

**Postpartales Körper-Erleben:
Subjektive Gesundheit und „Life quality“-
eine psychologische Längsschnittstudie**

**Dissertationsschrift
zur Erlangung eines Doktorgrades
vorgelegt von
Dipl.-Psych. Birgit Sievers-Böckel**

**Universität Paderborn
Fakultät für Kulturwissenschaften
Professor Dr. Anette Engfer
Professor Dr. Manfred Wettler
März 2003**

In Liebe

für meine Familie:

Alexa und Leon Maximilian und meinem Mann

meiner Mutter

meinem Vater

Danke

Ich danke Prof. Dr. Anette Engfer für ihre Bereitschaft zur Betreuung dieses Forschungsvorhabens, für ihre engagierte Unterstützung sowie für ihr Interesse an der Thematik dieser Untersuchung. Ebenso gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. Manfred Wettler, dass er als weiterer Gutachter diese Arbeit betreut.

Im kollegialen Disput standen mir Dipl. Psych. Bettina Weitz und Dipl. Päd. Eva Lindner konstruktiv zur Seite. Weiterhin danke ich Prof. Dr. Arnold Lohaus und Dr. Jürgen Locher für ihre kritische und hilfreiche Rückmeldung.

Bei allen Frauen, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben, möchte ich mich ganz besonders bedanken: Für ihre Bereitschaft an dieser Untersuchung teilzunehmen sowie für ihr Vertrauen und ihre Offenheit, mit der sie über ihre Empfindungen berichtet haben. Ebenso gilt mein Dank allen Experten, die mich in der Phase der Untersuchungsplanung und –durchführung in unterschiedlicher Weise unterstützt haben.

Meinen Freunden und meiner Familie bin ich sehr dankbar für ihren steten Zuspruch und ihre vielfältige Unterstützung. Ganz besonders danke ich meinem Mann Achim, der mir während des gesamten Untersuchungszeitraums immer positiv zur Seite gestanden hat!

Postpartales Körper-Erleben:

Subjektive Gesundheit und „Life quality“ -

eine psychologische Längsschnittstudie.

1 Einleitung	12
2 Ziele der Untersuchung	14
3 Theoretische Grundlagen - Entwicklung der Fragestellung	15
3.1 Der Übergang zur Elternschaft aus entwicklungspsychologischer Sicht	15
3.1.1 Das Modell von Gloger-Tippelt - Schwangerschaft und erste Geburt	15
3.1.1.1 Das Phasenverlaufsmodell	15
3.1.1.2 Die Bedeutung des Körper-Erlebens aus der Sicht des Modells	21
3.1.1.3 Ableitungen aus dem Modell von Gloger-Tippelt	21
3.2 Der Übergang zur Elternschaft aus gesundheitspsychologischer Sicht	22
3.2.1 Geschlechtsspezifisches Gesundheits- und Krankheitsverhalten	22
3.2.2 Bewältigungsstrategien	22
3.2.3 Health-related-quality-of-Life (HRQOL)	23
3.2.4 Postpartale Stimmungsstörungen: Baby Blues und Depression	25
3.3 Zusammenfassung und Entwicklung der Fragestellung	27
4 Die Untersuchung	28
4.1 Stichprobenbeschreibung	28
4.1.1 Gesamtstichprobe der Erst- und Mehrfachmütter	29
4.1.2 Die Teilstichproben der Erstmütter und der Mehrfachmütter	33
4.1.3 Die simulierte Ausgangsstichprobe	38
4.2 Untersuchungsplan	42
4.2.1 Erhebungszeitraum und Messzeitpunkte der Untersuchung	42
4.2.2 Der Untersuchungsplan in Anlehnung an das Modell von Gloger-Tippelt	44
4.3 Untersuchungsablauf	47
4.3.1 Kontaktaufnahme	47
4.3.2 Beschreibung der Erhebungssituation	47
4.4 Untersuchungsinstrumente	48
4.4.1 Das Interview	48

4.4.1.1	Vorüberlegungen	48
4.4.1.2	Fragestellung des Interviews	49
4.4.1.3	Entstehung und Konzeption des Interview-Leitfadens	50
4.4.1.3.1	Form des Interviews und des Leitfadens	50
4.4.1.3.2	Die Inhalte des Interviewleitfadens	52
4.4.2	Die FemBeschwerden-Liste	54
4.4.2.1	Messzeitpunkte und Messzeiträume der FemBeschwerden-Liste	54
4.4.2.2	Inhalte der FemBeschwerden-Liste	55
4.4.2.3	Rating-Skalen	55
4.4.2.4	Weitere Fragestellungen	56
5	Daten-Aufbereitung	57
5.1	Längsschnittliche Veränderungen der Stichprobe	57
5.2	Skalenaufbereitung	59
5.2.1	Beschwerden-Häufigkeiten und Beschwerden-Belastung als Kombinationswerte	60
5.2.2	Itemanalyse und Skalen der FemBeschwerden-Liste	61
6	Auswertung der Ergebnisse „FemBeschwerden-Liste“	66
6.1	Untersuchungs- und Auswertungsplan	66
6.2	Die Ergebnisse auf Itemebene: Auftretens-Häufigkeit und Belastungs-Stärke	69
6.2.1	Die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe	69
6.2.1.1	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 4 Monate postpartum für die Gesamtstichprobe	69
6.2.1.2	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartum für die Gesamtstichprobe	73
6.2.1.3	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartum für die Gesamtstichprobe	77
6.2.2	Die Ergebnisse für die Erstmütter und für die simulierte Ausgangsstichprobe	80
6.2.2.1	Die Ergebnisse für die simulierte Ausgangsstichprobe der kinderlosen Frauen	80
6.2.2.2	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 4 Monate postpartum für die Erstmütter	85
6.2.2.3	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartum für die Erstmütter	88
6.2.2.4	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartum für die Erstmütter	91
6.2.3	Zusammenfassung	94
6.3	Die Ergebnisse: Auswertung der Gesamtskala und der Unterskalen	96
6.3.1	Gesamtskala FemBeschwerden	97
6.3.1.1	Die FemBeschwerden-Liste: Ergebnisse für die Gesamtstichprobe	97
6.3.1.2	Die FemBeschwerden-Liste: die Ergebnisse nach generativem Status getrennt	103
6.3.1.3	Verläufe für diejenigen Mütter mit unverändertem generativen Status (Gesamtskala)	106
6.3.2	Betrachtung der Unterskalen der FemBeschwerden-Liste	107
6.3.2.1	Skala „Psychische Beschwerden“ mit 10 Items	107
6.3.2.1.1	Die Ergebnisse der Unterskala „Psychische Beschwerden“ für die Gesamtstichprobe	107
6.3.2.1.2	Die Ergebnisse der Unterskala „Psychische Beschwerden“ nach generativem Status getrennt	112

6.3.2.1.3	Verläufe für diejenigen Mütter mit unverändertem generativen Status	119
6.3.2.2	Skala „Somatische Beschwerden“ mit 26 Items	119
6.3.2.2.1	Die Ergebnisse der Unterskala „Somatische Beschwerden“ für die Gesamtstichprobe	120
6.3.2.2.2	Die Ergebnisse der Unterskala „Somatische Beschwerden“ nach generativem Status getrennt	124
6.3.2.2.3	Verläufe für diejenigen Mütter mit unverändertem generativen Status	131
6.3.2.3	Skala „Orthopädische Beschwerden“ mit 5 Items	132
6.3.2.3.1	Die Ergebnisse der Unterskala „Orthopädische Beschwerden“ für die Gesamtstichprobe	132
6.3.2.3.2	Die Ergebnisse der Unterskala „Orthopädische Beschwerden“ nach generativem Status getrennt	137
6.3.2.3.3	Verläufe für diejenigen Mütter mit unverändertem generativen Status	139
6.3.2.4	Skala „Gynäkologische Beschwerden“ mit 6 Items	142
6.3.2.4.1	Ergebnisse der Unterskala „Gynäkologische Beschwerden“ für die Gesamtstichprobe	142
6.3.2.4.2	Die Ergebnisse der Unterskala „Gynäkologische Beschwerden“ nach generativem Status getrennt	146
6.3.2.4.3	Verläufe für diejenigen Mütter mit unverändertem generativen Status	148
6.4	Zusammenfassende Darstellung der Signifikanzprüfungen (FemBeschwerden-Liste)	150
6.4.1	Längsschnittvergleiche	150
6.4.2	Querschnittvergleiche	154
6.4.3	Zusammenfassung	158
7	Skalen Attraktivität, seelisches und körperliches Wohlbefinden, Zufriedenheit mit dem Gewicht	159
7.1	Die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe	159
7.1.1	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 4 Monate postpartum	159
7.1.2	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartum	163
7.1.3	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartum	167
7.1.4	Zusammenfassende Darstellung der Signifikanzprüfungen (Längsschnittvergleiche)	171
7.2	Die Ergebnisse nach generativem Status getrennt	173
7.2.1	Die Rating-Ergebnisse der Erstmütter und der simulierten Stichprobe	173
7.2.1.1	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 16 Monate praepartum	173
7.2.1.2	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 4 Monate postpartum	174
7.2.1.3	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartum	175
7.2.1.4	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartum	176
7.2.1.5	Zusammenfassung der Signifikanzprüfungen (Längsschnitt)	176
7.2.2	Die Rating-Ergebnisse der Mehrfachmütter	178
7.2.2.1	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 4 Monate postpartum	178
7.2.2.2	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartum	179
7.2.2.3	Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartum	180
7.2.2.4	Zusammenfassung der Signifikanzprüfungen (Längsschnitt)	180

7.3 Vergleich der Rating-Ergebnisse der Teilstichproben (Querschnitt)	182
7.4 Zusammenfassende Betrachtung der Längsschnitt- und Querschnitt-Vergleiche der Rating-Ergebnisse	184
8 Korrelationen zwischen den Rating-Ergebnissen und den Ergebnissen der FemBeschwerden-Liste	188
8.1 Vorbemerkungen	188
8.2 Die Ergebnisse	189
8.2.1 Korrelationen zwischen den Rating-Ergebnissen	189
8.2.2 Korrelationen zwischen den Ratings und den FemBeschwerden-Listen	192
8.2.3 Korrelationen zwischen den Unterskalen der FemBeschwerden-Liste	194
8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse	196
9 Erstmütter-Interviews: Körper-Erleben von der Geburt bis acht Monate postpartal	197
9.1 Der qualitative Forschungsansatz	197
9.2 Transkription der Interviewdaten	201
9.2.1 Transkriptionsverfahrensweisen	201
9.2.2 Verwendete Transkriptionsregeln	201
9.3 Die Auswertung	205
9.3.1 Phänomenologische Analyse	205
9.3.2 Feldbedingungen und Zielrichtung der Analyse	206
9.3.3 Körperschema, die biographische Zeit und biographische Rückblicke	206
9.4 Ergebnisse der Analyse der Erstmütterinterviews	208
9.4.1 Körperbiographie und subjektive Gesundheit als Ausgangspunkte	208
9.4.2 Assimilation und Akkomodation	208
9.4.2.1 „Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life-quality im Übergang zur Elternschaft“	209
9.4.2.1.1 Körperbiographie und Entwicklungsachsen	211
9.4.2.1.2 Personenmerkmale	211
9.4.2.1.3 Situationsmerkmale	212
9.4.2.1.4 Die Bewertungsprozesse	213
9.4.2.1.5 Akzeptanz der Veränderung	215
9.4.2.1.6 Lebensqualität und körperbezogene Empfindungen	217
9.4.2.1.7 Der Prozess der Verarbeitung der Diskrepanzen	219
9.4.2.1.8 Körper-Arbeit, Zielveränderung und Sinngebung	220
9.4.2.1.9 Körperdarstellung und Körperflege	222
9.4.2.1.10 Pleasure oder genussorientierte Verhaltensweisen	223
9.4.3 Das Stillen – Körper-Funktion und Life quality	224

9.4.3.1	Milcheinschuss und Mutter-Kind-Interaktion	224
9.4.3.2	Das Stillen aus der Sicht der Erstmütter: Probleme und Wohlbefinden	226
10	Zusammenfassende Überlegungen zur subjektiven Gesundheit und „Life quality“	231
11	Abschließende Betrachtung der Untersuchungsergebnisse	234
11.1	Einschränkungen der Generalisierbarkeit	234
11.2	Vergleich der Ergebnisse mit den Resultaten anderer Studien	235
11.3	Lebensqualität – ein geeignetes Konzept für den Übergang zur Mutterschaft?	239
12	Ausblick	241
13	Literaturverzeichnis	242
14	Anhang	248

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1 Hypothetisches Verlaufsmodell des Übergangs zur Elternschaft (Gloer-Tippelt, 1988, S.114)</i>	20
<i>Abbildung 2 Verteilung der Geburtsjahrgänge der Paderborner Gesamtstichprobe (N=50)</i>	29
<i>Abbildung 3 Verteilung der Schulbildungsabschlüsse in der Paderborner Gesamtstichprobe (N=50)</i>	30
<i>Abbildung 4 Beschäftigungsverhältnisse in der Paderborner Gesamtstichprobe (N=49)</i>	31
<i>Abbildung 5 Netto-Einkommen der Paderborner Mütter-Gesamtstichprobe (N=50)</i>	32
<i>Abbildung 6 Verteilung der Geburtsjahrgänge der Paderborner Erstmütter (N=29)</i>	33
<i>Abbildung 7 Verteilung der Geburtsjahrgänge der Paderborner Mehrfachmütter (N=21)</i>	34
<i>Abbildung 8 Verteilung der Schulbildungsabschlüsse nach Erst- und Mehrfachmüttern getrennt (N=50)</i>	35
<i>Abbildung 9 Beschäftigungsverhältnisse nach Erst- und Mehrfachmüttern getrennt (N=50)</i>	36
<i>Abbildung 10 Netto-Einkommen nach Erst- und Mehrfachmüttern getrennt (N=50)</i>	37
<i>Abbildung 11 Verteilung der Geburtsjahrgänge Frauen ohne Kinder (N=26)</i>	39
<i>Abbildung 12 Beschäftigungsverhältnisse Frauen ohne Kinder (N=25)</i>	40
<i>Abbildung 13 Netto-Einkommen Frauen ohne Kinder (N=26)</i>	41
<i>Abbildung 14 Veränderung der Rangsummenscores der FemBeschwerden (36 Items) über die drei Messzeitpunkte (postpartal)</i>	99
<i>Abbildung 15 Veränderung der Rangsummenscores Unterskala „Psychische Beschwerden“ (10 Items) über die drei Messzeitpunkte - Gesamtstichprobe</i>	110
<i>Abbildung 16 Veränderung der Rangsummenscores Unterskala „Somatische Beschwerden“ (26 Items) – Gesamtstichprobe</i>	121
<i>Abbildung 17 Veränderung der Rangsummenscores Unterskala „Orthopädische Beschwerden“ (5 Items) – Gesamtstichprobe</i>	134
<i>Abbildung 18 Veränderung der Rangsummenscores Unterskala „Gynäkologische Beschwerden“ (6 Items) – Gesamtstichprobe</i>	143
<i>Abbildung 19 Ratings zur Attraktivitätseinschätzung (4pp)</i>	160
<i>Abbildung 20 Ratings zum körperlichen Wohlbefinden (4pp)</i>	160
<i>Abbildung 21 Ratings zum seelischen Wohlbefinden (4pp)</i>	161
<i>Abbildung 22 Ratings zur Zufriedenheit mit dem Gewicht (4pp)</i>	162
<i>Abbildung 23 Ratings zur Attraktivitätseinschätzung (8pp)</i>	163
<i>Abbildung 24 Ratings zum seelischen Wohlbefinden (8pp)</i>	164
<i>Abbildung 25 Ratings zur Zufriedenheit mit dem Gewicht (8pp)</i>	165
<i>Abbildung 26 Ratings zum körperlichen Wohlbefinden (8pp)</i>	166
<i>Abbildung 27 Ratings zur Attraktivität (36pp)</i>	167
<i>Abbildung 28 Ratings zum körperlichen Wohlbefinden (36pp)</i>	168
<i>Abbildung 29 Ratings zum seelischen Wohlbefinden (36pp)</i>	169
<i>Abbildung 30 Ratings zur Zufriedenheit mit dem Gewicht (36pp)</i>	170
<i>Abbildung 31 Zufriedenheit mit dem Gewicht zu 4pp bei Erst- und Mehrfachmüttern</i>	183
<i>Abbildung 32 Ratings zum körperlichen Wohlbefinden zu 4pp und 8pp bei Erst- und Mehrfachmüttern</i>	185
<i>Abbildung 33 Ratings zum seelischen Wohlbefinden zu 4pp und 8pp bei Erst- und Mehrfachmüttern</i>	186
<i>Abbildung 34 Ratings zur Zufriedenheit mit dem Gewicht zu 4pp und 8pp bei Erst- und Mehrfachmüttern</i>	187

<i>Abbildung 35 Postulate qualitativer Forschung nach Mayring (1999, S. 9 f)</i>	198
<i>Abbildung 36 Untersuchungspläne und Verfahren qualitativer Forschung (nach Mayring, 1999, S. 108)</i>	199
<i>Abbildung 37 Qualitativ geleitete Auswertung der Interviews</i>	200

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1 Untersuchungsplan unter Zugrundelegung des Modells von Gloger-Tippelt (1988)</i>	45
<i>Tabelle 2 Generativer Status der befragten Mütter 3 Jahre postpartal (*Gesamtgruppe der Paderborner Mütter der LBS-Studie)</i>	58
<i>Tabelle 3 Generativer Status als Merkmal für Gruppenzugehörigkeit</i>	59
<i>Tabelle 4 Aussondierte Items aufgrund von Trennschärfenberechnungen</i>	62
<i>Tabelle 5 Items mit hohen Trennschärfen-Werten sortiert nach Messzeitpunkten</i>	64
<i>Tabelle 6 Untersuchungsplan und Auswertungsplan</i>	67
<i>Tabelle 7 Einzelbeschwerden 4 Monate postpartum: Auftretenshäufigkeiten und Belastungstärke</i>	72
<i>Tabelle 8 Einzelbeschwerden 8 Monate postpartum: Auftretenshäufigkeiten und Belastungstärke</i>	76
<i>Tabelle 9 Einzelbeschwerden 36 Monate postpartum: Auftretenshäufigkeiten und Belastungstärke</i>	79
<i>Tabelle 10 Einzelbeschwerden der simulierten Ausgangsstichprobe praepartum: Auftretenshäufigkeiten und Belastungstärke</i>	84
<i>Tabelle 11 Einzelbeschwerden der Erstmütter 4 Monate postpartum: Auftretenshäufigkeiten und Belastungstärke</i>	87
<i>Tabelle 12 Einzelbeschwerden Erstmütter 8 Monate postpartum: Auftretenshäufigkeiten und Belastungstärke</i>	90
<i>Tabelle 13 Einzelbeschwerden der Erstmütter 36 Monate postpartum: Auftretenshäufigkeiten und Belastungstärke</i>	93
<i>Tabelle 14 Frequencies der FemBeschwerden-Liste (Rangsummenwert des kombinierten Belastungs-Häufigkeitswerts bezogen auf 36 bzw. 37 Items) für die Gesamtstichprobe</i>	97
<i>Tabelle 15 Rangplatzvergleiche Gesamtstichprobe (N=45) für die FemBeschwerden-Liste</i>	100
<i>Tabelle 16 Frequencies der FemBeschwerden-Liste (Rangsummenwert des kombinierten Belastungs-Häufigkeitswerts bezogen auf 36 Items) für die Teilstichproben</i>	103
<i>Tabelle 17 Frequencies der psychischen Beschwerden (Rangsummenwert des kombinierten Belastungs-Häufigkeitswerts bezogen auf 10 Items) für die Gesamtstichprobe</i>	108
<i>Tabelle 18 Rangplatzvergleich Untertest „Psychische Beschwerden“ für die Gesamtstichprobe (N=45)</i>	111
<i>Tabelle 19 Frequencies der psychischen Beschwerden (Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 10 Items) für alle Erstmütter</i>	113
<i>Tabelle 20 Frequencies der psychischen Beschwerden (Summenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 10 Items) für alle Mehrfachmütter</i>	115
<i>Tabelle 21 Frequencies der psychischen Beschwerden (Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 10 Items) für alle Schwangeren zum Messzeitpunkt 36 pp</i>	116
<i>Tabelle 22 Frequencies der psychischen Beschwerden (Rangsummen über 10 Items)</i>	118
<i>Tabelle 23 Frequencies der somatischen Beschwerden (Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 26 Items) der Gesamtstichprobe</i>	120
<i>Tabelle 24 Rangplatzvergleich Untertest „Somatische Beschwerden“ für die Gesamtstichprobe (N=45)</i>	123

<i>Tabelle 25 Frequencies der somatischen Beschwerden (Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 26 Items) für alle Erstmütter</i>	125
<i>Tabelle 26 Frequencies der somatischen Beschwerden (Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 26 Items) für alle Mehrfachmütter</i>	127
<i>Tabelle 27 Frequencies der somatischen Beschwerden (Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 26 Items) für alle Schwangeren</i>	129
<i>Tabelle 28 Zusammenfassung der Ergebnisse für die Items „Somatische Beschwerden“ (Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit) nach generativem Status getrennt</i>	130
<i>Tabelle 29 Frequencies der orthopädischen Beschwerden (Summenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 5 Items) Gesamtstichprobe</i>	133
<i>Tabelle 30 Rangplatzvergleich „Orthopädische Beschwerden“ Gesamtstichprobe (N=45)</i>	135
<i>Tabelle 31 Frequencies der orthopädischen Beschwerden (Summenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 5 Items) für die drei Teilstichproben über die drei Messzeitpunkte</i>	137
<i>Tabelle 32 Frequencies der gynäkologischen Beschwerden (Summenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 6 Items) für Gesamtstichprobe</i>	142
<i>Tabelle 33 Rangplatzvergleich „Gynäkologische Beschwerden“ Gesamtstichprobe (N=45)</i>	144
<i>Tabelle 34 Frequencies der gynäkologischen Beschwerden (Summenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 6 Items) nach generativem Status getrennt</i>	146
<i>Tabelle 35 Ergebnisse der Signifikanzprüfungen mit dem Wilcoxon-Test für die Gesamtstichprobe (N=45)</i>	150
<i>Tabelle 36 Ergebnisse der Signifikanzprüfung mit dem Wilcoxon-Test für die Erstmütter (N=27) und die Erstmütter mit stabilem generativen Status (N=10)</i>	152
<i>Tabelle 37 Ergebnisse der Signifikanzprüfung mit dem Wilcoxon-Test für die Mehrfachmütter (N=21) und die Mehrfachmütter mit stabilem generativen Status (N=14)</i>	153
<i>Tabelle 38 Ergebnisse der Vergleiche der Teilstichproben (Erst- und Mehrfachmütter) Mann-Whitney U-Test, zweiseitige exakte Signifikanzen</i>	155
<i>Tabelle 39 Ergebnisse der Vergleiche der Teilstichproben (Erst-, Mehrfachmütter und Schwangere) zu 36pp, Mediantest, exakte Signifikanz</i>	156
<i>Tabelle 40 Ergebnisse der Vergleiche der Erst- und Mehrfachmütter (ohne Schwangere) zu 36 pp, Mann-Whitney-U-Test, exakte Signifikanzen, zweiseitig</i>	157
<i>Tabelle 41 Signifikanzwerte für Rangplatzvergleiche der Ratings (N=42)</i>	171
<i>Tabelle 42 Signifikanzwerte für Rangplatzvergleiche der Ratings (Erstmütter)</i>	177
<i>Tabelle 43 Signifikanzwerte für Rangplatzvergleiche der Ratings (Mehrfachmütter)</i>	181
<i>Tabelle 44 Signifikanzwerte Querschnittlicher Vergleich der Teilstichproben (Mann-Whitney-Test)</i>	182
<i>Tabelle 45 Stillen, Abstillen, Probleme und Wohlbefinden von N = 26 Erstmüttern</i>	229

1 Einleitung

„XX: Zunächst ist es eben das Chromosom der Weiblichkeit, aber es ist nicht statisch, sondern bewegt – mit vielen verschiedenen Facetten. Wenn man der Phantasie etwas Raum gibt, kann man darin auch ein Paar sehen mit männlichen und weiblichen Anteilen, ein Paar bei dem es Stabilität und Flexibilität zugleich gibt, ein Paar das einander zugewandt ist und doch Abstand zulässt; es gibt verführerische Erotik darin und Mütterlichkeit – kurz vieles von dem, was uns berührt und stimuliert.“ (Fervers-Schorre, 1991, S.1)

Unter der Annahme, dass das Körper-Erleben eine subjektiv bedeutsame Komponente für die Erfahrung des eigenen Selbst darstellt, erscheinen biographische Übergangsphasen, die von körperlichen Veränderungen begleitet werden, von großem Interesse. Zu diesen Übergangsphasen gehören auch die Schwangerschaft, die Geburt und die postpartale Phase, die durch Rückbildungsprozesse und neuartige Körperprozesse wie dem Milcheinschuss, gekennzeichnet sind.

Im Focus dieser Untersuchung stehen demnach folgende Fragen: Wie schätzen die Mütter ihre subjektive Gesundheit in der postpartalen Phase des Übergangs zur Elternschaft ein? Welche Empfindungen sind mit den erfahrenen körperlichen Veränderungen verbunden? Welche Verarbeitungsstrategien bezogen auf die erfahrenen postpartalen körperlichen Veränderungen weisen die befragten Mütter auf?

In Kapitel 3 werden verschiedene theoretische Ansätze und Befunde dargelegt. Daran anschließend folgt mit dem Kapitel 4 der Untersuchungsteil, in dem die Stichprobe, der Untersuchungsplan, der Untersuchungsablauf und die Instrumente sowie ihre Konstruktion beschrieben werden: Die von mir hier untersuchte Stichprobe setzte sich zusammen aus Erst- und Mehrfachmüttern. Das Vorkommen von Beschwerden und die damit verbundene Belastung wurde mit drei Beschwerdelisten, die aufgrund der spezifisch weiblichen Items „FemBeschwerden-Listen“ genannt wurden, jeweils retrospektiv für den Zeitraum von vier Monaten erhoben. Die Messungen bezogen sich auf die ersten vier Monate, auf den fünften bis achten Monat und auf den 32 bis 36 Monat. Für denselben Zeitraum wurden zusammenfassende Einschätzungen der Mütter in Form von Ratings erhoben. Diese Ratings bezogen sich auf das seelische und auf das körperliche Wohlbefinden, weiterhin auf die subjektive Einschätzung der eigenen Attraktivität und auf die individuelle Zufriedenheit mit dem Gewicht.

Um die subjektive Sicht und auch die Strategien der Bewältigung der Erstmütter besser zu verstehen, wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der in den Interviews mit den Erstmüttern acht Monate nach der Entbindung zum Einsatz kam und verschiedene, die Lebensqualität betreffende Aspekte thematisierte. Der Schwerpunkt dieses Analyseabschnitts liegt in der Untersuchung der postpartalen Phase der ersten vier Monate nach der Entbindung sowie in der Untersuchung der dann folgenden fünf bis acht Monate postpartal.

Die Verarbeitung der mittels der FemBeschwerden-Listen gewonnenen quantitativen Daten sowie die Itemanalyse wird in Kapitel 5 beschrieben. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse für die Einzelbeschwerden und für die kombinierten Beschwerdenwerte für die verschiedenen Teilstichproben dargelegt. Es werden dabei auch die Ergebnisse für einzelne ausgewählte Symptombereiche (gynäkologische, orthopädische, psychologische und somatische) wiedergegeben. Das Kapitel schließt ab mit einer Übersicht über die non-parametrisch erhaltenen querschnittlichen und längsschnittlichen Vergleichsergebnisse.

Die Befunde zu den Ratings des seelischen und körperlichen Wohlbefindens, der Attraktivität und der Zufriedenheit mit dem Gewicht werden in Kapitel 7 dargestellt. Hier werden sowohl längsschnittliche Vergleiche der Verläufe als auch querschnittliche Vergleiche beschrieben.

In Kapitel 8 werden schließlich die Ergebnisse der FemBeschwerden-Listen und der Ratings auf korrelative Zusammenhänge untersucht. Die ermittelten Korrelationen sind Thema dieses Abschnitts.

Die Analyse und die Ergebnisse der Erstmütter-Interviews, die acht Monate postpartal erhoben wurden, werden in Kapitel 9 ausführlich besprochen. Zu Beginn dieses Kapitels werden der qualitative Forschungsansatz und die dazu gehörige phänomenologische Analyse der Daten sowie die Transkriptionsweise der Bänder erläutert. Daran anschließend erfolgt die Darstellung des Auswertungsprozesses und der so gewonnenen Bedeutungseinheiten. Die aus den Interviews entstammenden Bedeutungseinheiten werden zu einem hypothetischen „Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life-quality im Übergang zur Elternschaft“ und in der Folge von Mutterschaft zusammengeführt. Dieses Modell stellt den wesentlichen Inhalt dieses Kapitels dar. Abschließend werden unter Berücksichtigung des Modells die Stillerfahrungen der Erstmütter im Zeitraum acht Monate postpartal vertiefend analysiert.

Die quantitativ und qualitativ gewonnenen Ergebnisse werden in Kapitel 10 zusammengefaßt und in Kapitel 11 einer abschließenden Betrachtung unterzogen.

2 Ziele der Untersuchung

Das Ziel dieser Arbeit besteht in der Untersuchung der Frage: Welche psychischen und somatischen Beschwerden treten im Zeitraum von drei Jahren postpartal auf und welche subjektive Relevanz haben die in der Zeit des Übergangs zur Mutterschaft erfahrenen körperlichen Veränderungen? Die subjektiven Einschätzungen der Frauen werden in Hinsicht auf die folgenden Dimensionen untersucht:

- a) der subjektiven Gesundheit im Sinne des körperlichen und seelischen Wohlbefindens, auch im Sinne des „Funktionierens“,
- b) der Attraktivität im Sinne der selbstbejahenden Zufriedenheit mit dem eigenen Äußeren,
- c) der Sexualität,
- d) der Emotionen wie z.B. Selbstwertgefühl, Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, Scham und Stolz,
- e) der Gestaltung und Bewertung der eigenen Lebensqualität im Sinne von „Verzicht“ und „Bereicherung“.

Von Interesse sind die psychischen Reaktionen und die Verarbeitungsweisen der enormen körperlichen Veränderungen in den Phasen der Schwangerschaft, der Entbindung und der nachgeburtlichen Zeit. Der Focus dieser Untersuchung liegt auf den postpartalen Erfahrungen der Teilnehmerinnen. Medizinische Aspekte gehen in der Form von subjektiven Schilderungen durch die Probandinnen in die Untersuchung ein, nicht aber als medizinische Diagnosen. Die selbstberichteten Beschwerden sind wahrscheinlich umfassender (Brown & Lumley, 1998), als die in den medizinischen Statistiken wiedergegebenen postpartalen Symptome.

Unter dem Blickwinkel des übergeordneten Themenkreises „Körper-Erleben und subjektive Gesundheit von Müttern“ soll so ein Beitrag geleistet werden, der das Verständnis für die Situation der befragten Mütter erweitert. Dies soll geschehen unter Berücksichtigung des hypothetischen Verlaufsmodells nach Gloger-Tippelt (1988), auf das diese Untersuchung Bezug nimmt. Das psychische und körperliche Wohlbefinden von Erst- und Mehrfachmüttern in der nachgeburtlichen Zeit sind Hauptgegenstand dieser Arbeit.

Soweit möglich soll spezifiziert werden, welche Bedingungen unterstützend oder hemmend auf einen erfolgreichen Verlauf des Übergangs zur Elternschaft mit seinen auch körperlichen Implikationen erlebt werden.

Diese Studie basiert auf folgender Überlegung: Während in der Schwangerschaft in der Regel alle körperlichen Veränderungsprozesse als „produktive Leistung“ bemerkt werden und relativ „öffentlich“ wahrgenommen und thematisiert werden, ist nicht bekannt, wie sich der Umgang mit den postpartalen körperlichen Rückbildungsprozessen und den eventuell bleibenden körperlichen Veränderungen gestaltet und welche Empfindungen damit einhergehen. Die Vermutung geht dahin, dass sie erstens eher unter medizinischen Aspekten (z.B. Gynäkologie) beachtet werden und dass sie zweitens von den Frauen gegenüber ihren Partnern und gegenüber anderen Frauen, zu denen Vertrauensverhältnisse bestehen (Müttern, Freundinnen, Hebammen), thematisiert werden.

3 Theoretische Grundlagen - Entwicklung der Fragestellung

Zu Beginn der Untersuchung stellte sich die Frage, welche Theorien und wissenschaftlichen Ergebnisse zu der von mir gewählten Fragestellung „Weibliches Körper-Erleben im postpartalen Übergang zur Elternschaft – körperliche und psychische Implikationen“ bereits vorliegen. Die Entwicklungspsychologie hatte sich lange Zeit auf die Erforschung von Themen beschränkt, die bis zur Adoleszenz reichten. Der in den 80iger Jahren erfolgte Wandel in Richtung einer „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ brachte eine Fülle an Untersuchungen mit sich, die sich mit den verschiedenen Aufgaben des Erwachsenenalters beschäftigten (Montada, 1987). Die Phase des Übergangs zur Elternschaft zählt ebenso wie Parternerwahl, Partnerschaft und den folgenden Familienentwicklungsaufgaben zu diesen entwicklungspsychologischen Aufgaben im Erwachsenenalter (s. Olbricht, 1987; Schneewind, 1987). Ein umfassendes Modell zum Übergang zur Elternschaft wurde von Gloer-Tippelt vorgestellt. Ausgehend von dieser entwicklungspsychologischen Betrachtung Gloer-Tippelts (1988) wurden weitere Befunde aus unterschiedlichen Disziplinen in Betracht gezogen. Dazu zählten Ergebnisse aus dem Bereich der health-related-life-quality-Forschung, als auch Resultate zum Thema postpartaler Stimmungsstörungen.

Die verschiedenen theoretischen und empirischen Aussagen wurden geprüft, inwieweit sie den weiblichen Übergang zur Elternschaft unter besonderer Berücksichtigung des subjektiven Körper-Erlebens thematisieren.

3.1 Der Übergang zur Elternschaft aus entwicklungspsychologischer Sicht

3.1.1 Das Modell von Gloer-Tippelt - Schwangerschaft und erste Geburt

Zunächst wird der Ansatz von Gloer-Tippelt (1988) dargestellt und insbesondere hinsichtlich seiner Aussagen zum körperlichen und psychischen Befinden der Mütter hinterfragt. Es schließt sich eine Besprechung des Modells bezogen auf die Verwendbarkeit für die hier benannte Fragestellung an.

3.1.1.1 Das Phasenverlaufsmodell

Gloer-Tippelt (1988) hat in ihrer Arbeit „Schwangerschaft und erste Geburt“ den idealtypischen Phasenverlauf des Übergangs zur Erst-Elternschaft dargestellt.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass es sich um ein Modell handelt, das den Focus auf Ersteltern und deren Übergang zur Elternschaft legt. Weiterhin verdeutlicht es eine Perspektive, die auf das Eltern-Paar konzentriert ist, wenngleich individuelle und geschlechtsspezifische Aspekte in den hinführenden theoretischen Erwägungen thematisiert werden.

Ausgehend von der empirisch gestützten Annahme, dass „der Beginn der Elternschaft einen Angelpunkt der allgemeinen und differentiellen Entwicklung im Erwachsenenalter darstellt“ (1988, S. 13), hat sie ein Modell entworfen, das von folgenden Grundannahmen ausgeht:

1. Der Übergang zur Elternschaft kann erhebliche interindividuelle Differenzen aufweisen: praepartum hinsichtlich psychologischer und biologischer Aspekte und postpartum zusätzlich hinsichtlich der „*Bewältigung der frühen Zeit mit dem Baby*“ (1988, S.14).
2. Es existieren „*gemeinsame, für alle Männer und Frauen vergleichbare Prozesse des Übergangs zur Elternschaft*“ (1988, S.14).
3. Diese für alle vergleichbaren Prozesse ergeben sich aus dem vorgegebenen zeitlichen Ablauf, der „*hier als Folge von speziellen Aufgaben gegliedert wird*“ (1988, S.14) und aus dem sich bestimmte Kriterien ableiten lassen.
4. Anhand dieser so gewonnenen Kriterien lassen sich vorhandene interindividuelle Unterschiede beurteilen.

Laut Gloger-Tippelt (1988, S. 14) lassen sich bezugnehmend auf Riegel (1975 a, b) die Veränderungen bei Erst-Elternschaft ordnen anhand verschiedener Ebenen: Der körperlichen / physischen Ebene, der psychischen Ebene und der sozialen Ebene. Das von ihr erstellte Modell greift dieses Ordnungssystem zunächst auf. Gloger-Tippelt entwickelt dann ein Modell, das die „*subjektive Sicht der Phänomene durch die betroffenen Frauen und Männer*“ (1988, S.15) in das Zentrum der Betrachtung rückt und nimmt damit eine psychologische Sichtweise ein.

Ihre grundlegende Annahme ist, dass jegliche Veränderungen aus den drei genannten Bereichen Informationen darstellen, „*die vom einzelnen wahrgenommen, verarbeitet und bewertet werden*“ (1988, S.15) . Körperliche Veränderungsprozesse sind also Teil dieser Informationen, die psychisch verarbeitet werden. Gloger-Tippelt (1988, S. 17) definiert psychische Verarbeitung folgendermaßen:

„*Psychische Verarbeitung* dient zunächst als Sammelbegriff für die Themen und Aufgaben, mit denen sich die werdenden Eltern zu verschiedenen Zeitpunkten des Übergangs gedanklich, emotional und handelnd beschäftigen“.

Nach dem von ihr entwickelten hypothetischen Verlaufsmodell durchlaufen Erst-Eltern verschiedene Phasen. Diese Phasen siedeln sie in den Zeitraum vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes an.

Es sind dies die Verunsicherungsphase (ca. bis zur 12. Schwangerschaftswoche (SSW bezeichnet)), die Anpassungsphase (ca. 12. - 20. SSW), eine Konkretisierungsphase (ca. 20. - 32 SSW), die Anticipations- und Vorbereitungsphase (ca. 32. - 40. SSW) und schließlich die Geburtsphase. An die schließt sich postpartal die Phase der Überwältigung und Erschöpfung (ca. vier bis acht Wochen nach der Geburt) an sowie dann folgend die Phase der Herausforderung und Umstellung (ca. zweiter bis sechster Monat). Die letzte Phase im ersten Jahr postpartal stellt schließlich die Gewöhnungsphase dar (ca. sechster bis zwölfter Monat nach der Geburt).

Im folgenden werden die jeweiligen Phasen im Hinblick auf die Befindlichkeit der Erstmütter dargestellt.

Die „Verunsicherungsphase“ ist laut Gloger-Tippelt gekennzeichnet durch Verunsicherung durch neue Informationen, durch Verunsicherung in der gefühlsmäßigen Bewertung der Schwangerschaft, durch Verunsicherung im Selbstbild und in den erlebten Kontrollmöglichkeiten. Die körperlichen Prozesse, die durch

autonome biologische Veränderungen gekennzeichnet sind, nehmen in dieser Phase gravierenden Einfluss auf die Selbstwahrnehmung und Bewertung.

Die „Anpassungsphase“ (ca. 12. Bis 20. SSW) ist charakterisiert durch eine erste Integration der verschiedenen gewonnenen Informationen in das eigene Selbstkonzept. In Hinsicht auf körperliche Veränderungen nehmen die negativ beeinträchtigenden Symptome wie Müdigkeit und Übelkeit ab. Die sichtbare Gewichtszunahme, die Vergrößerung der Brust, wie auch eine veränderte Geruchs- und Geschmackssensitivität sind Kennzeichen der Umstellung des mütterlichen Organismus. Mit Hilfe von Herztonmessung und Ultraschalluntersuchung werden in dieser Phase die kindlichen Signale verbildlicht, beziehungsweise akustisch wahrnehmbar.

Die „Konkretisierungsphase“ (ca. 20 – 32. SSW) orientiert sich an den ersten wahrnehmbaren Bewegungen des Kindes im Bauch und zwar ohne medizinische Hilfsapparaturen. Dieses intensive Körper-Erleben ist für die Mütter von großer subjektiver Wichtigkeit und von Bedeutung für die spätere Mutter-Kind-Bindung.

Gewichtszunahme, Brustveränderungen, Hautveränderungen, Verdauungsstörungen und Atembeschwerden sind häufige Beschwerden in dem Zeitraum des fünften bis achten Schwangerschaftsmonats. Diese Veränderungen sind nun auch in der Regel für andere sichtbar, die die schwangere Frau entsprechend häufiger in ihrer Rolle als zukünftige Mutter ansprechen. Auf psychischer Seite findet sich in diesem Zeitraum das niedrigste Niveau an Ängsten oder beeinträchtigenden Emotionen, bei gleichzeitig häufiger vorhandenen Gefühlen der Sicherheit und der Erleichterung. Der Aufbau des zukünftigen Mutterbildes wird in dieser Phase verstärkt betrieben.

Kurz vor der Geburt befinden sich die Mütter in der „Phase der Antizipation und Vorbereitung“ (32. bis 40. SSW). Die körperliche Belastung durch die Schwangerschaft erreicht in dieser Phase ihren Höhepunkt. Der Umgang mit der erhöhten körperlichen Beanspruchung (Schlaflosigkeit, Verdauungsbeschwerden usw.) zieht in dieser Zeit ebenso viel Aufmerksamkeit auf sich, wie die zu erwartende Geburt des Kindes. Das körperliche Erscheinungsbild der Frau hat sich jetzt sehr verändert, die psychische Grundstimmung ist eher labil und durch Ängste gekennzeichnet.

In der Phase „Erste Geburt und frühe Elternschaft“ ist das körperliche und emotionale Erleben entscheidend durch das Geburtserlebnis bestimmt. Kaiserschnittgeburten, natürliche Geburten, Entbindungen mit oder ohne Dammschnitt bzw. Dammriß oder Zangen geburten sind mögliche das Geburtserlebnis bestimmende Entbindungscharakteristika. Auf psychischer und physischer Seite stellt diese Phase für die Mutter eine große Herausforderung dar.

In der „Phase der Überwältigung und Erschöpfung“ bestehen laut Gloger-Tippelt hohe Anforderungen an die Verarbeitung neuer Informationen: Die eigenen anatomischen, physiologischen und hormonellen Veränderungen spielen in diesen vier bis acht Wochen postpartal eine wesentliche Rolle für die Mutter bei gleichzeitiger Umstellung des früheren Alltags auf das Leben mit einem Neugeborenen.

„Schon in den ersten Tagen nach der Geburt bestehen hohe Anforderungen an die Verarbeitung neuer Informationen. Die Frau befindet sich körperlich, psychisch und sozial in einer völlig veränderten Situation. Während des Wochenbettes erfährt sie wieder eine grundlegende anatomische, physiologische und hormonelle Umstellung des Körpers. Ihr Körperbild ist gegenüber der Schwangerschaft verändert, es gleicht sich in der Regel demjenigen vor der Schwangerschaft wieder an.“ (1988, S. 97)

Auf emotionaler Seite können die Frauen intensive Glücksgefühle erleben, die auch als Baby-Flitterwochen bezeichnet werden, sie können aber auch unter beeinträchtigenden Emotionen wie Depressionen und Ängsten leiden, die in ihrer Intensität einer Wochenbettdepression entsprechen können. Beschwerden wie Müdigkeit und Überforderungsgefühle können in dieser Phase besonders stark auftreten.

Ungefähr mit dem Beginn des zweiten Monats postpartal und mit dem Ablauen des achtwöchigen Mutterschutzes setzt die Phase der „Herausforderung und Umstellung“ ein. Das Neugeborene wird zunehmend sozial aktiv, indem es beispielsweise durch Anlächeln und durch andere Wiedererkennungssignale Kontakt zu seinen Bezugspersonen aufnimmt. Die Mutter gewinnt mit zunehmender Erfahrung an Souveränität im Umgang mit ihrem Kind und den damit einhergehenden Aufgaben (Pflege, Stillen etc.). In Hinsicht auf das Stillen betont die Autorin neben den verschiedenen positiven Aspekten auch die ungünstigen Auswirkungen auf die Befindlichkeit der Mütter, zum Beispiel in Form einer stärkeren Belastung und Ermüdbarkeit. Darüber hinaus spricht sie die Möglichkeit der Einflussnahme und Kontrolle durch die Mutter an.

„Als ein Bereich der neu gewonnenen Selbstbestimmung kann die Wiederaufnahme der sexuellen Kontakte der Partner gelten. Die Ernährung des Kindes kann die Frau insofern beeinflussen, als sie die Dauer des Stillens entscheidet und den Erfolg beim Stillen durch ihre Ernährung kontrolliert.“ (1988, S. 108)

Die Umstellung der Aufgabenerfüllung von den im Alltag zu bewältigenden Aufgaben erfolgt bei einem Großteil der Paare durch eine Traditionalisierung der Aufgabenbewältigung in Richtung der Geschlechtsrollen. Auf psychischer Seite bewirkt dies laut Gloger-Tippelt eine Ernüchterung. Die Herausbildung des eigenen Selbstbildes und die Integration der neuen Mutter- bzw. Vaterrolle stellt eine wesentliche Aufgabe in diesem Zeitraum dar. Gleichzeitig spielt das Erleben der Paarbeziehung und der Umgang mit den auftretenden Belastungen eine wesentliche Rolle für die Befindlichkeit der Partner. In Hinsicht auf die körperliche Entwicklung der Frau äußert sich Gloger-Tippelt folgendermaßen:

„Wenn die körperlichen Nachwirkungen der Geburt abgeklungen sind, gewinnt die Frau wieder die Kontrolle über ihren Körper. Sie wird weniger von autonomen biologischen Prozessen beeinflusst und kann zu einer vor der Schwangerschaft ausgebildeten, interindividuell verschieden ausgeprägten Überzeugung zurückkehren, ihren Alltag und Lebensstil selbst zu gestalten.“ (1988, S. 108)

Die Phase der „Gewöhnung“ tritt in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres (6. bis zwölfter Monat postpartal) des Kindes ein. Das zweite Lebenshalbjahr des Kindes bringt für die Eltern im Vergleich zu den ersten sechs Monaten weniger neue Informationen und weniger starke Umbrüche ihrer Lebenssituation mit sich. Auch wenn durch weitere Veränderungen, wie zum Beispiel durch einen Wohnortwechsel, durchaus neue Anforderungen entstehen können, so hat sich in Hinsicht auf das Kind eine größere „Vertrautheit mit den individuellen Bedürfnissen, Merkmalen und Reaktionsweisen des eigenen Kindes“ (1988, S. 109) herausgebildet. Auf emotionaler Seite finden sich in der Gewöhnungsphase ein Nachlassen der Anspannung und der Nervosität, das Stressempfinden soll abnehmen, während die Kontrollüberzeugung in Hinsicht auf die individuelle Bewältigung der Belastungen zunimmt.

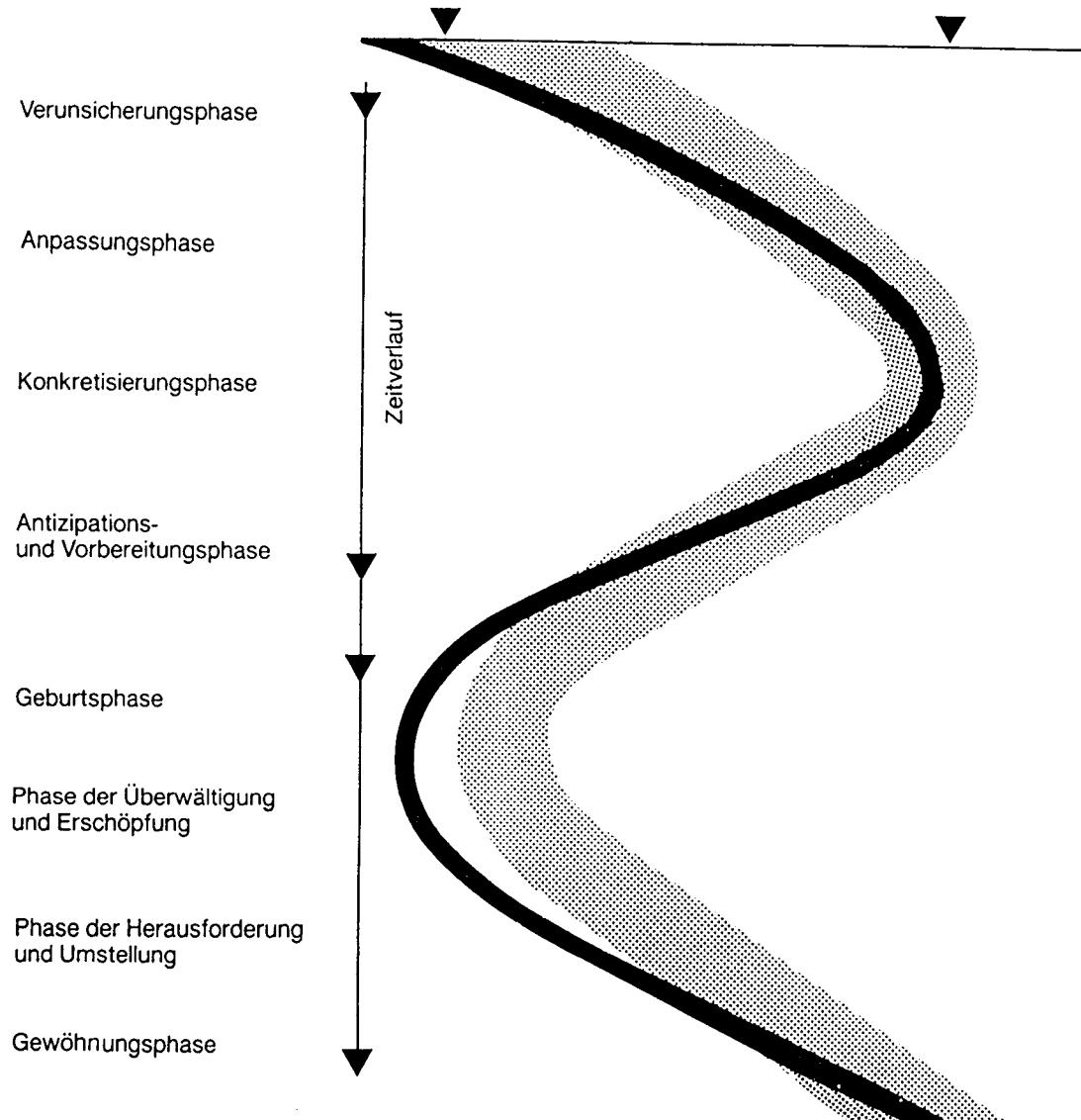
Der beschriebene achtfach gestufte Phasenverlauf ist insgesamt gekennzeichnet durch die Veränderung verschiedener Merkmalsbereiche der innerpsychischen Verarbeitung. Die Eltern sehen sich unterschiedlichen phasenabhängigen Neuerungen und Änderungen gegenüber. Dies erfordert von ihnen sowohl eine Bewältigung in emotionaler als auch kognitiver Hinsicht.

Die im Modell aufgeführten variiерenden Merkmalsbereiche beziehen sich erstens auf das Ausmaß der „Bekanntheit der Situation“: Handelt es sich um eine neue oder bekannte und vertraute Situation? Zweitens berücksichtigt das Modell die „Sicherheit der Bewertung“: Bei einer geringen Sicherheit in der Bewertung liegt hohe Ängstlichkeit auf Seiten der Betroffenen vor, während für eine hohe relative Sicherheit sowohl psychisches als auch körperliches Wohlbefinden kennzeichnend ist. Drittens variiert laut Modell die Stabilität des Selbstbildes im Übergang zur Elternschaft: Während in Phasen starker Beanspruchung (Verunsicherungsphase und Geburtsphase mit anschließender Phase der Überwältigung und Erschöpfung) ein unsicheres Selbstbild vorherrscht, zeigt sich in den Phasen mit gelungenen Integrationsprozessen ein stabiles Selbstbild (z.B. Konkretisierungsphase und Gewöhnungsphase). Viertens verändert sich die Ausprägung des Selbstvertrauens und der eigenen Kontrollüberzeugung als Eltern im Übergang zur Elternschaft: Einhergehend mit der Erfahrung von neuen Situationen, mit einer hohen Ängstlichkeit in Hinsicht auf die Bewertung der Situation und mit einem unsicheren Selbstbild findet sich eher geringes Selbstvertrauen und eine Kontrollüberzeugung als Eltern.

Nachstehende Abbildung faßt das hypothetische Modell zum Übergang zur Elternschaft noch einmal zusammen.

Abb. 1 Hypothetisches Verlaufsmodell des Übergangs zur Elternschaft
 Merkmalsbereiche der psychischen Verarbeitung:

- geringe Bekanntheit der Information (Neuheit)
- geringe Sicherheit d. Bewertung (hohe Ängstlichkeit)
- unsicheres Selbstbild
- geringes Selbstvertrauen u. geringe Kontrollüberzeugung als Eltern
- Bekanntheit der Information
- relative Sicherheit d. Bewertung (psych. u. körp. Wohlgefühl)
- stabiles Selbstbild
- hohes Selbstvertrauen u. hohe Kontrollüberzeugung als Eltern



In der Abbildung sind in vertikaler Linie die Phasen des Übergangs zur Elternschaft im zeitlichen Verlauf angegeben, auf der horizontalen Linie vier zusammengefaßte Merkmalsbereiche der psychischen Verarbeitung. Der linke Pol der Merkmalsausprägungen beinhaltet eine schwache Ausprägung der Merkmale, der rechte Pol eine hohe Ausprägung der Merkmale. Der breite, gepunktete Verlauf kennzeichnet die durchschnittliche Verarbeitung des Übergangs zur Elternschaft, die durchgezogene, schwarze Linie eine extreme Verarbeitung mit stärkerer Variation der Merkmalsausprägungen. Aus der Abbildung wird deutlich, daß sich eine durchschnittliche und eine extreme Verarbeitung des Übergangs zur Elternschaft besonders in den Anfangsphasen der Schwangerschaft und den ersten Phasen nach der Geburt unterscheiden.

Abbildung 1 Hypothetisches Verlaufsmodell des Übergangs zur Elternschaft (Gloge-Tippelt, 1988, S.114)

3.1.1.2 Die Bedeutung des Körper-Erlebens aus der Sicht des Modells

Wie schon oben angemerkt, geht Gloger-Tippelt davon aus, dass die verschiedenen Veränderungen (physische, psychische und soziale) Informationen darstellen, die eine individuelle Verarbeitung erforderlich machen.

Bezogen auf die verschiedenen Phasen des Übergangs zur Elternschaft weist sie auf die Bedeutung der körperlichen Befindlichkeit in den verschiedenen Phasen des Übergangs hin.

Diese phasenabhängigen Aussagen lassen sich bezogen auf die Relevanz des weiblichen Körper-Erlebens folgendermaßen zusammenfassen:

Das Modell macht die Annahme, dass während der Konkretisierungsphase und am Ende des ersten Jahres postpartum die stärksten positiven Ausprägungen der jeweiligen Merkmalsbereiche zu erwarten sind. Die stärksten negativen Ausprägungen sind dagegen zu Beginn der Schwangerschaft anzutreffen sowie in der Zeit kurz vor, während und in der Phase nach der Geburt und weiterhin in der Phase der Überwältigung und Erschöpfung. Entsprechend zeigen die Merkmalsbereiche in der Zeit von der Geburt bis ca. 8 Wochen danach eine stark negative Ausprägung, um sich dann langsam hauptsächlich nach dem 6. Monat in der Gewöhnungsphase wieder zu stabilisieren.

3.1.1.3 Ableitungen aus dem Modell von Gloger-Tippelt

Das Modell behandelt umfassend den Übergang zur Elternschaft und thematisiert den Einfluß von körperlichen Veränderungsprozessen in dieser Zeit. Das Modell von Gloger-Tippelt ist allerdings nicht eindeutig geschlechtsspezifisch. Es faßt die Erfahrungen von Müttern und Vätern zusammen.

Bezogen auf diese Untersuchung und Fragestellung zum „Weiblichen Körper-Erleben im Übergang zur Elternschaft“ gibt das Modell Hinweise auf die spezifischen Erfahrungen, die eine Frau in der Schwangerschaft und nach der Entbindung macht.

Dabei macht das Modell keine Aussagen über das Erleben von Mehrfach-Müttern. Die Aussagen beschränken sich auf Erstgebärende. Es bleibt offen, inwieweit sich die Situation der Erstmütter von der der Mehrfach-Mütter unterscheidet. Die von Gloger-Tippelt genannten Merkmalsbereiche könnten generell bei Mehrfach-Müttern in positiver Richtung verschoben sein. Es wäre aber ebenso denkbar, dass verschiedene andere Faktoren Einfluß auf die genannten Merkmalsbereiche (Bekanntheit der Situation; psychisches und körperliches Wohlbefinden; Selbstbild; Selbstvertrauen und Kontrollüberzeugung) nehmen und, dass das Erleben von Mehrfach-Müttern in diesem Phasenverlauf sehr von dem der Erstmütter abweichen kann.

3.2 Der Übergang zur Elternschaft aus gesundheitspsychologischer Sicht

3.2.1 Geschlechtsspezifisches Gesundheits- und Krankheitsverhalten

In der medizinpsychologischen Forschung zur Thematik „Mann und Medizin“ (Brähler & Kupfer, 2001) werden Untersuchungen zur Geschlechtsspezifität von Gesundheits- und Krankheitsverhalten wie auch zu den Themen „Sexualität und Vaterschaft“ vorgelegt.

Im Zusammenhang mit der Thematik des Auftretens von körperlichen Veränderungen beim Übergang zur Elternschaft ist das sogenannte „Couvade-Syndrom“ interessant (s. auch Kapfhammer & Mayer, 1996).

„*Couvade (aus dem französischen = brüten) oder auch Männerkindbett genannt*“ (Gauda, 1991, S. 26) beschreibt die körperlichen Veränderungen von Vätern während der Schwangerschaft und der postpartalen Zeit. Insbesondere Symptome wie Rückenschmerzen, Gewichtszunahme, gastrointestinale Beschwerden, Schlaflosigkeit und Zahnschmerzen kennzeichnen die Befindlichkeit der betroffenen Väter. Als Erklärung für dieses Phänomen werden eine große Einfühlung in das Schwangerschaftserleben der werdenden Mütter ebenso genannt, wie der Schwangerschaftsneid auf Seiten der werdenden Väter.

In Hinsicht auf das Ausmaß von körperlichen Beschwerden werden unter anderem geschlechtsspezifische Auswirkungen diskutiert. So finden sich in der Literatur Belege, dass Frauen über mehr Körperbeschwerden klagen als Männer. Nach Brähler et. al. (2001, S. 30 ff) gibt es dafür drei Erklärungsansätze: Erstens ist möglicherweise das Ausmaß der Beschwerden beeinflusst durch die „*höhere Klagsamkeit der Frauen als Ausdruck größerer Leidensfähigkeit und emotionaler Offenheit*“, zweitens wird das Ausmaß der Beschwerden der Frauen erklärt über eine objektiv stärkere Belastung der Frauen, drittens kann die größere Belastung der Frauen durch methodische Unzulänglichkeiten verursacht sein.

Über die Geschlechtseffekte hinaus wirken auch Alterseffekte, Sozialisationseffekte und epochenspezifische Effekte (Brähler et. al., 2001). Allerdings ist an dieser Stelle auf den bei subjektiven Einschätzungen entstehenden Effekt der gewählten Bezugsnorm hinzuweisen: Z.B. ist Frau X. im Vergleich zu ihrer früheren körperlichen Fitness als Zwanzigjährige heute eher unsportlich und kurzatmig. Im Leistungs-Vergleich mit ihren gleichaltrigen Nachbarinnen befindet sie sich dennoch im oberen Leistungsspektrum.

3.2.2 Bewältigungsstrategien

Um sich der Frage der Bewältigungstechniken im Falle von körperlichen Veränderungen zu nähern, ist eine Untersuchung von Thiele et. al. (2001) interessant. Sie verweisen auf die Bedeutung von akkomodativen Strategien, die der Aufrechterhaltung von subjektiven selbstwertrelevanten Einschätzungen dienen können, bei gleichzeitig tatsächlich vorliegender objektiver Leistungseinbuße:

Die Autoren gingen der Frage nach, wie gesunde Männer die körperlichen Altersveränderungen bewältigen (2001, S. 54 ff). Sie untersuchten im Rahmen einer Querschnitt-Studie 304 gesunde Männer im Alter von 35 – 64 Jahren. In der Untersuchung unterscheiden sie unter anderem zwischen einem akkomodativen (Flexibler Zielanpassung - FLEX) und einem assimilatorischen Bewältigungsstil (Hartnäckige Zielverfolgung – TEN), operationalisiert über die TEN – FLEX- Skalen von Brandstädter und Renner. Sie setzen die Ergebnisse auf

dieser Skala in Beziehung zu objektiven Maßen der endokrinen (Testosteron-Werte) und der körperlichen Leistungsfähigkeit (Vitalkapazität gemessen als Luftmenge in Litern; Fahrrad-ERGO in Watt; Handmuskelkraft, die gemessen wurde mit einem Handdynamometer). Weiterhin werden diese Daten in Beziehung gesetzt zu subjektiven Maßen der Befindlichkeit (Klimakterium-Virile-Beschwerde-Inventar) und der subjektiven Fitness (Frankfurter Körperkonzeptskalen). Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass

„...besonders die Fähigkeit zur flexiblen Zielanpassung als eine entscheidende Bewältigungsressource für Adaptionen bei Männern im mittleren Lebensalter angesehen werden muss.“ (Thiele et. al., 2001, S. 66).

Auch bei einem deutlichen Leistungsabfall der objektiven Leistungskriterien liess sich kein Unterschied in Hinsicht auf die Befindlichkeit und in Hinsicht auf die subjektive Fitness zwischen den drei Altersgruppen nachweisen. Die Autoren postulieren einen zwei Aspekte umfassenden psychischen Adaptationsprozess:

„Der erste Aspekt betrifft die Regulation und Stabilisierung des Selbstkonzeptes im Kontext von selbstwertbedrohenden Veränderungsprozessen. Der zweite Aspekt betrifft die Bedingungen der Wahrnehmung körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen, wobei hier dem an die veränderten Bedingungen angepassten positiven Selbstkonzept eine entscheidende protektive Funktion zukommt. Das heißt also, dass sich zunächst bei zunehmender Diskrepanz von objektiven Ressourcen und dem Bild, welches eine Person aktuell von sich selbst hat, adaptive Bewältigungsbemühungen auf die Aufrechterhaltung eines adäquaten Selbstbildes richten. Entweder werden die altersabhängigen Einbussen in der körperlichen Fitness durch akkomodative Anpassungen (z. B. durch selbstwertdienliche Vergleichsprozesse) kompensiert, oder die objektive Fitness wird durch assimilative Aktivitäten (z.B. durch Trainingsmassnahmen) den normativen Selbstkonstruktionen bzw. dem Idealselfst („Ich möchte ein leistungsfähiger und fitter Mann sein.“) angepasst. Auf der zweiten Bewältigungsebene wirken sich dann Erfolge oder Misserfolge bei der Regulation der subjektiven Fitness auf die Befindlichkeit aus, wobei auch hier, wie die Befunde dieser Studie zeigen, akkomodative Strategien bei der Wahrnehmung der Beschwerden involviert sind.“ (Thiele, et. al., 2001, S.68 f).

3.2.3 Health-related-quality-of-Life (HRQOL)

Das Ziel dieser Untersuchung besteht in der Erfassung der subjektiven Verarbeitung und Einschätzung der körperlichen Befindlichkeit sowie der Erhebung von Veränderungen, welche die Mütter in der postpartalen Zeit wahrnehmen. Anders als medizinische Statistiken objektiver Befunde oder die bloße Erhebung von Stimmungsvariablen war das Ziel, die postpartalen Bewältigungsprozesse von somatischen Körperveränderungen (medizinischer oder ästhetischer Art) und die damit verbundenen Empfindungen zu untersuchen.

Dem Wechselspiel zwischen körperlicher Befindlichkeit, physischen Veränderungen und psychischen Einschätzungen wurde bislang hauptsächlich im Rahmen von Therapie-Studien von Krebspatienten Beachtung geschenkt (Egli, 1987). Das Konzept „Lebensqualität“ hat seinen Ursprung in der Beurteilung der Therapie von krebskranken Patienten. Ausgehend von der Erfahrung, dass nicht allein die Aufrechterhaltung von körperlichen

Funktionen das Ziel von therapeutischen Bemühungen sein kann, wurde zunehmend die psychische Befindlichkeit der Patienten mitbedacht. Lebenswertes Leben definierte sich demzufolge nicht nur über physische Aspekte der Gesunderhaltung, sondern ebenso über psychologische und soziale Kriterien. Der Wert von Therapien und die Entscheidung für oder gegen diese richtete sich nun nicht mehr allein danach, ob eine Krebserkrankung durch sie einzudämmen war oder nicht, sondern auch danach, welche weiteren Konsequenzen mit der Therapie für den Patienten verbunden waren (Ferrell et.al., 1996; Bloom et. al, 1998).

Die subjektive Einschätzung der Patienten erweist sich folglich für die Entscheidung für oder gegen eine Therapie als bedeutsam: Egli (1987) wies bei brustkrebskranken Patientinnen in Abhängigkeit von der medizinischen Behandlung (ganze oder teilweise Brustentfernung, mit oder ohne Bestrahlungstherapie) unterschiedliche psychische Effekte nach. Auch bei der Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Behandlung waren psychologische Unterscheidungsmerkmale sichtbar: Frauen, die eine größere Besorgnis hinsichtlich ihres Erscheinungsbildes hegten, entschieden sich eher für weniger körperbildverändernde Behandlungen.

Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität, wie zum Beispiel die Skalen der *European organization for research and treatment of cancer (EORTC-Skalen)*, operationalisieren diese über das Ausmaß der Selbständigkeit in den Aktivitäten des Alltags, über die Mobilität, über die Möglichkeit zur Berufstätigkeit und verschiedenes mehr (Schwarz & Hinz, 2001, S. 1345 ff.) Es werden also besonders die Beeinträchtigung der Funktions- und Leistungsfähigkeit als entscheidende Dimensionen für das Konzept der Lebensqualität berücksichtigt. Weiss (1999) ergänzt die die Lebensqualität definierenden Inhalte um fünf weitere faktorenanalytisch abgesicherte Dimensionen: Resignation, Sinnerfüllung/Social Support, körperliche Hauptbeschwerden, Funktionsfähigkeit und positive Grundhaltung (Weiss, 1999, S.26). Weiterhin verweist Weiss auf die Zeit-Sensitivität der untersuchten Merkmale und unterstreicht die Bedeutung von Veränderungsmessungen mit Hilfe von Längsschnitt-Analysen. Unterschiede in den Messergebnissen fanden ebenfalls Schwarz und Hinz (2001) und zwar in Form von Geschlechts- und Altersunterschieden für die mit den EORTC-Skalen untersuchte deutsche Stichprobe von 2041 Personen.

Für den englischen Sprachraum hat Bowling (2001) eine Systematisierung dieser Instrumente vorgelegt. Je nach Untersuchungsschwerpunkt beziehen sich die Messinstrumente auf die Erhebung von Funktionstüchtigkeit, auf den Gesundheitsstatus, auf das psychische Wohlbefinden, auf die sozialen Netzwerke und die soziale Unterstützung sowie auf die Lebenszufriedenheit. Die von Krischke und Petermann (1995, S. 34 ff) vorgelegte Übersicht von Erhebungsinstrumenten und Ergebnissen zur Lebensqualität enthält darüber hinaus auch deutsche Verfahren. Die von ihnen benannten Instrumente beziehen sich ebenfalls hauptsächlich auf die Erhebung der Lebensqualität bei Krebskranken.

Der Untersuchungsaspekt der „Lebensqualität“ findet seit geraumer Zeit nun auch auf andere Populationen Anwendung. Dabei ist der Begriff der „health related quality of life“ weit gefaßt: Aspekte des persönlichen Gesundheitsstatus, sind ebenso inbegriffen wie das Funktionieren in Hinsicht auf Rollen (z.B. Arbeitsfähigkeit), oder die Befähigung zu sozialen Interaktionen, ebenso wie das emotionale und somatische Wohlbefinden. Nachdem das Vorhandensein von Gesundheit lange Zeit über die Abwesenheit von Krankheitssymptomen definiert wurde und der Focus auf medizinisch operationalisierbaren Messwerten lag, gibt es eine Wende dergestalt, dass psychologische und subjektive Kriterien nun Beachtung finden (Bowling, 2001).

Anders als bei den genannten klinischen Stichproben der krebskranken Patienten handelt es sich bei der vorliegenden Studie um die nicht-klinische Stichprobe von Müttern beim Übergang zur Elternschaft. Eine Übertragbarkeit scheint trotz vieler Unterschiede in Bezug auf den Zusammenhang zwischen körperlicher Verfassung und emotionalem Wohlbefinden gerechtfertigt zu sein.

3.2.4 Postpartale Stimmungsstörungen: Baby Blues und Depression

Die emotionale Befindlichkeit in der postpartalen Phase wird bislang durch das Fehlen oder durch das Vorhandensein von klinisch auffälligen postpartalen Stimmungsschwankungen charakterisiert. Das Auftreten postpartaler Stimmungsstörungen (Postpartaler Baby Blues, Depression und Psychose) ist insbesondere von medizinischer Seite und in der englischsprachigen Literatur beleuchtet worden (vgl. Unger & Rammsayer (1996); Riecher-Rössler (1997); Lanczik & Brockington (1999)).

Die differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen Baby Blues, Depression und Postpartaler Psychose erfolgt im Hinblick auf den Beginn, die Dauer und die Schwere bzw. die Intensität der Symptome. Während Unger und Rammsayer bei ihrer Literatur-Auswertung für den postpartalen Blues Prävalenzraten von 46 % bis 76 % und für die Depression 8.2 % bis 14.9 % fanden, tritt die postpartale Psychose nur in 0.1 % aller Fälle auf.

Zur Erfassung des Blues werden in der Regel Symptome abgefragt, wie „Erschöpfung“, „Müdigkeit“, „Unruhe“, „Anspannung“, „Appetitverlust“, „Alpträume“, „Gereiztheit“, „Vergesslichkeit“, „Konzentrationsmangel“, „Weinen“, „allgemeine Traurigkeit“, „Kopfschmerzen“, und „Reizbarkeit“.

Während der postpartale Blues durch leichte depressive Verstimmungen und durch eine erhöhte Stimmungslabilität gekennzeichnet ist, die in der Regel in der ersten Woche postpartal auftritt und innerhalb von kurzer Zeit von selbst abklingt, ist die postpartale Depression langwieriger. Sie tritt in den ersten Monaten bis zu einem Jahr postpartal auf, hält über Wochen bis Monate und ist behandlungsbedürftig. Die schwerste Form der Erkrankung, die postpartale Psychose, tritt ebenfalls in den ersten Monaten bis zu einem Jahr postpartal auf. Diese Erkrankung ist langwierig und bedarf unbedingt einer Therapie.

Die Ätiologie ist umstritten: Es scheint eine allgemeine Vulnerabilität bestimmter Frauen für psychische Stimmungsschwankungen zu geben, wobei die Entstehung des Postpartum Blues durch ein Zusammenspiel von biologischen, insbesondere hormonellen, und psychischen Anpassungs-Störungen erklärt wird. Die Wirkung verschiedener Hormonveränderungen wird in Hinsicht auf die Rapidität im Konzentrationsanstieg beziehungsweise –abfall, ebenso wie bezogen auf die Konzentrationsdifferenz (praepartal und postpartal) und im Hinblick auf das Verhältnis Östrogen-Progesteron diskutiert. Die Bedeutung von Persönlichkeitsvariablen, wie Trait-Ängstlichkeit, wurde neben Faktoren wie der Diskrepanz zwischen der Geburtserwartung und der tatsächlichen Geburtserfahrung untersucht. Weiterhin referieren Unger und Rammsayer (1996, S.163) Befunde, wonach es Zusammenhänge zwischen dem Auftreten des und der Vulnerabilität für den Postpartum Blues und dem Auftreten von prämenstruellen Symptomen Zusammenhänge geben soll. So sollen Frauen, die über prämenstruelle Beschwerden leiden, auch stärker unter postpartalen Stimmungsschwankungen leiden. Interessant ist ein Befund, wonach nicht alle Frauen dasselbe Symptommuster (im Querschnitt) zeigen. Die längsschnittliche Betrachtung verweist dann aber auf ein intraindividuelles wiederkehrendes Symptommuster (Moos, 1968).

Grundsätzlich scheint eine vorbestehende genetische Disposition für die jeweilige psychische Störung im Zusammenspiel mit den „*ganz normalen, unspezifischen Belastungen einer Entbindung*“ (Riecher-Rössler, 1997, S. 105) zu einem erhöhten Krankheitsrisiko zu führen.

Das Zusammenspiel zwischen psychischen und somatischen Aspekten erläutern Unger und Rammsayer an folgendem Beispiel:

„Die betroffenen Frauen, die solche ungewohnt starken Stimmungsschwankungen in der unmittelbaren postpartalen Zeit erleben, verstehen sich selbst nicht als krank oder gestört. In dieser Tatsache liegt überraschenderweise neben der methodologischen Problematik eine weitere Ursache für die Verwirrung hinsichtlich des klinischen Bildes und der Entstehungsgeschichte des Postpartum Blues. Obwohl sich der Postpartum Blues durch Weinphasen ankündigt (Stein, 1982), die keinen ersichtlichen Grund haben, attribuieren die betroffenen Frauen doch relativ rasch auf die eigene hormonelle Umstellung. In der allgemeinen Euphorie über das neugeborene Kind halten viele Frauen gleichzeitig ihre Traurigkeit und Verwirrung für eine unangemessene und sozial unerwünschte Reaktion und verstecken diese Gefühle vor der Aussenwelt. Gerade dieses „Vestecken-müssen“ heftiger Gefühle und Stimmungen wird von den Frauen jedoch als sehr belastend erlebt und verstärkt so indirekt die dysphorischen Symptome.“ (Unger und Rammsayer, 1996, S. 155)

Die soziale Unterstützung in Form von praktischer Entlastung im Haushalt und die emotionale Unterstützung in Form von Gesprächsangeboten bilden wesentliche Entlastungsmöglichkeiten für die betroffenen Frauen.

Für die künftige Erhebung von postpartum Symptomen fordern Unger und Rammsayer (1996) den Einsatz eines kombinierten Messinstruments, das sowohl die Auftretenshäufigkeit von Beschwerden mißt, als auch die subjektive Bewertung der Ausprägungsgrade. Damit könne dem Umstand, dass bestimmte Symptome „normale phasenbedingte“ Reaktionen darstellen, besser Rechnung getragen werden. Weiterhin thematisieren sie den Einfluss von sozialer Erwünschtheit. So berichten sie von Fällen, bei denen die befragten Mütter offensichtlich müde und verweint aussahen, dies auch emotional bewegt auf dem Weg zum Untersuchungsraum berichteten, bei der Ausfüllung der Fragebögen jedoch ihre Befindlichkeit anders kennzeichneten. Aufgrund dieses „Nebenergebnisses“ fordern die Autoren: „...a) eine stärkere Aufklärung der Versuchspersonen vor der Versuchsdurchführung, b) eine tägliche, nicht nur einmalige, Untersuchung und c) eine kombinierte Erhebungsmethode aus Fragebogen, Interview und Verhaltensbeobachtung...“ (Unger und Rammsayer, 1996, S. 171).

3.3 Zusammenfassung und Entwicklung der Fragestellung

Die Thematik dieser Untersuchung befindet sich im Überschneidungsbereich zwischen der Gesundheitspsychologie, mit dem Ansatz „Health related quality of life“, und der Entwicklungspsychologie, mit dem Modell des Übergangs zur Elternschaft.

Auf der Basis der entwicklungspsychologischen Perspektive des Übergangs zur Elternschaft wie ihn Gloger-Tippelt (1988) beschrieben hat und aufgrund der Erkenntnisse zur Entwicklung von postpartalen Stimmungsstörungen, sollen geschlechtsspezifische Annahmen speziell für den weiblichen Übergang zur Elternschaft in der postpartalen Phase überprüft werden. Die zu erfragenden Inhalte beziehen sich auf Beschwerden und auf das Vorhandensein und die psychische Verarbeitung von körperlichen Veränderungen, die nach der Entbindung bestehen.

Entsprechend den Vorgaben des Modells von Gloger-Tippelt sind erste Annahmen bezogen auf das Auftreten bestimmter körperlicher Beschwerden in der Zeit des Übergangs zur Elternschaft zu entwickeln. Faßt man die körperlichen Veränderungen und die damit einhergehenden psychischen Verarbeitungen ebenso als phasenbedingte Aufgaben auf, so ist entsprechend dem Modell bei den Erstmüttern von einer hohen Beschwerdenhäufigkeit und -belastung im Zeitraum kurz nach der Entbindung (Geburtsphase, Phase der Überwältigung und Erschöpfung (vier bis acht Wochen postpartal)) auszugehen. Die dann folgende Phase der Herausforderung und Umstellung (zweiter bis sechster Monat postpartal) wird laut Gloger-Tippelt durch eine Zunahme von körperlicher und psychischer Erholung im Phasenverlauf gekennzeichnet. Das hypothetische Modell geht anschließend von einer weiter abnehmenden Beschwerdenhäufigkeit und -belastung („Phase der Gewöhnung“: sechster bis zwölfter Monat) aus.

Im Falle einer zunehmend gelingenden Integrationsleistung in Hinsicht auf die veränderte Lebenssituation (neue Aufgaben; neue Rollen, auch in Bezug auf die Partnerschaft; Verlust oder Modifikation des früheren Berufsalltags; körperliche Veränderungen) sollte entsprechend den Vorgaben dieses Modells die subjektive Lebensqualität im Zeitraum bis zu zwölf Monaten postpartal ansteigen.

Für den Zeitraum nach dem zwölften Monat gibt das Modell keinerlei Hinweise. Ebenso macht das Modell keine Aussagen über die Befindlichkeit der Mehrfachmütter.

Aus methodischer Sicht erscheint ein multimethodaler Ansatz gerechtfertigt: Die Vorteile eines standardisierten Fragebogens werden ergänzt durch die Vorteile eines halbstandardisierten Interviews, das den Probandinnen mehr Optionen zur Darstellung der eigenen Befindlichkeit gibt (vgl. dazu auch Unger & Rammssayer, 1996). Überdies wird dies der Art der Fragestellung eher gerecht und ermöglicht weitere Schlussfolgerungen für spätere Untersuchungen.

Da das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sehr weit gefaßt ist, besteht unter ökonomischen Aspekten im Rahmen dieser Untersuchung die Notwendigkeit der Beschränkung und die Vertiefung spezieller Gesichtspunkte.

4 Die Untersuchung

4.1 Stichprobenbeschreibung

Die an der Untersuchung beteiligten Paare nahmen teil an einer umfassenden Studie „Übergang zur Elternschaft“, die im Auftrag der Landes-Bau-Sparkasse Nordrhein-Westfalen an der Universität - GH - Paderborn und in München im ersten Abschnitt unter der Leitung von Professor A. Engfer und Professor W. Fthenakis durchgeführt wurde (s. dazu auch Fthenakis, Kalicki & Peitz, 2002).

Das Ziel dieser Studie bestand in der Darstellung und Untersuchung der Veränderungen, die Paare beim Übergang zur Elternschaft erleben. Besondere Beachtung fanden Aspekte, die den Übergang zur Elternschaft erleichtern oder erschweren können. Die Erhebung war als Längsschnittstudie konzipiert, so dass Verlaufsdaten mit Beginn der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr des Kindes vorliegen.

Alle Familien erwarteten im Zeitraum von Dezember 1995 bis August 1996 ein Kind. Davon waren 91 Paare „Ersteltern“ während 84 Paare ein weiteres Kind erwarteten. Der Familienstand lautete bei 92 % der Paare zu Beginn der Studie „verheiratet“. Das Alter der Frauen des Gesamtprojekts lag zu Beginn der Untersuchung zwischen 20 und 39 Jahren (Altersdurchschnitt: 29,8 Jahre), das der Männer zwischen 23 und 45 Jahren (Durchschnitt: 32,0 Jahre).

Für die hier vorgelegte Untersuchung wurden nicht alle am Gesamtprojekt teilnehmenden Frauen befragt. Es erfolgte eine Begrenzung auf die Familien im Paderborner Raum. Dies hatte ökonomische Gründe, die insbesondere durch die Art der Datenerhebung und Auswertung bestimmt waren: Die Durchführung der Intensiv-Interviews nahm zum Teil drei Stunden in Anspruch. Hinzu kamen erhebliche Fahrtzeiten. Im weiteren Verlauf zeigten sich das Transkribieren und das Kodieren der Interviews als echte „Zeitfresser“.

Im Rahmen der LBS-Studie war es mir aber möglich, Datenmaterial mit einzubeziehen, dass nicht von mir erhoben wurde. (Auch an dieser Stelle noch einmal meinen Dank dafür an das Projektteam.)

Die Tatsache, dass die jeweiligen Familien erst nach Eintreten der Schwangerschaft in die Untersuchung einbezogen wurden, liess ein für Untersuchungen dieser Art typisches Problem entstehen: Worauf sollten sich die erhaltenen Ergebnisse der Veränderung beziehen, das heißt, wie sollte die Baseline definiert werden? Aus diesen Gründen sollte eine Befragung einer vergleichbaren Kontrollstichprobe durchgeführt werden. Die Kontrollstichprobe wurde über Kontakte zu Schulen, zu Frauenärzten, zu privaten Netzwerken und zu anderen Einrichtungen gewonnen.

Die zusätzlich befragten Frauen sollten der Altersstruktur der Mütter zum Zeitpunkt des Eintretens der Schwangerschaft entsprechen. Weiterhin sollte die Gruppe der Frauen kinderlos sein. Hinsichtlich der Kriterien beruflicher und intellektueller Status wurde eine hohe Vergleichbarkeit angestrebt.

4.1.1 Gesamtstichprobe der Erst- und Mehrfachmütter

Die Stichprobe für die hier vorgelegte Untersuchung umfasste 48 Mütter. Diese Teilstichprobe aus dem Paderborner Raum entstammte der oben erwähnten Gesamtstichprobe, die sich zusammensetzte aus 175 Familien, zu einem Großteil aus dem Münchener Raum sowie den oben genannten 50 Familien aus dem Paderborner Raum. Die folgenden Angaben der Stichprobenbeschreibung entstammen, mit Ausnahme der von mir erhobenen Angaben über die simulierte Stichprobe, den im Gesamtprojekt erhobenen Daten und beziehen sich auf den ersten Messzeitpunkt wenige Monate vor der Entbindung.

Die Paderborner Teilstichprobe von 50 Frauen setzte sich zusammen aus 29 Erstmüttern und 21 Mehrfachmüttern mit den Geburtsjahrgängen von 1956 bis 1975. Insgesamt 13 Frauen (26 %) entstammten dem Jahrgang 1965 und waren zum Zeitpunkt der Befragung ca. 31 Jahre alt.

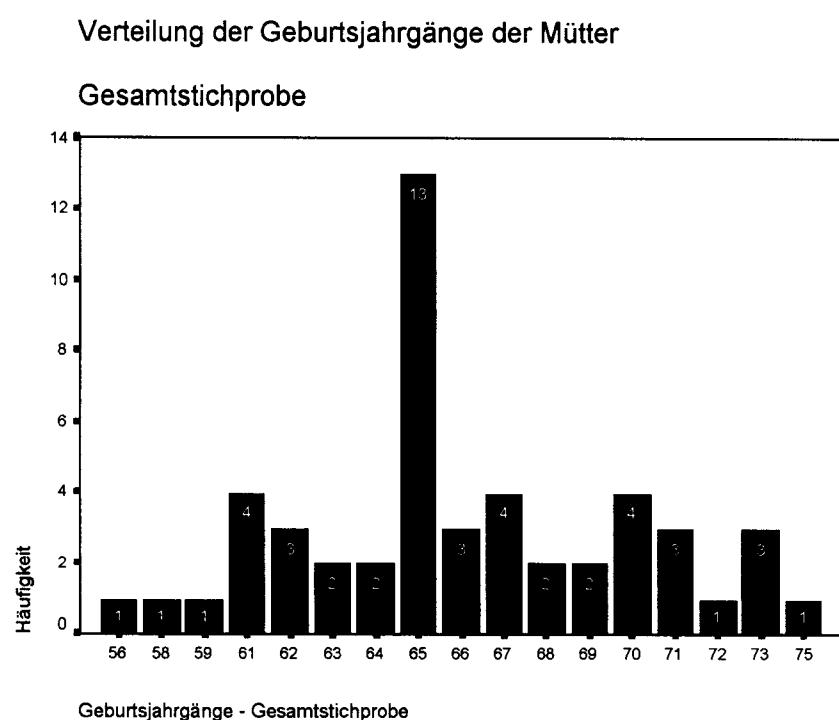


Abbildung 2 Verteilung der Geburtsjahrgänge der Paderborner Gesamtstichprobe (N=50)

Bezogen auf den Bildungsstand war folgendes interessant: Weit mehr als die Hälfte, nämlich 32 Mütter konnten mindestens ein Fachabitur oder Abitur vorweisen. Da die Beteiligung an der Untersuchung aufgrund eines Aufrufes und infolge von freiwilligen Meldungen erfolgte, ist eine solche selektive Verteilung nachvollziehbar.

Die genaue Verteilung der Schulabschlüsse ist der folgenden Abbildung zu entnehmen.

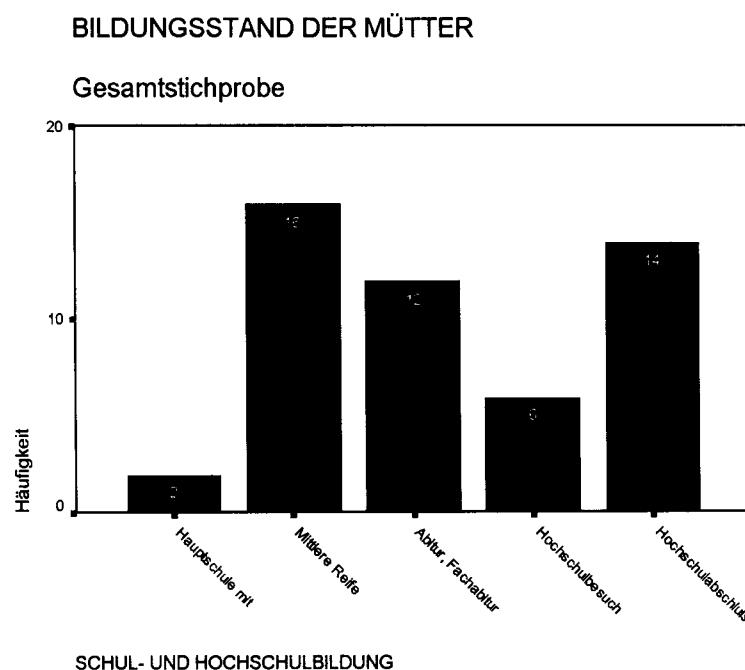


Abbildung 3 Verteilung der Schulbildungsabschlüsse in der Paderborner Gesamtstichprobe (N=50)

Die Gesamtstichprobe der Paderborner Mütter lässt sich weiterhin über ihre Beschäftigungsstruktur beschreiben: Vor der Schwangerschaft waren von 49 Müttern zwei Frauen (4.1 %) selbständig tätig. Fünf Frauen (10.2 %) arbeiteten als leitende Angestellte. 32 Frauen (65.3 %) waren tätig als nicht-leitende Angestellte. Drei und damit 6.1 % arbeiteten als Beamte im gehobenen oder höheren Dienst. Eine Frau (2 %) war tätig als Facharbeiterin und jeweils drei Frauen (6.1 %) waren entweder in sonstigen Beschäftigungsverhältnissen beschäftigt oder sie gingen bislang noch keiner Berufstätigkeit nach.

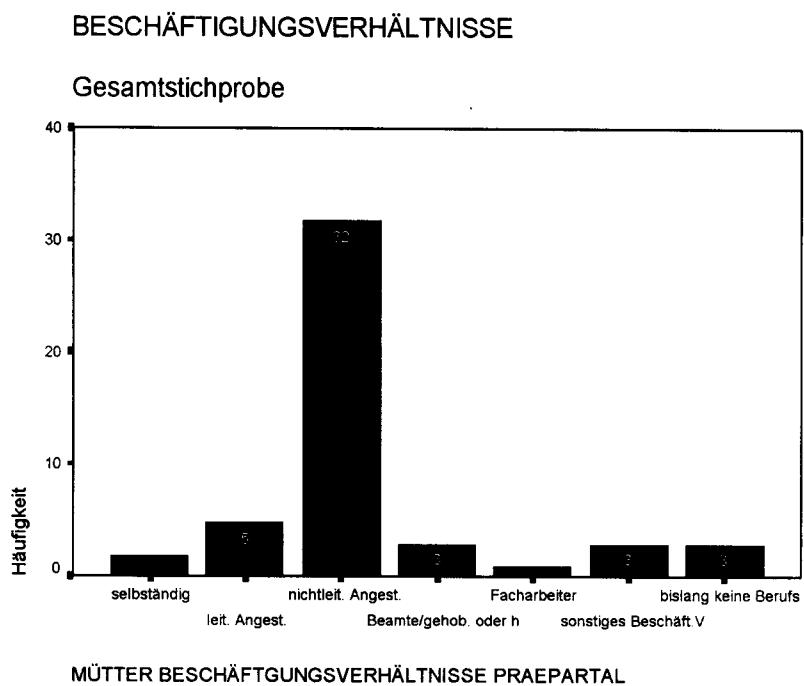


Abbildung 4 Beschäftigungsverhältnisse in der Paderborner Gesamtstichprobe (N=49)

Bezogen auf das monatliche Netto-Einkommen der Frauen (nicht das ihrer Partner) wenige Monate vor der Entbindung fanden sich Variationen von „gar keinem Einkommen“ (18 %) bis hin zur Einkommenshöhe von „3000,-DM bis 4000,- DM“.

Die genaue Verteilung ist der nachstehenden Abbildung zu entnehmen.

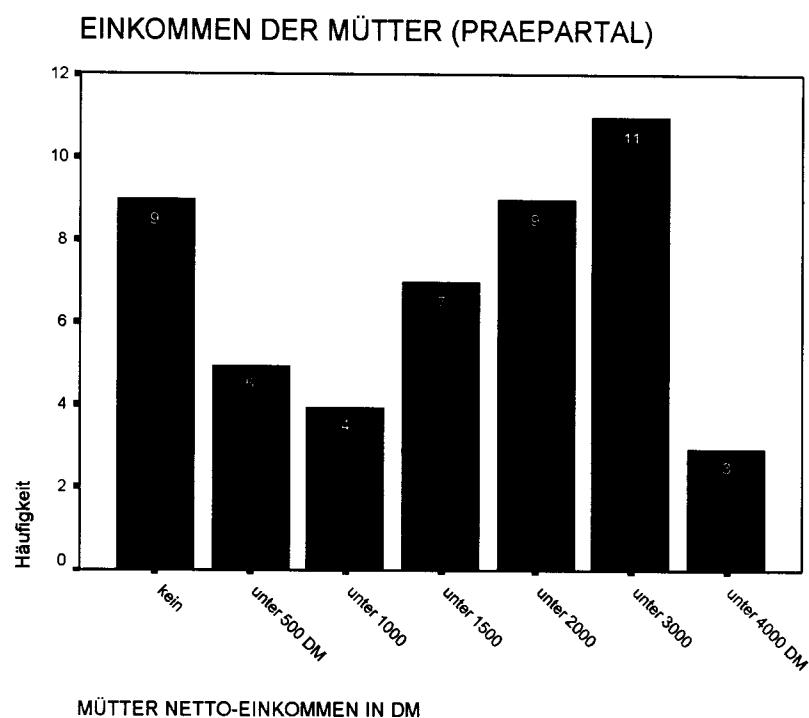


Abbildung 5 Netto-Einkommen der Paderborner Mütter-Gesamtstichprobe (N=50)

Ein weiteres Stichprobenmerkmal bestand in den Angaben zum Familienstand.

Zu Beginn der Gesamtstudie und damit wenige Monate vor der Geburt waren vier der befragten Frauen ledig. Dagegen waren 45 Frauen verheiratet, während eine Frau von ihrem früheren Partner getrennt lebte. Zwei Frauen waren bereits geschieden. Es gab keine verwitweten Frauen oder Frauen mit „sonstigem Familienstand“.

4.1.2 Die Teilstichproben der Erstmütter und der Mehrfachmütter

Von den an der Untersuchung teilnehmenden 50 Frauen gehörten 29 Frauen zu der Ersteltern-Gruppe und 21 Frauen zu der Gruppe mit mehr als einem Kind.

Die Erstmütter entstammten den Geburtsjahrgängen der Jahre 1956 bis 1975, der Median bezogen auf das Geburtsjahr lag bei 1966.

Die Erstmütter waren also zum Zeitpunkt der Befragung 1996 zwischen 21 und 40 Jahre alt.

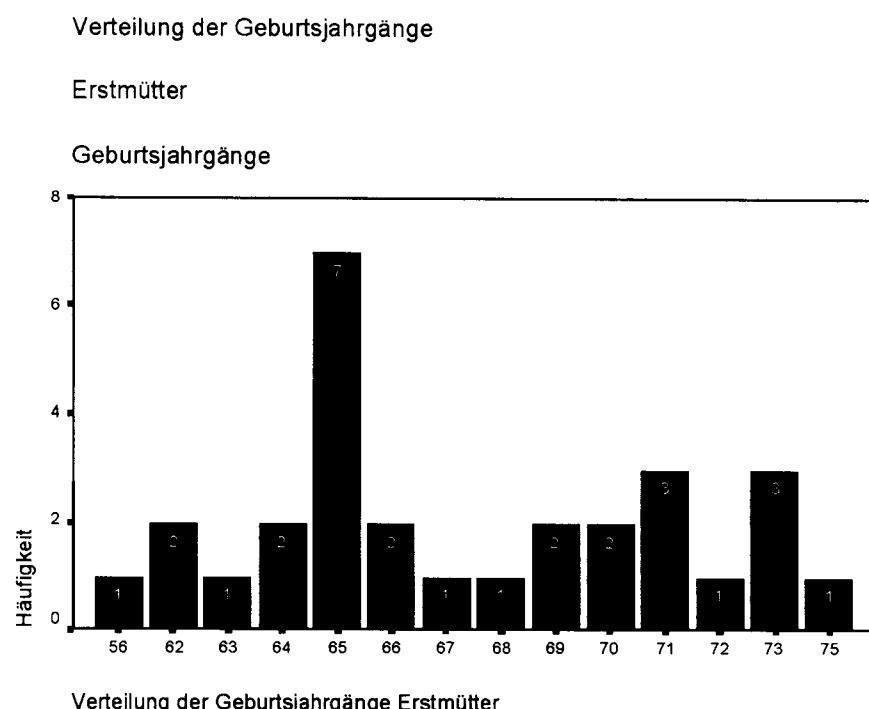


Abbildung 6 Verteilung der Geburtsjahrgänge der Paderborner Erstmütter (N=29)

Die Stichprobe der Mehrfachmütter war im Schnitt etwas älter als die der Erstmütter. Der Median bezogen auf das Geburtsjahr lag für diese Gruppe bei 1965.

Die Verteilung der Geburtsjahrgänge erstreckte sich von 1958 bis 1970, so dass diese Mütter bei der Befragung 1996 zwischen 26 und 38 Jahre alt waren.

