotherapie erfahren haben (n=14) zwar auch häufiger über ein verschlechterte psychische Situation während der Schwangerschaft berichteten, was sich bei diesen Männern jedoch nicht auf das Geburtserleben oder die postnatale Befindlichkeit ausgewirkt hatte. Keiner der 14 Männer mit psychotherapeutischer Vorbehandlung, die immerhin zu 35,7 % (n=5) angegeben hatten, dass sie sich während der Schwangerschaft schlechter gefühlt hatten, gab dem Geburtserleben eine negative Bewertung (auf der Likert-Skala). Nur einer von 14 Männern mit psychotherapeutischer Vorbehandlung hatte einen Summenwert von < 70 Punkten in der Bewertung des Geburtserlebens auf der SIL-Ger, was Hinweise auf ein negatives Geburtserleben gibt. Andere mögliche Einflussfaktoren (z. B.

Komplikationen unter der Geburt in zwei Fällen, Persönlichkeitsfaktoren) sind an dieser Stelle nicht berücksichtigt worden.

Als ausgeprägter Unterschied zwischen den Männern mit bzw. ohne psychiatrische/ psychotherapeutische Vorbehandlung konnte dabei die Entsprechung von Erwartungen an die Geburt mit dem tatsächlichen Geburtserleben ausgemacht werden: Bei den Männern mit Vorbehandlung fand sich eine hochsignifikante Übereinstimmung von Erwartungen und Geburtserleben (Spearman Rho .248** $p < 0,01$; sowie im t-Test und Chi-Quadrat-Test $p = 0,004$).

Tab. 35: Erwartungen und psychiatrische/psychotherapeutische Vorbehandlung

Entsprechung der Wehen und der Geburt mit den Erwartungen * bisherige psychiatrische Behandlung oder Psychotherapie? (Kreuztabelle)						
Anzahl						
		bisherige psychiatrische Behandlung oder Psychotherapie?				Gesamt
		nein		ja		
Entsprechung der Wehen und der Geburt mit den Erwartungen	nein	73	59,8 %	2	16,7 %	75
	ja	49	40,2 %	10	83,3 %	59
Gesamt		122		12		134

3.9.2 Zusammenhang geburtshilfliche Parameter und Geburtserleben

3.9.2.1 Entbindungsmodus

Da der Geburtsmodus des entbundenen Kindes in der Literatur in Bezug auf das Geburtserleben von Frauen einen wesentlichen Einflussfaktor darstellt, wurden Zusammenhänge zwischen Geburtsmodus und Geburtserfahrung des Mannes in der vorliegenden Arbeit in verschiedenen Richtungen mittels statistischer Verfahren (Korrelationen, t-Tests bzw. nicht-parametrische Tests) untersucht. Folgende Zusammenhänge zwischen Geburtsmodus und Geburtserfahrung können für die Studienpopulation beschrieben werden:

Der Entbindungsmodus hat einen Einfluss auf das Geburtserleben und auf das Entsprechen von Geburtserwartungen mit dem tatsächlichen Erleben in der Studienpopulation. Die Zusammenhänge werden in den nach Entbindungsmodus unterschiedenen Untergruppen jeweils im Folgenden dargestellt.

Tab. 36: Geburtserleben nach Entbindungsmodus (Häufigkeiten)

Entbindungsmodus * Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt (Kreuztabelle, Häufigkeiten n)							
		Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt					Gesamt n
		sehr schön n	eher schön n	weder noch n	eher schrecklich/ belastend n	sehr schrecklich/ belastend n	
Geburts- modus	Spontanpartus	32	29	12	8	0	81
	Vakuum-/Forcepsextraktion	4	5	3	0	0	12
	primäre Sectio	17	16	5	4	0	42
	sekundäre Sectio	8	5	9	5	2	29
Gesamt		61	55	29	17	2	164

I Spontanpartus versus anderer Entbindungsmodus

Ob Männer einen Spontanpartus (n=79) oder eine andere Entbindungsart (n=85) begleitet haben, hatte Auswirkungen auf die Subdimension postnatale Erfüllung f1 des Geburtserlebens ($MW_{SPP} 30,38$ zu $MW_{keinSPP} 28,31$; signifikanter Unterschied im t-Test $p=0,028$; Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben $p=0,039$; Korrelation Spearman-Rho $-0,162^*$ $p<0,05$). Nach einer spontanen Entbindung, die von vielen Männern in den freien Antworten auch als "natürliche Geburt" bezeichnet wurde, hatten die Männer der Stichprobe signifikant stärker das Gefühl von Erfüllung als nach jedem anderen Geburtsmodus.

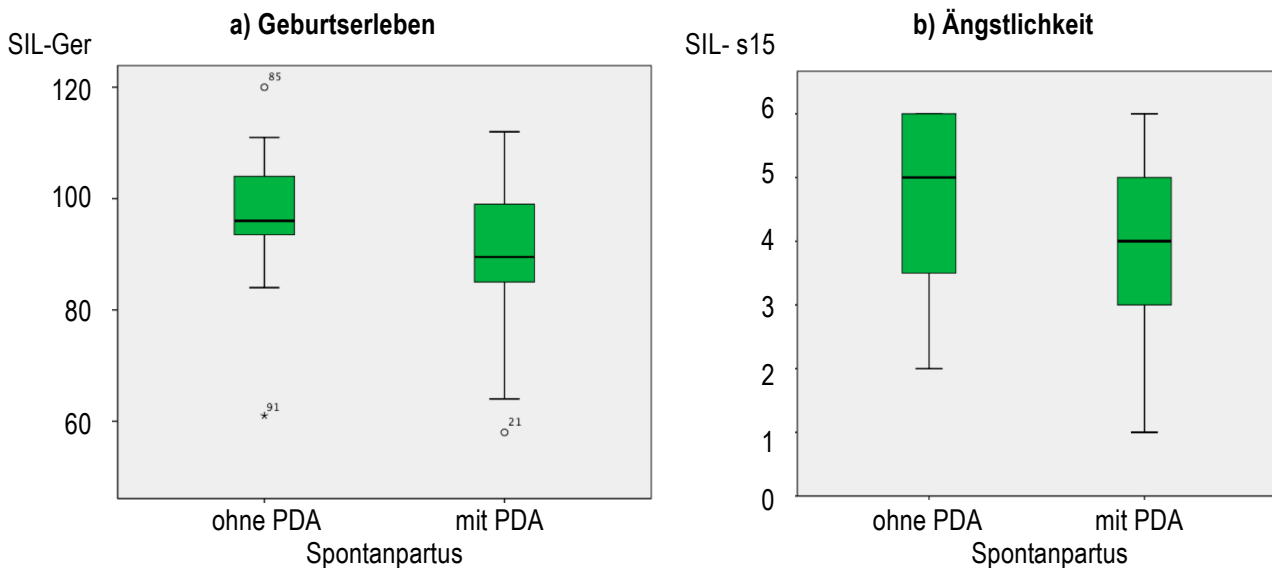
I.I Spontanpartus ohne Periduralanästhesie (PDA) versus Spontanpartus mit PDA

Unter den Männern der Studienpopulation, die eine spontane Entbindung begleitet hatten, konnten zwei in etwa gleich große Untergruppen definiert werden: 53,1 % (n=26) hatten eine Spontangeburt mit Periduralanästhesie (PDA) begleitet, 46,9 % (n=23) eine Spontangeburt ohne PDA. In diesen beiden Untergruppen fanden sich signifikante Unterschiede im Geburtserleben als Gesamterfahrung, in beiden postnatalen Dimensionen sowie intrapartal in der emotionaler Adaptation und im Erleben von Ängstlichkeit.

Tab. 37: Geburtserleben nach Untergruppen Spontanpartus ohne/mit Periduralanästhesie

	Spontanpartus ohne PDA n=23	Spontanpartus mit PDA n=26	Korrelation Spearman Rho * p<0,05	Kruskal-Wallis Test p
Emotionales Geburtserleben (Likert-Skala)	1,70	2,04	n.s.	n.s.
Erfüllte Erwartungen (dichotome Skala)	,59	,48	n.s.	n.s.
SIL-Ger Summenwert	97,13	90,15	-.305*	0,034
SIL-Ger Erfülltheit f1	32,26	29,62	-.319*	0,027
SIL-Ger emotionale Adaptation f2	24,17	22,08	-.304*	0,035
SIL-Ger Enttäuschtheit f3	17,70	16,27	-.399*	0,006
SIL-Ger physisches Unbehagen f4	9,35	10,27	n.s.	n.s.
SIL-Ger Kontrolle s12	4,65	3,88	n.s.	n.s.
SIL-Ger Ängstlichkeit s15	4,74	3,77	-.303*	0,036
SIL-Ger Zeitempfinden s18	4,26	4,27	n.s.	n.s.
EPDS	3,00	2,48	n.s.	n.s.

(PDA = Periduralanästhesie; Messung emotionales Geburtserleben mit 5-stufiger Likert-Skala von 1=sehr schön bis 5=sehr schrecklich/belastend; Messung erfüllte Erwartungen mit dichotomer Skala ja/nein; SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale, deutsch nach Bergant et al., 1998; signifikante Werte fett gedruckt)



Niedrigere Punktwerte (Y-Achse) weisen bei der Untergruppe "Spontangeburt mit PDA" in Diagramm a) auf ein schlechteres Geburtserleben, in Diagramm b) auf erhöhte Ängstlichkeit hin. (PDA = Periduralanästhesie; SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001)

Abb. 10: Mediane (SIL-Ger) Spontanpartus mit PDA – Spontanpartus ohne PDA

Männer, die einen Spontanpartus mit PDA begleitet hatten, zeigten unter der Geburt schlechtere Copingstrategien und erhöhte Ängstlichkeit; nach der Geburt waren sie weniger erfüllt und

stärker enttäuscht, so dass das Geburtserleben als Gesamterfahrung insgesamt auch schlechter bewertet wurde als in der Gruppe mit Spontanpartus ohne Periduralanästhesie.

II Spontangeburt vs. primäre Sectio

Zwischen den beiden Gruppen Spontanpartus (n=79) und primäre Sectio (n=41) zeigte sich nur in der intrapartalen Dimension f4 körperliches Unbehagen/Erschöpfung ein signifikanter Unterschied (MW_{SPP} 10,56 zu $MW_{primSec}$ 12,32; t-Test: $p=0,009$; Korrelation nach Pearson $r = -.247^{**}$, $p<0,01$). Intrapartal wurde physisches Unbehagen/Erschöpfung von den Männern bei Spontanpartus signifikant stärker empfunden als bei primärer Sectio, was sich angesichts dieser beiden sehr unterschiedlichen Geburtsverläufe gut nachvollziehen lässt.

III Entbindungsmodus "geplante" vs. "ungeplante"

Die größten Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich beim Vergleich der Untergruppen "geplante" Entbindung (n=123), wozu in der vorliegenden Arbeit Spontanpartus und geplanter Kaiserschnitt (primäre Sectio) gezählt wurden, und "ungeplante" Entbindung (n=41), zu denen alle Arten der vaginal-operativen Entbindungen (Vakuumentextraktion, also Geburt via Saugglocke sowie Forcepsextraktion, d. h. Zangengeburt) und die ungeplanten Kaiserschnitte (sekundäre Sectio als Oberbegriff für eilige und Notfallsectio) zugeordnet wurden.

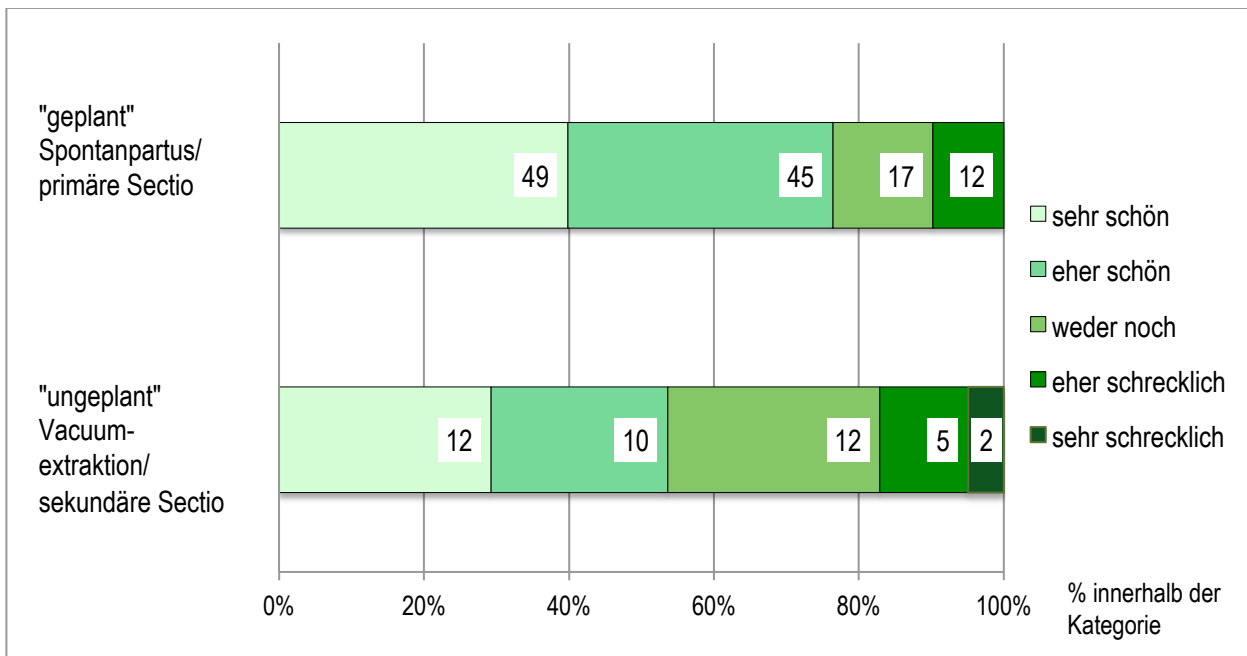


Abb. 11: Geburtserleben nach Untergruppen geplant – ungeplant (Häufigkeiten n)

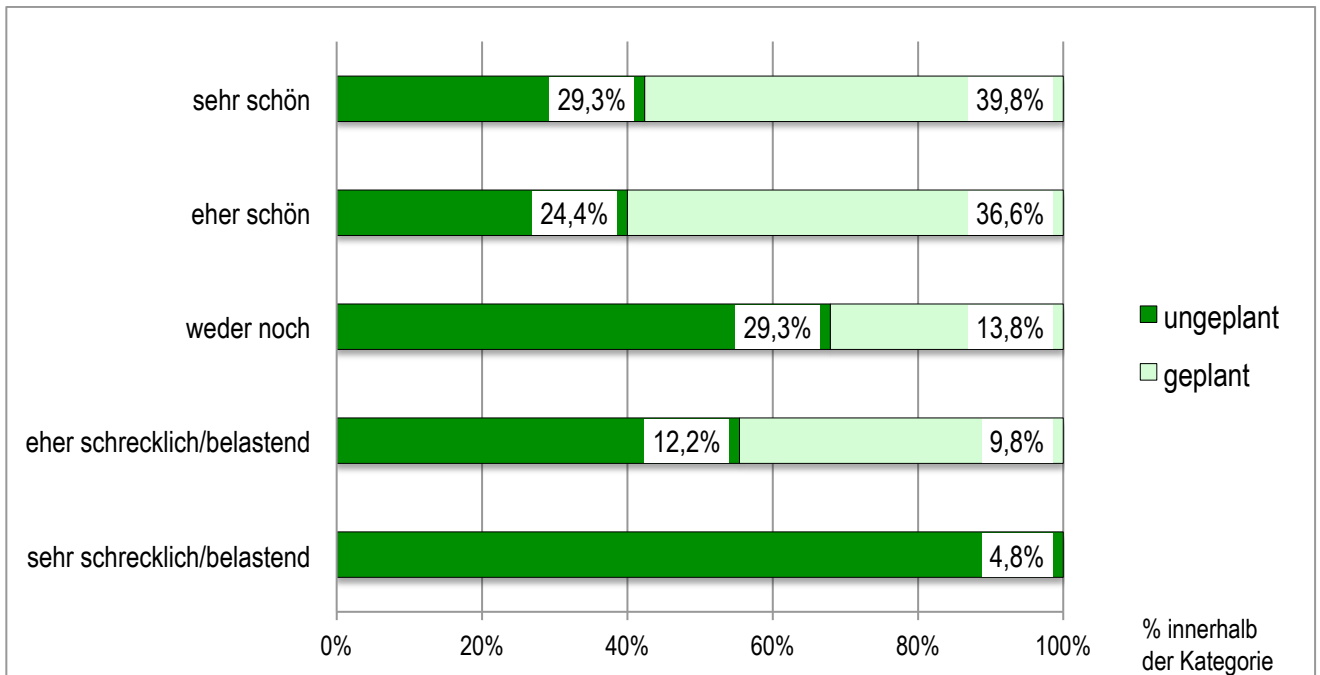


Abb. 12: Geburtserleben nach Untergruppen ungeplant – geplant (prozentuale Verteilung)

Im Chi-Quadrat-Test nach Pearson auf Stichprobengleichheit ergibt sich ein Wert von 12,613, asymptotische Signifikanz 0,013, Korrelation nach Pearson r 0,015.

Tab. 38: Geburtserleben nach Untergruppen "geplante" – "ungeplante" Entbindung

	Gruppe "geplant" n=123	Gruppe "ungeplant" n=41	Korrelation Pearson r * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$	t-Test p
emotionales Geburtserleben (Likert-Skala)	1,93	2,39	.191*	0,015
Erfüllte Erwartungen (dichotome Skala)	,54	,17	-.327**	0,000
SIL-Ger Summenwert	94,28	84,25	-.263**	0,001
SIL-Ger Erfülltheit f1	30,02	27,36	-.192*	0,014
SIL-Ger emotionale Adaptation f2	23,41	20,73	-.210**	0,007
SIL-Ger Enttäuschtheit f3	16,75	15,60	-.168*	0,032
SIL-Ger physisches Unbehagen f4	11,18	9,12	-.226**	0,004
SIL-Ger Kontrolle s12	4,57	4,58	n.s.	n.s.
SIL-Ger Ängstlichkeit s15	4,20	3,64	n.s.	n.s.
SIL-Ger Zeitempfinden s18	4,17	4,14	n.s.	n.s.
EPDS	3,41	3,20	n.s.	n.s.