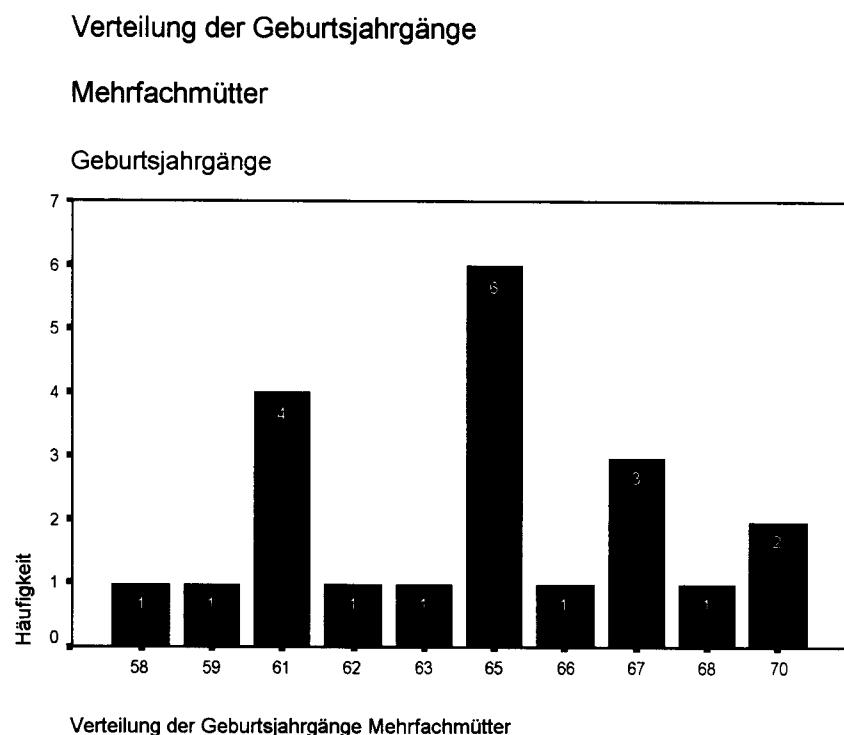


Abbildung 7 Verteilung der Geburtsjahrgänge der Paderborner Mehrfachmütter (N=21)

Hinsichtlich des Bildungsstandes setzte sich die Gruppe der 29 Erstmütter zusammen aus zehn Müttern (34.5 %) mit mittlerer Reife sowie aus neun weiteren Frauen (31 %) mit Abitur oder Fachabitur. Weiterhin hatten drei Frauen (10.3 %) eine Hochschule besucht und weitere sieben Frauen (24.1 %) konnten einen Hochschulabschluß vorweisen.

In der Gruppe der 21 Mehrfachmütter gab es zwei Frauen (9.5 %), die über einen Hauptschulabschluß mit abgeschlossener Berufsausbildung verfügten. Weiterhin nahmen sechs Frauen (28.6 %) an der Untersuchung teil, welche die mittlere Reife erlangt hatten sowie drei Teilnehmerinnen (14.3 %) mit Abitur oder Fachabitur. In dieser Gruppe fanden sich darüber hinaus drei Frauen (14.3 %), die einen Hochschulbesuch nachweisen konnten und sieben Frauen (33.3 %), die über einen Hochschulabschluß verfügten.

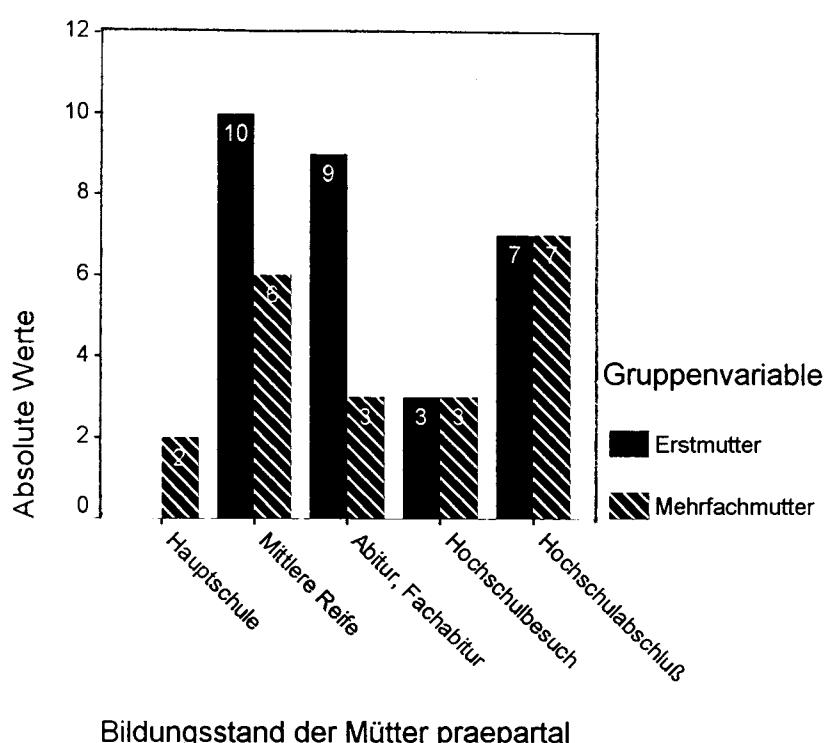


Abbildung 8 Verteilung der Schulbildungsabschlüsse nach Erst- und Mehrfachmüttern getrennt (N=50)

Auf die Frage „In welchem Beschäftigungsverhältnis stehen Sie oder standen Sie zuletzt?“ gaben von 29 befragten Erstmüttern zwei Frauen an, selbständig tätig zu sein. Weiterhin berichteten vier Frauen über eine Tätigkeit als leitende Angestellte. Darüber hinaus gab es drei Frauen, die als nichtleitende Angestellte beschäftigt waren. Eine der Erstmütter war Beamtin des gehobenen/höheren Dienstes, weitere zwei Frauen ordneten sich den sonstigen Beschäftigungsverhältnissen zu und schließlich eine Frau berichtete, dass sie bislang keiner Berufstätigkeit nachgegangen war.

Bei den 21 Mehrfachmüttern fanden sich zwei Frauen (9.5 %), die bislang keiner Berufstätigkeit nachgegangen waren, weiterhin eine Frau (4.8 %), die ihre Tätigkeit unter den sonstigen Beschäftigungsverhältnissen einordnete. Darüber hinaus gab es eine Teilnehmerin mit dem Beschäftigungsprofil der Facharbeiterin. Zwei befragte Mütter waren Beamtinnen im gehobenen oder höheren Dienst sowie 14 Frauen (66.7 %), die ihre Beschäftigung als nichtleitende Angestellte bezeichneten. In der Kategorie der leitenden Angestellten fand sich eine der Mehrfachmütter.

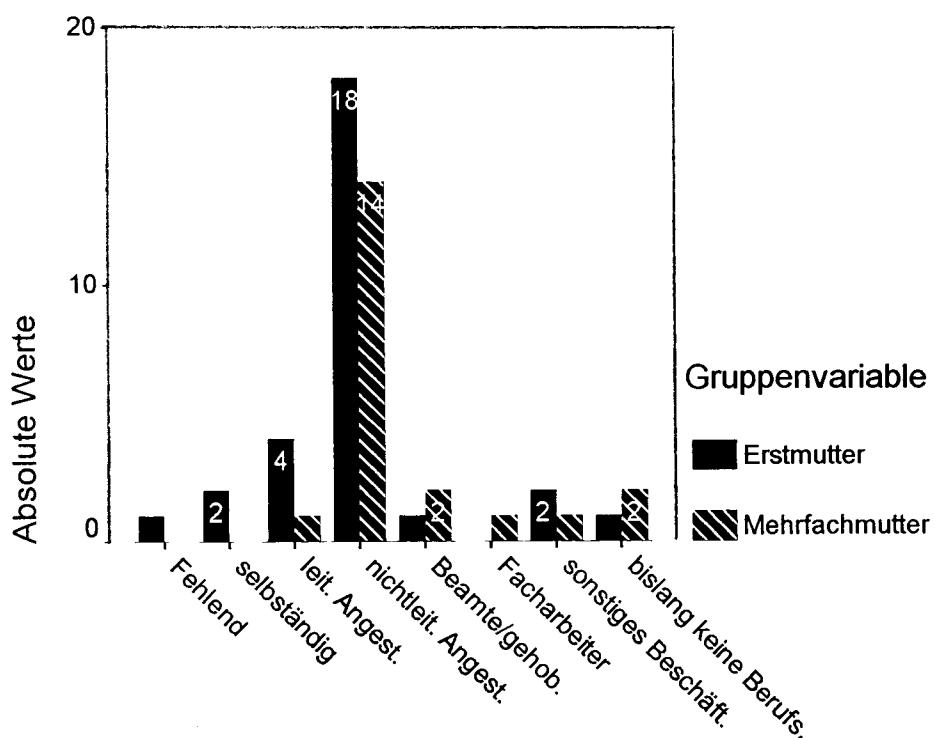


Abbildung 9 Beschäftigungsverhältnisse nach Erst- und Mehrfachmüttern getrennt (N=50)

Das eigene monatliche Netto-Einkommen (nicht das des Partners) zum Zeitpunkt der Projektbefragung wenige Monate vor der Entbindung bewegte sich für ein Viertel der Erstmütter zu Beginn der Schwangerschaft bis zur Grenze von 1500,- DM, für die Hälfte bis zu 2000,- DM, für weitere 25 % geht das Einkommen von 2000,- DM bis zu 3000,- DM.

Dagegen verfügten 42.1 % (n=8) der Mehrfachmütter über keine eigenen Einkünfte. Weitere 21.1 % (N=4) der Frauen verdienten unter 500,- DM. Eine Frau (5.3 %) gab an, monatliche Einkünfte unter 1000,- DM zu haben. Unter 1500,- DM lagen die Einkünfte von drei weiteren Mehrfachmüttern (15.8 %). Lediglich drei Frauen verdienten mehr: zwei Frauen (10.5 %) bekamen unter 2000,- DM und eine weitere gab an, über einen Betrag zwischen 2000,- und 3000,- DM zu verfügen. Die Ergebnisse belegen die unterschiedliche Lebenssituation der Erstmütter und der Mehrfachmütter. Es ist davon auszugehen, dass der Großteil der Mehrfachmütter nicht oder nur teilweise berufstätig war.

Die unterschiedliche Einkommensverteilung gibt die folgende Grafik wieder.

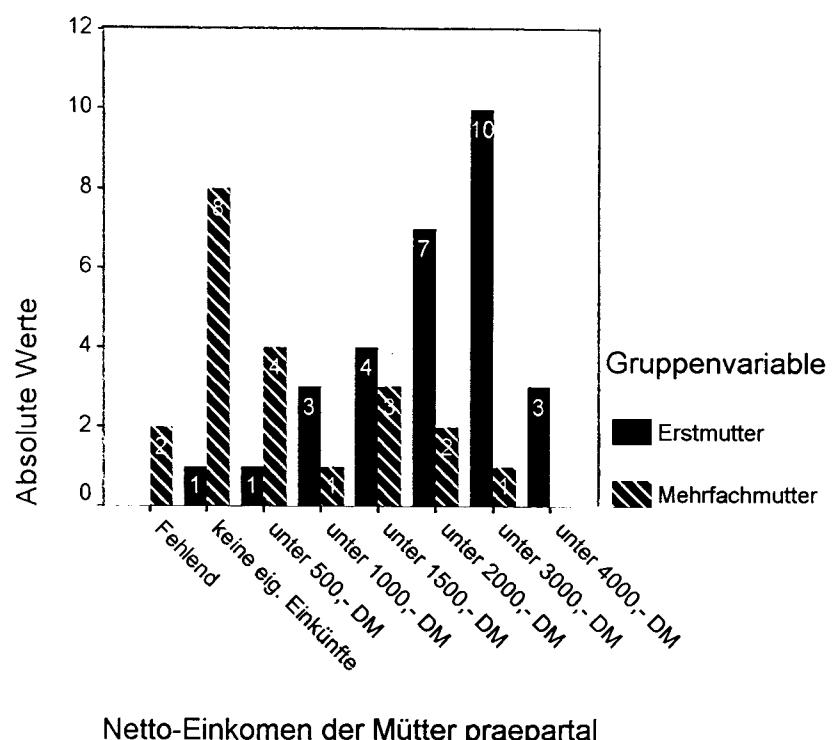


Abbildung 10 Netto-Einkommen nach Erst- und Mehrfachmüttern getrennt (N=50)

Bezogen auf den Familienstand fand sich folgende Verteilung: Vier der 29 Erstmütter waren zu Beginn der Schwangerschaft ledig, 24 Frauen waren verheiratet, eine Frau war von ihrem Partner getrennt, zwei der werdenden Mütter waren geschieden. Die 21 Mehrfachmütter waren alle verheiratet und wiesen keine weiteren Merkmale in Hinsicht auf ihren Familienstand (Scheidung, Trennung etc.) auf.

4.1.3 Die simulierte Ausgangsstichprobe

Da mir keine Daten aus der Zeit vor der Schwangerschaft zur Verfügung standen, habe ich versucht, eine adäquate parallelisierte Stichprobe für die Teilstichprobe der Erstmütter als Ersatz für die fehlende Baseline aufzubauen. Die Beschränkung auf die Teilstichprobe der Erstmütter erfolgte aus ökonomischen Gründen. Der Vollständigkeit halber wird dieses Vorgehen an dieser Stelle mit aufgeführt, obwohl dieses Verfahren und seine Ergebnisse nicht optimal sind.

Das erste Ziel bestand darin, eine Stichprobe von Frauen zusammenzustellen, deren Daten die fehlenden Ausgangsdaten ein halbes Jahr vor der Schwangerschaft der Erstmütter simulieren sollten. Die Parallelisierung erfolgte dementsprechend in Hinsicht auf das Kriterium „Alter“. Es sollten Frauen befragt werden, die zum Zeitpunkt der Befragung im Jahr 2001 genauso alt waren, wie die Erstmütter ein halbes Jahr vor der Schwangerschaft mit dem Zielkind gewesen sind, wenn ich sie zu diesem Zeitpunkt hätte befragen können.

Beispiel: eine der Teilnehmerinnen, Frau xY, geboren Oktober 1960, war zum Zeitpunkt meiner Befragung (Oktober, 1996) genau 36 Jahre alt. Abzüglich der vergangenen acht Monate postpartal plus der pauschalen neun Monate Schwangerschaft sowie weiteren sieben Monaten, wäre sie also sieben Monate vor der Schwangerschaft genau 34 Jahre alt gewesen (baseline-Alter). Da ich sie zu diesem Zeitpunkt nicht befragen konnte, habe ich eine andere kinderlose Frau gesucht, die sich zum späteren Zeitpunkt der Befragung (2001) in einer altersbezogenen ähnlichen biographischen Lage befand und das entsprechende baseline-Alter von 34 Jahren aufwies. Die Anforderungen lauteten somit: Sie sollte idealerweise dem Geburtsjahrgang 1967 entstammen und weiterhin sollte sich der Geburtsmonat um nicht mehr als sechs Monate unterscheiden. Es wurde also eine Frau gesucht, die im Zeitraum April 1967 bis April 1968 geboren war.

Zur Berechnung wurden also der Geburtsmonat und das Geburtsjahr der jeweiligen Erstmutter herangezogen, entsprechend einer Parallelisierung mit Matched Samples (Bortz & Döring, 1995, S. 491).

Bezogen auf das Lebensalter waren die befragten Frauen zwei Jahre jünger als ihre jeweilige Bezugs-Teilnehmerin zum Messzeitpunkt T1 (4 Monate postpartal). Bezogen auf das Geburtsjahr waren die Frauen der simulierten Ausgangsstichprobe um sieben Jahre jünger als die Erstmütter (Die Differenz von sieben Jahren setzt sich zusammen aus den 24 Monaten zuzüglich der Zeitentwicklung im Erhebungszeitraum (1996: Erhebung von T1; 2001: Erhebung von T0).

Das Alter beider Stichproben korreliert wie beabsichtigt hoch mit $\tau = .988$ ($p = .000$). Bezogen auf den Geburtsmonat gab es leichte Abweichungen. Bei 24 Frauen wichen der Geburtsmonat 0 bis maximal 3 Monate von dem der jeweiligen Erstmutter ab, bei einer Frau betrug die Abweichung 6 Monate, es bestand also insgesamt auch hier ein guter Zusammenhang ($= .388$ bei $p = .010$).

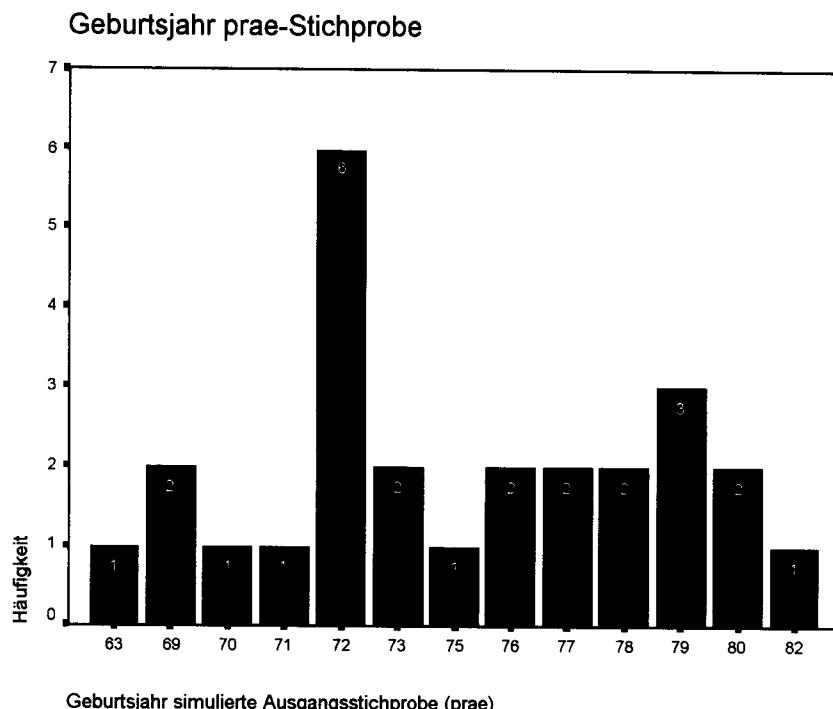


Abbildung 11 Verteilung der Geburtsjahrgänge Frauen ohne Kinder (N=26)

Unter der Annahme, dass das Alter ein angemessenes Kriterium für diese Parallelisierung im Rahmen der erhobenen Befunde darstellte, konnten dann die (künstlich erzeugten) Ausgangswerte mit denen nach der Schwangerschaft und Entbindung verglichen werden. Eine Parallelisierung in Hinsicht auf weitere Merkmale (z.B. Bildungsstand, Einkommen) wäre darüber hinaus idealer gewesen und wurde auch zunächst angestrebt. Die Zusammenstellung einer solchen Stichprobe war mir aufgrund von zeitlichen und ökonomischen Grenzen jedoch nicht möglich. So zeigte sich, dass der Rücklauf der Fragebögen zwar recht gut war, allerdings konnten rund 65 % der Fragebögen nicht ausgewertet werden, da die Frauen nicht über das für das Matching erforderliche Altersprofil verfügten.

Weiterhin ist zu bedenken, dass sich sehr wahrscheinlich auch die Daten der Erstmütter zum Messzeitpunkt 16 Monate praepartal (im Falle einer echten baseline) von den später erhobenen Daten acht Monate postpartal unterschieden hätten. Dieses Phänomen der Veränderungs- und Reifungsprozesse ist in Longitudinalstudien nicht ungewöhnlich. So wäre es möglich, dass der Familienstand, der Bildungsabschluss, das Einkommen oder das Beschäftigungsverhältnis im Zeitraum dieser zwei Jahre (16 Monate praepartal bis 8 Monate bzw. 36 Monate postpartal) auch bei den Erstmüttern verändert waren.

Ich möchte deshalb einschränkend noch einmal darauf verweisen, dass dieser Vergleich eine Konstruktion darstellt. Wenn die Möglichkeit bestanden hätte, die tatsächlichen Werte der befragten Stichprobe zu erheben, hätte ich diesen Weg selbstverständlich bevorzugt. Trotz der verschiedenen Nachteile und Mängel des von mir durchgeführten Verfahrens der Erstellung einer simulierten Baseline soll es hier dokumentiert werden.

Von den befragten Frauen waren 20 Frauen ledig, während sechs Frauen verheiratet waren. Vom früheren Partner getrennt lebten sechs Frauen, es fand sich aber keine geschiedene oder verwitwete Frau in der Stichprobe. 25 der befragten Frauen waren noch niemals schwanger. Im Vergleich zu den Erstmüttern fanden sich in dieser Stichprobe sehr viele ledige Frauen.

Als weitere Merkmal wurde der Bildungsstand der befragten Frauen erhoben: Zwei Untersuchungsteilnehmerinnen (8 %) verfügten über einen Haupt- oder Volksschulabschluss mit abgeschlossener Berufsausbildung, zehn Teilnehmerinnen (40 %) hatten die mittlere Reife. Fünf Frauen (20 %) konnten ein Abitur oder ein Fachabitur vorweisen. Fünf weitere Frauen (20 %) besuchten eine Hochschule und insgesamt drei Frauen (12 %) verfügten darüber hinaus über ein abgeschlossenes Hochschulstudium. Im Vergleich zu der Stichprobe der Erstmütter wies diese Stichprobe einen etwas weniger guten Bildungsstand auf. Der Zusammenhang zwischen den Bildungsabschlüssen der Teilstichproben betrug infolgedessen nur $\tau = .085$ ($p = .623$) und war nicht signifikant. In Hinsicht auf dieses Kriterium konnte die simulierte Ausgangsstichprobe nicht als hinreichend ähnlich betrachtet werden.

Bezogen auf die Beschäftigungsverhältnisse waren ebenfalls Unterschiede zwischen den Erstmüttern und der simulierten Ausgangsstichprobe festzustellen ($\tau = .021$ bei $p = .905$). Dies hing mit der Schwierigkeit zusammen, Untersuchungsteilnehmerinnen zu finden, die sowohl in Hinsicht auf das Alter als auch in Hinsicht auf weitere Kriterien vergleichbar waren. In der Stichprobe der Frauen ohne Kinder befanden sich vergleichsweise viele Schülerinnen und wenige nichtleitende Angestellte.

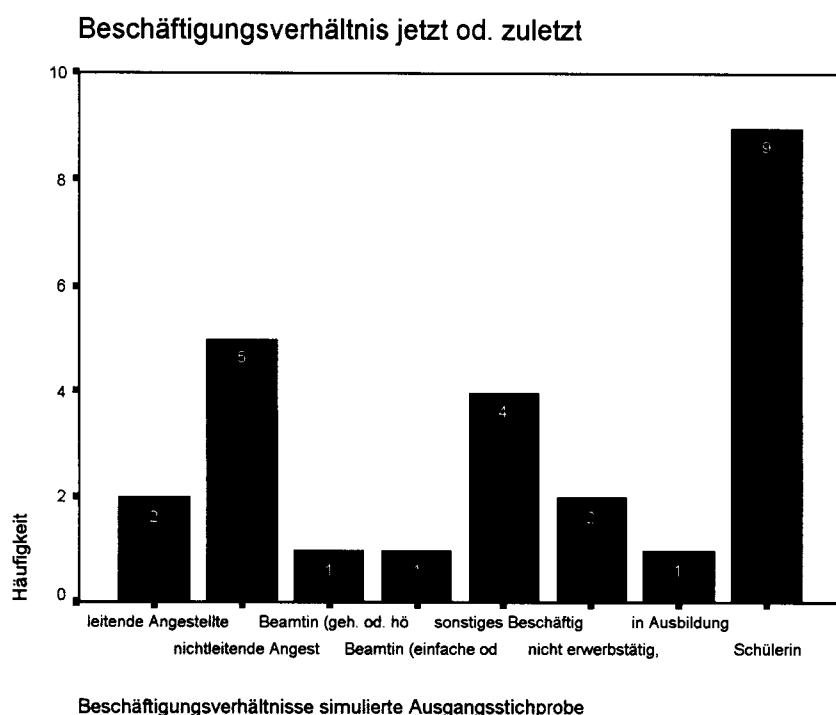


Abbildung 12 Beschäftigungsverhältnisse Frauen ohne Kinder (N=25)

Wie nach der Verteilung der Beschäftigungsverhältnisse zu erwarten war, wies die simulierte Ausgangsstichprobe niedrigere Einkommensverhältnisse auf als die befragten Erstmütter. Das Einkommen der beiden Teilstichproben wies keinen korrelativen Zusammenhang auf ($\tau = .065$ ($p = .688$)). Auch in Hinsicht auf dieses Kriterium ähnelten sich die beiden Teilstichproben nicht.

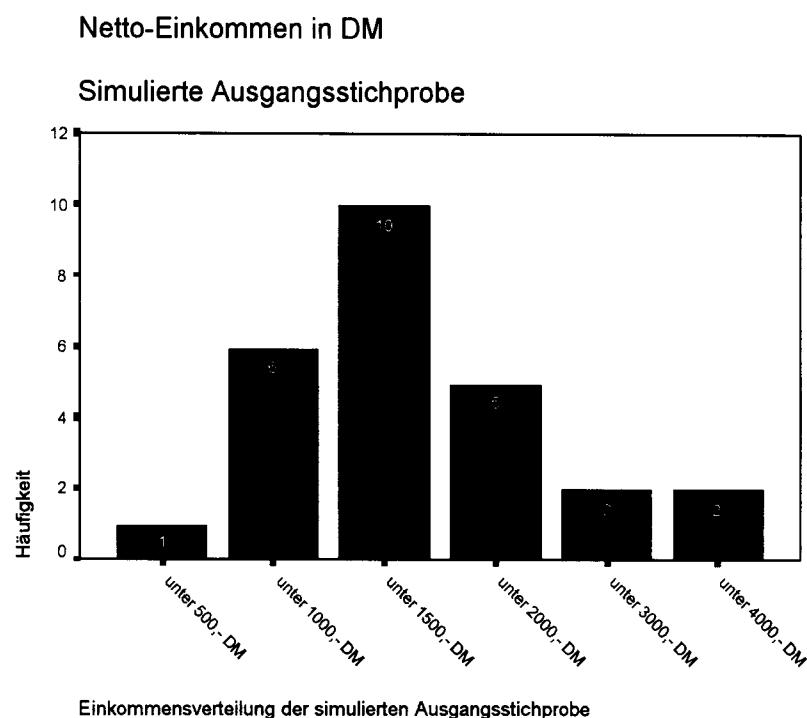


Abbildung 13 Netto-Einkommen Frauen ohne Kinder (N=26)

4.2 Untersuchungsplan

Im folgenden Abschnitt wird der Untersuchungsplan vorgestellt, dazu gehören die verschiedenen Instrumente, die jeweiligen Messzeitpunkte und der damit in die Messung eingehende Zeitraum. Am Ende dieses Abschnitts werden die Informationen noch einmal durch eine Tabelle veranschaulicht.

4.2.1 Erhebungszeitraum und Messzeitpunkte der Untersuchung

Im Rahmen dieser Arbeit wurden verschiedene Erhebungen durchgeführt. Die erste Messung basierte auf einer künstlichen Baseline und umfasste Frauen ohne Kinder, die in Hinsicht auf ihre Altersdaten mit der Stichprobe der Erstmütter parallelisiert wurden. Der erste Messzeitpunkt liegt somit 16 Monate vor der Entbindung der jeweiligen Erstmütter (T0). Die Erhebung dieser Daten erfolgte im November 2001 bis Januar 2002 unter der Annahme, dass das Kriterium „Alter“ ein für die Parallelisierung der Stichproben geeignetes Kriterium darstellt.

Für die eigentliche Stichprobe der Mütter wurden Daten für den Zeitraum von der Geburt bis vier Monate nach der Entbindung gemeinsam retrospektiv mit den Daten für den Zeitraum fünfter bis achter Monat postpartal erhoben. Im folgenden werden die Ergebnisse der T1 und T2 Messung auch abgekürzt als „Messung 4pp“ bzw. als „Messung 8pp“ bezeichnet. Gleichzeitig mit der Erhebung der Fragebögen-Daten wurde zum Messzeitpunkt acht Monate postpartal ein Intensiv-Interview durchgeführt, das sich ebenfalls auf den vergangenen Zeitraum von acht Monaten nach der Entbindung bezog.

Die letzte Messung erfolgte drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes mit einem Fragebogen. Sie erfasste die Einschätzungen der Mütter rückwirkend für den Zeitraum 32 bis 36 Monate postpartum. Die Mütter berichteten hier über ihre derzeitige Befindlichkeit sowie über ihre Gefühle und Erfahrungen in der Zeit bis zum jeweiligen Untersuchungszeitpunkt.

Die Messzeiträume betragen für alle Messungen jeweils rückwirkend vier Monate.

Bei der späteren Auswertung der so gewonnenen Daten ist entsprechend zu bedenken, dass insbesondere die Ergebnisse für den ersten Messzeitraum (T1: Geburt bis vier Monate postpartal) durch retrospektive Verzerrungen beeinflusst sein könnten. Es ist nicht auszuschließen, dass aus dem Blickwinkel der „Gewöhnungsphase“, in der sich die Mütter zum Zeitpunkt der Befragung befanden, die Ereignisse und die Empfindungen anders beurteilt wurden, als wenn sie direkt im Anschluß an den ersten Messzeitraum von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal befragt worden wären.

Dem Argument der Verzerrung kann auf der anderen Seite entgegengehalten werden, dass die so gewonnenen retrospektiven Daten möglicherweise sogar valider sind: Die Mütter befanden sich nach dem hypothetischen Verlaufsmodell von Gloer-Tippelt (1988) zum Zeitpunkt der tatsächlichen Befragung (T2: 8pp) in der nun emotional stabileren Phase der Gewöhnung. Sie haben damit bereits erfolgreich einen Großteil der Belastungen und der Aufgaben des Übergangs zur Elternschaft bewältigt. Aus dieser Sicherheit heraus war es den Müttern vielleicht eher möglich, die frühere Unsicherheit und die früheren Ängste zuzugeben, als zum Zeitpunkt, als diese

Empfindungen noch akut waren. Ich halte diese Überlegungen aufgrund des existierenden Erwartungsdrucks, nach der Entbindung eine „glückliche Mutter mit einem glücklichen Baby sein zu wollen“, für durchaus realistisch.

Die Messzeitpunkte unter Einbeziehung des Phasenmodells nach Gloger-Tippelt (1988)

Die Messzeitpunkte werden im folgenden in Anlehnung an Gloger-Tippelt (1988) entsprechend ihrer Phasenzugehörigkeit aufgeführt. Die folgende Zuordnung gilt einschränkend nur für Erstmütter, da das Modell keine Aussagen über Mehrfachmütter macht:

1. T0: Dieser Messzeitpunkt der simulierten Ausgangsstichprobe wird nicht durch das Modell erfasst, da er vor dem Beginn der Schwangerschaft lag.
2. T1: Der Messzeitraum von der Geburt bis vier Monate nach der Entbindung berücksichtigt die „Geburtsphase“, die „Phase der Überwältigung und Erschöpfung“ (vier bis achten Wochen nach der Entbindung) sowie die sich anschließende „Phase der Herausforderung und Umstellung“ (ca. 2 - 6 Monat). Diese Daten wurden retrospektiv gleichzeitig mit den T2-Daten acht Monate postpartal erhoben.
3. T2: Der Messzeitraum (5 bis 8 Monate postpartal), der ebenfalls acht Monate postpartal erhoben wurde, begann ebenfalls in der „Phase der Herausforderung und Umstellung“ (2 bis 6 Monat postpartal) und ging über in die beginnende „Gewöhnungsphase“ (6. - 12. Monat). Zum Zeitpunkt der Erhebung befanden sich die (Erst-)Mütter laut Modell in der „Gewöhnungsphase“, die gekennzeichnet ist durch eine „hohe Bekanntheit der Informationen“, durch „relative Sicherheit der Bewertung (psychisches und körperliches Wohlgefühl)“, durch ein „stabiles Selbstbild“ und durch „hohes Selbstvertrauen und hohe Kontrollüberzeugung als Eltern“ (Gloger-Tippelt, 1988, S. 114). Im Vergleich zu dem vorhergehenden Messzeitraum von der Geburt bis zu vier Monaten postpartal sollten die erwähnten Merkmalsbereiche der psychischen Verarbeitung im Zeitraum fünfter bis achter Monat positiver ausfallen.
4. T3: Der letzte Messzeitpunkt 36 Monate nach der Entbindung kann keiner Phase des Modells zugeordnet werden, da das Modell keine Angaben über den 12. Monat hinaus macht.

4.2.2 Der Untersuchungsplan in Anlehnung an das Modell von Gloger-Tippelt

In der nachfolgenden Tabelle werden die zuvor erläuterten Informationen zum besseren Verständnis in kurzer Form zusammengefaßt. Berücksichtigt werden erstens der Zeitablauf prae- und postpartum sowie zweitens für die Erstmütter der Phasenverlauf des Übergangs zur Elternschaft nach Gloger-Tippelt (1988). Ferner werden drittens die in dieser Untersuchung verwendeten Instrumente und damit gewonnenen Daten aufgeführt. Und schließlich wird viertens der Zeitraum, auf den sich die jeweilige Erhebung bezieht, benannt.

Diese Darstellung ermöglicht anhand der Zeitleiste auf der linken Seite eine einfache Übersicht über die Messzeitpunkte. Die jeweils verwendeten Instrumente sind im zeitlichen Kontext aufgeführt und zwar zum einen in Hinsicht auf den Erhebungszeitpunkt und zum anderen im Hinblick auf den Erhebungszeitraum.

Die folgenden Instrumente wurden zur Datenerhebung verwendet:

1. das Intensivinterview zum Körper-Erleben und zur Lebensqualität,
2. die FemBeschwerden-Liste nach der Schwangerschaft (postpartum),
3. die FemBeschwerden-Liste für Frauen ohne Kinder (simulierte Ausgangsstichprobe)
4. die Rating-Skalen zum Attraktivitätserleben, zum seelischen und körperlichen Wohlbefinden und zur Zufriedenheit mit dem Gewicht.

Die Entwicklung und die Inhalte der einzelnen Erhebungsinstrumente werden in einem gesonderten Kapitel, das sich anschließt, dargestellt.

Prae- und postpartaler Zeitverlauf Phasenverlauf nach Gloger-Tippelt (1988)		Eingesetzte Instrumente, Messzeitpunkte und retrospektiv erhobene Messzeiträume	
20 - 16 Monate praepartum	simuliert		<ul style="list-style-type: none"> ▪ FemBeschwerden-Liste mit ▪ Ratings zu Attraktivität, seelischem Wohlbefinden, körperlichem Wohlbefinden, Zufriedenheit mit dem Gewicht (simulierte Stichprobe Frauen ohne Kinder)
9 Monate praepartum 4 SSW	Verunsicherungsphase		
8 Monate praepartum 8 SSW.			
7 Monate praepartum 12 SSW.	Anpassungsphase		
6 Monate praepartum 16 SSW.			
5 Monate praepartum 20 SSW.	Konkretisierungsphase		
4 Monate praepartum 24 SSW.			
3 Monate praepartum 28 SSW.			
2 Monate praepartum 32 SSW.	Antizipations- u. Vorbereitungsphase		
1 Monat praepartum 36 SSW.			
Entbindung 40 SSW.	Geburtsphase		<ul style="list-style-type: none"> ▪ FemBeschwerden-Liste (Beschwerden bis zu vier Monaten postpartal) mit ▪ Ratings zu Attraktivität, seelischem Wohlbefinden, körperlichem Wohlbefinden, Zufriedenheit mit dem Gewicht ▪ Interview (Körper-Erleben im Zeitraum bis zu vier Monaten postpartal) (erhoben als retrospektive Messung zum Zeitpunkt acht Monate postpartal)
1 Monat postpartum	Phase der Überwältigung- Erschöpfung		
2 Monat postpartum			
3 Monat postpartum	Phase der Herausforderung u. Umstellung		<ul style="list-style-type: none"> ▪ FemBeschwerden-Liste (Beschwerden fünf bis acht Monate pp) mit ▪ Ratings zu Attraktivität, seelischem Wohlbefinden, körperlichem Wohlbefinden, Zufriedenheit mit dem Gewicht ▪ Interview (Körper-Erleben im Zeitraum fünf bis acht Monate pp) (erhoben als retrospektive Messung zum Zeitpunkt acht Monate postpartal)
4 Monat postpartum			
5 Monat postpartum			
6 Monat postpartum			
7 Monat postpartum			
8 Monat postpartum			
32. – 36. Monat postpartum			<ul style="list-style-type: none"> ▪ FemBeschwerden-Liste (Beschwerden 32 – 36 Monat postpartal) mit ▪ Ratings zu Attraktivität, seelischem Wohlbefinden, körperlichem Wohlbefinden, Zufriedenheit mit dem Gewicht <p>(erhoben als retrospektive Messung drei Jahre postpartal)</p>

Tabelle 1 Untersuchungsplan unter Zugrundelegung des Modells von Gloger-Tippelt (1988)

Die Messzeitpunkte wurden aufgrund verschiedener Überlegungen gewählt. Das Modell von Gloger-Tippelt beschreibt eine Abnahme der Belastung und eine Anpassung an die Erfordernisse der Erst-Elternschaft für die Zeit nach der Entbindung. Da das Modell einen theoretischen zeitlichen Rahmen bietet, in dem die Anpassungsleistungen der Erstmütter stattfinden, bezogen sich die Messungen auf die benannten Phasen. Aus wirtschaftlichen Gründen und auch, um die Teilnehmerinnen nicht über Gebühr zu beanspruchen, wurden die Messungen bei den Müttern zu zwei Messzeitpunkten postpartal erhoben. Zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartal wurden Daten retrospektiv erstens für den Zeitraum von der Geburt bis zu vier Monaten postpartal und zweitens für den Zeitraum 5. Monat bis 8. Monat postpartal erhoben. Zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartal wurden die Einschätzungen der Mütter für die vorausgegangenen vier Monate abgefragt.

Die Messzeitpunkte orientieren sich an den Phasen des Modells. Die genannten Phasen weisen keine starren Grenzen auf, sondern können individuell in ihren zeitlichen Grenzen variieren. Die Erhebung zum Zeitpunkt 8 Monate postpartal erfolgt bezogen auf das Modell des Übergangs zur Elternschaft tendenziell in der Mitte der Gewöhnungsphase. Auch bei individuellen Verläufen wird davon ausgegangen, dass sich bei Gültigkeit des Modells der Großteil der Erstmütter nun in dieser Phase befand.

Ein weiteres Argument für die Wahl der Messzeitpunkte liegt in der Berücksichtigung der Stillphase: Diese Phase betrifft eine an die Entbindung gekoppelte körperliche Fähigkeit, deren Einbeziehung unter den Aspekten des Körper-Erlebens und der psychischen Befindlichkeit interessant scheint.

Eine weitere Begründung betrifft die Vergleichbarkeit der Daten: in Längsschnittstudien verändern sich die Teilnehmer und deren Lebenssituationen. Um möglichst vergleichbare Daten zu erhalten und durch erneute Schwangerschaften möglichst keine zusätzlichen Einflüsse zu erhalten, sollte der Abstand zwischen den Messungen nicht zu lang sein.

Darüber hinaus spielen auch ökonomische Aspekte eine Rolle sowie die Berücksichtigung der Belastung der Teilnehmerinnen durch unnötig umfangreiche oder häufige Testungen.

4.3 Untersuchungsablauf

4.3.1 Kontaktaufnahme

Die Mütter der Paderborner Teilstichprobe der LBS-Studie wurden angeschrieben und nach einer kurzen Darstellung des Themas gebeten, an diesem Teil der Untersuchung teilzunehmen. Ihnen wurde geschrieben, dass ich bald telefonisch mit ihnen Kontakt aufnehmen und dann einen Gesprächstermin vereinbaren würde, wenn sie Bereitschaft zeigen, an diesem Teil der Untersuchung teilzunehmen. In der Regel erfolgte dann fernmündlich eine Terminvereinbarung. Bis auf zwei Mütter nahmen alle Mütter aus der Paderborner Stichprobe der Familienstudie an meiner Befragung teil. Dies stellt meines Erachtens eine recht hohe Bereitschaft dar, verglichen mit anderen Studien, in denen hohe Abbruchquoten zu verzeichnen sind.

In der kinderlosen Stichprobe finden sich diejenigen Teilnehmerinnen, die über Schulen, eine Frauenarztpraxis und private Netzwerke gewonnen wurden. Mit Hilfe eines kurzen Anschreibens wurden die Ziele und die Bearbeitungsweise der Fragebögen erläutert. Die ausgefüllten Fragebögen wurden anonym abgegeben oder per Post zugesendet.

4.3.2 Beschreibung der Erhebungssituation

Im weiteren wird die Erhebungssituation beschrieben. Die Darstellung entspricht dem Vorgehen von Mayring (1993) zur Auswertung von qualitativen Daten.

Die Gespräche fanden mit einer Ausnahme im privaten Rahmen bei den Müttern zuhause statt. Soweit nicht anders vermerkt, fanden die Gespräche am Tage statt. Das bedeutet in der Regel auch die Anwesenheit zumindest des jüngsten Kindes. Daher traten manchmal während des Interviews Unterbrechungen zum Beispiel durch ein unruhiges Kind oder durch Besuch auf. Die Interviewdauer betrug zwischen ca. 60 und 180 Minuten.

Im Anschluß an das Interview wurde die Gesprächspartnerin gebeten, zwei Fragebögen auszufüllen. Dies war erstens die FemBeschwerdeliste, die sich auf das Erleben in den ersten vier Monaten nach der Geburt bezog und zweitens die FemBeschwerdeliste, die das Erleben im Zeitraum fünf Monate nach der Geburt bis zum Interviewtermin erfaßte. In der Regel füllten die Mütter die Bögen sofort aus, in Ausnahmefällen schickten sie die ausgefüllten Fragebögen per Post zu. Dieses Vorgehen wurde manchmal notwendig, da die Kinder im Laufe des Interviews unruhig geworden waren oder auch, weil die Mütter das ältere Kind aus dem Kindergarten abholen mußten und so keine Zeit im Anschluß an das Gespräch blieb.

Die Untersuchungsteilnehmerinnen ohne Kinder haben ihre Fragebögen vermutlich bei Erhalt der Bögen in der Schule, in der Arztpraxis oder zuhause ausgefüllt. Nähere Angaben darüber liegen nicht vor.

4.4 Untersuchungsinstrumente

Im folgenden werden die Grundlagen und die Entwicklung der verwendeten Messinstrumente dargelegt. Es handelt sich um Interviewleitfäden für Erst- und Mehrfachmütter sowie um die FemBeschwerdelisten.

Die Verfügbarkeit von schon vorhandenen Instrumenten war zum Zeitpunkt der Untersuchungsplanung nur sehr begrenzt. Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) von Deusinger wurden 1998, der Fragebogen zum Körperbild (FKB-20) von Clement und Löwe wurde 1996 veröffentlicht. Der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FbeK) von Strauß und Appelt ist 1983 und 1996 in der Originalfassung und Revision erschienen und seit 1996 in der Anwendung.

Um die besondere Situation des Übergangs zur Elternschaft beziehungsweise des Übergangs zur Mutterschaft abzubilden, erschien die Eigenkonstruktion der Erhebungsinstrumente notwendig: Die differenzierte Erfassung der Einschätzungen der an der Untersuchung beteiligten Mütter sollte mit Hilfe eines Interviews und mit Hilfe von Fragebögen erfolgen. Dabei sollten gerade geschlechtsspezifische Beschwerden und Erfahrungen berücksichtigt werden.

Die Einbeziehung eines Interviews folgt auch der Argumentation anderer Autoren (vgl. du Bois 1990, S. 63). Die Selbstwahrnehmung und Selbstbeschreibung der Probandinnen lassen sich eher angemessen durch offene Fragen erfassen. So konnte auf spezifisches Körper-Erleben im Zeitraum Übergang zur Elternschaft gezielt eingegangen werden (z.B. Stillerfahrungen).

Die nachstehenden Ausführungen erläutern die Konzeption der Erhebungsinstrumente.

4.4.1 Das Interview

Im folgenden werden die Grundannahmen, die zur Erstellung der Interviewleitfäden geführt haben, dargestellt. Hierzu gehören zum einen theoretische Inhalte und zum anderen weitere relevante Aspekte aus Sicht der Betroffenen, die aus den Vorinterviews in der Planungsphase der Untersuchung stammen.

4.4.1.1 Vorüberlegungen

Welche Instrumente sind geeignet und dem Inhalt angemessen? Es sind verschiedene Aspekte von Bedeutung:

Zunächst sind die Intimität und die Sensibilität der Fragestellung zu berücksichtigen. Ausgehend von der Annahme, dass Interviews angemessene Erhebungsverfahren in besonders sensiblen Bereichen darstellen (Faltermaier 1996), ist die Verwendung von Interviews zu befürworten. In der Face-to-Face-Situation ist eine persönlichere Atmosphäre aufzubauen. Dies zeigte sich beispielsweise in der späteren Erhebungsphase unter anderem darin, dass es für die Mütter von Interesse war, dass ich ebenfalls Mutter eines Kleinkindes war.

Ebenfalls ein Vorteil von Interviewstudien liegt in der Möglichkeit, bei Unklarheiten direkt nachzufragen. Schriftliche Verfahren haben zwar den Vorteil der Vergleichbarkeit. Sie setzen aber auch die Fähigkeit voraus, die Fragen aufmerksam zu lesen sowie den Sinngehalt richtig zu interpretieren. Bezogen auf die

Versuchspersonengruppe von jungen Müttern kann für einige Probandinnen eine verminderte Konzentrationsfähigkeit aufgrund von Schlafmangel und Ablenkung durch das anwesende Kind angenommen werden.

4.4.1.2 Fragestellung des Interviews

Den Leitfäden zugrunde lag die Fragestellung, welchen Einfluß der Übergang zur Elternschaft auf das Körper-Erleben der Mütter hat in Hinsicht auf die subjektive Einschätzung ihrer

- Gesundheit, im Sinne von körperlichen oder psychischen Beschwerden
- Attraktivität
- Sexualität
- Selbstwertgefühl und Akzeptanz
- Empfindungen in Bezug auf die eigene weibliche Identität (Scham, Stolz)
- Kompetenzerleben/ Funktionalitätserleben
- Copingstrategien
- Lebensqualität.

Von Interesse waren dabei die psychischen Reaktionen auf und die Verarbeitungsweisen von den enormen körperlichen Veränderungen in den Phasen Schwangerschaft, Entbindung und nachgeburtliche Zeit. Die übergeordnete Fragestellung lautet demnach: Welche psychische Relevanz haben die in der Zeit des Übergangs zur Elternschaft (besser Mutterschaft) erfahrenen körperlichen Veränderungen für die Mütter? Von Bedeutung waren insbesondere die in der postpartalen Phase wahrgenommenen subjektiven gesundheits- und körperbezogenen Kognitionen und Emotionen sowie die Bewältigung der auftretenden Veränderungen.

Die in den Interviews thematisierten Aspekte finden sich in ähnlicher Form auch in anderen standardisierten Instrumenten. Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (Deusinger, 1998) enthalten folgende neun Skalen: die Skalen „Gesundheit, körperliches Befinden“, „Pflege des Körpers“, „Körperliche Effizienz“, „Körperkontakt“, „Sexualität“, „Selbstakzeptanz des Körpers“, „Akzeptanz des Körpers durch andere“, „Aspekte der äußeren Erscheinung“ und „Dissimilatorische Körperprozesse“. Der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) ermittelt in Form von 52 Items die subjektive Beurteilung in Hinsicht auf die Bereiche „Körperliche Attraktivität und Selbstvertrauen“, „Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes“, „Unsicherheiten und Besorgnis im Zusammenhang mit dem Äußeren“ sowie „Körperliche Reaktionen und körperlich-sexuelles Missemmpfinden“. Mit nur 20 Items erfaßt dagegen der Fragebogen zum Körperbild (FKB-20) von Clement und Löwe (1996) die subjektiven Einschätzungen. Die beiden Skalen „Ablehnende Körperbewertung“ und „Vitale Körperfunktionen“ bilden die Stimmigkeit und das Wohlbefinden in Hinsicht auf den eigenen Körper sowie die auf Bewegung abzielenden Aspekte ab.

In ähnlicher Weise erfassen verschiedene Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität die Befindlichkeit und die subjektive Beurteilung der eigenen Situation:

Der Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) von Bullinger und Kirchberger wird seit 1998 angewendet und erfaßt acht Dimensionen, wie „Körperliche Funktionsfähigkeit“, „Körperliche Rollenfunktion“, „Körperliche Schmerzen“, „Allgemeine Gesundheits-wahrnehmung“, „Vitalität“, „Soziale Funktionsfähigkeit“, „Emotionale Rollenfunktion“ und „Psychisches Wohlbefinden“. Die Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SEL) von Averbeck et.al. (in Anwendung seit 1997) erheben über sieben Skalen die Einschätzungen zur Lebensqualität, die konzipiert wird über die Dimensionen „Inhalt“, „zeitlicher Bezugsrahmen“ und „Subjektiver Relevanzgrad“. Die dazu gehörigen Skalen des SEL sind: „Objektive körperliche Beschwerden“, „Subjektive körperliche Verfassung“, „Objektives soziales Umfeld“, „Stimmung“, „Grundstimmung“ und „Lebensorientierung“. Einzig die von der WHO entwickelten Instrumente zur internationalen Erfassung der Lebensqualität (WHOQOL-100) berücksichtigen ausser den fünf Dimensionen „Physisches Wohlbefinden“, „Psychisches Wohlbefinden“, „Unabhängigkeit“, „Soziale Beziehungen“ und „Umwelt“, auch die Dimension der „Religion/Spiritualität“.

4.4.1.3 Entstehung und Konzeption des Interview-Leitfadens

Es wurden diverse Interviewkonzepte in der Literatur beschrieben. Bei der Sichtung und Erstellung der Interviewleitfäden sollte dem Gesichtspunkt der Intimität des Themas Rechnung getragen werden. Somit empfahl es sich auch auf dem Hintergrund fehlender geeigneter standardisierter Verfahren einen Interviewleitfaden zu erstellen. In Ergänzung zu den Fragebögen sollten die Interviews die Frauen nach ihren subjektiven Einschätzungen befragen. Da die Erhebung der psychischen und körperlichen Befindlichkeit im Zeitraum nach der Entbindung ebenso wie die Erfassung der Einschätzungen der Mütter hinsichtlich ihrer Attraktivität beabsichtigt waren, schien die Anwendung eines halbstandardisierten problemzentrierten Interviews angebracht zu sein.

Die Kennzeichen des so entwickelten Interviewleitfadens sowie die Charakteristika der Interviewsituation werden im folgenden dargestellt.

4.4.1.3.1 Form des Interviews und des Leitfadens

In der Literatur werden diverse Interviewformen dargestellt (vgl. Lamnek (1995/2); Mayring (1999); Hopf (2000)). Die von mir verwendeten Interviewleitfäden lehnen sich in ihrer Systematik an der eines problemzentrierten-fokussierten Interviews an (Lamnek, 1995/2).

Die Kennzeichen des fokussierten Interviews sind :

- es ist eher den quantitativen Verfahren zuzuordnen als andere qualitative Verfahren, wie beispielsweise das narrative Interview
- es kann sowohl zur Hypothesengenerierung dienen, als auch zur Überprüfung von Hypothesen
- die Erhebung stützt sich auf eine reale Situation, die die zu Interviewenden erlebt haben und über die die Befragten Auskunft geben
- der Leitfaden nimmt Bezug auf diese Situation
- der Leitfaden wird aber häufig verlassen, um sehr spezifische und grundlegende Aussagen zu erhalten.
(Lamnek 1995/2, S. 80)

Mit Hilfe des Interviews wird beabsichtigt, „*die subjektiven Erfahrungen der befragten Personen in der früher erlebten und vom Forscher aufgrund der Beobachtung analysierten Situation zu erfassen*“ (Lamnek 1995/2, S.79). Angestrebgt wird demnach die Hypothesenprüfung in der Alltagswelt: Entsprechen die Reaktionen der Betroffenen den Hypothesen? Die zu Interviewenden haben in ihrem Alltag eine spezifische Situation erlebt, die nicht experimentellen Variationen unterlag, sondern in der natürlichen Alltagswelt der Probanden stattfand:

„*The persons interviewed are known to be involved in a particular situation: they have seen a film, heard a radio programm (or) read a pamphlet.*“ (Merton & Kendall 1956, S. 3)

Die Umsetzung erfolgte folgendermaßen (s. dazu auch Hermann (2000)): Für die Interviews wurde ein halbstandardisiertes Vorgehen, das die Verwendung eines Leitfadens mit vorformulierten Fragen beinhaltet, vorgesehen. In der face-to-face-Situation sollten hauptsächlich offene aber auch wenige geschlossene Fragen gestellt werden. Ein neutraler bis weicher Interviewstil sollte die Möglichkeit für die Befragten schaffen, die für sie relevanten Aspekte zu benennen. Im Unterschied zu rein quantitativen Interviews wurde das Prinzip der Offenheit angestrebt. Daher wurden auch nicht erwartete Informationen im Rahmen der Datenerhebung angeregt. Weiterhin verfolgten die Interviews das Prinzip der Explikation: die Gesprächspartnerinnen sollten aufgefordert werden, ihre Aussagen weiter auszuführen.

In der Durchführung des fokussierten Interviews sind die Prinzipien der „*Nicht-Beeinflussung des zu Befragenden*“, der „*Spezifizierung und Präzisierung der Aussagen*“ und der „*Tiefgründigkeit*“ entsprechend dem „*Prinzip der Explikation*“ als Gesprächs-Richtlinien von mir als Interviewende berücksichtigt worden (Lamnek (1995/2), S. 80; Merton & Kendall (1984), S.186, 197).

Mit der „*Nicht-Beeinflussung des zu Befragenden*“ wird dem Ziel Rechnung getragen, dass die zu interviewende Person, die für sie relevanten Aspekte benennt und nicht die möglicherweise für den Forscher relevanten. Mit der „*Spezifizierung und Präzisierung*“ von Aussagen sowie mit der „*Tiefgründigkeit*“ verbunden ist die Absicht, die zu Befragenden zu ermuntern, ihre Aussagen weiter auszuführen und zu erläutern und somit eine weitgehende Aussage über sich und das eigene Erleben anzuregen.

Die Leitfäden sind für Erstmütter und Mehrfachmütter vergleichbar konstruiert worden. Allerdings mit dem Unterschied, dass der Leitfaden für Mehrfachmütter zusätzlich biographisch länger zurückreichende Erfahrungen nach der zweiten beziehungsweise dritten Geburt abfragt.

Den Leitfäden zufolge handelt es sich um halbstrukturierte Interviews. Dementsprechend liegt zwar ein fester Fragenkatalog den Interviews zugrunde, die Leitfäden sind aber so konzipiert, dass einzelne Fragen oder Fragenblöcke zeitlich flexibel in der Gesprächssituation gestellt werden können. Als Interviewerin kann ich demnach von der Reihenfolge abweichen. Dies hat den Vorteil, dass zwar alle Fragen bezogen auf die Formulierung gleich gestellt werden, also auch die Vergleichbarkeit der Daten gesichert ist, dass aber das Gespräch relativ natürlich verlaufen kann.

Weiterhin handelt es sich um offene Interviews. Wenn Antwortvorgaben genannt werden, so sind dies lediglich im Leitfaden festgelegte Formulierungen, die als beispielhafte Antwortrichtungen konzipiert sind und der Erhöhung des Verständnisses der Frage dienen.

Es finden sich unterschiedliche Fragentypen (vgl. Lohaus (1983)) in den Interviewleitfäden: Einen Großteil machen die hypothesenungerichteten Fragen aus, die es der Befragten erlauben, ihre Gedanken und Überlegungen zu der Frage direkt auszudrücken.

Weiterhin lassen sich hypothesengerichtete Fragen unterscheiden. Diese übernehmen die Funktion von Aktualisierungshilfen. Aspekte können so von der Befragten aufgegriffen werden, müssen es aber nicht. (Beispiel: Hilfe-Fragen in den Interviewleitfäden).

Eine auf den ersten Blick vielleicht ungeeignete Frageform sind die sogenannten Störfragen. Ihr Nutzen besteht in der Irritation der Interviewten und der Aufforderung, die von ihr geäußerte Ansicht weiter zu präzisieren. Die Interviewerin bringt in einem solchen Fall gezielt andere Ansichten ein oder hinterfragt die von der Befragten gemachten Äußerungen. Bedingung hierbei ist selbstverständlich, dass diese Fragetechnik nur wohlwollend und nicht beurteilend eingesetzt wird, entsprechend dem Ziel, die Ansicht der Befragten zu erhalten.

Die Befragungen sollten in einem natürlichen Setting erfolgen, in der Regel zuhause. Es war anzustreben, eine Atmosphäre und Gesprächssituation zu schaffen, die anregend, freundlich und kollegial war.

Jedes Gespräch wurde nach Einwilligung der Befragten auf Toncassetten aufgezeichnet. Die Cassetten wurden anschließend mit codierten Versuchspersonen-Kennziffern, dem Datum und im Falle von mehreren Aufnahmen mit Numerierungen versehen.

4.4.1.3.2 Die Inhalte des Interviewleitfadens

Die in den Leitfäden thematisierten Inhalte entstammten zum einen Darstellungen, die der Literatur entnommen wurden, zum anderen gingen sie auch aus zuvor unsystematisch durchgeführten Vorinterviews und beruflichen Erfahrungen hervor. Es ist noch anzumerken, dass diese Informationen sowohl in den Interviewleitfaden als auch in die FemBeschwerden-Liste einflossen. Entsprechend gibt es inhaltliche Überschneidungen zwischen den Themen der Interviewleitfäden und denen der Fragebögen (z.B. werden in den Fragebögen konkrete Beschwerden erfragt, in den Interviewleitfären werden die erfahrenen Beschwerden in allgemeinerer Form thematisiert).

In der Untersuchung von Christa Schulze et.al (1995) wurden verschiedene Fragebögen und Skalen verwendet, die den Befindlichkeits-Verlauf während zweier Zykluslängen abbilden sollen. Als zentrales Erhebungsinstrument nutzten sie ein standardisiertes Tagebuch, das zur Erfassung des Verlaufs des positiven und negativen körperlichen und psychischen Befindens dienen sollte.

„Das Tagebuch enthält Skalen mit 4 Fragen zum „Körperlichen Wohlergehen“ (KBF) wie frisch, kräftig, entspannt, ausgeruht (Strauß & Appelt, 1989), 9 Fragen zu körperlichen Beschwerden (KBS) wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Brustspannungen (Strauß & Appelt). Die Stimmung wird durch die Befindlichkeitsskala von Zerssen & Koeller (1986) erhoben. Zusätzlich soll Zufriedenheit getrennt von Belastung in den verschiedenen Lebensbereichen eingeschätzt werden.“ (Schulze, 1995, S. 154)

Weitere spezifisch weibliche Symptome, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt auftreten können, wie zum Beispiel Inkontinenz, sind ebenso aufgenommen worden (s. dazu auch Kauffels, 1995) wie auch das Erleben von situationaler Anforderung und das Empfinden von subjektiver Überforderung. Überdies wurden etliche Anregungen den einschlägigen Mütter-Ratgebern entnommen (vgl. Sichtermann, 1993; Sichtermann, 1992; Brasch & Richberg, 1993; Lothrop, 1993).

In der Phase der Untersuchungsplanung wurden darüber hinaus auch Vorinterviews durchgeführt. Diese gingen ebenso wie frühere berufliche Erfahrungen in die Kategorienbildung mit ein:

Aufgrund von unstandardisierten Befragungen von sechs Erst- und Mehrfachmüttern wurde eine erste Sammlung an Inhaltsbereichen angelegt. Zusätzlich wurden unstandardisierte Interviews mit professionell in der Beratung von Müttern tätigen Experten durchgeführt: Mit einer Hebamme, mit dem Referent für Mutter - Kind - Kuren, Herrn Tintelott (Caritas-Verband Paderborn), mit dem Leiter des Freien Beratungszentrums in Paderborn sowie mit einer Mitarbeiterin in der Familien- und Eheberatung in Paderborn.

Darüber hinaus verfügte ich als Referentin und Leiterin von frauenspezifischen Seminaren, als Referentin für das Mütterzentrum und als Trainerin für Entspannungsverfahren über berufliche Erfahrungen „im Feld“. Diese prägten ebenfalls die Konzeption der Leitfäden.

Die Gespräche wurden durchgeführt mit dem Ziel, Anregungen von professionell mit Beratung beauftragten Fachleuten zu erhalten. Erfragt wurde von mir die Bedeutung der postpartalen körperlichen Veränderungen im Beratungskontext, insbesondere im Hinblick auf das körperliche und seelische Wohlbefinden der Mütter, auch unter dem Aspekt der eigenen wahrgenommenen Attraktivität in der Zeit nach der Entbindung.

Die ausführlichen Leitfäden, in die diese Inhalte eingegangen sind, sind im Anhang zu finden. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass nur die Interviews der Erstmütter ausgewertet wurden.

4.4.2 Die FemBeschwerden-Liste

Zusätzlich zum Interview wurden die Mütter gebeten im Anschluß an die Befragung noch zwei Fragebögen (FemBeschwerden-Liste) auszufüllen. Dieser Fragebogen wurde in etwas abgewandelter Form erneut drei Jahre postpartal von den Müttern ausgefüllt.

Im folgenden werden die Kennzeichen der in dieser Untersuchung benutzten Fragebögen dargestellt. Die Messzeitpunkte, Messzeiträume sowie die verwendeten Inhalte sind Themen der nächsten Abschnitte. Die kompletten Fragebögen finden sich abgebildet im Anhang.

4.4.2.1 Messzeitpunkte und Messzeiträume der FemBeschwerden-Liste

Die entwickelten Fragebögen nehmen Bezug auf drei Messzeiträume. Die erste Messung (T1) erfasst den Messzeitraum bis vier Monate nach der Entbindung (im folgenden abgekürzt als „4pp“ bezeichnet) und wird retrospektiv gemeinsam mit der zweiten Messung (T2) acht Monate postpartal erhoben. Die zweite Messung erhebt die Einschätzungen der teilnehmenden Mütter für den Zeitraum 5 bis 8 Monate postpartal (abgekürzt „8pp“). Die dritte Messung (T3) befragt die Mütter 36 Monate nach der Entbindung (36pp) über ihre Empfindungen im Zeitraum vom 32. bis zum 36. Monat.

Die Wahl der Messzeiträume und der Messzeitpunkte erfolgte, wie an früherer Stelle erläutert, unter Berücksichtigung des im Modell von Gloger-Tippelt beschriebenen Phasenverlaufs. In diesem Modell des Übergangs zur Elternschaft legt sie die „Phase der Herausforderung und Umstellung“ in den ungefähren Zeitraum vom zweiten bis sechsten Monat postpartal, nachdem die „Phase der Überwältigung und Erschöpfung“ ca. vier bis acht Wochen nach der Entbindung bewältigt wurde. Die „Gewöhnungsphase“ bewegt sich zwischen dem sechsten und zwölften Monat postpartal. Die angegebenen Zeiträume sind ungefähre Angaben, die individuell abweichen können. Für die hier eingesetzten Fragebögen werden die mittleren Zeitpunkte als Bezug gewählt. Damit wird unterstellt, dass sich die befragten Frauen sehr wahrscheinlich in dieser Phase des Übergangs zur Elternschaft befinden. Alle Messungen bezogen sich auf einen Messzeitraum von vier Monaten.

Eine zweite Begründung findet sich in der Berücksichtigung der Stillerefahrungen der Mütter, die sicherlich als wichtige körperlich positive oder auch negative Erlebnisse angesehen werden dürfen. Während davon ausgingen werden kann, dass direkt nach der Entbindung wahrscheinlich ein Großteil der Mütter stillt, trifft dies fünf bis acht Monate nach der Entbindung vermutlich nicht mehr für alle Mütter zu.

Bei der späteren Auswertung der so gewonnenen Daten ist, wie an anderer Stelle schon erwähnt, zu bedenken, dass insbesondere die Angaben für den ersten Messzeitraum (bis vier Monate postpartal) durch retrospektive Verzerrungen beeinflusst sein könnten.

4.4.2.2 Inhalte der FemBeschwerden-Liste

Der Erstellung der FemBeschwerden liegen insbesondere Überlegungen zugrunde, wonach ebenso wie andere Beschwerden insbesondere spezifisch weibliche Beschwerden erfasst werden sollten. Deshalb wurden die Beschwerdenlisten durch die Bezeichnung „Fem“ ergänzt. Bei der Auswahl der möglicherweise infragekommenden Items wurden verschiedene Quellen genutzt.

Zunächst fanden die Items aus dem Schwangerschaftsfragebogen des LBS-Projektes Eingang in die FemBeschwerden-Liste. Der Aufbau lehnt sich an die Beschwerdeliste von Zerrssen (1976) an. Es werden Häufigkeit und Belastung durch einzelne Beschwerden abgefragt.

In Anlehnung an die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10) (Weltgesundheitsorganisation, 1992) und dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM IV) (American Psychiatric Association, 1996) wurden weitere Items mit aufgenommen: „Angstgefühle“, „Müdigkeit“, „Nervosität, Reizbarkeit“, „Erschöpfung“, „Appetitlosigkeit“, „Übermäßige Gewichtsabnahme“, „Niedergeschlagenheit“, „psychische Labilität und Empfindlichkeit“, „Kraftlosigkeit“ sowie „Schlafstörungen“. Weitere Items wurden ergänzt: wie zum Beispiel das Item „unfreiwilliger Harnverlust“ (Huwiler, 1995) oder die Items „Einschlafschwierigkeiten“ und „Durchschlafprobleme“ (Sichtermann, 1993).

Wie oben schon angemerkt, wurden unstandardisierte Voruntersuchungen und Befragungen von einer Hebamme, drei Mehrfachmüttern und drei Erstmüttern sowie von weiteren Experten (Angestellte zweier Beratungsstellen) durchgeführt. Aus den genannten Quellen wurden die für diese Fragestellung relevanten Items und Fragen übernommen. Das Ziel bestand in der Erstellung eines Instrumentes, das geeignet ist, sowohl somatische als auch psychische Beschwerden zu erheben.

Die an die Mütter weitergegebenen Versionen enthielten 49 Items, von denen nach der teststatistischen Selektion insgesamt 36 Items ausgewertet wurden. Die so erstellten Fragebögen fragten das Auftreten und die Belastung durch verschiedene Beschwerden ab, insbesondere wurden auch rein frauenspezifische Beschwerden (z.B. Menstruationsschmerzen) erfasst. Die Häufigkeit wurde dreistufig (gar nicht, manchmal, häufig) eingeschätzt, dasselbe galt für die Einschätzung der Belastung (gar nicht, etwas, sehr).

4.4.2.3 Rating-Skalen

Außer den nach der Itemanalyse verbleibenden 36 Items, die hinsichtlich ihrer Auftretenshäufigkeit und hinsichtlich ihrer Belastung von den teilnehmenden Frauen beurteilt wurden, erhob die FemBeschwerden-Liste im Anschluss auf vier Rating-Skalen weitere Einschätzungen zu bestimmten Kriterien. Es waren dies die Einstufungen zum „seelischen Wohlbefinden“, zum „körperlichen Wohlbefinden“, zur „Attraktivität“ und zur „Zufriedenheit mit dem Gewicht“. Die Likertskalen ermöglichten es eine auf sieben Stufen (-3, -2, -1, 0, +1,+2,+3) gestaffelte subjektive Einschätzung hinsichtlich der jeweils bezeichneten Fragestellung vorzunehmen. Anders als bei der Erhebung der Einzelbeschwerden gaben die Mütter hier eine zusammenfassende Information und Bewertung hinsichtlich ihrer persönlichen Befindlichkeit.

Da die tatsächlichen praepartalen Ausgangswerte der befragten Mütter nicht vorlagen und somit die Vergleichsmöglichkeit der praepartalen mit den postpartalen Einstufungen fehlte, forderten die Fragebögen die

Mütter auf, diese Vergleiche subjektiv vorzunehmen. Die Mütter wurden infogedessen gebeten, z.B. ihr körperliches Wohlbefinden zum Zeitpunkt 4 Monate nach der Entbindung zu vergleichen mit ihrer Befindlichkeit vor der Schwangerschaft.

4.4.2.4 Weitere Fragestellungen

Weiterhin wurden die Mütter zu den ersten beiden Messzeitpunkten danach befragt, ob sie nach der Entbindung in therapeutischer (medizinisch oder psychotherapeutischer) Behandlung waren, wie häufig sie in Behandlung waren und wegen welcher Beschwerden sie schon früher behandelt wurden. Diese Fragen zielen ebenfalls darauf ab, Beschwerden, die schon vor der Schwangerschaft vorkamen, kenntlich zu machen.

Zum dritten Messzeitpunkt 3 Jahre nach der Entbindung des Zielkindes erhielten die Mütter erneut die FemBeschwerden-Liste. Außer den Beschwerden-Items sowie den Ratings wurden die Mütter hier gebeten, über das etwaige Auftreten von Depressionen zu berichten. An dieser Stelle sei schon darauf verwiesen, dass der Datenrücklauf zu dieser letzten Frage und auch zu der Frage, welche Beschwerden schon früher auftraten sowie welche Behandler die Mütter aufsuchten, zu gering war, als dass eine Auswertung sinnvoll gewesen wäre.

Der Fem-Beschwerden-Fragebogen konnte mit Ausnahme von vier Items auch auf die parallelisierte Stichprobe der Frauen ohne Kinder angewendet werden. Um die Anzahl der Items gleichzuhalten, wurden Füller-Items eingesetzt: das Item „Durchschlafprobleme durch das Kind“ ist ersetzt worden durch „Durchschlafprobleme aufgrund von Lärm“, Item 34, 35 und 36 sind durch die Füller-Items „Nierenprobleme“, „Knieschmerzen“ und „Augenflimmern“ ersetzt worden. Durch die trennschärfebedingte Selektion stimmten die Fragebögen bei der späteren Auswertung dennoch mit Ausnahme des Items „Durchschlafprobleme verursacht durch das Kind“ überein.

Weiterhin wurden die kinderlosen Frauen gebeten, ihre Einschätzung mit Hilfe von Rating-Skalen hinsichtlich ihrer Attraktivität, ihrem seelischen und ihrem körperlichen Wohlbefinden sowie in Hinsicht auf ihre Zufriedenheit mit ihrem Gewicht abzugeben. In Ergänzung wurden noch Personenmerkmale wie Alter, Berufsstand und Ausbildung sowie Einkommen erfragt.

5 Daten-Aufbereitung

5.1 Längsschnittliche Veränderungen der Stichprobe

Aufgrund des veränderten generativen Status von 50 % aller befragten Mütter zum dritten Messzeitpunkt, also drei Jahre nach der Entbindung, wurde eine Filtervariable gebildet, die es ermöglichte, die Frauen anhand ihres generativen Status zu unterscheiden: Einige der untersuchten Frauen bekamen im Laufe des Projekts weitere Kinder oder waren schwanger. Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über die längsschnittliche Veränderung des generativen Status zum dritten Messzeitpunkt (36 Monate postpartal). Zum zweiten Messzeitpunkt gab es ebenfalls zwei schwangere Erstmütter, es erfolgt hierfür allerdings aufgrund der geringen Anzahl keine gesonderte Betrachtung.

Die Tabelle zeigt, dass von den 50 Müttern 25 ihren generativen Status im Verlauf der Studie nicht verändert haben, acht Mütter (davon sieben Erstmütter) waren schwanger zum dritten Messzeitpunkt (36pp) und 16 Mütter (davon 11 Erstmütter) hatten bereits im Verlauf der Studie ein weiteres Kind bekommen. Lediglich eine Mehrfachmutter hatte ein weiteres Kind bekommen und war zum letzten Messzeitpunkt schwanger. Demzufolge gab es 25 Frauen mit unverändertem generativem Status und 24 Frauen mit verändertem generativem Status.

Generativer Status zu T3 (36 Monate pp)		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	PARAE36P :Gruppierungsvariable Erst-, Mehrfachmutter (weitere Geburten, schwanger) zu T3 (36pp)				
	0 fehlende Angaben	1	2,0	2,0	2,0
	1 Erstmutter	11	22,0	22,0	24,0
	2 Mehrfachmutter	14	28,0	28,0	52,0
	3 Erstmutter (schwanger zu 36 pp)	7	14,0	14,0	66,0
	4 Mehrfachmutter (schwanger , 36p p)	1	2,0	2,0	68,0
	5 Erstmutter (mit weiterem Kind , 36pp)	11	22,0	22,0	90,0
	6 Mehrfachmutter (mit weiterem Kind, 36 pp)	4	8,0	8,0	98,0
	8 Mehrfachmutter (schwanger und mit weiterem Kind, 36pp)	1	2,0	2,0	100,0
Gesamt*		50	100,0	100,0	

Tabelle 2 Generativer Status der befragten Mütter 3 Jahre postpartal (*Gesamtgruppe der Paderborner Mütter der LBS-Studie)

Schlüsselt man die Stichprobe nach dem Kriterium der Schwangerschaft auf, so ergibt sich folgendes Bild: Zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartal waren 9 Frauen schwanger und 40 Mütter nicht schwanger.

Somit gab es drei Jahre postpartal insgesamt drei Gruppen: Erstens die Gruppe der verbliebenen Erstmütter, zweitens zusammengefasst die Gruppe der Mehrfachmütter, einschließlich der früheren Mehrfachmütter und der ehemaligen Erstmütter, die im Laufe der Studie ein weiteres Kind bekommen haben sowie drittens die Gruppe der zu T3 schwangeren Erst- und Mehrfachmütter.

Die späteren Auswertungen nach Gruppen wurden auf der Basis dieser Zuordnungen vorgenommen. Es ergab sich folgendes Bild des zum dritten Messzeitpunkt aktuellen generativen Status der an dieser Untersuchung teilnehmenden Mütter:

PARAE36X Generativer Status zu 36pp		Häufigkeit
Gültig		
	1 eine Geburt	10
	2 mindestens zwei Geburten	28
	3 aktuell schwanger	9
	Gesamt	47

Tabelle 3 Generativer Status als Merkmal für Gruppenzugehörigkeit

Die getroffenen Zuordnungen stellten die Grundlage für die spätere differenzierte Betrachtung der Ergebnisse für den Messzeitpunkt drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes dar. Kritisch anzumerken ist, dass diese pragmatische Zuordnungsweise eine große Ähnlichkeit derjenigen Erst- und Mehrfachmütter impliziert, die zu diesem Zeitpunkt T3 schwanger waren. Weiterhin werden durch diese Gruppenaufteilung keine Aussagen über den Zeitpunkt der letzten Schwangerschaft im Falle der Mehrfachmütter (Gruppe 2) gemacht. Dies ist bei den Auswertungen und Dokumentationen, die sich auf diese Teilstichproben beziehen, mitzubedenken.

Aus diesem Grund wurden zusätzlich Berechnungen nur für diejenigen Frauen durchgeführt, deren generativer Status über den Untersuchungszeitraum unverändert geblieben ist, das gilt für N =14 Mehrfachmütter und für N =10 Erstmütter.

5.2 Skalenaufbereitung

In den folgenden Ausführungen werden zunächst die Datengrundlagen erläutert. In dem ersten Abschnitt wird die Berechnungsgrundlage für die Häufigkeit des Auftretens von Beschwerden und für die Belastung durch diese Beschwerden dargestellt. Daran anschließend wird die Berechnung eines Kombinationswertes dargelegt, der sowohl die Häufigkeit des Auftretens einer Beschwerde als auch die Belastung durch diese umfasst. In dem zweiten Abschnitt werden die Items und die Unterskalen aufgeführt. Die erfolgte Itemanalyse und die anschließend verwendbare Gesamtskala sind ebenfalls Inhalt dieses Unterkapitels.

5.2.1 Beschwerden-Häufigkeiten und Beschwerden-Belastung als Kombinationswerte

Die FemBeschwerden-Listen erfassten die Häufigkeit des Auftretens und die Belastung durch die erfragten Beschwerden. Die so erhaltenen Daten basieren auf der folgenden Grundlage:

Die abgefragten möglichen Beschwerden wurden von der jeweiligen Probandin auf einer dreistufigen Skala nach ihrer Auftretenshäufigkeit und Belastungsstärke beurteilt. Die abgegebenen Einschätzungen wurden kodiert als 1 entsprechend der Häufigkeit „gar nicht“, 2 „manchmal“ und 3 „häufig“. Der Belastungsstärke entspricht ein Wert von 1 für „gar nicht“, 2 „etwas“ und 3 „sehr“. Die Antworten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS verarbeitet und zwar zunächst getrennt für die Gruppen „Häufigkeit“ und „Belastung“.

Durch Multiplikation der Beschwerden-Häufigkeit mit der Beschwerden-Belastung wurden Kombinations-Werte für die einzelnen Items berechnet. Die so neu erzeugten Variablen konnten Werte zwischen eins und neun annehmen. Diese Werte werden im besonderen Maße der psychologischen Komponente gerecht, da selten vorkommende Symptome trotzdem eine maximale Belastung mit sich bringen können.

Dazu einige Beispiele: Ein Wert von eins entsprach dementsprechend einer Häufigkeit von eins („gar nicht“) und einer Belastung von eins („gar nicht“) durch dieses Symptom. Punktwerte von drei wiesen daraufhin, dass entweder die Häufigkeit oder die Belastung durch ein Symptom als stark ausgeprägt erlebt wurde. In der Regel wurde bei einem solchen Wert eher die Häufigkeit mit drei und damit als „häufig“ kodiert, wobei das entsprechende Symptom nicht besonders belastete. Es ist aber theoretisch durchaus denkbar, dass auch das Fehlen eines Symptoms als belastend erlebt wurde, wie zum Beispiel im Falle einer erwünschten, aber nicht erfolgten Gewichtsabnahme.

Ein Wert von sechs konnte zustande kommen durch ein zwar selten vorkommendes Ereignis, das aber als stark belastend empfunden wurde, bzw. durch ein häufig vorkommendes Beschwerdebild mit einer mittleren Belastung. Der größte zu erreichende Wert betrug neun Punkte und entsprach einer maximalen Häufigkeit bei maximal empfundener Belastung.

Aus diesem Vorgehen ergaben sich folgende Konsequenzen: Bei Multiplikation von Werten von eins bis drei konnten nur die Produkte „1, 2, 3, 4, 6, 9“ entstehen. Im Anschluss an die Multiplikation der Einzelwerte habe ich aus diesem Grunde die erhaltenen Produkte entsprechend ihrer Rangplätze umkodiert: Die Produkte „1, 2, 3, 4“ wurden kodiert als Rangplätze „1, 2, 3 und 4“. Das Produkt „6“ bekam den Rangplatz „5“ und das Produkt „9“ entsprach dem höchsten Rangplatz „6“. Die Daten lagen nun als Rangreihen vor.

Bei der Berechnung der Summenwerte der Untertests wurden die Werte für die einzelnen Variablen addiert. Bei 10 Variablen gab es demzufolge theoretisch ein mögliches Spektrum der Werte von 10 bis 60 Punkten. Zu beachten war allerdings, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit z.B. von Dammschnitt-Schmerzen bei gleichzeitigen Kaiserschnitt-Schmerzen sehr gering war, so dass bei der Summation das volle Punktspektrum nicht real zur Verfügung stand.

5.2.2 Itemanalyse und Skalen der FemBeschwerden-Liste

Die Variablen wurden verschiedenen Variablenkategorien zugeordnet. Es handelte sich um fünf somatische Beschwerdengruppen und eine Skala mit psychischen Symptomen. Im folgenden werden die Kategorien und die in ihnen enthaltenen Items aufgeführt:

1. Skala Gynäkologische Items: Wasserlassen beim Niesen, Lachen; Untypische Blutungen; Haarausfall, -probleme; Trockene Scheide; Schmerzende Kaiserschnitt-Naht; Schmerzender Dammschnitt, Schmerzende Dammriß-Naht; Schmerzende Scheidenriß-Naht; Hormonelle Probleme; Probleme mit Brüsten, Brustwarzen; Menstruationsschmerzen; Brustentzündung.
2. Skala Orthopädische Items: Kreuz- und Rückenschmerzen; Arm- und Schulterschmerzen; Gelenkschmerzen, Arthrose; Sehnenscheidenentzündung; Muskelverspannung.
3. Skala mit Items, die die innere Medizin, den Verdauungstrakt betreffen: Verstopfung, Durchfall; Appetitlosigkeit; Erbrechen; Übermäßig starke Gewichtsabnahme; Übelkeit; Magen-Darm-Beschwerden; Starke Gewichtszunahme.
4. Skala mit Items, die Herz- und Kreislauf betreffen: Zu hohen Blutdruck; zu niedrigen Blutdruck; Kopfschmerzen; Migräne; Herzarrhythmien; Krampfadern und Blutstauungen; Schwindelgefühle; Hämorrhoiden;
5. Skala mit einer Rest-Gruppe von Items: Atembeschwerden; Erkältungen; Schweißausbrüche; Allergien; Hautausschlag; Krankenhausaufenthalte.
6. Skala „Psychische Beschwerden“, die den Antrieb, die Emotion, Schlaf und Befindlichkeit betreffen: Müdigkeit; Nervosität und Reizbarkeit; Erschöpfung; Angstgefühle; Einschlaf Schwierigkeiten; Durchschlafprobleme wegen des Kindes; Durchschlafprobleme ohne Anlass; Niedergeschlagenheit; Psychische Labilität, Empfindlichkeit; Kraftlosigkeit.

Die Zuordnung orientierte sich an den von Symptomen betroffenen Organen beziehungsweise an symptomatischen Erlebensweisen. Diese Form der Zuordnung brachte es mit sich, dass nicht notwendig hohe Werte in einer Symptomgruppe erreicht werden mussten, da sich einzelne Symptome eventuell gegenseitig ausschlossen beziehungsweise ein gleichzeitiges Auftreten eher unwahrscheinlich war. Entsprechend unterschiedlich waren die Reliabilitäten für den Gesamttest und die verschiedenen Untertests. Bei der späteren Interpretation der Summenwerte mußte dieser Aspekt beachtet werden.

Die Begründung für eine derartige Zuordnung der Einzelitems lag in der Überlegung, eine Beschwerden-Liste zu erstellen, die explorativen Charakter hatte und insbesondere Symptome erfaßte, die spezifisch weibliche Beschwerden nicht aussparte, sondern eine Erhebung dieser Symptome ermöglichte. Dazu zählten auch Beschwerden, die in der Regel nur nach einer Entbindung auftraten, wie zum Beispiel „Beschwerden infolge einer Kaiserschnittnaht“. Diese Symptome fanden sich in der Gruppe „gynäkologische Beschwerden“ und wurden in anderen Verfahren nicht berücksichtigt.

Für die Erhebung in der simulierten Ausgangsstichprobe wurden die an die Entbindung geknüpften Items ersetzt durch andere Items, die als „Füller“ dienten: „Durchschlafprobleme wegen des Kindes“, „schmerzende Kaiserschnitt-Naht“, „schmerzende Dammabschnitte-Naht“, „schmerzende Scheidenrissnaht“ wurden ersetzt durch die Items „Durchschlafprobleme aufgrund von Lärm“, „Nierenprobleme“, „Knieschmerzen“, „Augenflimmern“.

Die berechnete Homogenität (s. Anhang) lag für den Gesamttest der Mütter zum ersten Messzeitpunkt 4pp bei $\alpha = 0,81$, zum zweiten Messzeitpunkt 8pp bei $\alpha = 0,84$ und zum dritten Messzeitpunkt 36pp bei $\alpha = 0,84$ (jeweils Cronbachs α) unter Einbeziehung aller Items und konnte als ausreichend angesehen werden.

Es wurden die Trennschärfenberechnungen für die drei Messungen (T1, T2 und T3) durchgeführt. Um eine Verbesserung des Untersuchungsinstruments zu erreichen, wurden dann diejenigen Items selektiert, die zu keinem der drei Messzeitpunkte einen Mindestwert von $r=.25$ erreichten. Die komplette Auflistung der Trennschärfen findet sich im Anhang.

Die aufgrund geringer Trennschärfe aussortierten Items zeigen folgende Aufstellung:

Itemnummer	Inhalt
16	Erbrechen
27	Krankenhausaufenthalte
20	Hämorrhoiden
51	Durchfall
52	Wasserlassen bei Niesen, Lachen
59	Magen- Darmprobleme
34	Schmerzende Kaiserschnitt-Naht
35	Schmerzende Dammriß-Naht
36*	Schmerzende Dammabschnitte-Naht
44	Migräne
45	Brustentzündung

Tabelle 4 Aussortierte Items aufgrund von Trennschärfenberechnungen

*Item 36 wies zwar zum dritten Messzeitpunkt einen etwas höheren Wert von $r=.26$ auf, wurde aber ebenfalls selektiert.

Nachdem die obigen Items aussortiert waren, wurde der α -Wert und die Trennschärfen der verbliebenen Items erneut berechnet. Zum Messzeitpunkt 4pp zeigte das Item 54 die niedrigste Trennschärfe der Skala mit $r = -.036$ und das Item 41 die höchste Trennschärfe mit $r = .56$. Zum Messzeitpunkt 8pp lag die niedrigste Trennschärfe bei $r = -.02$ (Item 53) und die höchste Trennschärfe bei $r = .73$ (Item 41). Das Item 02 war mit $r = -.084$ das Item mit der niedrigsten Trennschärfe, während das Item 41 mit $r = .71$ erneut die höchste Trennschärfe aufwies.

Hohe Trennschärfen über $r = .5$ zeigten die Items 08 „Nervosität und Reizbarkeit“, Item 15 „Hautausschlag“, Item 19 „Angstgefühle“, Item 37 „Hormonelle Probleme“, Item 41 „Kraftlosigkeit“ für den ersten Messzeitraum (Entbindung bis zu vier Monaten postpartal). Dasselbe galt für das Item 08 „Nervosität und Reizbarkeit“, Item 12 „Erschöpfung“, Item 22 „Niedergeschlagenheit“, Item 30 „Arm- und Schulterschmerzen“, Item 39 „psychische Labilität und Empfindlichkeit“, Item 41 „Kraftlosigkeit“ und Item 47 „Muskelverspannung“ für den zweiten Messzeitraum (fünf bis acht Monate nach der Entbindung).

Drei Jahre nach der Entbindung wiesen folgende Items hohe Trennschärfen auf: Das Item 01 „Müdigkeit“, das Item 08 „Nervosität und Reizbarkeit“, das Item 12 „Erschöpfung“, das Item 19 „Angstgefühle“, das Item 22 „Niedergeschlagenheit“, das Item 53 „Allergien“, das Item 55 „Einschlaf Schwierigkeiten“, das Item 30 „Arm- und Schulterschmerzen“, das Item 37 „hormonelle Probleme“, das Item 39 „psychische Labilität und Empfindlichkeit“ und das Item 41 „Kraftlosigkeit“ zeigten hohe Trennschärfen über $r = .5$ (siehe dazu auch die folgende Tabelle).

Die Itemselektion bewirkte insbesondere die Aussortierung der Items, die in enger Verbindung mit der Entbindung standen. Demzufolge konnte die Gesamtkala der FemBeschwerden auch auf die Stichprobe der Frauen ohne Kinder angewendet werden. Einzig das Item „Durchschlafprobleme wegen des Kindes“ wurde ersetzt durch das Item „Durchschlafprobleme aufgrund von Lärm“. Für die simulierte Ausgangsstichprobe der $N = 25$ Frauen ohne Kinder erreichte die Gesamtkala einen alpha-Wert von $\alpha = .88$.

Die höchste Trennschärfe (über $r = .5$) wiesen die Items 01 (Müdigkeit), 04 (Kopfschmerzen), 08 (Nervosität und Reizbarkeit), 09 (Schwindelgefühle), 12 (Erschöpfung), 53 (Allergien), 55 (Einschlaf Schwierigkeiten), 57 (Durchschlafprobleme ohne Anlass), 39 (psychische Labilität und Empfindlichkeit), 41 (Kraftlosigkeit) und 46 (Schweißausbrüche) auf. Das Item 41 („Kraftlosigkeit“) lag mit $r = .79$ an der Spitze, das Item 02 („zu hohen Blutdruck“) dagegen mit $r = -.06$ am äußersten Ende der Trennschärfen-Werte.

Die kompletten Ergebnisse finden sich im Anhang. Zur besseren Übersicht folgt nun eine tabellarische Zusammenfassung:

Itemnummer und Bezeichnung	Trennschärfen über r=.5			
	Messung Frauen ohne Kinder	Messzeitpunkt 4pp	Messzeitpunkt 8pp	Messzeitpunkt 36pp
01 Müdigkeit	X			X
04 Kopfschmerzen	X			
08 Nervosität, Reizbarkeit	X	X	X	X
09 Schwindelgefühle	X			
12 Erschöpfung	X		X	X
15 Hautausschlag		X		
22 Niedergeschlagenheit			X	X
19 Angstgefühle		X		X
30 Arm- und Schulterschmerzen			X	X
37 hormonelle Probleme		X		X
39 psychische Labilität, Empfindlichkeit	X		X	X
41 Kraftlosigkeit	X	X	X	X
46 Schweißausbrüche	X			
47 Muskelverspannung			X	
53 Allergien	X			X
55 Einschlaf Schwierigkeiten	X			X
57 Durchschlafprobleme ohne Anlass	X			

Tabelle 5 Items mit hohen Trennschärfen-Werten sortiert nach Messzeitpunkten

Aufgrund des methodischen Vorgehens verwundert es nicht allzusehr, dass diejenigen Items, welche die psychische Befindlichkeit abbildeten, auch für die gesamte Skala eine hohe Durchschlagkraft hatten. Die Skala bildete ja zum einen die Häufigkeit einer bestimmten psychischen Symptomatik ab und zum anderen die dazu gehörige Belastung durch sie. Für die anderen körperlich feststellbaren Beschwerden wurde ebenfalls eine psychische Komponente der Belastung mit erhoben und ging mit in den Kombinationswert ein.

Interessant ist, dass die Items 30 (Arm- und Schulterschmerzen) und 47 (Muskelverspannung), die aus den orthopädischen Symptomgruppen stammen, hohe Trennschärfen aufwiesen, ebenso wie die Items 15 (Hautausschlag) und 53 (Allergien), die sich auf Beschwerdebilder der Haut bezogen oder das Item 37, das hormonelle Probleme abbildete.

Für den Messzeitpunkt 4pp erreichte die Skala nun bei 36 Items einen alpha-Wert von 0.84, bezogen auf 45 Fälle. Acht Monate nach der Entbindung war die FemBeschwerden-Liste zu beschreiben über einen ebenfalls

sehr hohen alpha-Wert von 0.85 bei 36 Items und ebenfalls bezogen auf 45 Fälle. Zum letzten Messzeitpunkt 36 pp lag alpha bei 0.85 für 36 Items und bezogen auf 45 Fälle.

6 Auswertung der Ergebnisse „FemBeschwerden-Liste“

Die folgenden Abschnitte beschäftigen sich mit der Dokumentation und der Analyse der Ergebnisse, die mit den FemBeschwerden-Listen gewonnen wurden.

Zunächst wird ein kurzer Überblick über die Itemspezifischen Häufigkeiten und zwar getrennt für die Maße der „Häufigkeit“ und „Belastung“ gegeben. Die Auswertung erfolgt im ersten Abschnitt für die Gesamtstichprobe aller Mütter. Diese ersten Analysen beziehen sich auf die von den Müttern berichteten Einzelbeschwerden.

Wie im ersten Teil dieser Arbeit dargelegt, thematisiert das „Hypothetische Verlaufsmodell des Übergangs zur Elternschaft“ (Gloer-Tippelt, 1988) die Erfahrungen von Erstmüttern und Erstvätern. Um insbesondere die Situation der Erstmütter empirisch näher zu untersuchen, werden darüber hinaus auch die Einzelergebnisse der Erstmütter (und der simulierten Baseline) in bezug auf die erhobenen Items und in Hinsicht auf die beiden Beurteilungskriterien der Auftretenshäufigkeit und der Belastung dargestellt.

Im Anschluß daran erfolgt die Auswertung der kombinierten Häufigkeits-Belastungs-Werte auf Skalen-Ebene. Der deskriptiven Darstellung der statistischen Kennwerte für die Gesamtstichprobe und für die Teilstichproben folgen längsschnittliche und querschnittliche Analysen.

Zur Analyse werden erstens die Veränderungen über die Zeit herangezogen und ausgewertet, entsprechend der Fragestellung: Gibt es signifikante Veränderungen in bezug auf die Beschwerden-Häufigkeit und die Beschwerden-Belastung über die drei Messzeitpunkte hinweg? Wie ist der Verlauf für die Gesamtstichprobe und wie für die jeweiligen Teilstichproben? Entsprechen diese Veränderungen im ersten Jahr dem Modell des Übergangs zur Elternschaft von Gloer-Tippelt (1988)?

Unter dieser Fragestellung werden ebenfalls die Messungen der simulierten Ausgangsstichprobe der Frauen ohne Kinder mit den Ergebnissen der Erstmütter verglichen.

Zweitens werden die Daten auf Gruppenunterschiede untersucht, analog der Fragestellung: Berichten die einzelnen Teilstichproben (Erstmütter, Mehrfachmütter, Schwangere) über unterschiedliche Belastungen durch die erhobenen Beschwerden?

6.1 Untersuchungs- und Auswerkungsplan

Aufgrund längsschnittlich aufgetretener Veränderungen der Teilstichproben der Erst- und der Mehrfachmütter insbesondere in Hinsicht auf ihren generativen Status wurden Anpassungen der Analysen notwendig. In der nachstehenden Tabelle wird der Untersuchungsplan dargestellt, unter Berücksichtigung der Aspekte der Stichprobenkriterien, der Messzeiträume und Messzeitpunkte sowie der zur Auswertung herangezogenen statistischen Verfahren.