Gruppe "geplant" umfasst Spontanpartus und primäre Sectio ($n=123$), Gruppe "ungeplant" umfasst Vacuum-/Forcepsextraktion und sekundäre Sectio ($n=41$).

(Messung emotionales Geburtserleben mit 5-stufiger Likert-Skala von 1=sehr schön bis 5=sehr schrecklich/belastend; Messung erfüllte Erwartungen mit dichotomer Skala ja/nein; SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale, deutsch nach Bergant et al., 1998; signifikante Werte fett gedruckt)

Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen fanden sich für das Geburtserleben (Gesamterfahrung und Subdimensionen) sowie für die Übereinstimmung von Geburtserleben mit den Erwartungen. Sowohl die beiden postnatalen Dimensionen f1 Erfüllung und f3 Enttäuschtheit als auch die beiden intrapartalen Dimensionen f2 emotionale Adaptation und f4 körperliches Unbehagen/Erschöpfung sind bei den infolge Komplikationen intrapartal notwendig gewordenen und als Intervention erlebten Entbindungsmodi "vaginal-operative Entbindung oder sekundäre Sectio" signifikant stärker mit negativem Erleben korreliert als bei "Spontanpartus oder primärer Sectio", wobei die Unterschiede in den beiden intrapartalen Dimensionen (Coping und körperliches Unbehagen) hochsignifikant ausgeprägt sind. Ebenso fand sich ein hochsignifikanter Unterschied im Hinblick auf unerfüllte Erwartungen: Männer, die ihre Partnerin bei einer vaginal-operativen Entbindung oder sekundären Sectio begleitet hatten, zeigten signifikant häufiger unerfüllte Geburtserwartungen.

IV Entbindungsmodus (Rangfolge)

Aus den genannten Beobachtungen konnte eine "Rangfolge" innerhalb der Geburtsmodi gebildet werden, nach der sich das Geburtserleben in den einzelnen Dimensionen verschlechtert:

Spontanpartus ⇒ primäre Sectio ⇒ vaginal-operative Geburt ⇒ sekundäre Sectio

1. von Spontangeburt nach sekundärer Sectio verschlechterte sich das emotionale Erleben der Geburt signifikant (Pearson $r = .196^*$, $p < 0,05$). Auch die Gesamtgeburtserfahrung wie durch den SIL-Ger Summenwert abgebildet verschlechterte sich in dieser Rangfolge (Pearson $r = -.262^{**}$, $p < 0,01$) hochsignifikant.
2. In der genannten Rangfolge zeigte sich ein Einfluss des Entbindungsmodus auf die Subskala f1 postnatale Erfüllung (Pearson $r = -.173^*$, $p < 0,05$). Das Gefühl von Erfüllung nach der Geburt war bei den untersuchten Männern am höchsten, wenn ein Spontanpartus stattgefunden hatte (siehe dazu auch Untergruppe Spontanpartus ja/nein).
3. Männer nach Spontanpartus zeigten in der Stichprobe hochsignifikant geringere Ausprägungen in der Subdimension postnatale Enttäuschtheit f3 (Pearson $r = -.206^{**}$, $p < 0,01$) als nach anderen Entbindungsmodi. Die höchste Enttäuschtheit zeigten Männer nach ungeplantem Kaiserschnitt (sekundäre Sectio).
4. Intrapartales Coping fiel Männern während eines Spontanpartus hochsignifikant leichter als bei jedem anderen Entbindungsmodus (f2 intrapartale emotionale Adaptation: Pearson $r = -.214^{**}$, $p < 0,01$).
5. In dieser Rangfolge der Geburtsmodi differierte das Entsprechen von Geburtserleben mit den Erwartungen an die Geburt ausgehend vom Spontanpartus bis zur sekundären Sectio immer weiter (Pearson $r = -.231^{**}$, $p < 0,01$).

Für die Subdimensionen f4 körperliches Unbehagen/Erschöpfung sowie die Einzelvariablen Kontrolle, Ängstlichkeit und Zeitempfinden fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Geburtsmodus in der genannten Rangfolge.

3.9.2.2 Komplikationen und Interventionen

Bei 29,4 % (n=47) Geburten wurden Komplikationen oder medizinische Interventionen berichtet, davon waren n=22 Erstväter und n=25 geburtserfahrene Väter betroffen.

Die Verteilung innerhalb der Untergruppen ist signifikant unterschiedlich (Chi-Quadrat nach Pearson 11,651, asymptotische Signifikanz 0,020, Korrelation nach Pearson r 0,001). Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Komplikationen und Geburtserleben konnte für die in Tab. 39 markierten Variablen gefunden werden:

Tab. 39: Geburtserleben nach Untergruppe Komplikationen

	Gruppe Komplikationen "nein" n=111	Gruppe Komplikationen "ja" n=46	Korr Pearson-R * p<0,05 ** p<0,01	t-Test p
emotionales Geburtserleben (Likert-Skala)	1,86	2,43	.252**	0,001
Erfüllte Erwartungen (dichotome Skala)	.51	.23	-.252**	0,004
SIL-Ger Summenwert	94,35	86,0	-.240**	0,002
SIL-Ger Erfülltheit f1	30,20	27,82	-.181*	0,044
SIL-Ger emotionale Adaptation f2	23,54	20,69	-.233**	0,008
SIL-Ger Enttäuschtheit f3	16,70	15,84	n.s.	n.s.
SIL-Ger physisches Unbehagen f4	10,88	9,84	n.s.	n.s.
SIL-Ger Kontrolle s12	4,60	4,42	n.s.	n.s.
SIL-Ger Ängstlichkeit s15	4,18	3,68	n.s.	n.s.
SIL-Ger Zeitempfinden s18	4,27	3,78	n.s.	n.s.

(Messung emotionales Geburtserleben mit 5-stufiger Likert-Skala von 1=sehr schön bis 5=sehr schrecklich/belastend; Messung erfüllte Erwartungen mit dichotomer Skala ja/nein; SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale, deutsch nach Bergant et al., 1998; signifikante Werte fett gedruckt)

1. Hatten die Männer in der Studienpopulation Komplikationen miterlebt, waren sie signifikant weniger erfüllt nach der Geburt (f1 Erfülltheit).
2. Männer, bei deren Partnerin es zu peripartalen Komplikationen gekommen war, zeigten ein hochsignifikant schlechteres Coping im Geburtsverlauf (f2 emotionale Adaptation).
3. In der Studienpopulation war das Auftreten von peripartalen Komplikationen hochsignifikant mit einem schlechteren Geburtserleben (in der Gesamtbewertung bzw. als Gesamterfahrung wie im SIL-Ger-Summenwert abgebildet) korreliert.
4. Traten Komplikationen auf, kam es bei den untersuchten Männern hochsignifikant häufiger zu einem Nicht-Entsprechen von Geburtserleben mit den Erwartungen.

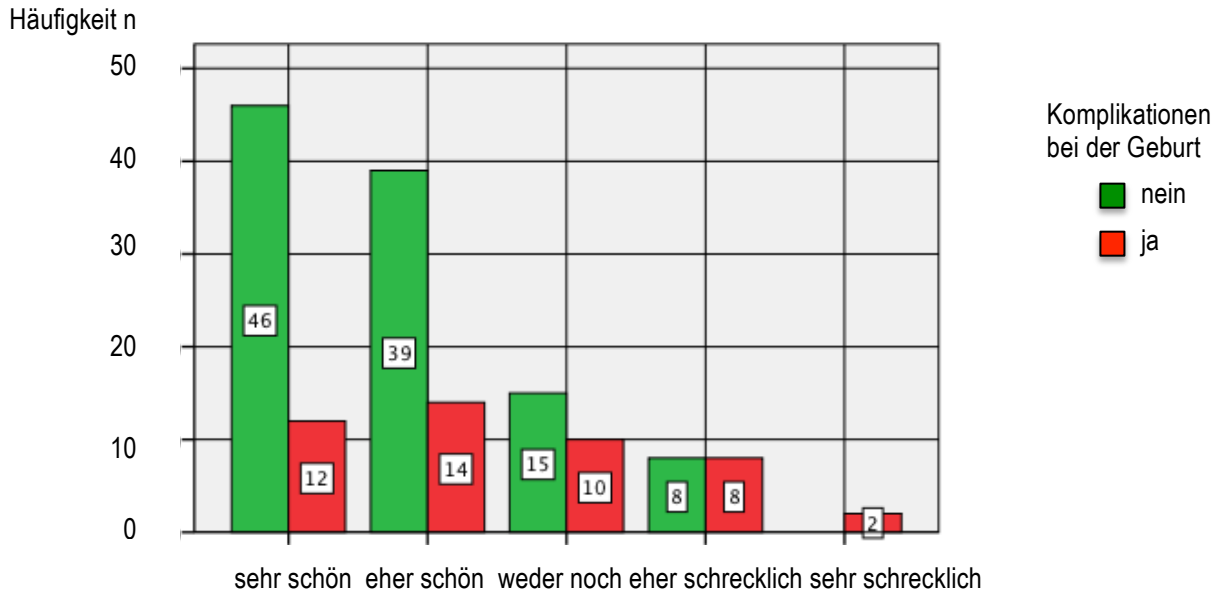


Abb. 13: Geburtserleben nach Untergruppe "Komplikationen" (Häufigkeiten)

3.9.3 Zusammenhang Erwartungshaltung und Geburtserleben

Bei über der Hälfte der Männer (56,0 %, n=75) in der Studienpopulation waren die Erwartungen an Wehen und Geburt nicht erfüllt worden. Nur 44,0 % (n=59) gaben eine Übereinstimmung des tatsächlichen Erlebens mit ihren Erwartungen an.

Das Geburtserleben ist innerhalb dieser Untergruppen signifikant unterschiedlich (Chi-Quadrat nach Pearson 16,683, asymptotische Signifikanz 0,002, Korrelation nach Spearman 0,004).

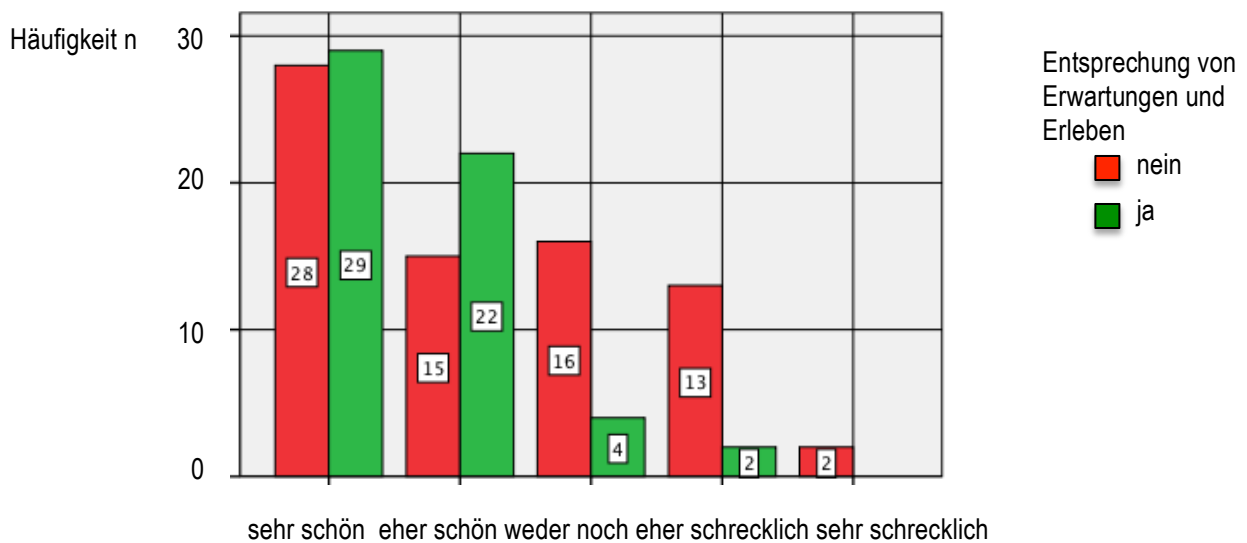


Abb. 14: Geburtserleben nach Erfüllung von Erwartungen

Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge von Erwartungen und Geburtserleben, emotionaler Adaptation, Erschöpfung/Unbehagen, Kontrolle und Ängstlichkeit:

Tab. 40: Geburtserleben nach "Entsprechung Erwartungen und Erleben"

	Gruppe Erwartungen erfüllt "nein" n=74	Gruppe Erwartungen erfüllt "ja" n=55	Korrelation Pearson-R * p<0,05 ** p<0,01	t-Test p
emotionales Geburtserleben (Likert-Skala)	2,27	1,63	-.253**	0,001
SIL-Ger Summenwert	86,85	97,24	.339**	0,000
SIL-Ger Erfülltheit f1	28,60	30,56	n.s.	n.s.
SIL-Ger emotionale Adaptation f2	21,07	24,64	.328**	0,000
SIL-Ger Enttäuschtheit f3	16,31	17,11	n.s.	n.s.
SIL-Ger physisches Unbehagen f4	9,73	11,15	.182*	0,037
SIL-Ger Kontrolle s12	4,20	5,00	.231**	0,002
SIL-Ger Ängstlichkeit s15	3,69	4,38	.183*	0,037
SIL-Ger Zeitempfinden s18	3,76	4,40	n.s.	n.s.
EPDS	3,63	2,88	n.s.	n.s.

(Messung emotionales Geburtserleben mit 5-stufiger Likert-Skala von 1=sehr schön bis 5=sehr schrecklich/belastend; Messung erfüllte Erwartungen mit dichotomer Skala ja/nein; SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale, deutsch nach Bergant et al., 1998; signifikante Werte fett gedruckt)

1. Nicht-erfüllte Erwartungen zeigten einen signifikanten Zusammenhang mit den beiden intrapartalen Subdimensionen des Geburtserlebens emotionale Adaptation (f2) sowie physisches Unbehagen/Erschöpfung (f4). Die Männer in der Studienpopulation, deren tatsächliches Erleben nicht den Erwartungen an die Geburt entsprach, fielen durch ein hochsignifikant schlechteres Coping und ein signifikant höheres Gefühl körperlichen Unbehagens/Erschöpfung im Geburtsverlauf auf.
2. Männer, deren Erwartungen unerfüllt blieben, hatten hochsignifikant weniger das Gefühl, die Situation unter Kontrolle zu haben (s12).
3. Unerfüllte Erwartungen waren bei den betroffenen Männern signifikant häufiger mit ausgeprägter Ängstlichkeit (s15) korreliert.
4. In der Studienpopulation waren nicht erfüllte Erwartungen an die Geburt hochsignifikant mit einem schlechteren Geburtserleben (in der Gesamtbewertung bzw. als Gesamterfahrung wie im SIL-Ger-Summenwert abgebildet) korreliert. Umgekehrt konnten bei 86,7 % der Männer, die einen unterdurchschnittlichen SIL-Ger Summenwert als Ausdruck eines negativen Geburterlebens aufwiesen, unerfüllte Erwartungen an das Geburtserleben gefunden werden (Signifikanz im t-Test für unabhängige Stichproben $p=0,016$, Konfidenzniveau 95 %).

3.9.4 Zusammenhang Geburtsvorbereitung und Geburtserleben

Die Beobachtung, dass Zusammenhänge zwischen Erwartung und Geburtserleben in der Studienpopulation existieren, leitete zur Frage nach einer Geburtsvorbereitung der untersuchten Männer über.

Signifikant mehr Erstväter hatten an Vorbereitungskursen teilgenommen als geburtserfahrene Väter, was nicht untypisch für die Zusammensetzung von Geburtsvorbereitungskursen ist. Nach der Überlegung, dass bei Männern, die bereits vor der aktuellen Untersuchung die Geburt eines Kindes erlebt hatten, der Einfluss eines Vorbereitungskurses nicht von dem Einfluss dieses vorherigen Erlebnisses diskriminiert werden kann, wurde für die weitere Datenanalyse in Bezug auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Geburtsvorbereitung und Geburtserleben nur die Subgruppe der Erstväter berücksichtigt.

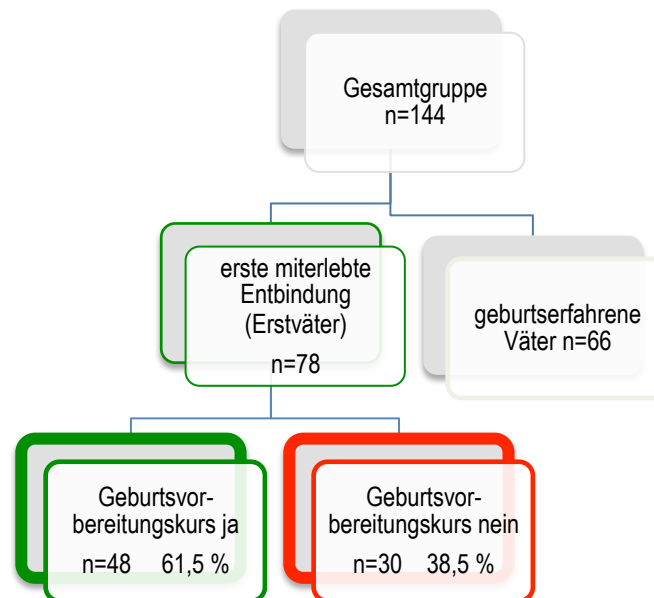


Abb. 15: Subgruppenbildung Erstväter nach Vorbereitungskurs

Etwa zwei Drittel der Erstväter hatten einen Geburtsvorbereitungskurs besucht (61,5 %, n=48), etwa ein Drittel (38,5 %, n=30) keine besondere Geburtsvorbereitung absolviert. Die Verteilung des emotionalen Geburtserlebens auf der Selbstbeurteilungsskala ist innerhalb dieser Untergruppen nicht signifikant unterschiedlich (Chi-Quadrat nach Pearson 3,122, asymptotische Signifikanz 0,538). Auch hinsichtlich des Geburtserlebens in der SIL-ger (Gesamterfahrung oder Subdimensionen) fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Erstvätern in der Studienpopulation, die einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten, und denen, die ohne besondere Vorbereitung in die Geburtssituation gegangen waren. Ein Zusammenhang von dem

Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses mit der Erfüllung von Erwartungen konnte bei den untersuchten Erstvätern ebenfalls nicht beschrieben werden.

Lediglich in einer Variable der SIL-Ger-Skala fand sich ein signifikanter Unterschied: Erstväter ohne Geburtsvorbereitungskurs hatten stärker das Empfinden, dass die Zeit im Geburtsraum langsam verging. Das subjektive Zeitempfinden wurde auf einer Skala mit den beiden Polen "die Zeit verging langsam" (Wert=0) und "die Zeit verging schnell" (Wert=6) abgefragt, wobei Erstväter mit Kurs einen MW von 3,34 erreichten, Erstväter ohne Kurs einen MW von 4,72 (hochsignifikanter Unterschied: t-Test $p=0,001$; Mann-Whitney-U-Test 0,003 bei $p<0,05$; Spearman-Rho .347** $p<0,01$).

Daraus lässt sich die Vermutung ableiten, dass diejenigen Männer aus der Studienpopulation, für die die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Entbindung die erste miterlebte Geburt war ("Erstväter") und die zuvor einen Vorbereitungskurs besucht hatten, die Zeit in Kreißsaal und OP in einer aktiveren Rolle und als weniger langwierig erlebten als Erstväter ohne Geburtsvorbereitungskurs.

3.9.5 Zusammenhang Zufriedenheit und Geburtserleben

Die Messgröße "Zufriedenheit" wurde im Anamnesefragebogen in den vier Kategorien "Organisatorischer Ablauf der Geburt", "Betreuung durch die Hebammen während der Geburt", "Betreuung durch die Ärztinnen und Ärzte während der Geburt" und "Betreuung auf der Wochenstation" mittels einer vierstufigen äquidistanten Likert-Skala abgebildet. Wie bereits im entsprechenden Kapitel zur Validierung der SIL-Ger beschrieben, wird in der vorliegenden Arbeit die erste Kategorie "Zufriedenheit mit dem organisatorischen Ablauf der Geburt" im Sinne von Gesamtzufriedenheit mit der Geburt aufgefasst und damit als Teilaspekt des Geburtserlebens (und nicht als Einflussfaktor) gewertet.

An dieser Stelle werden nun Zusammenhänge zwischen der Geburtserfahrung und den drei anderen Kategorien, nämlich Zufriedenheit mit der Betreuung (durch 1. Hebammen, 2. ärztliches und 3. Pflegepersonal) während und nach der Entbindung dargestellt, um Beziehungsfaktoren auf ihren Einfluss hin zu untersuchen.

Tab. 41: Geburtserleben und Beziehungsfaktoren (Zufriedenheit)

	Zufriedenheit mit Hebammen	Zufriedenheit mit ÄrztInnen	Zufriedenheit mit Wochenstation
SIL-Ger Summenwert	-.232**¹ 0,029²	n.s.	-.210**¹ 0,041²
SIL-Ger Erfüllung f1	-.251**¹ 0,012²	n.s.	-.247**¹ 0,016²
SIL-Ger emotionale Adaptation f2	-.232**¹ 0,035²	n.s.	-.213**¹ 0,041²
SIL-Ger Enttäuschtheit f3	-.343**¹ 0,000²	-.320**¹ 0,000²	n.s.
SIL-Ger physisches Unbehagen f4	n.s.	n.s.	n.s.

(SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001; signifikante Werte fettgedruckt)

¹Korrelation nach Spearman-Rho $p < 0,01$, ²Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben $p < 0,05$

Die **Zufriedenheit mit den Hebammen** während der Geburt ist in der Stichprobe sowohl hochsignifikant mit dem Geburtserleben in beiden postnatalen Dimensionen (Erfülltheit f1 und Enttäuschtheit f3) als auch mit der intrapartalen emotionalen Adaptation (f2) und dem Zeitempfinden (s18) korreliert. Je höher die Zufriedenheit mit den Hebammen in der Selbstbeurteilungsskala bei den Vätern ausgeprägt war, umso stärker war das Gefühl von Erfüllung und umso niedriger das von Enttäuschtheit nach der Geburt. Je besser die Männer die Unterstützung durch die Hebammen erlebt hatten, umso besser war ihr eigenes Coping intrapartal und umso eher hatten sie das Gefühl erlebt, dass die Zeit schnell vergangen ist. Dieser Zusammenhang konnte für die Stichprobe auch für das Geburtserleben als Gesamterfahrung beschrieben werden. Darüber hinaus war Zufriedenheit mit den Hebammen hochsignifikant mit erfüllten Erwartungen assoziiert.

Für die **Betreuung durch die Ärztinnen und Ärzte** fand sich ein hochsignifikanter Zusammenhang mit dem Gefühl von postnataler Enttäuschtheit/negativem emotionalem Erleben f3. Waren die Männer der Stichprobe mit der Betreuung durch die Ärztinnen und Ärzte weniger zufrieden, war ihre Enttäuschtheit nach der Geburt größer als bei der Restgruppe.

Die **Zufriedenheit mit der Betreuung auf der Wochenstation** war in der Stichprobe signifikant mit der Ausprägung des Gesamtgeburtserlebens und den beiden Subdimensionen f1 (Erfülltheit postnatal) und f2 (emotionale Adaptation intrapartal) korreliert.

3.9.6 Zusammenhang Geburtserfahrung und postpartale Befindlichkeit

Um Befindlichkeitsveränderungen in der unmittelbaren Postpartalzeit in der vorliegenden Studie mithilfe einer bereits für Männer validierten Skala zu erfassen, wurde die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in der deutschen Fassung für Männer eingesetzt. Die Werte auf der

EPDS-Skala wurden mit den Ergebnissen der SIL-Ger korreliert, um Zusammenhänge zwischen der Geburtserfahrung und postpartalen Verstimmungen in der unmittelbaren Postpartalzeit in der Studienpopulation zu untersuchen. Zuvor wurde geprüft, ob über den zu untersuchenden Einflussfaktor "Geburtserleben" hinaus für andere in der Studie erfasste Faktoren Zusammenhänge mit der postpartalen Befindlichkeit der Väter beschrieben werden können.

Wie im vorigen Kapitel (Kap. 3.9.1.4) bereits dargestellt, fand sich bei Männern, deren psychisches Befinden sich während der Schwangerschaft ihrer Partnerin verschlechtert hatte, ein signifikanter Zusammenhang mit verschlechterter Befindlichkeit auch in der Postpartalzeit - unabhängig von der Ausprägung des Geburtserlebens.

In der Studienpopulation konnte darüber hinaus kein Zusammenhang zwischen

- Erleben vorheriger Entbindungen (Erstväter vs. geburtserfahrene Väter)
- Entbindungsmodus
- Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt, PDA
- Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses
- Zufriedenheit
- Erfüllung von Erwartungen
- vorherige Psychotherapie

im Sinne unabhängiger Einflussfaktoren auf die postpartale Befindlichkeit der Väter beschrieben werden.

EPDS-Werte in der Subgruppe Geburtserfahrung SIL-Ger < 70

Die 11,4 % (n=19) der Männer mit einem negativen Gesamtgeburtserleben (SIL-Ger Summenwert < 70) unterschieden sich signifikant (Mediantest 0,023, p<0,05) in ihrer postpartalen Befindlichkeit von der Restgruppe: Männer mit auffällig schlechtem Geburtserleben zeigten einen Median von 5,26, die Restgruppe 2,86 auf der EPDS-Skala.

Geburtserfahrung in der Subgruppe mit EPDS-Werten ≥ 6 bzw. ≥ 10

Wie oben dargestellt wurde die Studienpopulation nach Auffälligkeiten in den EPDS-Werten differenziert und Subgruppen zugeordnet, wobei 22,2 % (n=37) der Männer im Screening für postpartale Angst und/oder Depressivität (EPDS ≥ 6) auffielen und davon 9 Männer, i. e. 5,4 % der Gesamtgruppe Hinweise auf eine postpartale depressive Verstimmung im engeren Sinne (EPDS ≥ 10) aufwiesen.

Tab. 42: Geburtserleben (SIL-Ger) in den Untergruppen EPDS ≥ 6 und EPDS ≥ 10

	unauffällig	Ängstlichkeit	Depressivität und/oder Ängstlichkeit			
	EPDS < 6	EPDS ≥ 6	EPDS ≥ 10	Korr. nach Spearman * p<0,05 ** p<0,01	Mann- Whitney-U Score ≥ 6	Mann- Whitney-U Score ≥ 10
	n=127	n=34	n=9			
SIL-Ger Summenwert	93,20	84,62	73,00	-.306**	0,003	0,003
SIL-Ger Erfüllung f1	29,67	28,26	27,00	n.s.	n.s.	n.s.
SIL-Ger emotionale Adaptation f2	23,30	20,35	15,63	-.250**	0,018	0,008
SIL-Ger Enttäuschtheit f3	16,68	15,56	15,00	-.220**	0,027	0,028
SIL-Ger physisches Unbehagen f4	10,71	9,76	8,00	-.170*	n.s.	0,023
SIL-Ger Kontrolle s12	4,68	4,00	3,25	-.248**	0,018	0,013
SIL-Ger Ängstlichkeit s15	4,22	3,26	1,88	-.211**	0,006	0,003
SIL-Ger Zeitempfinden s18	4,29	3,41	2,25	-.253**	0,032	0,018

(SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale, deutsch nach Bergant et al., 1998; signifikante Werte fett gedruckt)

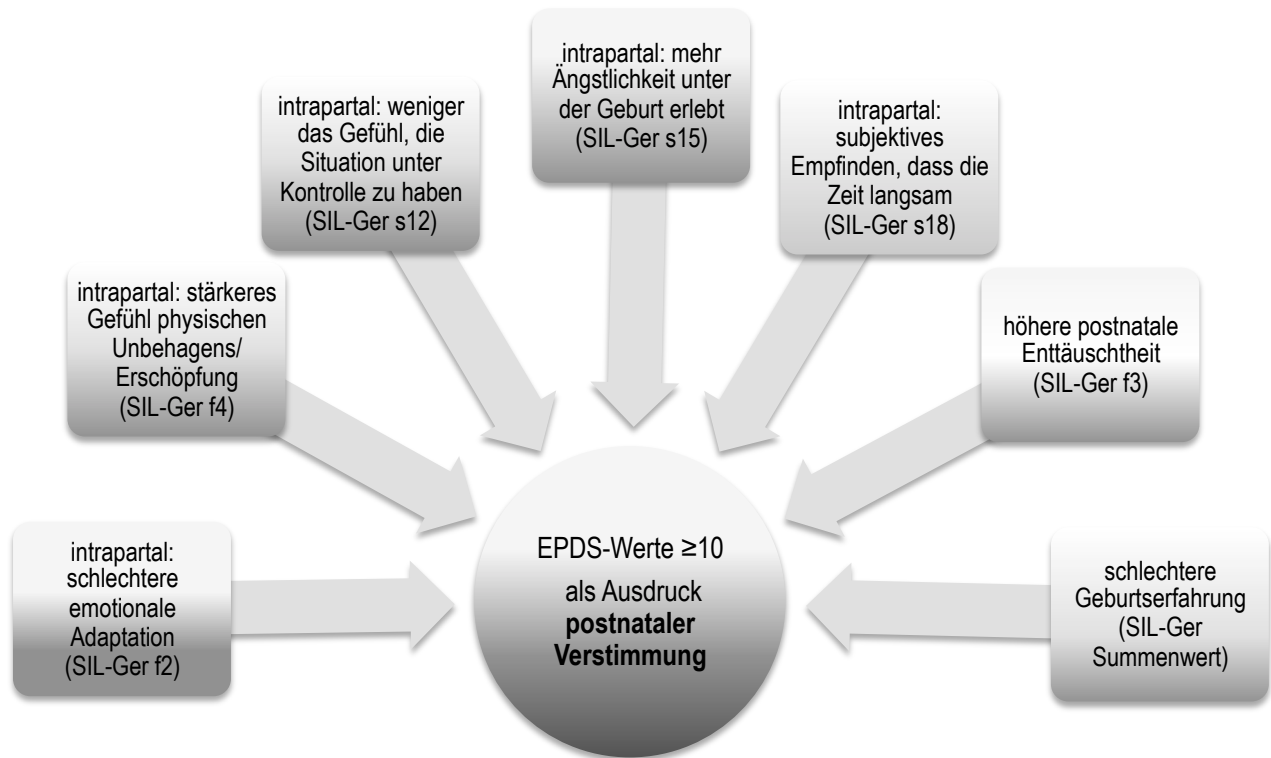
In der differenzierten Analyse der Geburtserfahrung zeigten diese von postpartalen Verstimmungen betroffenen Männer in jeder Dimension des Geburtserlebens schlechtere Ausprägungen auf hohem Signifikanzniveau.

unter der Geburt:

- hochsignifikant schlechtere emotionale Adaptation (SIL-Ger f2)
- signifikant mehr das Gefühl physischen Unbehagens/Erschöpfung (SIL-Ger f4) erlebt
- hochsignifikant weniger das Gefühl, von Kontrolle (SIL-Ger s12) erlebt
- hochsignifikant mehr Ängstlichkeit erlebt unter der Geburt (SIL-Ger s15)
- hochsignifikant subjektives Empfinden, dass die Zeit langsam verging (SIL-Ger s18)

post partum:

- hochsignifikant höhere postnatale Enttäuschtheit (SIL-Ger f3)
- hochsignifikant schlechtere Gesamtgeburtserfahrung (SIL-Ger Summenwert)



(EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale, deutsch nach Bergant et al., 1998; SIL-Ger = Salmon's Item List, deutsche Fassung nach Stadlmayr et al., 2001)

Abb. 16: Zusammenhänge Geburtserleben und postnatale Verstimmung

Aus der vorliegenden Untersuchung lässt sich schließen, dass dem Geburtserleben auch bei Männern Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte, da signifikante Zusammenhänge zur psychischen Befindlichkeit der jungen Väter in der Postpartalzeit bestehen.

4 Diskussion

Der werdende Vater als Geburtsbegleiter ist in Kreißsälen und OPs inzwischen zum vertrauten Bild geworden und stellt eher die Regel als die Ausnahme dar. Dennoch ist bislang wenig bekannt darüber, wie der Geburtsprozess von Männern erlebt wird und welche Auswirkungen die Geburtserfahrung auf ihr psychisches Befinden in der Zeit nach der Geburt hat. Die vorliegende Arbeit soll als Beitrag zur Erforschung der Geburtserfahrung des Mannes verstanden werden. Neben einem geeigneten Untersuchungsinstrument für das Geburtserleben von Vätern konnten dabei auch wesentliche Einflussfaktoren auf das Geburtserleben und daraus folgende Implikationen für eine väterspezifische Geburtsvorbereitung definiert werden. Aufgrund von nur wenigen publizierten Ergebnissen zum Erleben der Geburt aus der Sicht des Mannes wird in der Literatureinordnung auch auf Untersuchungsergebnisse rund um die Geburtserfahrung von Frauen Bezug genommen.

4.1 Limitationen

Bei der Diskussion der in der vorliegenden Untersuchung erhobenen Ergebnisse müssen einige Limitationen berücksichtigt werden. Bis zum 20.12.2007 wurden 226 Frauen und 174 Männer in die Studie aufgenommen bei im Untersuchungszeitraum registrierten ca. 900 Geburten, was insgesamt eine eher niedrige Teilnehmerquote darstellt. Zum einen wurden aufgrund der geringen Verweildauer bei unkompliziertem Spontanpartus (ambulant bis maximal drei Tage) nicht alle Wöchnerinnen von den Doktorandinnen erreicht. Zum anderen waren aufgrund der Fragebogen-basierten Methodik die Einschlusskriterien bezüglich Sprachverständnis hoch angesetzt, so dass die in den Kreißsälen/OPs der Universitätsfrauenklinik Bonn häufig entbindenden Fremdsprachlerinnen und Migrantinnen nicht eingeschlossen werden konnten. Da Nationalitäten und Muttersprache nicht erfasst wurden, kann hier nur eine subjektive Einschätzung/Erfahrung der Doktorandinnen wiedergegeben werden, die die Paare auf der Wochenstation post partum zur Aufklärung über die Studie aufgesucht haben. Frauen/Paare mit außergewöhnlich kompliziertem Geburtsverlauf, die eine sehr frühe Frühgeburt erlitten oder ein erkranktes Kind zur Welt gebracht hatten, lehnten in der Regel eine Studienteilnahme ab. Häufigster Grund für den Nicht-Einschluss von Männern war, dass diese vor Ort nicht anzutreffen gewesen waren bzw. aus Zeitmangel während der Besuche auf der Wochenstation die Fragebögen nicht innerhalb der vorgegebenen Zeit oder unausgefüllt zurückgegeben haben. Ein weiterer, kleinerer Teil der Männer mit deutschsprachiger Partnerin verfügte über nicht ausreichende Sprachkenntnisse. Nur ein sehr kleiner Teil der Männer gab als Begründung an, nicht an interessiert zu sein. Die Gruppe von Männern, die aus organisatorischen Gründen (z. B. Frühgeburt, Notfallsectio in ITN) nicht bei der Geburt zugegen gewesen waren, lehnten die

Studienteilnahme ab bzw. füllten Fragebögen nicht aus, häufig mit der Angabe, dass sie "keine Geburtserfahrung gemacht" hatten. Nicht zuletzt dadurch sind nicht-geburtsbegleitende Männer in der vorliegenden Untersuchung unterrepräsentiert. Wenn von den Männern keine verwertbare Altersangabe erfolgt war, konnte diese im Nachgang nicht ergänzt werden, da es sich bei den Männern nicht um im Klinikum erfasste Patienten handelte; es fand sich jedoch eine Normalverteilung in der Population in Bezug auf das Alter der Studienteilnehmer. Weitere soziodemographische Parameter zeigten einen Bias mit hohem Altersschnitt, gehobenem Bildungsniveau und einem hohem Anteil von Risikoschwangerschaften (Schwangere ≥ 35 Jahre, Komplikationen, Mehrlinge, Z. n. Kinderwunschbehandlung), was angesichts der monozentrischen Rekrutierung an einem Universitätsklinikum mit angeschlossener Reproduktionsmedizin und neonatologischer Intensivstation nicht untypisch ist. Zur Methodologie ist kritisch anzumerken, dass bei Likert-Skalen in statistischen Erhebungen (insbesondere Zufriedenheitsmessungen) häufig Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit und Halo-Effekte beobachtet werden können. Aus diesem Grunde wurden in dem eigens für die Studie entwickelten Anamnesefragebogen überwiegend dichotome Fragen verwendet und durch freie Antwortmöglichkeiten ergänzt und nur dort, wo es nicht anderweitig darstellbar war, äquidistante Likert-Abstufungen gewählt.