Messzeitpunkte	Untersuchungsgruppen				
	Gesamtstichprobe	Erstmütter zu T1 (4pp) N = 27	Mehrfachmütter zu T1 (8pp) N = 21	Schwangere zu T3 (36pp)	Auswertung (Gruppen-Querschnittsvergleich)
T0 praepartal		x simulierte baseline für die Erstmütter N = 26			
T1 (4 Monate pp)	x	x N = 27	x N = 21		Mann-Whitney U-Test
T2 (8 Monate pp)	x	x N = 27	x N = 21		Mann-Whitney U-Test
T3 (36 Monate pp)	x	x N = 10 Erstmütter mit unverändertem generativen Status	x N = 14 Mehrfachmutter mit unverändertem generativen Status	x N = 9 alle schwangeren Mütter	Mann-Whitney U-Test Median-Test
Auswertung Gruppen-/Längsschnitt-Vergleich	Wilcoxon Vorzeichen-rangtest	Wilcoxon Vorzeichen-rangtest	Wilcoxon Vorzeichen-rangtest		

darüber hinaus Stichprobenkennwerte und querschnittliche Gruppenvergleiche für:

T3 36 Monate pp)		x N = 10 Mütter mit einem Kind	x N = 28 Mütter mit mehr als einem Kind	x N = 9 alle schwangeren Mütter	Mann-Whitney-U-Test Mediantest
---------------------	--	--------------------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------------------

Tabelle 6 Untersuchungsplan und Auswertungsplan

Wie aus der Tabelle ersichtlich und auch schon an früherer Stelle erläutert, verändert sich wie für Längsschnittstudien typisch die Stichprobe in Hinsicht auf kritische Merkmale (hier das Merkmal Generativität). Ich habe mich zu einem gestuften Vorgehen entschlossen:

1. Die Ergebnisse der Gesamtstichprobe werden deskriptiv mit Hilfe ihrer Kennwerte dargestellt und diskutiert.
2. Die Ergebnisse der Teilstichproben (Erst- und Mehrfachmütter) werden für die ersten beiden Messzeiträume (bis zu 4 Monate postpartum und 5 bis 8 Monate postpartum) ebenfalls deskriptiv dargestellt und diskutiert.
3. Für die Ergebnisse des dritten Messzeitraums werden zwei für die Stichproben relevante Kriterien für wichtig erachtet: 1. Die Kinderanzahl bzw. die Zahl der erlebten Entbindungen unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Entbindung und 2. Die Kinderanzahl bzw. die Zahl der erlebten Entbindungen unter der Bedingung, dass das jüngste Kind zu T3 nun drei Jahre alt war. Somit orientiert sich die Darstellung erstens an der vorgenommenen Einteilung in die Teilstichproben „Mütter mit einem Kind (verbliebene Erstmütter)“, „Mütter mit mindestens zwei Kindern (alle Mehrfachmütter einschließlich der ehemaligen Erstmütter)“ und „Schwangere (alle zum dritten Messzeitpunkt schwangeren Mütter)“. Zweitens werden Berechnungen für diejenigen Teilnehmerinnen durchgeführt, deren generativer Status sich nicht im Untersuchungsverlauf verändert hat.
4. Für die statistische Signifikanzprüfung werden die Ergebnisse der Teilstichproben entsprechend der obenstehenden Tabelle in Beziehung gesetzt. Die Daten werden deskriptiv anhand ihrer Kennwerte dargestellt und mit Hilfe von non-parametrischen Verfahren auf ihre Unterschiedlichkeit geprüft.
 - a) Es werden die Ergebnisse von N = 26 Frauen (parallelisierte Stichprobe als simulierte Ausgangsstichprobe) verglichen mit den Ergebnissen von N = 26 Erstmütter (4pp). Es wird entsprechend des Modells geprüft, ob die Erstmütter höhere oder niedrigere Ergebnisse zu 4pp aufweisen (zweiseitige exakte Signifikanz) als die künstlich geschaffene Baseline.
 - b) Es werden die Ergebnisse der N = 27 Erstmütter im Messzeitraum 4pp (T1) mit denen im Messzeitraum 8pp (T2) verglichen: Unter der Berücksichtigung des „Hypothetischen Verlaufsmodells des Übergangs zur Elternschaft“, das eine Gewöhnung vorhersagt, sollten die Beschwerden zum Zeitpunkt 8pp (T2) geringer ausfallen (einseitige exakte Signifikanz).
 - c) Es werden die Ergebnisse der N = 10 verbliebenen Erstmütter im Messzeitraum 32 bis 36 Monate postpartal (T3) mit denen des Messzeitraums 5 bis 8 Monate postpartal (T2) (von denselben N=10 Erstmüttern) verglichen. Das Modell macht über diesen Zeitpunkt keine Angaben, insofern wird zweiseitig getestet.
 - d) Es werden die Ergebnisse der N = 10 verbliebenen Erstmütter im Messzeitraum 32 bis 36 Monate postpartal (T3) mit denen im Zeitraum zwischen der Entbindung bis zu 4 Monaten postpartal (T1) (von denselben N=10 Erstmüttern) verglichen. Das Modell macht über diesen Zeitpunkt keine Angaben, insofern wird zweiseitig getestet.
 - e) Für die Mehrfachmütter werden nach derselben Struktur die Unterschiede geprüft, mit dem Unterschied, dass von den ursprünglichen N = 21 Mehrfachmüttern nun die Daten der N = 14 Mehrfachmütter mit stabilem Status in die Berechnungen miteingehen.

- f) Zusätzlich zu den erläuterten Längsschnittvergleichen werden unter Verwendung von non-parametrischen Verfahren Querschnittvergleiche der Ergebnisse der Teilstichproben zu den drei Messzeiträumen durchgeführt.

Die non-parametrischen Verfahren werden zur Auswertung herangezogen, da sie sich für die Analyse kleiner Stichproben unter Verwendung von Rangdaten eignen.

6.2 Die Ergebnisse auf Itemebene: Auftretens-Häufigkeit und Belastungs-Stärke

An dieser Stelle werden die Ergebnisse in bezug auf die Häufigkeit des Auftretens und in bezug auf die Belastung durch die abgefragten Beschwerden dargestellt. Es interessieren für diese erste Orientierung die folgenden Fragen:

1. Welche Beschwerden werden, zunächst unabhängig von der differenzierten gestuften Bewertung, von den Müttern prinzipiell erlebt und prinzipiell auch als belastungsrelevant eingeschätzt?
2. Welche Beschwerden werden von einem größeren Prozentsatz der Frauen zum einen als häufig auftretend eingestuft und zum anderen als sehr belastend bewertet?
3. Wie sind die Beschwerdehäufigkeit und Beschwerdebelastung für Frauen ohne Kinder (simulierte Ausgangsstichprobe)?
4. Wie sind die Beschwerdehäufigkeit und Beschwerdebelastung für die Erstmütter im Erhebungsverlauf?

Dieses Kapitel ist als erste Sichtung des Rohmaterials zu verstehen.

6.2.1 Die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe

6.2.1.1 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 4 Monate postpartum für die Gesamtstichprobe

Die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe der befragten 48 Mütter zeigen zum Zeitpunkt vier Monate nach der Entbindung des Zielkindes folgendes Bild (s. dazu auch die Tabelle):

Mindestens die Hälfte bis zu 95.9 % der untersuchten Mütter erleben manchmal oder häufig Beschwerden wie „Müdigkeit“, „Kopfschmerzen“, „Nervosität und Reizbarkeit“, „Erschöpfung“, „Kreuz- und Rückenschmerzen“, „Durchschlafprobleme durch das Kind“, „Niedergeschlagenheit“, „Haarausfall und -probleme“, „Psychische Labilität und Empfindlichkeit“ sowie „Kraftlosigkeit“. Ebenfalls mindestens 50 % der Mütter bewerten die Belastung durch diese Beschwerden als „etwas“ oder „sehr“ belastend.

Weiterhin erfahren mindestens 25 % bis maximal 47 % der Teilnehmerinnen Beschwerden, wie „zu niedrigen Blutdruck“, „Verstopfung“, „Schwindelgefühle“, „Angstgefühle“, „Einschlaf Schwierigkeiten“, „Erkältungen“, „Arm- und Schulterschmerzen“, „Trockene Scheide“, „Hormonelle Probleme“, „Probleme mit Brust und Brustwarzen“,

„Schweißausbrüche“ und „Muskelverspannung“. Die genannten Beschwerden werden von mindestens einem Viertel der Frauen als „etwas“ oder „sehr“ belastend eingestuft (Ausnahme: Das Item „Erkältungen“).

Eher selten treten bei bis zu maximal 23 % der Frauen die Items „zu hohen Blutdruck“, „Atembeschwerden“, „Krampfadern, Blutstauungen“, „Appetitlosigkeit“, „Hautausschlag“, „Allergien“, „übermäßige Gewichtsabnahme“, „Durchschlafprobleme ohne Anlass“, „Übelkeit“, „untypische Blutungen“, „Herzarrhythmien“, „Gelenkschmerzen, Arthrose“, „Sehnenscheidenentzündung“ und „Menstruationsschmerzen“ auf.

Welche der Beschwerden werden nun als am häufigsten und welche als am belastendsten zum Messzeitpunkt 4pp bewertet?

Bezogen auf die Häufigkeit sind dies die Items „Müdigkeit“, „Erschöpfung“, „Durchschlafprobleme durch das Kind“, „Haarausfall und -probleme“, mit einer starken Häufigkeit und Belastung von mindestens 30 %. Ebenfalls stark vertreten sind Beschwerden wie „Arm- und Schulterschmerzen“, „zu niedrigen Blutdruck“, „Nervosität und Reizbarkeit“, „Probleme mit Brüsten und Brustwarzen“, „Psychische Labilität und Empfindlichkeit“, „Kraftlosigkeit“ und „Muskelverspannung“. „Kreuz- und Rückenschmerzen“.

Im Sinne einer von mindestens 10 % der Frauen empfundenen starken Belastung erscheinen zusätzlich zu den gerade erwähnten Beschwerden die Items „Angstgefühle“, „Einschlaf Schwierigkeiten“, „Durchschlafprobleme ohne Anlass“, „Niedergeschlagenheit“, „Trockene Scheide“ und „Menstruationsschmerzen“.

Einzig das Item „zu niedrigen Blutdruck“ wird von weniger als zehn Prozent der Frauen als sehr belastend empfunden. Die Items „Übelkeit“ und „zu hohen Blutdruck“ sind auf keiner der beiden Bewertungssachsen für die Frauen relevant.

Führt man sich den Alltag und die Situation in der Zeit von der Entbindung bis zu vier Monaten danach vor Augen, so erscheinen die Beschwerden plausibel. Die neue Situation mit dem Säugling erfordert Anpassungsleistungen an einen neuen Alltag. Für die bisher berufstätigen Erstmütter gilt es, sich ein neues „Aufgabenfeld“ zu erschliessen. Weiterhin müssen sie lernen, die Signale ihres Kindes richtig zu interpretieren. Die Partnerschaft und die Rollen in der Familie werden neu ausgehandelt.

Für die Mehrfachmütter umfasst die neue Situation, die Bedürfnisse der älteren Kinder und die des Säuglings miteinander zu vereinbaren. Beispielsweise müssen die Älteren zur Schule, zum Kindergarten oder zum Blockflötenunterricht gefahren werden oder die Fahrt dahin muß zumindest organisiert werden. Wenn der Altersabstand zwischen den Kindern sehr klein ist, ist das ältere Kind zuhause und muß beschäftigt und beaufsichtigt werden. Eifersüchteleien zwischen den Kindern beanspruchen auf psychischer Seite die Mütter.

In Hinsicht auf physische Beanspruchungen ist insbesondere das „Leben auf zwei Ebenen“ zu erwähnen: Das häufige Bücken, Aufheben und Tragen der Kinder belastet den Rücken und die Arm-Schulter-Muskulatur. Kinderwagen und Windelpakete müssen beispielweise vom Supermarkt in das Auto und dann wieder aus dem Auto und eventuell eine Treppe hoch zur Wohnung getragen werden. Der Säugling wird, da er zunächst noch nicht alleine sitzen kann, oftmals im Baby-Sitz getragen.

Gleichzeitig sind die Aufgaben im Haushalt zu bewältigen, begleitet von unvermuteten Unterbrechungen. Diese Unterbrechungen kommen entweder zustande durch einen fehlenden Ess- oder Schlaf-Rhythmus des Kindes oder aufgrund einer Rhythmusänderung, die beispielsweise im Zusammenhang mit einem Entwicklungsschub oder mit einer Erkrankung auftreten kann.

Die nachstehende Tabelle gibt die auftretenden Beschwerden im Zeitraum bis zu vier Monaten postpartal wieder.

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
	Gar nicht	Manchmal	häufig	Gar nicht	etwas	sehr
Müdigkeit	-	31.3	68.8	10.4	37.5	52.1
Zu hohen Blutdruck	100	-	-	97.9	2.1	
Zu niedrigen Blutdruck	52.1	37.5	10.4	60.4	33.3	6.3
Verstopfung	72.9	20.8	6.3	79.2	12.5	8.3
Kopfschmerzen	47.9	45.8	6.3	52.1	27.1	20.8
Atembeschwerden *	93.5	4.3	2.2	93.5	2.2	4.3
Nervosität, Reizbarkeit	16.7	64.6	18.8	16.7	43.8	39.6
Schwindelgefühle	62.5	35.4	2.1	66.7	27.1	6.3
Krampfadern, Blutstauungen	87.5	12.5	-	91.7	4.2	4.2
Erschöpfung	4.2	52.1	43.8	2.1	50.0	47.9
Appetitlosigkeit	85.4	12.5	2.1	91.7	8.3	
Hautausschlag	77.1	16.7	6.3	77.1	12.5	10.4
Kreuz-, Rückenschmerzen	22.9	58.3	18.8	22.9	47.9	29.2
Allergien	77.1	16.7	6.3	81.3	14.6	4.2
Übermäßige Gewichtsabnahme	83.3	12.5	4.2	87.5	4.2	8.3
Angstgefühle	60.4	37.5	2.1	64.6	25.0	10.4
Einschlaf Schwierigkeiten **	63.8	31.9	4.3	66.0	19.1	14.9
Durchschlafprobleme durch Kind	10.4	35.4	54.2	18.8	35.4	45.8
Durchschlafprobleme o. Anlass	77.1	18.8	4.2	77.1	10.4	12.5

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangenen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
Niedergeschlagenheit	37.5	54.2	8.3	37.5	50.0	12.5
Übelkeit	100	-	-	100	-	-
Untypische Blutungen	91.7	8.3	-	91.7	6.3	2.1
Erkältungen	68.8	29.2	2.1	79.2	16.7	4.2
Arm-, Schulterschmerzen	62.5	27.1	10.4	62.5	25.0	12.5
Haarausfall, -Probleme	43.8	25.0	31.3	50.0	29.2	20.8
Trockene Scheide	68.8	22.9	8.3	70.8	18.8	10.4
Herzarrhythmien	97.9	2.1	-	97.9	-	2.1
Hormonelle Probleme	75.0	18.8	6.3	75.0	18.8	6.3
Probleme: Brüste, Brustwarzen	58.3	27.1	14.6	60.4	22.9	16.7
Psychische Labilität, Empfindlichkeit	29.2	56.3	14.6	33.3	39.6	27.1
Gelenkschmerzen, Arthrose	89.6	6.3	4.2	89.6	6.3	4.2
Kraftlosigkeit	37.5	50.0	12.5	43.8	33.3	22.9
Sehnenscheidenentzündung	89.6	6.3	4.2	91.7	2.1	6.3
Menstruationsschmerzen	83.3	16.7	-	81.3	8.3	10.4
Schweißausbrüche	58.3	39.6	2.1	62.5	31.3	6.3
Muskelverspannung	56.3	33.3	10.4	54.2	35.4	10.4

* N= 46, ** N= 47, sonst immer N= 48 Untersuchungsteilnehmerinnen

Tabelle 7 Einzelbeschwerden 4 Monate postpartum: Auftretenhäufigkeiten und Belastungstärke

6.2.1.2 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartum für die Gesamtstichprobe

Zunächst die Analyse des prinzipiellen Auftretens von Beschwerden, unabhängig von ihrer graduellen Einstufung:

Zum Untersuchungstermin 8 Monate nach der Entbindung berichten mehr als die Hälfte bis maximal 95.8 % der befragten Frauen über manchmal oder häufig auftretende Beschwerden. Das sind Beschwerden wie „Müdigkeit“, „Kopfschmerzen“, „Nervosität, Reizbarkeit“, „Erschöpfung“, „Kreuz- und Rückenschmerzen“, „Durchschlafprobleme durch das Kind“, „Niedergeschlagenheit“, „Erkältungen“, „Haarausfall und -probleme“ und „Kraftlosigkeit“. Das Item „Psychische Labilität“ erreicht eine Prozenthäufigkeit von 47.9 % bezogen auf die Auftretenshäufigkeit.

In der Bewertung der Belastung durch diese Beschwerden zeigen sich für mehr als 50 % der Mütter besonders die Items „Müdigkeit“, „Kopfschmerzen“, „Nervosität, Reizbarkeit“, „Erschöpfung“, „Kreuz- und Rückenschmerzen“ sowie „Durchschlafprobleme durch das Kind“ als etwas beziehungsweise sehr belastend. Zwischen 40 und 49 % der Stichprobe bewertet die Belastung durch „Niedergeschlagenheit“, „Erkältungen“, „Haarausfall und -probleme“, „psychische Labilität“ und „Kraftlosigkeit“ als etwas oder sehr belastend.

Beschwerden wie „zu niedrigen Blutdruck“, „Schwindelgefühle“, „Hautausschlag“, „Einschlaf Schwierigkeiten“, „Durchschlafprobleme ohne Anlass“, „Arm- und Schulterschmerzen“ sowie „Muskelverspannung“ werden von mindestens einem Viertel der Frauen, das Item „trockene Scheide“ von 23 %, „Angstgefühle“ von 20.9 % der Frauen als manchmal oder häufig vorkommend beschrieben. Bezogen auf die Häufigkeit der grundsätzlichen Belastung durch die aufgeführten Beschwerden berichten 20.9 % („Angstgefühle“) bis zu 35.5 % („Arm- und Schulterschmerzen“) der betroffenen Frauen von Belastungen in den vorangegangenen vier Monaten.

Die restlichen Beschwerden kommen entweder gar nicht oder in nur seltenerem Umfang vor.

In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse unter dem Blickwinkel des gestuften Vorkommens von extremen Ausprägungen betrachtet. Im folgenden werden diejenigen Items aufgeführt, die von mindestens 10 % der Frauen in die extremen Kategorien „häufig auftretend“ und/oder „sehr belastend“ eingeordnet werden:

Im zweistelligen Bereich der Auftretenshäufigkeit „häufig“ finden sich verschiedene Beschwerden. Die Beschwerden „Müdigkeit“ (42.6 %), „Erschöpfung“ (27.1 %), und „Durchschlafprobleme durch das Kind“ (35.4 %) werden als besonders häufig vorkommend eingestuft. Die Items „Nervosität und Reizbarkeit“, „Kreuz- und Rückenschmerzen“, „Erkältungen“, „Arm- und Schulterschmerzen“, „Haarausfall und -probleme“ und „Psychische Labilität und Empfindlichkeit“ weisen Häufigkeiten zwischen 14.6 % und 25 % auf.

Unter der Belastungsstärke „sehr“ erscheinen überdies zusätzliche Items, die im Rahmen der Häufigkeit des Auftretens noch einer mittleren Bewertung unterlagen, unter dem Aspekt der Belastung allerdings die höchste Bewertung von den Frauen erhalten. Es sind dies zusätzlich zu den oben genannten Items „Kopfschmerzen“, „Durchschlafprobleme ohne Anlass“, „Niedergeschlagenheit“, „Kraftlosigkeit“, „Menstruationschmerzen“ und „Muskelverspannung“. Für das Item „Haarausfall und -probleme“ liegt die Belastungshäufigkeit in der Kategorie der Belastungsstärke „sehr“ unter 10 %.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Ergebnissen im Zeitraum von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal, so spiegeln die Einschätzungen die verringerte Belastung und die schon gelungenen

Anpassungsleistungen wieder. Die Mütter klagen auch zum Zeitpunkt 8 Monate postpartal über Müdigkeit. Es hat sich allerdings die Häufigkeit des Auftretens von 68.6 % (Kategorie „häufig“) und 31.3 % (Kategorie „manchmal“) verschoben in eine Auftretenshäufigkeit von 42.6 % (Kategorie „häufig“) und 53.2 % (Kategorie „manchmal“). Dies ist in Übereinstimmung mit der Veränderung bei den Häufigkeiten bezogen auf das Item „Durchschlafprobleme verursacht durch das Kind“: Während im ersten Messzeitraum noch 54.2 % der Mütter über häufige Durchschlafprobleme klagen und 35.4 % der Frauen über manchmal auftretende Durchschlafprobleme berichten, sind es im zweiten Messzeitraum noch 35.4 % (Kategorie „häufig“) beziehungsweise 33.3 % (Kategorie „manchmal“). Ein Drittel der befragten Frauen berichtet über keinerlei derartige Beschwerden. Acht Monate nach der Entbindung ist die Situation der Mütter offensichtlich in Hinsicht auf den Schlafrhythmus ihres Kindes entspannter.

In Hinsicht auf die empfundene Erschöpfung verändern sich die Häufigkeiten ebenfalls im Zeitraum der Erhebung. Während bezogen auf den Messzeitraum 4 Monate postpartal nur 4.2 % der befragten Mütter über keinerlei Erschöpfungsbeschwerden klagen, sind es zum Zeitpunkt 8 Monate postpartal 25 % der Teilnehmerinnen. Die Verschiebung spiegelt sich auch in der Besetzung der beiden anderen Häufigkeitskategorien. Vier Monate postpartal erleben 52.1 % manchmal Erschöpfungssymptome und 43.8 % häufig. Acht Monate postpartal fühlen sich dagegen 47.9 % der Frauen manchmal erschöpft und 27.1 % häufig. Die Ergebnisse geben, ebenso wie die oben dargestellten, eine zum zweiten Messzeitraum (fünf bis acht Monate postpartal) entspanntere Situation wieder.

Betrachtet man die Ergebnisse in Hinsicht auf die empfundenen Beschwerden durch „Kreuz- und Rückenschmerzen“, so gibt es nur minimale Veränderungen. So berichten zum Messzeitpunkt 4pp 22.9 % der befragten Mütter über keinerlei Rückenschmerzen, 58.3 % der Frauen verspüren manchmal Rückenschmerzen und 18.8 % der Mütter haben häufig solche Beschwerden. Acht Monate postpartal haben 29.2 % der Mütter keine Rückenprobleme, aber immerhin 45.8 % der Mütter erleben manchmal solche Beschwerden und 25 % der Frauen sprechen von häufig vorkommenden Rückenbeschwerden. Im Hinblick auf den Alltag der Mütter ist davon auszugehen, dass sie kontinuierlichen Belastungen, wie Heben, Bücken, Tragen ausgesetzt sind. Mit zunehmendem Alter sind die Babys interessanter an ihrer Umgebung und wollen auch Abwechslung. Da die Kinder sich bis zum Alter von ca. 8 Monaten noch nicht allein fortbewegen können, werden sie häufig getragen oder gehoben. Weiterhin sind die Baby-Tragen, Kinderwagen, Windelpakete und Autositzschalen zu transportieren. Bei den Mehrfachmüttern kann davon ausgegangen werden, dass auch die älteren Kinder ihre Bedürfnisse anmelden. Insofern erscheinen die nur minimal auftretenden Veränderungen nicht ungewöhnlich.

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
	Gar nicht	manchmal	häufig	Gar nicht	etwas	sehr
Müdigkeit *	4.3	53.2	42.6	8.7	52.2	39.1
Zu hohen Blutdruck	100	-	-	100.0	-	-
Zu niedrigen Blutdruck	62.5	31.3	6.3	75.0	22.9	2.1
Verstopfung	77.1	22.9	-	83.3	16.7	-
Kopfschmerzen	45.8	52.1	2.1	50.0	29.2	20.8
Atembeschwerden	93.8	4.2	2.1	93.8	4.2	2.1
Nervosität, Reizbarkeit	29.2	54.2	16.7	31.3	39.6	29.2
Schwindelgefühle	72.9	25.0	2.1	75.0	20.8	4.2
Krampfadern, Blutstauungen	91.7	8.3	-	91.7	4.2	4.2
Erschöpfung	25.0	47.9	27.1	25.0	35.4	39.6
Appetitlosigkeit	89.6	8.3	2.1	93.8	6.3	-
Hautausschlag	72.9	22.9	4.2	75.0	16.7	8.3
Kreuz-, Rückenschmerzen	29.2	45.8	25.0	29.2	43.8	27.1
Allergien	83.3	10.4	6.3	87.5	8.3	4.2
Übermäß. Gewichtsabnahme* *	87.2	8.5	4.3	89.4	6.4	4.3
Angstgefühle	79.2	18.8	2.1	79.2	16.7	4.2
Einschlaf Schwierigkeiten	66.7	29.2	4.2	68.8	22.9	8.3
Durchschlafprobleme durch Kind	31.3	33.3	35.4	33.3	43.8	22.9
Durchschlafprobleme o. Anlass	75.0	16.7	8.3	75.0	12.5	12.5
Niedergeschlagenheit	43.8	52.1	4.2	52.1	35.4	12.5
Übelkeit	93.8	6.3	-	97.9	2.1	-

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangenen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
Untypische Blutungen	97.9	2.1	-	97.9	2.1	-
Erkältungen	47.9	41.7	10.4	56.3	31.3	12.5
Arm-, Schulterschmerzen	62.5	22.9	14.6	64.6	16.7	18.8
Haarausfall und -probleme	50.0	39.6	10.4	58.3	35.4	6.3
Trockene Scheide	77.1	18.8	4.2	77.1	16.7	6.3
Herzarrhythmien	95.8	4.2	-	95.8	4.2	-
Hormonelle Probleme	87.5	12.5	-	89.6	10.4	-
Probleme: Brüste, Brustwarzen	85.4	14.6	-	85.4	12.5	2.1
Psychische Labilität, Empfindlichkeit	52.1	33.3	14.6	56.3	27.1	16.7
Gelenkschmerzen, Arthrose	89.6	8.3	2.1	89.6	8.3	2.1
Kraftlosigkeit	50.0	41.7	8.3	52.1	29.2	18.8
Sehnenscheidenentzündung	87.5	10.4	2.1	87.5	8.3	4.2
Menstruationsschmerzen	64.6	33.3	2.1	68.8	20.8	10.4
Schweißausbrüche	77.1	22.9	-	83.3	12.5	4.2
Muskelverspannung	66.7	25.0	8.3	66.7	18.8	14.6

* N= 46, ** N= 47, sonst immer N= 48 Untersuchungsteilnehmerinnen

Tabelle 8 Einzelbeschwerden 8 Monate postpartum: Auftretenhäufigkeiten und Belastungstärke

6.2.1.3 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartum für die Gesamtstichprobe

Verfolgt man die Systematik der obigen Ergebnis-Strukturierung, so zeigen sich drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes folgende Ergebnisse: Mindestens 50 % bis sogar für 97.9 % der untersuchten Mütter der Gesamtstichprobe (hier 47 Mütter) berichten über Beschwerden wie „Müdigkeit“, „zu niedrigen Blutdruck“, „Kopfschmerzen“, „Nervosität und Reizbarkeit“, „Erschöpfung“, „Kreuz- und Rückenschmerzen“, „Einschlaf Schwierigkeiten“, „Durchschlafprobleme durch das Kind“, „Niedergeschlagenheit“, „Erkältungen“, „Psychische Labilität und Empfindlichkeit“, „Kraftlosigkeit“ und „Muskelverspannung“.

Von ebenfalls mindestens 50 % bis zu 93.6 % der untersuchten Frauen werden Belastungen der Stärken „etwas“ oder „sehr“ durch diese aufgeführten Items angegeben.

Immerhin 31.9 % bis maximal 42.6 % der Mütter geben an, dass sie „manchmal“ oder „häufig“ Beschwerden wie „Schwindelgefühle“, „Hautausschlag“, „Angstgefühle“, „Durchschlafprobleme ohne Anlass“, „Arm- und Schulterschmerzen“ und „Menstruationschmerzen“ erleben.

Die Einstufung der prinzipiellen Belastung durch diese Beschwerden bewegt sich in etwa ebenfalls in diesem Häufigkeitsbereich.

Analysiert man die Antworten in punkto Häufigkeit und Belastung, dann berichten mindestens 10.6 % bis zu 38.3 % der Mütter über „häufiges“ Auftreten folgender Beschwerden zum Messzeitpunkt 36pp (Die kursiv gedruckten Items heben diejenigen Beschwerden hervor, die von mehr als 30 % der Mütter als „häufig“ vorkommend beschrieben werden.): „*Müdigkeit*“, „*Nervosität und Reizbarkeit*“, „*Erschöpfung*“, „*Kreuz- und Rückenschmerzen*“, „*Durchschlafprobleme durch das Kind*“, „*zu niedrigen Blutdruck*“, „*Kopfschmerzen*“, „*Einschlaf Schwierigkeiten*“, „*Erkältungen*“, „*Arm- und Schulterschmerzen*“, „*Psychische Labilität*“ und „*Muskelverspannung*“. Mit Ausnahme des Items „*Kraftlosigkeit*“ und des Items „*Arm- und Schulterschmerzen*“ sind dies dieselben Items, die für mehr als die Hälfte aller Mütter prinzipiell beschwerderelevant sind.

Wie auch schon an früherer Stelle sollen hier exemplarisch einige der Beschwerden herausgestellt werden.

Die Belastung durch Müdigkeit scheint im Untersuchungszeitraum leicht abzunehmen, wenngleich die Ergebnisse auf einem relativ hohen Niveau bleiben. Nachdem zum Messzeitpunkt 8 Monate nach der Entbindung weniger Frauen über solche Beeinträchtigungen berichteten, sind es zum letzten Messzeitpunkt 36 Monate postpartal noch 59.6 % der Mütter, die sich manchmal müde fühlen und 38.3 %, die häufiger Müdigkeit erleben. Keine Probleme mit auftretender Müdigkeit haben lediglich 2.1 % der befragten Mütter.

In Hinsicht auf die eigene Nervosität und Reizbarkeit bezeichnen sich zu T3 (36 Monate postpartal) 31.9 % der Mütter als häufig nervös. 57.4 % der Mütter meinen, sie seien manchmal nervös und reizbar und 10.6 % schätzen sich als gar nicht nervös ein. Zum Vergleich: Zum Messzeitpunkt T2 (fünf bis acht Monate postpartal) waren es nur 16.7 % der Mütter, die sich als häufig nervös beschrieben. Weitere 54.2 % der befragten Frauen meinten, sie seien manchmal nervös und 29.2 % waren der Ansicht, sie seien gar nicht nervös und reizbar. Zum Messzeitpunkt T1 (Entbindung bis vier Monate postpartal) liegen die Werte bei 16.7 % (in der Kategorie „gar nicht“), 64.6 % (in der Kategorie „manchmal“) und 18.8 % (in der Kategorie „häufig“). Drei Jahre nach der

Entbindung ist die Gemütslage der befragten Mütter demnach schlechter als zu den beiden anderen Messzeitpunkten. Die Ursache kann in der nun schon länger bestehenden Belastung durch den Alltag mit einem oder mehreren Kindern liegen. Weiterhin ist die Lebenssituation der Stichprobe der Mütter unterschiedlich. Wie berichtet finden sich nun sowohl Mütter mit einem dreijährigen Kind in der Stichprobe als auch Mütter mit mehr als einem Kind, beziehungsweise auch schwangere Erst- und Mehrfachmütter.

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
	Gar nicht	manchmal	häufig	Gar nicht	etwas	sehr
Müdigkeit	2.1	59.6	38.3	6.4	57.4	36.2
Zu hohen Blutdruck	95.7	4.3	-	100.0	-	-
Zu niedrigen Blutdruck	44.7	38.3	17.0	53.2	36.2	10.6
Verstopfung	76.6	19.1	4.3	80.9	17.0	2.1
Kopfschmerzen	27.7	61.7	10.6	27.7	36.2	36.2
Atembeschwerden	80.9	10.6	8.5	78.7	10.6	10.6
Nervösität, Reizbarkeit	10.6	57.4	31.9	10.6	34.0	55.3
Schwindelgefühle	61.7	36.2	2.1	66.0	29.8	4.3
Krampfadern, Blutstauungen	80.9	17.0	2.1	85.1	10.6	4.3
Erschöpfung	12.8	55.3	31.9	12.8	51.1	36.2
Appetitlosigkeit	91.5	8.5	-	93.6	6.4	-
Hautausschlag	68.1	25.5	6.4	71.7	21.7	6.5
Kreuz-, Rückenschmerzen	21.3	40.4	38.3	23.4	31.9	44.7
Allergien	76.6	17.0	6.4	78.8	14.9	6.4
Übermäßige Gewichtsabnahme	97.9	2.1	-	100.0	-	-
Angstgefühle	66.0	31.9	2.1	66.0	19.1	14.9
Einschlaf Schwierigkeiten	48.9	38.3	12.8	48.9	29.8	21.3
Durchschlafprobleme durch Kind	23.4	44.7	31.9	29.8	42.6	27.7
Durchschlafprobleme o. Anlass	68.1	23.4	8.5	68.1	19.1	12.8
Niedergeschlagenheit	31.9	61.7	6.4	34.0	44.7	21.3

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
Übelkeit	83.0	17.0	-	83.0	12.8	4.3
Untypische Blutungen	83.0	12.8	4.3	87.2	8.5	4.3
Erkältungen	34.0	55.3	10.6	34.0	38.3	27.7
Arm-, Schulterschmerzen	57.4	27.7	14.9	57.4	25.5	17.0
Haarausfall und -probleme	91.5	4.3	4.3	91.5	4.3	4.3
Trockene Scheide	87.2	4.3	8.5	87.2	4.3	8.5
Herzarrhythmien	89.4	10.6	-	89.4	8.5	2.1
Hormonelle Probleme	78.7	19.1	2.1	80.9	12.8	6.4
Probleme mit Brüsten, Brustwarzen	78.7	14.9	6.4	83.0	6.4	10.6
Psychische Labilität, Empfindlichkeit	38.3	44.7	17.0	38.3	31.9	29.8
Gelenkschmerzen, Arthrose	85.1	10.6	4.3	89.4	6.4	4.3
Kraftlosigkeit *	43.5	50.0	6.5	41.3	39.1	19.6
Sehnenscheidenentzündung	89.4	6.4	4.3	89.4	4.3	6.4
Menstruationsschmerzen	59.6	34.0	6.4	68.1	21.3	10.6
Schweißausbrüche	80.9	14.9	4.3	80.9	12.8	6.4
Muskelverspannung	40.4	46.8	12.8	36.2	51.1	12.8

* N= 46, sonst immer N= 47 Untersuchungsteilnehmerinnen

Tabelle 9 Einzelbeschwerden 36 Monate postpartum: Auftretenshäufigkeiten und Belastungstärke

Nachdem die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe dargestellt wurden, sollen nun die Ergebnisse für die Teilstichproben gesondert dargestellt werden.

6.2.2 Die Ergebnisse für die Erstmütter und für die simulierte Ausgangsstichprobe

Entsprechend dem „Hypothetischen Verlaufsmodell des Übergangs zur Elternschaft“ von Gloger-Tippelt (1988), das die Bewältigung der mit dem Übergang zur Elternschaft verbundenen Anforderungen bezogen auf die Gruppe der Ersteltern darlegt, werden die Ergebnisse der Erstmütter an dieser Stelle noch einmal vertiefend analysiert. Der Focus wird in diesem Kapitel wie in dem vorhergegangenen auf die Auftretenshäufigkeit und die Belastung durch die mit den FemBeschwerden-Listen erfragten Einzelbeschwerden gelegt.

Dies geschieht in Ergänzung zur späteren Analyse der Situation der Erstmütter, die mit Hilfe der qualitativ ausgewerteten Interviews erhoben wurde. Dementsprechend werden die Ergebnisse der Erstmütter in den folgenden Ausführungen gesondert dargestellt.

Aufgrund der vielen Längsschnitterhebungen anhaftenden Problematik, dass die Untersuchungsstichprobe aufgrund eines schon eingetretenen Ereignisses zusammengestellt wurde und somit keine Daten aus früherer Zeit über die Untersuchungsteilnehmer vorliegen, habe ich mich zu folgender Vorgehensweise entschlossen:

Im Rahmen der Untersuchung wurden kinderlose Frauen gebeten, die FemBeschwerden-Liste auszufüllen. Die Altersstruktur der Frauen entspricht derjenigen der Erstmütter zum Zeitpunkt vor Eintreten der Schwangerschaft. Wie schon erläutert, wurden die Schwangerschafts-/Kindspezifischen Items dafür aus der FemBeschwerden-Liste gestrichen.

Bei der Interpretation der in den Tabellen aufgeführten Häufigkeiten ist die sich im Untersuchungszeitraum verkleinernde Stichprobengröße der Gruppe der Erstmütter zu bedenken. Entsprechend beziehen sich die Prozentsätze auf Stichprobengrößen zwischen 10 Untersuchungsteilnehmerinnen (zum Zeitpunkt 36 pp (T3)) und 27 Untersuchungsteilnehmerinnen (zum Zeitpunkt 4pp (T1)). Der Vollständigkeit halber werden die Ergebnisse trotz der geringen Datenbasis aufgeführt.

6.2.2.1 Die Ergebnisse für die simulierte Ausgangsstichprobe der kinderlosen Frauen

Die Ergebnisse der FemBeschwerden-Liste für die Frauen ohne Kinder sollen hier kurz skizziert werden. Anzumerken ist, dass diese Stichprobe nur in Hinsicht auf das Kriterium „Alter“ gematcht wurde und nur in Hinsicht auf dieses Kriterium genügend hohe Korrelationen erreicht wurden. Im Hinblick auf weitere Kriterien, wie „Einkommen“, „Bildung“ und „Berufstätigkeit“ liegen keine Ähnlichkeiten zu der Stichprobe der Erstmütter vor. Die Annahme, die Ergebnisse seien wahrscheinlich vergleichbar mit den Ergebnissen der Erstmütter zum Zeitpunkt 16 Monate vor der Entbindung, ist insgesamt fraglich. Trotzdem sollen die Ergebnisse hier dokumentiert werden. Einige Einzelbefunde werden in Verbindung mit den Befunden der Erstmütter diskutiert.

Zwischen 96.1 % und 50 % der befragten 26 Frauen geben an manchmal oder häufig unter Beschwerden wie „Müdigkeit“, „Kopfschmerzen“, „Erschöpfung“, „Kreuz- und Rückenschmerzen“, „Angstgefühle“, „Einschlaf Schwierigkeiten“, „Durchschlafprobleme ohne Anlass“, „Niedergeschlagenheit“, „Erkältungen“, „Psychische Labilität und Empfindlichkeit“, „Kraftlosigkeit“, „Menstruationsschmerzen“ und „Muskelverspannung“ zu leiden.

Eher seltener (< 15.4%) berichten die Frauen über das Auftreten und die Belastung durch Beschwerden wie „zu hohen Blutdruck“, „Krampfadern, Blutstauungen“, „übermäßige Gewichtsabnahme“, „trockene Scheide“, „Herzarrhythmien“, „hormonelle Probleme“, „Probleme mit Brüsten, Brustwarzen“ und „Sehnenscheidenentzündung“.

Verglichen mit den Erstmüttern zeigen sich insbesondere große Unterschiede in der Bewertung der Items „Durchschlafprobleme durch das Kind“ bzw. „Durchschlafprobleme durch Lärm“. Bezogen auf diese beiden Items berichten mehr Mütter von Durchschlafproblemen, die durch das Kind verursacht wurden.

Im Hinblick auf das Item „Erkältungen“ finden sich dagegen weitaus mehr Nennungen bei den Frauen ohne Kinder. So berichten 41.7 % der Frauen über manchmal vorkommende Erkältungen und 10.4 % der Frauen sind der Ansicht, sie seien häufig erkältet. Demgegenüber stehen bei den Erstmüttern im Zeitraum bis zu 4 Monaten postpartal 33.3 % (Kategorie „manchmal“) und 66.7 % (Kategorie „gar nicht“). Zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartal verändert sich aber auch in der Stichprobe der Mütter das Bild: 55.3 % der befragten Mütter aus der Gesamtstichprobe (N=47) sind manchmal erkältet und 10.6 % häufig. Bei den verbliebenen Erstmüttern (N= 10) sind es zu diesem Zeitpunkt 60 %, die manchmal erkältet sind und 20 %, die häufig erkältet sind.

Weitere augenfällige Unterschiede ergeben sich für die Items „Übelkeit“ und „Menstruationsschmerzen“, die häufiger von den Frauen ohne Kinder erlebt werden. Von den N = 26 Frauen ohne Kinder berichten 30.8 % über manchmal vorkommende Übelkeit und 7.7 % über häufig auftretende Übelkeit. Zum Vergleich dazu tritt diese Beschwerde bei den N =27 Erstmüttern zum Messzeitpunkt 4pp gar nicht auf, zum Messzeitpunkt 8pp finden sich lediglich 11.1 % Nennungen in der Kategorie „manchmal“ vorkommende Übelkeit. Zum letzten Messzeitpunkt beklagen 20 % (von N = 10 Erstmüttern) manchmal auftretende Übelkeit, während in der Gesamtstichprobe (N=47 Erst- und Mehrfachmütter) 17 % der Frauen manchmal Übelkeit erleben.

Menstruationsschmerzen treten bei 46.2 % der Frauen ohne Kinder manchmal auf, bei 23.1 % sogar häufig. Die Gruppe der Erstmütter berichtet zum Messzeitraum bis zu 4 Monaten postpartal erwartungsgemäß von weniger vorkommenden Schmerzen: Lediglich 14.8 % (von N=27 Erstmüttern) finden sich in der Kategorie „manchmal“. Vier Monate später (8 Monate postpartal) nähern sich die Werte dann an: 33.3 % der Erstmütter berichten über manchmal erlebte Menstruationsschmerzen und 3.7 % über häufig vorkommende Menstruationsschmerzen. Zum letzten Messzeitpunkt 3 Jahre postpartal (36pp) findet sich die Hälfte der 10 Erstmütter mit ihrer Einschätzung in der Kategorie „manchmal“ vorkommende Menstruationsschmerzen wieder. Bezogen auf die Gesamtstichprobe (N = 47 Erst- und Mehrfachmütter) weist die Tabelle eine Häufigkeit von 34 % in der Kategorie „manchmal“ und 6.4 % in der Kategorie „häufig“ auf. Verglichen mit der Gesamtstichprobe scheint die Gruppe der Frauen ohne Kinder stärkere Belastungen durch Menstruationsschmerzen zu verspüren, als die Gruppe der Mütter. Ich werte dieses Ergebnis darüber hinaus als Hinweis darauf, dass spezifisch weibliche Beschwerden für alle Frauen relevant sind und somit auch in den klassischen Beschwerdenlisten erhoben werden sollten.

Ein ebenfalls auffälliger Unterschied zeigt sich in der Häufigkeit und Belastung durch das Item „Niedergeschlagenheit“. Während nur 15.4 % der Frauen ohne Kinder in den letzten vier Monaten „gar nicht“ niedergeschlagen waren, waren es bei den Erstmüttern (immer noch) 44.4 % zum Zeitpunkt 4 Monate postpartal, die sich als „gar nicht niedergeschlagen“ einstuften. Von den N=26 Frauen ohne Kinder fühlen sich 65.4 % manchmal niedergeschlagen und 19.2 % häufig. Bei den Erstmüttern sind es in der Kategorie „manchmal“ 48.1 % zum Messzeitpunkt 4pp und 51.9 % zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartal. In der Kategorie „häufig“ finden sich 7.4 % (4pp) der Erstmütter wieder und vier Monate später 0 % (8pp). Von den N=10 Erstmüttern, die kein weiteres Kind bekommen haben sind drei Jahre nach der Entbindung 6 und damit 60 % der Erstmütter manchmal niedergeschlagen, von den N=47 Müttern der Gesamtstichprobe fühlen sich 61.7 % manchmal und 6.4 % häufig

niedergeschlagen. Im Vergleich zu der Gruppe der Frauen ohne Kinder liegen die Werte der Mütter im positiveren Bereich. Aufgrund der fehlenden tatsächlichen Ursprungsdaten der Mütter können die gefundenen Unterschiede leider nicht mit Sicherheit interpretiert werden. Es ist fraglich, ob diese Unterschiede durch „Mutterglück“ zustandekommen oder auf eine mangelnde Vergleichbarkeit mit der parallelisierten Stichprobe zurückzuführen sind. Nachvollziehbar ist dagegen der Anstieg der Nennungen der Niedergeschlagenheit bei den Müttern im Untersuchungszeitraum.

Weitere Items, die der Skala der gynäkologischen Beschwerden entstammen, sind die Items „Probleme mit Brüsten, Brustwarzen“ und „trockene Scheide“. Bei den Frauen ohne Kinder fallen nur 15.4 % der Nennungen auf die Kategorie „manchmal vorkommende Probleme mit der Brust oder den Brustwarzen“. Weiterhin haben 84.6 % von ihnen keinerlei derartige Probleme. Im Messzeitraum bis zu vier Monaten nach der Entbindung berichten im Vergleich dazu 22.2 % der befragten N=27 Erstmütter über „manchmal“ aufgetretene Beschwerden, beziehungsweise 14.8 % der Erstmütter äußern „häufig“ erfahrene Beschwerden in diesem Sinne.

Es verwundert nicht, dass 37 % der Erstmütter über solche Probleme berichten, da die meisten in diesem Zeitraum gestillt haben oder versucht haben zu stillen. Vier Monate später (8pp) gleicht sich das Bild an das der Frauen ohne Kinder an: 85.2 % der Erstmütter haben keine solchen Probleme mehr und 14.8 % klagen über manchmal vorkommende Probleme mit der Brust oder den Brustwarzen. Bedenkt man die Lebenssituation der Mütter, so ist davon auszugehen, dass diejenigen Mütter, die mit dem Stillen Probleme haben, relativ früh wieder abstillen, so dass im zweiten Messzeitraum eher die Mütter weiterstillen, die keinerlei Probleme gehabt haben oder gut damit umgehen können. Drei Jahre später hat keine der befragten 10 Erstmütter Probleme mit der Brust oder den Brustwarzen. In der Gesamtstichprobe, in der sich zu diesem Zeitpunkt auch schwangere Mütter und Mütter mit kleinen Babys befinden, sind es 78.7 % (gar nicht), 14.9 % (manchmal) und 6.4 % (häufig).

Im Hinblick auf Beschwerden wie eine „trockene Scheide“ finden sich bei den Frauen ohne Kindern 84.6 %, die über keinerlei solche Beschwerden klagen und 15.4 %, die manchmal solche Beschwerden verspüren. Dagegen sind es im Vergleich bei den Erstmüttern (N =27) nur 63.0 %, die solche Beschwerden nicht kennen und 29.6 %, die manchmal beziehungsweise 7.4 %, die sogar häufig darunter leiden. Da diese Beschwerden mit der Umstellung nach der Entbindung zu tun haben, ist davon auszugehen, dass vier Monate später geringere Belastungen vorhanden sind, was sich auch durch die gefundenen Ergebnisse bestätigt: 74.1 % der befragten Erstmütter berichten über keine solchen Beschwerden, 22.2 % erleben manchmal solche Beschwerden und 3.7 % häufig. Drei Jahre nach der Entbindung stufen sich alle zehn Erstmütter ohne Kinder in der Kategorie „gar nicht vorkommende“ Beschwerden ein. In der Gesamtstichprobe sind 87.2 % der Frauen der Ansicht, sie haben keine solchen Beschwerden und 4.3 % meinen, sie haben manchmal eine trockene Scheide beziehungsweise 8.5 % der Mütter, die häufig ein solches Empfinden haben. Ebenso wie die anderen gynäkologischen Items unterliegt das Auftreten dieses Items offensichtlich einer Veränderung, wenn der postpartale Verlauf zugrunde gelegt wird.

Das Vorkommen von Belastungen durch Kreuz- und Rückenschmerzen verteilt sich in der Stichprobe der Frauen ohne Kinder wie folgt: 26.9 % der Frauen (N=26) haben keinerlei solche Beschwerden, 46.2 % haben manchmal Kreuz- und Rückenschmerzen und 26.9 % häufig. Diese meiner Ansicht nach hohe Anzahl findet sich tendenziell auch bei den befragten Erstmüttern bis zum Zeitpunkt 4 Monate postpartal (T1). 29.6 % der Erstmütter in der Kategorie „gar nicht“ stehen 51.9 % in der Kategorie „manchmal“ gegenüber und 18.5 % in der Kategorie „häufig“.

Vier Monate später (zu T2) gibt es eine leichte Verbesserung, dann haben von 27 Erstmüttern 37 % keine Rückenschmerzen, aber immerhin noch 44.4 % „manchmal“ und 18.5 % „häufig“ Rückenbeschwerden.

Drei Jahre nach der Entbindung geben zwei Erstmütter an, keine Rückenbeschwerden zu haben, vier haben „manchmal“ solche Beschwerden und weitere vier „häufig“.

In der Gesamtstichprobe (N = 47) ist die Verteilung ähnlich, dort finden sich 21.3 % der Mütter, die keine Beschwerden aufweisen, 40.4 %, die „manchmal“ solche Beschwerden verspüren und schließlich 38.3 %, die „häufig“ Rückenprobleme haben.

Verglichen mit den Ergebnissen der Frauen ohne Kinder, scheinen die Mütter drei Jahre nach der Entbindung einer höheren Belastung durch Rückenprobleme ausgesetzt zu sein. Unterstellt man eine stärkere körperliche Belastung durch tägliche Arbeiten, wie das Heben, Tragen und Bücken, so könnte dies eine Ursache dafür sein. Andererseits ist die Gruppe der Frauen ohne Kinder jünger, so dass auch ein normaler Alterungs- und Abnutzungsprozess als alternative Erklärung dienen könnte.

Die Ergebnisse für die Stichprobe der kinderlosen Frauen, die anhand des Kriteriums „Alter“ in bezug auf die Erstmütter parallelisiert wurden, sind in folgender Aufstellung wiedergegeben.

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangenen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
	Gar nicht	manchmal	häufig	Gar nicht	etwas	sehr
Müdigkeit	3.8	53.8	42.3	26.9	53.8	19.2
Zu hohen Blutdruck	92.0	8.0	-	96.2	3.8	-
Zu niedrigen Blutdruck	57.7	34.6	7.7	69.2	30.8	-
Verstopfung	76.9	19.2	3.8	84.6	11.5	3.8
Kopfschmerzen	30.8	42.3	26.9	34.6	34.6	30.8
Atembeschwerden	73.1	26.9	-	73.1	23.1	3.8
Nervosität, Reizbarkeit	7.7	73.1	19.2	19.2	38.5	42.3
Schwindelgefühle	53.8	34.6	11.5	57.7	26.9	15.4
Krampfadern, Blutstauungen	92.3	7.7	-	92.3	3.8	3.8
Erschöpfung	30.8	42.3	26.9	38.5	26.9	34.6
Appetitlosigkeit	73.1	26.9	-	80.8	19.2	-
Hautausschlag	69.2	23.1	7.7	73.1	15.4	11.5
Kreuz-, Rückenschmerzen	26.9	46.2	26.9	38.5	34.6	26.9
Allergien	73.1	19.2	7.7	73.1	15.4	11.5

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
Übermäßige Gewichtsabnahme	92.3	7.7	-	92.3	3.8	3.8
Angstgefühle	50.0	34.6	15.4	50.0	26.9	23.1
Einschlaf Schwierigkeiten	50.0	26.9	23.1	61.5	7.7	30.8
Durchschlafprobleme durch Lärm	73.1	23.1	3.8	76.9	15.4	7.7
Durchschlafprobleme o. Anlass	50.0	26.9	23.1	57.7	19.2	23.1
Niedergeschlagenheit	15.4	65.4	19.2	23.1	42.3	34.6
Übelkeit	61.5	30.8	7.7	65.4	26.9	7.7
Untypische Blutungen	80.8	15.4	3.8	84.6	11.5	3.8
Erkältungen	19.2	65.4	15.4	38.5	42.3	19.2
Arm-, Schulterschmerzen	76.9	15.4	7.7	76.9	15.4	7.7
Haarausfall und -probleme	61.5	30.8	7.7	73.1	15.4	11.5
Trockene Scheide	84.6	15.4	-	84.6	11.5	3.8
Herzarrhythmien	88.5	11.5	-	88.5	11.5	-
Hormonelle Probleme	84.6	11.5	3.8	84.6	11.5	3.8
Probleme mit Brüsten, Brustwarzen	84.6	15.4	-	84.6	15.4	-
Psychische Labilität, Empfindlichkeit	19.2	57.7	23.1	23.1	42.3	34.6
Gelenkschmerzen, Arthrose	80.8	19.2	-	80.8	11.5	7.7
Kraftlosigkeit *	50.0	42.3	7.7	50.0	38.5	11.5
Sehnenscheidenentzündung	92.3	7.7	-	92.3	3.8	3.8
Menstruationsschmerzen	30.8	46.2	23.1	38.5	23.1	38.5
Schweißausbrüche	65.4	23.1	11.5	69.2	7.7	23.1
Muskelverspannung	42.3	38.5	19.2	50.0	26.9	23.1

N=26

Tabelle 10 Einzelbeschwerden der simulierten Ausgangsstichprobe praepartum: Auftretenshäufigkeiten und Belastungstärke

6.2.2.2 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 4 Monate postpartum für die Erstmütter

Im Sinne einer ersten Sichtung werden nun die wichtigsten Auffälligkeiten der Ergebnisse der Teilstichprobe der Erstmütter herausgestellt.

Dominierend treten insgesamt die Items aus der Skala mit den psychischen Beschwerden auf. Dies spiegelt die Anstrengung der Umstellung nach der Entbindung wieder, wie das auch das Modell von Gloger-Tippelt (1988) in dem idealtypischen Verlauf nahelegt. Kaum eine der Erstmütter klagt nicht über Erschöpfung und Müdigkeit sowie über durch das Kind verursachte Schlafprobleme. Nur ca. ein Viertel bis knapp ein Drittel der Erstmütter ist nicht nervös, psychisch labil und empfindlich und klagt nicht über Rückenbeschwerden.

Ungefähr die Hälfte der N = 27 Erstmütter erfahren in den ersten vier Monaten nach der Geburt darüber hinaus Beschwerden wie „zu niedrigen Blutdruck“, „Kopfschmerzen“, „Angstgefühle“, „Niedergeschlagenheit“, „Haarausfall und -probleme“, „Kraftlosigkeit“, „Schweißausbrüche“ und „Muskelverspannung“.

Über kein Vorkommen von „Haarausfall und Haarproblemen“ berichten 48.1 % der Erstmütter. Dagegen erlebten 18.5 % diese Beschwerde „manchmal“ und 33.3 %, und damit ein Drittel der Erstmütter, hatten „häufig“ Haarausfall. Die Bewertung in Hinsicht auf die Belastung durch die letztgenannte Beschwerde ist allerdings nicht ganz symmetrisch zur Auftretenshäufigkeit, sondern wird von den Müttern moderat bewertet.

Eher seltener (0 bis 15 %) berichten die befragten Erstmütter über Beschwerden wie „zu hohen Blutdruck“, „Atembeschwerden“, „Krampfadern, Blutstauungen“, „Appetitlosigkeit“, „Hautausschlag“, „Übelkeit“, „untypische Blutungen“, „Herzarrhythmien“, „Gelenkschmerzen, Arthrose“, „Sehnenscheidenentzündung“ und „Menstruationsschmerzen“. Dies entspricht auch in etwa der Belastungseinschätzung durch diese Beschwerden.

Insgesamt fällt auf, dass zu diesem Messzeitpunkt die Kategorie der Auftretens-Häufigkeit „häufig“ dreizehnmal und die der Kategorie „sehr“, die die Belastungs-Stärke wiedergibt, neunmal nicht besetzt ist. Die detaillierten Ergebnisse sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangenen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
	Gar nicht	manchmal	Häufig	Gar nicht	etwas	sehr
Müdigkeit	-	37.0	63.0	18.5	33.3	48.1
Zu hohen Blutdruck	100.0	-	-	100.0	-	-
Zu niedrigen Blutdruck	55.6	40.7	3.7	70.4	25.9	3.7
Verstopfung	74.1	22.2	3.7	77.8	14.8	7.4
Kopfschmerzen	48.1	40.7	11.1	51.9	25.9	22.2
Atembeschwerden *	92.0	8.0	-	92.0	8.0	-
Nervosität, Reizbarkeit	25.9	63.0	11.1	22.2	44.4	33.3
Schwindelgefühle	74.1	25.9	-	77.8	14.8	7.4
Krampfadern, Blutstauungen	85.2	14.8	-	92.6	3.7	3.7
Erschöpfung	7.4	48.1	44.4	3.7	55.6	40.7
Appetitlosigkeit	88.9	7.4	3.7	88.9	11.1	-
Hautausschlag	85.2	14.8	-	85.2	7.4	7.4
Kreuz-, Rückenschmerzen	29.6	51.9	18.5	29.6	48.1	22.2
Allergien	81.5	18.5	-	85.2	14.8	-
Übermäßige Gewichtsabnahme	74.1	18.5	7.4	77.8	7.4	14.8
Angstgefühle	59.3	37.0	3.7	59.3	29.6	11.1
Einschlaf Schwierigkeiten	63.0	29.6	7.4	66.7	14.8	18.5
Durchschlafprobleme durch Kind	3.7	44.4	51.9	18.5	40.7	40.7
Durchschlafprobleme o. Anlass	74.1	18.5	7.4	74.1	11.1	14.8
Niedergeschlagenheit	44.4	48.1	7.4	44.4	44.4	11.1
Übelkeit	100.0	-	-	100.0	-	-

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangenen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
Untypische Blutungen	96.3	3.7	-	96.3	3.7	-
Erkältungen	66.7	33.3	-	81.5	18.5	-
Arm-, Schulterschmerzen	70.4	25.9	3.7	70.4	25.9	3.7
Haarausfall und -probleme	48.1	18.5	33.3	51.9	37.0	11.1
Trockene Scheide	63.0	29.6	7.4	66.7	22.2	11.1
Herzarrhythmien	96.3	3.7	-	96.3	-	3.7
Hormonelle Probleme	77.8	18.5	3.7	77.8	22.2	-
Probleme mit Brüsten, Brustwarzen	63.0	22.2	14.8	66.7	18.5	14.8
Psychische Labilität, Empfindlichkeit	29.6	59.3	11.1	37.0	37.0	25.9
Gelenkschmerzen, Arthrose	85.2	11.1	3.7	85.2	11.1	3.7
Kraftlosigkeit *	44.4	40.7	14.8	51.9	29.6	18.5
Sehnenscheidenentzündung	96.3	3.7	-	96.3	3.7	-
Menstruationsschmerzen	85.2	14.8	-	85.2	7.4	7.4
Schweißausbrüche	51.9	48.1	-	55.6	37.0	7.4
Muskelverspannung	48.1	48.1	3.7	48.1	44.4	7.4

N= 27 Erstmütter, *N= 25 Erstmütter

Tabelle 11 Einzelbeschwerden der Erstmütter 4 Monate postpartum: Auftretenshäufigkeiten und Belastungstärke

6.2.2.3 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartum für die Erstmütter

An dieser Stelle erfolgt die Darstellung der Ergebnisse für die Einzelbeschwerden in Hinsicht auf die wahrgenommene Auftretenshäufigkeit und Belastung im Messzeitraum fünfter bis achter Monat postpartal. Wie das Modell von Gloger-Tippelt (1988) erläutert, sollten in diesem Zeitraum erste Gewöhnungseffekte, im Sinne eines Nachlassens der Beschwerden und einer verbesserten Bewältigung der Anforderungen, auftreten.

Die extremeren Kategorien „häufig“ vorkommend und „sehr“ belastend sind zu diesem Messzeitpunkt siebzehnmal beziehungsweise zwölftmal unbesetzt. Dies kann als erste Bestätigung der durch das Modell getroffenen Aussage der Belastungsverminderung gewertet werden.

48.1 % bis 92.3 % der untersuchten Erstmütter bemerken Beschwerden wie „Müdigkeit“, „Kopfschmerzen“, „Nervosität und Reizbarkeit“, „Erschöpfung“, „Kreuz- und Rückenschmerzen“, „Durchschlafprobleme durch das Kind“, „Niedergeschlagenheit“, „Erkältungen“, „Haarausfall und -probleme“, „psychische Labilität und Empfindlichkeit“ und „Kraftlosigkeit“.

In Hinsicht auf die Belastung durch diese Symptome variieren die Prozentsätze zwischen 88.0 % und 40.7 % der Erstmütter.

Eher selten (0 % bis 14.8 %) treten Beschwerden wie „zu hohen Blutdruck“, „Atembeschwerden“, „Krampfadern, Blutstauungen“, „Appetitlosigkeit“, „Allergien“, „übermäßige Gewichtsabnahme“, „Übelkeit“, „untypische Blutungen“, „Herzarrhythmien“, „hormonelle Probleme“, „Probleme mit Brüsten und Brustwarzen“, „Gelenkschmerzen, Arthrose“ und „Sehnenscheidenentzündung“ in Erscheinung.

Die Belastungseinschätzung korrespondiert im wesentlichen mit der Häufigkeit des Auftretens.

Die ausführliche Darstellung der Auftretenshäufigkeit und der Belastung durch die erfragten Einzelbeschwerden findet sich in der nachstehenden Tabelle.

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangenen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
	Gar nicht	manchmal	häufig	Gar nicht	etwas	sehr
Müdigkeit**	7.7	50.0	42.3	12.0	48.0	40.0
Zu hohen Blutdruck	100.0	-	-	100.0	-	-
Zu niedrigen Blutdruck	74.1	22.2	3.7	85.2	14.8	-
Verstopfung	70.4	29.6	-	74.1	25.9	-
Kopfschmerzen	48.1	48.1	3.7	51.9	29.6	18.5
Atembeschwerden	92.6	3.7	3.7	92.6	3.7	3.7
Nervösität, Reizbarkeit	37.0	48.1	14.8	40.7	40.7	18.5
Schwindelgefühle	70.4	29.6	-	74.1	22.2	3.7
Krampfadern, Blutstauungen	92.6	7.4	-	92.6	3.7	3.7
Erschöpfung	29.6	48.1	22.2	29.6	37.0	33.3
Appetitlosigkeit	92.6	7.4	-	100.0	-	-
Hautausschlag	81.5	18.5	-	81.5	14.8	3.7
Kreuz-, Rückenschmerzen	37.0	44.4	18.5	37.0	40.7	22.2
Allergien	85.2	14.8	-	88.9	11.1	-
Übermäßige Gewichtsabnahme	81.5	14.8	3.7	85.2	11.1	3.7
Angstgefühle	77.8	22.2	-	77.8	22.2	-
Einschlaf Schwierigkeiten	55.6	37.0	7.4	59.3	29.6	11.1
Durchschlafprobleme durch Kind	22.2	40.7	37.0	25.9	51.9	22.2
Durchschlafprobleme o. Anlass	63.0	22.2	14.8	63.0	18.5	18.5
Niedergeschlagenheit	48.1	51.9	-	59.3	37.0	3.7
Übelkeit	88.9	11.1	-	96.3	3.7	-
Untypische Blutungen	100.0	-	-	100.0	-	-

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangenen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
Erkältungen	48.1	40.7	11.1	55.6	25.9	18.5
Arm-, Schulterschmerzen	70.4	25.9	3.7	70.4	18.5	11.1
Haarausfall und -probleme	51.9	40.7	7.4	63.0	33.3	3.7
Trockene Scheide	74.1	22.2	3.7	74.1	18.5	7.4
Herzarrhythmien	92.6	7.4	-	92.6	7.4	-
Hormonelle Probleme	92.6	7.4	-	92.6	7.4	-
Probleme mit Brüsten, Brustwarzen	85.2	14.8	-	85.2	11.1	3.7
Psychische Labilität, Empfindlichkeit	51.9	37.0	11.1	55.6	25.9	18.5
Gelenkschmerzen, Arthrose	85.2	14.8	-	85.2	14.8	-
Kraftlosigkeit *	51.9	44.4	3.7	51.9	33.3	14.8
Sehnenscheidenentzündung	92.6	7.4	-	92.6	7.4	-
Menstruationsschmerzen	63.0	33.3	3.7	70.4	22.2	7.4
Schweißausbrüche	70.4	29.6	-	81.5	11.1	7.4
Muskelverspannung	66.7	29.6	3.7	66.7	22.2	11.1

*N= 25 Erstmütter, **N= 26 Erstmütter, sonst immer N= 27 Erstmütter

Tabelle 12 Einzelbeschwerden Erstmütter 8 Monate postpartum: Auftretenhäufigkeiten und Belastungstärke

Acht Monate nach der Entbindung ist das Befinden der befragten Erstmütter also immer noch stark von Müdigkeit geprägt. Die psychischen Befindlichkeiten wie „Nervosität und Reizbarkeit“, „Erschöpfungsgefühle“ und „Angstgefühle“ sowie „Niedergeschlagenheit“ sind für mindestens die Hälfte der befragten Erstmütter relevant. Sie sind allerdings im Vergleich zu den Ergebnissen vier Monate vorher etwas positiver. Falls sich bei der späteren statistischen Überprüfung ein signifikanter Unterschied belegen lässt, so würde dies auf die Gültigkeit des Phasenverlaufs nach Gloger-Tippelts Modell des Übergangs zur Elternschaft hindeuten. Nach Ansicht des Modells befinden sich die Erstmütter ausgehend von der „Phase der Herausforderung und Umstellung“ (2. bis 6. Monat postpartal) zum Zeitpunkt 8 Monate postpartal in der „Gewöhnungsphase“.

6.2.2.4 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartum für die Erstmütter

Im folgenden werden die Auftretenshäufigkeiten und die Belastungsstärken durch die erfragten Einzelbeschwerden für den letzten Messzeitraum (ca. drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes) erläutert. Wie berichtet, hat sich im Laufe des Untersuchungszeitraums die Stichprobe bezogen auf ihren generativen Status in der Weise verändert, dass einige der Erstmütter ein weiteres Mal entbunden haben oder zum letzten Messzeitpunkt schwanger waren. Um die Entwicklung derjenigen Erstmütter unbeeinflusst von ihren generativen Veränderungen zu erfassen, werden aus diesem Grund nur die Ergebnisse für diejenigen Erstmütter mit stabilem generativen Status aufgeführt.

Trotz der daraus folgenden geringen Datenbasis von verbleibenden 10 Erstmüttern sollen die Befunde (in Prozent) für den dritten Messzeitpunkt der Vollständigkeit halber dargestellt werden.

Erste Auffälligkeiten liegen in der geringen Ausschöpfung der extremen Kategorien der Häufigkeit „häufig“ und der Belastung „sehr“.

60 % bis 100 % (also 6 bis 10!) der Erstmütter berichten über die folgenden Beschwerden: „Müdigkeit“, „Kopfschmerzen“, „Nervosität und Reizbarkeit“, „Erschöpfung“, „Kreuz- und Rückenschmerzen“, „Einschlaf Schwierigkeiten“, „Durchschlafprobleme durch das Kind“, „Niedergeschlagenheit“, „Erkältungen“, „Menstruationsschmerzen“ und „Muskelverspannungen“.

Sehr viele Beschwerden treten selten oder gar nicht (0 bis 30 %, also bei bis zu drei Erstmüttern) im dritten Messzeitraum (T3) auf. Es sind dies Beschwerden wie „zu hohen Blutdruck“, „zu niedrigen Blutdruck“, „Verstopfung“, „Atembeschwerden“, „Schwindelgefühle“, „Krampfadern, Blutstauungen“, „Appetitlosigkeit“, „Hautausschlag“, „Allergien“, „übermäßige Gewichtsabnahme“, „Angstgefühle“, „Durchschlafprobleme ohne Anlass“, „Übelkeit“, „untypische Blutungen“, „Arm- und Schulterschmerzen“, „Haarausfall“, „trockene Scheide“, „Herzarrhythmien“, „hormonelle Probleme“, „Probleme mit Brust oder Brustwarzen“, „Gelenkschmerzen, Arthrose“, „Kraftlosigkeit“, „Sehnenscheidenentzündung“ und „Schweißausbrüche“.

Eine genaue Aufstellung gibt die folgende Tabelle wieder.

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangenen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
	Gar nicht	manchmal	häufig	Gar nicht	etwas	sehr
Müdigkeit	-	80.0	20.0	-	90.0	10.0
Zu hohen Blutdruck	100.0	-	-	100.0	-	-
Zu niedrigen Blutdruck	70.0	20.0	10.0	70.0	30.0	-
Verstopfung	90.0	10.0	-	90.0	10.0	-
Kopfschmerzen	30.0	50.0	20.0	30.0	40.0	30.0
Atembeschwerden	90.0	10.0	-	90.0	10.0	-
Nervosität, Reizbarkeit	20.0	70.0	10.0	20.0	50.0	30.0
Schwindelgefühle	80.0	20.0	-	80.0	10.0	10.0
Krampfadern, Blutstauungen	80.0	20.0	-	90.0	10.0	-
Erschöpfung	30.0	50.0	20.0	30.0	60.0	10.0
Appetitlosigkeit	90.0	10.0	-	90.0	10.0	-
Hautausschlag	70.0	30.0	-	70.0	30.0	-
Kreuz-, Rückenschmerzen	20.0	40.0	40.0	30.0	10.0	60.0
Allergien	90.0	10.0	-	90.0	10.0	-
Übermäßige Gewichtsabnahme	100.0	-	-	100.0	-	-
Angstgefühle	80.0	20.0	-	80.0	20.0	-
Einschlaf Schwierigkeiten	30.0	60.0	10.0	30.0	30.0	40.0
Durchschlafprobleme durch Kind	20.0	80.0	-	40.0	50.0	10.0
Durchschlafprobleme o. Anlass	70.0	20.0	10.0	70.0	20.0	10.0
Niedergeschlagenheit	40.0	60.0	-	40.0	40.0	20.0
Übelkeit	80.0	20.0	-	80.0	20.0	-
Untypische Blutungen	90.0	10.0	-	90.0	10.0	-

Item-Bezeichnung	Häufigkeit des Auftretens in den vorangegangenen vier Monaten (in Prozent)			Belastung in den vorangegangen vier Monaten durch die genannte Beschwerde (in Prozent)		
Erkältungen	20.0	60.0	20.0	20.0	30.0	50.0
Arm-, Schulterschmerzen	90.0	10.0	-	90.0	10.0	-
Haarausfall und -probleme	100.0	-	-	100.0	-	-
Trockene Scheide	100.0	-	-	100.0	-	-
Herzarrhythmen	90.0	10.0	-	90.0	10.0	-
Hormonelle Probleme	90.0	10.0	-	100.0	-	-
Probleme mit Brüsten, Brustwarzen	100.0	-	-	100.0	-	-
Psychische Labilität, Empfindlichkeit	60.0	40.0	-	60.0	20.0	20.0
Gelenkschmerzen, Arthrose	90.0	10.0	-	100.0	-	-
Kraftlosigkeit *	70.0	30.0	-	60.0	30.0	10.0
Sehnenscheidenentzündung	100.0	-	-	100.0	-	-
Menstruationsschmerzen	50.0	50.0	-	70.0	30.0	-
Schweißausbrüche	90.0	10.0	-	90.0	10.0	-
Muskelverspannung	40.0	60.0	-	20.0	70.0	10.0

N= 10 Erstmütter

Tabelle 13 Einzelbeschwerden der Erstmütter 36 Monate postpartum: Auftretenshäufigkeiten und Belastungstärke

6.2.3 Zusammenfassung

Bei einer ersten Betrachtung der Ergebnisse (in Prozent) fallen immer wieder die psychisch definierten Beschwerden auf. Insbesondere die Items, die sich auf den Schlaf der Mütter (s. auch das Item „Müdigkeit“), auf die Ausgeglichenheit („Nervosität und Reizbarkeit“, „Psychische Labilität“), auf die Stimmung („Niedergeschlagenheit“) sowie auf die Kraftreserven („Erschöpfung“, „Kraftlosigkeit“) beziehen. Diese Items unterliegen zwar im Untersuchungszeitraum leichten Schwankungen, stellen aber dennoch die Beschwerden mit den höchsten Nennungen dar. Bezogen auf die Anzahl der Nennungen finden sich ähnliche Ergebnisse für das Auftreten von Rückenschmerzen: Mehr als 70 % der Gesamtstichprobe klagt im gesamten Untersuchungsverlauf über Kreuz- und Rückenschmerzen.

Die Auftretenshäufigkeit von Ängsten schwankt ebenfalls im Untersuchungszeitraum: Bis zum vierten Monat postpartal erleben 60.4 % der Mütter (von N = 47 Erst- und Mehrfachmüttern) keine Angstgefühle. Dagegen erfahren 37.5 % der befragten Mütter manchmal und 2.1 % häufig Angstgefühle in diesen ersten vier Monaten postpartal. Betrachtet man die weitere Entwicklung in den folgenden vier Monaten (fünfter bis achter Monat), so äußern nur noch 18.8 % der befragten Frauen manchmal auftretende und 2.1 % häufig auftretende Ängste. Diese Frauen stehen 8 Monate postpartal 79.2 % der Mütter gegenüber, die gar keine Angstgefühle im Zeitraum fünf bis acht Monate postpartal erlebten. Drei Jahre nach der Entbindung findet sich ein erneuter Anstieg der Ergebnisse: Zu diesem Zeitpunkt äußert lediglich 66 % keine Angst, 31.9 % manchmal und 2.1 % der Frauen ängstigt sich häufig. Die Ergebnisse für die Erstmütter verzeichnen ebenfalls einen Abfall zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartal. Die Ergebnisse für den Messzeitraum 32 bis 36 Monate postpartal spiegeln ebenfalls ähnlich wie dem vorhergehenden Messzeitpunkt niedrige Belastungswerte für das Item „Angstgefühle“ wieder. Diese Ergebnisse sind aber aufgrund der geringen Datenbasis (N =10) nicht eindeutig zu interpretieren.

Denkbar ist allerdings, dass die Abnahme der Angstgefühle zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartal die zunehmende Sicherheit und die Bewältigung der ersten postpartalen Zeit wiedergibt. Der Anstieg der Werte der Gesamtstichprobe drei Jahre nach der Entbindung könnte ein Hinweis auf erneute Belastungen durch veränderte Familiensituationen (erneute Schwangerschaft, weitere Entbindungen...) sein, falls die bei den Erstmüttern gefundenen niedrigen Belastungen (36pp) Gültigkeit haben. Allerdings sind verschiedene andere Erklärungsmöglichkeiten für das Auftreten von Angstgefühlen denkbar: Auslöser könnten ebenso die wirtschaftliche Situation der Mütter und ihrer Familien, die damit verbundene berufliche Situation, als auch auftretende Krankheiten und anderes sein.

Eine weitere Kategorie von Beschwerden scheint phasenabhängige Auftretenshäufigkeiten aufzuweisen. Beschwerden wie „Kopfschmerzen“, „Menstruationsschmerzen“ und „Erkältungen“ scheinen über die Zeit gesehen zuzunehmen. Andere Beschwerden wie „Schweißausbrüche“, „Haarausfall und -probleme“ und „Probleme mit Brust oder Brustwarzen“ sowie „trockene Scheide“ dagegen abzunehmen, so dass die einzelnen Beschwerden über den Untersuchungszeitraum betrachtet scheinbar eine unterschiedliche Relevanz haben.

Die unterschiedliche Auftretenshäufigkeit von Symptomen wurde auch schon durch eine Studie von Gjerdigen et.al. (1993) nachgewiesen: Danach traten bei den mit Hilfe von Fragebögen untersuchten N=436 Erstmüttern insbesondere im ersten und auch noch bis zum dritten Monat postpartal Beschwerden durch „Brustentzündungen und – schmerzen“ auf, ebenso wie die im ersten Monat häufiger vorkommenden Symptome wie „Müdigkeit“,

„Hämorrhoiden“, „Appetitmangel“, „Verstopfung“, „Schweißausbrüche“, „Akne“, „Hand-Taubheit oder Kribbeln“, „Schwindel“ und „Hitzewallungen“.

Einen Anstieg an Beschwerden durch „Infekte der Atemwege“, „Erkältungen“, „sexuellen Symptomen“ und „Haarausfall“ stellen die Autoren im dritten Monat fest.

„Erkältungen“ werden bei den drei folgenden Messungen (6 Monate postpartal, 9 Monate postpartal und 12 Monate postpartal) von 40 % der Probandinnen mitgeteilt. Über „Haarausfall“ berichten 6 Monate postpartal 20 % der Teilnehmerinnen, anschließend fällt die Häufigkeit jedoch wieder ab. Als persistierende Symptome werden „Müdigkeit“ und „sexuelle Probleme“ (sexuelle Unlust, schmerzhafter Koitus, Orgasmusprobleme) von den Autoren benannt.

Das in der FemBeschwerden-Liste enthaltene Item „hormonelle Probleme“ stammt ähnlich wie einige der oben genannten aus der Unterskala der gynäkologischen Beschwerden. 75 % der Gesamtstichprobe berichten im Zeitraum bis zu 4 Monate postpartal über keine derartigen Beschwerden. Im zweiten Messzeitraum (fünf bis acht Monate postpartal) verbessert sich die Beschwerdesituation für weitere 12.5 %, so dass 87.5 % der befragten Frauen über keinerlei hormonelle Probleme berichten. Bei den 27 Erstmüttern verändert sich die Häufigkeit von 77.8 % (4pp) auf 92.6 % (8pp) derjenigen Frauen ohne hormonelle Probleme.

In der Gesamtstichprobe findet sich drei Jahre postpartal ein leichter Anstieg: Zu diesem Zeitpunkt bemerken nur noch 78.7 % keine hormonellen Beschwerden. Bei den zehn Erstmüttern, die im Untersuchungsverlauf keine weiteren Schwangerschaften und Entbindungen erlebten, finden sich 9 Frauen, die keine Beschwerden äußern und eine Erstmutter, die manchmal hormonelle Probleme beklagt. Sollten diese auf wenigen Aussagen beruhenden Ergebnisse repräsentativ sein, so würde das eine geringere Belastung der Erstmütter durch hormonelle Probleme belegen. Hierzu sollten allerdings spätere Untersuchungen mit einer breiteren Datenbasis endgültige Aussagen machen.

Insgesamt ist zusammenfassend insbesondere die Veränderlichkeit der gynäkologischen Beschwerden auffällig. Der Abnahme von mit der Schwangerschaft und Geburt verbundenen Beschwerden steht die Zunahme von Beschwerden durch Menstruationsschmerzen gegenüber.

Unter Hinzuziehung der Ergebnisse der simulierten Ausgangsstichprobe zeigen sich ähnliche Tendenzen in der Weise, dass die psychisch definierten Items von einem großen Teil der befragten Frauen als relevant erlebt werden. Weiterhin treten Beschwerden durch „Erkältungen“, „Kopfschmerzen“ und „Menstruationsschmerzen“ bei mindestens 70 % der Frauen ohne Kinder auf. Aufgrund der mangelnden Korrelation in Hinsicht auf weitere stichprobenbeschreibende Merkmale (Bildung, Beruf, Familienstand) werden die Ergebnisse der Stichprobe der Frauen ohne Kinder nicht näher diskutiert. Wie erwähnt, sollte diese Zusatzerhebung einen Versuch darstellen, die fehlende Daten-Baseline zu ersetzen. Ich halte dieses Vorhaben im Ergebnis nicht für gelungen. Darüber hinaus könnte sich die parallelisierte Stichprobe auch in ihren Persönlichkeitsmerkmalen, wie „Ängstlichkeit“ oder „Selbstsicherheit“ gravierend von der Stichprobe der Erstmütter unterscheiden.

Nachdem hier nun eine erste Sichtung der Einzelauftretenshäufigkeiten und der damit verbundenen Belastung stattfand, schließt sich ein weiterer Schritt in der Datenverarbeitung und –auswertung an. Um der Verknüpfung von Auftretenshäufigkeit und Belastungsstärke Rechnung zu tragen, werden die Kategorien mathematisch in Form von kombinierten Häufigkeits-Belastungs-Werten repräsentiert. Die Darstellung findet sich dazu im folgenden Kapitel.

6.3 Die Ergebnisse: Auswertung der Gesamtskala und der Unterskalen

Während im vorhergehenden Kapitel die Häufigkeiten der Einzelbeschwerden sowie die empfundene Belastung durch sie im Focus der Aufmerksamkeit stehen, beschäftigen sich die nachstehenden Ausführungen mit der Betrachtung der kombinierten Häufigkeits-Belastungs-Werte auf Skalen-Ebene.

Es bieten sich für die Untersuchung verschiedene Perspektiven an:

- 1) In welchem Ausmaß treten Belastungen durch die von den FemBeschwerden abgefragten Items auf?
- 2) Wie stellen sich die Ergebnisse für die Gesamtskala der FemBeschwerden-Liste dar?
- 3) Welche Befunde resultieren aus der Auswertung über ausgewählte Unterskalen (Psychische Beschwerden, somatische Beschwerden, orthopädische Beschwerden, gynäkologische Beschwerden)?
- 4) Gibt es Veränderungen über die Zeit (Längsschnitt)?
- 5) Gibt es Unterschiede zwischen den Teilstichproben (Querschnitt)?

Eine Anmerkung zur Auswertung und Darstellung: In den einzelnen Kapiteln werden die gewonnenen Ergebnisse in Tabellenform zusammengeführt. Da es sich bei meiner Untersuchung um eine kleine Stichprobe handelt, habe ich nicht nur die Mittelwerte und die dazugehörigen Standardabweichungen berechnet, sondern auch die Mediane, die ebenso wie die Perzentil-Werte geeigneter deskriptive Mittel darstellen, um die Verteilung der Daten zu charakterisieren (s. Lienert & Sarris, 1980, S. 2489). Darüber hinaus ermöglicht SPSS die Berechnung eines sogenannten Schiefe-Index. Dieser gibt laut SPSS einen Anhaltspunkt für die Verteilung der Daten. Werte von „0“ sind als Hinweis auf normalverteilte Daten und Werte größer als „1“ als Hinweis auf nicht-normalverteilte Daten zu interpretieren. Bei einer positiven signifikanten Schiefe handelt es sich um linkslastige Verteilungen mit einem langen rechten Flügel, bei einer negativen signifikanten Schiefe dagegen um rechtslastige Verteilungen mit einem langen linken Flügel.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße, die sich durch den sich verändernden generativen Status im Verlauf der Studie für die Untergruppen weiter reduziert hat sowie infolge des Skalenniveaus der Daten, werden für die statistische Analyse die voraussetzungsärmeren non-parametrischen Verfahren verwendet (s. dazu Lienert & Sarris, 1980; Bortz & Lienert, 1998; Siegel, 1997).

Die nachstehenden Ausführungen beziehen sich zunächst auf die Auswertung der Ergebnisse auf der Gesamtskala der FemBeschwerden-Liste, um dann die Resultate in Hinsicht auf die Unterskalen zu analysieren. Beginnend mit der Darstellung der Ergebnisse der Gesamtstichprobe werden dann demzufolge jeweils die Ergebnisse der Teilstichproben zunächst für die Gesamtskala und dann für die Unterskalen erläutert.

In Verbindung mit diesen deskriptiven Darlegungen erfolgen die mit Hilfe der non-parametrischen Verfahren vorgenommenen Vergleiche.

6.3.1 Gesamtskala FemBeschwerden

6.3.1.1 Die FemBeschwerden-Liste: Ergebnisse für die Gesamtstichprobe

Die FemBeschwerden-Liste erfaßt mit ihren 36 Items sowohl psychische als auch somatische Beschwerden und deren Bewertung. Durch die Gewichtung (Häufigkeit der Beschwerden multipliziert mit der spezifischen Belastung) und Transformation in Rangreihen ergibt sich für die Gesamtskala ein rechnerisches mögliches Wertespektrum von 36 Punkten bis maximal 216 Punkten (6 Punkte x 36 Items). Die Skala weist für den ersten Messzeitraum bis zu vier Monaten postpartal eine Trennschärfe von $\alpha = 0.84$ (jeweils bezogen auf $N = 45$ und 36 Items) auf. Für den zweiten Messzeitraum fünf bis acht Monate postpartal liegt der alpha-Wert bei $\alpha = 0.85$ und für den letzten Messzeitraum 32 bis 36 Monate postpartal bei $\alpha = 0.85$.

Messzeitpunkt	Gültig für N Frauen	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum	Perzentile 25 %	50 %	75 %
4pp	48	83.42	20.26	81.00	47	150	68.25	81.00	91.75
8pp	48	74.75	21.12	69.00	42	132	58.50	69.00	86.75
36pp	47	85.13	21.81	83.00	49	143	67.00	83.00	98.00

Tabelle 14 Frequencies der FemBeschwerden-Liste (Rangsummenwert des kombinierten Belastungshäufigkeitswerts bezogen auf 36 bzw. 37 Items) für die Gesamtstichprobe

Bezogen auf den Messzeitpunkt 4pp liegt der Mittelwert für die Gesamt-Skala bei 83.42 Punkten und die Standardabweichung bei 20.26 Punkten. Der Wertebereich liegt zwischen 47 Punkten (Minimum) und 150 Punkten (Maximum). Die Werteskala wird damit nicht voll ausgeschöpft. Der Kennwert für die Schiefe liegt bei 1.04. Die Daten sind somit linksschief verteilt. Bei genauerer Betrachtung erreichen 25 % der Frauen Werte bis 68.25 Punkten, 50 % erlangen Werte bis zu 81 Punkten und schließlich liegen 75 % der Mütter mit ihren Ergebnissen im Wertespektrum bis zu 91.75 Punkten. Weitere 25 % erreichen Werte zwischen 91.75 Punkten und 150 Punkten. Ein genauerer Blick auf die Daten zeigt, dass der extreme Wert von 150 Punkten nur einmal vertreten ist und zwar mit deutlichem Abstand zu den vorhergehenden Ergebnissen von 125 und 129 Punkten.

Für den zweiten Messzeitraum (8pp) liegt der Mittelwert bei 74.75 und die Standardabweichung bei 21.12 Punkten. Der Wertebereich schwankt hier zwischen 42 Punkten im Minimum und 132 Punkten im Maximum. Der Wertebereich ist hier offensichtlich nicht vollständig ausgeschöpft. Der Kennwert für die Schiefe der Verteilung liegt bei .89 und ist damit annähernd normalverteilt. Gut die Hälfte der Mütter erreichen zu diesem Messzeitpunkt 8 Monate nach der Entbindung Werte bis 69 Punkten. Weitere 25 % erlangen bis zu 86.75 Punkten. Immerhin 25 % und damit 12 Frauen bekommen Werte zwischen 86.75 und 132 Punkten. Zum Messzeitpunkt 8pp liegen alle statistischen Kennwerte unter denen des Messzeitpunkts 4pp. Dies legt nahe, dass die Frauen zu diesem Messzeitpunkt (8pp) eine geringere Belastung verspüren, als vier Monate nach der Entbindung.

Im Vergleich dazu fällt der Mittelwert des dritten Messzeitpunkts (36 pp) mit 85.13 Punkten höher aus bei einer Standardabweichung von 21.81 Punkten. Auch das Minimum ist mit 49 Punkten im Vergleich leicht erhöht, das Maximum findet sich bei 143 Punkten. Mit einem Wert von .68 ist die Schiefe der Verteilung gekennzeichnet und kann als normalverteilt beschrieben werden.

Der Messwertbereich wird ähnlich wie zum Messzeitpunkt 4pp ausgeschöpft. Der Median liegt mit 83 Punkten ähnlich wie der zu 4pp (81 Punkte). Ein Viertel der Frauen erreicht Werte im oberen Bereich zwischen 83 Punkten und 98 Punkten, ein weiteres Viertel schließlich Werte zwischen 98 Punkten und 143 Punkten. Über alle Messzeitpunkte findet sich eine große Streuung der Ergebnisse, die Ausdruck findet in der hohen Standardabweichung.

Für die Gesamtstichprobe scheint die Belastung drei Jahre nach der Entbindung verglichen mit den Ergebnissen vier Monate nach der Entbindung zumindest gleich stark, vielleicht sogar etwas erhöht zu sein. Die Ergebnisse befinden sich aber in jedem Fall über dem Niveau der Ergebnisse zum Messzeitpunkt 8pp. Die Werte können dahingehend interpretiert werden, dass die Mütter zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartal eine ähnliche, leicht erhöhte Belastung empfinden wie zum Messzeitpunkt 4 Monate postpartal.

Die Frage, ob sich die Messungen zu den drei Messzeitpunkten vier Monate postpartal, acht Monate postpartal und schließlich 36 Monate postpartal signifikant unterscheiden, wird durch die Rangvarianzanalyse von Friedmann prinzipiell bestätigt: Mindestens zwei der drei Messungen sind unterschiedlich ($p=.002$).

Der Verlauf der Beschwerden-Entwicklung wird graphisch im folgenden dargestellt. Zu beachten ist, dass die Entfernung der Messzeitpunkte nicht exakt proportional auf den Achsen wiedergegeben ist. Die Grafik verdeutlicht lediglich die Unterschiedlichkeit der Höhe der Werte zu den drei Messzeitpunkten. Da die Achse nicht stetig aufgebaut ist und keine Zwischenergebnisse zum Beispiel für den Zeitpunkt 24 Monate postpartal vorliegen, wird dem zeitlichen Verlauf und der abrupten oder stetigen Veränderung nur minimal Rechnung getragen. Dies ist bei der Interpretation der später folgenden Verlaufsgrafiken ebenfalls zu berücksichtigen.

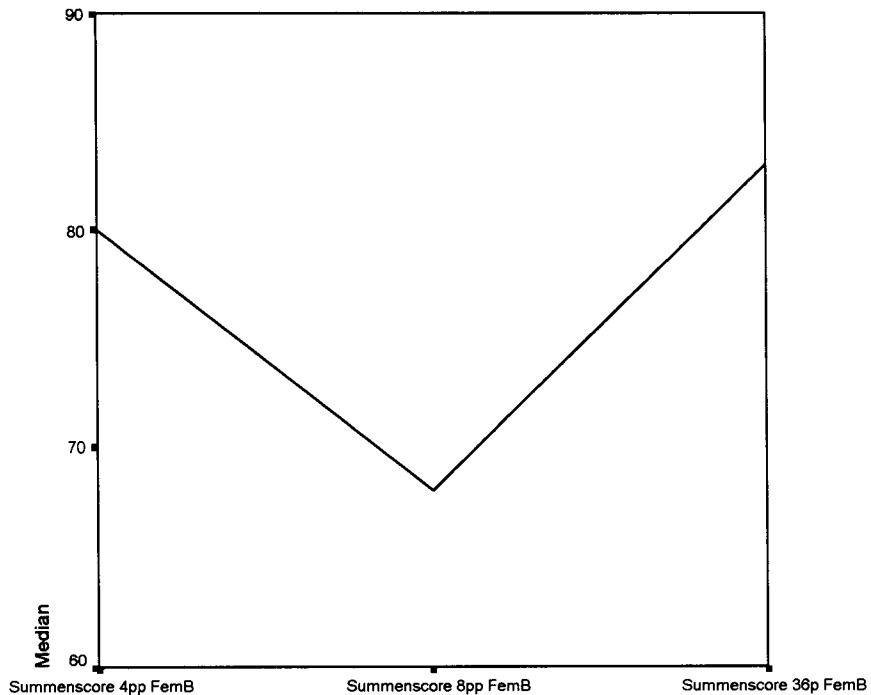


Abbildung 14 Veränderung der Rangsummenscores der FemBeschwerden (36 Items) über die drei Messzeitpunkte (postpartal)

Um genauer zu erfahren, welche der drei Messungen sich unterscheiden, wird der Wilcoxon-Vorzeichenrang-Test für abhängige Paare durchgeführt. Der Wilcoxon-Test macht anders als der Vorzeichentest nicht nur Aussagen über die Richtung des Unterschiedes zwischen zwei Stichproben, sondern auch über den Umfang des Unterschiedes. Als Test für zwei verbundene Stichproben vergleicht er die einzelnen Werte der Gesamtstichprobe. Er macht Aussagen darüber, welcher Paarling „größer als“ der andere ist und er bringt die Differenzen hinsichtlich ihrer absoluten Größe in eine Rangordnung (Siegel, 1997, S. 72 ff).

Es interessieren die Vergleiche zwischen den Messungen T1 (4 Monate postpartal) und T2 (8 Monate postpartal). Weiterhin werden verglichen die Ergebnisse zu T2 (8 Monate postpartal) mit denen von T3 (36 Monate postpartal) sowie die Resultate zu T1 (4 Monate postpartal) und zu T3 (36 Monate postpartal).

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Vergleich der Ergebnisse auf der FemBeschwerden-Liste: 8 Monate postpartal und 4 Monate postpartal SIGES8PP Summenscore der Indikator Variablen 8pp gesamt - SIGES4PP Summenscore der Indikator-Variablen 4pp gesamt	Negative Ränge	30	22,97	689,00
	Positive Ränge	10	13,10	131,00
	Bindungen	5		
	Gesamt	45		
Vergleich der Ergebnisse auf der FemBeschwerden-Liste: 36 Monate postpartal und 8 Monate postpartal SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt - SIGES8PP Summenscore der Indikator Variablen 8pp gesamt	Negative Ränge	15	16,37	245,50
	Positive Ränge	30	26,32	789,50
	Bindungen	0		
	Gesamt	45		
Vergleich der Ergebnisse auf der FemBeschwerden-Liste: 36 Monate postpartal und 4 Monate postpartal SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt - SIGES4PP Summenscore der Indikator-Variablen 4pp gesamt	Negative Ränge	26	18,96	493,00
	Positive Ränge	18	27,61	497,00
	Bindungen	1		
	Gesamt	45		

Tabelle 15 Rangplatzvergleiche Gesamtstichprobe (N=45) für die FemBeschwerden-Liste

Bei 30 Müttern von 45 liegen die Summenwerte acht Monate nach der Entbindung unter den Summenwerten des Messzeitraums von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal. Lediglich bei 10 Müttern ist das Verhältnis umgekehrt, während sich die Ergebnisse bei fünf Müttern überhaupt nicht verändert haben. Die niedrigeren Summenwerte zu T2 (fünf bis acht Monate postpartal) bei den erwähnten 30 Müttern sprechen für eine in diesem Zeitraum geringere Beschwerdenbelastung im Sinne der abgefragten Items.

Der Vergleich der Ergebnisse des zweiten und dritten Messzeitpunkts zeigt 15 Fälle, bei denen die Summenwerte acht Monate postpartal höher liegen als ca. drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes. Demgegenüber stehen 30 Fälle, bei denen die Summenwerte zum letzten Messzeitpunkt (T3) ein höheres Ergebnis und damit eine stärkere Beschwerdenbelastung aufweisen. Es liegt kein Fall mit unverändertem Ergebnis für diese Messungen vor. Entsprechend dieser Vergleichsergebnisse ist von einer größeren Belastung durch die erfragten körperlichen und psychischen Beschwerden im dritten Messzeitraum auszugehen.

Der dritte Paarvergleich der Messungen T1 (4pp) und T3 (36 pp) führt zu folgenden Resultaten: Es finden sich 26 Fälle, bei denen die Ergebnisse drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes (36pp) unter den Ergebnissen des ersten Messzeitraumes (4pp) liegen. Bei immerhin 18 Fällen zeigt sich dagegen ein umgekehrtes Verhältnis. Eine Mutter erreicht zu beiden genannten Untersuchungszeitpunkten gleich hohe Ergebnisse.

Wie die Rangsummen und die vorher errechneten Werte nahelegen, gibt es signifikante Unterschiede (s. Anhang). Diese Berechnungen zeigen, dass erstens die Werte vom Messzeitpunkt T1 (4pp) signifikant höher sind im Vergleich zu den Ergebnissen vom Messzeitpunkt T2 (8pp) ($p \leq .00$, einseitig), dass zweitens ein signifikanter Unterschied ($p \leq .002$, zweiseitig) zwischen der zweiten und dritten Messung existiert und drittens, dass kein signifikanter Unterschied zwischen der ersten und dritten Messung nachzuweisen ist ($p \leq .984$, zweiseitig).

Entsprechend der Ableitungen des Modells von Gloer-Tippelt verringern sich die Belastungen vom Messzeitraum bis zu vier Monaten postpartal zum Messzeitraum fünf bis acht Monate postpartal. Die Ergebnisse zwischen der zweiten und dritten Messung sind signifikant unterschiedlich (H1 ist somit bestätigt), während die Unterschiedlichkeit der Ergebnisse „36pp – 4pp“ nicht zu belegen ist. Der Blick auf die deskriptiven Werte und die Rangsummen legt eher eine hohe Ähnlichkeit nahe, ebenso wie $p = \alpha = .984$.

Somit scheint die Belastung für alle Mütter durch die abgefragten Items der FemBeschwerden im Messzeitraum von der Entbindung bis vier Monate postpartal vermutlich ähnlich hoch zu sein, wie im Messzeitraum 32 bis zu 36 Monaten postpartal, unterbrochen von einer geringeren Belastung fünf bis acht Monate postpartal.

Der starke Abfall der Beschwerden zum zweiten Messzeitpunkt (8pp) und der Anstieg der Beschwerden zum dritten Messzeitpunkt (36pp) sind erstaunlich deutlich. Im folgenden sollen noch einige Überlegungen dargestellt werden, inwieweit methodische Charakteristika diese Ergebnisse mitzuverantworten haben:

Bei der Interpretation der Werte ist wichtig zu erinnern, dass der Messzeitraum von T1 (4pp) retrospektiv gleichzeitig mit dem zweiten Messzeitraum T2 (8pp) erhoben wurde. Bei retrospektiv gewonnenen Ergebnissen wird in der Regel von einer „rosa-roten Brille“ der Erinnerungsverklärung ausgegangen, im Sinne einer selbst konstruierten Erinnerung. Solche oder ähnliche Verzerrungen in den Urteilen können auch in diese Ergebnisse Eingang gefunden haben. Wenn diese Phänomene auch hier wirksam waren, dann gibt es möglicherweise Verzerrungen in die Richtung, dass die Befindlichkeit in der ersten Phase postpartal noch schlechter war, als nun durch diese retrospektive Erhebung erfasst wurde.