4.2 Geburtserleben des Mannes als multidimensionales Geschehen

4.2.1 Anwendbarkeit SIL-Ger für männliches Geburtserleben

Die vorliegende Erhebung zum Erleben der Geburt eines Kindes hat gezeigt, dass Geburtserleben und Geburtserfahrung auch beim Mann als multidimensionales Geschehen betrachtet werden müssen, da bei den untersuchten Männern positive und negative Erlebnisweisen während des Geburtsprozess nebeneinander auftreten, ohne sich gegenseitig auszuschließen. Dabei fanden sich sowohl in der Auswertung der SIL-Ger als auch in den zahlreichen freien Antwortmöglichkeiten zum emotionalen Erleben der Geburt konsistente Ergebnisse. In den freien Antworten zeigte sich insbesondere auch, dass die befragten Männer in ihrer Bewertung des Geburtserlebens negatives emotionales Erleben unter der Geburt von der postpartalen Bewertung der Gesamterfahrung (die durchaus positiv sein kann) trennen, also auch – mehr oder weniger bewusst – zwischen intrapartalem Erleben und der kognitiven Bewertung der Geburt aus postpartaler Sicht differenzieren. Dies weist auf ein Phänomen hin, das von Groß (2003) analog für Frauen beschrieben wurde, nämlich dass Gebärende im Sinne einer "Post-hoc-Rationalisierung" zu einer positiveren Bewertung des Gesamterlebnisses tendieren und die intrapartalen Erlebnisse und Risiken im Nachhinein unterbewerten. Es belegt

auch die von Salmon et al. (1990) für das Geburtserleben von Frauen definierte "Unabhängigkeit des emotionalen intrapartalen Erlebens von der postnatalen Evaluation der Erfahrung".

Das in der vorliegenden Arbeit getroffene Postulat zur Multidimensionalität der männlichen Geburtserfahrung wird übereinstimmend durch die wenigen in der Literatur zum männlichen Geburtserleben publizierten Ergebnisse gestützt. In einer australischen Übersichtsarbeit kommt Dellmann (2004) zu dem Schluss, dass Männer die Geburt eines Kindes sowohl "wunderbar, aber auch belastend" finden. Vehviläinen-Julkunen und Liukkonen (1998) beschrieben in ihrer retrospektiven qualitativen Studie das Vorhandensein sowohl angenehmer als auch unangenehmer Gefühle bei den geburtsbegleitenden finnischen Männern. Auch wenn die Forschergruppe um Premberg (2011) mit einer phänomenologischen Studie mittels Reenactment an zehn schwedischen Vätern einen vollständig anderen Zugang zum Geburtserleben gewählt hatte als die vorliegende Arbeit, weisen die Ergebnisse auch hier in die gleiche Richtung: Für die Männer stellte sich die Geburtserfahrung als "verwobener Prozess, der zwischen Euphorie und Agonie pendelt" dar, wobei sowohl positive Erlebnisweisen ("eine gemeinsam geteilte Erfahrung", "meine Frau schützen und unterstützen") als auch eher negatives Erleben ("ein Prozess in das Unbekannte", "in einer exponierten Situation sein mit versteckten starken Emotionen") beschrieben wurden. Obwohl die Studie aus dem Jahr 2002 von Chan und Paterson-Brown das Geburtserleben von Männern in seiner Dimensionalität aufgrund des Studiendesigns nicht explizit erfasst, lässt das Auftreten traumatischen Erlebens in einer Subkategorie bei gleichzeitiger positiver Bewertung der Gesamterfahrung die Interpretation zu, dass auch bei den untersuchten 120 Männern positive wie negative Gefühlszustände nebeneinander aufgetreten sind. Da sich die Männer zu einer Gesamtaussage zur Geburt entscheiden mussten, wurde diese überwiegend als eine "lohnenswerte und erfreuliche" Erfahrung erlebt (Chan und Paterson-Brown, 2002), was sowohl auf die Mehrdimensionalität als auch die Unterscheidung zwischen intrapartalem Erleben und postpartaler Bewertung und dem oben erwähnten Phänomen der Post-hoc-Rationalisierung hinweist.

Aufgrund einer Reihe entsprechender Untersuchungen zum Geburtserleben von Frauen, die die deutlichen Schwächen von reinen Zufriedenheitsmessungen zur Abbildungen des Geburtserlebens darlegen konnten und übereinstimmend die Geburtserfahrung als mehrdimensionales Konstrukt beschrieben haben (Morgan et al., 1982; Salmon et al., 1990; Salmon und Drew, 1992; Waldenström et al., 1996; Stadlmayr et al., 2001, 2006, 2007; Dickinson et al., 2003; Groß, 2003; Redshaw, 2008) gilt es für das Geburtserleben von Frauen

als State of the Art, die Geburtserfahrung in wissenschaftlichen Erhebungen als multidimensionalen Prozess mit einem geeigneten Instrument abzubilden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen, dass auch die Geburtserfahrung von Vätern klinisch praktikabel und reliabel mit einem für Frauen validierten, auf die Multidimensionalität abgestimmten Untersuchungsinstrument – der Salmon's Item List in der deutschen Version von Stadlmayr (SIL-Ger) – abgebildet werden kann.

4.2.2 Validierung SIL-Ger für männliches Geburtserleben

In der vorliegenden Arbeit konnte die Aussagekraft der Salmon's Item List in der deutschen Fassung (SIL-Ger) für das männliche Geburtserleben bestätigt werden. Es zeigten sich hohe Übereinstimmungen der Ausprägungen der Geburtserfahrung, wie mittels SIL-Ger im "Summenwert" als Ausdruck der Gesamterfahrung sowie in den beiden postnatalen Dimensionen "Erfülltheit" und "Enttäuschtheit" abgebildet, mit den über ein zweites Instrument (Anamnesefragebogen) mittels Likert-Skalen und freien Antworten erfassten Angaben zum "Gefühlsmäßigen Erleben der Geburt" und zur Gesamtzufriedenheit. Bei den intrapartalen Dimensionen des SIL-Ger zeigte sich eine hohe Übereinstimmung nur in Bezug auf die "emotionale Adaptation" (Coping) der untersuchten Männern unter der Geburt. In Bezug auf die Subdimension "Schmerz/Erschöpfung" fanden sich erwartungsgemäß zwar Übereinstimmungen, jedoch ohne Signifikanz. Dieses Ergebnis entspricht dabei einer im Vorfeld vermuteten Schwäche beim Einsatz des SIL-Ger-Fragebogens zur Erfassung des männlichen Geburtserlebens, da die vom geburtsbegleitenden Mann erlebte Erschöpfung unter der Geburt naturgemäß nicht mit dem von Frauen während des Geburtsprozesses erlebten Komplex "Schmerz/Erschöpfung" vergleichbar ist. Bisher sind in der Literatur keine Untersuchungen zum Einsatz der SIL-Ger bei Vätern publiziert worden, so dass hier keine Ergebnisse zum Literaturvergleich vorliegen. In einer Untersuchung von Stadlmayr et al. (2006) zum Geburtserleben von Frauen mittels SIL-Ger finden sich vergleichbare Punktwertausprägungen (Summenwert und Subdimensionen) wie bei den untersuchten Männern der vorliegenden Arbeit.

In den zur Abbildung des Geburtserlebens von Frauen mittels Salmon's Item List bzw. SIL-Ger publizierten Studien hat sich die Bildung von Grenzwerten zur Unterscheidung von positivem und negativem Geburtserleben als sinnvoll erwiesen (Salmon et al., 1990; Salmon und Drew, 1992; Stadlmayr et al., 2001, 2006; Lütje, 2004). Analog zu den am ehesten mit dem vorliegenden Studiendesign vergleichbaren Erhebungen der Arbeitsgruppe um Stadlmayr (Stadlmayr 2001; 2006; 2007) führte eine Anwendung des Grenzwertes von < 70 (von 120

Punkten) für ein negatives Geburtserleben auf die vorliegende Studienpopulation zur Definition einer Untergruppe von 11,4 % (n=19), die sich hochsignifikant in ihrem Geburtserleben von der Restgruppe unterschied. Dies betraf sowohl den Summenwert, die postnatalen und intrapartalen Dimensionen der SIL-Ger und die von Stadlmayr et al. zusätzlich definierten wesentlichen Einzelvariablen der SIL-Ger ("Kontrolle", "Ängstlichkeit", "Zeitempfinden") als auch die Erfassung des "emotionalen Erlebens der Geburt" und der "Zufriedenheit" über die Likert-Skala. Die betroffenen Männer dieser gebildeten Untergruppe waren konsistent signifikant weniger erfüllt, stärker enttäuscht, hatten eine schlechtere emotionale Adaption intrapartal und mehr Erschöpfung sowie stärkere Angst und mehr Kontrollverlust erlebt und hatten das Gefühl, dass die Zeit langsam vergangen war. Es ist also davon auszugehen, dass die Definition eines Grenzwertes von < 70 Punkten wie in der Literatur für Frauen beschrieben als Hinweis auf negatives Geburtserleben auch in der Untersuchung bei Männern anwendbar und sinnvoll ist.

Bei der Auswertung dieser Untergruppe von Männern, die ein signifikant schlechteres Geburtserleben als die Restgruppe aufwiesen, fand sich darüber hinaus eine signifikant verschlechterte postpartale Befindlichkeit im Vergleich zur Restgruppe, was auf Zusammenhänge zwischen Geburtserleben und Befindlichkeit in der Postpartalzeit hinweist.

4.3 Geburtserfahrung als Indikator für postnatale Befindlichkeit

4.3.1 Geburtserleben gibt erste Hinweise auf Anpassungsstörungen

In der einzigen publizierten Untersuchung zum Einsatz der Salmon's Item List für das männliche Geburtserleben konnten Greenhalgh et al. (2000) einen Zusammenhang zwischen Erfüllung und der Ausprägung depressiver Symptomatik sechs Wochen post partum bei 78 untersuchten Männern beschreiben. In Untersuchungen zum Geburtserleben waren depressive und traumatische Befindlichkeitsstörungen post partum bei Frauen mit negativem Geburtserleben assoziiert (Wijma et al. 1997; Righetti-Veltema et al., 1998; Bryanton et al., 2008), ohne dass dabei jedoch eine Kausalität belegt werden konnte. Nach Stadlmayr et al. (2009) kann die Geburt sowohl einen "salutogenetischen wie einen pathogenetischen oder keinen Einfluss" haben. Dabei entscheidet nicht der objektive Geburtsverlauf, sondern die subjektive Bedeutungszuteilung, also das "Erleben" während der Geburt. Dem Geburtserleben kommt nach Stadlmayr in diesem Zusammenhang die "Rolle eines Indikators" zu, ohne dass dabei differenziert werden kann, ob es im Hinblick auf postpartale Befindlichkeitsstörungen "ein Folgephänomen, eine Ursache oder lediglich ein Begleitphänomen" ist (Stadlmayr et al., 2009).

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass aufgrund von signifikanten Zusammenhängen zwischen Geburtserleben und postpartaler Befindlichkeit die Messung des männlichen Geburtserlebens eine wesentliche Hilfe dabei darstellen kann, Anpassungsstörungen im Zusammenhang mit der Geburt beim Mann frühzeitig zu erkennen. Analog zu den Aussagen von Stadlmayr et al. (2009) muss die Geburtserfahrung als "Indikator" für die Entwicklung von Anpassungsstörungen im Sinne depressiver Verstimmungen und/oder Angststörungen in der Postpartalzeit auch bei Männern, die gerade Vater geworden sind, sehr ernst genommen werden. In der vorliegenden Erhebung hatten die Männer, die unmittelbar postpartal mit einem verschlechterten Befinden (gemessen mittels EPDS) auffielen, unter der Geburt schlechtere Copingmechanismen, stärkere Erschöpfung, mehr Kontrollverlust, mehr Ängstlichkeit und das Gefühl, dass die Zeit langsam verging, gezeigt. Postnatal waren diese Männer stärker enttäuscht und bewerteten die Gesamtgeburtserfahrung schlechter.

Angesichts der Tatsache, dass die Postpartalzeit für Frauen ein erhöhtes Risiko birgt, wegen einer psychischen Erkrankung behandelt werden zu müssen (Kendell et al., 1987; Valdimarsdóttir et al., 2009) und die Geburt eines Kindes die Rolle eines relevanten Lebensereignisses ("life event") einnimmt, wie es nicht selten im Vorfeld von psychischen Störungen zu finden ist, sollte aufgrund der in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Zusammenhänge dem Geburtserleben auch bei Männern verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet werden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass paternale Depressionen nach der Geburt eines Kindes ein nicht seltenes Phänomen sind, das mit verschiedenen Risiken verbunden ist. In der Literatur werden Prävalenzen von 1,2 % bis 25,5 % (Goodman, 2004) beschrieben, wobei eine neuere Meta-Analyse über 43 Studien von 1980-2009 von einer Prävalenz depressiver Symptomatik bei "frischgebackenen" Vätern von 10,4 % ausgeht (Paulson und Bazemore, 2010). Der Einsatz der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) zur Erfassung postpartaler Depressivität und Angst bei Männern wurde von Matthey et al. (2001) validiert. In der vorliegenden Arbeit konnte eine Häufigkeit von 22,2 % der Männer mit positivem Screening auf Angst und/oder Depressivität ($EPDS \geq 6$) bzw. 5,4 % der Männer mit Hinweisen auf eine postpartale depressive Verstimmung im engeren Sinne ($EPDS \geq 10$) gefunden werden. Diese Ergebnisse sind gut mit den in der Literatur beschriebenen Häufigkeiten vereinbar. Die eher niedrige Prävalenz postpartaler Depressivität im engeren Sinne in der vorliegenden Arbeit lässt sich möglicherweise durch den mit 48 bis 96 Stunden post partum eher frühen Messzeitpunkt erklären, da die paternale postpartale Depression erst in der Zeit zwischen dem 3. und 6. Monat post partum am häufigsten zu beobachten ist (Paulson und Bazemore, 2010). Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Anwendung der EPDS lediglich ein Screening auf postpartale

Depressivität und Ängstlichkeit darstellt und nicht die Diagnosestellung einer depressiven Episode erlaubt, wie diese in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) definiert ist.

Eine frühzeitige Identifikation von Risikokandidaten für die Entwicklung postpartaler psychischer Störungen bei Männern, die gerade Vater geworden sind, scheint umso wichtiger, wenn man sich die Risiken für die Partnerschaft und die Familie vergegenwärtigt. Unter den Risikofaktoren für postpartale Depressionen bei Müttern findet sich unter anderem eine als unzureichend erlebte Unterstützung durch den Partner (Bloch et al., 2005), wie sie bei einem Mann mit verschlechtertem postpartalem Befinden zu erwarten wäre. Neben dem Risiko für eine Erkrankung der Mutter und für eine gestörte Vater-Kind-Interaktion (Dorsch und Rohde, 2010), besteht ein erhöhtes Risiko für Söhne depressiver Väter, eine langandauernde Verhaltensstörung (ab dem 6. Lebensmonat bis zum Schulalter) zu entwickeln (Ramchandani et al., 2008, 2009).

Da zum gegenwärtigen Zeitpunkt sicher wirksame Strategien zur Prävention einer postpartalen Depression bei Frauen oder Männern noch fehlen (Dennis, 2005; Miller und LaRusso, 2011) kommt der frühzeitigen Identifikation von Risikokandidaten für postpartale Depressivität durch die Auswertung der Geburtserfahrung von Männern eine große Bedeutung zu und stellt einen vielversprechenden Ansatz für zukünftige klinische Forschung dar.

Im Sinne des Entwicklungspsychologen Piaget ist Leben und Entwicklung ohne ständig auftretende Passungsstörungen nicht denkbar, wie der Begründer des Begriffes "Passung" von Uexküll (2002) ausführt. Nach dem der psychosomatischen und integrierten Medizin zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell kann "Krankheit als Passungsstörung bzw. Passungsverlust der Einheit aus Organismus und Umwelt" (von Uexküll et al., 2002) verstanden werden, wobei das Erlangen von Passung einen dynamischen Prozess darstellt. In Schwellensituationen, wie sie die Geburt eines Kindes, insbesondere des ersten Kindes mit dem Übergang eines Paares zur Familie, darstellt, kommt eine hohe Anpassungsleistung nicht nur auf die junge Mutter, sondern auch auf den Mann zu, wobei "Passungsstörungen im Sinne von psychischer Verstimmtheit" (von Uexküll et al., 2002) auftreten können. In diesem Sinne ist es nach den Autoren um von Uexküll "zentrales Anliegen der Arzt-Patienten-Beziehung [...], salutogene Passungsangebote zu machen" (2002). Dabei erscheint es sinnvoll, die betroffenen jungen Väter, denen die "Passung" schwerer fällt als anderen, frühzeitig zu identifizieren, um sie psychosomatisch auf dem Weg der Salutogenese unterstützen zu können.

4.3.2 Traumatische Verarbeitung der Geburtsteilnahme bei Männern möglich

*„Ich habe die Geburt als eine existenzielle Bedrohung für das Leben meiner Frau erlebt
– es war schrecklich...“ (Studienteilnehmer, 43 Jahre)*

In der vorliegenden Untersuchung gaben 11,4 % (n=19) der Männer an, dass die Geburt für sie "eher schrecklich/belastend" bzw. "sehr schrecklich/belastend" gewesen sei. Auch in der Messung mittels SIL-Ger fand sich bei 11,4 % (n=19) Männern eine negative Gesamtgeburtserfahrung (SIL-Ger Summenwert < 70). In den wegweisenden Arbeiten von Wijma et al. aus den 1990er Jahren konnte belegt werden, dass die Geburt eines Kindes von Frauen als traumatisch erlebt werden kann und sich daraus auch das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) entwickeln kann. Dabei wurde die Prävalenz einer PTBS post partum für Frauen mit 1,7 % beschrieben (Wijma et al., 1997). Im Hinblick auf Väter und traumatisches Geburtserleben finden sich in den wenigen bislang verfügbaren Publikationen jeweils einzelne Symptome aus dem Syndromkomplex der PTBS: Intrusionen (2 % bei Skari et al., 2002) sowie Hyperarousal (12 % bei Bradley et al., 2008), allerdings fand sich in den genannten Studien in keinem Fall das Vollbild einer PTBS bei den untersuchten Männern. Von Bradley et al. (2008) wurden Zusammenhänge zwischen der Geburtsbegleitung in Kreißsaal oder OP und traumatisch verarbeitetem Geburtserleben bei den jungen Vätern beschrieben, wobei insbesondere Gefühle wie wenig Vertrauen in die eigenen Copingmechanismen, nicht gut vorbereitet und unter der Geburt stark belastet gewesen zu sein, als Prädiktoren für das Auftreten von Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) benannt werden konnten. Auch in der vorliegenden Arbeit war eine negative Geburtserfahrung bei den untersuchten Männern mit schlechterem Coping in der Geburtssituation, stärkerer Erschöpfung unter der Geburt sowie signifikant seltener erfüllten Erwartungen assoziiert, worin sich die von Bradley definierten Risikofaktoren für die spätere Entwicklung einer PTBS widerspiegeln.