Ebenso ist nicht auszuschliessen, dass die Befindlichkeit zum Zeitpunkt der tatsächlichen Erhebung (T2), im dazu zeitlich näherliegenden Messzeitraum fünf bis acht Monate postpartal positiver bewertet wird und im Kontrast dazu die Zeit direkt nach der Entbindung eine tendenziell negativere Einschätzung erfährt. Ob solche Urteilstendenzen tatsächlich vorliegen, ist nicht endgültig zu klären.

Allerdings ist es meines Erachtens auch möglich, dass sich die Mütter, aufgrund der erfahrenen zunehmenden Souveränität in der Bewältigung des Übergangs zur Mutterschaft, retrospektiv sogar eher zu den empfundenen Belastungen äußern wollen und können. Dies gilt insbesondere für die psychischen Beschwerden, die im Kontrast stehen zu dem sonst durch Medien und Zeitschriften vermitteltem Bild der glückstrahlenden Mutter. Insofern besteht einerseits die Möglichkeit, dass die Ergebnisse für den ersten Messzeitraum (von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal) positiver ausgefallen sind, als die eigentliche Beschwerdenhäufigkeit tatsächlich war. Andererseits sprechen die genannten Argumente ebenso für eine valide Abbildung beziehungsweise eine negative Übertreibung der Befindlichkeit der Mütter zu diesem Zeitpunkt. Da die Daten für die Messzeiträume 4 Monate postpartal und 8 Monate postpartal gemeinsam zum Zeitpunkt 8 Monate nach der Entbindung erhoben wurden, ist diese Frage nicht entscheidbar.

Weiterhin ist wichtig, dass sich der generative Status gut der Hälfte der Stichprobe bis zur Erhebung 36 Monate postpartal verändert hat. Eine mögliche Erklärung für den Anstieg der Werte zum letzten Messzeitpunkt könnte in der zusätzlichen Belastung durch weitere Entbindungen und Anforderungen durch weitere Kinder liegen. Wäre dies zutreffend, so müßten die Ergebnisse für Erstmütter, Mehrfachmütter und neue Mehrfachmütter unterschiedlich ausfallen.

Im folgenden werden die Ergebnisse für die verschiedenen Teilstichproben beschrieben.

6.3.1.2 Die FemBeschwerden-Liste: die Ergebnisse nach generativem Status getrennt

Betrachtet man die Ergebnisse der FemBeschwerden-Liste differenziert nach der Zugehörigkeit zur Gruppe der Erstmütter (E), der Mehrfachmütter (M) und der Schwangeren (S) so ergibt sich folgendes Bild.

Messzeitpunkt	Teilstichprobe	Gültig für N Frauen	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Perzentile 25 %	50 %	75 %
(16prae partum)	Erstmütter (simul.)	26	85.92	25.82	46	137	62.75	87.50	102.75
4pp	E	27	80.48	20.72	47	150	67.00	79.00	89.00
	M	21	87.19	19.48	59	129	73.00	85.00	101.50
8pp	E	28	73.11	19.79	47	132	58.00	68.00	83.00
	M	21	76.86	23.03	42	124	61.50	74.00	94.00
36pp	E	10	73.80	12.85	53	92	60.25	76.00	84.75
	M	28	88.32	23.45	49	143	70.00	83.00	106.00
	S	9	87.78	22.13	57	120	66.50	89.00	108.00

Tabelle 16 Frequencies der FemBeschwerden-Liste (Rangsummenwert des kombinierten Belastungs-Häufigkeitswerts bezogen auf 36 Items) für die Teilstichproben

Zum Messzeitpunkt 4pp erreichen die Erstmütter einen Mittelwert von 80.48 Punkten und einen Median von 79 Punkten. Die Standardabweichung liegt bei 20.72. Der Wertebereich wird im Minimum bei 47 Punkten und im Maximum von 150 Punkten festgelegt bezogen auf 27 Mütter. Der Schiefe-Index von 1.51 belegt eine deutlich linksschiefe Verteilung.

Dagegen weist die parallelisierte Stichprobe der Frauen ohne Kinder einen Mittelwert von 85.92 Punkten bei einer Standardabweichung von 25.82 Punkten auf. Mit einem Median von 87.50 Punkten liegen die Werte hier über denen der Erstmütter. Allerdings ist dieser Unterschied nicht signifikant (Wilcoxon-Test), so dass längsschnittlich betrachtet die Unterschiedlichkeit der Ergebnisse nicht gestützt werden kann. Bedauerlicherweise liegen nicht die Originaldaten der Erstmütter vor, so dass die hier getroffenen Aussagen ohnehin nur mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Zum Vergleich liegen die Mehrfachmütter mit ihrem Mittelwert von 87.19 Punkten und ihrem Median von 85 Punkten ebenfalls höher, bei einer Standardabweichung von 19.48. Das Minimum befindet sich bei 59 Punkten und das Maximum bei 129 Punkten. Der Schiefe-Index von .59 unterstützt eher die Annahme einer Normalverteilung der Werte bezogen auf 21 Mütter.

Die Gruppe der Erstmütter hat zwar niedrigere Durchschnittswerte, schöpft aber das Wertespektrum mit 150 Punkten weiter aus, als die Gruppe der Mehrfachmütter. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass dies ein Ausreißer verursacht. Der nächste Bezugs-Wert liegt bei 113 Punkten. Es erscheint die Annahme gerechtfertigt, dass die Mehrfachmütter zum Messzeitpunkt 4pp über eine höhere Belastung durch Beschwerden leiden, als die Erstmütter. Dies leuchtet unmittelbar ein, da die Mehrfachmütter nicht nur ihren neugeborenen Säugling versorgen müssen, sondern noch ein weiteres Kind oder mehrere andere Kinder. Die Signifikanzprüfung mit dem Mann-Whitney-U-Test erbringt aber keinen signifikanten Unterschied ($p = .201$).

Die Populationskennwerte zum Messzeitpunkt 8pp sind für die 28 Erstmütter folgende: Der Mittelwert befindet sich mit 73.11 Punkten oberhalb des Medians von 68 Punkten, bei einer Standardabweichung von 19.79. Der Schiefe-Index von 1,20 belegt eine linksschiefe Verteilung. Das Wertespektrum erreicht Werte von 47 Punkten im Minimum und geht hoch bis zu 132 Punkten im Maximum.

Die Gruppe der 21 Mehrfachmütter lässt sich beschreiben über den erreichten Mittelwert von 76.86 Punkten, einem Median von 74 Punkten und einer Standardabweichung von 23.03 Punkten. Der Schiefe-Index von .60 lässt die Annahme einer Normalverteilung der Daten noch gerechtfertigt erscheinen. Mit 42 Punkten als Minimum und 124 Punkten als maximalem Wert ist die Ausschöpfung des Werte-Raums zu kennzeichnen.

Im Vergleich zu den Erstmüttern sind die Parameter leicht erhöht, während die Spannweite der Werte annähernd gleich ist. Auch zu diesem Messzeitpunkt scheinen die Mehrfachmütter eine stärkere Belastung als die Erstmütter zu verspüren. Die Signifikanzprüfung mit dem Mann-Whitney-Test belegt aber auch in diesem Fall keinen signifikanten Unterschied ($p = .661$) zwischen der Gruppe der Erstmütter und der Gruppe der Mehrfachmütter.

Die Betrachtung der Entwicklung der Werte von 4pp zu 8pp zeigt, dass die Belastungs-Werte vom Messzeitpunkt 4pp zum Messzeitpunkt 8pp für beide Gruppen sinken ($p \leq .004$ „Erstmütter“ und $p \leq .001$ „Mehrfachmütter“, einseitig getestet).

Dies legt eine Abnahme der Belastung nahe, die möglicherweise erklärbar ist durch eine zunehmende Routine im Alltagsleben mit dem Neugeborenen. Dafür unterstützende Erklärungen könnten sein, ein verbesserter Schlafrhythmus des Säuglings, Abstellen des Säuglings, zunehmende Reife auch der anderen Kinder der

Mehrfachmütter. Dieses Ergebnis entspricht den Angaben des Modells von Gloger-Tippelt für die Erstmütter und für die Mehrfachmütter.

36 Monate nach der Entbindung des Zielkindes der Untersuchung werden die Frauen aufgrund des eventuell veränderten generativen Status in drei Gruppen unterteilt.

Diejenigen Mütter, die außer dem Zielkind kein weiteres Kind bekommen haben (10 Erstmütter) sind in Hinsicht auf die Ergebnisse auf der FemBeschwerden-Skala mit einem Mittelwert von 73.80 Punkten, einem Median von 76 Punkten und einer Standardabweichung 12.85 Punkten zu charakterisieren. Der Schiefe-Index von -.36 induziert einen normalverteilten Wertespiegel für diese 10 Erstmütter. Mit Werten zwischen 53 und 92 Punkten für 37 abgefragte Items scheint diese Gruppe 3 Jahre nach der Entbindung des Zielkindes eine geringere Beschwerden-Belastung zu verspüren als zu den anderen Messzeitpunkten.

Die Gruppe der 28 Mehrfachgebärenden umfasst zu diesem Zeitpunkt die ursprüngliche Teilstichprobe der Mehrfachmütter, wie auch diejenigen Erstmütter, die inzwischen ein weiteres Kind bekommen haben.

Der Mittelwert von 88.32 Punkten ist leicht über dem Median von 83 Punkten angesiedelt, bei einer Standardabweichung von 23,45 Punkten. Der Schiefe-Index hat mit .59 noch eine akzeptable Höhe zur Unterstützung der Normalverteilungshypothese. Das Wertespektrum liefert minimale Werte von 49 bis zum höchsten Wert von 143 Punkten. Damit übertrifft die Gruppe der Mehrfachmütter die Gruppe der verbliebenen Erstmütter um 51 Punkte auf der Gesamt-Skala in Hinsicht auf die empfundene körperlich-seelische Belastung zu diesem Zeitpunkt. Der Unterschied zwischen den Ergebnissen der beiden Teilstichproben wird mit dem Mann-Whitney-Tests untersucht. Mit $p = .074$ (zweiseitig, exakte Signifikanz) ist kein signifikanter Unterschied nachweisbar. Aufgrund der geringen Stichprobengröße und der Unterschiede in den mittleren Rängen ($E=14.10$; $M = 21.43$) interpretiere ich diese Ergebnisse dennoch eher als Hinweis auf eine vermutlich stärkere Belastung der Mehrfachmütter, wobei an dieser Stelle keine weiteren Interpretationen und Annahmen über die Verursachung der Beschwerden gemacht werden sollen.

Die dritte Gruppe der schwangeren Mütter von 9 Frauen erreicht 87.78 Punkte im Mittel, bei einer Standardabweichung von 22.13 Punkten. Gut die Hälfte der Schwangeren bekommt einen Wert bis 89 Punkten und liegt damit über den Medianen der beiden anderen Teilstichproben. Der Schiefe-Indikator .20 bestätigt eine eher normalverteilte Datenkurve. Das Minimum mit 57 Punkten begrenzt mit dem Maximum von 120 Punkten den Werteraum der sieben schwangeren Erstmütter und der zwei schwangeren Mehrfachmütter. In der Tendenz scheint die Gruppe der schwangeren Mütter einer höheren Gesamt-Belastung ausgesetzt zu sein, als die beiden anderen Gruppen. So verweisen die Daten zum Messzeitpunkt 36pp auf eine eher niedrigere Belastung der oben beschriebenen verbliebenen Erstmütter hin, verglichen mit den übrigen Frauen der Stichprobe.

Der Median-Test weist allerdings keinen signifikanten Unterschied ($p = .332$) zwischen den drei Gruppen „Erstmütter“, „Mehrfachmütter“ und „Schwangere“ zum Messzeitpunkt 36 pp auf. Da der Median-Test aber ein sehr robustes Instrument darstellt und die zu vergleichenden Teilstichproben unterschiedlich groß und zum Teil relativ sparsam besetzt sind, ist ein Unterschied hier zwar nicht nachzuweisen, allerdings nicht völlig auszuschliessen. Weitere Forschung mit größeren Stichproben könnte hier Aufschluss bringen.

6.3.1.3 Verläufe für diejenigen Mütter mit unverändertem generativen Status (Gesamtskala)

Der generative Status hat sich für fast 50 % der Mütter im Untersuchungszeitraum verändert. Aus diesem Grund werden für die Signifikanzprüfung über den gesamten Untersuchungszeitraum nun die Ergebnisse derjenigen Mütter verwendet, die zum jeweiligen Messzeitpunkt noch den Kriterien ihrer generativen Teilstichprobe entsprechen. Wie schon erläutert, ergeben sich daraus je nach Messzeitpunkt unterschiedlich große Teilstichproben, deren Grösse darüber hinaus davon abhängt, ob von der jeweiligen Teilnehmerin über die beiden zu vergleichenden Messungen komplette Datensätze vorliegen. Ist das nicht der Fall, können für diese Untersuchungsteilnehmerin keine Vergleichs-Berechnungen vorgenommen werden.

Zunächst die Betrachtung der Entwicklung der Ergebnisse über den Untersuchungszeitraum (längsschnittlich):

Für die N=10 Erstmütter, deren Kind zu T3 drei Jahre alt ist, findet sich bezogen auf die Ergebnisse der FemBeschwerden-Gesamtliste ein signifikant höheres Ergebnis ($p = \alpha = .006$ (Wilcoxon Test, exakte Signifikanz 1-seitig)) für die erste Messung im Vergleich zur zweiten Messung. Dies spricht für eine signifikant starke Beschwerdenbelastung in den ersten vier Monaten nach der Entbindung. Dagegen lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Ergebnissen der zweiten und dritten Messung finden ($p = .17$). Dasselbe ($p = \alpha = .51$) gilt für den Vergleich zwischen der ersten und dritten Messung.

Für die N=14 Mehrfachmütter, deren jüngstes Kind zu T3 drei Jahre alt ist, zeigt sich folgendes Bild: Die Ergebnisse auf der FemBeschwerden-Gesamtskala sind acht Monate postpartal signifikant ($p = .02$ (Wilcoxon, 1-seitig)) niedriger als die vier Monate postpartal erhobenen. Damit sind die Beschwerden zu T2 geringer als zu T1. Weiterhin lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Ergebnissen des zweiten und dritten Messzeitpunktes festmachen ($p = \alpha = .333$). Folglich unterscheiden sich die Beschwerdenergebnisse zwischen T2 und T3 nicht signifikant. Weiterhin findet sich kein signifikanter Unterschied zwischen der dritten Messung und der ersten Messung ($p = \alpha = .879$).

Der Vergleich der Ergebnisse zum dritten Messzeitpunkt (Querschnitt) ergibt folgendes:

Der Unterschied der Ergebnisse der 10 verbliebenen Erstmütter und der 14 verbliebenen Mehrfachmütter zum dritten Messzeitpunkt 36pp ist signifikant ($p = .018$, Mann-Whitney-U-Test). Es zeigt sich, dass die 10 Erstmütter mit einem mittleren Rang von 8.50 und einer Rangsumme von 85.00 unterhalb der Werte der 14 Mehrfachmütter (mittlerer Rang: 15.36 und Rangsumme: 215.00) liegen. Die oben geäußerte Annahme einer unterschiedlichen Belastung durch die abgefragten Beschwerden ist somit bestätigt und aufgrund der geringen Gruppengrösse und des verwendeten non-parametrischen Verfahrens sehr signifikant.

Bezogen auf die abgefragten Beschwerden der gesamten FemBeschwerden-Liste kann für diejenigen Mehrfachmütter, die im weiterem Verlauf der Untersuchung ihren generativen Status nicht verändert haben, von einer höheren Belastung ausgegangen werden. Die körperliche und psychische Befindlichkeit der Mehrfachmütter unterscheiden sich signifikant von der der Erstmütter mit stabilem generativen Status.

6.3.2 Betrachtung der Unterskalen der FemBeschwerden-Liste

Die FemBeschwerden-Liste erfaßt sowohl die Häufigkeit als auch die empfundene Belastung durch bestimmte Beschwerden. Somit ist die somatische Ebene mit der psychischen eng verwoben. Dennoch sollen hier getrennte Betrachtungen erfolgen, zum einen für die Items mit somatischem Hintergrund und zum anderen für die Items mit psychischem Hintergrund. Von den somatisch bedingten Beschwerden werden die gynäkologischen und die orthopädischen Beschwerden besonders betrachtet.

Die Ergebnisse werden wieder zunächst für die gesamte Stichprobe wiedergegeben und im Anschluß gesondert für die einzelnen Teilstichproben.

6.3.2.1 Skala „Psychische Beschwerden“ mit 10 Items

Die Items „Müdigkeit“, „Nervosität und Reizbarkeit“, „Erschöpfung“, „Angstgefühle“, „Einschlaf Schwierigkeiten“, „Durchschlafprobleme wegen des Kindes“ und „Durchschlafprobleme ohne Anlaß“, „Niedergeschlagenheit“, „Psychische Labilität und Empfindlichkeit“ sowie „Kraftlosigkeit“ bestimmen die Untergruppe der Items „Psychische Beschwerden“.

6.3.2.1.1 Die Ergebnisse der Unterskala „Psychische Beschwerden“ für die Gesamtstichprobe

Betrachtet man die zugehörigen Homogenitätswerte dieser zehn Items so zeigt sich mit $\alpha = .80$ (zu 4pp), mit $\alpha = .86$ (zu 8pp) und mit $\alpha = .83$ (zu 36 pp), dass diese Unterskala über zeitunabhängig hohe Homogenitätswerte verfügt. Aufgrund der Verwendung der kombinierten Häufigkeits-Belastungs-Maße geht die psychische Komponente besonders in die Messung ein.

Die berechneten Häufigkeiten für die drei Messzeitpunkte (postpartum) sind ersichtlich aus folgender Tabelle:

Messzeit -punkt	Gültig für N Frauen	Mittel -wert	Stan -dardab -weich -ung	Min -imum	Maxi -mum	Perz. 25 %	50 %	75 %
4pp	48	34.31	9.67	17	58	27.25	35.50	40
8pp	48	29.29	11.58	11	54	19	29	38.5
36pp	47	33.94	10.68	11	55	26	33	44

Tabelle 17 Frequencies der psychischen Beschwerden (Rangsummenwert des kombinierten Belastungs-Häufigkeitwerts bezogen auf 10 Items) für die Gesamtstichprobe

Die Tabelle gibt Aufschluss über die Veränderung der durchschnittlichen Werte hinsichtlich der wahrgenommenen psychischen Beeinträchtigung 4 Monate nach der Entbindung, 8 Monate nach der Entbindung und 36 Monate nach der Entbindung. Der Berechnung zugrunde liegt ein mögliches Wertespektrum von 10 Punkten bis maximal 60 Punkten bezogen auf 10 Items.

Im Messzeitraum bis zu vier Monaten postpartal (4pp) erreichen von den 48 befragten Probandinnen 25 Prozent Werte bis 27.25 Punkte, 25 weitere Prozent Werte zwischen 27.25 Punkten und 35.50 Punkten. Weitere 25 Prozent bewegen sich zwischen 35.50 Punkten und 40.00 Punkten und schließlich erreichen 25 Prozent der Frauen Ergebnisse zwischen 40.00 Punkten und 58 Punkten als maximalen Wert (bei einem maximal möglichen Wert von 60).

Der Mittelwert von 34.31 Punkten bei einer Standardabweichung von 9.67 Punkten und der Median von 35.50 Punkten befinden sich für diesen Messzeitpunkt über den jeweiligen Kennzahlen der beiden weiteren Messzeitpunkte. Ebenso wie das Minimum und das Maximum.

Der Kennwert für die Schiefe von .23 lässt die Annahme der Normalverteilung noch zu. Die Verteilung ist leicht linkslastig mit zwei Schwerpunkten. Dreiviertel der Stichprobe erreichen Werte bis 40 Punkte, aber immerhin ein Viertel erreicht hohe Werte bis zu 58 Punkten bei einem Maximum von 60 Punkten.

Die Punktwerte verteilen sich im Messzeitraum fünf bis acht Monate postpartal (8pp) folgendermaßen: Der Wertebereich wird im unteren Segment mit 11 Punkten im Minimum fast vollständig ausgeschöpft, im oberen Segment wird er mit 54 Punkten im Maximum relativ weit ausgenutzt. Ein Viertel der Frauen bleibt mit Werten von bis zu 19 Punkten relativ weit unten im Wertebereich.

Vergleicht man die Mittelwerte und die Mediane, so fallen die für den zweiten Messzeitraum (8pp) gemessenen Werte eher niedriger aus, im Sinne einer geringeren psychischen Beeinträchtigung entsprechend der abgefragten Items: Der Mittelwert ist hier mit 29.29 Punkten unwesentlich höher als der Median mit 29 Punkten bei einer Standardabweichung von 11.58 Punkten. Dies spiegelt sich auch in den Prozentwerten wieder. Zu T2 (8pp) erreichen insgesamt 75 Prozent der Frauen Werte bis zu 38.50 Punkten. Im Vergleich dazu liegen die Werte zum Messzeitpunkt T1 (4pp) bei 40 Punkten und zum Zeitpunkt 36 pp bei 44 Punkten. Die Schiefe der Verteilung ist mit einem Wert von .28 vermutlich noch als normalverteilt anzunehmen.

Der Mittelwert liegt im Messzeitraum 36pp mit 33.94 Punkten über dem Median von 33.00 Punkten bei einer Standardabweichung von 10.68 Punkten. Der Wertebereich wird ähnlich wie zum Messzeitpunkt 8pp mit 11 Punkten im Minimum und 55 Punkten im Maximum ausgenutzt. Drei Jahre nach der Entbindung des „Zielkindes“ sind ein Viertel der Mütter mit Punktewerten bis zu 26 Punkten bezogen auf ihre psychische Belastung zu charakterisieren. Ein weiteres Viertel erlangt Punktewerte bis zu 33 Punkten. 75 % der Stichprobe befindet sich im Werteraum von bis zu 44 Punkten und schließlich das letzte Viertel der Stichprobe erreicht Werte zwischen 44 und 55 Punkten als maximalen Wert.

Im Vergleich zu den beiden anderen Messungen ist hier auffällig der erhöhte Wert von 44 Punkten für das dritte Perzentil (75%), im Vergleich zu 40 Punkten zu 4pp, beziehungsweise 38.50 Punkten zu 8pp.

Die Schiefe der Verteilung (-.01) bewegt sich im Annahmebereich für die Normalverteilungshypothese.

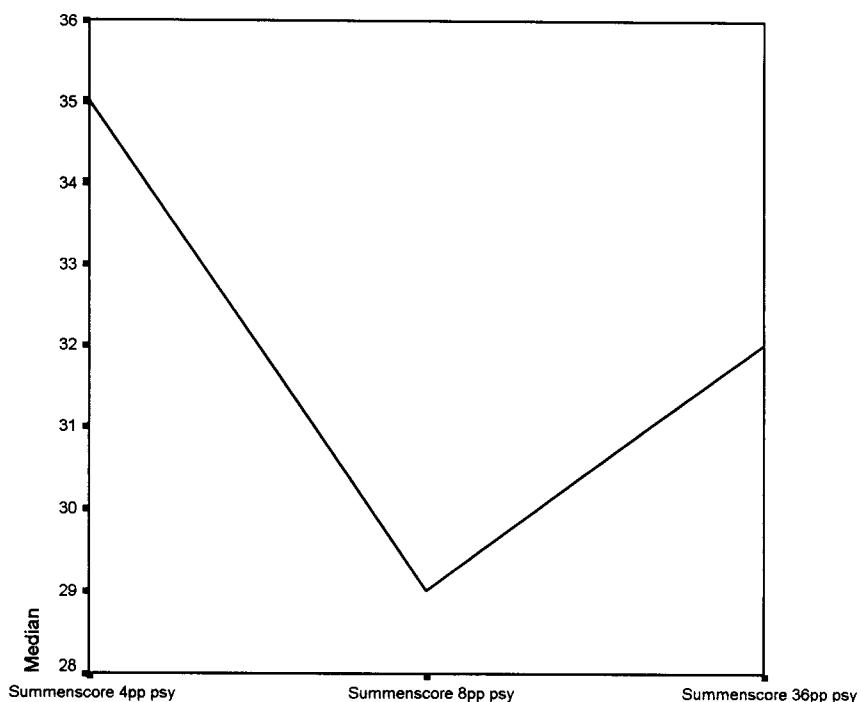


Abbildung 15 Veränderung der Rangsummscores Unterskala „Psychische Beschwerden“ (10 Items) über die drei Messzeitpunkte - Gesamtstichprobe

Wie die Abbildung noch einmal zusammenfassend verdeutlicht, verändert sich der Median von seinem höchsten Niveau im Zeitraum der ersten vier Monate postpartal (T1) zu einem geringeren Wert im Zeitraum des fünften bis achten Monats postpartal (T2). Ungefähr drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes (T3) positioniert er sich schließlich zwischen den beiden vorhergehenden Werten.

Um Aussagen über die Signifikanz der Unterschiede machen zu können, werden für diesen Untertest und die erfolgten drei Messungen Rangplatzvergleiche mit dem Wilcoxon-Vorzeichenrangtests für abhängige Paare berechnet. Die Ergebnisse werden in nachstehender Tabelle wiedergegeben und werden im folgenden Text näher erläutert.

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Vergleich der Ergebnisse Unterskala psychische Beschwerden (10 Items): 8 Monate postpartal und 4 Monate postpartal SIPSY8 Summenscore Indikator Psychologische Items 8pp (10 Items) - SIPSY4 Summenindikator Psychologische Items 4pp (10 Variablen)	Negative Ränge	33	21,45	708,00
	Positive Ränge	8	19,13	153,00
	Bindungen	4		
	Gesamt	45		
Vergleich der Ergebnisse Unterskala psychische Beschwerden (10 Items): 36 Monate postpartal und 8 Monate postpartal SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items) - SIPSY8 Summenscore Indikator Psychologische Items 8pp (10 Items)	Negative Ränge	17	17,53	298,00
	Positive Ränge	26	24,92	648,00
	Bindungen	2		
	Gesamt	45		
Vergleich der Ergebnisse Unterskala psychische Beschwerden (10 Items): 36 Monate postpartal und 4 Monate postpartal SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items) - SIPSY4 Summenindikator Psychologische Items 4pp (10 Variablen)	Negative Ränge	21	21,93	460,50
	Positive Ränge	20	20,02	400,50
	Bindungen	4		
	Gesamt	45		

Tabelle 18 Rangplatzvergleich Untertest „Psychische Beschwerden“ für die Gesamtstichprobe (N=45)

In 33 Fällen liegen die Werte zu T2 (fünf bis acht Monate postpartal, 8pp) unter denen zu T1 (von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal, 4pp). In 8 Fällen ist das Verhältnis umgekehrt und in 4 Fällen gibt es keinen Unterschied. Die Mütter empfinden anscheinend bis zum vierten Monat postpartal höhere psychische Beschwerden als im folgenden Zeitraum fünfter bis achter Monat postpartal. Dieses Ergebnis stimmt mit dem theoretischen Modell des Übergangs zur Elternschaft überein. Die abgefragten Beschwerden spiegeln insbesondere die Erschöpfung und Müdigkeit der Mütter in dieser Phase der nachgeburtlichen Zeit wieder.

Etwas ausgewogener ist das Bild beim längsschnittlichen Vergleich zwischen den Ergebnissen des letzten Messzeitraumes drei Jahre postpartal (36 pp) und den Ergebnissen des fünften bis achten Monats postpartal (8pp): 17 Frauen mit höheren Ergebnissen zum zweiten Messzeitpunkt stehen 26 Frauen mit höheren Ergebnissen zum dritten Messzeitpunkt gegenüber, während bei zwei Frauen hinsichtlich des Summenwertes auf dieser Unterskala keine Veränderung messbar ist. Drei Jahre nach der Entbindung findet sich offenbar bei dem größeren Teil der Stichprobe ein erneuter Anstieg an psychischen Beschwerden. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass sich die Gesamtstichprobe bezogen auf ihren generativen Status zum letzten Messzeitpunkt verändert hat.

Die Gegenüberstellung von erster und dritter Messung ergibt schließlich eine Häufigkeit von 21 Fällen für Mütter, deren Werte bei der ersten Messung höher liegen als bei der dritten und eine Häufigkeit von 20 Fällen für Mütter, deren dritter Messwert über dem der ersten Messung liegt. Ergänzt wird das Bild von 4 Frauen deren Summenwerte eine identische Höhe aufweisen.

Die Signifikanzprüfungen stützen die Aussagen über die längsschnittlichen Veränderungen: Die Ergebnisse für die Unterskala der psychischen Beschwerden sind im ersten Messzeitraum von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal (4pp) im Vergleich zu den Ergebnissen des zweiten Messzeitraums fünf bis acht Monate postpartal (8pp) signifikant höher ($p=.00$, einseitig). Zwischen dem zweiten und dem dritten Messzeitpunkt lässt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied belegen ($p=.034$), während zwischen der ersten und der dritten Messung kein signifikanter Unterschied nachweisbar ist ($p=.703$).

Insbesondere das Ergebnis der Belastung durch psychische Beschwerden zum dritten Messzeitpunkt (ca. drei Jahre postpartal) irritiert zunächst und lässt die Frage nach eventuell bestehenden Gruppenunterschieden zwischen den Teilstichproben auftreten. Das nächste Unterkapitel stellt aus diesem Grund die Ergebnisse in Hinsicht der abgefragten psychischen Beschwerden deshalb gesondert für die verschiedenen Teilstichproben dar.

6.3.2.1.2 Die Ergebnisse der Unterskala „Psychische Beschwerden“ nach generativem Status getrennt

Die nachstehenden Ausführungen beschäftigen sich mit folgenden Fragen: Unterscheiden sich die Teilstichproben der Erst- und Mehrfachmütter in ihren Ergebnissen (Querschnitt-Betrachtung)? Gibt es im Untersuchungsverlauf signifikante Veränderungen in der Belastung durch die abgefragten psychischen Beschwerden für die jeweilige Teilstichprobe (Längsschnitt-Betrachtung)?

Während eine Übersichtstabelle die Ergebnisse der drei Teilstichproben zu den drei Messzeitpunkten am Ende des Kapitels zusammenfassend wiedergibt, zeigt die folgende Tabelle zunächst die Ergebnisse der Erstmütter. Es handelt sich hier um die Ergebnisse der Unterskala „Psychische Beschwerden“. Für den dritten Messzeitraum T3 (32-36 Monate postpartal) werden nur noch die Frauen erfaßt, die zu diesem Zeitpunkt weder schwanger sind, noch ein weiteres Kind geboren haben.

Messzeitpunkt	Gültig für N Frauen	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Perzentile	25 %	50 %	75 %
(16 praepartum)	26	32.62	12.13	11	55	21.75	35.50	41.50	
4pp	27	33.33	10.59	17	58	26	31	39	
8pp	27	29.07	12.63	13	54	17	29	40	
36pp	10	29.60	9.73	16	46	23.50	27	37.25	

Tabelle 19 Frequencies der psychischen Beschwerden (Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 10 Items) für alle Erstmütter

Die parallelisierte Ausgangsstichprobe, die der Vollständigkeit halber mit aufgeführt wird, weist einen Mittelwert von 32.62 Punkten bei einer Standardabweichung von 12.13 Punkten auf. Der Median liegt mit 35.50 Punkten leicht über dem Mittelwert. Der Schiefe-Index von -.141 unterstützt die Annahme der Normalverteilung. Im Vergleich dazu die Werte der Erstmütter für den Zeitraum von der Entbindung bis vier Monate postpartal:

Bei einem möglichen Wertebereich von 10 Punkten bis 60 Punkten liegt der Mittelwert zu 4pp bei 33.33 Punkten mit einer Standardabweichung von 10.59 und einem Median von 31.00 Punkten. Der gefundene minimale Wert liegt bei 17 Punkten und der maximale Wert bei immerhin 58 Punkten. Während die Gesamtstichprobe 11 Punkte im Minimum aufweist und damit ein niedrigeres Ergebnis aufweist als das der Erstmütter, ist der maximale Wert der Erstmütter mit 58 Punkten deckungsgleich mit dem maximalen Ergebnis der Gesamtstichprobe.

Während der Mittelwert von 33.33 Punkten im Vergleich zur Gesamtstichprobe nur unwesentlich differiert ($x = 34.31$ Punkte für die Gesamtstichprobe), unterscheidet sich der Median etwas deutlicher. Die hier beschriebenen Belastungswerte der $N=27$ Erstmütter liegen um 4.5 Punkte niedriger als die der Gesamtstichprobe. Die statistische Haltbarkeit dieses Unterschiedes ist aber zunächst noch ungeklärt.

Im Messzeitraum 8pp befindet sich der Mittelwert bei 29.07 Punkten mit einer zugehörigen Standardabweichung von 12.63 Punkten. Der Median liegt mit 29.00 Punkten leicht unter dem Mittelwert. Der Schiefe-Index von .43 gibt Anhaltspunkte für eine eher normalverteilte Datengrundlage. Mit 13 Punkten als Minimum und 54 Punkten als Maximum wird der ermittelte Werteraum definiert. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Gesamtstichprobe gibt es zumindest keine sehr gravierenden Unterschiede.

Drei Jahre nach Entbindung des Zielkindes gibt es noch 10 Mütter in der Stichprobe, die ihren generativen Ursprungsstatus beibehalten haben. Die Ergebnisse dieser Gruppe sind zu beschreiben mit dem Mittelwert von 29.60 Punkten bei einer Standardabweichung von 9.73 Punkten sowie einem Median von 27.00 Punkten. Der minimale Wert lautet 16 Punkte und der maximale Wert 46 Punkte. Der Schiefe-Index von .55 unterstreicht eine eher linksschiefe Verteilung, die aber noch die Normalverteilungsannahme stützt.

Im Vergleich zur Gesamtstichprobe liegen die mittleren Ergebnisse der verbliebenen Erstmütter um fast 4.4 Punkte niedriger, beziehungsweise der Median um 6 Punkte. Der maximale Wert ist um 9 Punkte kleiner als bei der Gesamtstichprobe. Diejenigen Frauen, die nach dem Zielkind kein weiteres Kind bekommen haben, scheinen 3 Jahre später eine vermutlich geringere psychische Belastung zu verspüren als die Mehrfachmütter oder Schwangeren. Inwieweit diese Vermutung statistisch gestützt werden kann, wird sich später zeigen.

Die Betrachtung über den Untersuchungszeitraum (Längsschnitt) verweist für die N=27 Erstmütter auf ein signifikant ($p = .004$, Wilcoxon-Test, einseitig) höheres Ergebnis für die erste Messung (4pp) im Vergleich zu den Ergebnissen der zweiten Messung (8pp). Demnach lassen sich entsprechend der abgefragten psychischen Items eine höhere Häufigkeit und Belastung der Erstmütter im Zeitraum von der Entbindung bis 4 Monate postpartal belegen. Dies ist in Übereinstimmung mit dem Modell des Übergangs zur Elternschaft. Der fehlende Schlaf, die körperlichen Rückbildungsprozesse und die Neuanforderungen als Mutter spiegeln sich in diesem Ergebnis wieder.

Vergleicht man die Ergebnisse der Erstmütter zum Zeitpunkt 4pp mit denen der simulierten Ausgangsstichprobe, so ist kein signifikanter Unterschied (Wilcoxon-Test) nachzuweisen. Wie an früherer Stelle erläutert, ist das Matching der beiden Stichproben nur in Hinsicht auf die Altersvariable gelungen. Im Hinblick auf weitere Merkmale (Bildung, Beschäftigung, Familienstand) liessen sich keine Parallelen herstellen. Somit ist unklar, ob die Höhe der psychischen Beeinträchtigung bei der simulierten Stichprobe nicht eher Persönlichkeitsmerkmale abbildet. Denkbar ist auch, dass höhere Belastungen im psychischen Bereich noch durch weitere Unterschiede, wie zum Beispiel durch die schlechtere wirtschaftliche Situation der Frauen ohne Kinder, erklärt werden können.

Die Ergebnisse für die psychische Belastung der Mehrfachmütter im Verlauf der Erhebung sind nun Inhalt der folgenden Abschnitte. Mehrfachmütter zu T1(4pp) und zu T2 (8pp) sind diejenigen Frauen, deren Teilnahme an der Studie mit der Geburt des zweiten oder dritten Kindes verbunden war. Darüber hinaus gehören zum Messzeitpunkt T3 (36pp) auch diejenigen Erstmütter zu dieser Gruppe, die während des Erhebungszeitraums ein weiteres Kind bekommen haben.

Messzeitpunkt	Gültig für N Frauen	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Perzentile	25 %	50 %	75 %
4pp	21	35.57	8.42	19	49	30.00	38.00	40.50	
8pp	21	29.57	10.38	11	49	22.50	31.00	35.00	
36pp	28	34.93	11.04	11	55	26.75	34.00	42.50	

Tabelle 20 Frequencies der psychischen Beschwerden (Summenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 10 Items) für alle Mehrfachmütter

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, befindet sich der Mittelwert für den Messzeitraum bis zu 4 Monaten postpartal für die Unterskala „Psychische Beschwerden“ für die Mehrfachmütter bei 35.57 Punkten mit einer Standardabweichung von 8.42 Punkten. Der Median ist mit 38.00 Punkten etwas höher als der Mittelwert. Die Verteilung für die Ergebnisse der 21 Frauen zum Messzeitpunkt 4pp kann über den Schiefe-Index von -.63 als normalverteilt und leicht rechtsschief charakterisiert werden. Mit 19 Punkten im Minimum und 49 Punkten im Maximum wird der mögliche Werteraum von 10 bis 60 Punkten nur im oberen, nicht aber im unteren Bereich, voll ausgeschöpft.

Die Querschnitts-Betrachtung zeigt, dass zu T1 (4pp) die Mehrfachmütter zu Beginn der Untersuchung minimal höhere psychische Belastungen zu verspüren scheinen als die Erstmütter. (\bar{x} (Erstmütter) = 33.33 Punkte; \bar{x} (Mehrfachmütter) = 35.57 Punkte; Median (Erstmütter) = 31.00 Punkte; Median (Mehrfachmütter) = 38.00 Punkte). Es lässt sich allerdings kein signifikanter Unterschied ($p = .232$, Mann-Whithney-U-Test) zwischen den Ergebnissen der 27 Erstmütter und der 21 Mehrfachmütter für den ersten Messzeitraum von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal belegen. Ich interpretiere dieses Ergebnis als Hinweis auf eine für beide Teilstichproben vorhandene Belastung durch die abgefragten psychischen Beschwerden.

Zum zweiten Messzeitpunkt 8pp weisen die Ergebnisse für die Unterskala „Psychische Beschwerden“ für die Mehrfachmütter einen Mittelwert von 29.57 Punkten (Erstmütter $\bar{X} = 29.07$ Punkte) bei einer Standardabweichung von 10.38 Punkten auf. Der Median ist mit 31.00 Punkten 4 Punkte höher als der der Erstmütter. Der minimale Wert beträgt 11 Punkte, der maximale Wert liegt bei 49 Punkten, wobei die Verteilung nach Zugrundelegung des Schiefe-Maßes von -.02 als noch normalverteilt und leicht linksschief einzuordnen ist. Auch für die Messung 8 Monate nach der Entbindung liegt $P=\alpha$ weit über dem Signifikanzniveau ($p = .825$), so dass kein signifikanter

Unterschied zwischen den beiden Teilstichproben zu belegen ist. Dies wird unterstützt durch sehr ähnliche Werte bei den mittleren Rängen (24.09 (Erstmütter) und 25.02 (Mehrfachmütter)). Bezogen auf die abgefragten psychischen Beschwerden, wie zum Beispiel Müdigkeit und Erschöpfung, im Zeitraum bis zu acht Monaten nach der Geburt scheinen sich die Befindlichkeiten der Mütter nicht sehr zu unterscheiden.

Der Vergleich der längsschnittlichen Entwicklung der Werte der Mehrfachmütter erfolgt über die Rangplatzanalyse nach Wilcoxon. Für die längsschnittliche Entwicklung der Werte der Mehrfachmütter (N=21) über den Untersuchungszeitraum errechnet sich eine signifikant höhere Belastung ($p = .002$) im ersten Messzeitraum (von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal) als im zweiten Messzeitraum (fünf bis acht Monate nach der Entbindung), bezogen auf die durch die FemBeschwerden-Liste abgefragten psychischen Beschwerden. Es soll aber noch einmal daran erinnert werden, dass die Daten für den Zeitraum bis zu vier Monaten postpartal retrospektiv gemeinsam mit den Daten für den Zeitraum fünf bis acht Monate postpartal erhoben wurden.

Die Entwicklung der Ergebnisse für die Belastung und Häufigkeit durch psychische Symptome zeigt drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes folgendes Bild:

Die Werte der Mehrfachmütter lauten drei Jahre später $X = 34.93$ im Mittel, bei einer Standardabweichung von 11.04 Punkten und einem Median von 34.00 Punkten. Hier zeigen sich Unterschiede zu den Ergebnissen der verbliebenen Erstmütter und zwar über alle Populationsmaße. Die Mediane (Erstmütter = 27.00) weisen einen mehr als 7 Punkt großen Abstand auf. Der maximale Wert differiert zwischen den beiden Teilstichproben um 9 Punkte.

Bei der Betrachtung dieser Ergebnisse ist wichtig zu erinnern, dass die Gruppe der Mehrfachmütter sowohl die „Ursprungs-Mehrfachmütter“ der Untersuchung umfasst, als auch eine Gruppe der früheren Erstmütter. Die Mütter dieser Gruppe haben zwischen dem zweiten (8pp) und dritten Messzeitraum (36pp) ein weiteres Kind bekommen.

Die Daten scheinen zunächst die Annahme der Mehrfach-Bearbeitung der Mehrfachmütter zu stützen. Ob ein signifikanter Unterschied besteht, wird mit dem Mann-Whitney-U-Tests untersucht: Für die Erstmütter ($N = 10$) liegt der mittlere Rang (15.25) deutlich unter dem mittleren Rang (21.02) der Mehrfachmütter ($N = 28$). Es existiert aber mit $p=.163$ (exakte Signifikanz, zweiseitig) kein ausreichend signifikanter Unterschied der beiden Teilstichproben in der gemessenen psychischen Belastung durch die abgefragten zehn Items.

Messzeitpunkt	Gültig für N Frauen	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum	Perzentile 25 %	50 %	75 %
36pp	9	35.67	10.39	37.00	16	46	28.50	37.00	45.00

Tabelle 21 Frequencies der psychischen Beschwerden (Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 10 Items) für alle Schwangeren zum Messzeitpunkt 36 pp

Außer den beiden oberen Gruppen existiert zum Messzeitpunkt 36pp noch die Gruppe der Schwangeren, die vertreten ist mit 9 Frauen. Diese Frauen sind zum dritten Messzeitpunkt schwanger und haben schon mindestens ein Kind. Diese Gruppe liegt mit ihrem Mittelwert von 35.67 Punkten ($SD = 10.39$) und ihrem Median von 37.00 Punkten über den beiden anderen Untergruppen. Wie schon erläutert, liegt der Median für die Erstmütter bei 27 Punkten, für die Mehrfachmütter bei 34 Punkten. Minimum und Maximum befinden sich mit 16 Punkten im unteren und 46 Punkten im oberen Bereich auf exakt gleicher Höhe mit den Ergebnissen der Erstmütter.

Der Mediantest kann keinen signifikanten Unterschied zwischen den Ergebnissen der drei Teilstichproben der Erstmütter, der Mehrfachmütter und der Schwangeren aufzeigen.

Nachstehend eine Zusammenfassung der Einzelergebnisse für die verschiedenen Messzeitpunkte und die verschiedenen Teilstichproben (E = Erstmütter, M = Mehrfachmütter, einschließlich der früheren Erstmütter, S = schwangere Erst- und Mehrfachmütter).

Mess-zeit-raum	Teil-stich-probe	Gültig für N Frauen	Mittel-wert	Stan-dardab-wei-chung	Min-i-mum	Maxi-mum	Perzen-tile 25 %	50 %	75 %
16 Monate praep.	Simul. E	26	32.62	12.13	11	55	21.75	35.50	41.50
Geburt bis 4 Monate pp	E	27	33.33	10.59	17	58	26.00	31.00	39.00
	M	21	35.57	8.42	19	49	30.00	38.00	40.50
5 bis 8 Monate pp	E	27	29.07	12.63	13	54	17.00	29.00	40.00
	M	21	29.57	10.38	11	49	22.50	31.00	35.00
32 bis 36 Monate pp	E	10	29.60	9.73	16	46	23.50	27.00	37.25
	M	28	34.93	11.04	11	55	26.75	34.00	42.50
	S	9	35.67	10.39	16	46	28.50	37.00	45.00

Tabelle 22 Frequencies der psychischen Beschwerden (Rangsummen über 10 Items)

Zusammengefaßt werden können die Ergebnisse für die Unterskala der „Psychischen Beschwerden“ vorerst so, dass die Mehrfachmütter gemeinsam mit den schwangeren Frauen zum letzten Messzeitpunkt größere psychische Belastungen angeben als die Erstmütter, zumindest bei einfacher Betrachtung der Rohwerte. Bei signifikanten Unterschieden würde dies konkret bedeuten, dass die Mehrfachmütter und die schwangeren Mütter stärker unter Belastungen leiden würden, wie zum Beispiel unter „Müdigkeit“, „Erschöpfung“, „Durchschlafproblemen“ und „Nervösität, Reizbarkeit“. Die Signifikanzprüfung mit dem Mediantest kann diesen Unterschied allerdings nicht bestätigen ($p = .435$). Weiterhin existiert drei Jahre nach der Entbindung kein

signifikanter Unterschied zwischen den beiden Teilgruppen „Erstmütter“ und „Mehrfachmütter“. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sind allerdings die sehr kleinen Stichprobengrößen zu bedenken,

6.3.2.1.3 Verläufe für diejenigen Mütter mit unverändertem generativen Status

Nachdem die vorherige Darstellung auch die Ergebnisse derjenigen Mütter mit einbezogen hat, deren generativer Status sich im Laufe der Untersuchung verändert hat, werden in einem weiteren Schritt nur die Daten derjenigen Mütter berücksichtigt, deren generativer Status sich bis zum letzten Messzeitpunkt drei Jahre nach der Entbindung nicht verändert hat. Dies gilt für N=10 Erstmütter und für N=14 Mehrfachmütter.

Der längsschnittliche Vergleich der Ergebnisse erfolgt ausschließlich für diejenigen Erstmütter (N=10), deren generativer Status bis zum dritten Messzeitpunkt (32pp) unverändert geblieben ist.

Die Rangplatzanalyse nach Wilcoxon ergibt ein signifikant höheres Ergebnis für die erste Messung T1 (Entbindung bis vier Monate postpartal) im Vergleich zur zweiten Messung T2 (fünf bis acht Monate pp) ($p = .022$, einseitig). Es lässt sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen der zweiten und dritten Messung (32 bis 36 Monate pp) belegen ($p = .262$). Dasselbe gilt für den Vergleich der Ergebnisse des ersten und letzten Messzeitpunktes für diese Gruppe der Mütter ($p = .643$).

Für die Mehrfachmütter (N=14) ergibt die längsschnittliche Betrachtung ein ähnliches Bild: Die Belastungswerte sind im ersten Messzeitraum, der sich an die Entbindung anschließt (bis zu vier Monaten pp) signifikant höher ($p=.009$, einseitig). Zwischen der zweiten und dritten Messung lässt sich kein signifikanter Unterschied ausweisen ($p= .357$). Dasselbe gilt für den Vergleich zwischen der letzten und ersten Messung ($p= .979$).

Der querschnittliche Vergleich der Ergebnisse der Teilstichproben der N=10 Erstmütter und der N=14 Mehrfachmütter unterstützt nicht die Annahme eines signifikanten Unterschiedes der abgefragten psychischen Beschwerden zum dritten Messzeitpunkt 36pp ($p = .195$, Mann-Whitney-U-Test), wenngleich die mittleren Ränge und die Rangsummen unterschiedlich hoch ausfallen (10.25 (mittlerer Rang Erstmütter), 102.50 (Rangsumme Erstmütter) und 14.11 (mittlerer Rang Mehrfachmütter) und 197.50 (Rangsumme Mehrfachmutter)).

Zusammenfassend kann, bezogen auf das Modell des Übergangs zur Elternschaft, aufgrund der Ergebnisse die Abnahme der psychischen Beschwerden im Zeitraum der ersten acht Monate nach der Entbindung bestätigt werden. Die Ergebnisse stützen über das Modell hinaus einen ähnlichen Phasenverlauf des Übergangs zur Elternschaft für die Mehrfachmütter in Hinsicht auf das Auftreten und die Belastung durch psychische Beschwerden.

6.3.2.2 Skala „Somatische Beschwerden“ mit 26 Items

Nachdem im vorherigen Abschnitt die Ergebnisse der „Psychischen Beschwerden“ für die verschiedenen Messzeiträume und für die unterschiedlichen Teilstichproben beschrieben wurden, beschäftigt sich das folgende Kapitel mit der Untersuchung der somatischen Beschwerden.

Die Unterskala „Somatische Beschwerden“ erfaßt die somatischen Beschwerden und die Belastung durch sie. Mütter, die auf dieser Unterskala hohe Werte aufweisen, leiden unter Beschwerden wie zum Beispiel unter „Haarausfall“, „Hormonellen Problemen“, „Schwindelgefühlen“, „Kreuz- und Rückenschmerzen“, „Arm- und Schulterschmerzen“ und/oder unter verschiedenen anderen Beschwerden. Da die gewichteten Werte durch Multiplikation der Häufigkeitswerte mit den Belastungswerten entstehen, geht jedoch auch hier eine psychische Komponente mit ein.

6.3.2.2.1 Die Ergebnisse der Unterskala „Somatische Beschwerden“ für die Gesamtstichprobe

Die berechneten Häufigkeiten und Populationsparameter für die drei Messzeitpunkte (postpartum) gibt die folgende Tabelle wieder:

Messzeit-punkt	Gültig für N Frauen	Mittel-wert	Standar-dab-wei-chung	Minimum	Maxi-mum	Perzen-tile 25	50	75
4pp	48	49.10	.34	29	92	39.25	48.00	56.50
8pp	48	45.46	13.03	26	83	37.25	42.00	52.50
36pp	47	51.19	13.57	31	88	41.00	49.00	57.00

Tabelle 23 Frequencies der somatischen Beschwerden (Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 26 Items) der Gesamtstichprobe

Der Wertebereich liegt für die Unterskala der somatischen Items zwischen möglichen 26 Punkten und 156 Punkten als Maximum. Für die Verteilung der Daten zeigen die Schiefe-Indizes der drei Messzeitpunkte, dass die Annahme der Normalverteilung wahrscheinlich nicht gestützt wird.

Der Mittelwert liegt zum Messzeitpunkt 4pp mit 49.10 Punkten bei einer Standardabweichung von 13.85 Punkten ganz leicht über dem Median von 48.00 Punkten. Die Gesamtstichprobe (N=48 Mütter) weist in ihren Ergebnissen einen Wertebereich von 29 Punkten im Minimum und 92 Punkten im Maximum auf.

Im Vergleich (Längsschnitt) zu den beiden weiteren Messungen T2 (8pp) und T3 (36pp) befinden sich die Ergebnisse des ersten Messzeitraumes (4pp) zwischen den beiden folgenden. Dies kann so interpretiert werden, dass die Belastungen durch somatische Beschwerden in den ersten vier Monaten nach der Entbindung (T1) als ausgeprägter erlebt werden als im zweiten Messzeitraum fünf bis acht Monate postpartum ($p = .007$, einseitig). Die Belastung erreicht ihren eigentlichen Höhepunkt 3 Jahre nach der Entbindung des Zielkindes.

Der Mittelwert der zweiten Messung (8pp) befindet sich mit 45.46 Punkten bei einer Standardabweichung von 13.03 Punkten ebenfalls leicht über dem zugehörigen Median mit 42.00 Punkten. Die Resultate der Stichprobe weisen als kleinste Wert 26 Punkte und als größten Wert 83 Punkte auf. Diese Werte liegen damit unterhalb der Ergebnisse sowohl für die T1-Messung (4pp) als auch für die T2-Messung (36pp). Dies unterstreicht wiederum die geringere Belastung durch somatische Beschwerden im Messzeitraum fünf bis acht Monate postpartal.

Zum letzten Messzeitpunkt 36 pp zeigt sich mit 51.19 Punkten (Mittelwert) bei einer Standardabweichung von 13.57 Punkten und einem Median von 49.00 Punkten die höchste Belastung durch die abgefragten Symptome bezogen auf die Gesamtstichprobe von N=47 Frauen. Der gemessene Wertebereich umfasst 31 Punkte im Minimum und 88 Punkte im Maximum.

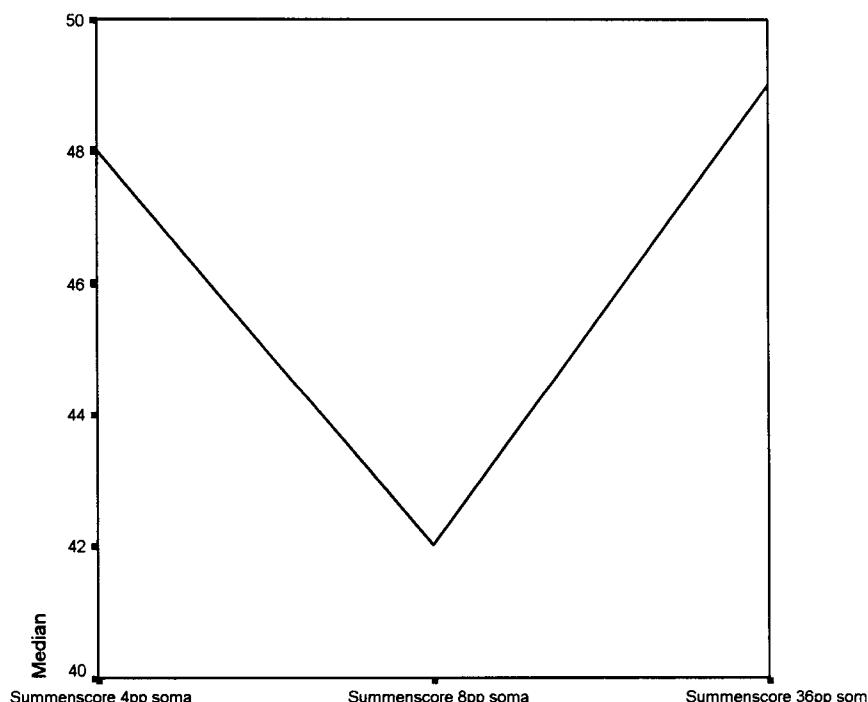


Abbildung 16 Veränderung der Rangsummenscores Unterskala „Somatische Beschwerden“ (26 Items) – Gesamtstichprobe

Zusammenfassend können diese Befunde im Augenblick so interpretiert werden, dass die Mütter ausgehend von einem höheren Belastungsniveau durch somatische Beschwerden in den ersten vier Monaten postpartal eine niedrigere Belastung durch die erhobenen Beschwerden im zweiten Messzeitraum (fünf bis acht Monate postpartal) erfahren ($p = .007$, einseitig). Vergleicht man dies mit den Aussagen des Modells des Übergangs zur

Elternschaft von Gloger-Tippelt (1988), so stimmen diese Ergebnisse (unter Vernachlässigung des Aspekts der Stichprobenzusammensetzung durch Erst- und Mehrfachmütter) überein. Die Zunahme des „körperlichen Wohligefühls“ (s. da, S. 114), wie sie es für den postpartalen Phasenverlauf von der „Phase der Überwältigung und Erschöpfung“, der „Phase der Herausforderung und Umstellung“ bis hin zur „Gewöhnungsphase“ beschreibt, findet sich in diesen Ergebnissen zunächst wieder.

Im letzten Messzeitraum, der drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes liegt (36 pp), geben die befragten N=47 Mütter einen Anstieg der Belastung durch die abgefragten Symptome an. Die berichtete Belastung liegt nochmals leicht über dem erreichten Niveau des ersten Messzeitraums von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal (4pp). Dieses Ergebnis erstaunt zunächst, da die angenommenen Anstrengungen des Übergangs zur Elternschaft drei Jahre nach der Entbindung nicht mehr vorliegen dürften. Die Frage, inwieweit dieser Anstieg auch vom generativen Status der Stichproben abhängig ist, wird an späterer Stelle untersucht. Zunächst wird nun die statistische Signifikanz des längsschnittlich auftretenden Unterschiedes in der Belastung durch körperliche Beschwerden mit dem Wilcoxon-Vorzeichenrangtest untersucht.

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Vergleich der Ergebnisse Unterskala somatische Beschwerden (26 Items): 8 Monate postpartal und 4 Monate postpartal SISOMA8P Summenscore Indikator Variablen somatische Items 8pp (26 Items) - SISOMA4P Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 4pp (26Items)	Negative Ränge	26	24,79	644,50
	Positive Ränge	16	16,16	258,50
	Bindungen	3		
	Gesamt	45		
Vergleich der Ergebnisse Unterskala somatische Beschwerden (26 Items): 36 Monate postpartal und 8 Monate postpartal SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items) - SISOMA8P Summenscore Indikator Variablen somatische Items 8pp (26 Items)	Negative Ränge	14	18,54	259,50
	Positive Ränge	30	24,35	730,50
	Bindungen	1		
	Gesamt	45		
Vergleich der Ergebnisse Unterskala somatische Beschwerden (26 Items): 36 Monate postpartal und 4 Monate postpartal SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items) - SISOMA4P Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 4pp (26Items)	Negative Ränge	19	20,16	383,00
	Positive Ränge	24	23,46	563,00
	Bindungen	2		
	Gesamt	45		

Tabelle 24 Rangplatzvergleich Untertest „Somatische Beschwerden“ für die Gesamtstichprobe (N=45)

Die Rangplatzanalyse weist 26 Fälle von 45 auf, bei denen die Ergebnisse im zweiten Messzeitraum (8pp) niedriger als im ersten Messzeitraum (4pp) liegen. Weiterhin gibt es 16 Fälle bei denen das Verhältnis umgekehrt ist, die Beschwerden folglich im zweiten Messzeitraum (8pp) höher als im ersten Messzeitraum (4pp) sind. In drei Fällen finden sich Bindungen, bei denen die Summenwerte für die Unterskala der somatischen Beschwerden

gleich hoch sind. Bei mehr als der Hälfte der befragten Mütter finden sich somit im Zeitraum fünf bis acht Monate postpartal (8pp) geringere somatische Beschwerden als im Zeitraum ab der Entbindung bis vier Monate postpartal (4pp).

Die Gegenüberstellung (Längsschnitt) der Ergebnisse des zweiten Messzeitraumes (8pp) mit den Ergebnissen des dritten Messzeitraumes (36pp) zeigt folgendes: N=14 Frauen erreichen zu T3 (36pp) niedrigere Werte als zu T2 (8pp). Bei N=30 Frauen ist dagegen die Belastung zu T3 (36pp) höher als zu T2 (8pp). Bei einer Frau gleichen sich die Summenwerte der beiden Messungen, so dass kein Unterschied vorhanden ist. Bezogen auf die Höhe und die Richtung der Veränderung der Ergebnisse scheint für eine größere Gruppe von Frauen ein Anstieg der Belastung durch die somatischen Beschwerden vorzuliegen.

Der Vergleich der Ergebnisse der ersten Messung (4pp) und der Ergebnisse der dritten Messung (36pp) erbringt für N=19 Frauen niedrigere Summenwerte zu 36 pp als zu 4pp, für N=24 Frauen dagegen liegen die Beschwerdewerte für somatische Beschwerden zur dritten Messung über denen zur ersten Messung. Im Gegensatz zu den beiden anderen Vergleichen kann von einem nicht so starken Unterschied ausgegangen werden. Bei zwei Frauen entsprechen sich die Ergebnisse der beiden Messungen.

Die Vergleiche der drei Messungen weisen für den Vergleich der Messung T1 (4pp) mit der Messung T2 (8pp) einen signifikanten Unterschied ($p=.007$, einseitig) auf. Dies unterstreicht bei einer Stichprobengröße von N=45 einen hochsignifikanten Unterschied und entspricht den Annahmen des Modells von Gloger-Tippelt. Die Werte des zweiten Messzeitraums (fünf bis 8 Monate postpartal) und des dritten Messzeitraums (32 bis 36 Monate postpartal) sind ebenfalls signifikant unterschiedlich ($p=.005$). Aufgrund der vorliegenden Rangvergleiche kann auch die Richtung des Unterschiedes spezifiziert werden: Die Mütter erleben drei Jahre nach der Entbindung einen starken Anstieg durch somatische Beschwerden. Es sei noch einmal daran erinnert, dass in der Gesamtstichprobe nun auch Schwangere und Mütter mit weiteren Kindern unter drei Jahren befragt wurden.

Dagegen lässt sich kein signifikanter Unterschied ($p=.281$) für den Vergleich der ersten Messung (vier Monate nach der Entbindung) und der dritten Messung (36 Monate nach der Entbindung) bestätigen. Auf somatischer Ebene erleben die Mütter offenbar acht Monate nach der Entbindung eine signifikante Abnahme der Beschwerden. Auf diese Abnahme hinsichtlich der Beschwerden folgt allerdings 28 Monate später eine erneute signifikante Zunahme.

Im folgenden Kapitel wird nun untersucht, welche Ergebnisse für die unterschiedlichen Teilstichproben (Erstmütter, Mehrfachmütter und Schwangere) in Hinsicht auf die erlebten somatischen Beschwerden vorliegen.

6.3.2.2.2 Die Ergebnisse der Unterkala „Somatische Beschwerden“ nach generativem Status getrennt

Von Interesse ist, ob Unterschiede zwischen den Teilstichproben der Erstmütter, der Mehrfachmütter und der erneut schwangeren Mütter (Querschnitt-Betrachtung) bestehen. Weiterhin wird hinterfragt, inwieweit signifikante Veränderungen im Untersuchungsverlauf für die jeweilige Teilstichprobe nachweisbar sind (Längsschnitt).

Die folgende Tabelle gibt die Ergebnisse für die Erstmütter wieder. Berücksichtigt werden hier die Werte auf der Unterkala „Somatische Beschwerden“.

(Eine weitere Überblickstabelle am Ende des Kapitels gibt die Einzelergebnisse aller Teilstichproben über die drei Messzeitpunkte wieder.)

Messzeit -punkt	Gültig für N Frauen	Mittel- wert	Standar- dardab- weich- ung	Minim- um	Maxi- mum	Perzen- tile 25 %	50 %	75 %
16 prae	26	53.31	15.16	32	82	39.75	51.50	65.75
4pp	27	47.15	13.41	30	92	38.00	47.00	52.00
8pp	27	44.04	11.60	29	83	37.00	41.00	50.00
36pp	10	44.20	5.47	36	51	38.50	45.00	49.50

Tabelle 25 Frequencies der somatischen Beschwerden (Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 26 Items) für alle Erstmütter

Im Messzeitraum von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal (4pp) erreichen die 27 Erstmütter einen Mittelwert von 47.15 Punkten bei einer Standardabweichung von 13.41 Punkten. Die Verteilung ist linksschief, was auch von einem Schiefeindex von 1.43 belegt wird. Der Median entspricht ungefähr dem Mittelwert. Der ausgenutzte Werteraum beginnt bei 30 Punkten und endet bei 92 Punkten im Maximum.

Die parallelisierte Ausgangsstichprobe der Frauen ohne Kinder erreicht dagegen mit ihren Resultaten einen Mittelwert von 53.31 bei einer Standardabweichung von 15.16 Punkten. Auch der Median liegt mit 51.50 Punkten etwas über dem der Erstmütter. Der statistische Vergleich der Resultate mit dem Wilcoxon-Test verweist auf 7 Fälle der Frauen ohne Kinder, deren Ergebnisse niedriger ausfallen und 17 Fälle, bei denen die Ergebnisse höher ausfallen (bezogen auf die parallelisierte Gruppe der Erstmütter). Sollte die Parallelisierung adäquat sein und die Daten die wahren Ergebnisse der Erstmütter zum Zeitpunkt 16 Monate vor der Entbindung wiedergeben, dann wäre dieser signifikante Unterschied ($p=.05$, zweiseitig) zwischen den Ergebnissen sehr bedeutsam. Inhaltlich bedeutete dies, dass 16 Monate vor der Entbindung eine signifikant stärkere Belastung durch somatische Beschwerden nachweisbar ist, als vier Monate nach der Entbindung.

Idealerweise sollten die tatsächlichen Daten der Teilnehmerinnen vorliegen. Wie aber schon an früherer Stelle angemerkt, ist das Vorgehen der Parallelisierung in diesem Zusammenhang nicht ausreichend. Somit sind leider auch die Differenzwerte der Einzelergebnisse durch den Wilcoxon-Test nicht hinreichend aussagefähig.

Um sich der Frage zu nähern, ob der generative Status Einfluss auf die Befindlichkeit der befragten Mütter hat, werden die Ergebnisse mit den Ergebnissen der Gesamtstichprobe und insbesondere später mit den Ergebnissen der Stichprobe der Frauen mit mehr als einem Kind verglichen.

Im Vergleich zur Gesamtstichprobe haben die Erstmütter zum Messzeitpunkt 4pp nur sehr geringfügig niedrigere Belastungswerte, die Differenz liegt nur bei ungefähr 1 bis 2 Punkten und ist wahrscheinlich nicht als gravierend anzusehen.

Zum Messzeitpunkt 8pp, der sich auf die Befindlichkeit im Zeitraum fünf bis acht Monate postpartal stützt, verringert sich der Mittelwert für die Erstmütter auf 44.04 Punkte, der Median auf 41.00 Punkte bei einer Standardabweichung von 11.60 Punkten. Im Minimum werden von den 27 Erstmüttern 29 Punkte erreicht, im Maximum dagegen 83 Punkte. Die Verteilung kann als weiterhin linksschief bezeichnet werden.

Die Populationsparameter sind zu diesem zweiten Messzeitpunkt (8pp), ebenso wie es in der Gesamtstichprobe der Fall war, kleiner als zu T1 (4pp), allerdings ergibt der Rangplatzvergleich längsschnittlich keinen signifikanten Unterschied ($p= .113$) für die verglichenen Werte der 27 Erstmütter. 13 Frauen, bei denen die somatischen Belastungswerte im zweiten Messzeitraum niedriger liegen (Rangsumme: 193), stehen 11 Frauen gegenüber, bei denen die somatischen Belastungswerte im ersten Messzeitraum geringer ausfallen (Rangsumme: 107).

Die Interpretation, dass die empfundene Belastung durch somatische Beschwerden zum zweiten Messzeitpunkt abgenommen zu haben scheint, lässt sich somit für diese Stichprobe nicht signifikant belegen.

Drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes befinden sich noch 10 Mütter in der Ursprungsgruppe der Erstmütter. Die Befunde sind mit einem Mittelwert von 44.20 Punkten bei einer Standardabweichung von 5.47 Punkten, einem Median von 45.00 Punkten niedriger als die Punktwerte der Gesamtstichprobe zu diesem Zeitpunkt. Allerdings ist die Gruppe der verbliebenen Erstmütter nun zahlenmäßig sehr gering. Während die Gesamtstichprobe einen Mittelwert von 51.19 Punkten aufweist, ist der Mittelwert der verbleibenden Erstmütter rund 7 Punkte niedriger. Am deutlichsten wird der Unterschied im Maximum der Wertebereiche: 88 Punkte ist das Maximum für die Gesamtstichprobe, dem gegenüber steht ein Maximum von 51 Punkten für die Erstmütter. Besonders auffallend ist, dass entgegen der sonstigen Tendenz bei der Stichprobe der Erstmütter nun zum ersten Mal der Mittelwert der ersten Messung (Zeitraum von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal) wie auch der Median der Ergebnisse für diesen Zeitraum geringfügig höher ausfällt als zu 36 pp.

Offenbar sind die Mehrfachmütter und die erneut schwangeren Mütter, deren Ergebnisse Teil der Ergebnisse der Gesamtstichprobe sind, deutlicheren somatischen Belastungen ausgesetzt als die Erstmütter. Deshalb wird im weiteren Verlauf der Frage nachgegangen: Wie gestalten sich die Ergebnisse für die durch die FemBeschwerden-Liste abgefragte somatische Befindlichkeit für die Gruppe der Frauen mit mehr als einem Kind?

Es folgen nun zum Vergleich die Ergebnisse für die Mehrfachmütter, die in folgender Tabelle zusammenfasst wiedergegeben werden.

Messzeit-punkt	Gültig für N Frauen	Mittel-wert	Stan-dardab-weich-ung	Median	Mini-mum	Maxi-mum	Perzen-tile 25 %	50 %	75 %
4pp	21	51.62	14.33	50.00	29	80	41.00	50.00	61.50
8pp	21	47.29	14.77	42.00	26	75	37.50	42.00	59.00
36pp	28	53.39	14.80	52.00	31	88	43.25	52.00	62.50

Tabelle 26 Frequencies der somatischen Beschwerden (Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 26 Items) für alle Mehrfachmütter

Im Messzeitraum von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal (4pp) befinden sich 21 Mütter in der Gruppe der Mehrfachmütter. Die gewichteten Werte für die somatischen Belastungen ergeben folgendes Bild für diese Gruppe:

Der mittlere Wert von 51.62 Punkten bei einer Standardabweichung von 14.33 Punkten und der Median von 50.00 Punkten rangiert mit drei Punkten unwesentlich über den Werten der Erstmütter. Trotzdem ist der Maximum-Wert bei den Erstmüttern (92 Punkte) höher als bei den Mehrfachmüttern (80 Punkte). Dies kommt durch einen Extremwert zustande. Die Verteilung ist annähernd normalverteilt, wobei sich die Werte mit einer Standardabweichung von 14.33 Punkten relativ breit verteilen. Der Vergleich der beiden Teilstichproben (Querschnitt) erbringt keinen signifikanten Unterschied für die Ergebnisse der abgefragten somatischen Beschwerden zum Zeitpunkt der ersten Messung ($p = .253$). Somit sind die Aussagen des Modells des Übergangs zur Elternschaft in Hinsicht auf die somatischen Beschwerden auf die Teilstichprobe der Mehrfachmütter zu übertragen, allerdings unter einschränkender Berücksichtigung der kleinen Stichprobengrößen.

Wie auch in den anderen Ausführungen dargelegt, folgt längsschnittlich betrachtet ein Einbruch der Ergebnisse zu 8pp ($p = .013$, einseitig). Auf diese niedrigeren Werte folgt später ein deutlicher erneuter Anstieg zu 36pp. Dieses Muster scheint fast übergreifend zu sein. Auf eine stärkere Belastung durch somatische Beschwerden in den ersten vier Monaten postpartal folgt eine geringere Belastung durch diese Beschwerden im fünften bis achten Monat nach der Geburt des Zielkindes. Daran schließt sich eine deutliche Zunahme von somatischen Beschwerden an, die abgefragt wurden für den Zeitraum des 32. bis 36. Monats postpartal (T3).

So ist der Mittelwert zu T2 (8pp) mit 47.29 Punkten etwas niedriger (bei einer Standardabweichung von 14.77 Punkten). Der Median befindet sich mit 42.00 Punkten ebenfalls auf niedrigerem Niveau als zum Messzeitpunkt T1 (4pp) oder T3 (36 pp). Die Abnahme der Belastungen durch somatische Beschwerden wird offenbar auch von den Mehrfachmüttern im Zeitraum acht Monate nach der Entbindung erlebt.

Zum Messzeitpunkt T 3 (36 pp) findet sich ein Werteanstieg, der über den beiden anderen Messungen liegt: Der Mittelwert kommt mit 53.39 Punkten bei einer Standardabweichung von 14.80 Punkten zum Tragen, der Median überragt mit 52.00 Punkten die beiden anderen vorhergehenden.

Im querschnittlichen Vergleich unterscheiden sich die beiden Teilstichproben nicht: Die Mehrfachmütter erleben weder im Messzeitraum der ersten vier Monate postpartal (4pp) eine signifikant höhere Belastung durch somatische Beschwerden, noch im zweiten Messzeitraum (fünfter bis achter Monat, 8pp) ($p = .506$, Mann-Whitney-U-Test).

Der Vergleich der Ergebnisse zum dritten Messzeitpunkt T3 (36pp) weist einen mittleren Rang von 13.70 für die zehn Erstmütter (mit einem Kind) und einen mittleren Rang von 21.57 für die 28 Mehrfachmütter (mit mindestens einem Kind) auf. Der Unterschied der Ergebnisse ist mit $p = .054$ (zweiseitige Signifikanz, exakt) noch als signifikant zu beurteilen. Drei Jahre nach der Entbindung berichten demnach die Mehrfachmütter (einschließlich der früheren Erstmütter) über höhere somatische Belastungen als die Erstmütter mit einem dreijährigen Kind.

Eine mögliche Begründung für dieses Ergebnis mag in einer höheren Belastung durch weitere Schwangerschaften bzw. durch die Beanspruchung durch weitere Kinder liegen. Inwieweit diese unterschiedliche Belastung auch für die Mehrfachmütter nachweisbar ist, deren jüngstes Kind nun drei Jahre alt ist, wird im folgenden Kapitel geprüft.

Zunächst sollen noch die Ergebnisse für die Teilstichprobe der Schwangeren zum Messzeitpunkt T3 (36pp) dargestellt werden.

Messzeit-punkt	Gültig für N Frauen	Mittel-wert	Stan-dardab-weich-ung	Median	Minи-mum	Maxи-mum	Perzen-tile 25 %	50 %	75 %
36pp	9	52.11	14.36	45.00	36	74	40.50	45.00	67.00

Tabelle 27 Frequencies der somatischen Beschwerden (Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 26 Items) für alle Schwangeren

Die 9 Schwangeren liegen mit ihrem Mittelwert von 52.11 Punkten zwischen den Werten der beiden anderen Stichprobenuntergruppen (X (Erstmütter) = 44.20; X (Mehrfachmütter) = 53.39). Vergleicht man die Mediane, die bei kleinen Gruppen aussagefähiger sind, so liegt der der Schwangeren ebenso wie der der Erstmütter mit 45.00 Punkten unter dem Wert der Mehrfachmütter (52.00 Punkte). Zur Erinnerung: Es handelt sich bei dieser Teilstichprobe um alle Mütter, die schon mindestens ein Kind haben und nun ein weiteres Kind bekommen.

Der Vergleich der Ergebnisse der schwangeren Mütter mit denen der Erst- und Mehrfachmütter ergibt keinen signifikanten Unterschied ($p = .141$, Medianetest) zum dritten Messzeitpunkt 36pp. Wie schon an anderer Stelle gesagt, ist der Medianetest ein relativ grobes Instrument, so dass eine weitere Untersuchung mit anderen Stichprobenparametern weiteren Aufschluss bringen kann.

Die Ergebnisse für die einzelnen Teilstichproben und die jeweiligen Messzeiträume werden in der folgenden Tabelle noch einmal im Überblick dargestellt.

Mess-zeit-punkt	Teil-stich-probe	Gültig für N Frauen	Schiefe	Mittel-wert	Standardab-weich-ung	Mini-mum	Maxi-mum	Perzen-tile 25 %	50 %	75 %
16 prae	Simul. E	26	.598	53.31	15.16	32	82	39.75	51.50	65.75
4pp	E	27	1.43	47.15	13.41	30	92	38.00	47.00	52.00
	M	21	.49	51.62	14.33	29	80	41	50	61.50
8pp	E	27	1.62	44.04	11.60	29	83	37.00	41.00	50.00
	M	21	.41	47.29	14.77	26	75	37.50	42.00	59.00
36pp	E	10	-.27	44.20	5.47	36	51	38.50	45.00	49.50
	M	28	.74	53.39	14.80	31	88	43.25	52.00	62.50
	S	9	.66	52.11	14.36	36	74	40.50	45.00	67.00

**Tabelle 28 Zusammenfassung der Ergebnisse für die Items „Somatische Beschwerden“
(Rangsummenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit) nach generativem Status getrennt**

6.3.2.2.3 Verläufe für diejenigen Mütter mit unverändertem generativen Status

Entsprechend den Überlegungen, die Entwicklung derjenigen Mütter zu untersuchen, deren generativer Status im Zeitraum der Untersuchung unverändert geblieben ist, werden an dieser Stelle nun die Ergebnisse der zehn Erstmütter und der vierzehn Mehrfachmütter vorgestellt, die nach der Entbindung des Zielkindes kein weiteres Kind bekommen haben. Die somatische Befindlichkeit, die durch die FemBeschwerden-Liste erhoben wurde, gestaltet sich für die Erstmütter im Untersuchungsverlauf folgendermaßen:

Der Vergleich der Ergebnisse (Längsschnitt) der Erstmütter (N=10) erbringt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Messergebnissen: T1 (von der Entbindung bis zu vier Monaten, 4 pp) zu T2 (fünfter bis achter Monat, 8 pp) ($p=.387$, einseitig), T2 (8pp) zu T3 (36pp) ($p= 1.00$), 36pp zu 4pp ($p=.781$). Dies wird auch durch die Betrachtung der Rangplatzvergleiche unterstützt. Somit ist für diese kleine Teilstichprobe keine Veränderung in Hinsicht auf das Auftreten und die Belastung durch somatische Beschwerden nachweisbar.

Für die Mehrfachmütter (N=14) findet sich in Hinsicht auf die längsschnittliche Betrachtung ein vergleichbares Bild: Es ist nicht zu belegen, dass die gemessenen Ergebnisse zu T1 (4pp) signifikant höher ausfallen als die zu T2 (8pp) gemessenen ($p=.111$, einseitig), ebenso wie kein signifikanter Unterschied der Ergebnisse von T2 (8pp) zu T3 (36pp) ($p=.211$) zu belegen ist, wie auch kein signifikanter Unterschied der Ergebnisse zwischen T3 (36pp) und T1 (4pp) ($p=.674$) nachzuweisen ist.

Bei Betrachtung der Rangplatzvergleiche finden sich allerdings 9 Mehrfachmütter (gegenüber 5 Mehrfachmüttern), deren Ergebnisse im zweiten Messzeitraum niedriger ausfallen als im ersten Messzeitraum (Entbindung bis vier Monate postpartal): auch die Rangsummenwerte der 9 Frauen liegen mit 72.50 über der Rangsumme von 32.50.

In Hinsicht auf die längsschnittliche Entwicklung der erfassten somatischen Beschwerden kann auf der Grundlage der vorliegenden Daten kein signifikanter Unterschied bezogen auf die drei Messzeiträume und bezogen auf die Teilstichproben festgestellt werden. Die Tatsache, dass für die kleine Gruppe der Erstmütter kein signifikanter Unterschied zwischen der ersten und zweiten Messung bestätigt werden konnte, widerspricht dem Modell von Gloger-Tippelt. Interessant wäre es diese Frage erneut mit Hilfe von größeren Stichproben zu untersuchen.

Die Gegenüberstellung (Querschnitt) der abgefragten somatischen Beschwerden der 10 Erstmütter und der 14 Mehrfachmütter zum dritten Messzeitpunkt (32 bis 36 Monate postpartal) verweist auf einen signifikanten ($p=.001$, Mann-Whitney-U-Test) Unterschied zwischen den Ergebnissen der verbliebenen Erstmütter und den Resultaten der verbliebenen Mehrfachmütter. Auch die unterschiedliche Höhe der mittleren Ränge (6.95 für die Erstmütter und 16.45 für die Mehrfachmütter), wie auch die unterschiedlich hohen Rangsummen (69.50 für die Erstmütter und 230.50 für die Mehrfachmütter) stützen dieses Ergebnis deutlich. Auf der somatischen Ebene finden sich somit statistisch abgesicherte Unterschiede zwischen den Teilstichproben. Die Mehrfachmütter, deren jüngstes Kind nun drei Jahre alt ist, erleben zu diesem letzten Erhebungstermin mehr somatische Beschwerden als ihre Geschlechtsgenossinnen mit einem dreijährigen Kind.

Bei der Interpretation dieses Befundes kommen sowohl die „daily hazzles“ in Betracht, unter denen die Mehrfachmütter vielleicht mehr leiden müssen. Es sind aber auch andere Erklärungsmöglichkeiten zu

überdenken, wie zum Beispiel unterschiedliche Alternsprozesse oder auch schlechtere Lebensbedingungen durch geringere finanzielle Möglichkeiten.

6.3.2.3 Skala „Orthopädische Beschwerden“ mit 5 Items

Durch die Unterskala der „Orthopädischen Beschwerden“, deren Items auch in der Unterskala der „Somatischen Beschwerden“ enthalten sind, werden alle diejenigen Beschwerden erfaßt, die den Bewegungsapparat betreffen. Dies sind „Kreuz- und Rückenschmerzen“, „Arm- und Schulterschmerzen“, „Gelenkschmerzen, Arthrose“, „Sehnenscheidenentzündung“ und „Muskelverspannung“. Aufgrund der Annahme einer größeren Beanspruchung des Bewegungsapparates in der Schwangerschaft und auch in der postpartalen Zeit werden die Ergebnisse für diese Unterskala gesondert untersucht. Nach der Darstellung der Entwicklung der Ergebnisse für die Gesamtstichprobe der befragten Mütter über den Untersuchungszeitraum, erfolgt die Beschreibung und die Analyse von den Ergebnissen der Teilstichproben.

6.3.2.3.1 Die Ergebnisse der Unterskala „Orthopädische Beschwerden“ für die Gesamtstichprobe

Betrachtet man die Ergebnisse für die Unterskala der orthopädischen Beschwerden im ersten Messzeitraum von der Entbindung bis zu 4 Monaten postpartal so zeigt sich, dass von 30 möglichen Punkten ein Maximum von 28 Punkten und ein Minimum von 5 Punkten erreicht wurde (bei N=48 befragten Probandinnen). Der Mittelwert und der Median liegen mit 11.46 beziehungsweise 11.00 eher niedrig, so dass eine linksschiefe Verteilung vorliegt. Das wird durch den Schiefe-Wert von 1.07 bestätigt. Laut SPPS zeigt ein Wert von über 1.00 das Abweichen von der Normalverteilung an, ein positiver Wert belegt dabei eine signifikante Schiefe mit einem längeren rechten Flügel.

Messzeit -punkt	Gültig für N Frauen	Mittel- wert	Stand- ardabwei- chung	Minimum	Maxi- mum	Perz. 25 %	50 %	75 %
4pp	48	11.46	5.55	5	28	8.00	11.00	14.75
8pp	48	11.06	5.89	5	28	6.50	8.50	14.75
36pp	47	12.70	5.15	5	29	9.00	12.00	16.00

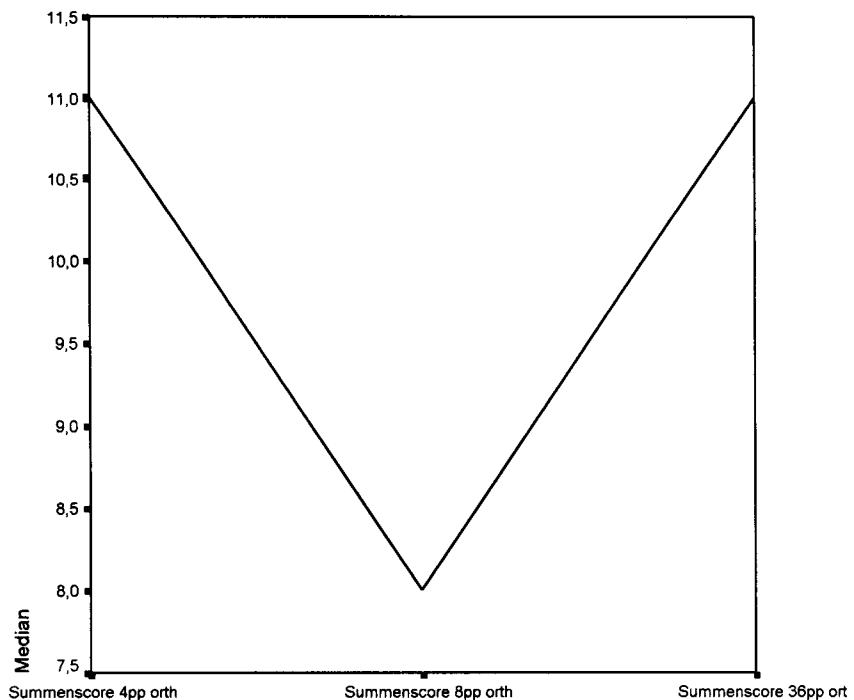
Tabelle 29 Frequencies der orthopädischen Beschwerden (Summenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 5 Items) Gesamtstichprobe

Die prozentuale Verteilung der Werte weist darauf hin, dass 75 Prozent der Frauen Werte unter 14.75 erreichen und 25 weitere Prozent Werte zwischen 14.75 und dem berichteten Maximum von 28 Punkten. Der mögliche Wertebereich liegt zwischen 5 und 30 Punkten. Die Resultate verdeutlichen: Die Mütter empfinden Beeinträchtigungen im Bereich der Skelettmuskulatur und des Bewegungsapparates, allerdings erscheinen diese bezogen auf die Gesamtstichprobe nicht so ausgeprägt zu sein.

Hierbei ist noch zu erwähnen, dass diese Darstellung nicht zwischen Erst- und Mehrfachmüttern differenziert.

Im Vergleich fällt im zweiten Messzeitraum (fünfter bis achter Monat, 8pp) der Mittelwert mit 11.06 Punkten bei einer Standardabweichung von 5.89 Punkten und der Median mit 8.50 Punkten niedriger aus, die Ausschöpfung des Wertebereichs ist dagegen für die befragten 48 Frauen identisch. Zu diesem Zeitpunkt liegt die empfundene Belastung durch die abgefragten Items also vorsichtig interpretiert etwas niedriger als zum ersten Messzeitpunkt. Die Abnahme der Werte zu T2 (8pp) lässt sich allerdings nicht signifikant ($p=.197$, einseitig) bestätigen.

Die nachstehende Grafik gibt die Entwicklung der Median-Werte wieder:



**Abbildung 17 Veränderung der Rangsummenscores Unterskala „Orthopädische Beschwerden“ (5 Items)
– Gesamtstichprobe**

Eine Steigung findet sich, wie auch die Grafik verdeutlicht, zum dritten Messzeitpunkt 36pp: Der Mittelwert ist mit 12,70 Punkten höher als die früheren, ebenso der Median von 12 Punkten. Betrachtet man die Verteilung zwischen den beiden letzten Quartilen so wird deutlich, dass 25 % der Frauen Ergebnisse zwischen 12 und 16 Punkten erreichen. Weitere 25 % der Frauen erlangen Werte zwischen 16 Punkten und 29 Punkten (bei einem Maximum von 29 Punkten).

Die genauere Analyse der Daten erfolgt nun mit dem Wilcoxon-Test für Rangdifferenzen. Mit diesem Verfahren soll geklärt werden, ob es signifikante Veränderungen in der Höhe, der durch orthopädische Beschwerden verursachten Befindlichkeitsstörungen, bei den Müttern der Gesamtstichprobe gibt.

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Vergleich der Ergebnisse Unterskala orthopädische Beschwerden (5 Items): 8 Monate postpartal und 4 Monate postpartal SIORTH8 Summenscore Indikator orth. Items 8pp (5 Items) – SIORTH4 Summenscore Indikator orth. Items 4pp (5 Items)	Negative Ränge	17	14,18	241,00
	Positive Ränge	11	15,00	165,00
	Bindungen	17		
	Gesamt	45		
Vergleich der Ergebnisse Unterskala orthopädische Beschwerden (5 Items): 36 Monate postpartal und 8 Monate postpartal SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items) – SIORTH8 Summenscore Indikator orth. Items 8pp (5 Items)	Negative Ränge	13	17,92	233,00
	Positive Ränge	25	20,32	508,00
	Bindungen	7		
	Gesamt	45		
Vergleich der Ergebnisse Unterskala orthopädische Beschwerden (5 Items): 36 Monate postpartal und 4 Monate postpartal SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items) – SIORTH4 Summenscore Indikator orth. Items 4pp (5 Items)	Negative Ränge	13	17,88	232,50
	Positive Ränge	23	18,85	433,50
	Bindungen	9		
	Gesamt	45		

Tabelle 30 Rangplatzvergleich „Orthopädische Beschwerden“ Gesamtstichprobe (N=45)

Wie die Tabelle zusammenfassend darstellt, sind in 17 Fällen die Werte des zweiten Messzeitraumes (8pp) niedriger als die des ersten Messzeitraumes (4pp). In 11 Fällen ist es dagegen umgekehrt. Bei 17 Frauen finden sich sogar identische Punkt-Ergebnisse für die Unterskala „Orthopädische Beschwerden“ für den ersten und zweiten Messzeitpunkt.

Der längsschnittliche Vergleich der zweiten und dritten Messung erbringt für 13 Frauen ein niedrigeres Ergebnis zur dritten Messung. Diese Frauen berichteten demzufolge zum zweiten Messzeitpunkt über stärkere orthopädische Beschwerden, als drei Jahre nach der Entbindung. Eine größere Gruppe von N=25 Frauen erlebt dagegen zu diesem letzten Messzeitpunkt (T3) ein höheres Ergebnis auf dieser Unterskala. Bei ihnen sind offenbar zum dritten Messzeitraum (32 – 36 Monate pp) stärkere orthopädische Beschwerden als zum zweiten Messzeitraum (5 – 8 Monate pp) vorhanden. Bei sieben Frauen variieren die Ergebnisse der beiden Messungen nicht.

Der Vergleich der Ergebnisse der ersten Messung (T1) mit denen der dritten Messung (T3) zeigt folgendes: 13 Frauen weisen bei der letzten Messung (32-36 Monate pp) niedrigere orthopädische Beschwerden-Werte auf als bei der ersten Messung (4pp). Demgegenüber stehen 23 Frauen bei denen die Beschwerden aus dem orthopädischen Symptombereich drei Jahre nach der Entbindung die Werte der ersten Messung übersteigen.

Für neun Frauen unterscheiden sich die Ergebnisse der ersten und dritten Messung nicht.

Wie die Tafel (siehe Anhang) zeigt, ist kein signifikanter Unterschied (Längsschnitt) für die Ergebnisse der Unterskala der „orthopädischen Beschwerden“ zwischen der ersten Messung (vier Monate nach der Entbindung) und der zweiten Messung (acht Monate nach der Entbindung) nachzuweisen ($p= .197$, einseitig). Dasselbe gilt für die Gegenüberstellung der Resultate der ersten und dritten Messung ($p= .115$). Lediglich die Ergebnisse der zweiten Messung (8pp) und der dritten Messung (36pp) unterscheiden sich ($p \leq .05$) signifikant.

Der Unterschied kann aufgrund der gewählten statistischen Berechnung spezifiziert werden: Die Mütter erfahren drei Jahre nach der Entbindung mit dem Zielkind eine signifikant stärkere Belastung durch orthopädische Beeinträchtigungen, wie „Kreuz- und Rückenschmerzen“ oder „Arm- und Schulterschmerzen“. Der Unterschied der Ergebnisse zwischen der ersten Messung T1 (von der Entbindung bis zu vier Monaten pp) und der letzten Messung T 3 (32 bis 36 Monate postpartal) ist nicht signifikant. Dies ist wahrscheinlich auf die neun Bindungen und auf die geringen Differenzen und damit niedrigen mittleren Ränge zurückzuführen. Die 23 positiven Ränge dagegen weisen darauf hin, dass das Ergebnis auf der Unterskala der orthopädischen Beschwerden drei Jahre nach der Entbindung bei diesen Frauen höher ausfällt, als das im ersten Messzeitraum (4pp) gewonnene. Im Falle dieser positiven Ränge steht einem mittleren Rang von 18.85 bei 23 positiven Rängen ein mittlerer Rang von 17.88 bei 13 negativen Rängen (das Ergebnis zu 36pp ist kleiner als zu 4pp) gegenüber.

Die Betrachtung der Daten unter Berücksichtigung des generativen Status bringt Aufschluss über die Unterschiede zwischen den Teilstichproben.

6.3.2.3.2 Die Ergebnisse der Unterskala „Orthopädische Beschwerden“ nach generativem Status getrennt

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die Entwicklung der orthopädischen Beschwerden (5 Items) über den Untersuchungszeitraum von drei Jahren postpartal für die Gesamtstichprobe dargestellt wurde, werden in den folgenden Ausführungen die Ergebnisse für die verschiedenen Teilstichproben erläutert und verglichen.

In der folgenden Übersichtstabelle werden die Ergebnisse dargestellt.

Messzeitpunkt	Teilstichprobe	Gültig für N Frauen	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Perzentile 25 %	50 %	75 %
16prae	Simul. E	26	11.27	5.23	5	23	5.75	11.00	15.00
4pp	E	27	10.78	4.96	5	23	5.00	11.00	14.00
	M	21	12.33	6.25	5	28	8.00	11.00	16.00
8pp	E	27	10.11	.45	5	23	5.00	8.00	14.00
	M	21	12.29	6.78	5	28	8.00	9.00	18.00
36pp	E	10	10.70	2.91	5	16	9.50	11.00	12.25
	M	28	13.96	5.57	5	29	9.25	13.50	17.00
	S	9	11.00	4.92	5	18	8.00	8.00	17.00

Tabelle 31 Frequencies der orthopädischen Beschwerden (Summenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 5 Items) für die drei Teilstichproben über die drei Messzeitpunkte

Zunächst sollen die Ergebnisse der Erstmütter und die der simulierten Baseline betrachtet werden:

Für die simulierte Ausgangsstichprobe (Simul. E.) von 26 Frauen lässt sich in Hinsicht auf die abgefragten Items aus dem orthopädischen Beschwerdebereich ein Mittelwert von 11.27 Punkten bei einer Standardabweichung von 5.23 Punkten und einem Median von 11 Punkten aufzeigen. Unter der Annahme, dass diese Ergebnisse den

tatsächlichen der parallelisierten Stichprobe der Erstmütter entsprechen, liegen diese Werte auf ungefähr gleichem Niveau wie die Resultate der Erstmütter (4 Monate postpartal). Der längsschnittliche Vergleich mit dem Wilcoxon-Test belegt entsprechend keinen signifikanten Unterschied zwischen diesen beiden Ergebnissen.

Im Vergleich zur Gesamtstichprobe unterscheiden sich die Ergebnisse der N=27 Erstmütter zum Messzeitpunkt 4pp mit einem Mittelwert von 10.78 Punkten bei einer Standardabweichung von 4.96 Punkten und einem Median von 11 Punkten durch den etwas niedrigeren Mittelwert und den um 5 Punkte geringeren Maximalwert.

Der durchschnittliche Punktewert sinkt im Messzeitraum 8pp noch weiter auf 10.11 Punkte (Gesamtstichprobe X = 11.06), der Median auf 8 Punkte (Gesamtstichprobe 8,5 Punkte). Die Signifikanzprüfung bestätigt allerdings kein signifikant niedrigeres Ergebnis ($p = .144$) zum zweiten Messzeitpunkt.

Die Ausschöpfung des Wertespektrums zum Zeitpunkt der zweiten Messung entspricht der zum Zeitpunkt 4 Monate nach der Entbindung.

Zum dritten Messzeitpunkt verbleiben noch 10 Erstmütter in dieser Teilstichprobe. Sie sind mit einem Mittelwert von 10.70 Punkten bei einer Standardabweichung von 2.91 Punkten und einem Median von 11 Punkten vergleichbar mit den Ergebnissen zu den beiden ersten Messungen.