Bei Frauen ist aus klinischer Erfahrung bekannt und in Studien beschrieben, dass die Nachbesprechung mit den an der Geburt Beteiligten hilfreich sein kann, um Abläufe und Situationen zu verstehen, die traumatogenen Charakter haben ("Debriefing", Waldenström et al., 2004). Dabei gilt es zu beachten, dass nicht die objektive Schwere eines Traumas (hier des Geburtsverlaufs), sondern die subjektive Bedeutungszuschreibung zur Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen kann, weswegen der subjektiven Bewertung der Geburtserfahrung durch den Mann – wie durch die SIL-Ger dargestellt – hier eine wegweisende Rolle zukommt. Zum anderen ist die traumatische Verarbeitung einer Geburt bei Männern nicht

davon abhängig, wie die gebärende Frau die Situation erlebt hat und verarbeitet (Eschholz und Rohde, 2010). In zukünftigen weiterführenden Forschungsansätzen sowie in der klinischen Arbeit mit Betroffenen könnte daher eine gezielte Nachbesprechung der Entbindung im Sinne eines Debriefing für Männer, die eine negative Geburtserfahrung aufweisen, zur Prävention einer traumatisch verarbeiteten Geburt evaluiert werden.

4.4 Einflussfaktoren auf das Geburtserleben von Vätern

In der vorliegenden Arbeit konnten sowohl geburtshilfliche Parameter als auch soziodemographische und biographische Merkmale bei den untersuchten Männern benannt werden, die Einfluss auf das Geburtserleben und die postpartale Befindlichkeit haben. Folgende Einflussfaktoren sollen näher beleuchtet werden: "Parität" bzw. zuvor erlebte Geburten und Alter, Entbindungsmodus, Interventionen und Komplikationen unter der Geburt, Beziehungsfaktoren (zu Hebammen, Ärzten), Erwartungshaltungen und Geburtsvorbereitung.

4.4.1 Erstväter erlebten die Geburt nicht anders als geburtserfahrene Väter

In der vorliegenden Arbeit hatte ein früheres Geburtserleben keinen signifikanten Einfluss auf das emotionale Erleben der aktuellen Entbindung, auf die Erfüllung von Erwartungen an die Entbindung oder auf die unmittelbare postpartale Befindlichkeit der Väter. Auch Männer, die explizit angaben, zuvor bereits einmal ein negatives Geburtserlebnis gehabt zu haben, unterschieden sich hinsichtlich des aktuellen Geburtserlebens nicht von der Restgruppe. In den wenigen publizierten Studien zur Geburtserfahrung von Männern erlebten Erstväter nur in einer Studie häufiger Unwohlsein in Kreißsaal/OP als geburtserfahrene Väter (Vehviläinen-Julkunen und Liukkonen, 1998). In den übrigen Publikationen finden sich keine sicheren Hinweise zum Einfluss eines vorherigen Geburtserlebens auf die aktuelle Geburt bei Männern. Dies deckt sich im Wesentlichen mit dem aktuellen Forschungsstand zur Geburtserfahrung von Frauen. In der Literatur wird die Parität mehrheitlich als ein Faktor mit lediglich geringem Einfluss auf das Geburtserleben gesehen, wohingegen andere Faktoren (z. B. unerfüllte Erwartungen, soziale Faktoren, erlebter Kontrollverlust, Beziehungsfaktoren, Involviertsein/Partizipation) (Green et al., 1990; Waldenström et al., 1999, 2004; Hodnett et al., 2002; Bryanton et al., 2008) deutlich überwiegen.

4.4.2 Entbindungsmodus als Risikofaktor für Enttäuschtheit

Der Entbindungsmodus erwies sich in der vorliegenden Arbeit als ein relevanter Einflussfaktor auf das Geburtserleben von Vätern sowie auf das Entsprechen von Erwartungen an die Geburt

mit dem tatsächlichen Erleben. Auffällig war, dass nach einer spontanen Entbindung, die von vielen Vätern in den freien Antworten auch als "natürliche Geburt" bezeichnet wurde, das Gefühl von Erfüllung stärker ausgeprägt war als nach jedem anderen Geburtsmodus. Ebenso war die postnatale Bewertungsdimension Enttäuschtheit der Geburtserfahrung weniger stark ausgeprägt, wenn eine Spontangeburt stattgefunden hatte. Dies entspricht Ergebnissen in Untersuchungen zum Geburtserleben von Frauen mittels Salmon's Item List/SIL-Gen (Salmon und Drew, 1992; Stadlmayr et al., 2004). Die Autoren diskutieren dabei als Erklärungsversuch, dass Erfüllung "das Gefühl des aktiven Eingebundenseins, der Partizipation widerspiegelt, das Gefühl, eine großartige Leistung vollbracht zu haben", was bei einem Kaiserschnitt weniger ausgeprägt sei.

In diesen Untersuchungen mit Müttern rangierten vaginale Entbindungsmethoden in der Bewertung des Geburtserlebens vor den Kaiserschnitten (Salmon und Drew, 1992; Stadlmayr et al., 2004). In anderen Studien war das Auftreten von Komplikationen, die eine Sectio oder operativ-assistierte vaginale Entbindung notwendig machten mit negativem Geburtserleben assoziiert (Waldenström et al., 1999; Lütje, 2004). In Bezug auf das Geburtserleben von Vätern stellten Chan und Paterson-Brown (2002) dar, dass sich Väter, die bei einer vaginalen Entbindung anwesend waren, hilfreicher und weniger ängstlich fühlten und die Gesamterfahrung als weniger traumatisch und eher als lohnende Erfahrung bewerteten als Väter, die bei Kaiserschnitten zugegen waren. In der vorliegenden Arbeit fanden sich bei diesen beiden Vergleichsgruppen "vaginale Entbindungen" vs. "Kaiserschnitte" keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Bewertung des Geburtserlebens oder die Erfüllung von Geburtserwartungen durch die Väter. Es wurde daher eine explorative Datenanalyse durchgeführt, in der zwei Untergruppen von Vätern definiert werden konnten: Begleiter einer "geplanten" Entbindung, wozu Spontanpartus und geplanter Kaiserschnitt (primäre Sectio) gezählt wurden, und Begleiter einer "ungeplanten" Entbindung, zu denen alle Arten der vaginal-operativen Entbindungen und die ungeplanten Kaiserschnitte (sekundäre Sectio als Oberbegriff für eilige Sectio und Notfallsectio) zugeordnet wurden. Dabei waren bei den untersuchten Männern sowohl unter der Geburt als auch postnatal die infolge Komplikationen sub partu notwendig gewordenen und als Intervention erlebten Entbindungsmodi vaginal-operative Entbindung oder sekundäre Sectio (d.h. "ungeplante" Entbindung) stärker mit negativem Geburtserleben assoziiert als bei Spontanpartus oder geplantem Kaiserschnitt (d.h. "geplante" Entbindung). Möglicherweise kommt dabei insbesondere unterwartet im Geburtsverlauf auftretenden Änderungen, wie z. B. Komplikationen eine bedeutende Rolle zu. Darauf weist hin, dass sich die Männer nach einer "ungeplanten Entbindung" dadurch von der Gruppe der

"geplanten Entbindungen" unterschieden, dass bei ihnen hochsignifikant häufiger Erwartungen unerfüllt blieben. Zum anderen waren die intrapartalen Dimensionen des Geburtserlebens in der Gruppe "ungeplante Entbindung" hochsignifikant schlechter ausgeprägt, während die postnatalen Dimensionen zwar ebenfalls signifikant schlechter waren, aber auf niedrigerem Signifikanzniveau. Ein Erklärungsansatz dafür könnte sein, dass die postnatalen Erlebnisdimensionen bereits eine kognitive Bewertung der Situation beinhalten und auch das Outcome (also Gesundheit von Mutter und Kind) berücksichtigen.

In der vorliegenden Arbeit konnte bei den untersuchten Männern eine Präferenz hinsichtlich des Geburtsmodus definiert werden, nach deren Rangfolge sich das Geburtserleben in der Gesamtbewertung kontinuierlich verschlechtert: *Spontanpartus* ⇒ *primäre Sectio* ⇒ *vaginal-operative Geburt* ⇒ *sekundäre Sectio*. Diese Rangfolge spiegelt die Zunahme des Unplanbaren (im Sinne von Komplikationen und notwendigen medizinischen Interventionen) unter der Geburt wider und dass diese mit einer erhöhten Anforderung an das Coping und die Anpassungsleistung des Individuums verbunden ist. Dies zeigt sich auch daran, dass in dieser Rangfolge das Entsprechen des Geburtserlebens mit den Erwartungen an die Geburt bei den Männern immer weiter divergierte. Ein ähnliches Phänomen beschreibt auch die Arbeitsgruppe um Schindl (2003), in deren Untersuchung das Geburtserleben von Müttern (gemessen mittels SIL-Ger) nach elektiver Sectio (geplanter Kaiserschnitt und Wunschkaiserschnitt) sogar noch besser ausgeprägt war als nach Spontanpartus. Ein Erklärungsversuch könnte dabei das Bedürfnis nach Kontrolle über die Situation bzw. der bei ungeplanten Methoden und zu einem Teil auch bei der Spontangeburt mit ihrer eigenen Dynamik erlebte Kontrollverlust und Hilflosigkeit sein. Dafür sprechen auch die Ergebnisse einer aktuellen schwedischen Studie mit 1.150 Vätern (Johansson et al., 2011). Von den 6,4 % Vätern dieser Gruppe, die eine primäre Sectio dem Spontanpartus vorzogen, gaben Erstväter als Begründung die bessere Planbarkeit und Kontrolle bei einem Kaiserschnitt an.

4.4.2 Komplikationen/Interventionen beeinträchtigten das Geburtserleben

In der vorliegenden Arbeit konnten signifikante Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Komplikationen sowie notwendigen medizinischen Interventionen präpartal (Geburtseinleitung, Frühgeburtslichkeit) bzw. in der Entbindungssituation (sekundäre Sectio wegen kindlicher Gefährdung, Einsatz von Saugglocke/Geburtszange bei Geburtsstillstand, Geburtsverletzungen) und dem Geburtserleben von Vätern beschrieben werden. Neben einer erschwerten Anpassungsleistung unter der Geburt zeigten die Männer, bei deren Partnerin es zu peripartalen Komplikationen gekommen war, auch eine schlechtere Bewertung der Gesamtgeburtserfahrung,

niedrigere Erfüllung und häufiger unerfüllte Erwartungen als Väter, die eine "komplifikationsfreie" Geburt begleitet hatten. Komplikationen und Interventionen sind in Mütterstudien als bekannte Risikofaktoren für negatives Geburtserleben belegt (Waldenström et al., 1999, 2004; Schindl et al., 2003; Lütje, 2004; Bryanton et al., 2008), was in der vorliegenden Arbeit für Männer bestätigt werden konnte.

Einer Sonderrolle bei den Interventionen könnte dabei der Periduralanästhesie (PDA) zukommen, die in der Regel im Sinne einer Geburtserleichterung von den Frauen/Paaren wahrgenommen wird. Eine Reihe von Studien mit Frauen, Männern oder Paaren lässt darauf schließen, dass erwünschte Interventionen durchaus einen positiven Einfluss auf das Geburtserleben haben können. In der Untersuchung von Schindl et al. (2003) hatten Frauen nach elektiver Sectio (Wunschkaiserschnitt und geplanter Kaiserschnitt) ein signifikant besseres Geburtserleben (mittels SIL-Ger) als nach allen anderen Entbindungsmodi. In einer italienischen Paarstudie war die mütterliche Analgesie eng mit väterlicher Zufriedenheit korreliert: Väter, deren Frauen eine PDA unter der Geburt erhalten hatten, erlebten weniger Stress und Angst, fanden bessere Möglichkeiten zur Partizipation und Unterstützung ihrer Frau und waren insgesamt zufriedener mit der Geburtserfahrung (Capogna et al., 2007).

In der vorliegenden Arbeit konnte diese Sonderrolle der PDA unter den medizinischen Interventionen für die untersuchten Männer jedoch nicht bestätigt werden. Väter, die einen Spontanpartus mit PDA begleitet hatten, wiesen unter der Geburt ein schlechteres Coping und erhöhte Ängstlichkeit auf, waren nach der Geburt weniger erfüllt und stärker enttäuscht und bewerteten das Geburtserleben als Gesamterfahrung insgesamt schlechter als Väter in der Gruppe mit Spontanpartus ohne Periduralanästhesie. Ähnliche Ergebnisse wurden in Studien über das Geburtserleben von Frauen beschrieben, in denen eine PDA entweder keinen Einfluss auf das Geburtserleben hatte oder aber mit negativem Geburtserleben assoziiert war (Dickinson et al., 2003; Stadlmayr et al., 2004). Bei den Müttern in der Studie von Lütje (2004) führte eine PDA insbesondere in den postpartalen Dimensionen der Geburtserfahrung, wie mittels SIL-Ger gemessen, zu weniger Erfüllung und häufiger zu Enttäuschtheit; darüberhinaus war sie die häufigste Nennung als "Störfaktor" im Geburtsverlauf. Wie Lütje diskutieren auch Waldenström et al. (2004) mögliche Erklärungsansätze: Häufig werden von Frauen überhöhte Erwartungen an die PDA im Sinne einer "völlig schmerzfreien Geburt" gestellt, die im Geburtsverlauf dann nicht erfüllt werden. Auch seien Frauen nach einer PDA insbesondere dann enttäuscht, wenn sie mit dem Anspruch an sich selbst nach einer möglichst "natürlichen Geburt" in die Geburtssituation gegangen waren und dann doch im Geburtsverlauf auf diese Intervention hatten zurückgreifen

müssen. Dass diese Wahrnehmungen nicht auf die mütterliche Perspektive der Geburtserfahrung beschränkt sind, deuten die in der vorliegenden Arbeit ausgewerteten freien Anmerkungen der Männer zum Geburtserleben an:

"Meine Erwartungen (Hoffnungen und Wünsche) waren die natürlichen Wehen und Geburt, doch die Realität forderte medizinische Hilfe."

(Studienteilnehmer, 30 Jahre)

In den freien Anmerkungen der Männer in der vorliegenden Arbeit wurde gehäuft der Wunsch nach einer "natürlichen Geburt" möglichst ohne medizinisches Zutun thematisiert, wie in dem Zitat exemplarisch dargestellt wird. In diesem Zusammenhang wurde auch die Periduralanästhesie als eher störendes Element benannt, da für diese zusätzliches, fremdes medizinisches Personal (Anästhesist) mit in den Geburtsraum kommen musste, es zu Verzögerungen im Zeitablauf kam bzw. es nicht selten auch mehrere "Versuche" bis zur erfolgreichen Durchführung der PDA bedurfte. Darüber hinaus wurde auch eine mangelnde Wirksamkeit der PDA bzw. eine andere Wirkung als vom Geburtspaar erwartet von den Vätern als Negativerfahrung der Geburt hervorgehoben.

Dies weist bereits darauf hin, dass der subjektiven Bedeutungszuschreibung erlebter Interventionen oder Komplikationen im Zusammenhang mit dem Geburtserleben Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. In den freien Antworten wurde von den Männern der vorliegenden Studie häufig das Thema der "erlebten Ohnmacht und Hilflosigkeit" angesichts der Geschehnisse im Geburtsraum, insbesondere auch beim Auftreten von Komplikationen und überraschend und sehr kurzfristig notwendig werdenden medizinischen Interventionen (wie z. B. Einsatz der Saugglocke, Sectio) im Geburtsverlauf, thematisiert. Dabei ist in Betracht zu ziehen, dass nicht die Intervention als solche, sondern wie diese von den beteiligten Personen erlebt wird, ausschlaggebend für die Qualität des Erlebens ist, wie es von Salmon und Drew (1992) und Stadlmayr et al. (2004) diskutiert wird. In diesen Studien war die Intervention dann weniger negativ besetzt, wenn sich Frauen an der Entscheidungsfindung, die zu notwendigen medizinischen Interventionen hinführte, ausreichend beteiligt fühlten und diese im Sinne einer Partizipation (Eingebundenwerden) erlebt hatten. Gleichermaßen spiegelt sich dieser Wunsch nach "Involviertsein", Informationen und Kontrolle auch bei den werdenden Vätern, insbesondere in den qualitativen Studien zum männlichen Geburtserleben, wider (Hallgren et al., 1999; Bäckström und Hertfelt Wahn, 2011; Premberg et al., 2011). Dies leitet dazu über, dass auch den Beziehungen zu den an der Geburt beteiligten Personen eine wegweisende Rolle im

Erleben und der Bewertung von Komplikationen und Interventionen und damit der Gesamtbewertung des Geburtserlebens zukommt.

4.4.3 Beziehungsfaktoren: Hebamme in Schlüsselposition

In Studien mit Frauen konnten Beziehungsfaktoren, insbesondere die Qualität der Unterstützung durch die Hebamme, über zwei Jahrzehnte der Forschung hinweg in zahlreichen Studien konsistent als entscheidende Einflussfaktoren auf Zufriedenheit und Geburtserleben benannt werden (Green et al., 1990; Salmon und Drew, 1992; Waldenström et al., 1999, 2004; Hodnett et al., 2002; Lütje, 2004; Bryanton et al., 2008). Stadlmayr et al. (2007) diskutieren sogar, dass nicht der objektive Geburtsverlauf, sondern die "erlebte intrapartale Beziehung" zu Hebamme und Geburtshelfern über positives oder negatives Geburtserleben entscheidet.