Im Vergleich mit der Gesamtstichprobe sind die Populationsparameter drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes etwas niedriger. Ein deutlicher Unterschied ist sichtbar bei der Ausschöpfung des Wertebereichs: Das Minimum liegt wie in der Gesamtstichprobe bei 5 Punkten (dies entspricht inhaltlich einer Belastung von 0 durch die abgefragten Beschwerden). Der maximale Wert der Erstmütter beträgt im Vergleich zur Gesamtstichprobe nur 16 Punkte (statt 29 Punkte für die Gesamtstichprobe).

Diese Befunde sind wegen ihrer geringen Stichprobengröße nur mit Vorsicht als tendenziell geringere Belastung der Erstmütter durch orthopädische Beschwerden zu interpretieren, wenngleich eine geringere Belastung zu erwarten ist.

Um die Differenzen der Ergebnisse zwischen den Erstmüttern und der Gesamtstichprobe zuordnen zu können, sollen die Ergebnisse der Mehrfachmütter und der schwangeren Mütter ebenso betrachtet werden:

Die Gruppe der Mehrfachmütter ist gekennzeichnet durch relativ hohe Mittelwerte auf der Unterskala der orthopädischen Beschwerden, die zu jedem Messzeitpunkt über denen der Erstmütter liegen. Im Messzeitraum bis zu vier Monaten postpartal sind die Mediane der beiden Teilstichproben mit 11 Punkten identisch, es gibt aber Unterschiede in der Verteilung: So erreichen die Mehrfachmütter einen Maximum-Wert von 28 Punkten (Erstmütter 23 Punkte), dasselbe gilt zum Messzeitpunkt 8pp. Der querschnittliche Vergleich der Ergebnisse der beiden Teilstichproben unterstützt nicht die Annahme der Unterschiedlichkeit ($p = .54$) zum Messzeitpunkt T1 (4pp) in Bezug auf die abgefragten orthopädischen Beschwerden.

Längsschnittlich betrachtet, lässt sich keine signifikante Abnahme der Beschwerden vom Zeitpunkt der ersten zum Zeitpunkt der zweiten Messung für die Mehrfachmütter belegen ($p = .468$). Die Rangplatzanalyse ergibt für 6 Frauen gleiche Werte (Bindungen), für weitere 6 Frauen liegen die Werte zu 8pp über denen zu 4pp (positive Ränge), bei weiteren 9 Frauen ist das Verhältnis umgekehrt (negative Ränge).

Der Mittelwert von 12.29 Punkten (8pp) bei einer Standardabweichung von 6.78 Punkten erhöht sich zum letzten Messzeitpunkt auf 13.96 Punkte bei einer Standardabweichung von 5.57 Punkten. Der Median differiert im Vergleich zum letzten Messzeitraum fünf bis acht Monate postpartal um 4.5 Punkte.

Die Prüfung auf die signifikante Unterschiedlichkeit (Querschnitt) der Ergebnisse für den Messzeitpunkt 8pp zwischen den befragten 27 Erstmüttern und den 21 Mehrfachmüttern unterstützt mit $p=.333$ ebenfalls nicht die Annahme der unterschiedlichen Belastung durch die abgefragten Beschwerden in diesem Zeitraum.

Nachdem die Ergebnisse der Erstmütter und der Mehrfachmütter dargestellt wurden, sollen an dieser Stelle nun die Ergebnisse der schwangeren Erst- und Mehrfachmütter betrachtet werden:

Die neun schwangeren Frauen liegen mit ihrem Mittelwert von 11.00 Punkten ähnlich wie die zehn Erstmütter zu diesem Zeitpunkt, allerdings bei einer höheren Standardabweichung von 4.92 Punkten. Allerdings ist der Median dieser Gruppe mit 8 Punkten niedriger, so dass eventuell von einer empfundenen geringeren Belastung im Sinne der erfragten orthopädischen Beschwerden ausgegangen werden kann. Der Werte-Raum bewegt sich zwischen 5 Punkten im Minimum und 18 Punkten im Maximum bei einem rechnerischen Maximal-Wert von 30 Punkten.

Mit Hilfe des Median-Tests wird bezogen auf die Unterschiedlichkeit der drei Teilstichproben (Querschnitt) zum Zeitpunkt drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes (36pp) ein Wert von $p = .106$ berechnet. Somit ist auf der hier vorliegenden Datengrundlage kein gesicherter Unterschied zwischen den drei Teilstichproben nachzuweisen.

Der genauere Vergleich der T3-Ergebnisse der Teilstichproben (Mann-Whitney-Test) zeigt folgende Resultate:

Die Gegenüberstellung der Befunde der beiden Teilstichproben der Erstmütter mit einer Geburt ($N = 10$) und der Mehrfachmütter mit mindestens zwei Geburten ($N = 28$) zeigt ebenfalls keinen signifikanten Unterschied (Mann-Whitney-Test, $p = .067$, exakte Signifikanz) zwischen den Ergebnissen der beiden Gruppen zu diesem Zeitpunkt (36 pp). Bei einer Stichprobengröße von $N = 38$ stellt meines Erachtens ein Wert von $p = .067$ dennoch eher die Annahme von H_0 und damit die Gültigkeit der Nullhypothese in Hinsicht auf die beiden Teilstichproben in Frage. Es scheinen zumindest Tendenzen einer stärkeren Belastung durch orthopädische Beschwerden für die Gruppe der Frauen mit mehr als einem Kind vorzuliegen, als für die Erstmütter mit stabilem generativen Status.

Im folgenden Abschnitt wird deshalb geprüft, ob sich die Teilstichprobe der Erstmütter mit einem dreijährigen Kind und die Teilstichprobe der Mehrfachmütter ($N = 14$), deren jüngstes Kind ebenfalls drei Jahre alt ist, voneinander in Hinsicht auf die abgefragten orthopädischen Beschwerden unterscheiden.

6.3.2.3.3 Verläufe für diejenigen Mütter mit unverändertem generativen Status

Für diejenigen Erstmütter ($N=10$) der Stichprobe, deren generativer Status während des Untersuchungszeitraums unverändert geblieben ist, lässt sich längsschnittlich betrachtet kein signifikant höheres Messergebnis (Unterskala orthopädische Beschwerden) für den ersten Messzeitraum von der Geburt bis zu vier Monaten postpartal im Vergleich zum zweiten Messzeitraum (fünfter bis acht Monat, 8pp) belegen ($p=.25$, einseitig). Die Vergleiche zwischen der zweiten und der dritten Messung erbringen ebenfalls keinen signifikanten Unterschied ($p=.906$).

Ebenso wie sich kein signifikanter Unterschied in der Höhe der gemessenen Belastung zwischen der ersten und der dritten Messung nachweisen lässt ($p=.43$).

Auch für die Mehrfachmütter ($N = 14$), deren generativer Status im Untersuchungsverlauf konstant geblieben ist, lassen sich längsschnittlich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Messungen belegen.

Um die Frage nach einer stärkeren Beanspruchung der Mehrfachmütter durch die orthopädischen Beschwerden im Vergleich zu der Stichprobe der Erstmütter zu beantworten, werden die Unterschiede in Hinsicht auf ihre Signifikanz geprüft:

Der Vergleich der Ergebnisse (Querschnitt) für die abgefragten orthopädischen Beschwerden zum dritten Messzeitpunkt (32. bis 36. Monat pp) verweist auf einen signifikanten Unterschied ($p = .015$) zwischen den Ergebnissen der 10 Erstmütter und der 14 Mehrfachmütter. So befinden sich die mittleren Ränge der Erstmütter mit 8.40 weit unter denen der Mehrfachmütter mit 15.43. Ebenso unterscheiden sich die Rangsummen (84 (Erstmütter) und 216 (Mehrfachmütter)) deutlich voneinander.

Dieses Ergebnis unterstützt, wie auch das im vorigen Kapitel diskutierte Ergebnis des Unterschiedsvergleichs bei einem Wert von $p = .067$ für die Teilstichproben der Erst- und Mehrfachmütter (36 pp), die Annahme, dass die Belastung durch orthopädische Beschwerden drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes für die Erstmütter geringer ausfällt als für die befragten Mehrfachmütter. Im letzten Kapitel konnte ein signifikanter Unterschied für die Teilstichprobe der Mehrfachmütter aufgezeigt werden. Zu dieser Teilstichprobe zählen alle Frauen mit mehr als einem Kind, also die Ursprungsstichprobe der Mehrfachmütter als auch diejenigen Erstmütter, die im Untersuchungsverlauf ein weiteres Kind bekommen haben.

Wie ersichtlich wird, kann darüber hinaus ein solcher signifikanter Unterschied ebenfalls für diejenigen Mehrfachmütter nachgewiesen werden, deren generativer Status sich nicht im Untersuchungsverlauf verändert hat und deren jüngstes Kind somit nun drei Jahre alt ist.

Dazu nun einige Überlegungen: Der erst genannte Befund könnte durch eine zusätzliche Belastung durch weitere Entbindungen oder durch die folgenden Belastungen durch den Säugling oder die Kleinkinder erklärt werden. Der zweite Befund irritiert dann insofern, als auch für die Mütter mit unverändertem generativen Status eine höhere Belastung nachgewiesen wird. Wie ist dieses Ergebnis nun zu interpretieren? Möglicherweise spielen hier Alterungsprozesse ebenso eine Rolle wie die stärkere Belastung durch anfallende Aufgaben im Haushalt, die oftmals mit körperlichen Anforderungen einhergehen. Die Traditionalisierung der Aufgabenverteilung nach der Entbindung wurde bereits von Fthenakis et. al. (2002) nachgewiesen und findet sich besonders im Übergang zur Elternschaft bei den Ersteltern. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass mit zunehmender Größe der Familie auch ein Zuwachs der im Haushalt zu erledigenden Aufgaben zu verzeichnen ist. Bei Beibehaltung der traditionellen Aufgabenverteilung ist dieses Mehr an (körperlicher) Arbeit von den Müttern zu bewältigen. Beispielhaft seien hier genannt: Wäsche waschen, Einkäufe tragen, putzen, aufräumen usw.. Nicht alle Kinder sind mit drei Jahren auch schon im Kindergarten, da die Aufnahme in diese Einrichtungen in der Regel immer im August erfolgt. Weiterhin gibt es verschiedene andere tägliche Anforderungen. Wenn auch das Kind schon drei Jahre alt ist und sich in vielen Dingen verständig zeigt und auch motorisch schon unabhängiger ist als ein Baby, will es dennoch hin und wieder auf den Arm gehoben werden (bei einem ungefähren Gewicht von 13 bis 17 kg !). Weitere typische Aktivitäten der Mütter bestehen darin, den Kindern beim Anziehen zu helfen, Dreiräder, Bobby-Cars und ähnliches Spielzeug zu transportieren, immer wieder Kleinteile vom Boden aufzusammeln und Ähnliches mehr. Es ist nicht davon auszugehen, dass diese Tätigkeiten in Form von rückenschonenden Bewegungsabläufen, wie sie von Krankengymnasten und Ärzten empfohlen werden, verrichtet werden.

Darüber hinaus wirken auch psychische Faktoren begünstigend auf das Entstehen von Rückenschmerzen. Psychische Anspannung schlägt sich nieder in körperlicher Anspannung und Fehlhaltung, die wiederum langfristig zu Verspannungen und Schmerzen führen können (vgl. die Diskussion von psychischen oder biologischen Verursachungskomponenten s. Kröner-Herwig, 2000). Dazu kommen anatomische Besonderheiten: Frauen weisen ein grazileres Skelettsystem und eine schwächere Muskulatur sowie mehr Fettgewebe auf als es bei den Männern der Fall ist. Weiterhin ist der Oberkörper im Verhältnis zum gesamten Körper länger als bei den Männern.

„Diese geschlechtsspezifischen anatomischen Besonderheiten sind wichtige Voraussetzungen für Schwangerschaft und Geburt, bedingen allerdings auch ungünstige biomechanische Verhältnisse mit stärkerer Belastung der Wirbelsäule. Hinzu kommt, dass der weibliche Organismus stärkeren periodischen Hormonschwankungen unterworfen ist als der des Mannes, insbesondere während der Schwangerschaft. Hierdurch kommt es zu einer Auflockerung des Bindegewebes und der straffen Gelenkverbindungen im Beckenringbereich (Schambeinfuge, Iliosakralfugen) und zu Veränderungen der Muskeln. Bekannt sind Kreuzschmerzen, die während der Menstruation sowie während und nach der Schwangerschaft auftreten können. Viele Frauen leiden noch monate- und jahrelang nach der Geburt ihres Kindes unter ständigen Rückenschmerzen. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um muskuläre Überlastungsscheinungen als Folge der vermehrten Haltearbeit der Muskulatur von Wirbelsäule, Becken und Bauch während der Schwangerschaft und danach. Besonders charakteristisch ist für viele Frauen eine Schwäche der Bauchmuskulatur, die der Wirbelsäule von vorne Halt verleihen soll und Stabilisator für Becken und Lendenwirbelsäule ist. (.....) Während der letzten Monate der Schwangerschaft und noch einige Monate danach sind die Bauchmuskeln überdehnt. Erst einige Zeit nach der Geburt kommt es wieder zur Verkürzung und Straffung der Muskeln und des Bindegewebes. Dies hängt aber von vielen Faktoren ab, zum Beispiel von der Konstitution und von der Qualität der Schwangerschaftsgymnastik, insbesondere von einer konsequenten Muskelkräftigung nach der Geburt. Bei vielen Frauen bleibt jedoch leider eine dauerhafte Schwächung der Bauchmuskulatur zurück. Dies ist eigentlich vollkommen unnötig, denn durch ein entsprechendes Training der Rücken- und der Bauchmuskulatur ist es durchaus möglich, die schlaffen Bauchdecken wieder zu kräftigen. (...) die typische erzwungene Haltung in vielen Frauenberufen und bei der Hausarbeit führt zu einer weiteren Verschlechterung der muskulären Situation und verstärkt nur noch die weiblichen Kreuzschmerzen.“ (Hess, 1992, S. 36)

Ob die Mütter tatsächlich die ihnen empfohlene Rückbildungsgymnastik wahrnehmen sowie an den empfohlenen Rückenschulen teilnehmen und entsprechende rückenstärkende Trainingseinheiten umsetzen, halte ich für fraglich.

6.3.2.4 Skala „Gynäkologische Beschwerden“ mit 6 Items

Die FemBeschwerden-Liste umfasst zusätzlich zu den geschlechtsneutralen Items auch spezifisch weibliche Beschwerden, deren Auswertung Inhalt der folgenden Abschnitte ist. Zunächst werden die Ergebnisse der Erst- und Mehrfachmütter im Rahmen der Gesamtstichprobenergebnisse beschrieben und analysiert. Im Anschluss erfolgen die nach Teilstichproben getrennte Darstellung und Gegenüberstellung der Befunde.

6.3.2.4.1 Ergebnisse der Unterskala „Gynäkologische Beschwerden“ für die Gesamtstichprobe

Die abgefragten Items der Unterskala „Gynäkologische Beschwerden“ erfassen folgende Beschwerden: „Untypische Blutungen“, „Haarausfall, -probleme“, „trockene Scheide“, „hormonelle Probleme“, „Probleme mit Brüsten, Brustwarzen“ und „Menstruationsschmerzen“. Da die FemBeschwerden-Liste insbesondere Frauen-relevante Beschwerden erfassen will, werden diese nun gesondert dargestellt.

Messzeitpunkt	Gültig für N Frauen	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Perz. 25 %	50 %	75 %
4pp	48	12.46	4.56	6	24	9.00	11.50	16.00
8pp	48	10.25	3.42	6	18	9.00	9.00	12.75
36pp	47	9.98	4.77	6	25	6.00	9.00	13.00

Tabelle 32 Frequencies der gynäkologischen Beschwerden (Summenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 6 Items) für Gesamtstichprobe

Wie die Tabelle zeigt, nimmt der Mittelwert von Messzeitpunkt zu Messzeitpunkt ab. Betrachtet man den Median, so zeigt er sich vier Monate nach der Entbindung des Zielkindes um 2.5 Punkte höher als zu den beiden weiteren Messungen. Der mögliche Wertebereich von 6 Punkten im Minimum und 36 Punkten im Maximum wird zu allen Messungen im unteren Bereich mit 6 Punkten voll ausgeschöpft, im oberen Bereich dagegen nur bis zu maximal 25 Punkten (36pp) beziehungsweise bis zu 24 Punkten (4pp).

Die Art der Verteilung scheint eine im Untersuchungsverlauf geringer werdende Belastung durch gynäkologische Beschwerden wiederzuspiegeln.

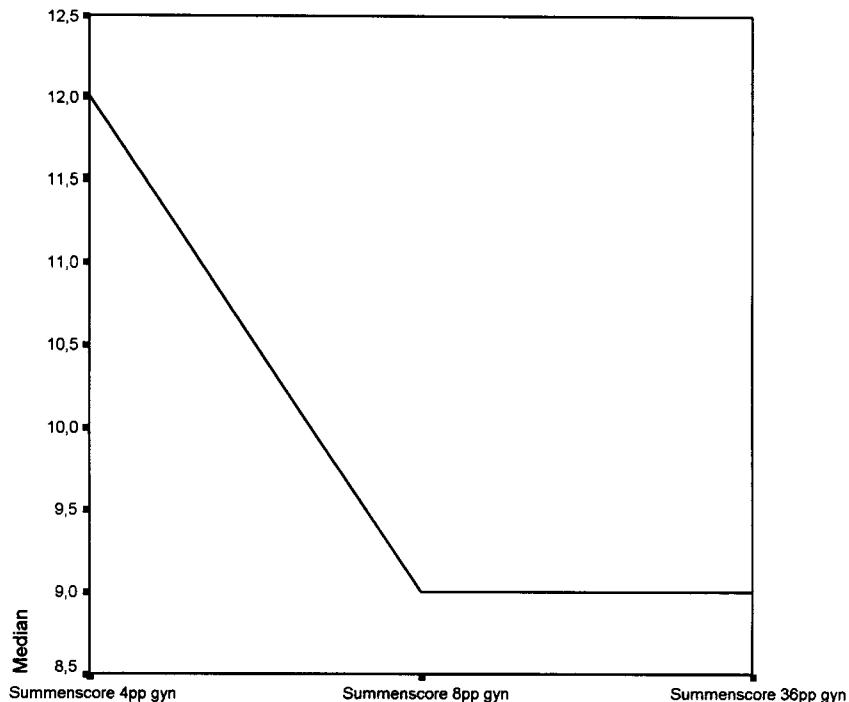


Abbildung 18 Veränderung der Rangsummenscores Unterskala „Gynäkologische Beschwerden“ (6 Items)
– Gesamtstichprobe

Somit scheint eine Tendenz der Belastungsabnahme im Laufe der Zeit vorzuliegen, zumindest wenn die Daten so per Augenschein vorsichtig interpretiert werden. Da die Schwangerschaft und Geburt mit gynäkologischen Veränderungen und Beschwerden verbunden sind, verwundert der hohe Wert zum ersten Messzeitpunkt nicht.

Die Analyse der Veränderung der Ergebnisse im Untersuchungszeitraum von der Entbindung bis zu drei Jahren nach der Geburt (Längsschnitt) wird mit dem Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Er wird zeigen, wie häufig die Untersuchungsteilnehmerinnen gleiche, niedrigere oder höhere Werte in den drei Messzeiträumen erreichen.

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Vergleich der Ergebnisse Unterskala gynäkologische Beschwerden (6 Items): 8 Monate postpartal und 4 Monate postpartal SIGYN8 Summenscore Indikator gyn. Items 8pp (6 Items) – SIGYN4 Summenscore Indikator gyn.Items 4pp (6 Items)	Negative Ränge	27	20,35	549,50
	Positive Ränge	9	12,94	116,50
	Bindungen	9		
	Gesamt	45		
Vergleich der Ergebnisse Unterskala gynäkologische Beschwerden (6 Items): 36 Monate postpartal und 8 Monate postpartal SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items) – SIGYN8 Summenscore Indikator gyn. Items 8pp (6 Items)	Negative Ränge	19	16,29	309,50
	Positive Ränge	14	17,96	251,50
	Bindungen	12		
	Gesamt	45		
Vergleich der Ergebnisse Unterskala gynäkologische Beschwerden (6 Items): 36 Monate postpartal und 4 Monate postpartal SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items) – SIGYN4 Summenscore Indikator gyn.Items 4pp (6 Items)	Negative Ränge	26	21,04	547,00
	Positive Ränge	10	11,90	119,00
	Bindungen	9		
	Gesamt	45		

Tabelle 33 Rangplatzvergleich „Gynäkologische Beschwerden“ Gesamtstichprobe (N=45)

Der Rangplatzvergleich über die Unterskala der „Gynäkologischen Beschwerden“ liefert folgende Ergebnisse:

Für 27 Frauen finden sich zur Messung acht Monate nach der Entbindung niedrigere Ergebnisse als zur ersten Messung vier Monate nach der Entbindung. Das umgekehrte Verhältnis ist für 9 der befragten Frauen nachzuweisen. Ebenfalls 9 Frauen haben zu den beiden ersten Messungen unveränderte Ergebnisse. Die mittleren Ränge von 20.35 und 12.94 verweisen auf größere Differenzen für die negativen Ränge. Anscheinend sind die Unterschiede in den Beschwerden zwischen dem Messzeitraum 8 Monate postpartal und vier Monate postpartal bei den Frauen größer, bei denen die gynäkologischen Belastungen zum zweiten Messzeitraum abgenommen haben.

Betrachtet man die weitere Entwicklung der gynäkologischen Beschwerden, so befinden sich bei 19 Frauen die Ergebnisse im dritten Messzeitraum (36pp) unter den Ergebnissen zum zweiten Messzeitraum (8pp). Bei 14 Frauen liegen die Summenwerte (36pp) dagegen über denjenigen des zweiten Messzeitpunktes (8pp). Bei 12 Frauen findet sich kein Unterschied in den Werten. Sowohl die Anzahl der positiven und negativen Ränge wie auch die mittleren Ränge unterscheiden sich nur geringfügig. Dies lässt vermuten, dass wahrscheinlich kein signifikanter Unterschied zwischen den Ergebnissen der beiden Messungen vorhanden sein wird.

Vergleicht man nun die Ergebnisse (36pp) mit denen, die sich auf die ersten vier Monate nach der Entbindung stützen (4pp), so sind drei Jahre postpartal die gynäkologischen Beschwerden bei 26 Frauen niedriger als ihre Beschwerden direkt nach der Geburt bis zu vier Monaten (4pp). Lediglich bei 10 Frauen übersteigen die Summenwerte (36pp) die ersten Messungen zum Zeitpunkt vier Monate nach der Entbindung. Bei insgesamt 9 Frauen unterscheiden sich die ersten und letzten Messungen nicht. Auch die mittleren Ränge deuten eine stärkere Belastung durch die abgefragten Beschwerden im Messzeitraum vier Monate postpartal an.

Die Signifikanzprüfung der Summenwerts-Unterschiede bestätigt ($p=.00$, einseitig) den niedrigeren Beschwerden-Summenwert für die Gesamtstichprobe zum Zeitpunkt T2 (fünf bis acht Monate nach der Entbindung des Zielkindes) im Kontrast zum erhöhten Wert des ersten Messzeitraums T1 (von der Entbindung bis zu vier Monaten pp). Weiterhin lässt sich kein statistisch signifikanter Unterschied ($p= .61$) zwischen der zweiten und dritten Messung der kombinierten Beschwerden-Summenwerte festmachen. Mit $p= .00$ bestätigt sich dagegen der Unterschied der Summenwerte der ersten und der dritten Messung.

Ausgehend von der ersten Messung (4pp) entwickelt sich ein signifikanter Rückgang der Beschwerde-Werte. Die niedrigen Werte stabilisieren sich dann bis zum dritten Messzeitpunkt. Für die Gesamtstichprobe ist somit von einem Rückgang der durch die FemBeschwerden-Liste erfragten gynäkologischen Beschwerden auszugehen.

Unterscheiden sich die Ergebnisse für die Teilstichproben in Hinsicht auf die Beschwerden-Belastung durch gynäkologische Symptome?

Diese Frage ist Inhalt des folgenden Abschnitts.

6.3.2.4.2 Die Ergebnisse der Unterskala „Gynäkologische Beschwerden“ nach generativem Status getrennt

Die nachstehende Tabelle gibt die Ergebnisse für die drei Teilstichproben der Erstmütter (E) mit einem Kind, der Mehrfachmütter (M) mit mehr als einem Kind und der schwangeren Mütter (S) über die drei Messzeitpunkte wieder.

Mess-zeit-punkt	Teil-stich-probe	Gültig für N Frauen	Mittel-wert	Stan-dardab-weich-ung	Minи-mum	Maxi-mum	Perz. 25 %	50 %	75 %
16 prae	Simul. E	26	11.73	3.91	6	22	9.00	11.00	14.00
4pp	E	27	11.81	4.38	6	20	9.00	11.00	15.00
	M	21	13.29	4.76	6	24	10.00	13.00	17.50
8pp	E	27	10.00	2.91	6	18	9.00	9.00	11.00
	M	21	10.57	4.04	6	18	6.00	9.00	14.00
36pp	E	10	7.40	1.90	6	12	6.00	7.00	8.25
	M	28	10.71	5.50	6	25	6.00	9.00	13.75
	S	9	10.56	3.71	6	16	7.50	9.00	14.50

Tabelle 34 Frequencies der gynäkologischen Beschwerden (Summenwert der gewichteten Belastung und Häufigkeit von 6 Items) nach generativem Status getrennt

Die Ergebnisse der Erstmütter weisen im Längsschnitt eine schwächer werdende Belastung durch gynäkologische Beschwerden auf. Bei Zugrundelegung des Mittelwertes ist von Messzeitpunkt zu Messzeitpunkt eine Abnahme des Belastungswertes ersichtlich. Die gemessene Belastung durch gynäkologische Beschwerden ist zum zweiten Messzeitpunkt 8 Monate nach der Entbindung signifikant niedriger ($p= .012$, einseitig) als vier Monate nach der Entbindung.

Der Median gibt diese Tendenz ebenso wieder, er fällt jeweils um zwei Punkte. Der Werte-Range verändert sich von 6 Punkten im Minimum und 20 Punkten im Maximum zu T1 (4pp), weiter zu maximalen 18 Punkten zu T2 (8pp) und schließlich zu 12 Punkten zu T3 (36pp) als höchstem Wert für die verbliebenen Erstmütter.

Für den Vergleich zwischen den Ergebnissen der simulierten Ausgangsstichprobe der kinderlosen Frauen und den Resultaten der dazu „passenden“ Erstmütter lässt sich allerdings kein signifikanter Unterschied nachweisen. Die statistischen Kennwerte unterstützen ebenfalls keine Unterschiedlichkeit in den Ergebnissen der in Hinsicht auf das Kriterium „Alter“ parallelisierten Gruppen.

Die Mehrfachmütter steigen zum ersten Messzeitpunkt T1 mit einem höheren Belastungswert von 13.29 Punkten im Durchschnitt und einem Median von 13.00 Punkten ein. Zur nächsten Messung T2 liegen die gemessenen Werte darunter mit $X = 10.57$ Punkten bei einer Standardabweichung von 4.04 Punkten, beziehungsweise einem Median von 9.00 Punkten. Die gemessenen Werte für die Unterskala der gynäkologischen Beschwerden liegen 8 Monate nach der Entbindung signifikant niedriger ($p= .003$) als vier Monate zuvor.

Ebenso wie die Erstmütter erleben die Mehrfachmütter demnach acht Monate postpartal eine Abnahme der abgefragten gynäkologischen Beschwerden (Längsschnitt). Diese Ergebnisse stützen das Modell des Übergangs zur Elternschaft nicht nur für die Erstmütter, sondern auch für die Mehrfachmütter.

Zum Zeitpunkt 8 Monate postpartal (T2) scheinen die beiden Teilstichproben (Querschnitt) in etwa ähnliche Belastungen durch die abgefragten gynäkologischen Beschwerden zu verspüren. Im Gegensatz dazu lagen zum ersten Messzeitpunkt T1 (4pp) die Mehrfachmütter noch leicht mit ihren Werten über denen der Erstmütter. Die Signifikanzprüfung kann weder für den Vergleich der Werte zu 4pp ($p = .287$) noch für den Vergleich der Werte zu 8pp ($p = .761$) einen signifikanten Unterschied nachweisen. Bei dem Vergleich der Ergebnisse für den Messzeitraum bis zu vier Monaten ist allerdings die kleine Stichprobengröße zu bedenken, die das Auffinden von signifikanten Unterschieden erschweren kann (zum Zusammenhang von Stichprobengröße und Signifikanz siehe Bortz & Lienert, 1998, S.40; Siegel, 1997, S.9ff).

Der Mittelwert und der Median der Mehrfachmütter liegen zum dritten Messzeitpunkt 36pp oberhalb der Kennwerte der Erstmütter. Die durch die Perzentile charakterisierte Datenverteilung wie auch der erreichte maximale Wert von 25 Punkten (Mehrfachmütter) verweisen auf eine stärker empfundene Belastung durch die geschilderten Symptome. Der Unterschied der Ergebnisse ist jedoch nicht signifikant (Mann-Whitney-Test, $p = .142$, exakte Signifikanz, zweiseitig).

Die Gruppe der Schwangeren befindet sich mit einem Mittelwert von $X = 10.56$ Punkten bei einer Standardabweichung von 3.71 Punkten und einem Median von 9.00 Punkten wahrscheinlich auf vergleichbarem Niveau wie die Mehrfachmütter. Mit einem Wert von $p = .127$ (Median-test) lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Teilstichproben hinreichend begründen.

Zur Erinnerung: Die Gruppe der Mehrfachmütter setzt sich zusammen aus Mehrfachmüttern und ursprünglichen Erstmüttern, die im Zeitraum der Untersuchung ein weiteres Kind bekommen haben. Wann diese weitere

Schwangerschaft stattgefunden hat, kann jedoch ganz unterschiedlich sein. Entsprechend ist es durchaus möglich, dass sich einzelne Frauen zum Zeitpunkt 36pp noch in der hormonellen Umstellungsphase nach der erneuten Entbindung befinden. Aus diesem Grunde ist es nun besonders interessant die Ergebnisse derjenigen Mütter anzuschauen, deren generativer Status sich seit der Entbindung des Zielkindes vor drei Jahren nicht wieder verändert hat.

6.3.2.4.3 Verläufe für diejenigen Mütter mit unverändertem generativen Status

Vergleicht man die Ergebnisse der N=10 Erstmütter (Längsschnitt), so finden sich für den ersten Messzeitraum (4pp) signifikant höhere Ergebnisse ($p=.057$) (wegen der sehr kleinen Stichprobengröße wird entgegen der sonstigen Handhabung ein Wert von $p=\alpha=.057$ für ausreichend signifikant erachtet). Damit ist im ersten Messzeitraum (4pp) von einer höheren Belastung durch gynäkologische Beschwerden als im zweiten Messzeitraum 8pp auszugehen. Weiterhin unterscheiden sich die gemessenen Werte zwischen der zweiten und der dritten Messung signifikant ($p= .047$). Ebenso lässt sich ein signifikanter Unterschied zwischen der dritten und der ersten Messung belegen ($p= .016$). Anhand der Rangplatzvergleiche wird sichtbar, dass sich die gynäkologischen Beschwerden im Untersuchungszeitraum verringern.

Auch die 14 verbliebenen Mehrfachmütter äußern zum ersten Messzeitpunkt signifikant stärkere ($p= .018$, einseitig) gynäkologische Belastungen als zum zweiten Messzeitpunkt. Die Ergebnisse der zweiten und der dritten Messung unterscheiden sich nicht signifikant ($p=.539$). Ebenso lässt sich auch kein signifikanter Unterschied ($p=.196$) für die gemessenen Werte der dritten und der ersten Messung zeigen, wenngleich die Rangplatzanalyse für 8 der 14 Frauen einen niedrigeren Belastungswert zum dritten Zeitpunkt als zum ersten Zeitpunkt anzeigt (bei einer Rangsumme von 56). Während sich für zwei Frauen keine Unterschiede nachweisen lassen, liegen für die restlichen 4 Mehrfachmütter die Ergebnisse der dritten Messung über denen der ersten (bei einer Rangsumme von 22). Wie schon an anderer Stelle diskutiert, mag die kleine Stichprobengröße den Nachweis eines signifikanten Unterschiedes erschweren.

Die längsschnittlichen Ergebnisse spiegeln die Abnahme der Beschwerden in der Zeit nach der Entbindung wieder.

Nachdem die längsschnittliche Entwicklung bezogen auf die Ergebnisse der gynäkologischen Beschwerden dargestellt wurde, soll nun der Vergleich der Teilstichproben (Querschnitt-Betrachtung) in Hinsicht auf das erlebte Beschwerdeniveau im Sinne der erfragten gynäkologischen Beschwerden erfolgen:

Der Vergleich der Ergebnisse der 10 Erstmütter und der 14 Mehrfachmütter (Querschnitt) zum dritten Messzeitpunkt 36pp verweist auf einen signifikanten Unterschied ($p = .002$, Mann-Whitney-U-Test) zwischen den gynäkologischen Beschwerden-Ergebnissen der Teilstichproben. Mit einem mittleren Rang von 7.35 und einer Rangsumme von 73.50 liegen die 10 verbliebenen Erstmütter drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes unter den Werten der 14 verbliebenen Mehrfachmütter, die einen mittleren Rang von 16.18 und eine Rangsumme von 226.50 aufweisen. Anders als der im vorigen Kapitel dargestellte querschnittliche Vergleich berücksichtigt dieser nun nur diejenigen Mütter, deren generativer Status sich seit drei Jahren nicht verändert hat. Offenbar unterscheiden sich die beiden Teilstichproben drei Jahre nach der Entbindung des jüngsten Kindes in Hinsicht auf die abgefragten gynäkologischen Beschwerden, wie „Menstruationsschmerzen“, „Haarausfall und Haarprobleme“,

„hormonelle Probleme“, „trockene Scheide“, „untypische Blutungen“ und „Probleme mit Brüsten oder Brustwarzen“.

Erstaunlich finde ich, dass sich ein signifikanter Unterschied in Hinsicht auf die abgefragten gynäkologischen Beschwerden zwischen den Ergebnissen der Gruppe der Erstmütter und der Gruppe der Mehrfachmütter mit einem dreijährigen Kind ($N = 14$) abbilden lässt. Dasselbe gilt aber nicht für den Vergleich der Ergebnisse der $N=10$ Erstmütter mit denen der Gruppe der Mehrfachmütter ($N = 28$), die auch die früheren 14 Erstmütter umfasst, die im Untersuchungszeitraum ein weiteres Kind geboren haben.

Plausibel wäre mir erschienen, wenn gerade für die letztgenannte Gruppe eine höhere Belastung im Sinne gynäkologischer Beschwerden, nachweisbar wäre. Weiterhin hätte ich vermutet, dass sich besonders die gynäkologischen Beschwerden-Ergebnisse in dieser Querschnitt-Betrachtung abheben würden. Denn schließlich gehören zu der Teilstichprobe der $N=28$ Mehrfachmütter auch Mütter, deren letzte Entbindung noch nicht so lange her ist.

Dazu einige Überlegungen: Wie bei der Besprechung der Entwicklung der Einzelbeschwerden schon aufgezeigt wurde, unterliegen gerade die gynäkologischen Beschwerden phasenbedingten Auftretenswahrscheinlichkeiten. Während z.B. Beschwerden wie „trockene Scheide“ oder „Haarausfall, -probleme“ eher zeitnah zur Entbindung auftreten, berichten die Frauen im Untersuchungszeitraum über zunehmende Probleme durch „Menstruationsschmerzen“.

Mögliche Erklärungen könnten in einer stärkeren Belastung durch Menstruationsschmerzen zu finden sein, sie könnten aber auch altersbedingt verursacht sein. So nimmt insbesondere die Häufigkeit der Beschwerden wie „hormonelle Probleme“ und „Probleme mit Brüsten, Brustwarzen“ im Zeitraum acht Monate bis 36 Monate postpartal in der Gesamtstichprobe zu. Bei diesen beiden Items ist denkbar, dass die Frauen sie im Zeitraum nach der Entbindung inhaltlich anders füllen, als drei Jahre nach der Entbindung. So mag das Item „Probleme mit Brüsten, Brustwarzen“ nach der Entbindung eher in Hinsicht auf funktionale Aspekte wie das Stillen verstanden worden sein. Drei Jahre nach der Entbindung ist dieses Item dagegen vielleicht von den Müttern eher in Hinsicht auf ästhetische Aspekte beurteilt worden. Ebenso können Beschwerden wie „hormonelle Probleme“ im Kontext mit postpartalen Rückbildungsprozessen oder alternativ auch im Zusammenhang mit dem Monatszyklus gesehen werden.

Der Erfassung der gynäkologischen Beschwerden wurde in anderen Beschwerdenlisten kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Wie die obigen Ergebnisse aber zeigen, besitzen die abgefragten Beschwerden für die Frauen Relevanz. Die Tatsache, dass sich die Auftretenshäufigkeit der Beschwerden und die erfahrene Beschwerden-Belastung im Untersuchungszeitraum verändert sowie die Tatsache, dass diese Beschwerden bei Erstmüttern und Mehrfachmüttern unterschiedlich wirken, finde ich besonders interessant. Meines Erachtens ist die Erfassung solcher Beschwerden deshalb sinnvoll. Sie rücken erstens die weibliche Befindlichkeit in den Focus der Aufmerksamkeit und erfassen damit vollständiger die tatsächliche Befindlichkeit als es bei geschlechtsneutralen Beschwerden-Listen der Fall sein kann. Zweitens bieten sie wegen der variierenden Höhe der Beschwerden (siehe sich verändernde Item-Schwierigkeit) Material, die Ergebnisse der Untersuchungsteilnehmerinnen zu differenzieren.

6.4 Zusammenfassende Darstellung der Signifikanzprüfungen (FemBeschwerden-Liste)

6.4.1 Längsschnittvergleiche

Die schon im Text erwähnten signifikanten Ergebnisse werden hier in Tabellenform der Übersichtlichkeit halber noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Die nachstehende Tabelle enthält die Signifikanzwerte, die mit dem Wilcoxon-Test berechnet wurden. Die Ergebnisse beziehen sich auf die längsschnittliche Veränderung der Ergebnisse der Gesamtstichprobe in Hinsicht auf die gesamte FemBeschwerden-Liste sowie in Hinsicht auf die ausgewählten Untertests. Hinsichtlich der Höhe der p-Werte ist noch Folgendes anzumerken: Die gefundenen Signifikanzen sind in ihrer Höhe immer auch im Zusammenhang mit der jeweiligen Stichprobengröße zu interpretieren. Möglicherweise lassen sich bei der Untersuchung größerer Stichproben die signifikanten Ergebnisse erneut bestätigen und weitere tatsächlich vorhandene signifikante Effekte besser nachweisen, als es mit diesen kleinen Teilstichproben möglich ist.

Messzeitpunkte	Gesamt: Erst -und Mehrfachmütter N=45	FemBeschwerden (gesamt)	Gynäkologische Items	Orthopädische Items	Somatische Items	Psychologische Items
4pp	x	4pp>8pp p=.00*** einseitig	4>8 p=.00*** einseitig	4 > 8 P=.197 Einseitig	4 > 8 P=.007*** einseitig	4 > 8 P=.00*** einseitig
8pp	x	8 – 36 p=.002 *** zweiseitig	8 – 36 P=.61 zweiseitig	8-36 p=.045* zweiseitig	8 – 36 p=.005*** zweiseitig	8 – 36 p=.034* zweiseitig
36pp	x	36 – 4 p=.981 zweiseitig	36 – 4 p=.000*** zweiseitig	36 – 4 p=.115 zweiseitig	36 – 4 p=.281 zweiseitig	36 – 4 p=.703 zweiseitig

Tabelle 35 Ergebnisse der Signifikanzprüfungen mit dem Wilcoxon-Test für die Gesamtstichprobe (N=45)

Unter der Annahme des Modells zum Übergang zur Elternschaft von Gloger-Tippelt, finden sich signifikante Abnahmen der Beschwerden im Zeitraum bis zu acht Monaten postpartal für die Gesamtstichprobe der Erst- und Mehrfachmütter in Hinsicht auf die FemBeschwerden-Liste, ebenfalls im Hinblick auf die Unterskalen der gynäkologischen, der somatischen und der psychologischen Beschwerden. Keine signifikante Abnahme der

Beschwerden kann dagegen für die orthopädischen Beschwerden nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse unterstützen damit die Aussagen des Modells, das für Eltern (!) ausgehend von der „Geburtsphase“, eine „Phase der Überwältigung und Erschöpfung“ (erster bis zweiter Monat postpartal), dann eine „Phase der Herausforderung und Umstellung“ (dritter bis fünfter Monat postpartal) und schließlich eine „Gewöhnungsphase“ (ab dem sechsten Monat) postuliert. Wie berichtet, macht das Modell keine Aussagen über den Übergang zur Elternschaft für Mehrfachmütter und es macht auch keine Aussagen, die über das erste Jahr nach der Entbindung hinausgehen.

Wie ist die längsschnittliche Entwicklung der Befunde, bei Hinzuziehung der T3-Ergebnisse (Zeitraum 32. bis 36. Monat postpartal)? Es zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Ergebnissen acht Monate postpartum und 36 Monate postpartum. Da das Modell keine inhaltlichen Vorgaben hinsichtlich der Höhe der zu erwartenden Ergebnisse macht, wurde zweiseitig getestet. Mit Hilfe der Rangplatzvergleiche (Wilcoxon-Test) sind die Richtung und die Höhe der Ergebnisveränderungen sichtbar gemacht worden.

Die durch die FemBeschwerden-Liste erfragten Beschwerden treten drei Jahre nach der Entbindung in der Gesamtstichprobe signifikant ($p = .002$) häufiger in Erscheinung als acht Monate postpartal. Der Blick auf die Unterskalen zeigt keine signifikante Veränderung der gynäkologischen Beschwerden, während für die anderen Unterskalen durchweg signifikante Veränderungen messbar sind. So findet sich drei Jahre postpartal ein signifikanter Anstieg der psychologischen Beschwerden ($p = .034$), ein signifikanter Anstieg der somatischen Beschwerden ($p = .005$) sowie ein signifikanter Anstieg der orthopädischen Beschwerden ($p = .045$). Der Vergleich der Ergebnisse, die drei Jahre postpartal und kurz nach der Entbindung (4pp) gewonnen wurden, weist einzig für die gynäkologischen Beschwerden einen signifikanten Unterschied auf.

Diese Ergebnisse werfen die Frage auf, ob sich die Mütter zum Zeitpunkt acht Monate postpartal in einer „Hoch-Phase“ befinden. Bedauerlicherweise stehen keine Vergleichswerte für die Zeit vor der Schwangerschaft zur Verfügung, so dass keine Aussagen über die Veränderung der Befindlichkeiten in Hinsicht auf die Baseline gemacht werden können.

Um die Befunde weiter zu differenzieren, werden im folgenden die Vergleiche der Ergebnisse der Erstmütter und der Mehrfachmütter dargestellt. Insbesondere zum letzten Messzeitpunkt zeigte sich die Gesamtstichprobe im Hinblick auf die Generativität nicht mehr homogen. Während sich für zehn Erstmütter und für vierzehn Mehrfachmütter der Familienstatus (Anzahl der Kinder) nicht verändert hatte, traf dies aber für den Rest der Stichprobe zu. Diesen Veränderungen wurde wie erläutert in zweifacher Weise Aufmerksamkeit geschenkt: Es wurden erstens Berechnungen angestellt, die die Gesamtstichprobe in „Frauen mit einem Kind“ (Erstmütter ohne weitere Entbindungen), in „Frauen mit mehr als einem Kind“ (ursprüngliche Mehrfachmütter und Erstmütter mit weiteren Kindern) sowie in „schwangere Frauen“ (schwangere Erstmütter und Mehrfachmütter) einteilten.

Um Einflüsse aus den im Untersuchungszeitraum aufgetretenen zusätzlichen Schwangerschaften und Entbindungen auszuschließen, wurde zweitens eine getrennte Auswertung für die Gruppen derjenigen Erstmütter und Mehrfachmütter vorgenommen, deren generativer Status sich im Untersuchungszeitraum nicht verändert hatte. Dieses Vorgehen hatte als Konsequenz die nur sehr kleinen Stichprobengrößen. Aufgrund der Verwendung der non-parametrischen Verfahren (Wilcoxon-Test, Mann-Whitney-Test) waren jedoch weitere Analysen möglich.

Die nachstehende Tabelle gibt zusammenfassend die im Text aufgeführten Unterschiede in der Entwicklung der Ergebnisse der Erstmütter wieder. Die Vergleiche der Befunde der Erstmütter mit denen der simulierten

Ausgangsstichprobe sind der Vollständigkeit halber mit aufgeführt. Ihre Gültigkeit ist meines Erachtens jedoch aus Gründen der mangelnden Parallelisierung als kritisch einzuschätzen.

Die Entwicklung der Ergebnisse der Erstmütter in der Zeit von der Geburt bis zu acht Monaten postpartal ist der der Gesamtstichprobe relativ ähnlich. Es finden sich signifikante Abnahmen der durch die FemBeschwerden-Liste erfragten Beschwerden, ebenso wie es acht Monate postpartal signifikant weniger gynäkologische und psychische Beschwerden gibt, als im Zeitraum bis zu vier Monaten nach der Entbindung. Keine signifikanten Veränderungen lassen sich für die Unterskalen der orthopädischen und der somatischen Items belegen. Diese Befunde finden sich sowohl für die gesamte Gruppe der Erstmütter ($N = 27$), als auch nur für diejenigen Erstmütter ($N = 10$), deren generativer Status sich auch drei Jahre postpartal nicht verändert hatte.

Messzeitpunkte	Erstmütter N=27	FemBeschwerden (gesamt)	Gynäkologische Items	Orthopädische Items	Somatische Items	Psychologische Items
16 Monate praepartal	N=24 parallelisiert	16prae – 4pp p=.261 zweiseitig	16prae – 4pp p=.666 zweiseitig	16prae – 4pp p=.265 zweiseitig	16prae – 4pp p=.05 zweiseitig	16prae – 4pp p=.65 zweiseitig
4pp	a) N=27 bzw. b) N=10 X	4pp>8pp a) p=.004** b) p=.006** einseitig	4>8 a) p=.012* b) p=.057* einseitig	4 > 8 a) p=.144 b) p=.25 einseitig	4 > 8 a) p=.113 b) p=.387 einseitig	4 > 8 a) p=.004** b) p=.022* einseitig
8pp	N= 10 X	8 – 36 p=.17 zweiseitig	8 - 36 p=.047* zweiseitig	8-36 p=.906 zweiseitig	8 – 36 p=1.00 zweiseitig	8 – 36 p=.262 zweiseitig
36pp	N=10 X	36 – 4 p=.51 zweiseitig	36 – 4 p=.016* zweiseitig	36 – 4 p=.43 zweiseitig	36 – 4 p=.781 zweiseitig	36 – 4 p=.643 zweiseitig

Tabelle 36 Ergebnisse der Signifikanzprüfung mit dem Wilcoxon-Test für die Erstmütter ($N=27$) und die Erstmütter mit stabilem generativen Status ($N=10$)

Interessant ist die Gegenüberstellung der Ergebnisse zu T2 (5-8 Monate postpartal) und T3 (32-36 Monate postpartal): Während in der Gesamtstichprobe signifikante Veränderungen für die Gesamtskala und für alle Untertests mit Ausnahme des gynäkologischen Tests nachzuweisen sind, ist das Verhältnis bei den Erstmüttern ($N = 10$) genau umgekehrt. Einzig die gynäkologischen Items zeigen im Untersuchungsverlauf eine signifikante Veränderung ($p = .047$). Diese kann interpretiert werden, als Senkung der Häufigkeit und Belastung durch Beschwerden wie „Menstruationsschmerzen“, „trockene Scheide“, „hormonelle Probleme“, „Probleme mit Brust und Brustwarzen“, „Haarausfall, -probleme“ und „untypische Blutungen“. Der Blick auf die Einzelbeschwerden

zeigt, dass zum letzten Messzeitpunkt lediglich über Probleme durch Menstruationsschmerzen berichtet wird, andere Beschwerden werden nicht von den Frauen berichtet.

Wie entwickeln sich die Beschwerden bei den befragten Mehrfachmüttern im Untersuchungszeitraum? Die Tabelle gibt die im Text erläuterten Ergebnisse zusammenfassend wieder. Mit Ausnahme der durch die orthopädische Unterskala erfassten Beschwerden verringern sich die Belastungen von der Entbindung zu acht Monaten postpartal signifikant. Dieser Effekt lässt sich weitestgehend sowohl für alle befragten Mehrfachmütter ($N = 21$) als auch nur für diejenigen Mehrfachmütter ($N = 14$) aufzeigen, deren generativer Status sich im Laufe der Studie nicht verändert hat.

Messzeitpunkte	Mehrfachmütter $N=21$	FemBeschwerden (gesamt)	Gynäkologische Items	Orthopädische Items	Somatische Items	Psychologische Items
4pp	a) $N=21$ bzw. b) $N=14$ x	4pp>8pp a) $p=.001^{**}$ b) $p=.020^*$ einseitig	4>8 a) $p=.003^{**}$ b) $p=.018^*$ einseitig	4 > 8 a) $p=.468$ b) $p=.247$ einseitig	4 > 8 a) $p=.013^*$ b) $p=.111$ einseitig	4 > 8 a) $p=.002^{**}$ b) $p=.009^{**}$ einseitig
8pp	N= 14 x	8 – 36 $p=.333$ zweiseitig	8 - 36 $p=.539$ zweiseitig	8-36 $p=.834$ zweiseitig	8 – 36 $p=.211$ zweiseitig	8 – 36 $p=.357$ zweiseitig
36pp	N=14 x	36 – 4 $p=.879$ zweiseitig	36 – 4 $p=.196$ zweiseitig	36 – 4 $p=.666$ zweiseitig	36 – 4 $p=.674$ zweiseitig	36 – 4 $p=.979$ zweiseitig

Tabelle 37 Ergebnisse der Signifikanzprüfung mit dem Wilcoxon-Test für die Mehrfachmütter ($N=21$) und die Mehrfachmütter mit stabilem generativen Status ($N=14$)

Die Gegenüberstellung der Ergebnisse des zweiten Messzeitraums (fünfter bis achter Monat postpartal) mit denen des dritten Messzeitraums (32. bis 36. Monat postpartal) bringt keine signifikanten Unterschiede für die Ergebnisse der Mehrfachmütter mit unverändertem generativen Status zutage. Während für die Gesamtstichprobe signifikante Unterschiede für die gesamte FemBeschwerden-Liste sowie für die Unterskalen der psychischen Beschwerden, der somatischen Beschwerden und der orthopädischen Beschwerden existieren, können sie für diese Teilstichprobe ($N=14$) nicht nachgewiesen werden.

Da auch für die Erstmütter ($N=10$) mit Ausnahme der gynäkologischen Items keine Anhaltspunkte für signifikante Veränderungen (5 bis 8 Monate postpartal im Vergleich zu 32 bis 36 Monate postpartal) vorhanden sind, sind die in der Gesamtstichprobe gefundenen signifikanten Ergebnisse vermutlich auf die Aussagen derjenigen Frauen zurückzuführen, die im Untersuchungszeitraum ein weiteres Kind bekommen haben oder die zur letzten Messung schwanger waren. Möglicherweise haben diese Untersuchungsteilnehmerinnen über mehr Beschwerden

berichtet. Anhaltspunkte dafür finden sich in den Ergebnissen der Mehrfachmütter ($N = 28$), deren Gruppe sich zusammensetzt aus den ursprünglichen Mehrfachmüttern und den ehemaligen Erstmüttern mit verändertem generativen Status. Vergleicht man die Mediane der Ergebnisse, so liegen die der Mehrfachmütter ($N = 28$) über denen der Erstmütter ($N = 10$). Dies gilt für die gesamte FemBeschwerden-Liste (Erstmütter-Median = 76; Mehrfachmütter-Median = 83; Schwangeren-Median = 89), als auch für die psychischen Beschwerden (Erstmütter-Median = 27; Mehrfachmütter-Median = 34; Schwangeren-Median = 37) sowie für die somatischen Beschwerden (Erstmütter-Median = 45; Mehrfachmütter-Median = 52; Schwangeren-Median = 45). Weiterhin sind Unterschiede sichtbar in den Medianen der Ergebnisse der orthopädischen Unterskala (Erstmütter-Median = 11; Mehrfachmütter-Median = 13.50; Schwangere-Median = 8), als auch in den Medianen der Ergebnisse der gynäkologischen Unterskala (Erstmütter-Median = 7; Mehrfachmütter-Median = 9; Schwangeren-Median = 9).

Inwiefern Gruppenunterschiede zwischen den Teilstichproben der Erstmütter und der Mehrfachmütter existieren, wird im folgenden Kapitel näher thematisiert.

6.4.2 Querschnittvergleiche

In der Tabelle werden die bisherigen Erläuterungen noch einmal zusammengefasst: Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der gemessenen Beschwerden zu den ersten beiden Messzeitpunkten zeigen, bei Zugrundelegung der Ergebnisse der Gesamtstichprobe mit den 27 Erstmüttern und 21 Mehrfachmüttern. Dieser Befund sowie die längsschnittliche Abnahme der Beschwerden (s. frühere Kapitel) würde die Übertragung des Modells „Übergang zur Elternschaft“, das ursprünglich für Ersteltern entwickelt wurde, auf die Gruppe der Mehrfachmütter rechtfertigen.

Dasselbe gilt für den durchgeföhrten Vergleich der Ergebnisse für den Messzeitraum 5. bis 8. Monat postpartal: Auch hier lässt sich bei Verwendung des Mann-Whitney-U-Tests kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen nachweisen. Bezogen auf den Phasenverlauf nach der Entbindung erleben die Mehrfachmütter ähnlich wie die Erstmütter offenbar im Untersuchungszeitraum einen Wegfall von gynäkologischen, somatischen und psychischen Beschwerden (mit den entsprechenden Einschränkungen für die somatischen bzw. für die abgefragten orthopädischen Beschwerden).

Drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes wurden die FemBeschwerden-Listen erneut von den Müttern ausgefüllt. Wie erläutert, wurden wegen der Veränderung des generativen Status eines Teils der Mütter für den Vergleich der Teilstichproben drei Blickwinkel gewählt:

1. Die Gegenüberstellung der Befunde derjenigen Erstmütter und Mehrfachmütter, deren Familienstand (Anzahl der Kinder und Schwangerschaften) konstant geblieben ist, zeigt für den Messzeitraum 32. Bis 36. Monat postpartal folgendes Bild: Mit Ausnahme der erfragten psychischen Beschwerden unterscheiden sich drei Jahre nach der Entbindung sowohl die Ergebnisse für die FemBeschwerden-Liste als auch die Resultate in den Unterskalen „somatische Beschwerden“ und hier insbesondere die Ergebnisse für die „gynäkologischen“ und „orthopädischen Beschwerden“.

Messzeitpunkte	Stichprobengröße	FemBeschwerden (gesamt)	Gynäkologische Items	Orthopädische Items	Somatische Items	Psychologische Items
4pp	N=48 E=27 M=21	P = .201	P = .287	P = .540	P = .253	P = .232
8pp	N=48 E=27 M=21	P = .661	P = .761	P = .333	P = .506	P = .825
36pp	N=24 E=10 M=14	P = .018*	P = .002**	P = .015*	P = .001**	P = .195

Tabelle 38 Ergebnisse der Vergleiche der Teilstichproben (Erst- und Mehrfachmütter) Mann-Whitney U-Test, zweiseitige exakte Signifikanzen

Wie ersichtlich ist, unterscheiden sich die Gruppen zum letzten Messzeitpunkt drei Jahre nach der Entbindung in allen Ergebnissen mit Ausnahme der Ergebnisse für die psychischen Beschwerden. Mit einem p-Wert von p = .195 ist kein gesicherter Unterschied zwischen den beiden Teilstichproben nachweisbar. Die differenziertere Betrachtung der mittleren Ränge verweist dennoch auf durchweg niedrigere Punktzahlen für die Gruppe der Erstmütter. Für die Skala der psychischen Beschwerden weisen die Erstmütter drei Jahre postpartal einen ebenfalls niedrigeren mittleren Rang von 10.25 im Vergleich zu 14.11 für die Mehrfachmütter auf.

Sollten sich die beiden Teilstichproben der Erst- und der Mehrfachmütter tatsächlich nicht in der wahrgenommenen Häufigkeit und Belastung durch psychische Beschwerden unterscheiden, so kann es dafür verschiedene mögliche Interpretationen geben: Es mag sein, dass diejenigen Frauen die sich psychisch als belastet erleben, kein zweites Kind mehr bekommen möchten und deshalb nun dieser Gruppe zugehören. Falls dies der Fall ist, würde es sich um ein Selektionskriterium handeln.

Die psychische Befindlichkeit könnte auch von anderen Einflüssen abhängig sein. Möglicherweise ist die psychische Verfassung der verbliebenen Erstmütter durch einen vergeblichen weiteren Kinderwunsch geprägt.

Es gibt sicher weitere Hypothesen, die dazu entwickelt werden könnten. Allerdings liegt die Überprüfung nicht mehr im Rahmen dieser Arbeit.

2. Im Folgenden werden die vorgenommenen Vergleiche der Befunde der Erstmütter ($N = 10$) mit einem Kind, der Mehrfachmütter ($N = 28$) einschließlich der früheren Erstmütter sowie der schwangeren Erst- und Mehrfachmütter ($N = 9$) diskutiert und dargestellt. Gibt es drei Jahre nach der Entbindung des Zielkindes einen Unterschied zwischen den Teilstichproben der Mütter mit einem Kind, der Mütter mit mehr als einem Kind und der schwangeren Mütter?

Messzeitpunkte	Stichprobengröße N=47	FernBeschwerden (gesamt)	Gynäkologische Items	Orthopädische Items	Somatische Items	Psychologische Items
36pp	E=10 M=28 Schwangere=9	P = .332	P = .127	P = .106	P = .141	P = .435

Tabelle 39 Ergebnisse der Vergleiche der Teilstichproben (Erst-, Mehrfachmütter und Schwangere) zu 36pp, Mediantest, exakte Signifikanz

Die Tabelle zeigt, dass es keine signifikant unterschiedlichen Ergebnisse für die Gruppen der verbliebenen Erstmütter, der Mehrfachmütter (einschließlich der gewordenen) und der zum Messzeitpunkt Schwangeren gibt. Dies gilt für die gesamte FernBeschwerden-Liste wie auch für die genannten Untertests.

3. Da die Mediane der Ergebnisse der Mehrfachmütter immer über denen der Erstmütter liegen, wird eine gesonderte Vergleichs-Berechnung nur für die Resultate dieser beiden Teilstichproben vorgenommen: Gibt es einen Unterschied zwischen den Teilstichproben der Mütter mit einem Kind (N = 10) und der Mütter mit mehr als einem Kind (N = 28)?.

Messzeitpunkte	Stichprobengröße N=38	FemBeschwerden (gesamt)	Gynäkologische Items	Orthopädische Items	Somatische Items	Psychologische Items
36pp	E=10 M=28	P = .074	P = .142	P = .106	P = .054	P = .163

Tabelle 40 Ergebnisse der Vergleiche der Erst- und Mehrfachmütter (ohne Schwangere) zu 36 pp, Mann-Whitney-U-Test, exakte Signifikanzen, zweiseitig

Die Befunde unterscheiden sich signifikant zum letzten Messzeitpunkt drei Jahre nach der Entbindung in Hinsicht auf die Unterskala der somatischen Items. Das heißt, dass die Ergebnisse der Erstmütter überzufällig von denen der Mehrfachmütter abweichen. Die weiteren α -Werte sind ebenfalls relativ niedrig und legen die Annahme nahe, dass sich die beiden Teilstichproben auch in Hinsicht auf die weiteren abgefragten Beschwerden möglicherweise unterscheiden. Spätere Untersuchungen mit einem größeren Stichprobenumfang und entsprechender Fragestellung könnten hierüber Auskunft geben.

6.4.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend können die Ergebnisse im Augenblick dahingehend gewertet werden, dass sich im ersten Jahr nach der Entbindung des Zielkindes weniger gravierende Unterschiede zwischen den Erstmüttern und den Mehrfachmüttern belegen lassen. Weiterhin ist mit zunehmendem zeitlichen Abstand zur Entbindung (bis zu acht Monaten) ein Wegfall der meisten Beschwerden wahrzunehmen. Eine längerfristige Betrachtung (bis zu drei Jahren) zeigt folgende Ergebnisse:

1. Es ist für die Gesamtstichprobe ein Anstieg an somatischen und psychischen Beschwerden, mit Ausnahme der gynäkologischen Beschwerden, zu verzeichnen.
2. Es existieren drei Jahre postpartal deutliche Unterschiede zwischen den Frauen mit einem ($N = 10$) und den Frauen mit mehr als einem Kind ($N = 14$): Die Erstmütter weisen niedrigere somatische und niedrigere Gesamtbeschwerden auf. Für die psychischen Beschwerden ist kein so deutlicher Unterschied nachweisbar wie für die übrigen Beschwerden.
3. Der oben genannte Befund ist nicht in gleicher Stärke für den Vergleich zwischen den Frauen mit einem Kind ($N = 10$) und den Frauen mit mehr als einem Kind ($N = 28$) replizierbar.
4. Die Einbeziehung der Teilstichprobe der Schwangeren zeigt keine signifikanten Unterschiede.

Aus psychologischer Sicht interessant ist die Entwicklung der psychischen Befindlichkeit, entsprechend der abgefragten psychischen Beschwerden: Alle Mütter berichten über einen Wegfall an psychischen Beschwerden im Zeitraum von der Entbindung bis zum achten Monat. Die weitere Entwicklung im Untersuchungszeitraum verweist auf einen erneuten Anstieg der psychischen Beschwerden (Gesamtstichprobe) bis zu drei Jahren nach der Entbindung. Bedauerlicherweise können die Ergebnisse nicht in Relation zu vorhandenen Ausgangsdaten aus dem Zeitraum vor der Entbindung gesetzt werden. Dementsprechend können an dieser Stelle nur die vorhandenen drei Ergebnisse kontrastiert werden: Die Befindlichkeit scheint im fünften bis achten Monat postpartal durch niedrigere Beschwerdeempfindungen gekennzeichnet zu sein. Bei der Interpretation ist allerdings das Untersuchungsverfahren (retrospektive Messungen) mit in die Überlegungen miteinzubeziehen.

7 Skalen Attraktivität, seelisches und körperliches Wohlbefinden, Zufriedenheit mit dem Gewicht

Mit den Fragebögen (FemBeschwerden) sind ebenfalls Daten zum Erleben der eigenen Attraktivität, des körperlichen Wohlbefindens, des seelischen Wohlbefindens und der Zufriedenheit mit dem Gewicht erhoben worden. Während sich die zuvor besprochenen Resultate auf verschiedene Einzelbeschwerden bezogen, beruhen die nun folgenden Befunde auf diesen zusammenfassenden Ratings.

Es liegen Daten von den vier Messzeiträumen vor: Für die Zeit 16 Monate vor der Entbindung (T0) sowie für die Zeiträume von der Entbindung bis zu vier Monaten danach (T1), vom fünften bis achten Monat nach der Entbindung (T2) und vom 32 bis 36 Monat nach der Entbindung (T3).

Die ursprünglich von (+3 wesentlich zufriedener/höher) bis (-3 wesentlich unzufriedener/niedriger) skalierten Einschätzungen wurden umkodiert in Werte von 0 (wesentlich unzufriedener/niedriger) bis 6 (wesentlich zufriedener/höher).

Zunächst werden die Ergebnisse der Gesamtstichprobe dargestellt und dann folgend die der Teilstichproben.

7.1 Die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe

7.1.1 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 4 Monate postpartum

Für die Gesamtstichprobe (N=47) finden sich die folgenden Häufigkeitsverteilungen in Hinsicht auf die abgefragten Ratings zu den Kriterien „seelisches Wohlbefinden“, „körperliches Wohlbefinden“, „Attraktivität“ und „Zufriedenheit mit dem Gewicht“.

Auf die Frage: „Wie schätzen Sie heute Ihre Attraktivität ein im Vergleich zu der Zeit vor 1 ½ Jahren?“ berichten 53.2 % (N = 25) der befragten Mütter Verschlechterungen in der wahrgenommenen eigenen Attraktivität. Als „wesentlich niedriger“ bezeichnet eine Frau ihre Attraktivität, die Einschätzung „niedriger“ nehmen 13 Frauen (27.7 %) vor, als „etwas niedriger“ bezeichnen sie weitere elf Frauen (23.4 %). Insgesamt zehn Mütter (21.3 %) empfinden sie als „gleich“, während zwölf weitere Mütter Verbesserungen konstatieren. Von diesen zwölf meinen fünf Mütter ihre Attraktivität sei „etwas höher“ als vor der Schwangerschaft, sechs Frauen beurteilen sie als „höher“ und schließlich hält eine Frau ihre Attraktivität für „wesentlich höher“.

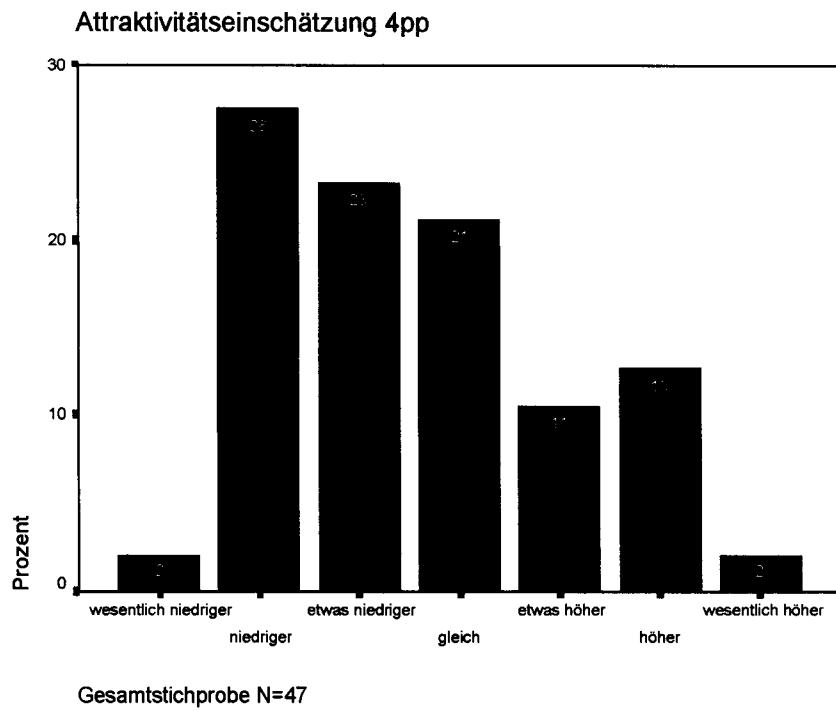


Abbildung 19 Ratings zur Attraktivitätseinschätzung (4pp)

Bezogen auf ihr körperliches Wohlbefinden heute im Vergleich zu der Zeit vor der Entbindung denken drei Frauen von den teilnehmenden 47 Erst- und Mehrfachmüttern über ihr körperliches Wohlbefinden, es sei „wesentlich schlechter“. Neun Frauen meinen, es sei „schlechter“ und elf Frauen glauben, es sei „etwas schlechter“ im Zeitraum ein bis vier Monate nach der Entbindung.

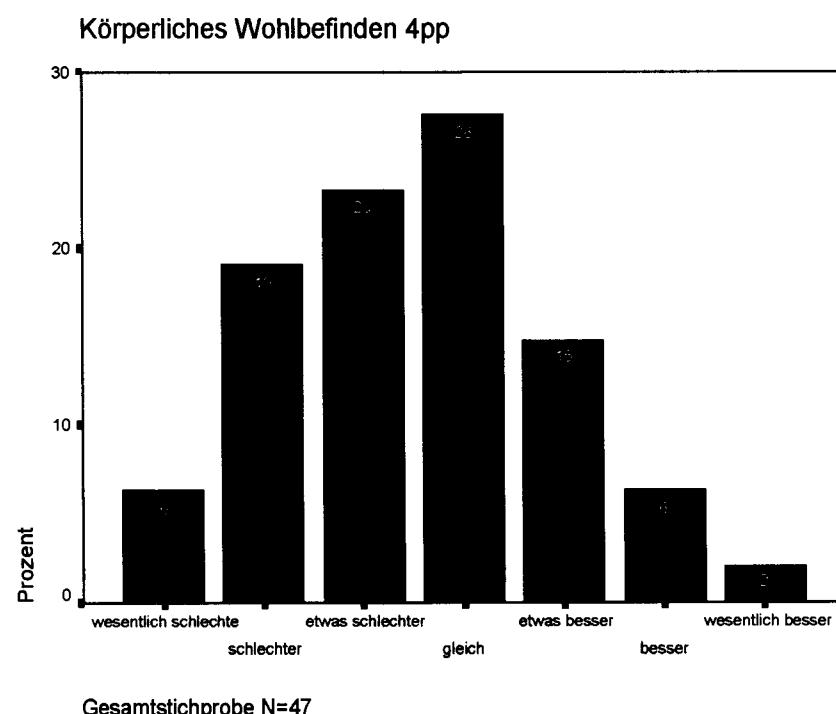


Abbildung 20 Ratings zum körperlichen Wohlbefinden (4pp)

Im Gegensatz zu diesen 48.9 % Frauen, die Verschlechterungen äußern, finden sich 13 Frauen (27.7 %) die ihr körperliches Wohlbefinden als „gleich“ einstufen. Weitere sieben Frauen meinen, es sei „etwas besser“. Drei Mütter bezeichnen es als „besser“ und schließlich eine Mutter, die es als „wesentlich besser“ bewertet.

Das seelische Wohlbefinden empfinden fünf Frauen im Zeitraum ein bis vier Monate nach der Entbindung als „schlechter“. Weitere zwölf Frauen (25.5%) halten es für „etwas schlechter“ als in der Zeit vor der Schwangerschaft. Diesen 36.2 % der befragten 47 Frauen stehen acht Mütter (17.0 %) gegenüber, die angeben, ihr seelisches Wohlbefinden sei „gleich“ geblieben. Weitere 13 Frauen (27.7 %) finden sogar, es sei „etwas besser“ sowie auch sechs Mütter, die es als „besser“ bezeichnen. Als „wesentlich besser“ empfinden es drei Mütter.

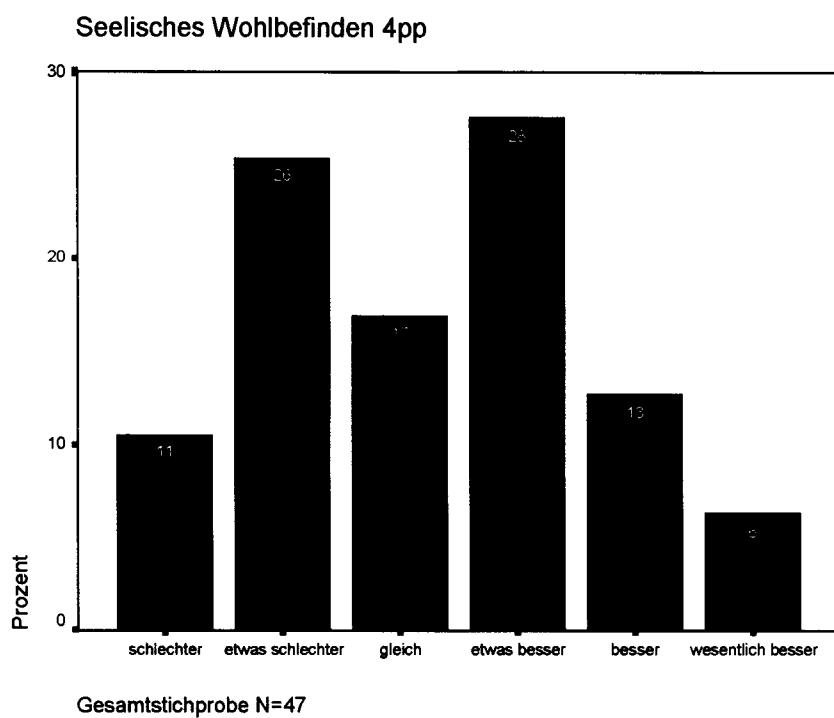


Abbildung 21 Ratings zum seelischen Wohlbefinden (4pp)

Die Zufriedenheit mit dem Gewicht im Messzeitraum ein bis vier Monate nach der Entbindung im Vergleich mit der Zeit vor der Schwangerschaft wird ebenfalls unterschiedlich eingeschätzt. Während sich sechs Frauen (12.8 %) als „gar nicht zufrieden“ einstufen, äußern sich neun Frauen (19.1 %) lediglich als „unzufrieden“. Weitere fünf Frauen meinen, sie seien „etwas unzufrieden“.

Von den N = 47 Müttern sind 13 der Auffassung sie seien „gleich“ zufrieden. Insgesamt 29.8 % geben dagegen positivere Einschätzungen ab: Neun Frauen (19.1 %) bezeichnen sich als „etwas zufrieden“, zwei Frauen als „zufrieden“ und drei der Mütter sind sogar „sehr zufrieden“.

Damit sind immerhin 42.6 % der befragten Mütter weniger zufrieden als im Vergleich zu der Zeit vor der Schwangerschaft mit dem Zielkind.

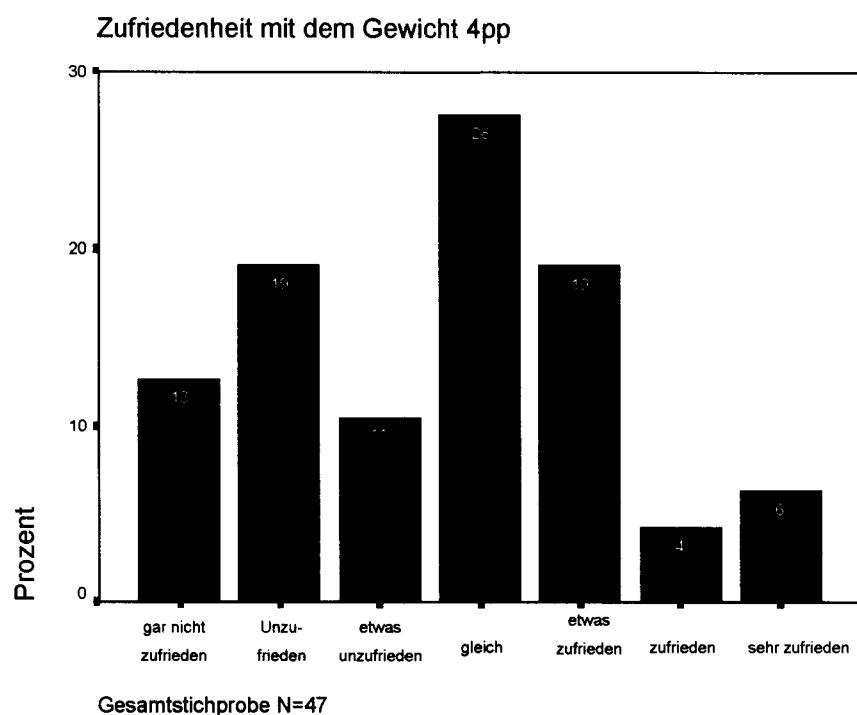


Abbildung 22 Ratings zur Zufriedenheit mit dem Gewicht (4pp)

7.1.2 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartum

Die Ergebnisse für den Messzeitraum fünf bis acht Monate postpartal zeigen, dass von den 48 Erst- und Mehrfachmüttern 27.1 % eine Verschlechterung ihrer Attraktivitätseinschätzung empfinden: eine Frau meint, ihre Attraktivität sei „wesentlich niedriger“, sieben weitere Frauen glauben, sie sei „niedriger“ und fünf Mütter finden sie „etwas niedriger“ als vor der Schwangerschaft.

Fast die Hälfte der befragten Frauen (45.8 %) geht jedoch davon aus, ihre Attraktivität habe sich nicht verändert und sei „gleich“ geblieben. Als „etwas höher“ bzw. „höher“ schätzen jeweils sechs Mütter ihre Attraktivität zu diesem Messzeitpunkt ein, eine Frau glaubt, sie sei „wesentlich höher“.

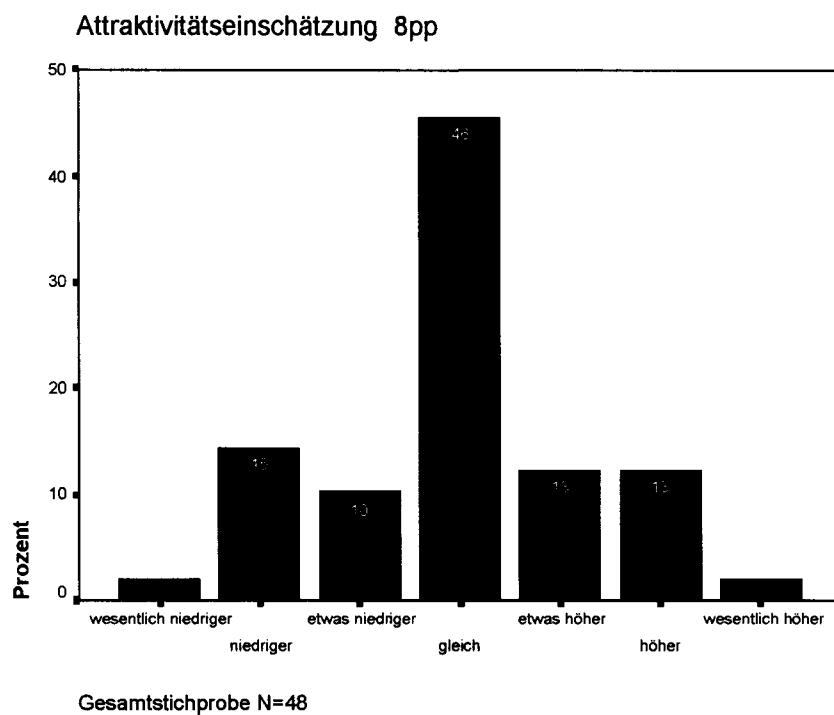


Abbildung 23 Ratings zur Attraktivitätseinschätzung (8pp)

Bezogen auf ihr seelisches Wohlbefinden acht Monate nach der Entbindung im Vergleich zu der Zeit vor der Schwangerschaft meinen 31.3 % (von N = 48), es sei „schlechter“ (zwei Frauen) oder „etwas schlechter“ (13 Frauen).

Ein knappes Viertel (22.9 %) ist der Ansicht es sei „gleich“, während weitere 25 % und damit zwölf Mütter glauben, ihr seelisches Wohlbefinden sei in diesem Zeitraum „etwas besser“ als vor der Schwangerschaft mit dem Zielkind.

Noch positivere Einschätzungen finden sich bei sieben Müttern, welche die Einstufung „besser“ vornehmen und weiteren drei Frauen, die ihre Befindlichkeit als „wesentlich besser“ beschreiben.

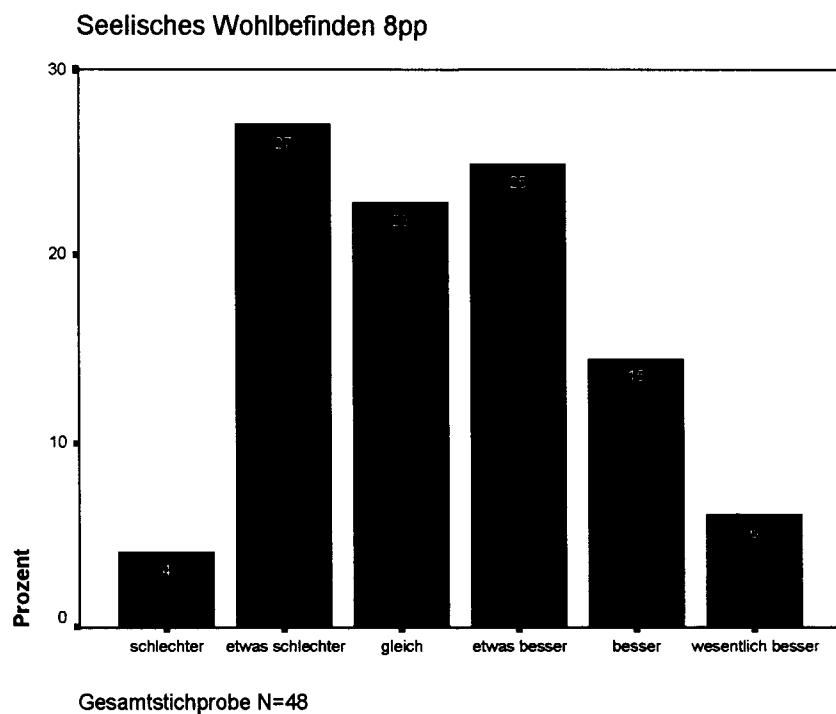


Abbildung 24 Ratings zum seelischen Wohlbefinden (8pp)

Die Verteilung der Einschätzungen der Zufriedenheit mit dem Gewicht zum Zeitpunkt acht Monate postpartal zeigt, dass vier Mütter „gar nicht zufrieden“ sind, ebenso wie fünf Mütter, die sich als „unzufrieden“ bezeichnen (im Vergleich zu der Zeit vor der Schwangerschaft). Fast 25 % der Frauen (N = 11) halten sich für „etwas unzufrieden“.

Diesen 42.6 % der befragten Teilnehmerinnen, die Verschlechterungen äußern, stehen 14 Frauen (29.8 %) gegenüber, die keinen Unterschied in ihrer Zufriedenheit mit dem Gewicht ausmachen.

Weiterhin teilen sechs Mütter mit, sie seien „etwas zufrieden“. Weitere fünf Frauen beschreiben sich als „zufrieden“ mit ihrem Gewicht.

Als „sehr zufrieden“ betrachten sich zwei Mütter.

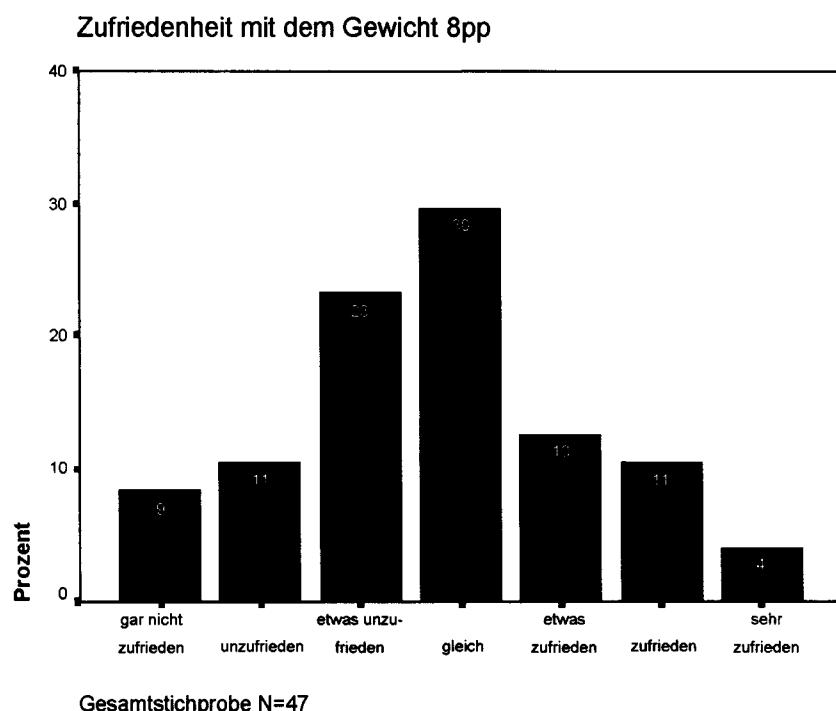


Abbildung 25 Ratings zur Zufriedenheit mit dem Gewicht (8pp)

Ihr körperliches Wohlbefinden beurteilen vier Frauen und damit 8 % der Befragten als „wesentlich schlechter“ als im Vergleich zu der Zeit vor der Schwangerschaft. Eine Frau meint, es sei „schlechter“ und elf weitere Mütter (23 %) halten ihr körperliches Wohlbefinden für „etwas schlechter“.

Die übrigen 66.7 % glauben, es sei zumindest „gleich“ geblieben: Neun Frauen (18.8 %) stufen sich in die Kategorie „gleich“ ein, 15 Frauen (31.3 %) in die Kategorie „etwas besser“. Weitere sechs Mütter halten ihr körperliches Wohlbefinden für „besser“.

Zwei der zum Zeitpunkt acht Monate postpartal befragten Frauen beurteilen ihr körperliches Wohlbefinden aktuell als „wesentlich besser“ im Vergleich zu der Zeit vor der Schwangerschaft.

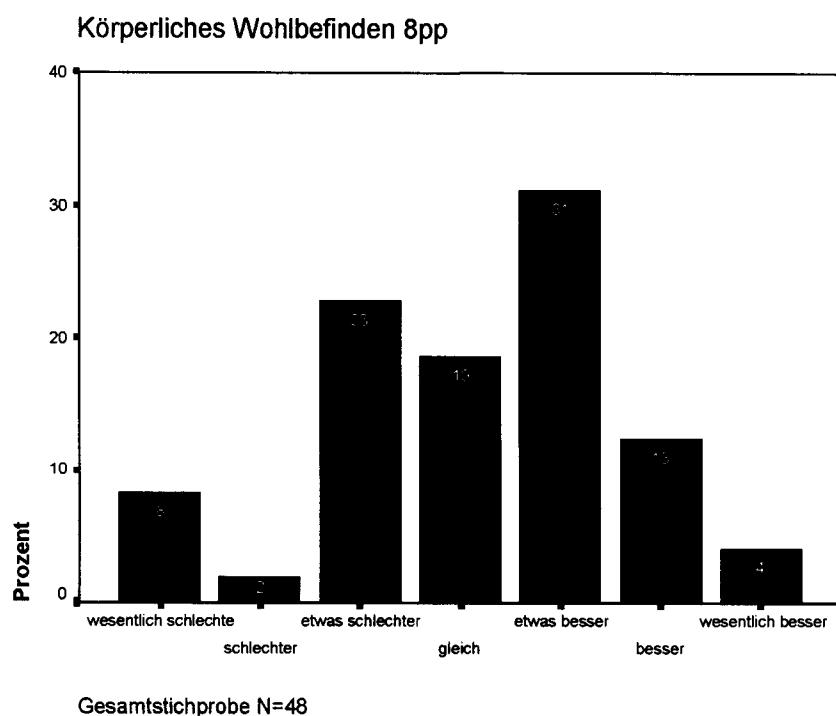


Abbildung 26 Ratings zum körperlichen Wohlbefinden (8pp)

In der Einschätzung der befragten Mütter zeigt sich insgesamt, dass zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartal die Zufriedenheit mit dem Gewicht von 42.6% der Frauen als verringert eingeschätzt wird. Für ca. 30 % der befragten Mütter finden sich Verschlechterungen in Hinsicht auf die drei anderen abgefragten Ratings „Attraktivität“, „körperliches Wohlbefinden“ und „seelisches Wohlbefinden“.

7.1.3 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartum

Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartal beziehen auch diejenigen Mütter mit ein, deren generativer Status sich im Untersuchungszeitraum verändert hat.

Von den N=45 befragten Frauen berichten 72.7 % (also 32 Mütter) über Verschlechterungen ihrer Attraktivitätseinschätzung: Drei Frauen halten sie für „wesentlich niedriger“ als in der Zeit vor der Schwangerschaft. Acht Mütter meinen, ihre Attraktivität sei „niedriger“, 21 Frauen sind der Ansicht sie sei „etwas niedriger“.

Im Vergleich dazu verwenden acht Mütter zu T3 eine „gleiche“ Einschätzung ihrer Attraktivität. Eine Frau ist der Auffassung, sie sei „etwas höher“, zwei Frauen erachten sie als „höher“ und schließlich eine Frau ist der Meinung, ihre Attraktivität sei im letzten Messzeitraum „wesentlich höher“ als vor der Schwangerschaft mit dem Zielkind.

Zur Erinnerung: Die Mütter nehmen Vergleiche ihrer jetzigen Verfassung mit ihrer Verfassung vor der Schwangerschaft mit dem Zielkind (vor ca. vier Jahren) vor.

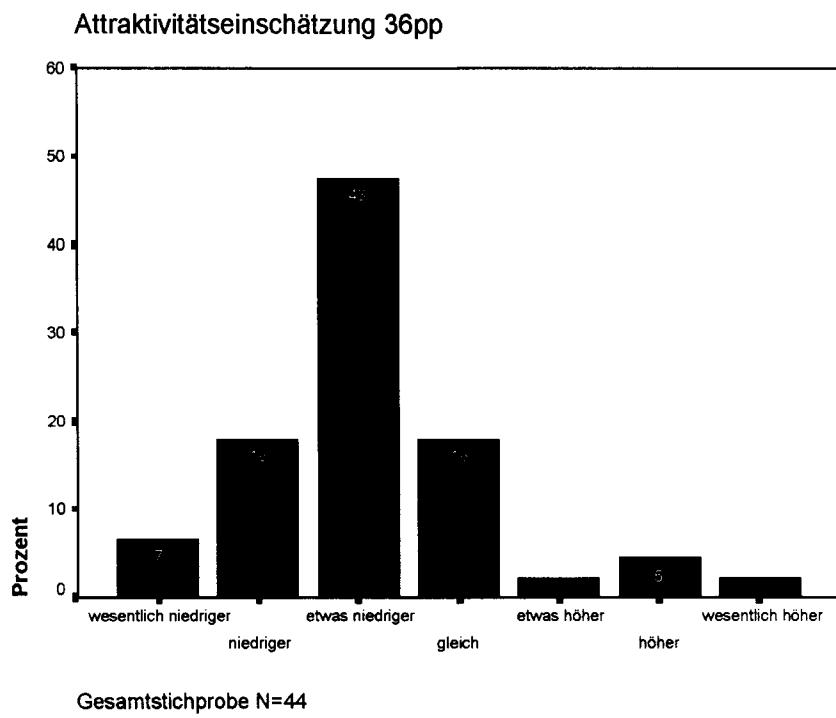


Abbildung 27 Ratings zur Attraktivität (36pp)

„Wie schätzen Sie heute Ihr körperliches Wohlbefinden im Vergleich zu der Zeit vor vier Jahren ein?“: Etwas mehr als die Hälfte der befragten Mütter (55.6 %) ist der Ansicht, dass sich ihr körperliches Wohlbefinden verschlechtert hat: zwei Frauen halten es für „wesentlich schlechter“, zwölf Frauen meinen, es sei „schlechter“ und elf Frauen sind der Auffassung, es sei „etwas schlechter“.

Eine Gruppe von 16 Müttern (35.6 %) denkt über ihr körperliches Wohlbefinden, es sei „gleich“ geblieben.

Lediglich drei Frauen finden es „etwas besser“ und eine Frau, die es als „wesentlich besser“ bezeichnet.

Die Grafik gibt die Verteilung in gerundeten Prozentwerten wieder.

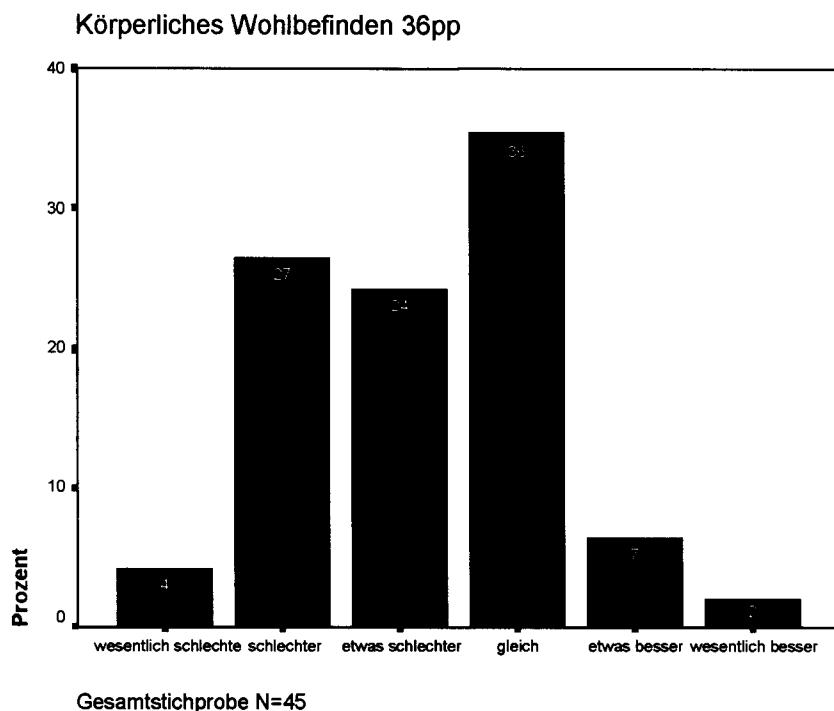


Abbildung 28 Ratings zum körperlichen Wohlbefinden (36pp)

Im Hinblick auf ihr seelisches Wohlbefinden beurteilen es zwei Mütter als „wesentlich schlechter“, drei Frauen empfinden es als „schlechter“ und acht Frauen meinen, es sei „etwas schlechter“.

Im Gegensatz zu diesen 28.9 % beurteilen 14 Frauen (31.1 %) ihre seelische Befindlichkeit als unverändert. Weitere sieben Teilnehmerinnen (15.6 %) glauben, sie sei im Messzeitraum T3 „etwas besser“. Neun Frauen bewerten ihr seelisches Wohlbefinden als „besser“ sowie schließlich zwei Frauen, die ihre seelische Befindlichkeit als „wesentlich besser“ beschreiben.

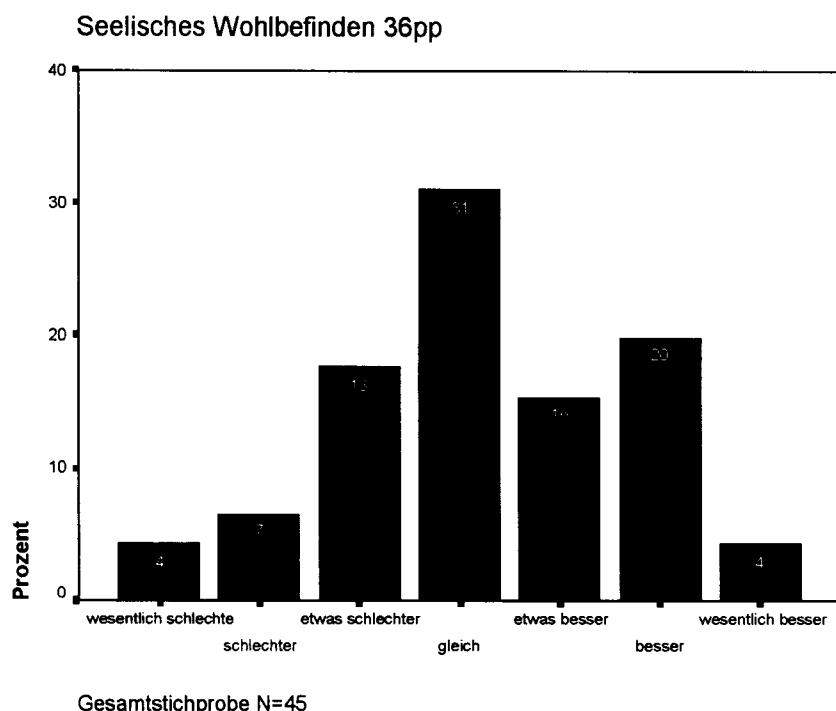


Abbildung 29 Ratings zum seelischen Wohlbefinden (36pp)

Die Ratings für das Kriterium Zufriedenheit mit dem Gewicht zeigen folgende Ergebnisse: Es gibt zwölf Frauen (26.7 %), die sich als „gar nicht zufrieden“ bezeichnen. Vier Frauen halten sich für „unzufrieden“ und zehn Mütter meinen, sie seien „etwas unzufrieden“.

Eine Gruppe von acht Teilnehmerinnen ist der Ansicht, sie sei mit ihrem Gewicht „gleich“ zufrieden wie vor der Schwangerschaft.

Noch positiver äußern sich zwei Mütter mit „etwas zufrieden“. Vier weitere Frauen halten sich für „zufrieden“ sowie die restlichen fünf Frauen, die meinen, sie seien „sehr zufrieden“.

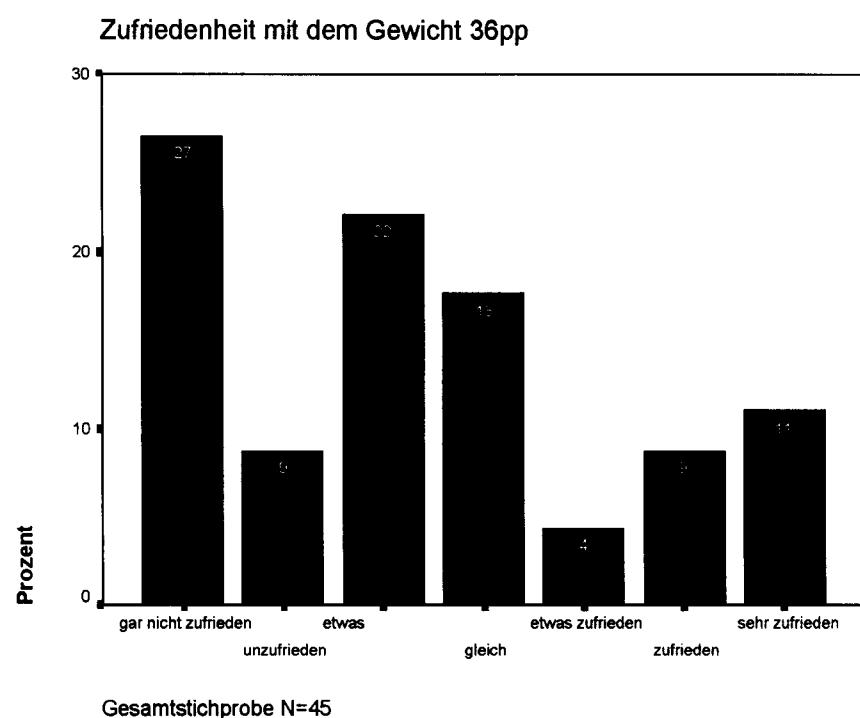


Abbildung 30 Ratings zur Zufriedenheit mit dem Gewicht (36pp)

Abschließend folgt nun die zusammenfassende Darstellung der Signifikanzprüfungen (Longitudinal-Vergleich der Rating-Ergebnisse) bezogen auf die Gesamtstichprobe der Mütter.

7.1.4 Zusammenfassende Darstellung der Signifikanzprüfungen (Längsschnittvergleiche)

Die längsschnittlich definierte Frage: „Gibt es Veränderungen in der Selbsteinschätzung der Mütter in Hinsicht auf ihre wahrgenommene Attraktivität, auf ihre Zufriedenheit mit ihrem Gewicht und im Hinblick auf ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden?“ kann folgendermaßen für die Gesamt-Stichprobe beantwortet werden:

Es existieren insbesondere für die Einschätzungen zur Attraktivität und zum körperlichen Wohlbefinden Unterschiede. Die nachstehende Tabelle gibt die Signifikanzen für die Rangplatzvergleiche, die mit dem non-parametrischen Verfahren für verbundene Stichproben (Wilcoxon) gewonnen wurden, wieder.

Messzeitpunkte	Ratingsskalen Gesamtstichprobe (N=42)			
	Attraktivität	Körperliches Wohlbefinden	Seelisches Wohlbefinden	Zufriedenheit mit dem Gewicht
4pp	4pp < 8pp p=.015*** einseitig	4 < 8 p=.001*** einseitig	4 < 8 p=.517 einseit.	4 < 8 p=.293 einseitig
8pp	8 – 36 p=.001 *** zweiseitig	8 - 36 p=.001*** zweiseitig	8-36 p=.812 zweiseitig	8 – 36 p=.176 zweiseitig
36pp	36 – 4 p=.08 zweiseitig	36 – 4 p=.131 zweiseitig	36 – 4 p=.66 zweiseitig	36 – 4 p=.431 zweiseitig

Tabelle 41 Signifikanzwerte für Rangplatzvergleiche der Ratings (N=42)

Bei der Interpretation der Werte ist zu erinnern, dass niedrige Werte Verschlechterungen abbilden, hohe Werte dagegen Verbesserungen. Die von den Müttern vorgenommenen Einschätzungen enthalten den subjektiven Vergleich zwischen ihrer Befindlichkeit vor der Schwangerschaft und ihrer Befindlichkeit im jeweiligen Messzeitraum. Entsprechend dem Modell von Gloger-Tippelt ist im Zeitraum zwischen den beiden ersten Messungen mit positiven Veränderungen (zumindest für die Erstmütter) zu rechnen, während für den weiteren Verlauf keine Aussagen gemacht werden.

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, sind die Werte für die wahrgenommene Attraktivität und das eigene körperliche Wohlbefinden zum Zeitpunkt vier Monate postpartal niedriger als zum Zeitpunkt acht Monate postpartal. Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass sich die befragten Mütter im ersten Zeitraum nach der Entbindung (bis vier Monate postpartal) erstens nicht so attraktiv finden, wie im Zeitraum fünf bis acht Monate postpartal. Die Einschätzungen fallen zum zweiten Messzeitpunkt signifikant ($p = .015$ bzw. $p = .001$) positiver aus. Dieser Befund deckt sich mit dem Modell Gloger-Tippelts.

Der Vergleich der Rating-Ergebnisse zu 8pp mit denen drei Jahre nach der Entbindung unterstreicht ebenfalls signifikante Unterschiede: Die genauere Analyse der Vergleichsdaten (5 bis 8 Monate postpartal versus 32 bis 36 Monate postpartal) zeigt, dass sich bei 25 Frauen die Werte zum Zeitpunkt 8pp positiv von ihren Attraktivitätseinschätzungen zum Zeitpunkt 36pp unterscheiden. In Hinsicht auf ihr körperliches Wohlbefinden sind es 28 Frauen, die ihr körperliches Wohlbefinden zum Zeitpunkt 8pp höher einschätzten. Offenbar fühlen sich die Mütter acht Monate postpartal attraktiver und fühlen sich körperlich wohler als drei Jahre postpartal.

Wenn auch nicht signifikant ($p = .08$) aber doch gravierend ist der Unterschied zwischen den Messungen 4pp und 36pp: Bezogen auf ihre Attraktivität liegen die Einschätzungen von 15 Frauen zum Zeitpunkt 4pp über denen zum Zeitpunkt 36pp, während es bei neun Frauen umgekehrt ist. Somit finden sich mehr Frauen, die sich vier Monate nach der Entbindung attraktiver einschätzen als 3 Jahre nach der Entbindung. Bei 18 Frauen unterscheiden sich die Werte nicht, so dass sie als Bindungen verwertet werden.

Bezogen auf die körperliche Befindlichkeit weisen 13 Frauen zum Zeitpunkt 4pp niedrigere Werte auf als zum Zeitpunkt 36pp. Bei etwas mehr als der Hälfte der Frauen ($N=22$ von $N=42$) ist das Verhältnis umgekehrt: Sie fühlen sich zum Zeitpunkt 4pp offensichtlich besser als zum Zeitpunkt 36pp, wenn man die Ratings zu Grunde legt. Für sieben Frauen unterscheiden sich die Ratings nicht.

In Hinsicht auf die anderen Skalen lassen sich keine signifikanten Unterschiede belegen. Das seelische Wohlbefinden unterscheidet sich nicht signifikant zu den drei Messungen, ebenso lassen sich keine signifikanten Veränderungen in Hinsicht auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Gewicht nachweisen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich für die Resultate der FemBeschwerden-Liste im Vergleich dazu signifikante Abnahmen der Beschwerden im postpartalen Zeitraum bis zu acht Monaten nachweisen ließen: Und zwar für die gesamte FemBeschwerden-Liste, als auch für die Unterskalen der gynäkologischen Beschwerden, der somatischen Beschwerden, als auch für die psychischen Beschwerden. Die subjektiven Einschätzungen zum körperlichen Wohlbefinden decken sich mit diesen Befunden, erstaunlicherweise nicht die subjektiven Einschätzungen zum seelischen Wohlbefinden.

Eine mögliche Erklärung mag in der inhaltlichen Ausformung der Unterskala der psychischen Beschwerden liegen, die sich nicht mit den subjektiven Einschätzungen zum psychischen Wohlbefinden deckt. Das würde bedeuten, dass die Frauen den Begriff des seelischen Wohlbefindens anders füllen. Eine weitere Erklärung könnten Versuchspersonen-Effekte liefern: Während die FemBeschwerden-Liste Einzelbeschwerden abfragt, fordert die Rating-Skala zu einer Gesamteinschätzung auf. Es mag sein, dass es hier zu positiven Urteilsverfälschungen gekommen ist, die dem Wunsch entsprechen, die eigene Befindlichkeit möglichst positiv darzustellen, gemäß dem Klischee des glücklichen Mutterseins. Verschärfend kommt noch hinzu, dass die Daten für die Zeiträume von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal (T1) und fünf bis acht Monate postpartal (T2) retrospektiv gleichzeitig zu T2 erhoben wurden. Anders als bei der FemBeschwerden-Liste, die viele verschiedene Items enthält, erinnerten die Frauen ihr abgegebenes Rating-Urteil vielleicht auch eher. Für diese Erklärung würden die im Wilcoxon-Test nachgewiesenen Bindungen sprechen: Attraktivitätsvergleich (20

Bindungen), körperliches Wohlbefinden (20 Bindungen), seelisches Wohlbefinden (22 Bindungen), Zufriedenheit mit dem Gewicht (22 Bindungen).

Die Zufriedenheit mit dem Gewicht weist für die Gesamtstichprobe ebenfalls keine signifikanten Veränderungen auf. Es mag sein, dass die Mütter prinzipiell unzufrieden mit ihrem Gewicht sind. Das heißt, sie sind nach der Entbindung genauso unzufrieden wie auch schon vor der Schwangerschaft. Weiterhin kann die Zufriedenheit mit dem Gewicht beeinflusst worden sein durch die eindeutig mögliche Zuschreibung der Verursachung der Gewichtsveränderungen: Die Veränderung des Körpergewichts steht im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und der Geburt. Vielleicht akzeptieren die Frauen aufgrund ihrer Sinnzuschreibung nun eher ein höheres Gewicht. Die differenzierte Betrachtung der Rangplatzvergleiche (Wilcoxon-Test) verweist auf sieben Mütter, die zum Zeitpunkt 4pp zufriedener mit ihrem Gewicht waren als zum Messzeitpunkt 8pp. Weiterhin gibt es 13 Mütter, die acht Monate nach der Entbindung zufriedener waren als im Zeitraum bis zu vier Monaten. Für 22 Frauen lassen sich keine Unterschiede festmachen (Bindungen). Mehr als die Hälfte (N =22) der befragten Mütter erlebte demnach keine Veränderung ihrer Einschätzung.

Der Vergleich zwischen den Einschätzungen acht Monate postpartal und 36 Monate postpartal zeigt ein etwas verändertes Bild: Elf Frauen, die drei Jahre postpartal mit ihrem Gewicht zufriedener sind als sie es acht Monate postpartal waren, stehen 22 Mütter gegenüber, die zum Zeitpunkt 8pp zufriedener waren als drei Jahre postpartal. Für neun Frauen lassen sich keine Veränderungen berichten.

7.2 *Die Ergebnisse nach generativem Status getrennt*

In den nachstehenden Ausführungen werden die Häufigkeiten der Einschätzungen der Erstmütter und der Mehrfachmütter hinsichtlich ihrer wahrgenommenen Zufriedenheit mit dem Gewicht, mit ihrer Attraktivität, ihrem körperlichen und seelischen Wohlbefinden wiedergegeben. Das Augenmerk liegt erstens auf den Häufigkeiten und zweitens auf den querschnittlichen Vergleichen zwischen den Gruppen zu den jeweiligen Messzeitpunkten.

7.2.1 *Die Rating-Ergebnisse der Erstmütter und der simulierten Stichprobe*

7.2.1.1 *Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 16 Monate praepartum*

Trotz der berichteten Einschränkungen in Hinsicht auf das Gelingen der Parallelisierung der Gruppen werden die Ergebnisse der Frauen ohne Kinder an dieser Stelle kurz vorgestellt.

Von den (N=26) befragten Frauen der parallelisierten Stichprobe geben zwei (7.7 %) an, ihre Attraktivität sei zum Befragungszeitpunkt „wesentlich niedriger“, zwei weitere Frauen bezeichnen sie als „etwas niedriger“. Sieben Frauen und damit 24.1 % erleben ihre Attraktivität als „gleich“, während sechs (20.7 %) der Frauen sie als „etwas höher“ bezeichnen. Fünf (17.2 %) der kinderlosen Frauen schätzen sie als „höher“ ein und schließlich vier (13.8 %) Frauen bezeichnen ihre Attraktivität als „wesentlich höher“ als vor einem Jahr.

Hinsichtlich ihrer Einschätzungen zu ihrem körperlichen Wohlbefinden beschreiben drei der befragten Frauen (11.5 %) ihre Befindlichkeit als „schlechter“, vier Teilnehmerinnen (15.4 %) beurteilen sie als „etwas schlechter“.

Sechs Frauen (23.1 %) bezeichnen sie als „gleich“. Weitere fünf Teilnehmerinnen (19.2 %) empfinden das körperliche Wohlbefinden als „etwas besser“ und jeweils vier Frauen ordnen sich in die Kategorie „besser“ bzw. „wesentlich besser“ ein.

Bezogen auf ihr seelisches Wohlbefinden gibt eine Frau (3.8 %) an, sie fühle sich „wesentlich schlechter“. Vier (15.4 %) Teilnehmerinnen finden ihr seelisches Wohlbefinden „schlechter“. Ebenfalls vier bezeichnen es als „etwas schlechter“, weitere vier Frauen beschreiben es als „gleich“. „Etwas besser“ fühlen sich drei und damit 11.5 % der Frauen ohne Kinder. „Besser“ oder „wesentlich besser“ bezeichnen jeweils fünf (19.2 %) der Frauen ihren seelischen Zustand im Vergleich zu der Zeit vor einem Jahr.

In Hinsicht auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Gewicht finden sich folgende Ergebnisse: Eine Frau (3.8 %) ist „gar nicht zufrieden“, zwei Frauen sind „unzufrieden“, während weitere zwei (7.7 %) „etwas unzufrieden“ mit ihrem Gewicht sind. Dagegen beschreiben sich elf Teilnehmerinnen (42.3 %) als „gleich“ zufrieden, vier Frauen (15.4 %) als „etwas zufrieden“. Eine Frau ist „zufrieden“ und wiederum vier Frauen sind „sehr zufrieden“ mit ihrem Gewicht im Vergleich zu der Zeit vor einem Jahr.

Für diese Gruppe lässt sich damit sagen, dass auf allen Skalen mehr als 50 % der befragten Frauen Einschätzungen vornehmen, die mindestens „gleich“ oder positiver als „gleich“ ausfallen.

7.2.1.2 *Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 4 Monate postpartum*

An dieser Stelle folgen nun die Ergebnisse der Erstmütter: Bezogen auf ihre Attraktivität empfindet eine Frau ihre Attraktivität als „wesentlich niedriger“, als vor der Schwangerschaft. Fünf und damit 18.5 % der Frauen bezeichnen sie als „niedriger“. Acht Frauen (29.6 %) beschreiben sie als „etwas niedriger“ und schließlich neun Frauen (33.3 %) finden sich „gleich“ attraktiv. Im Gegensatz dazu ordnen drei Frauen (11.1 %) ihre Attraktivität ein in der Kategorie „etwas höher“ als vor der Schwangerschaft und eine Frau in der Kategorie „höher“. Es findet sich keine Frau, die eine Einordnung unter „wesentlich höher“ trifft.

Das körperliche Wohlbefinden lässt sich beschreiben über folgende Ergebnisse: eine Frau bezeichnet es als „wesentlich schlechter“, fünf Frauen (18.5 %) als „schlechter“, acht weitere Frauen (29.6 %) empfinden es als „etwas schlechter“. Insgesamt 13 Frauen ordnen sich in die Kategorien „gleich“ oder höher ein, und zwar 10 Frauen in die Kategorie „gleich“, 2 Frauen in die Kategorie „etwas besser“ sowie eine Frau in die Kategorie „besser“. Es findet sich keine Teilnehmerin unter der Einschätzung „wesentlich besser“.

Das seelische Wohlbefinden der Mütter ist zu charakterisieren über vier Frauen (14.8 %), die sich „schlechter“ fühlen und acht Frauen (29.6 %), die sich „etwas schlechter“ fühlen, als in der Zeit vor der Schwangerschaft. Drei Frauen (11.1 %) empfinden ihr seelisches Wohlbefinden als „gleich“, neun Frauen (33.3 %) sogar als „etwas besser“, während zwei Frauen ihre seelische Befindlichkeit als „besser“ und eine Frau als „wesentlich besser“ bezeichnen. Die Kategorie „wesentlich schlechter“ ist unbesetzt.

Vier Frauen (14.8 %) sind „gar nicht zufrieden“ mit ihrem Gewicht. Ebenfalls „unzufrieden“ sind sieben Frauen (25.9 %) sowie als „etwas unzufrieden“ bezeichnet sich eine Frau. Immerhin zehn Frauen und damit 37 % sind „gleich“ zufrieden. Vier weitere Frauen (14.8 %) sind „etwas zufrieden“ sowie eine Frau, die sich als „sehr zufrieden“ beschreibt. Die Einschätzung „zufrieden“ wurde von den befragten Müttern zu diesem Messzeitpunkt nicht vergeben.

Die Häufigkeitsverteilungen für die Einschätzungs-Stufen „gleich“ oder besser schwanken auf den vier abgefragten Skalen zwischen ca. 48 - 54 %, so dass knapp die Hälfte der Erstmütter verschlechterte Einschätzungen für den Vergleich ihrer Befindlichkeiten bezogen auf die beiden Zeiträume vornimmt.

7.2.1.3 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartum

In Hinsicht auf ihre Attraktivität wird die Kategorie „wesentlich niedriger“ von einer Mutter gewählt. Jeweils drei weitere Frauen (11.1 %) verwenden die Einschätzung „niedriger“, beziehungsweise „etwas niedriger“. Immerhin 14 Frauen (51.9 %) stufen sich als „gleich“ attraktiv ein. Vier Frauen (14.8) wählen die Einstufung „etwas höher“. Jeweils eine Frau meint, ihre Attraktivität sei „höher“ beziehungsweise „wesentlich höher“ als im Vergleich zu der Zeit vor einem Jahr.

Die Ratings für das körperliche Wohlbefinden fallen folgendermaßen aus: Eine Frau gibt an, ihr körperliches Wohlbefinden sei „wesentlich schlechter“, ebenso wie eine Frau, die es als „schlechter“ bezeichnet. Als „etwas schlechter“ empfinden neun Frauen (33.3 %) von 27 Erstmüttern ihr körperliches Wohlbefinden. Dagegen sind fünf Frauen (18.5 %) der Überzeugung es sei „gleich“ geblieben. Sieben Frauen (25.9%) halten es sogar für „etwas besser“, ebenso wie drei Frauen, die es als „besser“ bezeichnen oder eine Frau, die sogar die Einstufung „wesentlich besser“ vornimmt.

Als „etwas schlechter“ bezeichnen zehn Frauen (37.0%) ihr seelisches Wohlbefinden im Zeitraum fünf bis acht Monate nach der Entbindung. Sechs Frauen (22.2 %) bewerten es als „gleich“, sieben Mütter (25.9 %) als „etwas besser“. Weitere drei Mütter (11.1 %) fühlen sich „besser“ und eine Frau sogar „wesentlich besser“. Die Kategorien „schlechter“ und „wesentlich schlechter“ sind nicht besetzt.

Bezogen auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Gewicht äußern sich zwei Frauen (7.4 %) in der Weise, dass sie „gar nicht zufrieden“ seien, drei weitere (11.1 %) bezeichnen sich als „unzufrieden“ sowie acht Frauen (29.6 %), die sich als „etwas unzufrieden“ einschätzen. Demgegenüber stehen zehn Mütter (37.0 %), die im Vergleich zu der Zeit vor der Schwangerschaft „gleich“ zufrieden mit ihrem Gewicht sind sowie drei Frauen, die sich als „etwas zufrieden“ beschreiben. Eine Frau meint, sie sei sogar „sehr zufrieden“ mit ihrem Gewicht. Die Kategorie „zufrieden“ ist unbesetzt.

Mindestens die Hälfte der Erstmütter weisen positive Ratings („gleich“ und besser) hinsichtlich der vier abgefragten Kriterien auf. Auf der Skala der Attraktivität sind es 74.1 % der befragten Erstmütter (von N=27), die eine solche Einschätzung vornehmen. Dies zeigt, dass auf der anderen Seite zwischen ca. 25 % und 38 % der Frauen Verschlechterungen wahrnehmen.

7.2.1.4 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartum

Die Ergebnisse werden hier nur für diejenigen Erstmütter vorgestellt, deren generativer Status sich nicht im Verlauf der Studie verändert hat.

In Hinsicht auf das körperliche Wohlbefinden stufen zwei Frauen (von N=9 Frauen) ihr Wohlbefinden als „schlechter“ ein, zwei weitere Frauen stufen es als „etwas schlechter“ ein. Die restlichen neun Frauen bezeichnen ihr körperliches Wohlbefinden als „gleich“ im Vergleich zu der Zeit vor der Schwangerschaft mit dem Zielkind.

In Bezug auf das seelische Wohlbefinden findet eine Frau, dass es „schlechter“ sei, als vor der Schwangerschaft vor ca. vier Jahren. Zwei Frauen bezeichnen es als „etwas schlechter“ und zwei weitere Frauen ordnen sich der Kategorie „gleich“ zu. Dagegen schätzt eine Frau ihre Befindlichkeit als „etwas besser“ ein sowie drei Frauen, die ihr seelisches Wohlbefinden als „besser“ bezeichnen. Das Kriterium seelisches Wohlbefinden ist die einzige Rubrik, in der sich positivere Urteile finden als „gleich“.

Von den befragten Müttern (N=9) ist eine Frau „gar nicht zufrieden“ mit ihrem Gewicht, drei weitere Frauen sind „unzufrieden“ sowie drei andere Frauen, die „etwas unzufrieden“ sind. Lediglich zwei Frauen schätzen ihre Zufriedenheit mit ihrem Gewicht als „gleich“ zufrieden im Vergleich zu der Zeit vor der Schwangerschaft ein.

Die Attraktivitätseinschätzungen zeigen, dass eine Mutter ihre Attraktivität als „wesentlich niedriger“ einschätzt, zwei Frauen beschreiben sie als „niedriger“ sowie fünf weitere Erstmütter, die sich in der Kategorie „etwas niedriger“ einordnen (von N=8). Die positiven Kategorisierungen „gleich“ und besser fehlen hier gänzlich.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Ratings drei Jahre nach der Entbindung negativer ausfallen, als zu den anderen Messzeitpunkten. Relativierend mag hier die geringe Stichprobengröße sowie die Art der Fragestellung und der lange Vergleichszeitraum wirken. Sicherlich ist auch zu diskutieren, inwiefern Altersprozesse verantwortlich sind.

7.2.1.5 Zusammenfassung der Signifikanzprüfungen (Längsschnitt)

An dieser Stelle werden die mit dem Wilcoxon-Test durchgeführten Vergleichsberechnungen und deren Ergebnisse dargestellt. Es wird hier der Frage nachgegangen, inwieweit signifikante Veränderungen in den subjektiven Beurteilungen in Hinsicht auf die abgefragten Kriterien der Attraktivität, der Zufriedenheit mit dem Gewicht sowie im Hinblick auf das körperliche und seelische Wohlbefinden vorliegen.

Bezogen auf die Einschätzung der eigenen Attraktivität der Erstmütter existieren signifikante Unterschiede zwischen den Messungen 16 Monate vor der Schwangerschaft (parallelisierte Stichprobe als simulierte Baseline) und der Messung vier Monate postpartal sowie Unterschiede zwischen den Ratings der Messung vier Monate postpartal und acht Monate postpartal, ebenso wie zwischen den Beurteilungen zum Zeitpunkt acht Monate postpartal und 36 Monate postpartal.

Dabei weist die Rangplatzanalyse des ersten Vergleichs (16 Monate prae versus vier Monate postpartal) darauf hin, dass die Ratings von 16 Frauen (bezogen auf N=24 Frauen) hinsichtlich ihrer Attraktivität zum Zeitpunkt vier Monate postpartal schlechter ausfallen als 16 Monate vor der Schwangerschaft. Aufgrund der berichteten mangelnden Parallelisierung wird diesem Ergebnis allerdings kein Gewicht beigemessen (die Originaleinschätzungen der befragten Mütter für den Zeitraum vor der Schwangerschaft standen leider nicht zur Verfügung).

Die Einschätzungen von neun Frauen besagen, dass sie ihre Attraktivität acht Monate postpartal als höher einschätzen, als noch zum Zeitpunkt vier Monate postpartal, während 14 Frauen gleiche Einstufungen (Bindungen) vornehmen. Nur eine Frau urteilt ihre Attraktivität zum Messzeitpunkt vier Monate postpartal höher als zum Zeitpunkt acht Monate nach der Entbindung. Damit hat sich die Attraktivitätseinschätzung der Erstmütter signifikant ($p = .011$) im Zeitraum nach der Entbindung verändert.

Ebenfalls signifikante Unterschiede ($p=.031$) existieren zwischen den Einschätzungen, die acht Monate postpartal (8pp) vorgenommen wurden und denen die drei Jahre postpartal (36pp) abgegeben wurden. Von den acht befragten Teilnehmerinnen gaben sechs zum Zeitpunkt 8pp höhere Attraktivitätseinschätzungen ab als drei Jahre nach der Entbindung. Zwei Frauen gaben gleich hohe Urteile in Hinsicht auf ihre Attraktivität ab.

Messzeitpunkte	Ratingsskalen Erstmütter				
	Stichprobengröße	Attraktivität	Körperliches Wohlbefinden	Seelisches Wohlbefinden	Zufriedenheit mit dem Gewicht
N=24		16prae – 4pp $p=.025^*$ zweiseitig	16prae – 4pp $p=.033^*$ zweiseitig	16prae – 4pp $p=.211$ zweiseitig	16prae – 4pp $p=.034^*$ zweiseitig
N=24		4pp < 8pp $p=.011^*$ einseitig	4 < 8 $p=.011^*$ einseitig	4 < 8 $p=.729$ einseit.	4 < 8 $p=.172$ einseitig
N=9 (N=8)*		8 – 36* $p=.031^*$ zweiseitig	8 - 36 $p=.063^*$ zweiseitig	8-36 $p=1.00$ zweiseitig	8 – 36 $p=.25$ zweiseitig

Tabelle 42 Signifikanzwerte für Rangplatzvergleiche der Ratings (Erstmütter)

In Hinsicht auf das körperliche Wohlbefinden finden sich ebenfalls signifikante Unterschiede. Die Daten von 14 Frauen ohne Kinder fallen zum Zeitpunkt 16 Monate vor der Entbindung positiver aus, als die Urteile der Erstmütter vier Monate nach der Entbindung. Nur bei sechs Frauen ist es umgekehrt, bei weiteren vier Frauen findet sich kein Unterschied.

Zum Messzeitpunkt acht Monate postpartal liegen elf Erstmütter mit ihren Einschätzungen über dem Niveau und weitere elf Erstmütter befinden sich auf dem gleichen Niveau (Bindungen) wie zur Messung vier Monate zuvor. Das körperliche Wohlbefinden wird zu diesem Messzeitpunkt von den meisten also eher für gleich oder für besser als vier Monate zuvor gehalten.

Zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartal geben sechs von N=9 Frauen niedrigere Einschätzungen ihrer körperlichen Befindlichkeit ab, als zum Messzeitpunkt acht Monate postpartal. Bei einer Frau ist das Verhältnis umgekehrt und bei den restlichen zwei Erstmüttern sind die Ratings identisch mit ihren früheren.

In Hinsicht auf das seelische Wohlbefinden lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Messzeitpunkte belegen. Die Vergleiche zeigen eher ausgewogene Verhältnisse.

Bezogen auf die Zufriedenheit mit dem Gewicht existiert ein signifikanter Beleg für die Unterschiedlichkeit: Die erhobenen Einschätzungen der Frauen ohne Kinder (16 Monate vor der Schwangerschaft) und die der Erstmütter (vier Monate nach der Entbindung) unterscheiden sich signifikant. Hier sind zwölf Fälle nachzuweisen, die zum Messzeitpunkt 4pp niedrigere Zufriedenheitseinschätzungen vornehmen, als zum Zeitpunkt 16 Monate vor der Schwangerschaft. Weiterhin erscheinen sechs Fälle, bei denen das Verhältnis umgekehrt ist sowie sechs Fälle deren Ergebnisse gleich ausfallen.

7.2.2 Die Rating-Ergebnisse der Mehrfachmütter

7.2.2.1 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 4 Monate postpartum

In Hinsicht auf ihre Attraktivität beurteilen acht Mehrfachmütter (von N=20) ihre wahrgenommene Attraktivität vier Monate postpartal als „niedriger“ als vor der Schwangerschaft, drei weitere Frauen finden sich in der Kategorie „etwas niedriger“. Als „gleich“ schätzt eine Frau ihre Attraktivität im Vergleich zu der Zeit vor der Schwangerschaft ein. Positivere Bewertungen finden sich bei zwei Frauen („etwas höher“) und bei fünf weiteren Müttern („höher“). Bei einer Frau findet sich sogar die Einschätzung „wesentlich höher“. Von den befragten Mehrfachmüttern beurteilen damit 55 % ihre Attraktivität als niedriger, während 55 % sie als mindestens „gleich“ oder besser einschätzt. Die Einstufung „wesentlich niedriger“ wird nicht vergeben.

Das körperliche Wohlbefinden halten zwei Frauen im Messzeitraum bis zu vier Monaten postpartal für „wesentlich schlechter“, vier Frauen finden es „schlechter“ und drei weitere Mütter „etwas schlechter“. Das sind 45 % der befragten 20 Frauen. Positivere Bewertungen wählen drei Frauen („gleich“), fünf weitere Frauen („etwas besser“), zwei Frauen („besser“) und schließlich eine Frau („wesentlich besser“). Damit bewerten 40 % der befragten Teilnehmerinnen mit mindestens zwei Kindern ihr körperliches Wohlbefinden im Zeitraum von der Entbindung bis vier Monate postpartal als nicht nur „gleich“ gut wie vor der Schwangerschaft, sondern sogar als mindestens „etwas besser“.

Lediglich fünf Frauen und damit 25 % (von N=20) sind der Meinung ihr seelisches Wohlbefinden sei „schlechter“ oder „etwas schlechter“ als vor der Schwangerschaft. Dagegen halten fünf Frauen es für „gleich“ gut, vier Frauen sind der Ansicht es sei „etwas besser“. Vier Frauen finden es „besser“ und zwei Frauen sind der Meinung es sei „wesentlich besser“ als vor der Schwangerschaft. Damit halten 50 % der Frauen ihre seelische Befindlichkeit für

verbessert, ein Viertel ist der Ansicht sie sei verschlechtert und ein weiteres Viertel meint, sie sei „gleich“ im Vergleich zu der Zeit vor der Schwangerschaft.

Die 40 % (N=20) Mehrfachmütter, die mit ihrem Gewicht unzufrieden sind, teilen sich auf in zwei Frauen, die „gar nicht zufrieden“ sind, zwei weitere Frauen halten sich für „unzufrieden“ sowie vier Frauen, die meinen sie seien „etwas unzufrieden“. Als „gleich zufrieden“ beschreiben sich drei Frauen, während fünf Frauen meinen, sie seien „etwas zufrieden“ mit ihrem Gewicht. Jeweils zwei Frauen ordnen sich in die Kategorie „zufrieden“ und die Kategorie „sehr zufrieden“ ein.

7.2.2.2 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartum

Für den Messzeitraum fünf bis acht Monate nach der Entbindung fallen die Verteilungen folgendermaßen aus:

In Hinsicht auf die Attraktivität sind von den N=21 Mehrfachmüttern vier der Meinung ihre Attraktivität sei in diesem Zeitraum (fünf bis acht Monate postpartal) „niedriger“ als vor der Schwangerschaft, zwei Frauen bewerten sie als „etwas niedriger“ und acht Frauen empfinden sie als „gleich“. Positivere Einschätzungen nehmen zwei Mehrfachmütter zu diesem Zeitpunkt vor, indem sie ihre Attraktivität als „etwas höher“ bewerten und fünf Frauen, die sie sogar als „höher“ einstufen als vor der Schwangerschaft. Zusammenfassend finden sich bei 28.5 % der Frauen wahrgenommene Einbußen in Hinsicht auf die eigene wahrgenommene Attraktivität. Insgesamt 38.1 % berichten keine Veränderungen und 33.3 % wählen eine positivere Bewertung. Die extremen Kategorisierungen „wesentlich niedriger“ oder „wesentlich höher“ fehlen.

Ihr körperliches Wohlbefinden bezeichnen drei Frauen als „wesentlich schlechter“, zwei Frauen als „etwas schlechter“ und vier Frauen als unverändert „gleich“. Acht Frauen und damit 38.1 % sind der Ansicht, ihr körperliches Wohlbefinden sei „etwas besser“. Drei Frauen finden es „besser“ und eine Frau bewertet es als „wesentlich besser“ als vor der Schwangerschaft. Demnach glauben 23.8 % der befragten 21 Mehrfachmütter ihr körperliches Wohlbefinden sei schlechter, 19 % sehen keine Veränderung, 57.2 % denken es sei verbessert.

Verschlechterungen des seelischen Wohlbefindens äußern zwei Mehrfachmütter („schlechter“) sowie drei weitere Frauen („etwas schlechter“). Ca. ein Viertel der 21 Frauen (N=5) meint, ihr seelisches Wohlbefinden sei „gleich“, genauso viel glauben es sei „etwas besser“ als vor der Schwangerschaft. Weitere vier Frauen bewerten es als „besser“ und zwei Mehrfachmütter als „wesentlich besser“. Etwas mehr als die Hälfte der befragten Frauen schätzen ihre seelische Befindlichkeit als verbessert ein. Die Einstufung „wesentlich schlechter“ wird nicht vorgenommen.

Von N=20 Mehrfachmüttern bezeichnen sich zwei Frauen als „gar nicht zufrieden“ mit ihrem Gewicht, zwei sind „unzufrieden“ und drei Frauen halten sich für „etwas unzufrieden“. Damit beschreiben 35 % der teilnehmenden Mütter ihre Zufriedenheit mit ihrem Gewicht in Form von negativen Beurteilungen. 20 % glauben ihre Zufriedenheit sei unverändert („gleich“). Die verbleibenden 45 % teilen sich auf in drei Frauen, die „etwas zufrieden“ sind, fünf Frauen, die denken, sie seien „zufrieden“ und eine Frau, die sich als „sehr zufrieden“ bezeichnet.

7.2.2.3 Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartum

Von den ursprünglich 21 Mehrfachmüttern verbleiben 14 in der hier ausgewerteten Stichprobe (Frauen, die im Laufe des Untersuchungszeitraums keine weiteren Kinder bekommen haben und nicht wieder schwanger wurden). Es liegen die Häufigkeitsverteilungen für die Ratings für 13 der befragten Mehrfachmütter vor. Trotz der geringen Stichprobengröße sollen die Ergebnisse kurz vorgestellt werden.

In Hinsicht auf ihre Attraktivität meinen 69.2 % (neun Frauen) Einbußen erlitten zu haben: Eine Frau schätzt ihre Attraktivität als „wesentlich niedriger“ ein. Eine weitere Frau meint, sie sei „niedriger“ und sieben verbliebene Mehrfachmütter bewerten sie als „etwas niedriger“. Als unverändert „gleich“ bezeichnen zwei Mehrfachmütter ihre wahrgenommene Attraktivität im Vergleich zu der Zeit vor der Entbindung des Zielkindes. „Etwas höher“ und „wesentlich höher“ lauten die Beurteilungen von jeweils einer Frau. Die Einstufung „höher“ wird nicht vergeben.

Ihr körperliches Wohlbefinden stufen sieben Frauen als verschlechtert ein, eine Frau meint, es sei „wesentlich schlechter“, vier Frauen halten es für „schlechter“ und zwei Frauen finden es „etwas schlechter“ als vor der Entbindung des Zielkindes. Als „gleich“ beurteilen fünf Mehrfachmütter ihr körperliches Wohlbefinden im Vergleich zu der Zeit vor der Schwangerschaft und als „wesentlich besser“ schätzt eine Frau ihre Befindlichkeit ein.

Verschlechterungen ihres seelischen Wohlbefindens empfinden fast die Hälfte der 13 Mehrfachmütter: Zwei Frauen halten es für „wesentlich schlechter“ und weitere zwei Mehrfachmütter für „etwas schlechter“. Vier der befragten 13 Frauen bezeichnen es als „gleich“. Verbesserungen finden sich in der Einschätzung von zwei Frauen („etwas besser“) und bei den drei restlichen Müttern („besser“). Die Kategorien „schlechter“ und „wesentlich besser“ sind unbesetzt.

Die Zufriedenheit mit dem Gewicht wird drei Jahre postpartal folgendermaßen eingeschätzt: Fünf Frauen sind „gar nicht zufrieden“. Zwei Frauen fühlen sich „etwas unzufrieden“ und eine Frau bezeichnet ihre Zufriedenheit als „gleich“. Demgegenüber stehen zwei Frauen, die „zufrieden“ sind und drei weitere Frauen, die „sehr zufrieden“ sind.

Wie auch schon oben angemerkt, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Es ist denkbar, dass die geringe Stichprobengröße, die Art der Fragestellung, normale Altersprozesse und der lange Vergleichszeitraum die Ergebnisse beeinflussen.

7.2.2.4 Zusammenfassung der Signifikanzprüfungen (Längsschnitt)

Nachstehende Tabelle gibt in zusammenfassender Form die Ergebnisse für die Signifikanzprüfungen der Einschätzungen der Mehrfachmütter wieder. Im Weiteren wird ebenfalls kurz auf die Rangplatzvergleiche durch den Wilcoxon-Test Bezug genommen.

Die Ratings für die eigene Attraktivität fallen für vier Mehrfachmütter zum Messzeitpunkt acht Monate postpartal niedriger aus als zum Messzeitpunkt vier Monate postpartal, für sechs weitere Frauen ergibt sich ein umgekehrtes Bild: Sie schätzen ihre Attraktivität zum Messzeitpunkt acht Monate nach der Entbindung höher ein als vier Monate zuvor. Für zehn Mehrfachmütter gibt es keinen Unterschied. Aufgrund dieser Ergebnisse lässt sich keine signifikante Veränderung im Zeitraum bis zu acht Monaten postpartal nachweisen.

Der Vergleich der Ergebnisse 36 Monate postpartal mit denen acht Monate postpartal verweist auf fünf Mehrfachmütter, die sich zum Zeitpunkt 8pp weniger attraktiv einschätzen und auf sechs weitere Mehrfachmütter bei denen es sich gegenteilig verhält. Bei zwei Frauen gibt es keinen Unterschied in den Ratings.

In Hinsicht auf die Einschätzungen der Attraktivität lassen sich für die Mehrfachmütter keine Veränderungen im Untersuchungszeitraum berichten.

Messzeitpunkte	Ratingsskalen Mehrfachmütter			
	Stichprobengröße	Attraktivität	Körperliches Wohlbefinden	Seelisches Wohlbefinden
N=20	4pp < 8pp p=.239 einseitig	4 < 8 p=.057* einseitig	4 < 8 p=.547 einseitig	4 < 8 p=.459 einseitig
N=13	8 – 36 p=.759 zweiseitig	8 - 36 p=.281 zweiseitig	8-36 p=.98 zweiseitig	8 – 36 p=.883 zweiseitig

Tabelle 43 Signifikanzwerte für Rangplatzvergleiche der Ratings (Mehrfachmütter)

Der Vergleich der Ratings der körperlichen Befindlichkeit zeigt acht Fälle bei denen zum Messzeitpunkt acht Monate postpartal eine verbesserte Einschätzung als zum Messzeitpunkt vier Monate nach der Entbindung vorliegt. Bei zwei Mehrfachmüttern verhält es sich umgekehrt, bei den restlichen zehn Müttern finden sich keine unterschiedlichen Bewertungen. Die Mehrfachmütter berichten demnach von einer signifikanten Verbesserung ($p = .057$) ihres körperlichen Wohlbefindens, bei Zugrundelegung der Ratings 4pp versus 8pp.

Für den Messzeitpunkt 36 Monate postpartal lässt sich kein signifikanter Unterschied aufweisen. Allerdings stufen von N=13 Frauen insgesamt neun Frauen ihr körperliches Wohlbefinden zu T2 (acht Monate nach der Entbindung) positiver ein als zu T3 (36 Monate nach der Entbindung). Bei drei Frauen ist das Verhältnis umgekehrt: Sie fühlen sich offensichtlich 36 Monate nach der Entbindung besser. Für eine Teilnehmerin besteht kein Unterschied.

Die Einschätzungen hinsichtlich des seelischen Wohlbefindens und der Zufriedenheit mit dem Gewicht weisen keine signifikanten Unterschiede auf. Die Verteilung der negativen und positiven Ränge sowie der Rangbindungen spiegeln dieses Ergebnis wieder.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle nur auf eine signifikante Veränderung der Ratings zum körperlichen Wohlbefinden im ersten Zeitraum bis zu vier Monaten postpartal versus fünf bis acht Monate postpartal hingewiesen werden. Bezogen auf die anderen Kriterien nehmen die Mehrfachmütter keine so gravierend unterschiedlichen Einschätzungen vor.

7.3 Vergleich der Rating-Ergebnisse der Teilstichproben (Querschnitt)

Nachdem die längsschnittlichen Vergleiche der Ergebnisse der Erstmütter (E) und der Mehrfachmütter (M) getrennt vorgenommen wurden, soll nun der Frage nachgegangen werden, ob sich die beiden Teilstichproben in ihren Einschätzungen zu den jeweiligen Messungen unterscheiden. Dazu werden die Vergleiche der Stichprobenergebnisse der Erstmütter und der Mehrfachmütter mit dem Mann-Whitney-Test für zwei unabhängige Stichproben durchgeführt.

Messzeitpunkte	Stichprobengröße	Attraktivität	Körperliches Wohlbefinden	Seelisches Wohlbefinden	Zufriedenheit mit dem Gewicht
4pp	N=47 E=27 M=20	p = .748	p = .428	p = .173	p = .122
8pp	N=47 E=27 M=20	P = .618	p = .370	p = .322	p = .137
36pp	N=21 E=8 M=13	p = .111	p = .449	p = 1.00	p = .775

Tabelle 44 Signifikanzwerte Querschnittlicher Vergleich der Teilstichproben (Mann-Whitney-Test)

Wie die Tabelle zeigt, sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ratings der Erst- und Mehrfachmütter zu den drei Messzeitpunkten nachweisbar.

An dieser Stelle sei noch einmal auf die sich verringende Stichprobengröße zum Termin 36 Monate nach der Entbindung hingewiesen. Es wurden nur die Ergebnisse derjenigen Mütter miteinander verglichen, deren generativer Status im Untersuchungszeitraum drei Jahre postpartal konstant geblieben war.

Eine beispielhafte Gegenüberstellung der einzelnen Ratingkategorien zur „Zufriedenheit mit dem Gewicht“ zeigt im folgenden noch einmal genauer die Verteilung der Einschätzungen der Erstmütter und der Mehrfachmütter bezogen auf die ersten vier Monate postpartal.

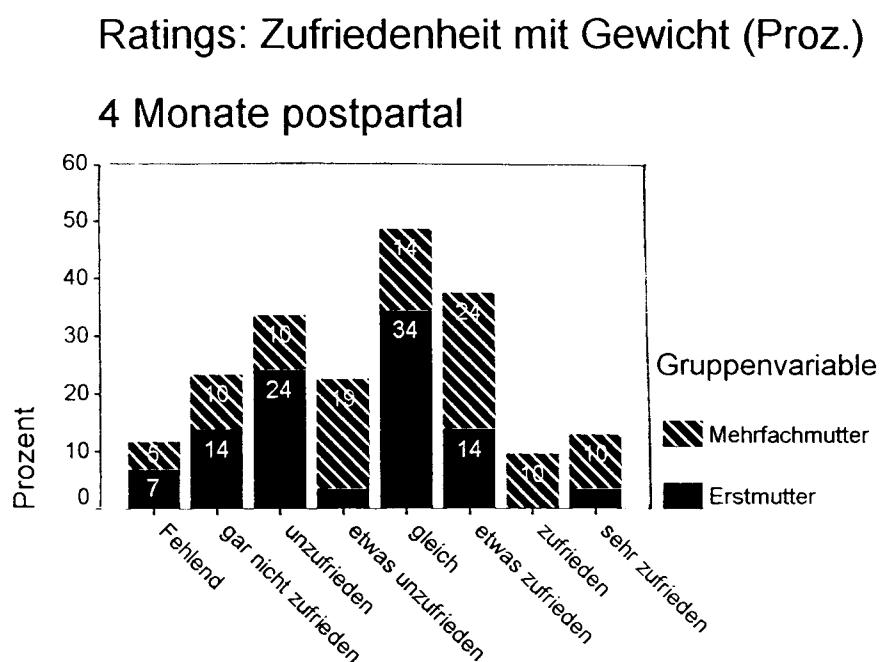


Abbildung 31 Zufriedenheit mit dem Gewicht zu 4pp bei Erst- und Mehrfachmüttern

Wie ersichtlich finden sich in den extremeren negativen Kategorien prozentual mehr Erstmütter, in den extremeren positiven Kategorien dagegen sind eher Mehrfachmütter anzutreffen. In beiden Gruppen findet sich aber insgesamt gesehen ein großer Anteil von Frauen, die gleich oder eher zufrieden mit ihrem Gewicht sind.

Wie der statistische Vergleich zeigt, sind die Unterschiede jedoch nicht ausreichend abgesichert. Dasselbe gilt für die anderen Vergleiche der Teilstichproben-Ergebnisse (Querschnittvergleich).

7.4 Zusammenfassende Betrachtung der Längsschnitt- und Querschnitt-Vergleiche der Rating-Ergebnisse

Während sich die Einschätzungen der Erst- und Mehrfachmütter im querschnittlichen Vergleich nicht nachhaltig unterscheiden, finden sich dennoch Unterschiede in der längsschnittlichen Entwicklung zwischen den Gruppen. Wie aufgezeigt, lassen sich für die Erstmütter mehrfache signifikante Veränderungen (Längsschnitt) in Hinsicht auf ihre Einschätzungen zur Attraktivität und zum körperlichen Wohlbefinden nachweisen.

Auffällig finde ich die signifikanten Veränderungen in der Attraktivitätseinschätzung der Erstmütter: Bezogen auf die Teilstichprobe ($N = 24$) ist ein signifikanter Anstieg in der Beurteilung der eigenen Attraktivität messbar. Diese Einschätzung hat sich jedoch zu T3 (drei Jahre postpartal) erneut signifikant verändert. Die eigene Attraktivität wird nicht mehr so positiv beurteilt wie zu T2 (fünf bis acht Monate pp). Für die Mehrfachmütter ist kein signifikanter Unterschied nachweisbar.

Wie können diese Ergebnisse interpretiert werden? Möglicherweise haben die Mehrfachmütter einen anderen Zugang zur Attraktivitätseinschätzung und assoziieren andere Merkmale mit Attraktivität. Dies mag bedingt sein durch ihr „Erfahrungswissen“ und durch ihre „Rollenkenntnis“. Eine weitere Erklärung könnte darin bestehen, dass die Mehrfachmütter schon zu Beginn mit einem niedrigeren Niveau operieren, d.h. sie fanden sich auch vor der Schwangerschaft mit dem Zielkind schon weniger attraktiv. Da nicht die absolute Höhe der subjektiven Attraktivität erfragt wurde, sondern der Vergleich mit der Zeit vor der Schwangerschaft, wäre dies eine mögliche Erklärung.

Für die Mehrfachmütter verändern sich ebenfalls die Einschätzungen zum körperlichen Wohlbefinden signifikant (Längsschnitt-Vergleich 4pp mit 8 pp), während die Ratings zur Attraktivität keine signifikante Veränderung in den ersten acht Monaten erfahren.

Weiterhin sind Erst- und Mehrfachmütter der Meinung ihr körperliches Wohlbefinden sei im Zeitraum fünf bis acht Monate postpartal besser als die vier Monate zuvor. Bezogen auf die weitere Entwicklung ihres körperlichen Wohlbefindens beurteilen die Erstmütter ihr körperliches Wohlbefinden drei Jahre postpartal schlechter als acht Monate postpartal.

Nachstehende Abbildung gibt eine Gegenüberstellung der Ratings der beiden Teilstichproben für die ersten acht Monate nach der Entbindung wieder.

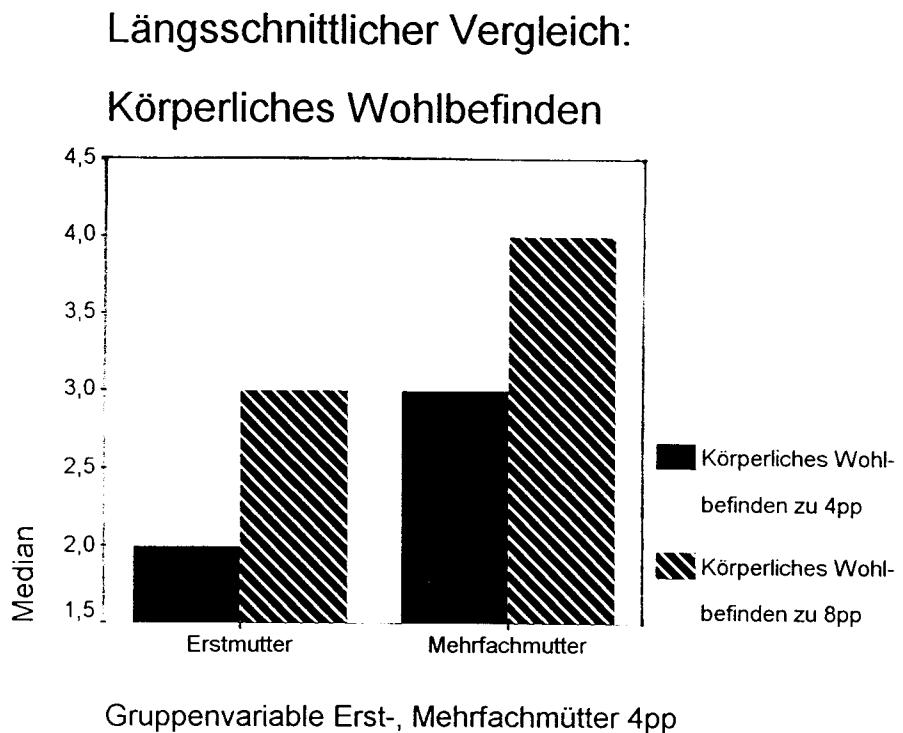


Abbildung 32 Ratings zum körperlichen Wohlbefinden zu 4pp und 8pp bei Erst- und Mehrfachmüttern

Betrachtet man nun noch die Entwicklung der Ratings der Teilstichproben in Hinsicht auf das „Seelische Wohlbefinden“, so zeigt sich folgendes:

Hinsichtlich des seelischen Wohlbefindens lassen sich weder für die Erstmütter noch für die Mehrfachmütter signifikante Veränderungen nachweisen (Vergleich 4pp mit 8pp).

Längsschnittlicher Vergleich:

Seelisches Wohlbefinden

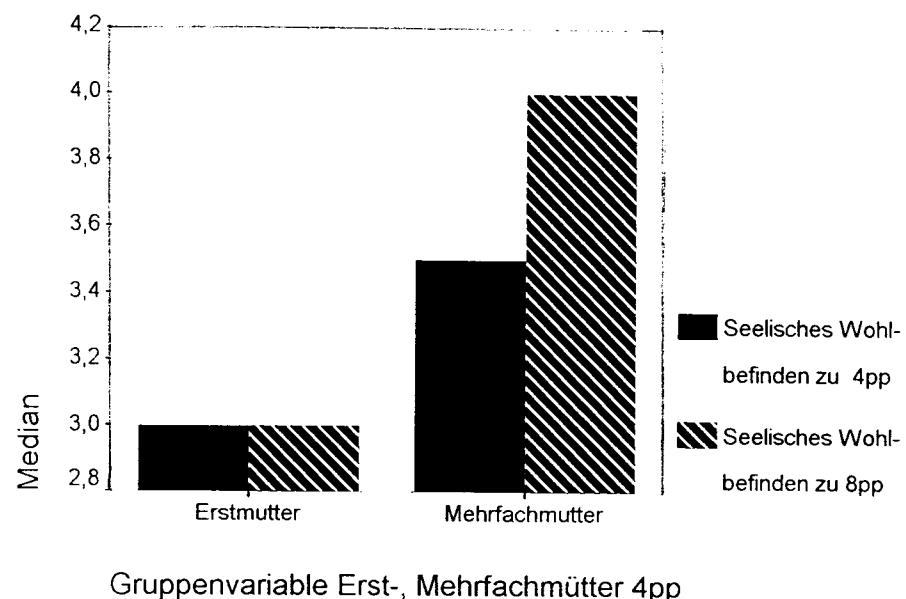


Abbildung 33 Ratings zum seelischen Wohlbefinden zu 4pp und 8pp bei Erst- und Mehrfachmüttern

Wie die Grafik verdeutlicht, liegen die Befunde der Mehrfachmütter jedoch schon zur ersten Messung auf einem höheren Niveau (Median) als die Ergebnisse der Erstmütter. Wie der querschnittliche Vergleich zeigt, ist der Unterschied zwischen den Gruppen in Hinsicht auf das seelische Wohlbefinden jedoch nicht signifikant ($p = .173$).

Für die Ratings „Zufriedenheit mit dem Gewicht“ fanden sich weder signifikante Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Teilstichproben, noch zwischen den Einschätzungen der jeweiligen Teilstichprobe für die zwei ersten Messzeiträume (von der Geburt bis zu vier Monaten, bzw. fünf bis acht Monate postpartal). An dieser Stelle soll erneut auf die zugrundeliegende Fragestellung hingewiesen werden, die Bezug nimmt auf die vor der Schwangerschaft erlebte Zufriedenheit mit dem Gewicht.

Längsschnittlicher Vergleich:

Zufriedenheit mit dem Gewicht

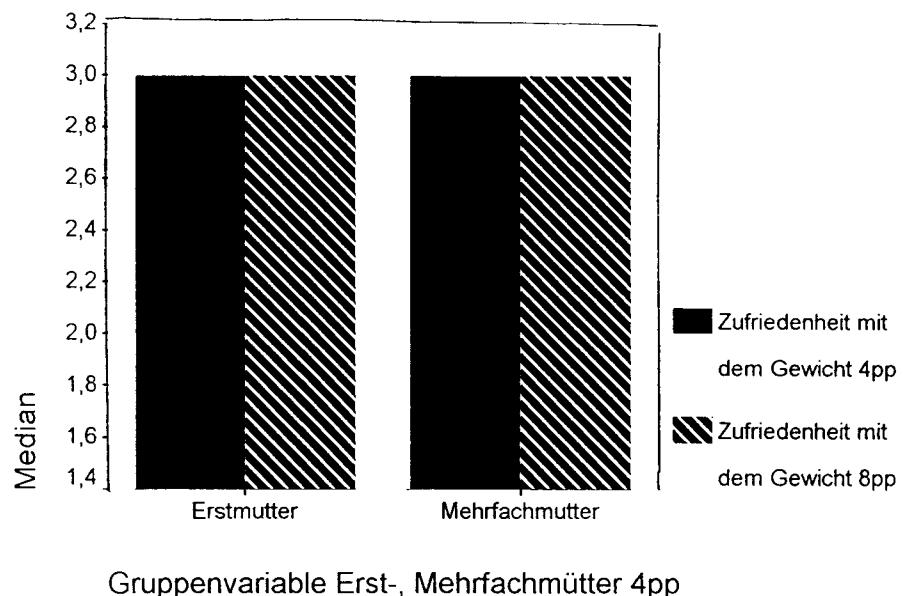


Abbildung 34 Ratings zur Zufriedenheit mit dem Gewicht zu 4pp und 8pp bei Erst- und Mehrfachmüttern

8 Korrelationen zwischen den Rating-Ergebnissen und den Ergebnissen der FemBeschwerden-Liste

8.1 Vorbemerkungen

Um das Vorliegen von Zusammenhängen zwischen den Ergebnissen der Rating-Skalen und den Skalen der FemBeschwerden-Liste zu überprüfen, wurden Korrelationen mit dem Rangkorrelationskoeffizienten Kendall-Tau berechnet. (Eine Übersicht der Ergebnisse findet sich im Anhang). Die siebenstufigen Ratings „Körperliches Wohlbefinden“, „Seelisches Wohlbefinden“, „Zufriedenheit mit dem Gewicht“ und „Attraktivität“ wurden ebenso wie die Ergebnisse in der FemBeschwerden-Liste sowie die Ergebnisse in den Unterskalen „Somatische Beschwerden“, in denen auch die „Orthopädischen Beschwerden“ und die „Gynäkologischen Beschwerden“ enthalten sind sowie die Ergebnisse auf der Unterskala der „Psychischen Beschwerden“ in Beziehung gesetzt. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse auf einen altersabhängigen Zusammenhang geprüft.

Negative Korrelationen zwischen den Ergebnissen der Ratings und denen der FemBeschwerdenskalen sind zu interpretieren als Zunahme auf der Ratingskala und Abnahme auf der Beschwerdenskala (beziehungsweise umgekehrt). Hohe Werte auf den Ratingskalen spiegeln positive Bewertungen in Hinsicht auf die abgefragten Kriterien (hohes Wohlbefinden, hohe Attraktivität etc.), hohe Werte in den FemBeschwerden-Skalen geben dagegen eine starke subjektive Beschwerdenbelastung im Sinne von Beschwerdenhäufigkeit und Beeinträchtigung wieder.

Zur Erinnerung: Die Ergebnisse in der FemBeschwerden-Liste beziehen sich auf kombinierte Häufigkeits-Belastungs-Werte. Das bedeutet, dass auch in den Unterskalen „Somatische Beschwerden“, „Gynäkologische Beschwerden“ und „Orthopädische Beschwerden“ Bewertungen hinsichtlich der wahrgenommenen psychischen Belastung durch die jeweiligen Beschwerden mit eingehen. Eine psychische Komponente fließt demnach auch in die Ergebnisse zu den somatischen Beschwerden mit hinein.

Bei der Interpretation der Werte sind folgende Überlegungen in Hinsicht auf das Entstehen der Ergebnisse mitzubedenken: Es sind möglicherweise Urteilstendenzen im Rahmen des „Hof-Effektes“ bei den Ratings nicht auszuschliessen. So könnte beispielsweise die Beurteilung des seelischen Wohlbefindens die restlichen Ratings mit beeinflussen. Andererseits können positive Auswirkungen, im Sinne einer sichereren Beurteilung ihres Gesamt-Wohlbefindens hinsichtlich der abgefragten Rating-Inhalte („seelisches“ und „körperliches Wohlbefinden“, „Attraktivität“, „Zufriedenheit mit dem Gewicht“) durch die zunächst erfolgte differenzierte Abfrage der Einzel-Beschwerden entstanden sein. Dieses Zusammenspiel ist eventuell in Teilen mit verantwortlich für Korrelationen zwischen den Ratings und den Unterskalen der FemBeschwerden.

Insbesondere bei dem Begriff des „seelischen“ oder „körperlichen Wohlbefindens“ bleibt offen, wie die Mütter diese Begriffe inhaltlich füllen: Dem Begriff des „Wohlbefindens“ können unterschiedliche Inhalte zugrundeliegen, die in Abhängigkeit von der Persönlichkeit und in Abhängigkeit von der Situation definiert werden und demnach auch Veränderungen unterliegen. Gleichermaßen könnte für die Einschätzung der „Attraktivität“ gelten, während die „Zufriedenheit mit dem eigenen Gewicht“ durch die Orientierung an einer bestimmten Gewichtsmarke wahrscheinlich einen stabileren Bezugsrahmen aufweist.

8.2 Die Ergebnisse

Im Folgenden werden die Korrelationen für die Ratings und die FemBeschwerden-Liste dargestellt und zwar jeweils getrennt für die vier Messzeitpunkte und die drei Stichproben-Varianten (Gesamtstichprobe, Erstmütter mit parallelisierter Stichprobe sowie Mehrfachmütter). Für den letzten Messzeitpunkt wurden die Ergebnisse derjenigen Mütter zugrundegelegt, die ihren generativen Status im Laufe der Studie nicht verändert haben.

Es werden nur die signifikanten Korrelationen aufgelistet. Nicht aufgeführt werden die natürlich signifikanten Korrelationen zwischen der gesamten FemBeschwerden-Liste und ihren in ihr enthaltenen Unterskalen.

Zunächst sind die Daten auf Zusammenhänge zwischen dem Alter (gemessen in Lebensmonate zum Befragungszeitpunkt) und den Einschätzungen zur Attraktivität, dem seelischen und körperlichen Wohlbefinden, der Zufriedenheit mit dem Gewicht sowie in Bezug zur Gesamtbeschwerdenbelastung, ebenso wie in Hinsicht auf psychische, somatische, gynäkologische und orthopädische Beschwerden geprüft worden. Es liessen sich weder für den ersten Messzeitraum (erster bis vierter Monat postpartal) noch für den zweiten Messzeitraum (fünfter bis achter Monat postpartal) Zusammenhänge auf der Basis der Ergebnisse der Gesamtstichprobe nachweisen.

8.2.1 Korrelationen zwischen den Rating-Ergebnissen

Bezogen auf den Zusammenhang der Ratingskalen „Attraktivität“ und „Zufriedenheit mit dem Gewicht“ findet sich für die Gesamtstichprobe eine Korrelation von $\tau = .392$ bei $p=.001$ zum ersten Messzeitpunkt 4pp. Die genauere Analyse der Stichproben zeigt, dass insbesondere bei den Erstmüttern eine höhere Zufriedenheit mit dem Gewicht mit einer höheren Attraktivität einhergeht ($\tau = .559$ bei $p=.001$). Dies lässt sich für die Mehrfachmütter zu diesem Messzeitpunkt nicht nachweisen. Ebenso lässt sich dieser Zusammenhang nicht nachweisen für die parallelisierte Stichprobe kinderlosen Frauen zum Messzeitpunkt 16 Monate praepartal.

Vier Monate später verändert sich das Bild: Während für die Gesamtstichprobe wieder ein Zusammenhang von $\tau = .569$ ($p=.000$) nachzuweisen ist, liegt das Korrelationsmass für die Erstmütter bei $\tau = .521$ ($p=.001$). Für die Erstmütter ergeben sich offenbar kaum Veränderungen. Interessanterweise lässt sich nun acht Monate nach der Entbindung auch für die Mehrfachmütter ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der eigenen Attraktivität und der Zufriedenheit mit dem Gewicht nachweisen ($\tau = .638$ bei $p=.001$). Eine mögliche Interpretation dafür könnte sein, dass die Mehrfachmütter aufgrund ihrer schon vorliegenden früheren Erfahrung in der ersten Phase nach der Entbindung ihre Attraktivität nicht so sehr mit ihrer Zufriedenheit mit dem Gewicht verknüpfen, da sie die Dauer der körperlichen Rückbildungsprozesse mit in ihre Überlegungen einbeziehen. Die Mehrfachmütter haben insofern aufgrund ihrer biographischen Körpererfahrung und ihres Erfahrungswissens vielleicht eine größere „Gelassenheit“ in der Bewertung.

Drei Jahre nach der Entbindung ist ebenfalls für die Gesamtstichprobe ein Zusammenhang in Höhe von $\tau = .367$ ($p = .003$) nachweisbar. Für die Teilstichproben gilt das allerdings nicht. Eine naheliegende Ursache könnte darin liegen, dass die Untergruppen derjenigen Mütter, deren generativer Status unverändert geblieben ist, sehr klein ausfallen und demnach eine unzureichende Datenbasis darstellen.

Der Zusammenhang zwischen der eigenen Attraktivitätseinschätzung und der Einschätzung des seelischen Wohlbefindens existiert zum ersten Messzeitpunkt T1 (Entbindung bis zu vier Monaten pp) für die Gesamtstichprobe ($\tau = .332$ bei $p = .005$). Interessanterweise lässt sich keine Korrelation für die Gruppe der Erstmütter und der dazugehörigen simulierten Baseline darstellen, aber sehr wohl für die Mehrfachmütter ($\tau = .568$ bei $p = .002$). Unter Berücksichtigung der oben nachgewiesenen Unterschiedlichkeit der Teilstichproben in Hinsicht auf das gemeinsame Auftreten von „Attraktivität“ und „Zufriedenheit mit dem Gewicht“ in den ersten vier Monaten postpartal (T1), ist möglicherweise dieses Ergebnis ein Hinweis auf eine von den Mehrfachmüttern angewandte erfahrungsbasierte Coping-Strategie. Die Teilstichprobe der Mehrfachmütter bezieht eventuell ihr bereits bestehendes Erfahrungswissen mit ein, dass sich eine Gewichtsreduktion nach der Geburt nur schrittweise bemerkbar macht. Als alternative Erklärung könnte eventuell auch geltend gemacht werden, dass die Mehrfachmütter Attraktivität nun anders definieren.

Acht Monate nach der Entbindung findet sich erneut Zusammenhänge zwischen der eigenen Attraktivitätseinschätzung und der Beurteilung des seelischen Wohlbefindens: Für die Gesamtstichprobe existiert ein Wert von $\tau = .409$ ($p = .001$). Für die Erstmütter lässt sich dagegen wie schon vier Monate früher kein Zusammenhang aufzeigen, während er für die Mehrfachmütter bei $\tau = .478$ ($p = .01$) liegt.

Das gemeinsame Auftreten dieser beiden Kriterien besteht drei Jahre nach der Entbindung nicht weiter für die Gesamtstichprobe fort. Ebenfalls existiert kein nachweisbarer Zusammenhang zwischen den Kriterien, wenn die Werte der verbliebenen Erstmütter ($N=9$) zugrundegelegt werden. Für diejenigen Mehrfachmütter ($N=14$), deren generativer Status sich im Untersuchungsverlauf nicht verändert hat, ist allerdings erneut ein Zusammenhang in Höhe von $\tau = .592$ ($p=.013$) feststellbar.

Für die Mehrfachmütter existiert offenbar ein stabiler Zusammenhang zwischen dem subjektiven Empfinden des seelischen Wohlbefindens und der eigenen Attraktivitätseinschätzung.

Wie verhält es sich mit dem gemeinsamen Auftreten von Attraktivität und körperlichem Wohlbefinden? Zum Messzeitpunkt 4 pp weist die Gesamtstichprobe einen Wert von $\tau = .513$ ($p = .000$) auf. Betrachtet man die Ergebnisse jeweils für die Teilstichproben, so existiert sowohl für die simulierte Stichprobe der Erstmütter 16 Monate vor der Entbindung ein Zusammenhang ($\tau = .466$ bei $p = .003$) als auch für die Erstmütter im Zeitraum vier Monate postpartal ($\tau = .407$ bei $p = .013$). Somit erleben sowohl die Frauen ohne Kinder als auch die Erstmütter mit zunehmendem körperlichen Wohlbefinden eine Zunahme der Attraktivität. Auch für die Mehrfachmütter ist ein Anstieg der Attraktivität bei einem gleichzeitigen Anstieg des körperlichen Wohlbefindens zu verzeichnen ($\tau = .568$ bei $p = .002$).

Acht Monate nach der Entbindung zeigt ein Korrelationswert von $\tau = .482$ ($p = .000$), dass auch zu diesem Zeitpunkt für die Gesamtstichprobe Attraktivität und Wohlbefinden gekoppelt sind. Erstaunlicherweise unterscheiden sich nun die beiden Teilstichproben: Während für die Mehrfachmütter eine Korrelation von $.680$ ($p = .000$) nachweisbar ist, ist für die Erstmütter zu diesem Zeitpunkt kein Zusammenhang zu belegen.

Die Überlegung, dass es Überschneidungen in der subjektiven Bewertung des körperlichen Wohlbefindens und der Attraktivität gibt, ist somit nicht ohne weiteres zu halten.

Drei Jahre nach der Entbindung tritt erhöhtes körperliches Wohlbefinden mit erhöhter Attraktivität ebenfalls bei der Gesamtstichprobe auf ($\tau = .314$ bei $p = .014$). Für die Teilstichproben ist kein Zusammenhang nachweisbar.

Betrachtet man die Einschätzungen zur Zufriedenheit mit dem Gewicht so zeigen sich, wie schon berichtet, die jeweiligen Zusammenhänge zur Einschätzung der eigenen Attraktivität. Darüber hinaus ist für die Gesamtstichprobe zu T1 (4pp) eine erhöhte Zufriedenheit mit dem Gewicht verbunden mit dem erhöhten seelischen Wohlbefinden ($\tau = .390$ bei $p = .001$). Dasselbe gilt für die Teilstichprobe der Erstmütter ($\tau = .327$ bei $p = .042$) und der Mehrfachmütter ($\tau = .445$ bei $p = .014$) zu diesem Zeitpunkt, nicht aber für die simulierte Ausgangsstichprobe.

Nicht mehr nachweisen lässt sich dieser Zusammenhang zum zweiten Messzeitpunkt (8pp) für die Gesamtstichprobe und für die Stichprobe der Erstmütter, während für die Mehrfachmütter ein Wert in Höhe von $\tau = .468$ ($p = .009$) vorliegt. Die Zufriedenheit mit dem eigenen Gewicht ist für die Mehrfachmütter verbunden mit dem seelischen Wohlbefinden.

Weiterhin ist ein solcher Zusammenhang zum Messzeitpunkt 36 pp weder für die Gesamtstichprobe noch für eine der Teilstichproben existent.

Die Einschätzungen der Zufriedenheit mit dem Gewicht und die Beurteilungen des körperlichen Wohlbefindens zeigen ein Korrelationsmaß von $\tau = .309$ ($p = .008$) für die Gesamtstichprobe der Mütter zum ersten Messzeitpunkt 4 Monate nach der Entbindung. Während sich dieses Ergebnis in ähnlicher Höhe für die Erstmütter nachweisen lässt ($\tau = .337$ bei $p = .038$), kann für die simulierte Ausgangsstichprobe und für die Stichprobe der Mehrfachmütter ein solcher Zusammenhang nicht aufgezeigt werden. In diesem Zeitraum bis zu vier Monaten postpartal hängt bei den Erstmüttern sowohl ihr seelisches als auch ihr körperliches Wohlbefinden mit ihrer Zufriedenheit mit ihrem Körpergewicht zusammen. Bei den Mehrfachmütter korreliert dagegen nur das seelische, aber nicht das körperliche Wohlbefinden mit der Zufriedenheit mit dem Gewicht.

Acht Monate nach der Entbindung (T2) existiert erneut ein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Einschätzungen für die Gesamtstichprobe ($\tau = .316$ bei $p = .007$). Bezogen auf die Teilstichproben ist das Bild im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt (T1) nun vertauscht: Für Erstmütter ist kein Zusammenhang aufzuweisen, für die Mehrfachmütter liegt er bei $\tau = .567$ ($p = .002$). Die Tatsache, dass das seelische und auch das körperliche Wohlbefinden für die Erstmütter zum ersten Messzeitpunkt, aber nicht mehr zum zweiten Messzeitpunkt mit dem eigenen Gewicht korreliert, ist schwer zu interpretieren. Unklar ist, inwieweit hier möglicherweise eine kognitive Umbewertung und Umstrukturierung stattgefunden hat, wonach das seelische Wohlbefinden und auch das körperliche Wohlbefinden nicht mehr von der Zufriedenheit mit dem Gewicht abhängig gemacht wird.

Drei Jahre nach der Entbindung ist weder für die Gesamtstichprobe noch für die Teilstichproben ein Zusammenhang nachweisbar.

Die Einschätzung des seelischen Wohlbefindens wurde oben bereits in Abhängigkeit von den Variablen der Attraktivitätseinschätzung und der Zufriedenheit mit dem Gewicht betrachtet. Zum Messzeitpunkt 4 Monate nach der Entbindung findet sich darüber hinaus ein positiver Zusammenhang zur Einschätzung des körperlichen Wohlbefindens: Mütter, die sich körperlich wohler fühlen, berichten demnach auch über ein erhöhtes seelisches

Wohlbefinden ($\tau = .475$ bei $p = .000$ für die Gesamtstichprobe zu T1). Das gilt für die Erstmütter ($\tau = .515$ bei $p = .002$) als auch für die Mehrfachmütter zu diesem Zeitpunkt ($\tau = .453$ bei $p = .012$).

Diese Verbindung findet sich ebenso zu T2 (acht Monate nach der Entbindung): Für die Gesamtstichprobe liegt die Korrelation bei $\tau = .522$ ($p = .000$), für die Erstmütter bei $\tau = .456$ ($p = .005$) und für die Mehrfachmütter bei $\tau = .508$ ($p = .006$). Fühlen sich die Mütter körperlich wohl, so spiegelt sich dies auch in ihrem Urteil über ihr seelisches Wohlbefinden und umgekehrt.

Drei Jahre nach der Entbindung lässt sich dieser Zusammenhang nur noch für die Mehrfachmütter ($N = 14$) belegen: $\tau = .693$ ($p = .004$).

8.2.2 Korrelationen zwischen den Ratings und den FemBeschwerden-Listen

Weiterhin lassen sich korrelative Zusammenhänge zwischen den Einschätzungen der eigenen wahrgenommenen Attraktivität und dem selteneren Vorkommen von gynäkologischen Beschwerden aufzeigen. Während dies weder zum Zeitpunkt 16 Monate praepartal (T0) noch vier Monate postpartal (T1) für die Gesamtstichprobe oder für eine der Teilstichproben möglich ist, zeigt sich zu T2 (fünf bis acht Monate nach der Entbindung) ein überprüfbbarer Zusammenhang von $\tau = -.250$ ($p = .035$) bezogen auf die Ergebnisse der Gesamtstichprobe. Die Untersuchung der Teilstichproben zeigt allerdings, dass für die Erstmütter zu diesem Zeitpunkt ein solcher Zusammenhang nicht nachweisbar ist, während er für die Mehrfachmütter eine Höhe von $\tau = -.363$ ($p = .049$) aufweist. Drei Jahre nach der Entbindung (T3) ist wiederum kein signifikanter Zusammenhang dieser beiden Variablen zu finden.

Wie lässt sich dieser Befund zu 8pp interpretieren? Offensichtlich finden sich die Mehrfachmütter, die acht Monate nach der Entbindung vermehrt unter Beschwerden wie „Trockene Scheide“, „Probleme mit Brust und Brustwarzen“, „Menstruationsschmerzen“, „Hormonellen Problemen“ sowie „untypischen Blutungen“ und „Haarausfall und Haarprobleme“ leiden, weniger attraktiv. Der Vergleich der Ergebnisse auf der Unterskala der Gynäkologischen Beschwerden hatte allerdings, wie an früherer Stelle berichtet, keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilstichproben belegen können.

Zu T1 (in den ersten vier Monaten nach der Entbindung) lässt sich eine negative Korrelation zwischen der Zufriedenheit mit dem eigenen Gewicht und den Psychischen Beschwerden zeigen ($\tau = -.389$ bei $p = .024$). D.h. je zufriedener die Mütter mit ihrem Gewicht sind, desto weniger psychische Beschwerden haben sie und umgekehrt. Dieser Zusammenhang ist einmalig und nur für die Mehrfachmütter nachweisbar.

Das seelische Wohlbefinden korreliert weiterhin mit den durch die FemBeschwerden-Listen gewonnenen Ergebnissen: So besteht für die Mütter (Gesamtstichprobe) zum Messzeitpunkt 8 Monate postpartal (T2) eine negative Korrelation zwischen dem seelischen Wohlbefinden und der Höhe der psychischen Beschwerden, die mittels zehn Items abgefragt wurden ($\tau = -.220$ bei $p = .047$). D.h., dass positive Einschätzungen des seelischen Wohlbefindens verbunden sind mit einer geringeren Beeinträchtigung durch psychische Beschwerden.

Auch drei Jahre nach der Entbindung (T3) korrelieren die Ergebnisse der Ratings zum seelischen Wohlbefinden mit den psychischen Beschwerden der FemBeschwerden-Liste ($\tau = -.365$ bei $p = .001$), wenn die Gesamtstichprobe als Datenbasis zugrundegelegt wird. Weiterhin lässt sich ein solcher Zusammenhang auch für die Ergebnisse der Erstmütter drei Jahre nach der Entbindung nachweisen. Er liegt hier bei $\tau = -.643$ ($p = .031$).

Drei Jahre nach der Entbindung (T3) ist ebenfalls ein Zusammenhang zwischen den Ergebnissen der FemBeschwerden-Liste und dem seelischen Wohlbefinden (Rating-Skala) der Gesamtstichprobe der befragten Mütter existent ($\tau = .233$ bei $p = .039$). Je höher die Ergebnisse auf den FemBeschwerden-Skalen ausfallen, desto niedriger ist das subjektiv wahrgenommene seelische Wohlbefinden. Dieser Zusammenhang ist für keinen weiteren Messzeitpunkt nachweisbar.

Interessanterweise gibt es außer zu der Unterskala der psychischen Beschwerden einen weiteren Zusammenhang zwischen dem seelischen Wohlbefinden (Rating-Skala) und einem weiteren speziellen Bereich von Beschwerden. Die Ergebnisse auf der Unterskala der gynäkologischen Beschwerden (FemBeschwerden-Liste) korrelieren mit dem seelischen Wohlbefinden ($\tau = -.239$ bei $p = .043$) und zwar bezieht sich dieses Ergebnis auf die Gesamtstichprobe acht Monate nach der Entbindung.

Nachdem schon einige Befunde zu dem Zusammenhang zwischen dem körperlichen Wohlbefinden und anderen Variablen (Attraktivität, Zufriedenheit mit dem Gewicht und Seelisches Wohlbefinden) dargestellt wurden, werden nun weitere Korrelationen dargestellt und analysiert.

Ausschließlich für die Erstmütter zeigen sich korrelative Verbindungen zwischen den Rating-Befunden zum körperlichen Wohlbefinden und den Ergebnissen auf der Unterskala der gynäkologischen Beschwerden zum Messzeitpunkt (T1) vier Monate postpartal ($\tau = -.317$ bei $p = .040$). Vier Monate später (T2) ergeben sich auch für die Gesamtstichprobe signifikante Ergebnisse ($\tau = -.449$ bei $p = .000$), wie auch für die Erstmütter ($\tau = -.422$ bei $p = .008$) ebenso wie für die Mehrfachmütter ($\tau = .457$ bei $p = .013$). Für den letzten Messzeitpunkt (T3) sind keine signifikanten Korrelationen nachweisbar. Bei Berücksichtigung der Veränderungen in der „Phase der Gewöhnung“ kann davon ausgegangen werden, dass die Mütter das Nachlassen von gynäkologischen Beschwerden zum Zeitpunkt acht Monate nach der Entbindung als verbessertes körperliches Wohlbefinden empfinden und bewerten.

Darüber hinaus gehen hohe Werte auf den Ratings zum körperlichen Wohlbefinden einher mit niedrigen Werten auf der FemBeschwerden-Liste zum Zeitpunkt 8 Monate postpartal ($\tau = -.273$ bei $p = .013$ bezogen auf die Gesamtstichprobe und $\tau = -.322$ bei $p = .031$ bezogen auf die Erstmütter). Für die Mehrfachmütter lässt sich ein solcher Zusammenhang erst drei Jahre nach der Entbindung nachweisen ($\tau = -.529$ bei $p = .020$).

Betrachtet man weitere Ergebnisse der Gesamtstichprobe zum Zeitpunkt 8 Monate postpartal, so findet sich für die Unterskala der somatischen Beschwerden ein Zusammenhang von $\tau = -.230$ ($p = .037$) und für die Unterskala

der psychischen Beschwerden ein Korrelationswert von $\tau = -.297$ ($p = .007$), jeweils in Bezug auf die Rating-Befunde zum körperlichen Wohlbefinden.

Während sich für die Erstmütter ein korrelativer Zusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und den Ratings zum körperlichen Wohlbefinden belegen lässt ($\tau = -.389$ bei $p = .009$), gelingt dies für die Unterkala der somatischen Beschwerden nicht.

Drei Jahre nach der Entbindung (T3) existiert eine stabile Verbindung zwischen der Einschätzung des körperlichen Wohlbefindens und den Ergebnissen der psychischen Beschwerden: Für die verbliebenen 14 Mehrfachmütter lässt sich eine hohe Korrelation von $\tau = -.704$ ($p = .002$) zeigen. Für die Mehrfachmütter ist offenbar ein gutes körperliches Wohlbefinden mit geringen psychischen Beschwerden verbunden.

8.2.3 Korrelationen zwischen den Unterskalen der FemBeschwerden-Liste

Es lassen sich weitere Korrelationen zwischen den Ergebnissen der gynäkologischen Unterskala (5 Items FemBeschwerden-Liste) und den Ergebnissen der psychischen Beschwerden (10 Items FemBeschwerden-Liste) nachweisen. Während das seelische Wohlbefinden aufgrund eines subjektiven Ratings auf einer siebenstufigen Likertskala zustande gekommen ist, basieren die Ergebnisse der Unterskalen auf verschiedenen Items, die in Hinsicht auf Häufigkeit und Belastung beurteilt wurden. Da in dieser Arbeit die spezifisch weiblichen Beschwerden in der postpartalen Phase untersucht werden und damit verbunden die Frage der psychischen Verarbeitung der postpartalen Veränderungen, sind folgende Ergebnisse interessant:

Bezogen auf den Messzeitraum T1 (Geburt bis vier Monate postpartal) findet sich ein Zusammenhang von $\tau = .230$ ($p = .030$) für die Gesamtstichprobe zwischen den genannten Unterskalen. Ein ähnlicher hoher Zusammenhang ($\tau = .294$ bei $p = .043$) lässt sich auch für die simulierte Ausgangsstichprobe der kinderlosen Frauen nachweisen, nicht aber für die Erstmütter zu T1 (Entbindung bis vier Monate postpartal).

Anders sieht es dagegen bei den Mehrfachmüttern aus: Mit höheren gynäkologischen Beschwerden berichten sie auch über mehr psychische Beschwerden im Zeitraum vier Monate nach der Entbindung.

Während für die Gesamtstichprobe auch acht Monate nach der Entbindung ein solcher Zusammenhang sichtbar gemacht werden kann ($\tau = .287$ bei $p = .009$), gelingt dies erneut für die Erstmütter nicht, im Gegensatz zu den Mehrfachmüttern ($\tau = .448$ bei $p = .009$) bei denen auch acht Monate nach der Entbindung psychische Beschwerden mit gynäkologischen Beschwerden korrelieren, zu diesem Zeitpunkt sogar stärker als vier Monate zuvor.

Drei Jahre nach der Entbindung besteht für die Gesamtstichprobe noch eine korrelative Verbindung zwischen den beiden genannten Unterskalen von $\tau = .241$ ($p = .032$). Für die Teilstichproben ist kein Zusammenhang nachweisbar.

Diese Befunde könnten dahingehend interpretiert werden, dass zwar keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Teilstichproben (Querschnitts-Vergleiche) für die beiden Messzeiträume 4pp und 8pp nachweisbar sind, dass aber bei den Mehrfachmüttern die psychischen Beschwerden mit gynäkologischen Beschwerden einhergehen und umgekehrt.

Die folgenden Abschnitte führen weitere Korrelationen zwischen den Unterskalen der FemBeschwerden-Liste auf. Zunächst lässt sich eine über die Zeit relativ stabile Korrelation für die Unterskala der somatischen Beschwerden und der psychischen Beschwerden aufzeigen und zwar insbesondere für die Mehrfachmütter und die Gesamtstichprobe: Sie liegt zum Zeitpunkt 4 Monate postpartal bei $\tau = .264$ ($p = .010$) für die Gesamtstichprobe, weiterhin bei $\tau = .628$ ($p = .000$) für die simulierte Ausgangsstichprobe der Erstmütter 16 Monate praepartal, darüber hinaus bei $\tau = .329$ ($p = .047$) für die Mehrfachmütter.

Auch zum Zeitpunkt 8 Monate postpartal existiert ein Zusammenhang für die Gesamtstichprobe ($\tau = .269$ bei $p = .009$) und für die Mehrfachmütter ($\tau = .491$ ($p = .003$)). Das Bild setzt sich drei Jahre nach der Entbindung fort mit einem Ergebnis von $\tau = .415$ ($p = .000$) für die Gesamtstichprobe und einem Ergebnis von $\tau = .534$ ($p = .013$) für die 14 verbliebenen Mehrfachmütter.

Wie schon oben angemerkt, scheint das körperliche Erleben der Mehrfachmütter sowie deren somatische Beschwerden mit den wahrgenommenen psychischen Beschwerden zusammenzuhängen.

Die Unterskala der orthopädischen Beschwerden, die Items enthält wie „Rückenschmerzen“ und „Muskelverspannung“, korreliert zum Messzeitpunkt 4 Monate postpartal mit $\tau = .371$ ($p = .001$) mit der Unterskala der gynäkologischen Beschwerden (Gesamtstichprobe). Für die Erstmütter und die simulierte Ausgangsstichprobe findet sich kein solcher Zusammenhang. Hingegen liegt die Korrelation für die Mehrfachmütter ($N=21$) zu diesem Zeitpunkt bei $\tau = .497$ ($p = .004$).

Vier Monate später bestätigt sich dieser Zusammenhang erneut für die Ergebnisse der Mehrfachmütter ($\tau = .387$ bei $p = .030$). Für die Erstmütter lässt sich dagegen auch schon wie zuvor kein signifikanter Zusammenhang nachweisen.

Drei Jahre nach der Entbindung existiert für die Ergebnisse der Gesamtstichprobe ein Zusammenhang zwischen den gynäkologischen Beschwerden und den orthopädischen Beschwerden und zwar in Höhe von $\tau = .266$ ($p = .020$). Für die beiden Teilstichproben mit unverändertem generativen Status lässt sich ein solcher Zusammenhang nicht mehr aufzeigen.

Die orthopädischen Beschwerden korrelieren darüber hinaus zum Messzeitpunkt 16 Monate praepartal mit den psychischen Beschwerden, wenn die Ergebnisse der simulierten Ausgangsstichprobe zugrundegelegt werden ($\tau = .333$ bei $p = .023$). Für die Stichprobe der Mütter ist ein solcher Zusammenhang lediglich für die Gesamtstichprobe und nur zum Messzeitpunkt 36 Monate postpartal aufzeigbar ($\tau = .279$ bei $p = .010$).

8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Betrachtet man die zuvor dargestellten Resultate unter dem Blickwinkel der Gruppenzugehörigkeit zu einer der Teilstichproben, so sind folgende Auffälligkeiten festzustellen:

Zusammenfassend ist in Bezug auf die Erstmütter festzuhalten, dass die stärksten Korrelationen zum Messzeitpunkt 4 Monate postpartal zwischen der Attraktivitätseinschätzung und der Zufriedenheit mit dem Gewicht sowie zwischen der Attraktivitätseinschätzung und dem körperlichen Wohlbefinden und schließlich zwischen dem körperlichen Wohlbefinden und dem seelischen Wohlbefinden bestehen.

In Bezug auf die Mehrfachmütter existieren in diesem Zeitraum von der Entbindung bis zu vier Monaten postpartal solche Korrelationen zwischen der Zufriedenheit mit dem Gewicht und dem seelischen Wohlbefinden, zwischen der Attraktivitätseinschätzung und dem körperlichen Wohlbefinden sowie zwischen dem seelischen und dem körperlichen Wohlbefinden und schließlich auch zwischen den orthopädischen und den gynäkologischen Beschwerden.

Acht Monate postpartal bestehen die stärksten Korrelationen bei den Erstmüttern zwischen den Ratings zur Attraktivität und der Zufriedenheit mit dem Gewicht sowie zwischen dem körperlichen und seelischen Wohlbefinden und zwischen dem körperlichen Wohlbefinden und den gynäkologischen Beschwerden. Bei den Mehrfachmüttern beeindruckt dagegen zu diesem Zeitpunkt die Vielzahl an Korrelationen: Es bestehen starke Korrelationen zwischen der Attraktivitätseinschätzung und dem körperlichen Wohlbefinden, zwischen der Attraktivitätseinschätzung und der Zufriedenheit mit dem Gewicht, zwischen der Zufriedenheit mit dem Gewicht und dem körperlichen Wohlbefinden, zwischen der Zufriedenheit mit dem Gewicht und dem seelischen Wohlbefinden, zwischen der Attraktivitätseinschätzung und dem seelischen Wohlbefinden sowie zwischen dem seelischen und dem körperlichen Wohlbefinden, zwischen dem körperlichen Wohlbefinden und den gynäkologischen Beschwerden, zwischen den somatischen und den psychischen Beschwerden und zwischen den psychischen und den gynäkologischen Beschwerden.

Möglicherweise sind diese Korrelationen darauf zurückzuführen, dass die einzelnen Rating-Aspekte von den Mehrfachmüttern nicht differenziert bewertet wurden, sondern dass die Einschätzungen abgeleitet wurden davon, ob sie sich insgesamt eher wohlfühlten oder zufrieden waren.

Drei Jahre postpartal findet sich für die Erstmütter ($N = 10$), deren generativer Status unverändert geblieben ist, nur eine hohe negative Korrelation zwischen den Ratings zum seelischen Wohlbefinden und den psychischen Beschwerden. Bei den Mehrfachmüttern mit stabilem generativen Status ($N=14$) gehen hohe Werte der Attraktivitätseinschätzung einher mit hohen Werten in den Ratings zum seelischen Wohlbefinden, weiterhin werden hohe Werte in den Ratings zum seelischen Wohlbefinden begleitet von hohen Werten in den Ratings zum körperlichen Wohlbefinden. Darüber hinaus sind die durch die FemBeschwerden-Liste erhobenen Beschwerden umso geringer, je höher die Einschätzung des körperlichen Wohlbefindens ausfällt. Ebenso werden geringe psychische Beschwerden begleitet von positiven Einschätzungen des körperlichen Wohlbefindens, während hohe psychische Beschwerden mit hohen somatischen Beschwerden einhergehen und umgekehrt.

9 Erstmütter-Interviews: Körper-Erleben von der Geburt bis acht Monate postpartal

Während sich der zu Beginn vorgestellte Untersuchungsteil auf die Frage nach den Veränderungen und die erlebte Befindlichkeit konzentriert, geht es in diesem Untersuchungsteil darum, wie diese Veränderungen verarbeitet werden. Dabei liegt der Schwerpunkt der Analyse auf den Bewältigungsstrategien der Erstmütter im Zeitraum der ersten acht Monate postpartal.

Entsprechend dem hier gewählten Untersuchungsziel, zusätzlich zum subjektiven Gesundheitszustand auch die Einstellungen der Mütter und ihren Umgang mit ihren postpartalen Körperveränderungen zu untersuchen, erscheint der qualitative Ansatz in der Ergänzung zu den vorangestellten quantitativen Auswertungen geeignet, die Haltungen der Erstmütter und die für sie relevanten Themen im Hinblick auf die erfahrenen Körperveränderungen aufzufinden und darzustellen. Wie im ersten Teil der Arbeit dargestellt, wurden die Erstmütter mit Hilfe eines speziell entwickelten Interviewleitfadens zu diesen Themen befragt.

Den Erläuterungen zum qualitativen Forschungsansatz mit der Beschreibung der Phänomenologischen Analyse und den verwendeten Transkriptionsregeln folgt die Darstellung eines Modells, das anhand der Interviewauswertung erstellt wurde: Das „Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life-quality im Übergang zur Elternschaft“.

9.1 Der qualitative Forschungsansatz

Nach Mayring (1999) ist es ratsam, die Möglichkeiten qualitativer Forschung nicht in Abgrenzung zur quantitativen Forschung zu sehen, sondern diese gegenstandsbezogen und gegebenenfalls parallel zu benutzen. Brüsemeister (2000, S.21) argumentiert ähnlich, er sieht den Vorteil der qualitativen Methoden u.a. darin, dass sie *entdecken*, während die quantitativen Verfahren *überprüfen*. Einen Überblick über qualitative Verfahren geben unter anderem Faltermaier (1996), Lamnek (1995/1), Lamnek (1995/2) und Mayring (1996).

Die fünf Postulate qualitativen Denkens lauten:

- Postulat 1: Gegenstand humanwissenschaftlicher Forschung sind immer Menschen, Subjekte. Die von der Forschungsfrage betroffenen Subjekte müssen Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchungen sein....
- Postulat 2: Am Anfang jeder Analyse muß eine genaue und umfassende Beschreibung (Deskription) des Gegenstandsbereichs stehen.....
- Postulat 3: Der Untersuchungsgegenstand der Humanwissenschaften liegt nie völlig offen, er muß immer auch durch Interpretation erschlossen werden....
- Postulat 4: Humanwissenschaftliche Gegenstände müssen immer möglichst in ihrem natürlichen, alltäglichen Umfeld untersucht werden....
- Postulat 5: Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse humanwissenschaftlicher Forschung stellt sich nicht automatisch über bestimmte Verfahren her, sie muß im Einzelfall schrittweise begründet werden.

Abbildung 35 Postulate qualitativer Forschung nach Mayring (1999, S. 9 f)

Anders als bei den in der quantitativen Forschung verwendeten Untersuchungsdesigns und –methoden, werden beim qualitativen Design keine Operationalisierungen der zu erhebenden Forschungsinhalte vorgenommen. Die Sicht des Subjekts steht im Vordergrund und wird mittels verschiedener Verfahren erhoben und ausgewertet. Die Auswertung ist als „Forscher-Gegenstands-Interaktion“ aufzufassen und enthält die Interpretation ebenso wie die Introspektion des Untersuchenden, im Sinne der Reflektion eigener subjektiver Erfahrungen mit dem Gegenstand (Mayring, 1999, S.14). Mit dem Interview und den Fragebögen wird das bewußte Körper-Erleben der Gesprächspartnerinnen erfaßt. Es sind die Selbst-Aussagen, Einschätzungen und Attitüden über sich selbst, die die Frauen der Interviewerin mitgeteilt haben. Zusätzlich zu dieser Oberflächenstruktur treten möglicherweise andere Phänomene in Erscheinung (vgl. du Bois Ausführungen zur „Tiefendimension“, 1990, S. 4).

In der qualitativen Forschung existiert eine zum Teil verwirrende Vielfalt an Begriffen, Inhalten und Untersuchungsverfahren. Flick (2000) beschreibt qualitative Forschung anhand von zwei Ordnungsdimensionen: Die erste verläuft von der Fallanalyse über die kontrastierende Analyse mehrerer Fälle bis hin zur Vergleichsstudie. Die zweite Dimension bezieht sich auf den zeitlichen Aspekt und erstreckt sich von retrospektiven Analysen über Momentaufnahmen zu Längsschnittstudien.

Eine von Mayring aufgestellte Systematik ordnet die verschiedenen qualitativen Elemente entweder dem Design oder den Erhebungs-, Aufbereitungstechniken oder Auswertungsverfahren zu. Es besteht eine Fülle an Kombinationsmöglichkeiten. Die Kombination der einzelnen Untersuchungsaspekte sollte dem Gegenstand angemessen gewählt und gestaltet werden. Bei der Entscheidung für oder gegen bestimmte Auswertungsschritte sind sicherlich auch ökonomische und moralische Faktoren mitzubedenken.