In aktuellen, vorwiegend qualitativen Studien der letzten Jahre zum männlichen Geburtserleben wird deutlich, dass ausgehend von der inzwischen "gesellschaftlich akzeptierten Norm" (David und Kentenich, 2008; Wöckel et al., 2008) der Geburtsteilnahme des Mannes auch den Bedürfnissen des Mannes als werdender Vater mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Im Tenor findet sich bei den werdenden Vätern der Wunsch, als eigenständiger, wertgeschätzter Teil des Geburtspaares von der Hebamme wahrgenommen zu werden und mit eigenen Rechten als werdender Vater im Kreißaal zu sein, eine Atmosphäre zu schaffen, in denen der Vater Fragen stellen darf und Informationen erhält sowie kontinuierlich von der Hebamme in den Geburtsprozess mit eingebunden wird (Vehviläinen-Julkunen und Liukkonen, 1998; Hallgren et al., 1999; Lee und Schmied, 2001; Bäckström und Hertfelt Wahn, 2011; Premberg et al., 2011). Letzteres im Sinne einer "balancierten Involviertseins" (Premberg et al., 2011), also jeweils nach den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten des Mannes, d. h. auch einen Schritt zurücktreten zu können und zu dürfen. Seit Ende der 1980er Jahre wird bereits in älteren Studien darauf hingewiesen, dass große Unsicherheit unter den Männern über ihre Rolle im Kreißaal/OP und im Geburtsverlauf herrscht und dies nicht selten zu ausgeprägten Diskrepanzen in der Erwartung von geburtshilflichem Team und Mann führt (Berry, 1988; Chapman, 1992; David et al., 1994). Dass dabei der Hebamme die wichtigste Rolle zukommt, nämlich Vätern in ihrer Rollenfindung am Übergang zur Vaterschaft zu unterstützen und sie zu einer aktiven Partizipation an der Entbindung zu ermutigen, schlussfolgern Longworth und Kingdon (2011) aus ihren im Rahmen einer phänomenologischen Studie erhobenen Interviews mit Erstvätern. Diese Ergebnisse wurden auch in einer breiter angelegten aktuellen schwedischen Studie (Hildingsson et al., 2011) mit 595 geburtsbegleitenden Vätern bestätigt. Für Erstväter war die erlebte Unterstützung ("support") durch die Hebamme der einzige

unabhängige Einflussfaktor auf ein positives Geburtserleben. Bei Vätern, die bereits Geburten miterlebt hatten, stand an erster Stelle der Einflussfaktoren auf ein positives Geburtserlebnis die faktische Information über den Fortgang der Geburt durch die Hebamme, die erlebte Unterstützung durch die Hebamme an zweiter Stelle und als drittes die Präsenz der Hebamme im Kreißaal.

Welch wichtige Rolle der Hebamme aus der Sicht des geburtsbegleitenden Mannes zukommt, zeigen auch die eigenen Ergebnisse. In der vorliegenden Arbeit konnte ein Zusammenhang zwischen der durch die Hebamme erlebten Unterstützung und dem Geburtserleben für Männer beschrieben werden: hohe Werte für Zufriedenheit mit der Hebamme waren mit positiver Geburtserfahrung, guter postnataler Erfüllung und geringer Enttäuschtheit assoziiert. Aber auch schon im Geburtsverlauf zeigten die Männer mit positiv erlebter Hebammenunterstützung ein gutes intrapartales Coping, gute emotionale Adaptation an den Geburtsprozess und erlebten die Zeit im Geburtsraum als weniger langwierig, was die besondere, einzigartige Rolle der Hebamme auch für den geburtsbegleitenden Mann unterstreicht.

Die Beziehung zu den Ärztinnen und Ärzten wurde von den untersuchten Männern in der vorliegenden Arbeit dahingegen als weniger wichtig bewertet; geringere Zufriedenheit mit dieser Berufsgruppe war bei den Männern ausschließlich mit stärker ausgeprägter Enttäuschtheit nach der Geburt assoziiert. Dabei mag ein in der modernen Geburtshilfe in den letzten Jahren häufig diskutiertes Phänomen zu Tage treten, dass nämlich "die vitale Bedrohung von Mutter und Kind durch die Geburt zunehmend an Bedeutung verloren hat und daher die ärztliche Intervention eher störend und invasiv denn als rettend erlebt wird" (Lütje, 2004). Die Zunahme von außerklinischen Geburten als Hausgeburten oder in Geburtshäusern und Institutionen, wie der erst 2009 am Universitätsklinikum Bonn installierte "Hebammengeleitete Kreißaal", geben Hinweise auf ein weniger arztzentriertes Verständnis des Gebärens. Wie der Gynäkologe und Geburtshelfer Lütje (2004) weiter ausführt, ist der Arzt "im Rahmen [...] nicht erwarteter Pathologie notwendig, aber eigentlich nicht erwünscht"; jemand, der nur bei Komplikationen in Erscheinung tritt, und dann "als Retter oder Täter, aber nicht als jemand, der die Geburt begleitet und sogar mit durchlitten" hat, erscheint. Diese Sichtweise auf die Geburt als natürlichen Vorgang, der möglichst keine ärztliche Einmischung erfordert – wie sie auch in den freien Antworten der Väter in der vorliegenden Arbeit zu finden ist – führt zu der Frage der Erwartungshaltung, mit der sich Männer in die Geburtssituation begeben.

4.4.4 Confirmation/Disconfirmation-Paradigma – die Rolle von Erwartungen

In der vorliegenden Arbeit gaben über die Hälfte der Männer an, dass ihre Erwartungen an die Geburt nicht erfüllt wurden. Dabei schützte die Tatsache, dass Männer bereits geburtserfahren waren, sie nicht vor unerfüllten Erwartungen bei der aktuellen Geburtsteilnahme. In den freien Antwortmöglichkeiten zur Erwartungshaltung – von der die absolute Mehrheit der Väter mit unerfüllten Erwartungen Gebrauch machte – wurde neben falscher Einschätzung des Geburtsablaufs, der Dauer und der Schmerzintensität der Partnerin oder dem Wunsch nach "natürlicher Geburt" insbesondere die Unvorhersehbarkeit des Geburtsablaufs von den Vätern thematisiert. Dabei zeigte sich, dass die Konfrontation mit medizinischen Interventionen (eilige Sectio, Notfallkaiserschnitt, aber auch PDA) nicht nur mit Sorge, Hilflosigkeit und Ohnmacht, sondern in der Konsequenz auch mit unerfüllten Erwartungen verbunden war. Konsistent dazu begründeten die Männer mit erfüllten Erwartungen das Übereinstimmen des tatsächlichen Erlebens mit ihren Erwartungen überwiegend mit dem Gefühl einer "guten Vorbereitung" bzw. "Planbarkeit" im Geburtsverlauf. Auch der bereits erwähnte Wunsch nach Involviertheit und Partizipation spiegelte sich darin wider: Beispielsweise wurde von Vätern, die angaben, dass ihre Erwartungen erfüllt worden waren, positiv hervorgehoben, dass sie von vorneherein bereits auf die mögliche Notwendigkeit eines Kaiserschnitts vorbereitet worden waren.

"Ich hätte mir eine normale Geburt gewünscht."

(Studienteilnehmer, 29 Jahre)

Als Risikofaktoren für ein Auseinanderklaffen von Erwartungen und Geburtserleben konnten in der vorliegenden Arbeit ein jüngeres Alter der Männer, das Auftreten von Komplikationen/Interventionen unter der Geburt, ein "ungeplanter" Entbindungsmodus (sekundäre Sectio oder vaginal-operative Entbindung) sowie Unzufriedenheit mit der Unterstützung durch die Hebammen beschrieben werden. Erstväter erlebten dabei genauso häufig wie geburtserfahrene Väter, dass ihre Erwartungen an die Geburt nicht mit dem tatsächlichen Erlebnis übereinstimmten.

Auswirkungen unerfüllter Erwartungen

In Bezug auf das Geburtserleben von Frauen wurden unerfüllte Erwartungen an die Geburt als ein Risikofaktor für negatives Erleben beschrieben (Hodnett et al., 2002; Groß, 2003; Waldenström et al., 2004; Lütje, 2004; Hauck et al., 2007). Diese Zusammenhänge konnten in der vorliegenden Arbeit auch für die Geburtserfahrung von Männern bestätigt werden. Männer, deren Erwartungen an die Geburt nicht mit dem tatsächlichen Erleben übereinstimmten, zeigten

ein schlechteres Geburtserleben, hatten unter der Geburt größere Schwierigkeiten mit der emotionalen Adaptation (Coping), stärkere Erschöpfung und Ängstlichkeit erlebt sowie ein stärker ausgeprägtes Gefühl, die Situation nicht unter Kontrolle zu haben als die Männer, deren Erwartungen an die Geburt erfüllt wurden. Bei denjenigen Männern, die durch ein negatives Geburtserleben unterhalb des definierten Grenzwertes auf der SIL-Ger auffielen, fanden sich sogar bei 86,7 % unerfüllte Erwartungen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus einer der wenigen Studien zur männlichen Geburtserfahrung, in der unerfüllte Erwartungen als ein signifikanter Einflussfaktor auf erhöhte Stresslevel unter und nach der Geburt beschrieben werden konnten (Johnson et al., 2002). Die Geburtshelfer David und Kantenich (2008) schlussfolgern aus ihrer langjährigen klinischen und wissenschaftlichen Arbeit mit Männern im Kreißaal, dass sich Männer heute kaum dem "Klischee einer schönen und natürlichen Geburt" und dem damit verbundenen Erwartungsdruck erwehren können.

Dass Erwartungshaltungen Anteil an dem Erleben von Zufriedenheit haben, lässt sich anhand des Confirmation/Disconfirmation-Paradigma (C/D-Paradigma; Homburg und Stock, 1995) modellhaft erklären, das sich in der Kunden- und Patientenzufriedenheitsforschung empirisch bewährt hat. Das C/D-Paradigma definiert Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit als "Folge einer wahrgenommenen Diskrepanz zwischen erwarteter und erlebter Leistung" (Buchhester, 2000). Neben einem rein kognitiven Vergleichsprozess spielt beim Erleben von Zufriedenheit auch eine affektive Komponente eine Rolle. In diesem Sinne muss "Zufriedenheit [...] als emotionale Reaktion auf den kognitiv erfolgten Vergleich impliziter Erfahrungen, Normen und Werte mit dem erhaltenen Leistungsbündel" verstanden werden (Buchhester, 2000). Dieses beschriebene Geflecht aus "Erfahrungen, Normen und Werten", aus einem kognitiven Abgleich mit dem tatsächlich Erlebten und aus der darauf folgenden emotionalen Reaktion zeigt, dass die individuelle Erwartungshaltung in ihrem Einfluss auf Zufriedenheit mit dem Erleben der Geburt nicht unterschätzt werden darf. Dabei stellen Erwartungshaltungen ein komplexes Gebilde dar, das infolge bewusster und unbewusster Prozesse aus einer Vielzahl von Quellen (Vorerfahrungen, Werte, Kontrollüberzeugungen, Vorinformationen) gespeist wird. Damit ist gut vereinbar, dass in der vorliegenden Arbeit der Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses bei den untersuchten Männern keinen signifikanten Einfluss auf die Übereinstimmung von Erwartungen mit dem Erleben hatte.

Die Wichtigkeit, diese individuellen Vorstellungen und Haltungen zu kennen und zu berücksichtigen als unabdingbare Einflussfaktoren auf die Geburtserfahrung bei Frauen, wurde von Hauck et al. (2007) unterstrichen. Dass es die Zufriedenheit von Frauen mit der Geburt

verbessern kann, wenn Geburtshelfer diese Erwartungen kennen und Frauen bei deren Erfüllung unterstützen, hatten bereits Tumblin und Simkin (2001) gefordert. Aufgrund der in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Zusammenhänge zwischen unerfüllten Erwartungen und negativer Geburtserfahrung bei geburtsbegleitenden Männern und der damit verbundenen Risiken, sollte diesem bisher kaum beachteten Themenkomplex in weiterführender Forschung Aufmerksamkeit gewidmet werden.

4.5 Implikationen für eine gezielte Geburtsvorbereitung

4.5.1 Väterspezifische Geburtsvorbereitung effektiver machen

„Schöne partnerschaftliche Erfahrung, aber unerwartete Gefühlssituation“

(Studienteilnehmer, 36 Jahre)

In Bezug auf das männliche Geburtserleben wurde von Chan und Paterson-Brown (2002) beschrieben, dass Männer, die sich "nicht darauf vorbereitet gefühlt hatten, bei der Entbindung anwesend" zu sein, die Geburtserfahrung als weniger lohnenswert und als unerfreulich empfanden und auch in der Folge ihre Partnerschaft als verschlechtert erlebten. Bei Johnson et al. (2002) zeigten Männer deutlich höhere Stresslevel, wenn sie zur Geburtsteilnahme gedrängt worden waren und Unsicherheit über ihre Rolle im Kreißsaal bestand. Auch als Risikofaktor für eine traumatische Verarbeitung der Geburtsteilnahme von Männern konnte das "Gefühl, nicht ausreichend vorbereitet" gewesen zu sein von Bradley et al. (2008) beschrieben werden. Die Geburtsbegleitung durch den werdenden Vater scheint demnach eine gewisse Vorbereitung der Männer zu erfordern, weswegen in der vorliegenden Studie die Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen für Männer mit untersucht wurde. Erstväter wurden nach Teilnahme oder Nichtteilnahme an einer Geburtsvorbereitung unterschieden, wobei sich zeigte, dass ein Vorbereitungskurs keine Auswirkungen auf Geburtserleben, intrapartale Anpassungsleistungen, erfüllte Erwartungen oder postpartales Befinden hatte. Lediglich das Zeitempfinden war bei Männern nach einer Geburtsvorbereitung verändert: nach einem Kurs erlebten die werdenden Väter die Zeit im Geburtsraum als weniger langwierig. Dies deckt sich im Wesentlichen mit Ergebnissen von Friedewald et al. (2005), die in ihrer Übersichtsarbeit keine Vorteile von Geburtsvorbereitungskursen der letzten 25 Jahre für geburtsbegleitende Männer benennen konnten.

"Habe durch die Geburtsvorbereitung gelernt, dass es für die Partnerin eine wichtige

Unterstützung ist, wenn sie mit all den Belastungen und Schmerzen nicht alleine ist."

(Studienteilnehmer, 32 Jahre)

Die Einbeziehung von werdenden Vätern in Geburtsvorbereitungskurse war – wie die Geburtsteilnahme des Mannes überhaupt – seit den Anfangsjahren zunächst geprägt von dem Gedanken, dass der Partner der gebärenden Frau unter der Geburt "von Nutzen" sein kann (Draper, 1997). Entsprechend wurden Geburtsvorbereitungskurse darauf ausgerichtet, dem Mann seine Rolle im Kreißsaal als Unterstützer der Frau nahezubringen. Bereits seit zwei Jahrzehnten finden sich kritische Stimmen zu diesen seit den 1960er Jahren kaum veränderten Rollenzuweisungen. Beaton und Gupton (1990) warnten vor überhöhten Erwartungen der Frau in ihren Partner als "Coach" und plädieren dafür, dem Geburtserleben aus der Sicht der Männer mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Von Chapman (1992) wurde auf die Diskrepanz zwischen Rollenverständnis der Männer als Zeuge („witness“) im Kreißsaal und Rollenzuweisung durch Geburtshelfer und Partnerin als Unterstützer („coach“) hingewiesen. Die eigenen Bedürfnisse der Männer blieben bei Geburtsteilnahme und Geburtsvorbereitung bislang eher unberücksichtigt. Shapiro (1987) sieht den werdenden Vater gar "gefangen in einem kulturellen Double Bind", dessen Anwesenheit bei der Geburt erwünscht, seine Gefühle aber tabu seien.

Erst Modellprojekte, die der Wahrnehmung des werdenden Vaters als eigenständigen Teil des Geburtspaares mit dem ihm ureigenen Recht auf Anwesenheit bei der Geburt seines Kindes, wie es von Vätern in den letzten Jahren zunehmend thematisiert wurde (Hallgren et al., 1999; Lee und Schmied, 2001; Bäckström und Hertfelt Wahn, 2011; Premberg et al., 2011), Rechnung tragen, scheinen erfolgreich zu sein. Neben US-amerikanischen und australischen "all-male-discussion forums" (Friedewald et al., 2005; Fletcher et al., 2006) zeigte auch die deutsche Interventionsstudie einer väterspezifischen Geburtsvorbereitung von Wöckel et al. (2007) vielversprechende Ergebnisse.

4.5.2 Schon in der Schwangerschaft auf Depressivität screenen?

In der vorliegenden Arbeit ist eine Verschlechterung des psychischen Befindens während der Schwangerschaft der Partnerin assoziiert mit einer weniger erfüllenden Geburtserfahrung sowie einer schlechteren postpartalen Befindlichkeit, was sich mit den in der Literatur für eine paternale Depression mit postpartalem Beginn beschriebenen Risikofaktoren deckt. Ramchandani et al. (2008) konnten neben einer psychiatrischen Anamnese mit schweren Depressionen hohe pränatale Symptomwerte für Depressivität und Angst benennen, was Escribà-Agüir und Artazcoz (2010) bestätigten. Wie in Untersuchungen bei Frauen belegt (Bryanton et al., 2008; Schumacher et al., 2008), kann eine depressive Symptomatik während der Zeit der Schwangerschaft also auch bei werdenden Vätern als Prädiktor für postpartale Depressivität angesehen werden.

In diesem Zusammenhang scheinen jedoch auch Erwartungshaltungen eine wegweisende Rolle zu spielen. Dies zeigte sich in der vorliegenden Arbeit bei denjenigen Männern, die bereits einmal im Leben in psychotherapeutischer Behandlung gewesen waren. Sie wiesen zwar eine Verschlechterung des psychischen Befindens in der Schwangerschaft der Partnerin auf, jedoch weder negatives Geburtserleben noch verschlechterte postpartale Befindlichkeit. Es zeigte sich, dass bei diesen Männern Erwartungen an das Geburtserleben signifikant häufiger erfüllt worden waren. Möglicherweise begünstigt eine psychotherapeutische Vorbehandlung, dass die Männer mit einer realistischeren Erwartungshaltung in die Geburtssituation gehen und/oder über ausgeprägtere Copingmechanismen verfügen. Persönlichkeitsbasierte Copingstrategien als wesentlicher Einflussfaktor auf das männliche Geburtserleben konnten auch von Greenhalgh et al. (2000) beschrieben werden.