Qualitative Designs

- Einzelfallanalyse
- Dokumentenanalyse
- Qualitative Evaluation
- Handlungsforschung
- Feldforschung
- Qualitatives Experiment

Qualitative Techniken

Erhebung

- Problemzentriertes Interview
- Narratives Interview
- Gruppendiskussionsverfahren
- Teilnehmende Beobachtung

Aufbereitung

- Wahl der Darstellungsmittel
- Wörtliche Transkription
- Kommentierte Transkription
- Zusammenfassendes Protokoll
- Selektives Protokoll
- Konstruktion deskriptiver Systeme

Auswertung

- Gegenstandsbezogene Theoriebildung
- Phänomenologische Analyse
- Sozialwissenschaftliche-hermeneutische Paraphrase
- Qualitative Inhaltsanalyse
- Objektive Hermeneutik
- Psychoanalytische Textinterpretation
- Typologische Analyse

Abbildung 36 Untersuchungspläne und Verfahren qualitativer Forschung (nach Mayring, 1999, S. 108)

Aus der Anzahl der möglichen Kombinationen wurde für die hier vorgelegte Untersuchung erstens ein feldorientiertes Design mit der Analyse von N = 27 Einzelfällen gewählt, zweitens kam als Erhebungsverfahren ein fokussiertes-problemzentriertes Interview mit Interviewleitfaden zum Einsatz. Drittens wurden alle Interviews in Form von kommentierten wörtlichen Transkripten aufbereitet und schließlich schloß sich viertens die phänomenologische Analyse im Sinne von Strauss (1998) an. Darüber hinaus wurde die Auswertung fünftens ergänzt durch eine systemisierte Auswertung der Angaben zum Stillen.

Die folgende Abbildung zeigt die an Mayring (1999) und Flick (2000) angelehnte Struktur der Erhebungs-, Aufbereitungs- und Auswertungsmethoden, die in diesem Untersuchungsabschnitt verwendet wurde.

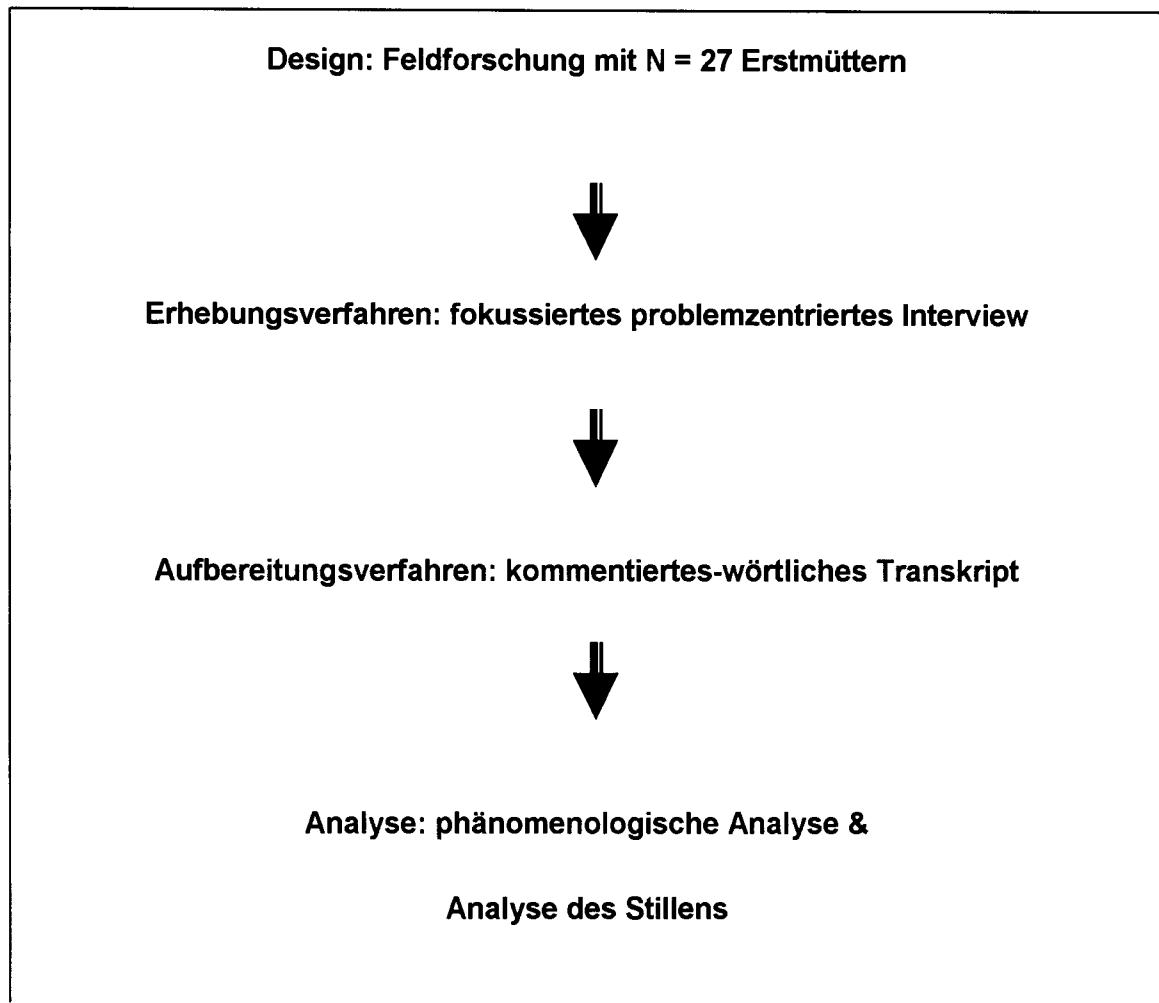


Abbildung 37 Qualitativ geleitete Auswertung der Interviews

Nachdem der Untersuchungsaufbau und die Erhebungsinstrumente bereits im ersten Teil dieser Arbeit dargestellt wurden, erfolgt nun die Erläuterung der Transkriptionsregeln sowie der Analyse der Interviews.

9.2 Transkription der Interviewdaten

Das Erstellen von Transkripten stellt einen wichtigen Schritt dar. Das vorliegende Datenmaterial wird nun von der hörbaren Form in eine lesbare Form übertragen. „*Die Transkription erfüllt somit Brückenfunktion zwischen den aufgezeichneten Interviewdaten und dem nächsten Schritt der Auswertung*“ (Hugl, 1995, S. 87).

Tatsächlich stellt die Transkription einen sehr zeitaufwendigen Arbeitsschritt dar. Im günstigen Fall führt dieser nicht nur zur Herstellung von lesbaren Interviews, sondern auch parallel dazu zur Entwicklung von ersten Ideen über relevante Bedeutungseinheiten und deren Zusammenhänge.

9.2.1 Transkriptionsverfahrensweisen

Welche Kriterien sollen für die Gestaltung der Transkriptionsregeln nun angewendet werden? Zu berücksichtigende Transkriptionskriterien sind zum einen die spätere Lesbarkeit und Übersichtlichkeit. Weiterhin ist die Vollständigkeit der Inhalte zu beachten sowie die durch Kommentare verbesserte Sinnhaftigkeit des Materials, und schließlich die eindeutige Sprecherkennzeichnung und Kennzeichnung von Unterbrechungen.

Um eine einheitliche Verschriftlung der Interviews zu gewährleisten, sind genaue Transkriptionsregeln unerlässlich. Denn letztlich wird die Güte der Daten auch durch sie bestimmt. Es stehen verschiedene Regelsysteme zur Auswahl (Beispiele siehe Hugl, 1995; Mayring, 1988; Kallmeyer & Schütze, 1976).

Das für diese Transkripte gewählte Aufbereitungsverfahren entspricht der wörtlichen und der kommentierten Transkription. Entsprechend werden über den genauen Wortlaut hinaus auch zusätzliche Informationen wie Pausen, Betonungen und andere Besonderheiten notiert. Die genauen Regeln werden im folgenden Abschnitt wiedergegeben.

9.2.2 Verwendete Transkriptionsregeln

Die auf den folgenden Seiten aufgeführten Transkriptionsregeln entsprechen weitestgehend denen der LBS-Familien-Studie (Fthenakis et. al., 2002).

Transkriptionsregeln:

Deckblatt:

Für jedes Transkript wird ein Deckblatt erstellt. Hierauf steht der Zeitpunkt des Gesprächs (Datum), die Gesprächskennung, also der Code für die interviewte Mutter, z.B **M 517**.

Dateiname:

Jedes Transkript erhält als Dateinamen diesen Code.

Textbausteine:

Es werden im Textverarbeitungsprogramm Winword Textbausteine für die Interviewerfragen erstellt. Ebenso für „Mmh (bestätigend)“, „Mmh (verneinend)“, „(älteres Kind)“, „(Partner)“, „(jüngeres Kind)“, „(lachend)“ etc., also für häufig benutzte Begriffe.

Sprecherkennzeichnung:

Zur Identifikation der Sprechenden werden den Äußerungen der Interviewerin ein „Y:“ vorangestellt, denen der Gesprächspartnerin ein „X:“ einschließlich eines Doppelpunktes. Zur besseren Lesbarkeit wird zwischen diese Kürzel und den folgenden Äußerungen ein Tabulator gesetzt. Beispiel:

Y: *Und wie fühlten Sie sich?*

X: *Ja, gut. Klar.*

Vollständigkeit:

Das Gespräch wird wörtlich und vollständig transkribiert. Auch Wiederholungen werden transkribiert. „Äh“ und ähnliches wird weggelassen. „Mmh“ wird unterschieden als „Mmh (bestätigend)“ und „Mmh (verneinend)“.

Aussprache:

Dialekteinfärbungen werden eingedeutscht. Es wird Schriftsprache geschrieben, also anstatt „Wir warn in...“ wird geschrieben „Wir waren in...“.

Schlecht zu verstehende Passagen

Bei Unklarheiten wird eine Klammer mit Punkten oder der vermutete Wortlaut aufgeschrieben und zusätzlich gekennzeichnet mit (uv) für unverständlich. Beispiel: „Wir sind in (....uv ?) spazieren gegangen“.

Satzabbruch:

Abgebrochene Äußerungen im Satz werden durch einen Schrägstrich / gekennzeichnet. Beispiel:

X: *Tja, ich dənke/*

Wortabbruch:

Wird ein Wort nicht vervollständigt, so wird hinter die letzte Silbe ein Bindestrich gesetzt. Beispiel:

X: *Ich bin nicht der An-, aber trotzdem einverstanden.*

Sprechpausen:

Pausen werden durch drei Punkte gekennzeichnet. Beispiel:

X: *Aber... ach was soll ich sagen?*

Gesprächspausen:

Bei längeren Unterbrechungen werden diese als solche gekennzeichnet. Beispiel:

(Mutter geht mit unruhigem Kind in einen Nebenraum um zu füttern).

Kommentare:

Auffälligkeiten, die wichtig zum Verstehen der Äußerungen sind, wie z.B. lachen, weinen, seufzen, aufatmen, (deutliche Stimmveränderungen) werden gekennzeichnet. Die Passage, in der die Sprechende sich so verhielt wird „eingerahmt“ von zwei # #. Beispiel:

X: Ach ja. # Ich wünschte, es wäre immer so. Aber es ist schon gut. # (Lachend).

Treten diese nonverbalen Informationen zwischen zwei Sprechakten auf, dann werden die # einfach weggelassen.

Besondere Betonung:

Betont die Gesprächspartnerin einen Ausdruck oder einen Satzteil besonders stark, so wird dieser unterstrichen. Beispiel:

X: Ja. Ich habe das schon immer so gedacht.

Ausrufe:

Handelt es sich um eine Äußerung, die besonders stark betont und lauter als die übrigen ist, so wird sie mit einem Ausrufezeichen versehen. Beispiel:

X: Ja! Ganz klar, ja!

Anonymisierte Bezugspersonenkennzeichnung:

Beziehen sich Äußerungen auf bestimmte Personen aus dem Umfeld der Interviewten, so werden die lediglich die Anfangsbuchstaben der Namen transkribiert. Zusätzlich erfolgt eine Kennzeichnung der Initialen. Dies gilt auch für den Fall, dass es mehrere Personen mit denselben Initialen gibt. Beispiel:

X: Seitdem C.(ÄLTERES KIND) in der Schule ist...

9.3 Die Auswertung

9.3.1 Phänomenologische Analyse

Das hier verwendete Auswertungsverfahren orientiert sich an der Phänomenologischen Analyse (Strauss, 1998). Deren Grundgedanken sind durch folgende Aussagen zu charakterisieren: „*Die Deskription der Phänomene aus der Sicht des Subjekts und seinen Intentionen ist der Ausgangspunkt. Eine Reduktion auf ihren Wesenskern wird durch Variation der Phänomene versucht*“ (ebenda, S. 86). Das Ziel besteht in einer gezielten Analyse definierter Phänomene.

Der Transfer der Charakteristika der Kennzeichen der phänomenologischen Analyse entspricht dem folgenden Vorgehen: Der Phänomendefinition (Umgang und Erleben der im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt erfahrenen körperlichen Veränderungen), folgte die Materialsammlung zur Deskription aus subjektiv-intentionaler Perspektive der befragten Erstmütter. Zum Einsatz kam hier der zu Anfang dieses Berichts dargestellte selbst entwickelte Interviewleitfaden. Alle Interviews wurden von mir durchgeführt.

Während des gesamten Arbeitsprozesses wurden Memos verfasst, die besondere Auffälligkeiten, Hinweise für spätere Analysen und Zusammenhänge zwischen Kategorien und deren Ausprägungen festhielten (siehe zu diesem Vorgehen auch Strauss, 1998, S. 153 ff; Giorgi, 1985). Dieser Arbeitsprozess setzte nicht erst zu Beginn der Auswertungsphase nach der Erhebung des Materials ein, sondern lief begleitend während der gesamten Untersuchung mit. Entsprechend wurden bereits im Anschluss an ein Interview ebenso wie während des Transkribierens Auffälligkeiten und Zusammenhangshypothesen notiert.

Anschließend an die Erstellung der Transkripte wurde das gesamte Material ein erstes Mal gesichtet, um dann beim zweiten Materialdurchgang Bedeutungseinheiten zu bilden. Berücksichtigt wurden hierfür diejenigen Textpassagen, die sich mit dem Untersuchungsthema beschäftigten sowie wesentliche Aussagen, die sich auf das zu untersuchende Phänomen bezogen.

Dieser Untersuchungsschritt deckt sich in Teilen mit dem Vorgehen, das Schmidt (2000) vorschlägt. Dieses Verfahren sieht zunächst die „*Materialorientierte Bildung von Auswertungskategorien*“ vor. „*Das Ziel ist, für jedes einzelne Interviewtranskript die vorkommenden Themen und deren einzelne Aspekte, die sich in einem sehr weiten Sinn – dem Zusammenhang der Fragestellung(en) zuordnen lassen, zu notieren.*“ (Ebenda; S. 449) Dabei geht es darum, zu erfassen, welche Bedeutung die Inhalte für die Befragten haben, unabhängig davon, ob sie mit den im Leitfaden angesprochenen Inhalten übereinstimmen oder nicht. Häufig kommen wesentliche Aspekte innerhalb eines anderen Kontextes im Interview auf. Jedes Interview und jede Sicht der Befragten wird so zunächst für sich betrachtet. Bemerkte Ähnlichkeiten werden für die spätere Analyse notiert. Aus den Themen werden Auswertungskategorien formuliert. Hier können ebenso theoretische und empirische Erfahrungen miteinflussen. Für die weitere Analyse der Erstmütter-Interviews wurden dann im Gegensatz zu Schmidts Vorgehensweise keine weiteren quantitativen Einheiten gebildet und ausgewertet. Lediglich die Äußerungen über die Erfahrungen mit dem Stillen wurden quantitativ ausgewertet.

Der dann folgende qualitative Arbeitsschritt umfasste die Interpretation der so gewonnenen Bedeutungseinheiten in Hinsicht auf das untersuchte Phänomen, also den jeweiligen Untersuchungsgegenstand. Die so interpretierten Bedeutungseinheiten wurden miteinander in Beziehung gesetzt, indem sie miteinander verglichen wurden und zu

einer Gesamtaussage über das Phänomen zusammengeführt wurden. Durch das Lesen der Transkripte und das dazu parallel laufende Verfassen von Memos wurden die gegenseitigen Abhängigkeiten und Einflüsse der einzelnen thematisch wichtigen Aspekte zunehmend genauer erfasst. Die Bedeutungszusammenhänge der verschiedenen Phänomene wurden im Form eines Schemas abgebildet. Dieses Schema wuchs mit den Aussagen jedes Interviews und wurde laufend ergänzt und korrigiert. Simultan zu der Auswertung der Interviews wurden theoretische Inhalte, welche in der Literatur thematisiert werden, berücksichtigt. Das Ziel bestand in der Entwicklung eines hypothetischen Modells, das auf den Interviewdaten der Erstmütter basiert.

9.3.2 Feldbedingungen und Zielrichtung der Analyse

Die Analyse des Umgangs mit den körperlichen Veränderungen wurde geleitet durch die Fragen: Wie sehen sich die Frauen und wie gehen sie mit den erfahrenen körperlichen Veränderungen um? Welche Empfindungen begleiten die Veränderungsprozesse und wie beschreiben sie diese Veränderungen im Laufe der Schwangerschaft, insbesondere aber in der postpartalen Zeit? Wie gehen sie mit tatsächlichen Veränderungen um? Welche Strategien nennen die Frauen: Werden Strategien wie Bagatellisieren, Hervorheben, Relativieren, Sinnzuschreibung, Leugnung benutzt? Gibt es unterstützende oder hemmende Faktoren?

Während des Beginns der Auswertung bestand die Schwierigkeit in dem Erkennen von zusammengehörenden Bedeutungsinhalten. Jede Frau machte ihre individuellen körperlichen und auch psychischen Erfahrungen in der prä- und postpartalen Zeit. Die Erfahrungen unterschieden sich in Hinsicht auf die körperliche Verfassung, den Schwangerschaftsverlauf (unproblematisch bis problematisch), die Entbindung (natürliche Geburt mit oder ohne Einsatz von Hilfsmitteln, Kaiserschnitt etc.), die Kindmerkmale (unruhiges / ruhiges Kind, Gesundheitszustand, Frühgeburt), die Umgebungsbedingungen, den derzeitigen körperlichen Zustand und verschiedenes mehr. Darüber hinaus unterschieden sich die Antworten in ihrer Differenziertheit und Offenheit. Trotz dieser Unterschiede traten bei der Sichtung der Transkripte immer wieder Ähnlichkeiten auf. Die Äußerungen enthielten zum Teil ähnliche Einstellungen, ähnliche Erlebensweisen und ähnliche subjektiv bedeutsame Themen. Dies zeigte sich bisweilen in fast gleichlautenden Formulierungen.

Mein Ziel im Sinne des qualitativen Forschungsprozesses lag im Sichtbarmachen von Strukturen und Kategorien, die den erhobenen Daten innewohnten und die gewissermassen bei der Analyse hervortraten. Das Zusammenspiel verschiedener Bedeutungseinheiten sollte erfasst und wiedergegeben werden. Dementsprechend orientierten sich die Auswertungen an den Leitfragen: „Wie hängen die verschiedenen Themen und Bedeutungseinheiten zusammen, wie hemmen oder unterstützen sie sich gegenseitig?“ und „Wie kann das Erleben der befragten Mütter verdeutlicht werden?“

9.3.3 Körperschema, die biographische Zeit und biographische Rückblicke

Der Auswertungsprozess und damit die Ergebnisse basieren erstens auf der Analyse der Interviewtranskripte und zweitens auf der Integration theoretischer Inhalte. Die Frage nach der (psychischen) Verarbeitung und nach den Konsequenzen von Körperveränderungen wurde bislang in anderen Zusammenhängen gestellt: In der Regel handelte es sich hier um durch Krankheit oder Unfall bedingte Körperveränderungen.

In die Auswertung der Erstmütter-Interviews flossen immer wieder Ergebnisse oder theoretische Hinweise aus anderen Untersuchungen ein. Mein Verständnis für die von mir untersuchten Phänomene wurde durch diese Erläuterungen unterstützt. Besonders herausgestellt werden sollen an dieser Stelle die von Strauss (1998) zum Thema Körperschema und biographische Zeit entwickelten Überlegungen. Entscheidend an dieser Strukturierung ist die Beschreibung des Prozesscharakters der Bewältigung und ihr Einfluss auf die Integration in das neue Selbstbild der Betroffenen:

Strauss beschreibt in dieser Untersuchung den qualitativ ausgewerteten Prozess der Verarbeitung von körperlichen Veränderungen. Die Grundlagen dieser Einzelfalluntersuchung basierten auf den Erfahrungen und den Reaktionen einer Frau, die als Mannequin gearbeitet hatte und später aufgrund einer Beinamputation gezwungen war, eine Beinprothese zu tragen. Die wichtigsten Überlegungen sind als Auszug im folgenden Memo dargestellt.

Zusammenfassendes Memo aus und zu den Überlegungen von Strauss (1998, S. 263 ff)

1. Strukturierung und Realisierung der Situation.
2. Ich bin nicht mehr das, was ich einmal war oder zu sein glaubte.
3. Strukturierung: Wer bin ich jetzt?
4. Ich kann mich in diesen Aspekten des Selbst verändern, bleibe aber in den Dimensionen des Selbst derselbe.
5. Harmonie mit dem neuen Selbst.
6. Voraussetzungen: Prozess des Empfindens und der Neustrukturierung und außerdem der Prozeß des Handelns oder die Mobilisierung, sonst erfolgt Destrukturierung.
7. Akzeptieren stellt einen Prozess dar (Neu-, Destrukturierung und Konfrontation).
8. Bei Kennenlernen des „neuen Ichs/Selbst“ kann man feststellen, dass das neue Selbst (trotz der Einschränkungen) das alte übersteigt (Transzendenz Effekt).
9. Körperwahrnehmungen gehen unmittelbar in die Identität ein.
10. Bei Veränderungen ist erfolgreiche biographische Arbeit dann getan, wenn der Anschluss an die frühere Identität gefunden wird.
11. Das Individuum muß nun sein Selbst rekonstruieren oder aber die veränderten bzw. neuen Aspekte des multiplen Selbst in Bezug zu seinen alten bzw. unveränderten Aspekten des Selbst bringen, um wieder ein Ganzes zu bilden.

Wie sind diese Überlegungen in Hinsicht auf die hier vorgelegte Untersuchung zu verwenden? Im Unterschied zu den von mir befragten Frauen handelte es sich in der obigen Studie um eine Frau mit einer körperlichen irreversiblen Veränderung, die durch die Behandlung einer Krankheit verursacht wurde. Strauss beschreibt den psychischen Prozess der Integration des neuen Körpergefühls nach dem Verlust des Beines. Eine wesentliche

Grundlage seiner Ausführungen ist die Annahme, dass Körperwahrnehmungen unmittelbar in die Identität eingehen.

Im Falle der von mir durchgeführten Untersuchung werden Veränderungen verschiedenster Art berücksichtigt, die ursächlich im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, Geburt und der postpartalen Phase gesehen werden. Auch für die von mir befragten Frauen stellte sich im unterschiedlichen Ausmass die Aufgabe der Integration der körperlichen Veränderungen in ihr neues Selbst. Um die besondere Situation der Erstmütter zu untersuchen und nachzuvollziehen, wurden die Interviews einzeln analysiert.

9.4 Ergebnisse der Analyse der Erstmütterinterviews

9.4.1 Körperbiographie und subjektive Gesundheit als Ausgangspunkte

Anhand der Erstmütter-Interviews und anhand parallel durchgeführter theoretischer Sammlungen habe ich einen modellhaften Überblick über die Zusammenhänge und die Bedeutung der körperlichen Verfassung der Mütter nach der Entbindung entworfen. Dieses Modell ist als ein Versuch zu werten, die Lebenswelt der Erstmütter abzubilden, unter Zugrundelegung der subjektiven körperlichen Verfassung. Grundsätzlich ist dieses Modell nicht als vollständig zu betrachten, sondern als Ausgangspunkt für weitere Systematisierungen.

Besonders die Prozesshaftigkeit, die das Phänomen der Körperbiographie begleitet (s. auch Strauss, 1998, S. 268 ff; Engelhardt, 1999), soll dabei berücksichtigt werden. Der Begriff der „*gleitenden Gegenwart*“ (Uexküll, 1997, S.18) gibt meines Erachtens sehr präzise die stetige Entwicklung im Sinne einer nicht statischen Befindlichkeit wieder. Uexküll spricht weiter davon, dass unsere „*gleitende Gegenwart*“ einem ständigen Werden entspricht: Unser Sein vergeht und entsteht ständig neu. Gerade im Übergang zur Mutterschaft und in der ersten postpartalen Zeit wird dies sichtbar. Während die körperlichen Veränderungen in der Schwangerschaft in der Regel offensichtlicher sind, ist dies in der postpartalen Zeit weniger deutlich und öffentlich sichtbar.

Zusätzlich zu der Grundannahme der „Prozesshaftigkeit der Körperbiographie“ beruhen alle weiteren Überlegungen auf der Grundlage, dass sich das körperliche und seelische Erleben nicht von einander trennen lassen: „*Auch der Schmerz ist Natur und Kultur zugleich. Er wird körperlich empfunden und seelisch erlitten, er wird beurteilt und ist ein Appell an die Mitmenschen.*“ (Engelhardt, 1999, S. 7).

Die Analyse der Interviews orientiert sich darüber hinaus insbesondere an der **subjektiven Sicht** der im Übergang zur Mutterschaft erfahrenen körperlichen Veränderungen sowie an der **subjektiven Erfahrung** der eigenen Körperverfassung. Entsprechend sind andere für die Erstmütter sehr bedeutsame Themen, wie Aufgabe oder Weiterführung der Berufstätigkeit, finanzielle Einschränkungen und soziale Isolation nur insoweit mit aufgeführt, als sie im Rahmen dieser Fragestellung von Bedeutung sind.

9.4.2 Assimilation und Akkommodation

Die Bewältigungsstrategien der **Assimilation und Akkommodation** sind im Zusammenhang mit dem Umgang mit altersbedingten Veränderungen verschiedentlich genannt worden (Brandstätter & Gräser, 1999; Brandstätter & Greve, 1992; Brandstätter & Greve, 1994; Kruse, 1995; Knäuper & Schwarzer, 1999). Diese

Bewältigungsstrategien sind von Interesse, wenn es Diskrepanzen zwischen den tatsächlichen oder den erwarteten beziehungsweise gewünschten Entwicklungsergebnissen gibt. Als Assimilation wird diejenige Strategie bezeichnet, die eine Veränderung der situativen Bedingung oder Verfassung durch Handeln anstrebt, bei gleichzeitiger Wahrung des Anspruchniveaus. Währenddessen fallen unter Akkommodation diejenigen Strategien, die eine Anpassung der Lebenseinstellung an die jeweilige Situation umfassen: Es wird ein Kompromiss in Hinsicht auf das erwünschte Ideal gefunden. Letztere Strategie ist vor allem dann nützlich, wenn die angestrebte und ersehnte „Zielvorgabe“ unrealistisch ist, so dass sie nicht durch aktiv-handelnde Strategien erreicht werden kann.

Diskrepanzen zwischen der idealen Soll-Vorstellung und dem realen Ist-Zustand, wie sie z.B. durch irreversible körperliche Veränderungen entstehen können, sind folglich nur über eine Veränderung der Einstellung aufzulösen, da bei irreversiblen Veränderungen auch der zeitliche Aufschub des Ingangsetzens von körperbezogenen Strategien auch für die Zukunft keinen Erfolg versprechen kann. Dies setzt die Bereitschaft und die Fähigkeit voraus, sich von diesen „**blockierten Zielen**“ (Brandstätter, 1999, S. 348) zu lösen und über akkomodative Strategien wie „Sinngebung“ oder „Zielveränderung“ zu einer höheren Akzeptanz der gegenwärtigen oder auch zukünftigen körperlichen Verfassung zu gelangen. Diese Haltung kann Transzendenz-Erfahrungen ermöglichen (vgl. Strauss, 1998). Selbst massive Einschränkungen und Diskrepanzen (z.B. bei Unfall-Opfern) werden von den Betroffenen auch im nachhinein zwar weder gewünscht, noch emotional positiv belegt. Sie können aber über subjektive Sinnzuschreibungen in die Konstruktion des subjektiven Selbst integriert werden.

Diese Prozesse der Veränderung des Bewertungsverhaltens werden in ähnlicher Weise in der Life-stress-Forschung, wie auch durch den transaktionalen Stressansatz von Lazarus beschrieben (Lohaus & Klein-Heßling, 1999; Laux & Schütz, 1996). Eine Grundannahme dieses Ansatzes basiert darauf, dass die subjektive Bewertung von potentiellen Stressoren eine entscheidende Rolle für das Stresserleben spielt.

Welche Rolle diese Bewältigungsstrategien für die Verarbeitung der körperlichen Veränderungen im Übergang zur Mutterschaft für die Erstmütter spielen, wird an späterer Stelle konkretisiert.

9.4.2.1 „Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life-quality im Übergang zur Elternschaft“

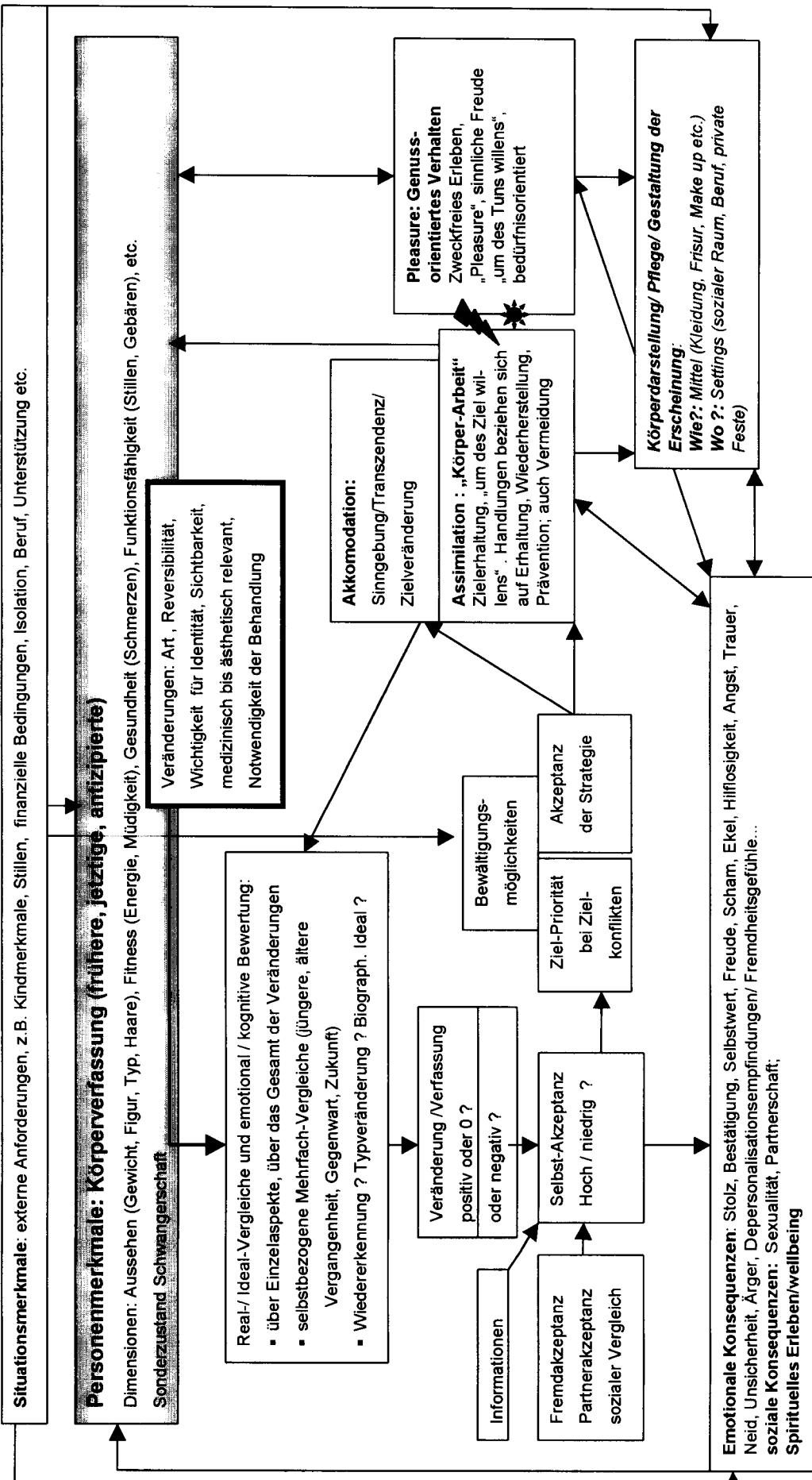
Es wird nun das aus den Interviews abgeleitete hypothetische Modell der körperbezogenen Verarbeitungsprozesse dargestellt werden. Die später folgenden Ausführungen erläutern die einzelnen Bedeutungsphänomene genauer.

Zukunft

Gegenwart

• Transzendenten Zeit – Domoschen“ mit Alter u. Endlichkeitserfahrung:
„Überzeitl.ität“

Körperbiographie im Zeitverlauf.....
Schwangerschaft – Geburt - Wochenbett - Stillzeit (Messzeitpunkt x 8 Monate pp)



9.4.2.1.1 Körperbiographie und Entwicklungsachsen

Bezogen auf die wahrgenommenen körperlichen Veränderungen, die in den Einzelinterviews von den Erstmüttern genannt wurden, wurden die Frauen nach ihrem Umgang und ihrer Zufriedenheit damit befragt. Es zeigte sich, dass die Wahrnehmung und Beurteilung der individuellen körperlichen Verfassung im Rahmen von biographischen Entwicklungsachsen erfolgte. Die jeweilig geäußerten Einschätzungen wurden nicht isoliert für den jeweiligen Zeitpunkt getroffen, sondern unter Beachtung der eigenen (**Körper-)Biographie**: Die befragten Erstmütter gaben bezogen auf ihre körperliche Befindlichkeit und bezogen auf die wahrgenommenen Veränderungen **relative** und nicht absolute **Einschätzungen** ab.

Es wurden beispielsweise Vergleiche zwischen der Gegenwart (hier: zum Befragungszeitpunkt 8 Monate postpartal) und zwischen der nahen Vergangenheit (z.B. direkt nach der Entbindung) oder auch zwischen der früheren Vergangenheit (z.B. Zeit vor der Schwangerschaft) durchgeführt. Je nachdem, welcher Beurteilungsaspekt und welche Zeitpunkte für die Vergleiche herangezogen wurden, kam es zu unterschiedlichen Resultaten. So äußerte sich eine Teilnehmerin bezogen auf die Zeit direkt nach der Entbindung positiv über ihre Figur, die sie positiv im Kontrast zu den letzten Wochen in der Schwangerschaft erlebte. Acht Monate später beklagte sie jedoch die noch sichtbaren Veränderungen. Im Vergleich zu ihrer Figur in der Zeit vor der Schwangerschaft fand sie sich nun acht Monate nach der Entbindung als zum Nachteil verändert.

Um den Zeitverlauf und damit die Körper-Biographie mit einzubeziehen, ist aus diesem Grunde im Modell eine **Entwicklungsachse** abgebildet, die die praepartale Phase (vor und während der Schwangerschaft) ebenso wie die postpartale Zeit (Geburt, Wochenbett, Stillzeit, bis in die Gegenwart) wiedergibt. Zusätzlich enthält diese Achse auch die künftige erwartete Körper-Biographie. Die Gründe dafür werden im weiteren erläutert.

9.4.2.1.2 Personenmerkmale

Die Einschätzungen zu den subjektiv vorliegenden körperlichen **Veränderungen** und zur körperlichen Verfassung wurden von den Erstmüttern in unterschiedlicher Weise getroffen. Sie variierten in ihrer Differenziertheit vor allem in Hinblick auf den gewählten Focus der Beurteilung. Die befragten Teilnehmerinnen verwendeten für ihre Einschätzungen diverse Beurteilungskriterien: Sie orientierten sich an der Art der Veränderung, an der Normalität (im Sinne des entwicklungsgemäßen Verlaufs), an der Reversibilität, an der Wichtigkeit für die eigene Identität, an der Sichtbarkeit, an der Behandlungsbedürftigkeit und an der Passung in ihr eigenes Typverständnis.

Die **Art** der Veränderung umfasste einzelne körperliche Veränderungen, welche die Mütter an einem Körperfleck oder -organ bemerkten. Zu diesen Personenmerkmalen der Körperverfassung gehörten weiterhin die eigene Fitness (gemessen über den Eindruck der Müdigkeit und über das Empfinden des eigenen Energilevels), der Gesundheitszustand (Schmerzen, etc.), das Aussehen (Figur, Gewicht, Haare etc.), und die Funktionsfähigkeit in bezug auf einzelne Körperspektive (wie zum Beispiel die Milchproduktion, Stillvermögen, Generativität) sowie alle komplexeren Symptome. Darüber hinaus verwendeten die Frauen auch zusammenfassende Beschreibungen, im Sinne von Typen, um ihre subjektive körperliche Verfassung zu charakterisieren.

Unter dem Aspekt der **Normalität** stellten die befragten Erstmütter Überlegungen an, inwieweit die erfahrenen Veränderungen phasenspezifisch und vielleicht auch „normal“ sind (wie das Aussetzen der Menstruation in der Schwangerschaft). Die **Reversibilität** oder Umkehrbarkeit ebenso wie die möglicherweise erst später erfolgende Rückbildung, wie beispielsweise bei den verbliebenen Schwangerschaftsstreifen, wurde ebenfalls thematisiert. Für die subjektive Einstellung, bezogen auf die einzelnen Veränderungen und auf den körperlichen Zustand, war ebenfalls der Grad der **Wichtigkeit** für die eigene Identität bedeutsam. Ein weiterer Aspekt betraf die **Sichtbarkeit der Veränderungen** sowie die **Notwendigkeit** der Behandlung. Auch diese Veränderungscharakteristika spielten eine Rolle bei dem Umgang mit der individuellen körperlichen Verfassung. Es gibt Veränderungen, die einer „routinemässigen“ Behandlung aus **medizinischer** Sicht bedürfen, wie zum Beispiel Rückbildungsgymnastik oder intensives Beckenboden-Training. Demgegenüber standen rein **ästhetische** Veränderungen, wie beispielsweise Veränderungen des Körperbildes oder des Haarwuchses.

Die Frauen unterschieden sich erstens in Hinsicht auf das tatsächliche Vorkommen von Körperveränderungen (s. dazu auch die Fragebogen-Ergebnisse). Zweitens unterschieden sie sich im Hinblick auf die Ausprägung der vorkommenden Veränderungen. Drittens variierte die subjektive Bedeutsamkeit sowie viertens die individuelle Kombination der jeweils existierenden Veränderungen. Je nachdem, welcher Zeitpunkt der jeweiligen Körperbiographie in Betracht gezogen wurde, ergab sich ein ständig wechselndes Bild, wie auch die Häufigkeits-Belastungs-Ergebnisse zu Anfang dieser Untersuchung zeigen. Darüber hinaus ist auch davon auszugehen, dass die retrospektive Datenerhebung zusätzlichen Einfluss auf die Einschätzung der Befindlichkeiten hatte, da in sie schon Konstruktionen der eigenen Vergangenheit mit eingegangen sind.

9.4.2.1.3 Situationsmerkmale

Direkten Einfluss auf die beschriebenen Personenmerkmale der körperlichen Verfassung nahmen verschiedene Situationsmerkmale. Es ist naheliegend, dass Einflussgrößen wie Kindmerkmale oder das Ausmass an Unterstützung, ebenso wie Anforderungen z.B. durch den Beruf oder durch einen Hausbau, sich auf die körperliche Verfassung der befragten Erstmütter auswirken. Unter diese Anforderungen wurden zusätzlich auch Anforderungen durch die Geburt und durch das Stillen subsummiert.

Temperamentsmerkmale und Auffälligkeiten in der Regulationsfähigkeit des Kindes, ebenso wie zeitbegrenzte Besonderheiten, wie Krankheiten, führten zu einer Erhöhung der mütterlichen Anforderungen (s. auch Papousek; 1999). Ein typisches Beispiel für eine direkt wirkende Situationsbedingung war der Schlafrhythmus des Kindes. Dieser war oftmals abhängig vom Hunger des Kindes, welcher damit bestimmend für den Stillrhythmus von Mutter und Kind war.

„Und dann habe ich mal eine Zeit lang, am Anfang, unwahrscheinlich viel Zeit mit Stillen verbracht. Also da ging es mir auf den Wecker. Also teilweise kam er alle zwei Stunden, dann hatte ich ihn alle zwei Stunden an der Brust. Da hatte ich es auch noch nicht so raus, wann er satt war. # Und er nuckelte dann natürlich auch so und so # (lachend). Naja, gut, wenn man ihn ruhig kriegt. Meine Brustwarzen haben es ausgehalten, ich hatte keine Probleme. Einerseits war man ja froh, dass man diese Möglichkeit hatte, wenn man sich nicht mehr zu helfen wußte. Das half immer, das war echt insofern toll. Aber dieses lange Sitzzen, das Kind stillen/ also mir tat manchmal richtig der Steiß weh von diesem langen Sitzzen.“

Die situationalen Variablen übten darüber hinaus auch aus der Sicht der Frauen Einfluss auf die zum jeweiligen Zeitpunkt in Frage kommenden Bewältigungsmöglichkeiten aus. Das Ausmass an Unterstützung beispielsweise an Kinderbetreuung wurde von einigen Müttern als Grundbedingung für die Wahrnehmung von externen Angeboten, wie Rückbildungsgymnastik oder Rückenschule, gesehen.

9.4.2.1.4 Die Bewertungsprozesse

Die Einschätzungen der befragten Erstmütter orientierten sich immer wieder an verschiedenen Anker-Zeitpunkten. Die individuelle Körperverfassung (mit der Schwangerschaft als Sonderzustand), wurde zum Befragungszeitpunkt acht Monate postpartum zur eigenen Befindlichkeit vor, während und nach der Schwangerschaft in Relation gesetzt. Die jeweils erlebten Ist-Zustände wurden verglichen mit den erhofften Soll-Zuständen der einzelnen Beurteilungsaspekte. Sehr häufig definierten die Frauen den angestrebten Sollzustand über ihr eigenes **biographisches Ideal**. Dies galt insbesondere für die Dimension des Aussehens mit den Aspekten des Gewichts und der äußeren Erscheinung. Das Gewicht spielte für den Großteil der Mütter eine Rolle. Aufgrund der guten objektiven Messbarkeit (Kilo- und Gramm-Messungen) bildete das Gewicht scheinbar einen untrüglichen Orientierungspunkt.

„Jetzt in der letzten Zeit kommt dazu/ also, es ist eigentlich besser geworden, weil ich mein altes Gewicht wieder habe, weil ich auch immer noch stille. Und das ist dann so ab dem 4. Monat doch rapide runter gegangen. Und das ist einfach so meine alte Figur, mit der ich mich immer wohl gefühlt habe, und von daher ist das schon mal in Ordnung. Das ist nur im Gesicht dann, weil ich nachts überhaupt nicht durchschlafe, ständig auf bin...“

Das **biographische Ideal** wurde insbesondere in Hinsicht auf das Aussehen, vermittelt über die Aspekte „Gewicht“ und „Figur“, als Zielvorstellung gewählt und war zeitlich in der Regel direkt vor der Schwangerschaft angesiedelt. In wenigen Fällen bezog es sich auf Lebensphasen weit vor der Schwangerschaft. Die Äußerungen, die in diesem Sinne interpretiert wurden, lauteten beispielsweise folgendermaßen:

„Ja, es ist halt, dass die Klamotten noch nicht halt wieder passen.“

„Ich habe dann dieses Gewicht gehalten und als ich dann schwanger wurde, da wußte ich, ich will auf dieses Gewicht auch unbedingt zurück.“

„Also, ich hoffe, dass sich das alles (Anmerkung: körperliche Veränderungen) wieder normalisiert, so wie es vorher auch gewesen ist. Also, das ist meine Illusion.“

Weitere Formulierungen, die ebenso auf das biographische Ideal hindeuteten, waren zum Beispiel: „...wie mein altes...“, „...wie früher...“, „...wie sonst...“, „...habe noch nicht wieder“. Die befragten Erstmütter wählten sehr häufig solche Formulierungen, wenn es um die Auswahl von Kleidungsstücken ging.

Zum anderen wurden aber auch häufig Überprüfungen in Hinsicht auf eine Wiedererkennung des früheren Körper-Selbst oder in bezug auf eine Typveränderung (z.B. „*Matrone*“ statt „*Mädchen*“, „*Mutter*“ statt

„berufstätige Frau“) vorgenommen. Bei der Festsetzung des Soll-Zustands spielten bei einigen Frauen auch **Typ-Bilder** eine Rolle. Dabei wurden bestimmte Typ-Bilder präferiert, andere dagegen wurden argwöhnisch betrachtet oder abgelehnt. In diesem Sinne spielten auch Möglichkeiten der Körper-Inszenierung und Darstellung eine Rolle.

„Na ja, irgendwo steht einem ja immer so ein Bild vor Augen. So eine junge, vitale Mutter zu sein. So, da spielt auch wieder rein, so, der Leibesumfang, ist klar. Auf der anderen Seite versuche ich irgendwo auch als eine Mutter zu erscheinen, die irgendwo etwas Sportliches, Dynamisches abgibt und so auch entsprechend ihr Äußeres gestaltet.“

Ich verstehe diese Überlegungen zur Frage des „Typs“ als Konzeptionen des eigenen Selbst. Bei einigen Frauen harmonierten die neuen Körper-Erfahrungen mit den früheren und ergänzten sich, bei anderen waren deutliche Diskrepanzen vorhanden.

Der Vergleich zwischen dem Real-Körper und dem erwarteten und erhofften Körper-Zustand brachte je nach gewähltem Vergleichsaspekt (Gewicht, Figur, Haare, frisches Aussehen etc.) und Vergleichszeitpunkt unterschiedliche Ergebnisse. Es kam sowohl zu positiven Ergebnissen, das heißt die subjektive Erwartung an die körperliche Verfassung entsprach dem tatsächlichen Zustand. Ein ebenfalls positives Ergebnis konnte zustande kommen, wenn der tatsächliche Körperstatus sogar positiver war, als erhofft wurde. Negative Ergebnisse folgten aus einem negativ vom Ideal abweichenden Zustand zum jeweiligen Vergleichszeitpunkt. Das Ergebnis dieser Vergleiche wirkte über die Akzeptanz auf die subjektive Lebensqualität.

Der Erwartung „Ich möchte so wie früher aussehen“ entspricht der Wunsch, wieder das alte Körper-Selbst vor Beginn der Schwangerschaft aufgreifen zu können. Dieses Phänomen möchte ich interpretieren als „**Dornröschen-Phänomen**“. Die Frauen erlebten die Schwangerschaft als ausserordentlichen Zustand, der abseits ihrer bisherigen Körpererfahrung lag. Dieser „Sonderzustand“ kann ähnlich wie auch die postpartale Phase des Stillens als körperbiographische Übergangsphase bewertet werden. Dieser körperliche „Sonderzustand“ des Schwangerseins mit seinen spezifischen Kennzeichen ist zeitlich befristet und hat seine eigene natürliche Dynamik, der sich die Frauen überlassen müssen. Die Dauer der Stillzeit kann im günstigen Fall von der Mutter selbst bestimmt werden.

Bei einigen Frauen fanden sich tatsächlich solche erwartungskonformen „Dornröschen-Verläufe“: Die Rückbildung der Körperveränderungen gestaltete sich ohne auffällige Diskrepanzen, ähnlich wie im Falle des wieder erwachten Dornröschens, für das das Leben nach einhundert Jahren Schlaf einfach weiter geht. Diejenigen Frauen, die keinerlei irritierende Veränderungen an sich feststellten („Es ist alles ganz genauso.“), äußerten sich entsprechend zufrieden. Eine solche Erfahrung wurde in der Regel als Bestätigung empfunden und wirkte sich somit positiv auf das subjektive Wohlbefinden im Zusammenhang mit den individuellen körperlichen Erfahrungen aus.

Im Falle der Nicht-Erfüllung dieser Erwartung wurde offenkundig, dass sich die betroffene Mutter in der Schwangerschaft verändert hat. Je nach individueller Ausprägung und je nach Art der erfahrenen körperlichen Veränderung sowie in Abhängigkeit von den genannten weiteren Charakteristika der verbliebenen Spuren (Wichtigkeit, Reversibilität, Normalität, Behandlungsbedürftigkeit, Sichtbarkeit) wurden subjektive Entwürfe über die Beeinflussbarkeit und über die zeitliche Dimension der Zielerreichung entwickelt.

9.4.2.1.5 Akzeptanz der Veränderung

Nicht jede Abweichung des eigenen Körperbildes und –zustandes vom Ideal führte unweigerlich zu Unzufriedenheit oder Unglücklichsein. Eine bedeutsame Variable, die von den Müttern genannt wurde, war die eigene Akzeptanz der Veränderung sowie die erfahrene oder auch die vermutete externe Akzeptanz durch den Partner oder durch andere bedeutsame Personen.

Dabei wurde die subjektive Bewertung der wahrgenommenen Diskrepanzen in der Regel beeinflusst durch das Wissen um **Fremdakzeptanz, insbesondere der Akzeptanz durch den Partner**. Teile der Partner beispielsweise seiner Frau mit, dass er sie trotz der verbliebenen Schwangerschaftsstreifen attraktiv findet, dann bewirkte dies in der Regel bei ihr eine größere Selbstakzeptanz der Veränderung. Dasselbe galt, wenn sich ihr Partner bisher nicht dazu geäußert hatte, sie aber diese Akzeptanz bei ihm vermutete.

„Ja, da war ich schon ziemlich unglücklich einfach. Habe ich gedacht: Meine Güte, jetzt muß ich mich komplett neu einkleiden. Und fühlte mich auch überhaupt nicht attraktiv. Aber meinem Partner hat das zum Glück überhaupt nichts ausgemacht. Und das hat mir, denke ich, auch geholfen.“

Außer auf die Selbst-Akzeptanz schienen die Reaktionen des Partners auch Einfluss zu nehmen auf die Bewältigungsstrategien der Akkommodation und Assimilation, die von den Müttern favorisiert oder auch angewendet wurden. Auf die Frage „Wie hat ihr Partner auf die Veränderungen reagiert?“ kamen verschiedene Antworten. Ein Beispiel für eine eher sinngebende und integrierende Reaktion gibt das folgende Zitat:

„Er hat also positiv reagiert. Also, wo ich gedacht habe, er hätte Schwierigkeiten damit, aber das ist gar nicht so. Er sagt sogar, er schaut mich jetzt noch lieber an, und er streichelt meinen Bauch, obwohl er jetzt rundlicher ist. Er streichelt meinen Bauch gerne, weil er sich, wie er sagt, schön anfühlt und er damit verbindet, dass der X. (Sohn) darin gewachsen ist.“

Es gab aber ebenfalls Äußerungen, wonach die Partner ein eher assimilatives Bewältigungsverhalten unterstützten, indem sie ihre Partnerin auf den Süßigkeitenverzehr hinwiesen oder sie zum Sport ermunterten. Insgesamt waren die Effekte der Beruhigung oder Beunruhigung, die durch die Reaktion des Partners hervorgerufen wurden, aus der Sicht der Frauen immer wieder sehr bedeutsam und wurden häufig thematisiert.

Weiterhin hatten **soziale Vergleiche** mit anderen Frauen oder Müttern je nach Resultat eine höhere oder niedrigere Selbst-Akzeptanz zur Folge. Interessanterweise bezogen sich die Vergleiche nicht ausschließlich auf gleichaltrige Erstmütter. Die gewählten Vergleichspersonen variierten in Hinsicht auf das Alter und im Hinblick auf die Anzahl der Kinder. Auf die Frage: „*Gegenüber welchen Personen wird Ihnen Ihr Aussehen besonders bewußt?*“, gab eine der befragten Frauen folgende Antwort:

„Also, sicherlich gegenüber irgendwelchen anderen (Anmerkung: meistens kinderlosen) Frauen, die so gleichaltrig sind. Wenn ich da auf irgendwen/ eine meiner Freundinnen oder Bekannten treffe, die so, sage ich mal, „schick“ ankommen oder so figurbetont angezogen sind, dass ich dann denke: So möchtest du auch mal wieder herumlaufen. So, ohne das Gefühl zu haben, es passt irgendwie noch nicht so richtig. Ja, ich denke, das sind so Situationen...“

Ich interpretiere diese verschiedenen Vergleiche als biographische Orientierungsprozesse. Die Gegenüberstellung der eigenen körperlichen Befindlichkeit und des eigenen körperlichen Zustands mit denen von subjektiv bedeutsamen Vergleichspersonen unterstützten die Konzeptualisierung des neuen Selbst als Erstmutter. Die auf diesem Wege zu erhaltenen Informationen waren vielfältig. Beispielsweise skizzierten die Vergleiche mit den kinderlos gebliebenen Frauen eher die vergangene Lebenssituation („Mädchen“) und unterstrichen dadurch möglichweise mehr die Unterschiedlichkeit, oder im Falle geringer körperlicher Veränderungen bestätigten sie den Erhalt des alten Körper-Selbstverständnisses. Die Vergleiche mit Müttern in ähnlicher biographischer Situation verwiesen auf die bei beiden gegenwärtig tatsächlichen Befindlichkeiten und deren Umgang damit. Darüber hinaus wählten auch einige Frauen ältere Frauen oder Mehrfachmütter als Vergleichspersonen. Dies diente in der Regel dazu, einen möglichen Entwurf des eigenen Körper-Konzepts für die Zukunft zu bilden. Auf die Frage „*Welche Erwartung haben sie für die Zukunft: Wie wird es ihnen künftig gehen in Hinsicht auf die genannten Veränderungen?*“ antwortete eine Mutter folgendermaßen:

„Na ja, ich denke, dass ich nicht mit zunehmendem Alter unbedingt jünger aussehen werde, oder so (lacht)... aber ich habe da keine Ängste oder so. Also, ich beschäftige mich schon damit. Ich merke das daran, wenn ich Frauen sehe, die älter sind als ich, dass ich gucke, sind die attraktiv oder nicht. Und da stelle ich fest, es gibt auch ältere attraktive Frauen. Und das ja, da # würde ich mir so vorstellen oder wünschen, dass ich auch einmal so werde # (lachend).“

Eine solche Gegenüberstellung konnte aber auch die eigenen körperlichen „Makel“ besonders hervorheben, wenn die gewählte Vergleichsperson trotz höheren Alters und einer höheren Geburtenzahl fitter oder attraktiver erschien als die befragte Erstmutter selbst.

Der **Informationgrad** über „normale“ und zu „erwartende“ körperliche Veränderungen begünstigte ebenfalls das Ausmass an Selbstakzeptanz der körperlichen Veränderungen. Die meisten Frauen berichteten in diesem Zusammenhang über Informationswege, wie das Selbststudium (Literatur, Zeitschriften), Gespräche mit anderen Müttern, Schwangerschaftskurse und Arztinformationen.

Die Suche und Aufnahme dieser Informationen werte ich als Orientierungsprozesse zur Beantwortung der zugrundeliegenden Fragen: Wie kann das um die „Mutter-Rolle“ erweiterte „Frau-Sein“ aussehen und welche individuelle Konzeption des neuen Selbst ist akzeptabel?

9.4.2.1.6 Lebensqualität und körperbezogene Empfindungen

Die subjektive **Lebensqualität** als Konsequenz aus der vorhandenen körperlichen Verfassung und deren Bewältigung spiegelte sich in den damit verbundenen Empfindungen von Stolz, Scham, Ekel, Hilflosigkeit, Angst, Wohlbefinden, Neid, Selbstsicherheit, Verunsicherung und Trauer.

Dabei schien das „normale“ Funktionieren der Körperprozesse positive Auswirkungen auf das **emotionale Wohlbefinden** zu haben. Gefühle von Stolz wurden immer wieder in Verbindung mit dem Gelingen der Geburt und des Stillens genannt. Zweifel und Ängste standen dagegen häufig im Zusammenhang mit aus subjektiver Sicht „selteneren“ Vorgängen, wie Kaiserschnitt-Geburten und dem Nicht-Stillen beziehungsweise mit dem frühen Abstillen. In einigen Fällen versuchten die Frauen das Stillen durch verschiedene Strategien positiv zu beeinflussen. Sie akzeptierten dafür auch unangenehme Konsequenzen, wie es beim Abpumpen der Milch der Fall sein konnte. Auf die Frage „*Wie haben sie das Abpumpen empfunden?*“ antwortete eine Frau folgendermaßen:

„Ja, fürchterlich. Man sitzt da irgendwo im Zimmer mit dieser Handpumpe und/. Nein, das fand ich ganz blöd. Noch nicht mal, dass man die Nähe vom Kind hat/ also das ist völlig, als würde man/ ja, ich weiß nicht/. Das war irgendwie so/ ja nichts dabei, kein Gefühl. Als kommt man sich vor wie eine Milchkuh. Ja, nur so.“

Negative Abweichungen des Aussehens, aber stärker noch die Müdigkeit und die fehlende Fitness beeinflussten aus der Sicht einiger Frauen ihr **sexuelles Partnerschaftserleben**. Ebenso wie die vorherrschende Befindlichkeit spielten aber auch noch nicht verheilte (oder noch nicht psychisch verarbeitete) Veränderungen eine Rolle. Auf die Frage „*Wie finden Sie diese Veränderungen? Was haben Sie für ein Gefühl, wenn sie so an Ihren Körper denken?*“ antwortete eine der Mütter:

„Ja, es ist ein bisschen unangenehm, finde ich. Auch wenn X (Partner) manchmal so kommt, dann sage ich immer: # „Fass nicht an meinen Bauch, der ist so dick!“ # (lachend)... Das ist mir dann irgendwie peinlich, weiß ich nicht...“

Darüber hinaus berichteten verschiedene Mütter von Veränderungen in ihrem Sexualleben durch den Funktionswechsel der Brust. Da bei den stillenden Müttern die Brust nicht nur während des Stillens, sondern auch spontan Milch absonderte, trat der Milchfluss auch während des Verkehrs auf. Einige Mütter schilderten auch Schmerzen und Empfindlichkeiten bei Berührungen.

Nach Strauss (1998, S. 265 ff) besteht die Aufgabe des Individuums darin, die neuen Aspekte zu integrieren und so zu einem neuen Ganzen des multiplen Selbst zu gelangen. Die Fähigkeit zur Integration von Veränderungen bestimmt das physische, soziale, funktionale und spirituelle Wohlbefinden entscheidend mit. An die Feststellung „Ich bin nicht mehr die, die ich mal war oder zu sein glaubte“ schließt sich die Frage an: „Wer bin ich denn jetzt?“.

Die Aufgabe besteht in der Integration der neuen Aspekte in das multiple Selbst. Gelingt dies nicht, kann es zu Empfindungen kommen, die meiner Ansicht nach im Zusammenspiel mit anderen Faktoren, wie zum Beispiel durch Überforderung und durch eine schwierige familiäre Situation, Störungen des Selbstgefühls begünstigen. Die nachfolgende Gesprächspassage gibt einen Eindruck über die hervorgerufene Irritation einer der befragten Erstmütter wieder:

„Ja, das ist irgendwie so ein Gefühl, dass der Körper, den ich vor der Schwangerschaft hatte, ja mit dem habe ich eben so die ganze Zeit gelebt. Ich habe keine Veränderungen erfahren dadurch, dass ich keine Diäten gemacht habe. Das war halt mein Körper. Der gehörte zu mir. Der hat sich in den letzten 15 Jahren auch nicht verändert oder so. Der passte eben. Der Körper passt jetzt auch, wenn ich seelisch gut drauf bin und so etwas alles. Aber wenn ich dann wenig geschlafen habe. Oder sowieso irgendwas vorgefallen ist und ich probiere dann die Hosen an, dann ziehe ich vermutlich auch so den Bezug her. Das passt noch nicht wieder. Das ist vermutlich noch nicht wieder dein Körper. Vielleicht fühlst du dich deswegen auch noch nicht ganz so, wie du dich eigentlich fühlen möchtest. Wobei ich auch dieses Gefühl, das ich da zwei, drei Mal hatte, so niedergeschlagen sein oder total müde und fertig sein, vorher auch nicht kannte. Ich denke mal, dass ich das da in Verbindung bringe, also so erkläre ich mir das.“

Solche Empfindungen sind gekennzeichnet durch Unwirklichkeitsempfindungen, die denen von **Depersonalisations- und Derealisationserlebnissen ähneln**. Bei letzteren erscheint die Umgebung „unwirklich, fremdartig oder auch räumlich verändert“ (Derealisation). Im Falle der Depersonalisation nimmt die betroffene Person „sich selbst als unwirklich, verändert, fremd und / oder uneinheitlich war“ (Hahlweg & Dose, 1998, S.8). Das folgende Zitat gibt beispielhaft die Verunsicherung wieder, die durch die Erfahrungen hervorgerufen wurde:

„Ja und weniger fest. Ja, ich meine klar, wenn sie voll ist, wenn Milch drin ist, ist sie fest. Aber dann ist sie prall. Das ist ein anderes „fest“ als vorher. Vorher hatte ich das Gefühl, da war sie schön griffig. Sie hing nicht runter, war formschön # fand ich, ja fand ich/ dass es so / aber vielleicht idealisiert man das ja auch jetzt alles, weil man den Jetzt-Zustand nur noch richtig kennt.# (lachend). Ja und jetzt ist es irgendwie so / # findest du das auch, ja? # (Zum Kind gewandt). So als ob die runterhängen würde, obwohl das eigentlich nicht ist. Aber es ist einfach vom Gefühl her so. Ja, so als ob es eigentlich auch nicht richtig meine Brust wäre. Sondern sie ist halt groß und gehört jemandem anders und irgendwann ist es vielleicht wieder anders. So. Dann ist es vielleicht wieder meine. So hoffe ich jedenfalls.“

Während die bei psychischen Störungen auftretenden Fremdheits-Empfindungen des eigenen Körpers keine objektive Grundlage haben, waren die Körperveränderungen im Laufe der Schwangerschaft und in der postpartalen Phase jedoch real. Die subjektive Bewertung des eigenen Körpers konnte jedoch auch im Falle einer tatsächlich vorliegenden Körperveränderung variieren und für andere nicht unbedingt nachvollziehbar sein. So waren körperliche Veränderungen für andere kaum wahrnehmbar. Aufgrund der subjektiven Bedeutsamkeit waren sie aber für die betroffene Person von großer Wichtigkeit und prägten die Beurteilung des individuellen Wohlbefindens (s. zum subjektiven und objektiven Gesundheitsempfinden: Knäuper & Schwarzer, 1999).

9.4.2.1.7 Der Prozess der Verarbeitung der Diskrepanzen

Der Umgang mit den festgestellten Diskrepanzen lässt sich folgendermaßen charakterisieren:

Führte die Selbstbewertung zu **Diskrepanzen** zwischen dem Real- und dem Ideal-Selbst, die subjektiv nur schwer akzeptiert werden konnten, nannten die befragten Frauen verschiedene Strategien, die zu einer verbesserten Körperakzeptanz verhelfen könnten. Die **Verhaltensmöglichkeiten** und das nutzbare Spektrum an Bewältigungsstrategien variierten zwischen den einzelnen Frauen.

Das Wissen um bestimmte Bewältigungsmöglichkeiten schloss nicht automatisch deren Umsetzung ein. Dies hatte meines Erachtens etwas damit zu tun, dass an dieser Stelle des Bewältigungsprozesses nicht nur über einzelne Umgehensweisen in Hinsicht auf umschriebene Einzelveränderungen entschieden wurde, sondern dass die verschiedenen körperbezogenen Einzelziele aufgrund von Zielkonflikten eine Art Hierarchisierung erfuhren. Weiterhin kam es bei einigen Frauen zu Zeitverzögerungen in der Umsetzung gewählter Strategien, so dass sich das Tempo der einzelnen Schritte unterschiedlich gestaltete.

„Aber wo ich dann so langsam anfing abzustillen, das wurde das eigentlich immer stärker dann. Und dann habe ich immer so gedacht, wenn du ganz abgestillt hast, mußt du sofort eine Diät machen, gleich den nächsten Tag. Ja, und das habe ich natürlich nicht geschafft und dann habe ich auch immer gedacht: Jetzt wird es aber wirklich Zeit! Und ich schieb das eigentlich immer vor mich hin, dann denke ich: Ach, nächste Woche... Jetzt bist du hier noch eingeladen und da noch eingeladen. Aber eigentlich ist es immer nur so ein Rausschieben. Also, eigentlich betrüge ich mich selbst, innerlich, kann man sagen.“

Bei der Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Umgangsweise mit der individuellen Körperfassung war unter anderem auch die **Akzeptanz** der möglicherweise hilfreichen Strategien von Bedeutung. Für einige Frauen waren bestimmte Strategien (wie z.B. Diät-Kuren oder Operationen) durchaus akzeptabel, andere lehnten diese Maßnahmen jedoch ab.

Ein weiterer Filter dafür, ob einzelne Strategien zum jeweiligen Zeitpunkt anwendbar erschienen, bestand in der **Priorität** einzelner Ziele: Einige Mütter berichteten von Zielkonflikten, wie dem Wunsch nach Gewichtsabnahme und dem gleichzeitigen Wunsch die Stillfähigkeit zu erhalten. Ein Lösungsweg bestand in der zeitlich gebundenen Entscheidung gegen eine aktiv betriebene Gewichtsabnahme, um so das Eintreten von Schadstoffen in die Muttermilch nicht zu begünstigen und vielmehr dem Wohl ihres Kindes Vorrang einzuräumen. Wenn zu einem späteren Zeitpunkt das Kind abgestillt wurde, wurde die „zielführende“ Strategie des Diät-Haltens wieder in Betracht gezogen.

An dem folgenden Textauszug wird meines Erachtens der erwähnte Prozesscharakter und das Zusammenspiel der verschiedenen Variablen deutlich:

X: „Die Rückbildung/ das war hauptsächlich/ das hätte man gleich am Anfang machen müssen, also acht Wochen nach der Geburt. Und da war das noch so unregelmäßig mit ihm. Da hätte ich gar nicht hin gekonnt. So, von der Zeit her und mit dem Stillen und so. Der hat ja nicht irgendwie feste Zeiten gehabt. Der wollte trinken, wenn er Hunger hatte...“

Interviewerin: „Mmh (bestätigend). Weil sie auch niemanden gehabt hätten, der auf ihn aufgepasst hätte, oder“

X: „Ja, x. (Partner) hätte schon auf ihn aufpassen können. Aber er hätte ihn ja nun auch nicht/ also ich habe ihn am Anfang ja nur gestillt, ihm überhaupt keine Flasche gegeben. Er hätte ihm da ja auch nichts geben können.“

Bei der Prioritätensetzung der verschiedenen Ziele wurden die Erhaltung oder der Aufbau von körperlicher Funktionsfähigkeit, insbesondere wenn sie Einfluss auf das Wohl des Kindes hatten, vorrangig wahrgenommen. Die Behandlung anderer vorhandener Diskrepanzen des subjektiven Körper-Erlebens (z.B. Gewichtsverlust, Haarverlust...) wurde daraufhin auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

9.4.2.1.8 Körper-Arbeit, Zielveränderung und Sinngebung

Die zu Anfang erläuterten Strategien der Assimilation und Akkommodation werden hier übertragen auf die von den Erstmüttern genannten Bewältigungsformen. Entsprechend der hier vorgenommenen Auswertung finden sie sich wieder in den Äußerungen zur „Körper-Arbeit“ und „Sinngebung“.

In den Interviews wurden immer wieder zwei übergeordnete **Strategien** von den Erstmüttern genannt: Die eine Strategie umfasste „**Körper-Arbeit**“, im Sinne von Training, bewusster Ernährung, Verzicht auf körperschädigendes Verhalten (Rauchen, übermäßiges Essen) mit dem Ziel der Körperstärkung oder zur Erhaltung bestimmter Körperfunktionen. Diese Verhaltensweisen waren immer ziel- und zweckbestimmt. Mit Hilfe von diesen Interventionen versuchten die Frauen die erlebten Diskrepanzen zu beseitigen, beziehungsweise präventiv in positiver Weise auf ihre Körperverfassung einzuwirken. Die genannten Strategien waren zum Beispiel: Beckenbodentraining, Diät halten, frühes Schlafengehen, gesunde Ernährung (auch für das Stillkind) und ähnliches mehr.

Eine weitere Strategie bestand in der Annahme und Akzeptanz des körperlichen Erscheinungsbildes und der Verfassung im Sinne einer Integration in das Selbst. Im konkreten Fall waren dies beispielsweise Einstellungen, die die erlebten Körperveränderungen in einen positiven Rahmen setzten und ihnen somit Sinn verliehen, indem die Veränderungen positiv interpretiert wurden. Die eigentlich vorhandene Diskrepanz zwischen dem Ist-Zustand und dem Soll-Zustand wurde demzufolge über eine Veränderung der Soll-Vorgabe verringert. Im Zusammenhang damit war der Einfluss der „über die normale Realität“ hinausgehenden Erfahrungen der Schwangerschaft, der

Geburt und auch der Stillzeit sowie die Erfahrung der eigenen Endlichkeit von Bedeutung. Auf die Frage „Wie finden Sie diese Veränderungen? Wie geht es Ihnen damit?“ antwortete eine der befragten Frauen folgendermaßen:

„Da bin ich mir, glaube ich, noch nicht schlüssig... einerseits ist es schön, weil man sich/ weil ich mich dadurch fraulicher fühle. So als ob # ich was geleistet hätte. Oder etwas Besonderes vollbracht hätte # (lachend). So. So vielleicht, als ob man so, so eine höhere Stufe oder so eine # höhere Ebene erreicht hätte # (lachend). Ich kann es Ihnen nicht so genau beschreiben. Ja, weil, hmm... Weil das irgendwie so, die Geburt und auch die Schwangerschaft eine ganz besondere Erfahrung gewesen ist. Im sehr positiven Sinne, auch beides. Und weil diese Veränderungen ja die Ursache in diesen beiden Ereignissen hatten. Und insofern sind diese Veränderungen, wenn ich so darüber nachdenke, sehr positiv behaftet. Weil es toll war und weil das die Konsequenz davon ist.“

Eine akkomodative Strategie zeigte sich meines Erachtens beispielsweise weiterhin in einer Bewertung der Ausgangssituation als „irrelevant“: Im konkreten Fall nannten die Mütter einzelne Veränderungen, bewerteten sie aber als nicht tragisch. Zur Bewältigung der Ausgangssituation („diese Schwangerschaftsstreifen, die stören mich schon“) wurden dann zunehmend mehr kognitive Techniken entwickelt. Zu diesen Coping-Techniken gehörten das Bagatellisieren („*ist nicht so schlimm*“) oder das Durchführen von Sinnzuschreibungen („*ich weiß ja, wofür das ist*“). Weitere Strategien, wie die der Leugnung und der Herabsetzung, wirkten hier ebenfalls.

Prinzipiell konnte sich das Bewältigungsverhalten aus mehreren Elementen zusammensetzen, wobei sowohl assimilative und akkomodative Strategien gleichzeitig angewandt werden konnten. Dies führte teilweise zu widersprüchlichen Äußerungen: Einerseits sei die wahrgenommene Veränderung nicht wichtig, andererseits wurde aber aktive „Körperarbeit“ betrieben, um vielleicht doch noch ein Teilziel, nämlich die Wiederherstellung des biographisch orientierten Ideals, zu erreichen. Es ist einleuchtend, dass insbesondere körperliche Veränderungen, die als reversibel eingestuft wurden (Gewicht, Bauchmuskulatur, Gewebefestigkeit, Beckenboden) bei gleichzeitiger subjektiver Relevanz für die eigene Identität, eher handlungsorientierte zielführende Verhaltensweisen provozierten. Diese wurden dennoch nicht notwendig umgesetzt. Dies drückte sich aus in den verschiedenen Äußerungen, die den Aspekt der „Körper-Arbeit“ betreffen.

„Und Beckenbodengymnastik/ also ich denke, das kann man schon tagsüber einplanen. Ich denke, das ist Inkonsequenz. Also, ich denke, da müßte man wirklich sich wahrscheinlich einen festen Zeitpunkt vornehmen und das dann machen.“

Das Festhalten an bestimmten selbstgewählten Zielen wurde zum Teil an Äußerungen erkennbar, die das Aussetzen eigentlich gewünschter Verhaltensweisen umfassten. Das folgende Beispiel zeigt ein solches Verhalten auf:

„Ja, ich mache es (Anmerk.: Kleidung kaufen) schon, aber ich mache es im Moment bewusst nicht, aus dem Grunde, weil es für mich momentan zwecklos ist. Wenn ich mir jetzt also neue Klamotten kaufe und ich schaffe es wirklich abzunehmen, dann hängen die Klamotten wieder im Schrank...“

Die betreffende Mutter ging offenbar von einer späteren Zielerreichung durch assimilative Strategien aus (hier: Gewichtsreduktion). Sie bezog somit einen Zukunfts-Entwurf in ihre Überlegungen mit ein und behielt damit ihre Soll-Vorstellung bei.

An dieser Äußerung wird noch einmal die zeitliche Bezugnahme der Überlegungen in die eigene Körperbiographie deutlich. Die Erwartung hinsichtlich der wahrscheinlichen zukünftigen Körperverfassung beeinflusste somit die Wahl der gegenwärtigen Möglichkeiten der Körperdarstellung.

9.4.2.1.9 Körperdarstellung und Körperpflege

Mit dem Aspekt der „Körperdarstellung“ sind zum einen die Mittel dazu gemeint, wie zum Beispiel Kleidung und Frisur und zum anderen auch die Gelegenheiten zur Körperdarstellung. Es zeigte sich, dass mit den verschiedenen Settings auch eine bestimmte Wahl der Mittel einher ging. In den von den Erstmüttern aufgeführten Begründungen war beispielsweise die Ansicht enthalten, dass mit dem Beruf ein bestimmtes Auftreten und eine entsprechende Wahl der Mittel zwingend verbunden sind. Eine ähnliche Einstellung zeigte sich in Äußerungen, wonach einige Frauen keine Notwendigkeit dafür sahen, sich „nur“ für den Alltag zuhause neue Kleidung anzuziehen oder zu kaufen.

Auswirkungen auf die Körperdarstellung hatten außer der Körperverfassung und deren Einschätzung, auch die Gelegenheiten und daraus abgeleiteten Begründungen sowie Situationsvariablen, insbesondere die finanziellen Bedingungen.

Ein Beispiel: Auf die Frage „Wie ist das heute, wenn sie für sich Kleidung kaufen? Kommen sie noch dazu?“ kam folgende Gesprächspassage zustande:

X: „Also, tue ich schon. Also habe ich einmal gemacht, aber das geht dann sehr schnell. Sonst war ich der Typ, der wirklich tagelang durch die Stadt streift, habe alles verglichen und mir dann wirklich das, was mir gefiel, ausgesucht, nach langem Überlegen. Und jetzt, als ich das letzte Mal etwas gekauft habe, das war für eine Hochzeit, da bin ich ins Geschäft herein, dann gefiel mir etwas, und dann habe ich das gekauft. Auch wenn es etwas teurer war, weil ich einfach wußte, du hast jetzt nicht viel Zeit. Aber viel Neues habe ich seitdem nicht gekauft, also weniger Kleidung. Ich habe mir auch vorher vorgenommen, erst einmal die alten Sachen aufzutragen, in der Zeit...“

Interviewerin: „Die alten Sachen erst einmal aufzutragen?“

X: „Ja, ich weiß nicht, ich trage die Sachen ziemlich lange, kann mich schlecht trennen. Und wenn ich sowieso dauernd am Füttern bin, am Stillen, #dann wird man dauernd vollgespuckt, und das muß dann sowieso ständig in die Wäsche # (lachend).“

Andererseits trat ebenfalls die „jetzt-erst-recht“-Haltung im Sinne eines Reaktanz-Verhaltens auf. Zur Vermeidung einer eventuell auftretenden Typ-Veränderung in Richtung „nur-noch-Mutter“ berichteten einige Frauen davon, dass sie sich besonders schicke Kleidung zugelegt haben. In etlichen Interviews wurden Zusammenhänge

zwischen dem Wohlbefinden der Frauen und der Körperdarstellung sichtbar. Dazu gehörten auch solche Aktivitäten wie „zum Frisör gehen“ oder „einkaufen undbummeln“.

9.4.2.1.10 Pleasure oder genussorientierte Verhaltensweisen

Viele Interview-Partnerinnen schilderten Genuss-bestimmte Verhaltensweisen, die zum Teil in Einklang und zum Teil im Konflikt mit dem diskrepanzbeseitigenden zielbezogenen Engagement standen (siehe dazu auch Sherwood, 1996, unter anderem zur „Control of pleasure“). Solche Genuss-orientierten Verhaltensweisen waren motiviert durch den Wunsch nach Bedürfnisbefriedigung im Sinne von „Genuss-um-des-Tun-willens“ und nicht „um-des-Ziel-willens.“ Die Nennungen dazu bezogen sich auf das Essen im Allgemeinen, auf das Essen von Süßigkeiten, auf das Durchführen von sportlichen Aktivitäten, wie zum Beispiel Radfahren, aber auch auf das Fernsehen und die Körperpflege.

Im Zusammenhang mit den genannten Strategien der „Körper-Arbeit“ konnte ein bestimmtes Genuss-orientiertes Verhalten mit diesen durchaus im Einklang stehen. Dies war zum Beispiel der Fall, wenn es der befragten Erstmutter Spass machte, sich sportlich zu betätigen und sie damit gleichzeitig (eher unbeabsichtigt) etwas für ihre körperliche Verfassung und ihr angestrebtes Ziel unternahm. In dem hypothetischen „Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life-quality im Übergang zur Elternschaft“ ist diese Übereinstimmung mit dem Symbol der Sonne dargestellt.

Eine weitere Variante, die von verschiedenen Frauen berichtet wurde, bestand in der konflikträchtigen Konstellation von disziplinierter „Körper-Arbeit“, mit der ein bestimmtes Ziel verfolgt wurde, und gleichzeitigem „Genuss-Verhalten“, welches auf die Befriedigung bestimmter Bedürfnisse abzielte: Das disziplinierte Einhalten einer Diät, mit dem Ziel der Gewichtsreduzierung, wurde durch Essattacken, wie das abendliche „Schnuckern“ boykottiert. Dies wird im Schema durch den Blitz symbolisiert. Zur Verdeutlichung das folgende Zitat:

„Ich meine, eigentlich widerspricht sich das. Da müßte ich ernährungsmäßig auch wieder ein bißchen aufpassen. Aber manchmal ist es auch so, als wenn ich mich selber beruhigen wollte, so nach dem Motto, # wenn du jetzt Sport machst, dann kannst du auch mal wieder einen Riegel Schokolade essen # (lachend). Dann denke ich auch, du bist doch eigentlich nicht ganz fit in der Birne, machst hier den Sport und machst und tust, und von der Ernährung her/ Obwohl, ich fühle mich danach auch besser, muß ich sagen. Ich habe zwar nicht immer Lust, manchmal muß ich mich sogar richtig aufraffen, aber das ist besser als nur auf dem Sofa zu sitzen.“

„Sich etwas Gutes tun“ assoziierten viele Frauen mit dem Verzehr von Süßigkeiten. Dieser wurde als Belohnung für die verschiedenen Anstrengungen des Tages interpretiert im Sinne einer Entspannungsphase. Als mögliche Erklärung, wieso der Süßigkeitenverzehr und das Essen allgemein für die Erstmütter von Bedeutung waren, könnten folgende Überlegungen hilfreich sein: Anders als andere genussvolle Tätigkeiten, die vor der Schwangerschaft wahrgenommen wurden und auf die nach der Entbindung oftmals, wenn auch nicht ganz, so doch in Teilbereichen verzichtet wurde, war das „Schnuckern“ jederzeit auch zuhause möglich. Der Eßgenuss benötigte außerdem keine großen organisatorischen Vorarbeiten (Babysitter besorgen, umziehen, Milch abpumpen etc.). Andere Ablenkungen (z. B. Kinobesuche, Stadtbummel, Tanzen gehen etc.) schienen dagegen für einige Mütter nicht unmittelbar umsetzbar zu sein, sondern erforderten planerischen und organisatorischen

Aufwand. Entsprechend äußerten viele Frauen ihr Bedauern, dass sie frühere Entspannungsmöglichkeiten nur noch eingeschränkt nutzen könnten.

Zu den genussvollen Erlebnissen zählten die Frauen den Kontakt zu ihrem Kind, ebenso wie die gemeinsam verbrachte Zeit mit dem Partner und dem Kind. Auch der nahe Körperkontakt während des Stillens oder des Fütterns wurde als inniges Erlebnis wahrgenommen und beschrieben.

Die Zuordnung eines bestimmten Verhaltens entsprechend den Kategorien des hypothetischen Modells erfolgte in Abhängigkeit von den zugrundeliegenden Motiven und in Abhängigkeit der Befindlichkeit. Dies ist bei der Interpretation eines Verhaltensmusters als „Körper-Arbeit“ oder „Genuß“ zu berücksichtigen. So waren auch die oben genannten Verhaltensweisen, welche die „Körperdarstellung und Pflege“ betrafen, weder ausschließlich der als „Körper-Arbeit“ bezeichneten assimilativen Strategie noch der „Pleasure-orientierten Variante“ zuzuordnen.

9.4.3 Das Stillen – Körper-Funktion und Life quality

In den Interviews berichteten die Frauen über ihre Stillerefahrungen und -probleme. Das Einschiessen der Milch spiegelt sehr deutlich die körperlichen Veränderungsprozesse in der Schwangerschaft und insbesondere in der postpartalen Zeit wieder. Aus diesem Grund soll an dieser Stelle gesondert darauf eingegangen werden. Der Stillzeit kommt meines Erachtens eine besondere Funktion zu, da sie ähnlich wie die Schwangerschaft durch körperliche „Supra-Funktionen“ bestimmt ist. Diese Funktionsmöglichkeiten sind zeitlich limitiert und nicht selbstverständlich. Durch diese zeitliche Begrenzung und durch die besonderen körperlichen Veränderungen können damit die Schwangerschaft, die Geburt und die Stillzeit transzendentale Erfahrungen unterstützen, da sie die Endlichkeit und die Vergänglichkeit des Seins in besonderer Weise thematisieren.

Für die Erstmütter bedeutete das Einschiessen der Milch und das Stillen eine neue Körpererfahrung. Sie erlebten dies als einen „Funktionswechsel“ oder einen „Funktionszuwachs“. Während der praepartalen Zeit hatten die Frauen ihre Brust in erster Linie als weibliches Attribut bezogen auf ihre Attraktivität und ihr Sexualleben erfahren (s. dazu auch Engfer, 1996). Nach der Entbindung kam für 26 Frauen (von N=27 befragten Erstmüttern) der Funktionszuwachs der Brust als Milchbildungsorgan hinzu. Die teilnehmenden Mütter sammelten je nach Erwartung und Stillverlauf unterschiedliche Erfahrungen. An dieser Stelle soll ein kurzer Abriss über die Still-Funktion der Brust und das Gelingen erfolgen.

9.4.3.1 Milcheinschuss und Mutter-Kind-Interaktion

An dieser Stelle werden zunächst einige Erläuterungen in Hinsicht auf die Milchbildung und das Stillen gegeben. Dies dient dem besseren Verständnis für die postpartale Situation.

Einige Tage nach der Entbindung erfolgt üblicherweise der Milcheinschuss, wenn die Mutter ihr Kind regelmäßig anlegt. Die meisten Frauen befinden sich zu diesem Zeitpunkt in der Klinik. Die Brust schwoll dabei oftmals an, wodurch Schmerzen verursacht werden können.

Die Zusammensetzung der Muttermilch ändert sich im Laufe der Zeit. Die erste Milch, das Kolostrum oder auch Vormilch genannt, ist noch besonders eiweißreich und für die Neugeborenen besonders gut zu verdauen. Die

spätere Muttermilch enthält zunehmend weniger Eiweiß. Aus diesem Grund wird ab dem sechsten Monat das Zufüttern eiweißhaltiger Nahrung empfohlen. Die Zusammensetzung der Milch ändert sich aber nicht nur im Laufe der Monate, sondern während jeden Anlegens. Zu Beginn einer Stillmahlzeit finden sich weniger Fette und Kohlehydrate in der Milch, als am Schluss. Die unterschiedliche Zusammensetzung zeigt sich auch in der verschiedenenartigen Farbe und Konsistenz der Milch.

Beide, Mutter und Kind, machen in diesem Stillprozess eine neue Erfahrung und sind voneinander abhängig. Ein inaktives Kind wirkt ebenso auf das Gelingen des Stillens wie beispielsweise die Fähigkeit der Mutter, sich trotz der zu Anfang vorherrschenden Schmerzen beim Anlegen zu entspannen und so den Milchfluss zu begünstigen („Let-Down-Reflex“). Weiterhin spielen bei Mutter und Kind körperliche Faktoren für den Erfolg des Stillens eine Rolle: Zum Beispiel haben die Form der Brustwarzen oder die Saugfähigkeit des Kindes Einfluss auf den weiteren Stillverlauf. Um das Stillen auch bei ungünstigen körperlichen Bedingungen zu ermöglichen, sind verschiedene Hilfsmittel auf dem Markt: Stillhüttchen, Milchpumpen, Stilltees usw.

Gerade zu Anfang schmerzt das Anlegen an die Brust, da die Brustwarzen noch empfindlich sind. Auch im späteren Stillverlauf kann es immer wieder zu wunden Brustwarzen und Schrunden kommen, die Schmerzen verursachen. Wird mehr Milch produziert als abgeführt, kann es zu schmerhaften Verhärtungen der Brust, zu Milchstaus und auch zu Brustentzündungen mit Fieberschüben kommen. Dem kann durch Ausstreichen der Milch oder durch Abpumpen entgegengewirkt werden. Allerdings besteht hier wieder die Gefahr, dadurch die Brust verstärkt zur weiteren Milchproduktion anzuregen. Offensichtlich wird die Milchproduktion begleitet von einem komplexen Geflecht von Wirkmechanismen, an dem sowohl Mutter als auch Kind beteiligt sind.

Durch das reflexartige Austreten der Milch kann es passieren, dass die Kleidung durchnässt wird. Dies wird von den Frauen zum Teil als störend empfunden, da dies beispielsweise zu Kältegefühlen im Brustbereich führen kann. Einige Frauen finden es auch unangenehm, wenn ihre Kleidung für andere sichtbar durchnässt ist. Mit speziellen Still-BHs, die auf die Größe des Stillbusens abgestimmt und in der Regel größer sind als die praepartal genutzten BHs, und unter Einsatz von Stilleinlagen aus Wolle, Seide oder weichem Papier soll die ausfliessende Milch aufgesaugt werden. Viele Frauen tragen aus diesen Gründen auch nachts einen BH mit Einlagen.

Der Stillprozess unterliegt einem komplexen Regelsystem, das durch die Ernährung, durch physische und psychische Mutter- und Kindmerkmale und Situationsmerkmale beeinflusst wird. Dieses Regelsystem ist damit entsprechend störanfällig (Brazelton & Cramer, 1991). Wenngleich das Stillen ein natürlicher Vorgang zu sein scheint, der auf einer natürlichen Fähigkeit beruht, bedarf er doch einer bestimmten Aufmerksamkeit und Übung. Es existieren mittlerweile verschiedene Ratgeber und Informationsschriften, die den stillenden Müttern hierbei Unterstützung geben sollen (z.B. Lothrop, 1993; Sichtermann, 1993), ebenso wie die Stillgruppen in den Mütterzentren, die von der La-Leche-League ins Leben gerufen wurden.

Durch das Stillen sind Mutter und Kind weiterhin auch über ihren Körper miteinander verbunden. Dies zeigt sich insbesondere durch die Ernährung: Schadstoffe, Medikamente gehen ebenso in die Muttermilch ein wie durch die Nahrung aufgenommene Vitamine und Nährstoffe. Das Stillen wiederum sorgt für eine Ausschüttung des wehenfördernden Hormons Oxytocin, das nach der Entbindung die Kontraktion und die Rückbildung der Gebärmutter fördert. Diese gegenseitige Abhängigkeit oder dieses „aufeinander-Bezogensein“ mit den damit einhergehenden Anforderungen an die Lebensweise der Mütter wurde von den Frauen häufig thematisiert.

9.4.3.2 Das Stillen aus der Sicht der Erstmütter: Probleme und Wohlbefinden

Von den N=27 befragten Frauen gaben 26 Erstmütter an, dass sie gerne stillen wollten. Auch diejenigen, die früh abgestillt haben, hielten das Stillen für die geeignete Ernährungsform ihres Kindes. Zum Zeitpunkt der Befragung (8 Monate postpartal) stillten von N=26 Frauen noch 11 Erstmütter mindestens eine Mahlzeit. Alle befragten Frauen gaben an, zu irgendeinem Zeitpunkt Probleme betreffend des Stillgelingens und/oder hinsichtlich ihrer körperlichen Verfassung im Zusammenhang mit dem Stillen erfahren zu haben! Das führte bei N=9 Frauen zum (vorzeitigen) Abstillen spätestens vor dem Beginn des dritten Monats. Schmerzen, Empfindlichkeit der Brustwarzen und Brustentzündungen gehörten hier auf der Seite der betroffenen Mütter zu den häufigsten Nennungen. Die ausgeprägte Häufigkeit dieser Probleme erstaunt und verweist meines Erachtens auf die besonderen physischen und psychischen Anforderungen im Übergang zur Elternschaft, wie sie auch in dem hier vorgestellten „Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life-quality im Übergang zur Elternschaft“ berücksichtigt werden. Weiterhin zeigen diese Ergebnisse, dass die postpartale Zeit durch körperliche Veränderungsprozesse gekennzeichnet ist. Diese Veränderungsprozesse haben für die betroffenen Frauen offenbar auch psychische Relevanz. Das soll im weiteren näher erläutert werden.

In psychologischer Hinsicht von Interesse sind die emotionalen Aspekte, die das Stillen charakterisieren. Es lassen sich sowohl positive als auch negative Affekte beschreiben:

Die Empfindungen, die das erfolgreiche Stillen begleiteten, wurden beschrieben als Bestätigung des Selbstwertgefühls und der eigenen Weiblichkeit und lösten Gefühle wie Stolz oder Freude aus. In diesem Zusammenhang wurden auch Äußerungen des Erstaunens und der Hochachtung laut, die sich auf die Fähigkeiten des eigenen Körpers bezogen. Beachtlich finde ich, dass alle Frauen über problematische Situationen im Zusammenhang mit dem Stillen berichteten, auch diejenigen, die positive Empfindungen, wie Stolz und Freude schilderten.

Das Nicht-Gelingen des Stillens trotz des eigenen Bemühens und der eigenen Erwartung hatte ebenso psychische Konsequenzen: Bedauern, Trauer, Verzweiflung sowie Versagens- und Überforderungsgefühle wurden im Zusammenhang mit Stillproblemen erlebt.

Seltener wurden auch Angaben über Scham- oder Ekelgefühle im Zusammenhang mit dem Funktionieren der Milchproduktion und dem Stillen gemacht. Hin und wieder berichteten die Frauen über Irritationen, z. B. wenn der Milcheinschuss in sexuell stimulierenden Situationen auftrat. Eine Erstmutter beschrieb dies als „*plötzliches Eigenleben*“ der Brust.

Ausser dem direkten Anlegen des Säuglings nutzen einige Frauen das Abpumpen der Milch mit einer Milchpumpe. Bezeichnungen wie „*Milchkuh*“, „*Milchfabrik*“ und „*Kuh*“ bezogen sich in der Regel auf diese Erfahrung. Anzumerken ist allerdings, dass diese Bezeichnungen je nach gewähltem Zusammenhang und Unterton unterschiedliche Wertungen enthielten. Beispielsweise gab eine der Mütter auf Nachfrage an, sie fände dies nicht so schlimm, sondern eher lustig.

Um einen genaueren Überblick über das Gelingen und die Dauer des Stillens sowie über die damit zusammenhängenden Gefühle zu erhalten, wurden die Interviewtranskripte der N=26 Erstmütter näher untersucht. Die Transkripte wurden ausgewertet in Hinsicht auf verschiedene Aspekte. Analysiert wurde die

Durchführung des Stillens, der Beginn und das Ende des Abstillens sowie genannte Probleme im Zusammenhang mit der Milchproduktion (also bezogen auf das Funktionieren der Brust und nicht bezogen auf das Aussehen). Weiterhin wurden diejenigen Gefühle notiert, welche die Frauen im Zusammenhang mit dem Gelingen des Stillens erwähnten. Jedes Interview wurde einzeln im Hinblick auf diese Aspekte hin untersucht. Die relevanten Angaben wurden anschließend in einer Tabelle zusammengetragen. Aufgrund der geringen Stichprobengröße werden die Angaben stichpunktartig für jede Frau wiedergegeben. Spätere Untersuchungen an größeren Gruppen können den Zusammenhang zwischen dem Stillen und der psychischen Befindlichkeit im Sinne des health-related-life-quality Konzeptes noch systematischer und differenzierter betrachten. Dies war im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, hier kann lediglich ein Überblick gegeben werden.