4.5.3 Geburtsvorbereitung und Geburtsnachbereitung – nicht nur für Mütter

Geburtsvorbereitung von werdenden Vätern stellt angesichts der vielen mit der Geburtsbegleitung, aber auch insgesamt mit der Geburt eines Kindes, verbundenen Anpassungsleistungen und dem Problem unrealistischer Erwartungshaltungen mit ihren negativen Auswirkungen auf die Geburtserfahrung und die postpartale Befindlichkeit eine sinnvolle Institution dar und sollte in ihrem Potential als Baustein eines Präventionsmodell nicht unterschätzt werden. Von Cowan und Cowan (1994) wird die perinatale Phase, also die letzten Wochen der Schwangerschaft und die ersten Lebenswochen des Babys, als die "goldene Chance für eine Intervention mit Vätern" angesehen. Dafür spricht auch, dass werdende und "frisch gebackene" Väter außerhalb der Geburtsvorbereitung und der Geburtsbegleitung selbst in der Regel keinen Kontakt zum Gesundheitssystem haben, anders als dies bei Frauen im Rahmen von Schwangerenvorsorge und gynäkologischer Nachuntersuchung am Ende des Wochenbettes der Fall ist.

Da sich nach dem aktuellen Forschungsstand depressive oder Angstsymptome in der Schwangerschaft auch bei Männern, die Vater wurden, als prädiktive Faktoren für die Entwicklung postpartaler Depressionen erwiesen haben, könnte der Einsatz von Screeninginstrumenten bereits zum Zeitpunkt der Schwangerschaft der Frau sinnvoll sein. Das Screening werdender Väter auf depressive Symptome während der Schwangerschaft – insbesondere wenn bei der schwangeren Frau selbst eine depressive Symptomatik vorliegt – könnte Gegenstand weiterführender Forschung mit dem Ziel einer Früherkennung und Prävention postpartaler Depressionen sein. Dafür wäre der Rahmen eines väterspezifischen Geburtsvorbereitungskurses geeignet, in dem sich das geburtshilfliche und therapeutische Team

auch der emotionalen Situation des werdenden Vaters zuwenden kann.

Nach Studienlage – und wie in der vorliegenden Arbeit bestätigt – bereitet traditionelle Geburtsvorbereitung Männer nur unzureichend auf die Geburtssituation im Geburtsraum vor und geht an ihren Bedürfnissen nach Individualität, einer klaren Rollendefinition und aktiven Partizipation vorbei. Vielversprechend sind neue väterspezifische Modelle, in denen Männer unter sich auf die Geburt und die damit verbundenen Gefühle und zu vollbringenden Anpassungsleistungen vorbereitet werden. In der Untersuchung von Schäfer et al. (2008) führte schon eine einzige, explizit für Männer durchgeführte Sitzung, eine sogenannte "Männerrunde" im Rahmen des Vorbereitungskurses, zu einer signifikanten Verbesserung der emotionalen Adaptation des werdenden Vaters unter der Geburt und seinem Selbstwirksamkeitserleben, was insgesamt zu einem positiven Geburtserleben beitragen kann. Zukünftige Forschung sollte sich daher mit der weiteren Evaluation väterspezifischer Modellprojekte in der Geburtsvorbereitung befassen.

Auch der Nachbesprechung der Geburt mit der an der Entbindung beteiligten Hebamme sollte als ein weiterer Baustein eines Präventionsmodell im Sinne eines "salutogenetischen" Ansatzes (Antonovsky, 1997) Aufmerksamkeit gewidmet werden. Analog zur Studie von Olin und Faxelid (2003), in der der überwiegende Teil der Väter, die das erste Mal eine Geburt mit erlebt hatten, und ein Drittel der bereits geburtserfahrenen Väter den Wunsch nach einer Nachbesprechung ("postpartum talk") der Geburt mit der Hebamme geäußert hatten, zeigten sich auch die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Männer sehr interessiert an einer Nachbereitung der miterlebten Entbindung. Das spiegelte sich zum einen in der regen Nutzung von freien Antwortmöglichkeiten in der durchgeführten Erhebung wider, wo Raten von über 90 % erreicht wurden, andererseits auch in der erlebten Unsicherheit, Hilflosigkeit und Ohnmacht der Männer, wenn es zu Komplikationen gekommen war. Im Sinne der psychosomatisch orientierten Geburtshilfe ist es angelehnt an die integrierte Medizin das Ziel des therapeutischen Teams, "salutogene Passungsangebote" (Uexküll et al., 2002) zu machen, also die "frischgebackenen" Väter in ihrer Erlebnisverarbeitung der Geburt einerseits und der Anpassung an die veränderte Situation und ihrer Rollenfindung in der Familie andererseits durch Gespräche und Hebammenbetreuung, die auch den Vater als Teil der Familie berücksichtigt, zu unterstützen. Entsprechend einer väterspezifischen Geburtsvorbereitung sollte daher auch eine Geburtsnachbereitung mit der geburtsbegleitenden Hebamme in zukünftigen Untersuchungen zur "dynamischen Wohlbefindensforschung" (Groß, 2003) für Mutter, Vater und Kind rund um die Geburt miteinbezogen werden.

5 Schlussfolgerung

Angesichts der Entwicklungen der modernen familienorientierten Geburtshilfe ist es nur konsequent, den werdenden Vater als gleichwertigen Teil des Geburtspaares zu betrachten und seiner emotionalen Situation rund um die Geburt eines Kindes Aufmerksamkeit zu widmen. Geburtsvorbereitung und Geburtsteilnahme des Mannes werden noch überwiegend danach ausgerichtet, welchen "Nutzen" der Mann für die gebärende Frau hat. Auf dem Weg zu einer nicht nur patientinnen-, sondern paarzentrierten Geburtsbegleitung ist die Untersuchung des Geburtserlebens aus der Sicht der Männer ein erster wichtiger Schritt. Wie in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden konnte, ist auch die Geburtserfahrung des Mannes ein komplexes Konstrukt, in dem in der Regel sowohl positive als auch negative Erlebnisweisen auftreten. Dabei setzt sich die Geburtserfahrung sowohl aus intrapartalem Erleben (Coping und Selbstwirksamkeit der Männer) als auch der postpartalen kognitiven Bewertung des Erlebten zusammen. Es hat sich gezeigt, dass auch bei Vätern die Geburtserfahrung eine Relevanz als Indikator für postpartale Anpassungsstörungen hat. Vor dem Hintergrund der Risiken, die unerkannte, unbehandelte psychische Störungen bei Vätern für die Familiendynamik, die Gesundheit der Mutter, die Bindung zum Kind und sogar die langfristige Entwicklung des Kindes mit sich bringen, erscheint eine frühzeitige Identifikation von Risikokandidaten für eine erschwerte Anpassung unerlässlich. Väter-spezifische Geburtsvor- und -nachbereitung könnten dabei als Bausteine eines Präventionsmodells dienen, in dem auf die in der vorliegenden Arbeit definierten prä- und intrapartalen Einflussfaktoren Bezug genommen werden kann. In der eigenen Untersuchung schilderte jeder zehnte Mann ein negatives Geburtserleben. Mit der vorliegenden Arbeit soll versucht werden, die an der Geburt beteiligten Professionen für die männliche Perspektive und für die mit negativer Geburtserfahrung verbundenen Risiken zu sensibilisieren und wirksame Früherkennungs- und Präventionsstrategien anzuregen, damit Angebote einer psychosozialen Begleitung des Geburtspaares von der Schwangerschaft bis in die Postpartalzeit gemacht werden können. Teil einer realistischen Geburtsvorbereitung von Männern sollte dabei sicher auch die Aufklärung darüber sein, dass "die Entbindung ein gefühlsintensives Ereignis bleibt, auf das sich der geburtsbegleitende Vater nicht total vorbereiten kann" (David et al., 1994).

6 Zusammenfassung

Nach dem geltenden Forschungsverständnis stellt die Geburt eines Kindes, insbesondere auch des ersten Kindes und die damit verbundene Triangulierung der Paarbeziehung, ein relevantes Lebensereignis für die Eltern dar. Da solche "Life Events" nicht selten im Vorfeld des Auftretens psychischer Störungen zu finden sind, ist das Geburtserleben und seine Auswirkungen auf die postpartale Befindlichkeit von Müttern in den letzten Jahrzehnten zunehmend Gegenstand wissenschaftlicher Forschung. Geburtsbegleitung durch den werdenden Vater kann inzwischen als gesellschaftlich anerkannten Norm angesehen werden. Im Sinne einer nicht nur patientinnen- sondern familienorientierten Geburtshilfe ist es nur konsequent, auch dem werdenden Vater und seiner emotionalen Situation rund um die Geburt eines Kindes Aufmerksamkeit zu widmen.

In der vorliegenden Arbeit wurde eine prospektive Erhebung zu Geburtserleben und postnataler Befindlichkeit von 174 Vätern ausgewertet, die im Jahr 2007 am Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde des Universitätsklinikums Bonn durchgeführt wurde. Zum Einsatz kamen dabei neben einem Anamnesefragebogen die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) sowie eine Skala zur multidimensionalen Erfassung des Geburtserlebens, Salmon's Item List in der deutschen Fassung nach Stadlmayr (SIL-Ger).

Das Geburtserleben stellte bei den untersuchten Vätern einen multidimensionalen Prozess dar, in dem positive und negative Gefühlszustände (z. B. Freude und Hilflosigkeit/Ohnmacht) gleichzeitig und nicht ausschließlich auftraten. Dabei setzte sich die Geburtserfahrung sowohl aus intrapartalem Erleben (Coping und Selbstwirksamkeit) als auch der postnatalen kognitiven Bewertung des Erlebten zusammen, wie es von der SIL-Ger abgebildet wird. Diese Skala konnte in der vorliegenden Arbeit für die Erfassung des Geburtserlebens von Vätern validiert werden. Bei jedem zehnten Mann der Studie fand sich eine in der Gesamtbewertung negative Geburtserfahrung. Als Einflussfaktoren auf die Qualität des Geburtserlebens konnten der Entbindungsmodus, das Auftreten von Komplikationen und notwendige medizinische Interventionen unter der Geburt sowie psychische Gesundheit während der Schwangerschaft der Partnerin benannt werden. Ebenso waren Geburtserwartungen sowie die erlebte Unterstützung durch die Hebamme/n während der Geburt mit der Ausprägung des Geburtserlebens assoziiert. Ob Männer bereits eine Geburt miterlebt oder einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten, blieb in der untersuchten Stichprobe ohne Einfluss.

Bei den untersuchten Vätern stellte sich das Geburtserleben als Indikator für postnatal zu bewältigende Anpassungsprozesse dar.

Eine negative Geburtserfahrung beim geburtsbegleitenden Vater ist ein nicht seltenes Phänomen, wobei neben mit der Geburt assoziierten Faktoren (Entbindungsmodus, Komplikationen, Beziehung zur Hebamme) auch individuelle Erwartungen an die Geburt Einfluss haben. Da klassische Geburtsvorbereitungskurse werdende Väter offensichtlich nicht ausreichend auf die Situation in Kreißsaal und OP vorbereiten, sollte einer väterspezifischen Geburtsvor- und -nachbereitung durch das geburtshilfliche Team mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Vor dem Hintergrund des Risikos unerkannter psychischer Störungen für die Paarbeziehung und die Entwicklung des Kindes scheint eine Identifikation der jungen Väter sinnvoll, für die die Anpassung nach der Geburt durch Ängste, Depressivität oder Traumatisierung erschwert ist. Dabei kann die Erfassung des Geburtserlebens der Väter einen wertvollen Baustein eines Präventionsmodells psychosozialer Familienbegleitung in der Postpartalzeit darstellen.

7 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Einflussfaktoren auf die Geburtserfahrung	23
Tab. 2: Alter in Jahren	35
Tab. 3: Ausbildungsniveau	35
Tab. 4: Anzahl miterlebter Entbindungen	36
Tab. 5: Qualitative Angaben zu einem vorherigen Geburtserleben (Likert-Skala).....	37
Tab. 6: Kategorisierung der Freitextangaben zum vorherigen Geburtserleben	38
Tab. 7: Kategorisierung Gründe für Psychotherapie/psychiatrische Behandlung.....	39
Tab. 8: Kategorisierung körperliche Probleme während Schwangerschaft	39
Tab. 9: Kategorisierung psychische Probleme während Schwangerschaft	41
Tab. 10: Verteilung des Entbindungsmodus	42
Tab. 11: Verteilung PDA/keine PDA in der Subgruppe Spontanpartus	42
Tab. 12: Freitextangaben zu Komplikationen (basierend auf Angaben der Mütter)	43
Tab. 13: Komplikationen unter der aktuellen Geburt	45
Tab. 14: Begriffspaare Salmon's Item List und SIL-Ger (nach Stadlmayr et al., 2001)	47
Tab. 15: Freitextangaben: Gründe für Anwesenheit bei der Geburt	53
Tab. 16: Freitextangaben: Erfahrungen rund um die Geburt	54
Tab. 17: Zufriedenheit mit Organisation und Betreuung durch Hebammen, Ärzte, Pflegende	57
Tab. 18: Selbstbeurteilungsskala emotionales Geburtserleben Väter gesamt (Likert-Skala).....	58
Tab. 19: Geburtserleben: Kategorisierung Freitextangaben und jeweilige Ausprägung Likert-Skala	60
Tab. 20: Entsprechung der Wehen und der Geburt mit den Erwartungen.....	63
Tab. 21: Erfüllte Erwartungen: kategorisierte Freitextangaben.....	64
Tab. 22: Unerfüllte Erwartungen: kategorisierte Freitextangaben	66
Tab. 23: SIL-Ger: Gesamtgruppe sowie Vergleich Erstväter und geburtserfahrene Väter	68
Tab. 24: SIL-Ger Summenwert (MW) nach "Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt"	70
Tab. 25: MW SIL-Ger f1 nach "Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt"	71
Tab. 26: MW SIL-Ger f2 nach "Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt"	71
Tab. 27: MW SIL-Ger f3 nach "Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt"	72
Tab. 28: MW SIL-Ger f4 nach "Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt"	72
Tab. 29: SIL-Ger Summenwert (MW) nach "Zufriedenheit"	73
Tab. 30: Vergleich SIL-Ger Summenwert < 70 und ≥ 70	74
Tab. 31: Alter und Entsprechung von Erleben mit Erwartungen	77
Tab. 32: Geburtserleben, Erwartungen, EPDS von Erstvätern und geburtserfahrenen Vätern.....	79
Tab. 33: Psychisches Befinden während Schwangerschaft der Partnerin nach Vorbehandlung	80
Tab. 34: Psychisches Befinden während der Schwangerschaft der Partnerin	81
Tab. 35: Erwartungen und psychiatrische/psychotherapeutische Vorbehandlung	82
Tab. 36: Geburtserleben nach Entbindungsmodus (Häufigkeiten)	83
Tab. 37: Geburtserleben nach Untergruppen Spontanpartus ohne/mit Periduralanästhesie	84
Tab. 38: Geburtserleben nach Untergruppen "geplante" – "ungeplante" Entbindung	86
Tab. 39: Geburtserleben nach Untergruppe Komplikationen	88
Tab. 40: Geburtserleben nach "Entsprechung Erwartungen und Erleben"	90
Tab. 41: Geburtserleben und Beziehungsfaktoren (Zufriedenheit)	93
Tab. 42: Geburtserleben (SIL-Ger) in den Untergruppen EPDS ≥ 6 und EPDS ≥ 10.....	95


Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Selbstbeurteilungsskala zum emotionalen Geburtserleben Väter gesamt	58
Abb. 2: Selbstbeurteilungsskala zum emotionalen Geburtserleben Erstväter/geburtserfahrene Väter	59
Abb. 3: Untergruppen Entsprechung Erwartungen mit dem Erleben	63
Abb. 4: SIL-Ger Summenwert (Mediane) nach "Gefühlsmäßiges Erleben der Geburt"	70
Abb. 5: Subgruppenbildung für postnatale Depressivität/Angst bzw. Depressivität (EPDS)	75
Abb. 6: Paternale postnatale Depressivität und/oder Angst bzw. Depressivität (EPDS)	76
Abb. 7: Median (EPDS) nach psychischem Befinden in der Schwangerschaft der Partnerin	76
Abb. 8: Median Alter und Entsprechung von Erleben und Erwartungen	78
Abb. 9: Median Alter und postnatale Befindlichkeit (EPDS-Werte)	78
Abb. 10: Mediane (SIL-Ger) Spontanpartus mit PDA – Spontanpartus ohne PDA	84
Abb. 11: Geburtserleben nach Untergruppen geplant – ungeplant (Häufigkeiten n)	85
Abb. 12: Geburtserleben nach Untergruppen ungeplant – geplant (prozentuale Verteilung)	86
Abb. 13: Geburtserleben nach Untergruppe "Komplikationen" (Häufigkeiten)	89
Abb. 14: Geburtserleben nach Erfüllung von Erwartungen	89
Abb. 15: Subgruppenbildung Erstväter nach Vorbereitungskurs	91
Abb. 16: Zusammenhänge Geburtserleben und postnatale Verstimmung	96

8 Anhang

Datum:

Beratercode: VMD

Fragebogen.: BN 

Anamnesefragebogen Partner / Ehemann

Schwangerschaft und Geburt

Die wievielte Schwangerschaft für Sie als Partner / Ehemann ist dies? _____

Die wievielte Geburt? _____

Alter des jüngsten Kindes: _____ Tage

Wie haben Sie als Partner die Geburt gefühlsmäßig erlebt?

- sehr schön eher schön weder noch
 eher schrecklich/belastend sehr schrecklich/belastend

bitte erläutern:

Wie waren Sie zufrieden mit...

- dem organisatorischen Ablauf der Geburt?

- sehr zufrieden zufrieden eher unzufrieden gar nicht zufrieden

- der Betreuung durch die Hebammen während der Geburt?

- sehr zufrieden zufrieden eher unzufrieden gar nicht zufrieden

- der Betreuung durch die Ärztinnen und Ärzte während der Geburt?

- sehr zufrieden zufrieden eher unzufrieden gar nicht zufrieden

- der bisherigen Betreuung auf der Wochenstation?

- sehr zufrieden zufrieden eher unzufrieden gar nicht zufrieden

Entsprach der Ablauf der Wehen und der Geburt Ihren Erwartungen?

- Ja, und zwar:

 Nein, und zwar:

Angaben zu Ihren Erfahrungen rund um die Geburt, bitte erläutern, (ggf. auf einem Extrablatt):

Wie war Ihr eigenes körperliches Wohlbefinden in der Schwangerschaft?

- besser als sonst keine Veränderung
 leichte körperliche Probleme und zwar: schwere körperliche Probleme und zwar:

Wie war Ihr eigenes psychisches Befinden in der Schwangerschaft?



- besser als sonst keine Veränderung leichte psychische Probleme, und zwar:
 schwere psychische Probleme, und zwar:

Aus welchem Grund waren Sie bei der Geburt dabei? (Mehrfachnennung möglich)

- eigener Wunsch Wunsch der Partnerin weil der Mann bei der Geburt heute normalerweise dabei ist
 sonstiges, und zwar....

Haben Sie zusammen mit Ihrer Partnerin einen Geburtsvorbereitungskurs besucht?

- Nein Ja

Falls zutreffend: Wie haben sie vorherige Geburten erlebt?

- sehr schön eher schön weder noch eher schrecklich/belastend
 sehr schrecklich/belastend bitte ggf. erläutern:

Gab es danach Besonderheiten in der Entwicklung Ihres Kindes (Erkrankung des Kindes, eigene psychische Probleme von Ihnen oder Ihrer damaligen Partnerin, etc.)?

- Nein Ja, und zwar:

Erkrankungen

Haben Sie schon einmal eine Psychotherapie gemacht?

- nein ja ambulant stationär

Wann und weshalb:

Waren Sie schon einmal in psychiatrischer Behandlung?

- nein ja ambulant stationär

Wann und weshalb:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- nein ja, und zwar folgende:

Lebensform

- verheiratet / zusammenlebend sonstiges, und zwar:
 alleinstehend / alleinerziehend weitere Kinder, Anzahl ____ Alter _____

Schule und Beruf

- kein Schulabschluss Erlerner Beruf:
 Hauptschulabschluss
 Mittlere Reife / Fachschule o.ä. Derzeitige Tätigkeit:
 Abitur / Fachhochschulreife o.ä.

Datum: Beratercode: Fragebogennr.: **SALMON'S ITEM LIST - FRAGEBOGEN ZUM GEBURTSLERLEBEN (SIL-GER)**

Beantworten Sie die Fragen bitte spontan ohne besonders „nachzugröbeln“!
Sie sollten für das Ausfüllen des Fragebogens 5 Minuten nicht überschreiten!

Markieren Sie bitte den Punkt auf der jeweiligen **Skala 1 bis 7**, von dem Sie denken, dass er am besten beschreibt, wie Sie als Mutter bzw. Sie als deren Partner sich **unter der Geburt und in den ersten Stunden danach** gefühlt haben. Falls Sie bestimmte Fragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Geburt verschieden beantworten möchten, bilden Sie bitte einen **Mittelwert** und tragen diesen dann auf der Skala ein.

1.	enttäuscht	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nicht enttäuscht
2.	erfüllt	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nicht erfüllt
3.	begeistert	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nicht begeistert
4.	zufrieden	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nicht zufrieden
5.	voller Freude	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	ohne Freude
6.	deprimiert	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nicht deprimiert
7.	glücklich	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nicht glücklich
8.	voller Aufregung	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	ohne Aufregung
9.	gute Erfahrung	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	schlechte Erfahrung
10.	ich kam gut klar	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	ich kam schlecht klar
11.	betrogen	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nicht betrogen
12.	unter Kontrolle	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nicht unter Kontrolle
13.	angenehm	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	unangenehm
14.	entspannt	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nicht entspannt
15.	ängstlich	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nicht ängstlich
16.	schmerzhaft	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nicht schmerzhaft
17.	leicht	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nicht leicht
18.	die Zeit verging schnell	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	die Zeit verging langsam
19.	erschöpft	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nicht erschöpft
20.	voller Vertrauen	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	ohne Vertrauen

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

EPDS Partner/Ehemann

 Ihr Geburtsdatum:

 Geburtsdatum jüngstes Kind:

Gerne würden wir wissen, wie Sie sich seit der Geburt Ihres Kindes als Partner/Ehemann gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antwort, die für Sie am ehesten zutrifft.

In der Zeit seit der Geburt ...
konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen

- so wie ich es immer konnte.
 nicht ganz so wie immer.
 deutlich weniger als früher.
 überhaupt nicht.

fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief

- ja, meistens.
 ja, manchmal.
 nein, nicht so oft.
 nein, niemals.

erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen

- ja, oft.
 ja, manchmal.
 nein, nicht oft.
 nein, überhaupt nicht.

war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte

- ja, die meiste Zeit.
 ja, manchmal.
 nein, nicht sehr oft.
 nein, überhaupt nicht.

war ich so unglücklich, dass ich geweint hatte

- ja, die ganze Zeit.
 ja manchmal.
 nur gelegentlich.
 nein, niemals.

konnte ich mich so richtig auf etwas freuen

- so wie immer.
 etwas weniger als sonst.
 deutlich weniger als früher.
 kaum.

war ich aus nichtigen Gründen ängstlich und besorgt

- nein, überhaupt nicht.
 selten.
 ja, manchmal.
 ja, häufig.

überforderten mich verschiedene Umstände

- ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden.
 ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden.
 nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden.
 nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig.

habe ich mich traurig und schlecht gefühlt

- ja, die meiste Zeit.
 ja, manchmal.
 selten.
 nein, überhaupt nicht.

überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen

- ja, ziemlich oft.
 ja, manchmal.
 kaum.
 niemals.

9 Literaturverzeichnis

- Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag, 1997
- Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 36-41
- Awad O, Bühling KJ. Väter im Kreißsaal: Ergebnisse einer Umfrage. *Geburtsh Frauenheilk* 2011; 71: 511-517
- Bäckström C, Hertfelt Wahn E. Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery* 2011; 27: 67-73
- Ballard CG, Davis R, Cullen PC, Mohan RN, Dean C. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 782-788
- Beaton J, Gupton A. Childbirth expectation: a qualitative analysis. *Midwifery* 1990; 6: 133-139
- Bergant A, Nguyen T, Heim K et al. Deutschsprachige Fassung und Validierung der "Edinburgh postnatal depression scale". *Dtsch Med Wochenschr* 1998; 123: 35-40
- Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 445-454
- Berry LM. Realistic expectations of the labor coach. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1988; 17: 354-355
- Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord* 2005; 88: 9-18
- Boyce P, Condon J, Barton J, Corkindale C. First-Time Fathers' Study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41: 718-725
- Bradley RA. Fathers' presence in delivery rooms. *Psychosomatics* 1962; 3: 474-479
- Bradley R, Slade P, Leviston A. Low rates of PTSD in men attending childbirth: a preliminary study. *Br J Clin Psychol* 2008; 47: 295-302
- Bramadat IJ, Driedger M. Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth* 1993; 20: 22-29
- Brouwers EP, van Baar AL, Pop VJ. Does the Edinburgh Postnatal Depression Scale measure anxiety? *J Psychosom Res* 2001; 51: 659-663
- Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37: 24-34
- Buchhester S. Patientenzufriedenheit als Kriterium der Dienstleistungsqualität im Krankenhaus. Greifswald: Diplomica, 2000
- Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35: 456-464
- Capogna G, Camorcia M, Stirparo S. Expectant fathers' experience during labor with or without epidural analgesia. *Int J Obstet Anesth* 2007; 16: 110-115
- Chan KK, Paterson-Brown S. How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery? *J Obstet Gynaecol* 2002; 22: 11-15
- Chapman LL. Expectant fathers' roles during labor and birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1992; 21: 114-120

- Cowan CP, Cowan PA. Wenn Partner Eltern werden. Der große Umbruch im Leben des Paares. München: Piper, 1994
- Cox J, Holden M, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-786
- David M, Kantenich H. Väter im Kreißsaal – eine Befragung vor und nach der Geburt. *Z Geburtshilfe Perinatol* 1993; 197: 195-201
- David M, Reich A, Kantenich H, Morack G. Väter als Geburtsbegleiter – aktuelle Aspekte Geburtshilfe Frauenheilkd 1994; 54: 154-156
- David M, Kantenich H. Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung. *Gynäkologe* 2008; 41: 21-27
- Deater-Deckard K, Pickering K, Dunn JF, Golding J. Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. The Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Study Team. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 818-823
- Dellmann T. "The best moment of my life": a literature review of fathers' experience of childbirth. *Australian Midwifery* 2004; 17: 20-26
- Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ* 2005; 331: 15
- Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, Evans SF. Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2003; 43: 463-468
- Dorsch VM, Rohde A. Postpartale psychische Störungen. *Psychiatr Psychother up2date* 2010; 4: 305-320
- Draper J. Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance. *Midwifery* 1997; 13: 132-138
- Edmondson OJ, Psychogiou L, Vlachos H, Netsi E, Ramchandani PG. Depression in fathers in the postnatal period: assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *J Affect Disord* 2010; 125: 365-368
- Eschholz EL, Rohde A. Sind Männer das starke Geschlecht? Traumatisch erlebte Entbindung beim Kindsvater. In: Maier B, Braun C, Schuster D, Wenger A, Rauchfuß M, HRSG. Verbindungen: Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Frankfurt: Mabuse, 2010: 409-415
- Escribà-Agüir V, Artazcoz L. Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2011; 65: 320-326
- Fletcher RJ, Matthey S, Marley CG. Addressing depression and anxiety among new fathers. *Med J Aust*; 185: 461-463
- Friedewald M, Fletcher R, Fairbairn H. All-male discussion forums for expectant fathers: evaluation of a model. *J Perinat Educ* 2005; 14: 8-18
- Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs* 2004; 45: 26-35
- Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth* 1990; 17: 15-24
- Greenhalgh R, Slade P, Spiby H. Fathers' coping style, antenatal preparation, and experiences of labor and the postpartum. *Birth* 2000; 27: 177-184
- Groß MM. Die Geburtserfahrung – eine Übersichtsarbeit. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2003; 63: 321-325

- Gungor I, Beji NK. Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *West J Nurs Res* 2007; 29: 213-231
- Hallgren A, Kihlgren M, Forslin L, Norberg A. Swedish fathers' involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery* 1999; 15: 6-15
- Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery* 2007; 23: 235-247
- Hildingsson I, Cederlöf L, Widén S. Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women Birth* 2011; 24: 129-136
- Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 1: CD000199
- Homburg C, Stock R. Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit. In: Homburg C, HRSG. Kundenzufriedenheit. Wiesbaden: Gabler, 1995: 18-23
- Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662-673 Erratum in: *Br J Psychiatry* 1987; 151: 135
- Körber H. Die programmierte Geburt. Hamburg 1977: Die Zeit Nr. 43. <http://www.zeit.de/1977/43/Die-programmierte-Geburt> (Zugriffsdatum: 15.03.2011)
- Johansson M, Rådestad I, Rubertsson C, Karlström A, Hildingsson I. Few fathers-to-be prefer caesarean section for the birth of their baby. *BJOG* 2010; 117: 761-764
- Johnson MP. The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: a longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002; 23: 173-182
- Lee J, Schmied V. Involving men in antenatal education. *British Journal of Midwifery* 2001; 9: 559-561
- Lomas J, Dore S, Enkin M, Mitchell A. The Labor and Delivery Satisfaction Index: the development and evaluation of a soft outcome measure. *Birth* 1987; 14: 125-129
- Longworth HL, Kingdon CK. Fathers in the birth room: What are they expecting and experiencing? A phenomenological study. *Midwifery* 2011; 27: 588-594
- Lütje W. Einflussgrößen auf Zufriedenheit und Erleben in der Geburtshilfe. München, 2004
- Madsen SA, Juhl T. Paternal Depression in the postnatal period. *Int Journ Men's Health and Gender* 2007; 4: 26-31
- Madsen SA. Psychische Belastungsstörungen bei Männern, die Vater werden. In: Schäfer E, Abou-Dakn M, Wöckel A, HRSG. Vater werden ist nicht schwer? Zur neuen Rolle des Vaters rund um die Geburt. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2008: 141-149
- Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 2000; 60: 75-85
- Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disord* 2001; 64: 175-184
- Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord* 2003; 74: 139-147
- McGrath SK, Kennell JH. A randomized controlled trial of continuous labour support or middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. *Birth* 2008; 35: 92-97

- Miller LJ, Larusso EM. Preventing postpartum depression. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34: 53-65
- Morgan BM, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet* 1982; 2: 808-810
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296: 2582-2589
- Neuhaus W, Scharkus S. Wünsche, Erwartungen, Ängste - schwangere Frauen vor der Geburt. *Z Geburtsh Perinat* 1994; 198: 27-32
- Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 1-16
- Olin RM, Faxelid E. Parents' needs to talk about their experiences of childbirth. *Scand J Caring Sci.* 2003; 17: 153-159
- Paech MJ. The King Edward Memorial Hospital 1,000 mother survey of methods of pain relief in labour. *Anaesth Intensive Care* 1991; 19: 393-399
- Palkovitz R. Fathers' birth attendance, early contact, and extended contact with their newborns: a critical review. *Child Dev* 1985; 56: 392-406
- Pantlen A, Rohde A. Psychische Auswirkungen traumatischer Entbindungen. *Zentralbl Gynäkol* 2001; 123: 42-47
- Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* 2010; 303: 1961-1969
- Premberg A, Carlsson G, Hellström AL, Berg M. First-time fathers' experiences of childbirth - A phenomenological study. *Midwifery* 2011; 27: 848-853
- Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet* 2005; 365: 2201-2205
- Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 390-398
- Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet* 2009; 374: 646-653
- Redshaw M. Women as consumers of maternity care: measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth* 2008; 35: 73-76
- Reulbach U, Bleich S, Knörr J, Burger P, Fasching PA, Kornhuber J, Beckmann MW, Goecke TW. Prä-, peri- und postpartale Depressionen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2009; 77: 708-713
- Riecher-Rössler A, Rohde A. Diagnostic classification of perinatal mood disorders. In: Riecher-Rössler A, Steiner M, HRSG. *Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders*. Basel - Freiburg - Paris: Karger, 2005: 6-27
- Righetti-Veltama M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 1998; 49: 1671-1680
- Robinson PN, Salmon P, Yentis SM. Maternal satisfaction. *Int J Obstet Anaesth* 1998; 7: 32-37
- Roehner J. Fatherhood: in pregnancy and birth. *J Nurse Midwifery*. 1976; 21: 13-18
- Salmon P, Miller R, Drew NC. Women's anticipation and experience of childbirth: the independence of fulfillment, unpleasantness and pain. *Br J Med Psychol* 1990; 63: 255-259

- Salmon P, Drew NC. Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *J Psychosom Res* 1992; 36: 317-327
- Schäfer E, Abou-Dakn M, Wöckel A, HRSG. Vater werden ist nicht schwer? Zur neuen Rolle des Vaters rund um die Geburt. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2008
- Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura E, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 834-840
- Schott J. Parent education. Meeting the needs of fathers. *Pract Midwife* 2002; 5: 36-38
- Schreiber M. Unendliches Vergnügen, unendlicher Schmerz. *Spiegel* 1980; 31: 126-139. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-14317794.html> (Zugriffsdatum 15.03.2011)
- Schumacher M, Zubaran C, White G. Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth* 2008; 21: 65-70
- Shapiro JL. The expectant father; He's caught in a double bind. His presence is requested but his feelings - fear, anger, uncertainty - are strictly taboo. *Psychology Today* 1987; 21: 36-40
- Shearer M. The difficulty of defining and measuring satisfaction with perinatal care. *Birth* 1983; 14: 130-131
- Skari H, Skreden M, Malt UF, Dalholt M, Ostensen AB, Egeland T, Emblem R. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth - a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG* 2002; 109: 1154-1163
- Stadlmayr W, Bitzer J, Hösli I, Amsler F, Leupold J, Schwendke-Kliem A, Simoni H, Bürgin D. Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001; 22: 205-214
- Stadlmayr W, Schneider H, Amsler F, Bürgin D, Bitzer J. How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 115: 43-50
- Stadlmayr W, Amsler F, Lemola S, Stein S, Alt M, Bürgin D, Surbek D, Bitzer J. Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006; 27: 211-224
- Stadlmayr W, Bitzer J, Amsler F, Simoni H, Alder J, Surbek D, Bürgin D. Acute stress reactions in the first 3 weeks postpartum: a study of 219 parturients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 135: 65-72
- Stadlmayr W, Cignacco E, Surbek D, Büchi S. Screening-Instrumente zur Erfassung von Befindlichkeitsstörungen nach der Geburt. *Hebamme* 2009; 22: 13-19
- Stauber M, Kantenich H, Richter D. Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin: Springer, 1999
- Tumblin A, Simkin P. Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth* 2001; 28: 52-56
- Uexküll Th v, Geigges W, Plassmann R. Integrierte Medizin. Modell und klinische Praxis. Stuttgart: Schattauer, 2002
- Valdimarsdóttir U, Hultman CM, Harlow B et al. Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study. *PLoS Med* 2009; 6: e13

- Vehviläinen-Julkunen K, Liukkonen A. Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery* 1998; 14: 10-17
- Waldenström U, Borg IM, Olsson B, Sköld M, Wall S. The childbirth experience: A study of 295 new mothers. *Birth* 1996; 23: 144-153
- Waldenström U. Experience of labor and birth in 1.111 women. *J Psychosom Res* 1999; 47: 471-482
- Waldenström U, Hildingsson I, Ruppertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004; 31: 17-27
- Wee KY, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J. Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review. *J Affect Disord* 2011; 130: 358-377
- Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord* 1997; 11: 587-597
- Wöckel A, Schäfer E, Beggel A, Abou-Dakn M. Getting ready for birth: impending fatherhood. *Br J of Midwifery* 2007; 6: 344-348
- Wöckel A, Abou-Dakn M, Kentenich H, David M. Väter im Kreißsaal. *Geburtsh Frauenheilk* 2008; 68: 1154-1159

10 Danksagung

Ich danke allen, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zur erfolgreichen Umsetzung des Forschungsprojektes und zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben, insbesondere den Mitgliedern der Arbeitsgruppe, den Mitarbeiterinnen der Gynäkologischen Psychosomatik, Bonn sowie den "frischgebackenen" Vätern, die an der Studie teilgenommen haben.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Anke Rohde, die mir mit umfassender Unterstützung, intensiven Diskussionen, Ermutigung sowie viel Geduld und Zeit zur Seite stand und mir wissenschaftlich den Weg gewiesen hat.