Beginn des Abstillens	Ende des Abstillens	Probleme beim Stillen	Gefühle im Zusammenhang mit dem Stillen
6.5 Monat	Stillt noch	Kind zunächst zuwenig getrunken	Freude, Stolz; „Leistung“, dass es klappt
8 Wochen	8 Wochen	Zwangswisees Abstillen, da das Kind zuwenig getrunken hat	Bedauern und Trauer; Stress; „Milchkuh“
6. Monat	Stillt noch	Schlupfwarzen erfordern besondere Stillhaltung; zuviel Milch, die ausläuft	Belastungsgefühle, aber mehr Stolz
4. Monat	Stillt noch	Blutige Brustwarzen	Stressgefühle, Gefühle von Angebundensein
2. Monat	2.5 Monat	Brustentzündungen, Kind wollte nicht mehr	„Katastrophe“, dass das Kind nicht mehr wollte; Empfindungen einer „Milchfabrik“ zu sein
4.5 Monat	7.5 Monat	Besondere Stillhaltung verursacht Schmerzen im Steiss	Stolz, Selbstbewußtsein, mehr Weiblichkeit
3 Wochen	3 Wochen	Schmerhaftes Anlegen und Stillen	Keine Bewertung
2. Monat	2. Monat	Eine Brust produzierte keine Milch, dies führte zu unterschiedlicher Brustgröße; zuviel Milch, am Anfang große Schmerzen	Unangenehm, dass nur eine Brust funktionierte und dies auch sichtbar war
4. Monat	6. Monat	Brustentzündung; Haarausfall; Mutter starker Gewichtsverlust und Eisenmangel	Stolz, Begeisterung und Freude
6. Monat	Stillt noch	Rückenprobleme aufgrund der Stillhaltung	Keine Bewertung
4.5 Monat	6.5 Monat	Brustwarzenform macht besondere Stillhaltung und Hilfsmittel notwendig; Milchstau	Freude, „schöne Erfahrung“ als es klappte
6. Monat	Stillt noch	Kind wollte am Anfang nicht	Freude, als es klappte
3. Monat	Stillt noch	Kind wollte am Anfang nicht; schmerhaftes Anlegen	Versagergefühle, als es nicht klappte
3 Wochen	3 Wochen	Brustentzündung, kaputte Brustwarze; Schmerzen beim Anlegen; Kind konnte nicht richtig saugen	Trauer, „Mutterideal klappt nicht“; Überforderung und Stress beim Versuch doch zu stillen

Beginn des Abstillens	Ende des Abstillens	Probleme beim Stillen	Gefühle im Zusammenhang mit dem Stillen
8 Wochen	10 Wochen	Kind schlief ein beim Trinken; Milchüberschuss und Milchstau	Fremdheitsgefühle: der Milcheinschuss zeigt „Brust hat Eigenleben“; Unwohlsein damit; „Milkmachine“, aber auch mal schöne Gefühle beim Stillen
4 Tage	4 Tage	Keine Unterstützung im Krankenhaus	Ärger über mangelnde Unterstützung; Jetzt beruhigt und zufrieden sein „es ist ja nichts Schlimmes passiert, dem Kind geht es trotzdem gut, ja sonst...“
5.5 Monat	8 Monat	Haarausfall, Milchstau, Infektanfälligkeit, starker Gewichtsverlust bei der Mutter	Stolz und Freude wegen Stillfähigkeit; Abpumpen „schlimm“; „Milkmachine“, „Kuh“
5.5 Monat	Stillt noch	Empfindlichkeit der Brustwarzen; Milchstau, Probleme beim Milchfluss	Stolz, Selbstbewußtsein, dass es klappt
2 Wochen	Ja, aber keine Angabe wann	Zuwenig Milch, das Kind hat trotzdem Hunger	Schönes Gefühl zu stillen, Trauer, dass es nicht mehr reichte
6. Monat	Stillt noch	Empfindlichkeit der Brustwarzen, weiches Gewebe; Schmerzen; wunde Brustwarzen	Freude über Stillfähigkeit; aber auch Ekel als die Milch am Anfang eingeschossen ist
6.5 Monat	Stillt noch	Empfindlichkeit der Brustwarzen; Schmerzen	Stolz, angenehme Gefühle, aber auch Empfindungen „Gebrauchsgegenstand“
6 Wochen	5. Monat	Kind schlief ständig ein; Abpumpen zwingend, Kind mußte vorher und nachher gewogen werden (auch nachts)	Erschöpfung; Stress; „unglücklich“
6. Monat	Stillt noch	Brustentzündungen, Brustwarzen, Schmerzen, Empfindlichkeit	Freude, dass es geklappt hat; Milcheinschuss beim Sex „unangenehm“
5.5 Monat	Stillt noch	Zu großer Gewichtsverlust der Mutter, Milchstau	Stolz auf das Gelingen
3. Monat	3.5 Monat	Die ganze Zeit war Zufüttern und Abpumpen notwendig; Brusthütchen wegen der Warzenform; Empfindlichkeit der Brustwarzen	„fertig“, „traurig“, „am Boden zerstört“, Enttäuschung, dass das Stillen nicht klappte
5.8 Monat	6. Monat	Kind trank zu Anfang nicht gut; leicht wunde Brustwarzen	„wunderbar“, „tolles Gefühl“ als es klappte, Milcheinschuss beim Sex „lästig“

Tabelle 45 Stillen, Abstillen, Probleme und Wohlbefinden von N = 26 Erstmüttern

Nach den Ergebnissen zu urteilen, ist die psychologische Bedeutung des Stillens für die Frauen nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Mutter-Kind-Beziehung immens, sondern ebenso unter dem Aspekt der emotionalen Stabilität in der postpartalen Phase. Bei positivem Verlauf kann der Stillprozess zu einer Verstärkung des Selbstwertes führen, bei negativem Verlauf dagegen zu einer Destabilität führen.

Werden Informationsschriften und existierende Unterstützungsmaßnahmen hauptsächlich unter dem Blickwinkel des idealtypischen Verlaufs und unter den Aspekten der positiven Auswirkungen des Stillens von der betroffenen Frau wahrgenommen, führen diese paradoxe Weise zu einer Erhöhung der negativen Empfindungen bis hin zu Schuld- und Versagensgefühlen. Wie im Schema der Bewältigungsprozesse aufgezeigt, spielen in diesem Fall besonders die Faktoren des sozialen Vergleichs, der Partner- und der Fremdakzeptanz eine Rolle, welche die Frauen entlasten können.

Wie die Auswertung der Interviews in Hinsicht auf das Stillverhalten der Erstmütter zeigt, stillen im fünften bis achten Monat postpartal nicht mehr alle Mütter. Bis auf eine der befragten Erstmütter haben aber zunächst alle im Anschluß an die Entbindung gestillt. Dies verdeutlicht die Bestätigung der in der Untersuchungsplanung vorgenommenen Wahl der Messzeiträume. Insgesamt zeigt sich eine große Variation in der Dauer des Stillens. Erstaunlich finde ich erstens das enorm häufige Auftreten von Beschwerden beim Stillen und zweitens das damit verbundene Bemühen der betroffenen Mutter, dennoch die Stillfähigkeit der Brust herzustellen oder zu erhalten. Damit einhergehende subjektive emotionale Empfindungen des Versagens oder, im Falle des Gelingens, des Stolzes, kennzeichnen auf psychischer Seite die große Bedeutung des Stillens in der postpartalen Phase.

Neben den positiven Aspekten, die das Stillen für die Mutter und das Kind mit sich bringt, zeigen diese Ergebnisse die körperliche und psychische Beanspruchung der Mütter auf. Dies ist in Übereinstimmung mit Gloger-Tippelt (1988, S.107):

„Die Überbetonung und einseitig positive Bewertung des Stillens vernachlässigt einige ungünstige Auswirkungen dieser Ernährungsweise auf die Arbeitsteilung der Partner, die Erschöpfung der Frauen u.ä., besonders dann, wenn nach Bedarf und nicht nach Zeitplan gestillt wird, wie es häufiger beim Stillen im Vergleich zur Flaschenfütterung auftritt.“

Wie die Auswertung der Interviews gezeigt hat, wird die psychische Befindlichkeit der Mütter durch verschiedene Faktoren beeinflußt. Dazu zählen nicht nur die zeitlichen Anforderungen, sondern auch die körperlichen Begleitsymptome (wunde Brustwarzen, Brustentzündungen, Haarausfall etc.) sowie die Interaktion zwischen Mutter und Kind.

10 Zusammenfassende Überlegungen zur subjektiven Gesundheit und „Life quality“

Das dargestellte „Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life-quality im Übergang zur Elternschaft“ stellt einen Versuch dar, die Verarbeitungsprozesse in bezug auf die individuelle Körperbiographie der befragten Erstmütter wiederzugeben. Der jeweilige tatsächliche Verlauf gestaltete sich individuell in Abhängigkeit von Personenvariablen (z.B. genetischer Ausstattung, Körperveränderungen) und Situationsvariablen (z.B. Unterstützung, finanzielle Bedingungen), aber auch in Abhängigkeit von durchgeföhrten Vergleichs- und Bewältigungsprozessen. Diese Vergleichsprozesse können selbstbezogen sein und lediglich in der Berücksichtigung der zugrundeliegenden zeitlichen Charakteristika variieren. Sie können aber auch in Form eines sozialen Vergleichs auf andere Personen Bezug nehmen. Man kann in diesem Zusammenhang von subjektiven längsschnittlichen und querschnittlichen Vergleichen sprechen.

Interessanterweise verglichen sich die befragten Erstmütter nicht in jedem Fall mit Vergleichspersonen, die sich in einer ähnlichen biographischen Phase befanden. In einigen der von mir durchgeföhrten Interviews erwähnten die Erstmütter Vergleiche mit Personen anderer Alterstufen und in unterschiedlicher biographischer Situation. Die zeit- oder personenvarianten Vergleiche dienten meines Erachtens nicht nur zur Einschätzung der gegenwärtigen gesundheitlichen Befindlichkeit, sondern veranlassten darüber hinaus auch dazu, die zukünftige gesundheitliche Entwicklung zu antizipieren und gegebenenfalls präventive Bewältigungsmassnahmen dafür zu entwickeln oder anzuwenden. Dies war beispielsweise auch dann der Fall, wenn die befragte Erstmutter die Absicht äußerte, ein weiteres Kind zu bekommen. Dann traten oftmals antizipative Überlegungen hinsichtlich der zukünftigen gesundheitlichen und ästhetischen Verfassung auf, die in Folge einer weiteren Schwangerschaft und Entbindung zu erwarten seien.

Aus diesem Grund konnte es trotz hoher Selbst-Akzeptanz der gegenwärtigen körperlichen Verfassung und einer bestehenden positiven Verfassung in der Gegenwart zu „Körper-Arbeit“ im Sinne von assimilativen Prozessen kommen. Diese Prozesse wurden initiiert durch den Wunsch nach Aufrechterhaltung des jetzigen Zustandes und sollten einer zukünftigen Abweichung des Soll-Ist-Vergleichs vorbeugen. Ein Beispiel: Obwohl derzeit keine Beckenbodenschwäche vorlag, wurden Beckenbodenübungen durchgeführt. Diese Handlungen sind entsprechend als präventive Massnahmen zu verstehen.

Andererseits gab es etliche Berichte von niedriger Selbst-Akzeptanz eigener körperlicher Veränderungen, denen trotz bekannter Bewältigungsmöglichkeiten keine assimilativen oder akkomodativen Strategien folgten. Dies wurde einerseits durch Zielkonflikte, andererseits durch nicht vorliegende Akzeptanz der Strategie, aber auch durch Pleasure-orientiertes Verhalten hervorgerufen. Eine konflikthafte Situation ergab sich demzufolge, wenn eine niedrige Selbst-Akzeptanz, die hervorgerufen wurde von negativen körperbezogenen Empfindungen, weder durch assimilative noch durch akkomodative Strategien aufgelöst wurde, während gleichzeitig das jeweilige Ziel aufrechterhalten und parallel dazu noch widersprüchliches Pleasure-orientiertes Verhalten gezeigt wurde. Eine derartige Konstellation verstärkte oftmals die negative Befindlichkeit, da die vorliegende Diskrepanz ausgehalten werden musste.

Ebenfalls belastend konnten sich zeitlich limitierte Zielkonflikte auswirken, die über eine Prioritätensetzung nur übergangsweise aufgelöst werden konnten. Das zugrundeliegende Vergleichsergebnis und der damit verbundene Wunsch nach wiederhergestellter Selbst-Akzeptanz wurde in diesem Fall nicht durch die eigentlich beabsichtigten assimilativen Handlungen zur Veränderung des Ist-Zustands bearbeitet. Stattdessen wurde die tatsächliche

Diskrepanzverringerung verlagt. Die zeitlich limitierte Anwendung von akkomodativen Strategien (Veränderung des Soll-Zustands) führte so zur übergangsweisen Duldung. Beispiele dafür geben die zitierten Passagen zum Stillverhalten der Mütter, die ihrem Wunsch nach Gewichtsreduktion zugunsten ihres Ziels, möglichst schadstofffreie Milch zu „produzieren“, aktuell keine Priorität einräumten. Auch in diesem Fall musste die erfahrene Diskrepanz ausgehalten werden (Duldungsstress).

Die Akzeptanz der wahrgenommenen Veränderung wurde ebenso wie die Wahl einer bestimmten Bewältigungsstrategie deutlich durch die Haltung des Partners beeinflusst. Zielverändernde akkomodative Einstellungen des Partners (aus der Sicht der Mütter) fanden sich häufig bei Erstmüttern, die eine ähnliche akkomodative Haltung einnahmen.

Besonders günstige Verläufe im Sinne von positiven körperbezogenen Empfindungen waren bei denjenigen Erstmüttern vorhanden, die fast keine Veränderungen erfahren haben und deren körperliche Funktionsfähigkeit intakt war. Dasselbe gilt für diejenigen Frauen, bei denen sie sich nach anfänglichen Schwierigkeiten dann doch eingestellt hat. Bei diesen beiden Gruppen lagen keine Diskrepanzen vor (immer in Hinsicht auf den zugrundegelegten Bewertungsaspekt).

Darüber hinaus führten auch akkomodative Soll-reduzierende Einstellungen zu positiven psychischen Befindlichkeiten. Unterstützt werden konnten diese positiven Erfahrungen noch durch optimale situationale Bedingungen sowie durch ein unterstützendes Partnerverhalten.

Zusammenfassend erscheint die postpartale Phase, insbesondere die Stillzeit, als eine von körperlichen Neuerfahrungen geprägte Zeit, die gekennzeichnet ist durch temporär begrenzte Körperfunktionen, wie die Milchproduktion und die Stillfähigkeit sowie durch die körperlichen Veränderungsprozesse der Rückbildung. Der Verzicht auf verschiedene Verhaltensmöglichkeiten und die Durchführung von Handlungen zugunsten des Erhalts von Körperfunktionen und / oder des Erscheinungsbildes wurden als „Körper-Arbeit“ bezeichnet. Verhaltensweisen dieser Art waren gekennzeichnet durch Disziplin und Zielorientiertheit. Die Vielschichtigkeit des Prozesses und damit auch des Erlebens wurde sichtbar in Berichten über „Pleasure-orientierte“ Verhaltensweisen, die mit dem Ziel verknüpft sind, sich wohlzufühlen und zu entspannen („Nervennahrung“). Die Integration der körperlichen Erfahrungen durch akkomodative Einstellungen stellte kognitive Bewältigungsprozesse dar, die ziel- und somit diskrepanzmodifizierend wirkten. Zusätzlich enthielt die untersuchte Phase für viele Frauen über die bisherige Körpererfahrung hinausgehende Erfahrungen. Diese wurden vielfach als Bereicherung empfunden und wurden von mir als transzendenten Erfahrungen (vgl. dazu auch Strauss, 1998) interpretiert.

Wie die Auswertung der FemBeschwerdefragebögen sowohl für die Erstmütter als auch für Mehrfachmütter gezeigt hat, veränderten sich die körperlichen Befindlichkeiten im Laufe der zugrunde liegenden acht Monate postpartal. Die in der postpartalen Phase erfahrenen körperlichen Veränderungen unterschieden sich zum Teil in ihrer Reversibilität und in ihrer Behandlungsfähigkeit. Das von mir entwickelte hypothetische „Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life-quality im Übergang zur Elternschaft“ berücksichtigt diese Veränderbarkeit ebenso wie die individuelle Ausstattung und die jeweilige Lebenssituation, zudem bezieht es die subjektiven temporären und sozialen Vergleichsprozesse mit ein.

Meines Erachtens weist das hier entwickelte „Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life-quality im Übergang zur Elternschaft“ insbesondere auf die Möglichkeiten und die Notwendigkeit von instrumenteller (situationsbezogener) und palliativer (akzeptanzbezogener) Unterstützung hin. Professionelle Geburtshelfer, wie Ärzte und Hebammen, aber auch das gesamte soziale Umfeld, zu dem auch der Partner zählt, haben die

Möglichkeit, die betroffenen Mütter positiv und mit sehr viel Verständnis für die Komplexität des Körper-Erlebens in der postpartalen Phase zu begleiten und ihnen so bei der Integration ihrer neuen Körpererfahrungen behilflich zu sein.

In das aus den Erstmütter-Interviews abgeleitete „Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life-quality im Übergang zur Elternschaft“ lassen sich die durch die FemBeschwerden-Listen gewonnenen Resultate ebenfalls integrieren.

Wie die Auswertung der Ratingskalen der befragten Erstmütter zeigte, waren die Attraktivitätseinschätzungen und die Ratings zum körperlichen Wohlbefinden bezogen auf den zweiten Messzeitraum (fünf bis acht Monate postpartal) signifikant positiver im Vergleich zu den Ratings des ersten Messzeitraums von der Entbindung bis zum vierten Monat ($p=.011$ bzw. $p=0.11$). Im Rahmen des Modells bedeutet dies eine wahrgenommene Abnahme der Diskrepanzen, die vermutlich von erwarteten körperlichen Veränderungen begleitet wurde. In Teilen mag dies aber zusätzlich durch akkomodative Techniken der Erwartungsveränderung und durch assimilative Strategien der Körper-Arbeit und des Körper-Trainings hervorgerufen worden sein. Das seelische Wohlbefinden unterscheidet sich laut der Auswertung der subjektiven Ratings zu T1 (4 Monate postpartal) und T2 (8 Monate postpartal) bei den Erstmüttern nicht signifikant ($p = .729$). Da das seelische Wohlbefinden nicht als spezifisches körperbezogenes Wohlbefinden erfragt wurde, wirken hier außer den wahrgenommenen körperlichen Veränderungen sicher viele Aspekte ein. Bezogen auf die Zufriedenheit mit dem Gewicht lässt sich für die befragten N=24 Erstmütter kein hinreichend starker signifikanter Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Messperiode belegen ($p = .172$).

Die mit der FemBeschwerden-Liste erhobenen Beschwerdenhäufigkeiten in Hinsicht auf das Item „Probleme mit der Brust, den Brustwarzen“ zeigten für die Erstmütter (N=27) eine Auftretenshäufigkeit in der Kategorie „manchmal“ von 22.2 % und in der Kategorie „häufig“ von 14.8 % für den ersten Messzeitraum. Die Abnahme der Häufigkeit zum zweiten Messzeitraum (T2) auf 14.8 % in der Kategorie „manchmal“ wurde bei der Auswertung der Einzelbeschwerden auch auf die Veränderungen beim Stillen zurückgeführt.

Die Analyse der Interviews bestätigen meines Erachtens diese Interpretation. Darüber hinaus zeigt die Auswertung der Interviews ein umfassenderes und genaueres Bild der mit dem Stillen verbundenen Probleme.

Die Resultate der befragten Mehrfachmütter wurden bei der Auswertung der FemBeschwerden-Liste ausführlich dargelegt. Wie berichtet basiert das „Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life-quality im Übergang zur Elternschaft“ jedoch ausschließlich auf den qualitativen Analysen der retrospektiven Erstmütter-Interviews zum Zeitpunkt T2 (acht Monate postpartal). Weitere Untersuchungen können Klarheit über den Einfluss des postpartalen Körper-Erlebens und über die Auswirkungen auf das emotionale Wohlbefinden erbringen. Die hier analysierten Daten liefern meines Erachtens erste Hinweise auf eine „routiniertere“ Sichtweise und Umgehensweise bei den Mehrfachmüttern. Als Beleg dafür mögen die Ratings zum seelischen Wohlbefinden und zur Zufriedenheit mit dem Gewicht dienen, die in der Tendenz für die Mehrfachmütter positiver auszufallen scheinen. Die zahlreichen Korrelationen zwischen den verschiedenen Ratings zum zweiten Messzeitpunkt (fünf bis acht Monate postpartal) sind möglicherweise auf eine eher grundsätzliche Einschätzung des Wohlbefindens und der Zufriedenheit zu verstehen. Dies konnte ein Anhaltspunkt für eine eher akkomodatorische Bewältigungsstrategie darstellen.

11 Abschließende Betrachtung der Untersuchungsergebnisse

Abschließend sollen einige Überlegungen angestellt werden, inwieweit die vorgelegten Ergebnisse Verwendung finden können. Nach einer Diskussion der Methodenwahl und der Generalisierbarkeit der Resultate erfolgen Überlegungen in Hinsicht auf die Vergleichbarkeit mit Untersuchungsergebnissen anderer Studien. Daran anschließend wird die Anwendbarkeit des Health-related-life-quality-Konzepts im Kontext mit dem postpartalen Übergang zur Elternschaft thematisiert.

11.1 Einschränkungen der Generalisierbarkeit

In Hinsicht auf die Generalisierbarkeit der gewonnenen Ergebnisse sind verschiedene Einschränkungen und Anmerkungen notwendig: Es handelte sich bei der untersuchten Stichprobe um eine regional gewonnene Stichprobe. Weiterhin war die Stichprobengröße relativ klein und damit ebenfalls nicht repräsentativ. Es fehlen für die Vergleiche der postpartalen Daten die Prävalenzen der Beschwerden vor der Entbindung. Diese Daten konnten auch durch den Versuch eine andere Gruppe von Frauen als Parallelstichprobe aufzubauen, nicht simuliert werden. Weiterhin ist unklar, ob die Untersuchungsmethode verzerrende Effekte auf die Ergebnisse hatte: Die Daten des Zeitraums bis zu vier Monaten postpartal wurden zeitgleich mit den Daten fünf bis acht Monate postpartal im Anschluss an das Interview erhoben, die Erhebung für den Messzeitraum 32 bis 36 Monate postpartal erfolgte postalisch.

Gegen diese Einschränkungen ist einzuwenden, dass diese Studie trotz ihrer kleinen Stichprobe interessante Ergebnisse liefert. Die non-parametrischen Verfahren fangen in diesem Fall den Nachteil der kleinen Stichproben auf, so dass die gefundenen Signifikanzen eine gute Grundlage für weitere Untersuchungen darstellen (Siegel, 1997; Bortz, 1998). Weitere Vorteile bestehen in der Erhebungssituation: In der privaten Atmosphäre waren Nachfragen während des Interviews und während des Ausfüllens der Fragebögen möglich. Als Mutter einer zweijährigen Tochter war ich sensibilisiert für das Thema und dies erleichterte das Herstellen einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre. Die Mütter kommentierten ihre Äußerungen infolgedessen zum Beispiel mit Bemerkungen wie „*Dann kennen Sie das ja auch.*“ oder „*War das bei Ihnen auch so?*“. Trotzdem mag gerade das private Setting dazu führen, dass schambesetzte Aspekte im Interview nicht berichtet werden, sondern eher in Fragebogenform erhoben werden sollten (Bugg et.al., 2001). Dem ist entgegenzuhalten, dass, anders als in Querschnittsuntersuchungen von großen Stichproben, durch die Aufhebung der Anonymität in Längsschnittsuntersuchungen ein persönlicherer Kontakt zwischen Untersuchern und Teilnehmern entsteht, der sich auch günstig auf die Teilnahmemotivation auswirken kann. Letztendlich sind diese Effekte nicht endgültig nachzuweisen.

Die meisten Longitudinal-Studien, deren Stichproben aufgrund des Eintritts eines natürlichen Ereignisses zusammengestellt wurden, kämpfen mit dem Problem der fehlenden „baseline“: Es fehlen die Daten vor dem Eintritt des Ereignisses. Dies spiegelt sich ebenfalls in anderen Untersuchungen wieder, die sich gleichermaßen auf die postpartalen Ergebnisse beschränken (Brown & Lumley, 2000; Gjerdengen et. al., 1993) oder versuchen, über retrospektive Einschätzungen die praepartalen Daten zu erheben (Saurel-Cubizolles et. al., 2000).

Weiterhin müssen Längsschnittuntersuchungen mit Veränderungen während des Untersuchungszeitraums umgehen: Dem Vorteil des langen Untersuchungszeitraums (in diesem Falle von der Geburt bis drei Jahre postpartal) stand auf der anderen Seite die Schwierigkeit der Berücksichtigung von lebensgeschichtlichen Veränderungen wie weiteren Entbindungen, Trennungen und finanziellen Veränderungen gegenüber. Die Veränderung des generativen Status wurde, da sie für das Thema besonders bedeutsam erschien, mit in die Auswertung miteinbezogen. Dies war, wie dargelegt, mit dem Nachteil einer sich weiter verringernden Stichprobengröße verbunden.

Lebensgeschichtlich bedingte Stichprobenveränderungen und ökonomische Überlegungen führten so zu einer Beschränkung der Untersuchungsstichprobe und darüber möglicherweise auch zu einer Beschränkung der auftretenden Bewältigungsprozesse. Sicherlich wäre die Analyse der Mehrfachmütter-Interviews sehr interessant, insbesondere um der Frage der Unterschiedlichkeit der beiden Teilstichproben nachzugehen. Dies konnte in dieser Untersuchung aus pragmatischen Gründen nicht geleistet werden, da das den Rahmen dieser Studie gesprengt hätte. In ähnlicher Weise müssen hinsichtlich der Validierung der Interpretationsergebnisse Einschränkungen hingenommen werden. Der Konsens zwischen unterschiedlichen Interpreten, der als Gütekriterium für die Interpretationen von Texten gilt, konnte im Rahmen dieser Arbeit nur angenommen, aber nicht nachhaltig überprüft werden.

11.2 Vergleich der Ergebnisse mit den Resultaten anderer Studien

Da das Ziel dieser Untersuchung in einer Exploration der gesundheitlichen somatischen und psychischen Situation von Erst- und Mehrfachmüttern bestand, sind unter Berücksichtigung der erwähnten Beschränkungen die Ergebnisse jedoch meines Erachtens interessant. Die Sensibilisierung für das Thema der Befindlichkeit in der postpartalen Zeit, gerade in Bezug auf die körperliche und darauf bezogene psychische Verfassung, wird ersichtlich anhand von diversen internationalen Studien.

Da die Focussierung auf gesundheitspsychologische Aspekte in der postpartalen Phase zeitgleich mit dieser Untersuchung auch in den genannten Untersuchungen erfolgte, werden in den nachstehenden Ausführungen die Ergebnisse dieser Studien kurz zusammengefasst.

Die Veränderung der physischen Gesundheit von Erstmüttern im ersten Jahr postpartum wurde von Gjerdengen et. al. (1993) in einer amerikanischen Studie untersucht. Sie fanden eine variierende Symptomatik, das heißt die einzelnen Symptome unterschieden sich in ihrem Auftretenszeitpunkt (1, 3, 6, 9, 12 Monate postpartal), in ihrer Auftretendsdauer und in ihrer Auftretensstärke (gemessen als Prozent der betroffenen N=436 Erstmütter). Die Autoren kritisieren die mangelnde Untersuchung der physischen Befindlichkeit im ersten Jahr nach der Entbindung und fordern weitere Forschung, die über das erste Jahr hinaus reicht. Die variierende Symptomatik ist in Übereinstimmung mit den in dieser Untersuchung gewonnenen Ergebnissen (vgl. auch dazu die Auftretenshäufigkeiten der Einzelbeschwerden im Untersuchungsverlauf).

Eine australische Studie über den „Functional status“ nach der Entbindung legte McVeigh (1997) vor. Diese Untersuchung erscheint interessant in Hinsicht auf die Beanspruchung der Mütter in der postpartalen Phase und unterstreicht damit die Bedeutung der Situationsvariablen, wie sie auch in dem hier vorgelegten Modell beschrieben wurden: Untersucht wurden 132 Erst- und Mehrfachmütter mit dem „Inventory of functional status after childbirth (IFSAC)“ mit dem Ziel, den Umfang bestimmter Rollenaktivitäten zu messen. Dazu gehörten: Kinderpflege, Zeit für sich („Self-care“), Haushaltsführung, soziale und gesellschaftliche Tätigkeiten und

berufliches Engagement. Sechs Wochen nach der Entbindung ist das frühere Engagement in den genannten Bereichen nach Einschätzung der Mütter nicht wieder auf demselben Niveau wie praepartal. Ein interessantes Nebenergebnis ist die Länge der Schlafperioden der Babys: 34 % schliefen zum Zeitpunkt 6 Wochen postpartal weniger als vier Stunden zwischen den Mahlzeiten, 66 % mehr als vier Stunden pro Schlafperiode. Die Mütter, deren Babys kurze Schlafperioden aufwiesen, zeigten signifikant weniger Aktivitäten in Bezug auf die Dimensionen „Haushaltsführung“ und „Self-care“.

Die im „Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life-quality im Übergang zur Elternschaft“ beschriebenen Aspekte des „biographischen Ideals“ sowie der „Ziel-Priorisierung bei Zielkonflikten“ und des „Informationseinflusses“ sind ebenfalls in Übereinstimmung mit den Ergebnissen einer Untersuchung von Wiles (1998). In dieser englischen Längsschnittstudie wurden N=37 schwangere übergewichtige Frauen untersucht. Diese wurden mit zwei halbstrukturierten Interviews (praepartal und sechs Wochen postpartal) untersucht. Das Ziel bestand darin, einen Einblick in die Überzeugungen der untersuchten übergewichtigen Frauen in Hinsicht auf das Thema „durchschnittliche“ beziehungsweise „angemessene“ Gewichtszunahme während der Schwangerschaft zu erhalten. Die interpretativ-qualitativ gewonnenen Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Untersuchungsteilnehmerinnen eigene Überzeugungen betreffend einer für Übergewichtige angemessenen Gewichtszunahme entwickeln. Auf dem Hintergrund dieser subjektiven Überzeugungen werden dann die medizinischen Informationen interpretiert und integriert. Der Wunsch, eine ausreichende Versorgung und Ernährung des Babys zu garantieren, war ebenso von Bedeutung wie der Wunsch, die Gewichtszunahme zu minimieren und postpartal nicht mehr als vor der Schwangerschaft zu wiegen.

„While the women's beliefs about their ability to control weight gain varied, in all the accounts there was the desire not to gain excessive amounts of weight in order that the women might return to something close to their pre-pregnancy weight and this was strongly expressed.“ (Wiles, 1998, S. 258)

Einige Mütter empfanden dies als Balanceakt zwischen ihren eigenen Bedürfnissen und denen ihres Kindes. Es fanden sich drei handlungsweisende Überzeugungen: 1. Etwas Gewichtszunahme ist für das Kind notwendig, 2. Es ist keine Gewichtszunahme notwendig, da genügend „Reserven“ vorhanden sind, 3. Es besteht keine Kontrolle über eine Gewichtszunahme, die unvermeidlich erscheint. Auf dem Hintergrund dieser Einstellungen interpretierten die befragten Mütter die Hinweise der professionellen Helfer, was eine angemessene Gewichtszunahme sei. Entsprechend folgert Wiles (1998, S. 260) „Appropriate advice can only be given if such beliefs are identified“. Darüber hinaus empfiehlt sie eine praepartale aber auch eine besondere postpartale Unterstützung speziell für übergewichtige Mütter durch geschulte Hebammen und Diätassistentinnen.

Eine in Australien an 1331 Müttern durchgeführte Untersuchung legen Brown und Lumley vor (1998; 2000). Die mit Hilfe von Fragebogen und Interview gewonnenen Ergebnisse zeigen einen Zusammenhang zwischen der größeren Auftretenswahrscheinlichkeit von Depression (gemessen mit der Edinburgh Postnatal Depression Scale EPD) und dem Auftreten von Müdigkeit, Harn-Inkontinenz, Rückenschmerzen, sexuellen Problemen, Beziehungsproblemen, Darmbeschwerden und dem Auftreten von „kleinen Krankheiten“, wie Erkältungen im Zeitraum bis zu sechs Monaten postpartal. Für die weiter untersuchte Gruppe von N = 204 Müttern konnte bezogen auf den Zeitraum siebter bis neunter Monat postpartal ein Zusammenhang aufgezeigt werden zwischen schlechtem emotionalem Wohlbefinden und Beschwerden durch Müdigkeit, Harninkontinenz und Erkältungskrankheiten („minor illnesses as usual“). Insbesondere folgende physische Probleme traten häufig bei allen Frauen im sechsten bis zum siebten Monat postpartal auf: Erschöpfung, Rückenschmerzen, sexuelle Probleme, Harn-Inkontinenz und Schmerzen des Perineums (Damm).

In Bezug auf die Inanspruchnahme von Unterstützung wünschten sich 49 % von N = 1254 befragten Müttern mehr Hilfe oder Rat in Bezug auf ihre eigene Gesundheit und Erholung seit der Geburt. Als Gesprächspartner für gesundheitliche Probleme gaben die Mütter folgende Personen an: Familie, Freunde (62.2 %), Allgemeinärzte (41.7 %), Krankenschwestern (54.5 %), Gynäkologen (20.2 %). Psychologen und Psychiater werden dagegen nur von 2.2 % der befragten australischen Mütter als Ansprechpartner aufgesucht, wenngleich 27 % der Frauen sich mehr Unterstützung gerade in Hinsicht auf ihr emotionales Wohlbefinden wünschen. Dieses Ergebnis erscheint mir für die hier vorgelegte Untersuchung von Interesse, da sie übereinstimmen mit den Aspekten der „*Situationsmerkmale*“, der „*Fremdakzeptanz*“ und der „*Partnerakzeptanz*“, wie sie in dem vorgelegten Modell beschrieben werden.

Brown & Lumley (1998) folgern zusammenfassend, dass dem postpartalen gesundheitlichen Zustand bisher zuwenig Beachtung geschenkt wurde und dass bei depressiven Frauen die somatische Befundlage, bei somatisch beeinträchtigten Frauen die psychische Befundlage dringend abgeklärt werden sollte. Zudem sind sie der Ansicht, dass Untersuchungen sich nicht nur auf Fragebogen-Ergebnisse beschränken sollten, da Interviews gehaltvollere Daten erbringen. Diese Überlegungen sind im Einklang mit dem in dieser Untersuchung gewählten Vorgehen der Erhebung von physischen und psychischen Beschwerden.

Eine internationale Studie, die vergleichend 632 Erst- und Zweitmütter aus Frankreich und 723 Erst- und Zweitmütter aus Italien mit einbezog, wurde von Saurel-Cubizolles et. al. (2000) vorgelegt. Sie befragten die Mütter drei bis vier Tage nach der Entbindung, fünf Monate postpartal und zwölf Monate postpartal nach ihrem aktuellen Gesundheitszustand sowie nach ihrem Beschäftigungsstatus, ihrer Zufriedenheit mit ihrer Partnerschaft und ihrer finanziellen Situation. Sie fanden in der Tendenz einen signifikanten Anstieg der Symptome in beiden Stichproben zwischen der Messung fünf Monate postpartal und zwölf Monate postpartal. Hohe Prävalenzen erreichten zwölf Monate postpartal die Beschwerden durch Rückenschmerzen (Frankreich: 64.7 %, Italien 50.9 %), durch Kopfschmerzen (Frankreich 38.4 %, Italien 45.1 %), durch Hämorrhoiden (Frankreich 26.2 %, Italien 20.7 %), durch fehlendes sexuelles Interesse (Frankreich 39.6 %, Italien 30.6 %), Schlafstörungen (Frankreich 34.2 %, Italien 31.6 %), Ängstlichkeit (Frankreich 56. %, Italien 55.8 %), Weinerlichkeit/Depression (Frankreich 35.4 %, Italien 31.6 %), extreme Müdigkeit (Frankreich 67.5 %, Italien 60.7 %). Die Autoren fanden erstens bei den französischen Frauen höhere Beschwerdenwerte, zweitens konnten Zusammenhänge zwischen einigen Beschwerden und dem Vorhandensein von finanziellen oder von Partnerschaftsproblemen nachgewiesen werden. Einige Symptome zeigten drittens niedrigere Auftretensraten vor der Schwangerschaft (retrospektiv erfragt) als zwölf Monate postpartal. Es fehlt eine praepartal erhobene Baseline.

Darüber hinaus existieren weitere Untersuchungen, die andere Einflussfaktoren in Bezug auf das psychische Wohlbefinden thematisieren (Romito et.al., 1999), wie zum Beispiel die Bedeutung von Arbeitsverhältnissen (Romito et. al., 1994; Saurel- Cubizolles et. al., 2000).

Zusammenfassende Überlegungen zur Vergleichbarkeit der Untersuchungen

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die postpartale Lebensqualität und die sie definierenden Dimensionen ein zunehmend größeres Interesse finden. Während das postpartale Auftreten von Beschwerden und Symptomen ebenso wie verschiedene andere Aspekte (Rollen, postpartale Stimmungsbilder...) bereits thematisiert wurden, bezogen diese Studien nicht die Selbsteinschätzungen in Hinsicht auf die subjektive Attraktivität mit ein, wie es in dieser Untersuchung der Fall ist.

Betrachtet man die unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen, so finden sich Fragebogen-Studien ebenso wie qualitativ-orientierte Interviewverfahren. Im allgemeinen liegen Querschnitt-Befunde oder Längsschnitt-Untersuchungen mit einem Zeitrahmen bis zu einem Jahr postpartal vor. Es fehlt jeweils die praepartale Baseline. Dieses Problem wird zum Teil über retrospektiv gewonnene Daten bewältigt.

Der Vergleich der Studien gestaltet sich insofern schwierig, da sich die verwendeten Designs, die Methoden, die Messzeitpunkte, die Messzeiträume, die Stichproben (Primi- bzw. Multiparae), die konkreten Fragestellungen und die Instrumente gravierend voneinander unterscheiden. Überdies scheinen auch kulturelle Unterschiede eine Rolle zu spielen. Die Gegenüberstellung der verschiedenen Untersuchungsergebnisse ist demzufolge nur eingeschränkt möglich.

Der hier vorgelegten Untersuchung lagen drei Messungen zugrunde: die ersten vier Monate (T 1 bezeichnet als 4pp), der fünfte bis achte Monat (T2 bezeichnet als 8pp) und schließlich der 32. bis 36. Monat (T3 bezeichnet als 36 pp postpartal). Demgegenüber untersuchten Saurel-Cubizolles et. al. in Italien und Frankreich den Zeitraum bis zum fünften und bis zum zwölften Monat. Brown und Lumley (2000) erfassten dagegen in ihrer australischen Stichprobe das Auftreten der Beschwerden bis zum sechsten/siebten Monat postpartal. Die von Gjerdigen et. al. (1993) vorgelegte Untersuchung einer Stichprobe amerikanischer Frauen umfasste fünf Messzeitpunkte, nämlich den ersten, den dritten, den sechsten, den neunten und den zwölften Monat postpartum.

Zusätzlich zu den genannten Unterschieden weichen die Untersuchungen in der Formulierung ihrer Fragestellung voneinander ab. Es wurde beispielsweise das Auftreten von Beschwerden untersucht (Gjerdigen, 1993) oder auch die Verursachung von Problemen durch Beschwerden (Brown & Lumley, 1998). In den größeren Studien wurden in der Regel die Daten postalisch erhoben und nicht in der face-to-face-Situation. Darüber hinaus unterscheiden sich die Untersuchungen wesentlich durch die Stichprobengrößen und durch die Untersuchungsländer und ihren kulturellen Hintergrund.

Die Ergebnisse zeigen allerdings übereinstimmend, dass die befragten Mütter über verschiedene Symptome in den postpartalen Erhebungszeiträumen berichten. Die Veränderung der Beschwerdenbilder im Zeitverlauf wurde ebenfalls von Gjerdigen (1993) nachgewiesen. Dies ist in Übereinstimmung mit den hier vorgelegten Ergebnissen der Einzelbeschwerden und den im Längsschnitt verglichenen kombinierten Belastungs-Häufigkeits-Werten der Beschwerden.

Der Vergleich der Resultate von Erst- und Mehrfachmüttern erbrachte in dieser Untersuchung ausschließlich signifikante Unterschiede zum dritten Messzeitraum drei Jahre postpartal (auf der Basis derjenigen N = 24 Mütter mit unverändertem generativen Status). Dies galt nicht für die Ergebnisse der vorhergehenden Messzeiträume. Die Unterschiede waren für die Gesamtbeschwerden, für die gynäkologischen Beschwerden, für die orthopädischen und die somatischen Beschwerden signifikant. Dabei erreichten die verbliebenen Erstmütter niedrigere Häufigkeits-Belastungswerte als die Vergleichsstichprobe der Mehrfachmütter. Für die psychischen Beschwerden war kein hinreichend großer signifikanter Unterschied belegbar ($p = .195$), wenngleich auch hier tendenziell Hinweise auf eine niedrigere Belastung der Erstmütter vorliegen.

Unter Berücksichtigung des Messzeitraumes stimmen die Resultate der querschnittlichen Vergleiche mit den Ergebnissen von Saurel-Cubizolles et. al. (2000) und Brown und Lumley (1998) überein. Letztere beschreiben für die meisten Symptome eine für Erst- und Mehrgebärende gleich hohe Auftretenswahrscheinlichkeit, mit Ausnahme von sexuellen Problemen und Schmerzen im Dammbereich. Probleme mit diesen Beschwerden traten häufiger bei den Erstgebärenden im Zeitraum bis zu sechs Monaten postpartal auf. Diese Beschwerden wurden in der hier vorgelegten Untersuchung nicht erfragt und ausgewertet.

11.3 Lebensqualität – ein geeignetes Konzept für den Übergang zur Mutterschaft?

Das ursprüngliche psycho-onkologische Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erscheint in seiner Konstruktion sehr umfassend. Wenngleich sich die Ausgangslage und die antizipierte Entwicklung der betroffenen Kranken von der der Mütter gravierend unterscheidet, erscheinen die die Lebensqualität charakterisierenden Dimensionen dennoch hilfreich für das Verständnis der postpartalen Lebenssituation der Mütter. Die verschiedenen von Weiss (1999) aufgeführten, die Lebensqualität definierenden Dimensionen besitzen ebenfalls für die Lebensqualität der Mütter Relevanz. So ist meines Erachtens die „*Sinnerfüllung*“ als Bewertungs- und Bewältigungsprozess im Sinne von akkomodativem Verhalten zu verstehen, das Transzendenzerfahrungen wiedergeben kann. Der „*Social Support*“ spielt als emotionsstärkendes palliatives Element für die Mütter ebenso eine bedeutende Rolle wie auch als situationsbestimmendes Element im Sinne einer instrumentellen Unterstützung. Die „*positive Grundhaltung*“ charakterisiert die jeweilige Person mit ihren Bewältigungsstrategien und –möglichkeiten, die für das emotionale Wohlbefinden bestimmend sind.

Die von Weiss aufgeführten Aspekte der „*Funktionsfähigkeit*“ und der „*körperlichen Hauptbeschwerden*“ sind als die Charakteristika der individuellen personenbezogenen Körperverfassung zu verstehen. Während diese Merkmale im Zusammenhang mit den Behandlungs- oder Krankheitsfolgen bei Krebskrankungen genannt werden, wurden sie in dem von mir vorgelegten Modell als Symptome gekennzeichnet, die mit dem Übergang zur Mutterschaft verbunden sind und über entsprechende symptomspezifische Charakteristika (z.B. Reversibilität, Normalität, Therapierbarkeit) näher zu klassifizieren sind. Zwei Befunde, die sich mit den Zusammenhängen von wahrgenommener Lebensqualität und mit Beschwerdebildern, die auch in der postpartalen Phase auftreten können, beschäftigen, ergänzen die Überlegungen:

Wie Kolotkin et. al. (2001) in einer amerikanischen Studie zeigten, besteht bei übergewichtigen Frauen und Männern ein Zusammenhang zwischen erreichter Gewichtsabnahme und der subjektiven Lebensqualität (gemessen mit IWFQOL-Lite). Sie fanden insbesondere korrelative Zusammenhänge zwischen der Gewichtsreduktion und der Zunahme der erfragten physischen Funktionen als auch der Zunahme der Selbstwertschätzung. Weiterhin berichten sie von geschlechtsspezifischen Unterschieden: Bei erhöhtem Gewicht berichteten die Frauen von signifikant geringeren Selbstwertschätzungen als die Männer.

Den Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Harninkontinenz untersuchten Vinker et. al. (2001) in einer israelischen Studie. Sie fanden einen diametralen Zusammenhang zwischen der berichteten Lebensqualität und dem Auftreten von Harninkontinenz. Einen positiven Einfluss auf das Auftreten von Inkontinenz zeigten die Variablen Alter, Single-Status, allgemeiner schlechterer Gesundheitszustand, Übergewicht und chronische Krankheiten. Die betroffenen Frauen berichteten über Einschränkungen, sie empfinden das Symptom als soziales Handicap. Geringe Selbstwertschätzung, Schamgefühle, das Gefühl unattraktiv und unnormal zu sein, waren häufig geäußerte Klagen.

Weitere für die Lebensqualität relevante Aspekte stellen die Themen der „*Selbständigkeit*“, der „*Berufstätigkeit*“ und der „*Mobilität*“ dar. Sie werden in dem von mir vorgelegten Modell durch die Situationsbeschreibung erfasst sowie durch den damit verbundenen Anforderungskatalog. Diese Faktoren sind bei vielen Müttern gravierend nach der Entbindung verändert, wenn auch sicherlich in anderer Form als im Falle einer schweren Erkrankung. Das Thema der „*Beweglichkeit*“, auf das in dieser Untersuchung nicht näher eingegangen werden konnte, zeigte

sich auf verschiedene Arten: Als wahrgenommene eingeschränkte Beweglichkeit zum Beispiel, indem die Frauen vom Radfahren absehen müssen, da die Kinder erst ab ca. zwei Jahren in einem eigenen Sitz mitfahren können. Das „Festgesetzt-Sein“ im Sinne einer verringerten Beweglichkeit wurde aber auch von einigen Frauen im Zusammenhang mit dem Stillrhythmus genannt, der vom Kind bestimmt wird und dem sie sich anpassen müssen. Im Gegensatz zu diesen Erfahrungen gab es aber auch durchaus Nennungen, die sich auf eine empfundene größere Beweglichkeit bezogen. Dies war vor allem bei denjenigen Frauen der Fall, die ihr Kind auch in fremder Umgebung stillten.

Solche Themen wie Berufstätigkeit und Partnerschaftsentwicklung sind für die Mütter von großer Wichtigkeit. Sie wurden im Rahmen anderer Studien (s. Saurel-Cubizolles et.al. 2000) ausführlich untersucht. Im Kontext mit dem subjektiven Körper-Erleben in der postpartalen Phase zeigte sich der Aspekt der Berufstätigkeit zum einen als situations- und anforderungsbestimmendes Element, zum anderen wirkte er darüber hinaus auch als strategiebestimmendes Element.

Im Kontext mit der postpartalen Partnerschaftsentwicklung, insbesondere im Zusammenhang mit dem sexuellen Partnerschaftsverlauf, ist das subjektive Körper-Erleben der Mütter in der postpartalen Phase von großer Bedeutung. Symptome wie Müdigkeit, Rückenschmerzen, Erschöpfung wirken ebenso auf die Bereitschaft der Frauen, als auch die subjektive Bewertung der wahrgenommenen Attraktivität des eigenen (veränderten) Körpers.

12 Ausblick

Nach den vorgelegten Resultaten und der Sichtung anderer Studien erscheint eine weitere differenzierte Untersuchung der mütterlichen gesundheitlichen Verfassung auch in Hinsicht auf die subjektive Bewältigung von nicht-medizinisch relevanten Veränderungen notwendig zu sein, nicht zuletzt, um entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Dabei sollten ausser der subjektiven Einschätzung der Betroffenen auch die Fremdeinschätzungen der Partner erhoben werden. Weiterhin erscheint ein Vergleich der Bewältigungsstrategien der Erst- und Mehrfachmütter von Interesse. Dies konnte im Rahmen dieser Untersuchung nur begrenzt erfolgen.

Die Untersuchung größerer Stichproben mit Fragebogen- und Interviewverfahren könnte weitere fundierte Ergebnisse erbringen. Dies sollte im Rahmen von gesundheitswissenschaftlichen Studien, die den entwicklungspsychologischen Übergang zur Elternschaft integrativ berücksichtigen, verstärkt umgesetzt werden.

13 Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (4. Revision). (DSM IV – deutsche Ausgabe). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Angermeyer, M. C., Kilian, R. und Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.

Averbeck, M., Leiberich, P., Grote-Kusch, M.T., Olbrich, E., Schröder, A., Brieger, M., Schumacher, K. (1997). Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SEL). Göttingen: Hogrefe.

Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M., Banks, P. (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young woman with breast cancer. Psychoonkology. 1998 March - April; 7(2): 89 – 100. ISSN: 1057 – 9249.

Bortz, J., Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. 2. Überarbeitete Auflage. Berlin: Springer Verlag.

Bortz, J., Lienert, G. A.. (1998). Kurzgefaßte Statistik für die klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben. Berlin: Springer.

Bowling, A. (1997). Measuring health. A review of quality of life measurement scales. Second edition. Buckingham: Open University Press.

Brähler, E., Goldschmidt, S., Kupfer, J. (2001). Männer und Gesundheit. In: Brähler, E., Kupfer, J. (Hrsg.). (2001). Mann und Medizin. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 19. Göttingen: Hogrefe. S. 11 – 34.

Brähler, E., Kupfer, J. (2001). Mann und Medizin. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 19. Göttingen: Hogrefe.

Brandstätter, J., Gräser, H. (1999). Entwicklungsorientierte Beratung. In: Oerter, R., Hagen, von C., Röper, G., Noam, G. (Hrsg.). Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz Verlag. S. 335 – 351.

Brandstätter, J., Greve, W. (1992). Das Selbst im Alter: Adaptive und protektive Mechanismen. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie. 24, 269 – 297. (Kap. 13, 21)

Brandstätter, J., Greve, W. (1994). The aging self. Stabilizing and protective processes. Developmental review, 14, 52 – 80, Kap. 29.

Brasch, C., Richberg, I. (1993). Das ehrliche Buch vom Kinderkriegen. München: Mosaik.

Brazelton, T. B., Cramer, B. G. (1991). Die frühe Bindung: die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 67- 69.

- Brown, S., Lumley, J. (1998). Maternal health after childbirth: results of an Australian population survey. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 105, S. 156 – 161.
- Brown, S., Lumley, J. (2000). Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven month postpartum. *British Journal of obstetrics and gynaecology*. 107, S. 1194 – 1201.
- Brüsemeister, T. (2000). Qualitative Forschung. Ein Überblick. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Bugg, G. J., Kiff, E. S., Hosker, G. (2001). A new condition-specific health-related quality of life questionnaire for the assessment of women with anal incontinence. *British journal of obestrics and gynaecology*, 198, S. 1057 – 1067.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.
- Clement, U., Löwe, B. (1996). Fragebogen zum Körperbild (FKB-20) Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Deusinger, I. M. (1998). Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS): Handanweisung mit Bericht über vielfältige Validierungsstudien. Göttingen: Hogrefe.
- Du Bois, R. (1990). Körper-Erleben und psychische Entwicklung. Phänomenologie, Psychodynamik und Psychopathologie des Körrper-Erlebens. Göttingen: Hogrefe.
- Egli, H. (1987). What constitutes quality of life? Methodological considerations and suggestions for clinical practice. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 22 (133), S. 87 – 89.
- Engelhardt, D. von. (1999). Krankheit, Schmerz und Lebenskunst: Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung. München: Beck.
- Engfer, A. (1996). Entwicklungspsychologie II. Humanentwicklung über die Lebensspanne. Paderborn: Janus Druck. S. 44 – 47.
- Faltermaier, Toni. (1996). Qualitative Forschungsmethoden in der Gesundheitsforschung: Gegenstände, Ansätze, Probleme. In: Brähler, E., Adler, C. (Hrsg.). (1996). Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren. Gießen: Psychosozial Verlag. S. 105 – 129.
- Ferrell, B., Grant, M., Funk, B., et.al. (1996). Quality of life in breast cancer. *Cancer-Pract*. 1996 Nov. – Dez.; 4 (6): 331 – 40.
- Fervers-Schorre, B. (1991). Einleitung. In: Fervers-Schorre, B., Dmoch, W. (Hrsg.). 1991. *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1991/1992*. Berlin: Springer. S.1.
- Flick, U. (2000). Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.). (2000). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Reinbek. S. 252 – 265.
- Fthenakis, W., Kalicki, B., Peitz, G. (2002). Paare werden Eltern. Die Ergebnisse der LBS-Familien-Studie. Opladen: Leske + Budrich.
- Gauda, G. (1991). Vater werden... *Systhema* 3/91, 5, S. 24 – 33.

Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In A. Giorgi (Ed.) *Phenomenology and psychological research*. (pp. 8 – 22). Pittsburg, PA: Duquesne University Press. Zitiert nach Mayring, P. (1999) *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.

Gjerdigen, D. K., Froberg, D.G., Chaloner, K. M., McGovern, P. M. (1993). Changes in women's physical health during the first postpartum year. *Archives of family medicine*. Chicago, Ill. 2 (3), 277 – 283.

Gloge-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt: psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer.

Hahlweg, K., Dose, M. (1998). *Schizophrenie. Fortschritte der Psychotherapie*. Band 2. Göttingen: Hogrefe.

Herrmann, H. (2000). Interviewen als Tätigkeit. In: Flick, U., Kardorff, E., von, Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: Reinbek. S. 360-368.

Hess, H., Montag, H.-J., Schutt, K. (1992). *Natürliche Behandlungsmethoden bei Rückenschmerzen*. Niedernhausen: Falken.

Hopf, C. (2000). Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, U., Kardorff, E., von, Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: Reinbek. S. 349 – 360.

Hugl, U. (1995). *Qualitative Inhaltsanalyse und mind mapping. Ein neuer Ansatz für Datenauswertung und Organisationsdiagnose*. Wiesbaden: Gabler.

Huwiler, K. (1995). Herausforderung Mutterschaft: eine Studie über das Zusammenspiel von mütterlichem Erleben, sozialen Beziehungen und öffentlichen Unterstützungsangeboten im ersten Jahr nach der Geburt. 1. Auflage. Hans Huber: Bern.

Kallmeyer, W., Schütze, F. (1976). Konversationsanalyse. In: *Studium Linguistik*, 1, S. 1- 28.

Kapfhamer, H. P., Mayer, C. (1996). Der Übergang zur Vaterschaft. Entwicklungsaufgabe, Krise und Reifungsschritt. Anmerkungen zum Couvade-Syndrom. In: Brähler, E., Unger, U. (Hrsg.). (1996). *Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft: empirische Studien*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 71 – 90.

Kauffels, W. (1995). Unfreiwilliger Harnverlust der Frau - Herausforderung für eine psychosomatisch orientierte gynäkologische Sprechstunde. In: Frick-Bruder, V., Kentenich, H. u. Scheele, M. (Hrsg.). *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 1994*. Gießen: Psychosozial Verlag. S. 161 - 167.

Knäuper, B., Schwarzer, R. (1999). Gesundheit über die Lebensspanne. In: Oerter, R., Hagen von, C., Röper, G., Noam, G. (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz. S. 711 – 728.

Kolotkin, R., Crosby, R., Williams, G., Hartley, G., Nicol, S. (2001). The relationship between health-related-quality-of-life and weight loss. *Obesity Research*, 9 (9), s. 564 – 571.

Krischke, N., Petermann, F. (1995). Lebensqualität: Erhebungsinstrumente und Ergebnisse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*. 43, Heft 1, S. 34 – 57.

Kröner-Herwig, B. (2000). Rückenschmerz. Reihe: Fortschritte der Psychotherapie. Manuale für die Praxis. Band 10. Göttingen : Hogrefe.

Kruse, A. (1995). Risiken des Alters in Zeiten gesellschaftlicher Umbrüche. In: Senf, W. (Hrsg.) 1995. Gesellschaftliche Umbrüche: Individuelle Antworten. Frankfurt: VAS. S. 38 – 58.

Lamnek, S. (1995). Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. 3. Korrigierte Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union. S. 79 ff.

Lamnek, S. (1995). Qualitative Sozialforschung. Band 1. Methodologie. 3. Korrigierte Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Lamnek, S. (1995). Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. 3. Korrigierte Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Lanczik, M, Brockington, I. F. (1999). Das postpartale dysphorische Syndrom. Psychopathologie, Diagnostik und Ätiologie. In: Fortschritte der Neurologischen Psychiatrie. 67, S. 60 – 67.

Laux, L., Schütz, A. (1996). Stressbewältigung und Wohlbefinden in der Familie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.

Lienert G. A., Sarris, V. (1980). In: Arnold, W., Eysenck, H.J., Meili, R. (1980) Lexikon der Psychologie. Freiburg: Herder. Dritter Band. S. 2484 - 2489.

Lohaus, A. (1983). Möglichkeiten individuumzentrierter Datenerhebung. Münster: Aschendorff. (Arbeiten zur sozialwissenschaftlichen Psychologie).

Lohaus, A., Klein-Heßling, J. (1999). Kinder im Stress – und was Erwachsene dagegen tun können. München: Beck.

Lothrop, H. (1993). Das Stillbuch. 18. Auflage. München: Kösel.

Mayring, P. (1999). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 4. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

McVeigh, C. (1997). An Australian Study of functional status after childbirth. Midwifery: 13 (4), S. 172 – 178.

Merton R. K., Kendall, P. (1956). The focused interview. Glencoe, Ill. Zitiert nach: Lamnek, S. (1995). Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. 3. Korrigierte Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union. S. 79.

Merton, R. K., Kendall, P. (1984). Das fokussierte Interview. In: Hopf, C., Weingarten, E. (Hrsg.) Qualitative Sozialforschung. Stuttgart: Enke. S. 171 – 204.

Montada, L. (1987). Themen, Traditionen, Trends. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.) Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. 2. Auflage. München: Psychologie Verlags-Union. S. 1 –87.

- Moos, R. H. (1968). The development of a menstrual distress questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, 30, S. 835 – 867. Zitiert nach: Unger, U., Rammsayer, T. (1996). „Himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt“. Eine Literaturübersicht zum Postpartum Blues und Ergebnisse einer klinischen Studie. In: Brähler, E., Unger, U. (Hrsg.). (1996). Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft: empirische Studien. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 153 - 174.
- Olbrich, E. (1987). Frühes Erwachsenenalter: Entwicklung im Familienzyklus. In: Oerter, R., Montada, L. Hrsg. *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. 2. Auflage. München: Psychologie Verlags-Union. S. 339 – 361.
- Papousek, M. (1999). Regulationsstörungen in der frühen Kindheit: Entstehungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind Beziehungen. In: Oerter, R., Hagen von, C., Röper, G., Noam, G. (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz. S. 148 – 170.
- Riecher-Rössler, A. (1997). Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. In: *Fortschritte Neurologischer Psychiatrie*. 65, S. 97 – 107.
- Riegel, K. F. (1975 a). Toward a dialectic theory of development. *Human Development*, 18, 50 – 64. Zitiert nach Gloger-Tippelt. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt: psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer. S.14.
- Riegel, K. F. (1975 b). Adult life crisis: A dialectic interpretation of development. In: Datani, N. & Ginsberg, L.H. (Hrsg.) *Life-span development psychology. Nonnormative life crisis*. New York: Academic Press, 99 – 128. Zitiert nach: Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt: psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer. S.14.
- Romito, P. , Saurel-Cubizolles, M., Cuttini, M. (1994). Mothers health after the first birth of a child: The case of employed women in an Italian city. *Women & health.*, 21 (2/3), S. 1 –22.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M., Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after childbirth in Italy and France. *Social Science and Medicine*, 49, S. 1651 – 1661.
- Saurel-Cubizolles, M., Romito, P., Ancel, P., Lelong, N. (2000). Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France. *Journal of epidemiology & and community health*, 54, S. 185 – 191.
- Saurel-Cubizolles, M., Romito, P., Lelong, N., Ancel, P. (2000). Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, S. 1202 – 1209.
- Schmidt, C. (2000). Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.). (2000). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: Reinbek. S. 447 – 456.
- Schneewind, K. (1987). Familienentwicklung. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.) *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. 2. Auflage. München: Psychologie Verlags-Union. S. 971 – 1017.
- Schulze, C., Messerschmidt, S., Miksa, M., Wehn, B. (1995). Selbstwahrnehmung und Selbstbewertung bei Frauen mit perimenstrueller Symptomatik. In: Frick-Bruder, V., Kentenich, H. u. Scheele, M. (Hrsg.). *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 1994*. Gießen: Psychosozial Verlag. S. 151 -160.

- Schwarz, R., Hinz, A. (2001). Reference data for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 in the general german population. *The European journal of cancer*. 1345 – 1351.
- Sherwood, N. (1996). Pleasure, choice and the quality of everyday life. In: Sherwood, N., Warburton, D. M. 1996. *Pleasure and quality of life*. Chichester: John Wiley & sons. S. 275 – 281.
- Sichtermann, B. (1992). *Vorsicht Kind*. Berlin: Wagenbach.
- Sichtermann, B. (1993). *Leben mit einem Neugeborenen*. Frankfurt: Fischer.
- Siegel, S. (1997). *Nichtparametrische statistische Methoden*. 4. Auflage. Eschborn: Klotz.
- Strauss, A. (1998). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung*. 2. Auflage. München: Fink.
- Strauß, B., Richter-Appelt, H. (1996). *Der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FbeK)* (Originalfassung und Revision) Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B., Appelt, H. (1986). Erfahrungen mit einem Fragebogen zum Körpererleben. In: Brähler, E. (Hrsg.) *Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele* (S. 220 – 231). Berlin: Springer.
- Thiele, A., Degenhardt, A., Jaursch-Hancke, C. (2001). Bewältigung körperlicher Altersveränderungen bei gesunden Männern. In: Brähler, E., Kupfer, J. (2001). *Mann und Medizin. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* 19. Göttingen: Hogrefe. S. 54 – 72.
- Uexküll, Th. von. (1997). (Hrsg.) *Subjektive Anatomie: Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Unger, U., Rammsayer, T. (1996). „Himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt“. Eine Literaturübersicht zum Postpartum Blues und Ergebnisse einer klinischen Studie. In: Brähler, E., Unger, U. (Hrsg.). (1996). *Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft: empirische Studien*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 153 - 174.
- Weiss, M. (1999). Sinn-Erleben als Kriterium der Lebensqualität bei Krebspatienten? Eine faktorenanalytische Studie zum Konzept der Lebensqualität in der Psycho-Onkologie. In: *Report Psychologie*, 11-12/1999. S.26 – 27.
- Weltgesundheitsorganisation (1992). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 10. Revision (ICD 10 – deutsche Ausgabe)*. Bern: Hans Huber.
- Wiles, R. (1998). The views of women of above average weight about appropriate weight gain in pregnancy. *Midwifery*: 14 (4), S. 254 – 260.
- Zerssen, von, D. (1976). *Beschwerden-Liste (B-L)*. Klinische Selbstbeurteilungsskalen. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.

14 Anhang

Anhang

- A. Instrumente
- B. Trennschärfen Cronbachs α
- C. FemBeschwerden-Liste Gesamtstichprobe
- D. FemBeschwerden-Liste Erstmütter
- E. FemBeschwerden-Liste Mehrfachmütter
- F. FemBeschwerden-Liste (Querschnittvergleiche)
- G. Ratings (Längsschnittvergleiche)
- H. Ratings (Querschnittvergleiche)
- I. Signifikante Korrelationen FemBeschwerden-Liste und Ratings
- J. Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life quality im Übergang zur Elternschaft

Erläuterungen:

Siges0	Summenwert für die gesamte FemBeschwerden-Liste zu T0
Siges4	Summenwert für die gesamte FemBeschwerden-Liste zu T1
Siges8	Summenwert für die gesamte FemBeschwerden-Liste zu T2
Siges36	Summenwert für die gesamte FemBeschwerden-Liste zu T3
Sisoma(x)	Summenwert für die Unterskala somatische Beschwerden zu Tx
Sipsy(x)	Summenwert für die Unterskala psychische Beschwerden zu Tx
Siorth(x)	Summenwert für die Unterskala orthopädische Beschwerden zu Tx
Sigyn(x)	Summenwert für die Unterskala gynäkologische Beschwerden zu Tx

Anhang A (Instrumente)

- Anschreiben
- Fem-Beschwerden-Listen T0, T1, T2, T3
- Interviewerleitfaden für die Erstmütter-Interviews

An
Frau xy
Strasse Nr. 100
33000 PADERBORN

24.7.96

LBS - Studie „Übergang zur Elternschaft“

Sehr geehrte Frau xy,

im Rahmen der LBS - Studie „Übergang zur Elternschaft“ und meiner damit verbundenen Doktorarbeit interessieren mich noch einige Fragen. Insbesondere interessiere ich mich für die körperliche und seelische Verfassung der Mütter seit der Geburt.
Diese Befragung war ursprünglich nicht geplant. Ich würde mich aber sehr freuen, wenn ich mit Ihnen über Ihre Erfahrungen sprechen könnte.

Ich werde mich deshalb in den nächsten Tagen bei Ihnen melden, um einen Termin mit Ihnen abzustimmen.

Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig und die erhobenen Daten unterliegen natürlich dem Datenschutz.

Mit freundlichen Grüßen

Birgit Sievers-Böckel
Diplom-Psychologin

Fragebogen für Frauen !

Liebe Teilnehmerin ,

ich freue mich, dass Sie an der Fragebogen-Studie im Rahmen meiner Doktorarbeit teilnehmen wollen.

Ich befrage für diese Untersuchung Frauen mit und Frauen ohne Kinder. In diesem Teil der Untersuchung interessieren mich die Frauen ohne Kinder.

Ich möchte Sie bitten Ihre gesundheitliche und psychische Befindlichkeit auf den folgenden Seiten einzuschätzen.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen der Fragen folgende Punkte:

- Die einzelnen Teile des Fragebogens werden jeweils erklärt. Bitte lesen Sie die Bearbeitungshinweise aufmerksam durch.
- Alle Angaben sind streng vertraulich, die Ergebnisse bleiben anonym. Um die Antworten vergleichen zu können, benötige ich jedoch ein paar Angaben zu ihrer Person.
- Es gibt keine „guten“ oder „schlechten“ Antworten. **Bitte antworten Sie so, wie es auf Sie persönlich zutrifft.**
- Denken Sie nicht zu lange über einzelne Fragen nach, sondern geben Sie im Zweifelsfall die Antwort, die auf Sie am ehesten zutrifft.
- Wenn Sie eine Antwort korrigieren wollen, streichen Sie sie bitte durch und markieren die richtige.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Bitte beachten : Dieser Fragebogen ist nur für Frauen ohne Kinder !

Beschwerdenliste

Code

Datum

Im folgenden finden Sie eine Auflistung von Beschwerden. Bitte kreuzen Sie an, welche davon in den letzten vier Monaten auf Sie zutrafen und wie belastend Sie dies empfunden haben.

Wie häufig traten diese
Beschwerden auf?

**Wie belastend waren
diese Beschwerden?**

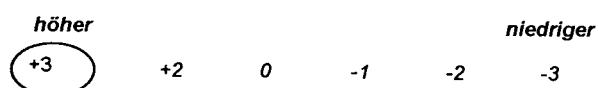
1. Müdigkeit
 2. zu hoher Blutdruck
 3. zu niedriger Blutdruck
 4. Verstopfung
 5. Durchfall
 6. Kopfschmerzen
 7. Atembeschwerden
 8. Wasserlassen z.B. beim Lachen, Niesen
 9. Nervosität und Reizbarkeit
 10. Schwindelgefühle
 11. Krampfadern und Blutstauungen
 12. Erschöpfung
 13. Appetitlosigkeit
 14. Hautausschlag
 15. Erbrechen
 16. Krankenhausaufenthalte
 17. Kreuz- und Rückenschmerzen
 18. Allergien
 19. übermäßig starke Gewichtsabnahme
 20. Angstgefühle
 21. Hämorrhoiden
 22. Einschlaf Schwierigkeiten
 23. Durchschlafprobleme aufgrund von Lärm
 24. Durchschlafprobleme ohne Anlaß
 25. Niedergeschlagenheit

	Wie häufig traten diese Beschwerden auf ?			Wie belastend waren diese Beschwerden ?		
	gar nicht	manchmal	häufig	gar nicht	etwas	sehr
26. Übelkeit	1	2	3	1	2	3
27. untypische Blutungen	1	2	3	1	2	3
28. Erkältungen	1	2	3	1	2	3
29. Magen- Darm-Beschwerden	1	2	3	1	2	3
30. Arm- / Schulterschmerzen	1	2	3	1	2	3
31. Haarausfall, Haarprobleme	1	2	3	1	2	3
32. trockene Scheide	1	2	3	1	2	3
33. Herzarrhythmien	1	2	3	1	2	3
34. Nierenprobleme	1	2	3	1	2	3
35. Knieschmerzen	1	2	3	1	2	3
36. Augenflimmern	1	2	3	1	2	3
37. hormonelle Probleme	1	2	3	1	2	3
38. Probleme mit Brüsten, Brustwarzen	1	2	3	1	2	3
39. Psychische Labilität, Empfindlichkeit	1	2	3	1	2	3
40. Gelenkschmerzen, Arthrose	1	2	3	1	2	3
41. Kraftlosigkeit	1	2	3	1	2	3
42. Sehnenscheidenentzündung	1	2	3	1	2	3
43. Menstruationsschmerzen	1	2	3	1	2	3
44. Migräne	1	2	3	1	2	3
45. Brustentzündung	1	2	3	1	2	3
46. Schweißausbrüche	1	2	3	1	2	3
47. Muskelverspannung	1	2	3	1	2	3
48. übermäßig starke Gewichtszunahme	1	2	3	1	2	3
49. andere Beschwerden: _____	1	2	3	1	2	3

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Bitte lesen Sie zunächst das Beispiel:

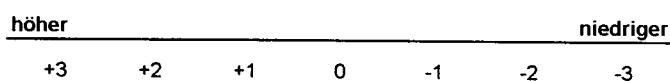
Beispiel: Bitte vergleichen Sie Ihr Selbstbewußtsein in den letzten vier Monaten bis heute im Vergleich zu der Zeit vor einem Jahr.

Wenn Sie sich heute und in den letzten vier Monaten deutlich selbstbewußter fühlten, als in der Zeit vor einem Jahr, dann kreuzen Sie so an:

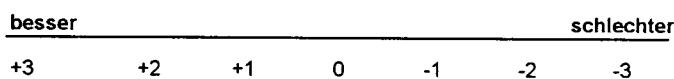


Bitte geben Sie Ihre Einschätzung für die letzten vier Monate bis heute wieder :

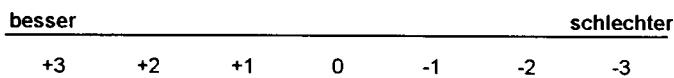
50. Wie schätzen Sie heute Ihre Attraktivität ein im Vergleich zu der Zeit vor einem Jahr ?



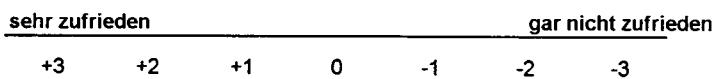
51. Wie schätzen Sie heute Ihr körperliches Wohlbefinden ein im Vergleich zu der Zeit vor einem Jahr ?



52. Wie schätzen Sie heute Ihr seelisches Wohlbefinden ein im Vergleich zu der Zeit vor einem Jahr ?



53. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gewicht im Vergleich zu der Zeit vor einem Jahr ?



Nun bitte ich Sie noch ein paar allgemeine Fragen zu beantworten:

Geburtsdatum

_____ / _____
Monat Jahr

Sind Sie oder waren Sie schon einmal schwanger ?

Ja

Nein

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an und tragen gegebenenfalls ein Datum ein:

Ihr jetziger Familienstand ?

Mehrfachantworten sind möglich

ledig

verheiratet seit _____ (Jahr)

getrennt von früheren Partner seit _____ (Jahr)

geschieden seit _____ (Jahr)

verwitwet seit _____ (Jahr)

sonstiger Familienstand

Ausbildung und Berufstätigkeit:

- Haupt- Volksschule ohne abgeschlossene Berufsausbildung
- Haupt-, Volksschule mit abgeschlossener Berufsausbildung
- Mittlere Reife (Realschule, Handelsschule, Mittelschule)
- Abitur, Fachabitur
- Hochschulbesuch (Universität, Fachhochschule)
- Hochschulstudium mit Abschluß (Universität, Fachhochschule)
- andere Ausbildung: _____

In welchem Beruf sind Sie ausgebildet ?

In welchem Beschäftigungsverhältnis stehen Sie oder standen Sie zuletzt?

- nicht erwerbstätig, arbeitslos
- in Ausbildung
- Schülerin , welche Schulform_____?
- selbstständig
- leitende Angestellte
- nichtleitende Angestellte
- Beamtin (gehobene oder höhere Laufbahn)
- Beamtin (einfache oder mittlere Laufbahn)
- Facharbeiterin
- Arbeiterin ohne Ausbildung
- mithelfende Familienangehörige
- sonstiges Beschäftigungsverhältnis_____
- bislang keine Berufstätigkeit

Wie hoch sind Ihre eigenen monatlichen Einkünfte ?
(Netto-Einkünfte; nicht die Einkünfte Ihres Partners)

- keine eigenen Einkünfte
- unter 500 DM
- unter 1000 DM
- unter 1500 DM
- unter 2000 DM
- unter 3000 DM
- unter 4000 DM
- unter 5000 DM
- unter 6000 DM
- mehr als 6000 DM

Raum für Anmerkungen:

Beschwerden nach der Geburt

ANSWER

Datum

In der Zeit nach der Geburt können verschiedene Beschwerden auftreten. Bitte kreuzen Sie an, welche davon in den ersten vier Monaten nach der Entbindung auf Sie zutrafen (die nachfolgenden Monate werden extra erfragt !). Für Beschwerden, die nicht aufgetreten sind, erübrigt sich die zweite Antwort.

	Wie häufig traten diese Beschwerden auf ?			Wie belastend waren diese Beschwerden ?		
	gar nicht	manchmal	häufig	gar nicht	etwas	sehr
1. Müdigkeit	1	2	3	1	2	3
2. zu hoher Blutdruck	1	2	3	1	2	3
3. zu niedriger Blutdruck	1	2	3	1	2	3
4. Verstopfung	1	2	3	1	2	3
5. Durchfall	1	2	3	1	2	3
6. Kopfschmerzen	1	2	3	1	2	3
7. Atembeschwerden	1	2	3	1	2	3
8. Wasserlassen z.B. beim Lachen, Niesen	1	2	3	1	2	3
9. Nervösität und Reizbarkeit	1	2	3	1	2	3
10. Schwindelgefühle	1	2	3	1	2	3
11. Krampfadern und Blutstauungen	1	2	3	1	2	3
12. Erschöpfung	1	2	3	1	2	3
13. Appetitlosigkeit	1	2	3	1	2	3
14. Hautausschlag	1	2	3	1	2	3
15. Erbrechen	1	2	3	1	2	3
16. Krankenhausaufenthalte	1	2	3	1	2	3
17. Kreuz- und Rückenschmerzen	1	2	3	1	2	3
18. Allergien	1	2	3	1	2	3
19. übermäßig starke Gewichtsabnahme	1	2	3	1	2	3
20. Angstgefühle	1	2	3	1	2	3
21. Hämorrhoiden	1	2	3	1	2	3
22. Einschlaf Schwierigkeiten	1	2	3	1	2	3
23. Durchschlafprobleme, verursacht durch das Kind	1	2	3	1	2	3
24. Durchschlafprobleme ohne Anlaß	1	2	3	1	2	3
25. Niedergeschlagenheit	1	2	3	1	2	3
26. Übelkeit	1	2	3	1	2	3
27. untypische Blutungen	1	2	3	1	2	3
28. Erkältungen	1	2	3	1	2	3
29. Magen-Darm-Beschwerden	1	2	3	1	2	3
30. Arm- / Schulterschmerzen	1	2	3	1	2	3

	Wie häufig traten diese Beschwerden auf?			Wie belastend waren diese Beschwerden?		
	gar nicht	manchmal	häufig	gar nicht	etwas	sehr
31. Haarausfall, Haarprobleme	1	2	3	1	2	3
32. trockene Scheide	1	2	3	1	2	3
33. Herzarrhythrien	1	2	3	1	2	3
34. schmerzende Kaiserschnitt-Naht	1	2	3	1	2	3
35. schmerzende Dammschnitt-, Dammriß-Naht	1	2	3	1	2	3
36. schmerzende Scheidenriß-Naht	1	2	3	1	2	3
37. hormonelle Probleme	1	2	3	1	2	3
38. Probleme mit Brüsten, Brustwarzen	1	2	3	1	2	3
39. Psychische Labilität, Empfindlichkeit	1	2	3	1	2	3
40. Gelenkschmerzen, Arthrose	1	2	3	1	2	3
41. Kraftlosigkeit	1	2	3	1	2	3
42. Sehnenscheidenentzündung	1	2	3	1	2	3
43. Menstruationsschmerzen	1	2	3	1	2	3
44. Migräne	1	2	3	1	2	3
45. Brustentzündung	1	2	3	1	2	3
46. Schweißausbrüche	1	2	3	1	2	3
47. Muskelverspannung	1	2	3	1	2	3
48. andere Beschwerden:	1	2	3	1	2	3

Bitte geben Sie Ihre Einschätzungen für die ersten vier Monate nach der Geburt wieder:

Beispiel: Wenn Sie sich sehr attraktiv fühlten, dann kreuzen Sie so an:

höher _____ *niedriger*

49. Wie schätzen Sie Ihre Attraktivität ein im Vergleich zu der Zeit vor 1 1/2 Jahren:

höher							niedriger
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	

50. Wie schätzen Sie Ihr körperliches Wohlbefinden ein im Vergleich zu der Zeit vor 1 1/2 Jahren:

besser								schlechter
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3		

51. Wie schätzen Sie Ihr seelisches Wohlbefinden ein im Vergleich zu der Zeit vor 1 1/2 Jahren:

besser								schlechter
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3		

52. Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht im Vergleich zu der Zeit vor 1 1/2 Jahren:

sehr zufrieden	gar nicht zufrieden					
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

53. Waren Sie vom 1. - 4. Monat nach der Entbindung in medizinischer oder therapeutischer Behandlung? Bitte kreuzen Sie an:

Ja Nein

54. Weshalb waren Sie in Behandlung ?

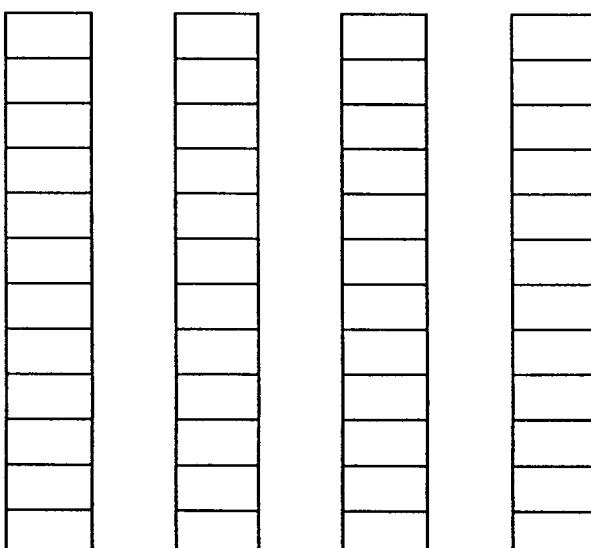
55. Wegen welcher Beschwerden waren Sie schon vor der Schwangerschaft in Behandlung?

56. Sind Sie wieder schwanger? ja nein

Wie häufig waren Sie selbst (nicht Ihr Kind !) in den ersten vier Monaten nach der Entbindung in Behandlung bei:

nie 1 - 3 mal 4 - 6 mal mehr als 7 mal

57. Hausarzt, -ärztin
 58. Frauenarzt, -ärztin
 59. Orthopäde, -in
 60. Zahnarzt, -ärztin
 61. Hautarzt, ärztin
 62. Internist, -in
 63. Krankengymnast, -in
 64. Heilpraktiker, -in
 65. Psychotherapeut, -in
 66. Hebammme
 67. andere: _____
 68. andere:



Ich danke Ihnen für die Beantwortung der Fragen!

Beschwerden nach der Geburt

ANSWER

Datum

In der Zeit nach der Geburt können verschiedene Beschwerden auftreten. Bitte kreuzen Sie an, welche davon seit dem **5. Monat nach der Entbindung bis heute** auf Sie zutrafen bzw. zutreffen.

Für Beschwerden, die nicht aufgetreten sind, erübrigt sich die zweite Antwort.

Wie häufig traten diese Beschwerden auf ?

**Wie belastend waren
diese Beschwerden ?**

gar nicht manchmal häufig

gar nicht etwas sehr

1. Müdigkeit
 2. zu hoher Blutdruck
 3. zu niedriger Blutdruck
 4. Verstopfung
 5. Durchfall
 6. Kopfschmerzen
 7. Atembeschwerden
 8. Wasserlassen z.B. beim Lachen, Niesen
 9. Nervösität und Reizbarkeit
 10. Schwindelgefühle
 11. Krampfadern und Blutstauungen
 12. Erschöpfung
 13. Appetitlosigkeit
 14. Hautausschlag
 15. Erbrechen
 16. Krankenhausaufenthalte
 17. Kreuz- und Rückenschmerzen
 18. Allergien
 19. übermäßig starke Gewichtsabnahme
 20. Angstgefühle
 21. Hämorrhoiden
 22. Einschlaf Schwierigkeiten
 23. Durchschlafprobleme, verursacht durch das Kind
 24. Durchschlafprobleme ohne Anlaß
 25. Niedergeschlagenheit
 26. Übelkeit
 27. untypische Blutungen
 28. Erkältungen
 29. Magen- Darm- Beschwerden
 30. Arm- / Schulterschmerzen

Wie häufig traten diese Beschwerden auf?

**Wie belastend waren
diese Beschwerden ?**

gar nicht manchmal häufig

gar nicht etwas sehr

31. Haarausfall, Haarprobleme
 32. trockene Scheide
 33. Herzarrhythmien
 34. schmerzende Kaiserschnitt-Naht
 35. schmerzende Dammschnitt-, Dammriß-Naht
 36. schmerzende Scheidenriß-Naht
 37. hormonelle Probleme
 38. Probleme mit Brüsten, Brustwarzen
 39. Psychische Labilität, Empfindlichkeit
 40. Gelenkschmerzen, Arthrose
 41. Kraftlosigkeit
 42. Sehnenscheidenentzündung
 43. Menstruationsschmerzen
 44. Migräne
 45. Brustentzündung
 46. Schweißausbrüche
 47. Muskelverspannung
 48. andere Beschwerden:

Bitte geben Sie Ihre Einschätzungen für die Zeit vom 5. Monat nach der Geburt bis heute wieder:

Beispiel: Wenn Sie sich sehr attraktiv fühlten, dann kreuzen Sie so an:

<i>höher</i>							<i>niedriger</i>
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	

49. Wie schätzen Sie Ihre Attraktivität ein im Vergleich zu der Zeit vor 1 1/2 Jahren:

höher							niedriger
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	

50. Wie schätzen Sie Ihr körperliches Wohlbefinden ein im Vergleich zu der Zeit vor 1 1/2 Jahren:

besser							schlechter
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	

51. Wie schätzen Sie Ihr seelisches Wohlbefinden ein im Vergleich zu der Zeit vor 1 1/2 Jahren:

A horizontal scale with the word "besser" at the left end and "schlechter" at the right end. Below the scale are numerical markers: +3, +2, +1, 0, -1, -2, and -3.

52. Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht im Vergleich zu der Zeit vor 1 1/2 Jahren:

sehr zufrieden **gar nicht zufrieden**

+3 +2 +1 0 -1 -2 -3

53. Waren Sie vom 5. Monat nach der Entbindung bis heute in medizinischer oder therapeutischer Behandlung? Bitte kreuzen Sie an:

Ja Nein

54. Weshalb waren Sie in Behandlung ? _____

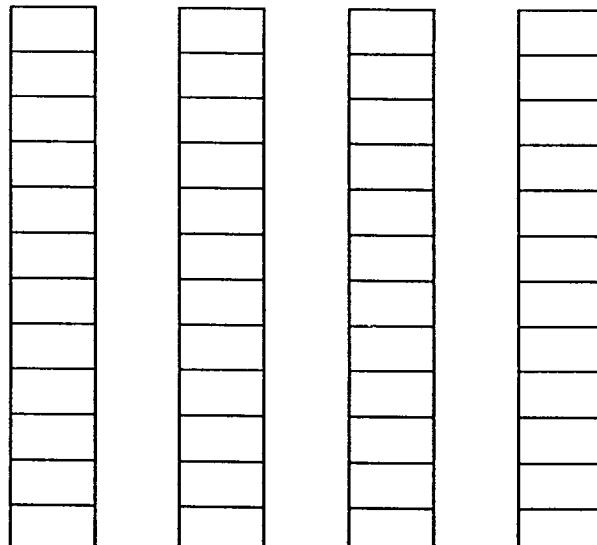
55. Wegen welcher Beschwerden waren Sie schon vor der Schwangerschaft in Behandlung?

56. Sind Sie wieder schwanger ? Ja Nein

Wie häufig waren Sie selbst (nicht Ihr Kind !) vom 5.Monat nach der Entbindung bis heute in Behandlung bei:

nie **1 - 3 mal** **4 - 6 mal** **mehr als 7 mal**

57. Hausarzt, -ärztin
 58. Frauenarzt, -ärztin
 59. Orthopäde, -in
 60. Zahnarzt, -ärztin
 61. Hautarzt, ärztin
 62. Internist, -in
 63. Krankengymnast, -in
 64. Heilpraktiker, -in
 65. Psychotherapeut, -in
 66. Hebamme
 67. andere: _____
 68. andere: _____



Ich danke Ihnen für die Beantwortung der Fragen !

Bitte beachten : Dieser Fragebogen ist nur für die Mütter !

Beschwerdenliste

Code	
------	--

Datum

Im folgenden finden Sie eine Auflistung von Beschwerden.

Bitte kreuzen Sie an, welche davon in den letzten vier Monaten auf Sie zutrafen und wie belastend Sie dies empfunden haben.

Wie häufig traten diese Beschwerden auf?

**Wie belastend waren
diese Beschwerden?**

gar nicht manchmal häufig gar nicht etwas sehr

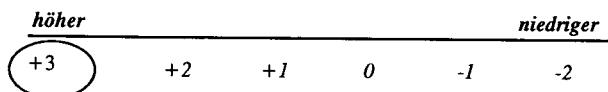
1. Müdigkeit
 2. zu hoher Blutdruck
 3. zu niedriger Blutdruck
 4. Verstopfung
 5. Durchfall
 6. Kopfschmerzen
 7. Atembeschwerden
 8. Wasserlassen z.B. beim Lachen, Niesen
 9. Nervosität und Reizbarkeit
 10. Schwindelgefühle
 11. Krampfadern und Blutstauungen
 12. Erschöpfung
 13. Appetitlosigkeit
 14. Hautausschlag
 15. Erbrechen
 16. Krankenhausaufenthalte
 17. Kreuz- und Rückenschmerzen
 18. Allergien
 19. übermäßig starke Gewichtsabnahme
 20. Angstgefühle
 21. Hämorrhoiden
 22. Einschlaf Schwierigkeiten
 23. Durchschlafprobleme verursacht durch d

	Wie häufig traten diese Beschwerden auf ?			Wie belastend waren diese Beschwerden ?		
	gar nicht	manchmal	häufig	gar nicht	etwas	sehr
24. Durchschlafprobleme ohne Anlaß	1	2	3	1	2	3
25. Niedergeschlagenheit	1	2	3	1	2	3
26. Übelkeit	1	2	3	1	2	3
27. untypische Blutungen	1	2	3	1	2	3
28. Erkältungen	1	2	3	1	2	3
29. Magen- Darm-Beschwerden	1	2	3	1	2	3
30. Arm- / Schulterschmerzen	1	2	3	1	2	3
31. Haarausfall, Haarprobleme	1	2	3	1	2	3
32. trockene Scheide	1	2	3	1	2	3
33. Herzarrhythmien	1	2	3	1	2	3
34. schmerzende Kaiserschnitt-Naht	1	2	3	1	2	3
35. schmerzende Dammschnitt- , Dammriß-Naht	1	2	3	1	2	3
36. schmerzende Scheidenriß-Naht	1	2	3	1	2	3
37. hormonelle Probleme	1	2	3	1	2	3
38. Probleme mit Brüsten, Brustwarzen	1	2	3	1	2	3
39. Psychische Labilität, Empfindlichkeit	1	2	3	1	2	3
40. Gelenkschmerzen, Arthrose	1	2	3	1	2	3
41. Kraftlosigkeit	1	2	3	1	2	3
42. Sehnenscheidenentzündung	1	2	3	1	2	3
43. Menstruationsschmerzen	1	2	3	1	2	3
44. Migräne	1	2	3	1	2	3
45. Brustentzündung	1	2	3	1	2	3
46. Schweißausbrüche	1	2	3	1	2	3
47. Muskelverspannung	1	2	3	1	2	3
48. übermäßig starke Gewichtszunahme	1	2	3	1	2	3
49. andere Beschwerden: _____	1	2	3	1	2	3

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Bitte lesen Sie zunächst das Beispiel:

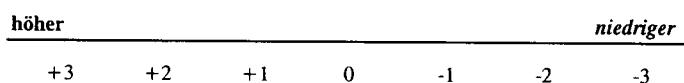
Beispiel : Bitte vergleichen Sie Ihr Selbstbewußtsein in den letzten vier Monaten bis heute im Vergleich zu der Zeit vor der Schwangerschaft, also vor ca. 4 Jahren.

Wenn Sie sich heute und in den letzten vier Monaten deutlich selbstbewußter fühlten, als in der Zeit vor der Schwangerschaft, dann kreuzen Sie so an:

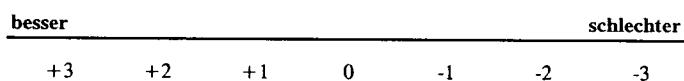


Bitte geben Sie Ihre Einschätzung für die letzten vier Monate bis heute wieder :

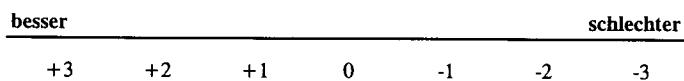
50. Wie schätzen Sie heute Ihre Attraktivität ein im Vergleich zu der Zeit **vor** der Schwangerschaft, also vor ca. 4 Jahren ?



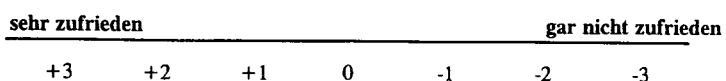
51. Wie schätzen Sie heute Ihr körperliches Wohlbefinden ein im Vergleich zu der Zeit **vor** der Schwangerschaft, also vor ca. 4 Jahren ?



52. Wie schätzen Sie heute Ihr seelisches Wohlbefinden ein im Vergleich zu der Zeit **vor** der Schwangerschaft, also vor ca. 4 Jahren ?



53. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gewicht im Vergleich zu der Zeit **vor** der Schwangerschaft, also vor ca. 4 Jahren ?



Auf das Band müssen aufgesprochen werden:

Codierungsnummer der Familie, Datum, Uhrzeit, Interviewer

VP-Nr.:
Datum:
Uhrzeit:

Interviewleitfaden für Erstmütter

Wohlbefinden und Körperkonzept

0. Vorspann

Ich danke Ihnen, daß Sie sich zu diesem Gespräch bereit gefunden haben.

Mein Name ist Birgit Sievers-Böckel, ich bin Diplom-Psychologin und verfasse im Rahmen des Projekts „Übergang zur Elternschaft“ meine Doktorarbeit.

Im heutigen Interview geht es um Ihr **körperliches und seelisches Wohlbefinden** in der Zeit nach der Geburt.

Ich möchte mit Ihnen darüber sprechen,

- ob Sie, bedingt durch Ihre Mutterschaft, körperliche Veränderungen an sich festgestellt haben,
- wie es Ihnen in seelischer Hinsicht damit geht.

Dabei geht es um Ihr **persönliches Erleben**, Ihre Eindrücke und Empfindungen. Es gibt also keine richtigen oder falschen Antworten. Mich interessieren vielmehr **Ihre persönlichen Erfahrungen**.

Die Beantwortung der Fragen ist natürlich **freiwillig** ! Sie haben immer die Möglichkeit, eine oder mehrere Fragen nicht zu beantworten.

Wenn Sie damit einverstanden sind, möchte ich während unseres Gesprächs ein **Tonband** mitlaufen lassen. Dies hat für mich den Vorteil, daß ich nicht während des Gesprächs Notizen machen muß und Ihnen so besser zuhören kann.

Auch wenn Sie prinzipiell einverstanden sind, daß das Tonband mitläuft, gibt es während des Gesprächs immer noch die Möglichkeit, die Aufzeichnung an bestimmten Stellen zu unterbrechen.

Selbstverständlich werden alle erhobenen Daten und Aufzeichnungen völlig vertraulich behandelt und unterliegen dem **Datenschutz**. Für die Auswertung der Interviews werden Ihre Daten anonymisiert.

Vielleicht noch ein Hinweis zum **zeitlichen Umfang** des Gesprächs: Ich nehme an, daß dieses Interview etwa eineinhalb Stunden dauert, vielleicht etwas weniger, vielleicht etwas mehr.

Sind Sie mit diesem Vorgehen einverstanden oder haben Sie noch irgendwelche **Fragen** dazu ?

.....

Natürlich können Sie auch jederzeit während des Interviews nachfragen, falls irgend etwas unklar ist.

Interviewleitfaden für Erstmütter

Wohlbefinden und Körperkonzept

Der Körper einer Frau macht während der Schwangerschaft, der Geburt und nach der Geburt viele Veränderungen durch. Jetzt ca. 8 Monate nach der Geburt möchte ich mit Ihnen über Ihre Situation sprechen.

Einleitung

Einleitung Ebenso wie in der Zeit der Schwangerschaft verändert sich der Körper einer Frau auch in der Zeit nach der Geburt. Die Schwangerschaft, die Geburt und die Zeit als Mutter mit einem Säugling hinterlassen oft körperliche Spuren. Dies ist von Frau zu Frau verschieden und auch die Gefühle sind individuell.

Körperzufriedenheit

Körperzufriedenheit vorher Erinnern Sie sich bitte an die Zeit vor Ihrer Schwangerschaft.

1. Wie gut ist es Ihnen in körperlicher Hinsicht gegangen?
2. Wie zufrieden waren Sie mit sich und Ihrem Aussehen ?

Hilfe (Zum Beispiel mit Ihrem Gewicht, Ihrer Figur, Ihrer Attraktivität, Haare, Haut)

Wichtigkeit 3. Wie wichtig war Ihnen Ihr Aussehen früher?

Vergleich vor/nach Schwangerschaft 4. Wie wichtig ist Ihnen Ihr Aussehen heute , unter anderem auch für Ihr Selbstwertgefühl ?

Veränderungen

Einleitung Die Schwangerschaft, die Geburt und auch die Zeit danach können verschiedene körperliche Spuren hinterlassen.

Veränderungen 5. Welche körperlichen Spuren haben Sie an sich festgestellt?

(Gewichtsveränderungen, Figur, , Haarausfall, Haut, aber auch Schulterschmerzen, Armschmerzen, Veränderungen der Brust, Dammschnitt bzw. Dammriß, vielleicht schon wieder verheilt, Sehnenscheidenentzündung)

Konkretisierungshilfe 6. Wenn Sie an die Geburt und auch an die Zeit danach denken: In welcher Hinsicht hat Ihr Körper gelitten, bzw. fühlen Sie sich körperlich verwundet oder verletzt ?

7. Wo ist das noch sichtbar?

Was hat sich schon wieder verbessert oder ist verheilt

Bewertung 8. Wie finden Sie diese Veränderungen ?Wie geht es Ihnen damit

(falls nur positives: „Gibt es auch etwas, was Ihnen weniger gefällt ?“ vs „Etwas, was Ihnen besonders gut gefällt ?“)

Zufriedenheit heute	9. Wie <u>zufrieden</u> sind Sie heute mit Ihrem Aussehen?
Bedeutung	10. Sehen Sie Ihren Körper inzwischen anders? Hat Ihr Busen z.B. für Sie jetzt eine andere <u>Bedeutung</u> als früher?
Hilfe	(Brust wird jetzt als ernährendes Organ gesehen, weniger als Sexual-Organ, Körper der Mutter ist wie ein „sicherer Hafen“ für das Kind)
Schamgefühle	11.. Wie ist das mit <u>Schamgefühlen</u> ? Haben die zu- oder abgenommen ? 12. Wie ist das, wenn andere Sie nackt sehen z.B: Ihre Ärztin, Ihr Mann - <u>Genieren</u> Sie sich dann mehr als früher ? Warum?

Zukunftserwartung

Zukunftserwartung	Welche Erwartung haben Sie für die Zukunft : wie wird es Ihnen künftig gehen:
Veränderungen, durch Mutterschaft	13. In Hinsicht auf die genannten <u>körperlichen Veränderungen</u> , körperlichen Spuren bzw. Verletzungen, die durch die Mutterschaft entstanden sind..
Hilfe	(evt. vorher genannte Veränderungen hier wieder gezielt aufgreifen: Gewicht, Haare, Muskeln etc., positiv: mein Körper bleibt/ wird wieder attraktiv, negativ: ich erlebe die Veränderungen als Attraktivitätsverlust, die Veränderungen werden sich nicht wieder zurückbilden;
Einflußnahme	14. Was glauben Sie: Können Sie <u>etwas tun</u> , damit sich Ihre körperliche Verfassung verbessert und Ihnen Ihr Aussehen besser gefällt? 15. <u>Falls ja</u> : Was? Was tun Sie aktuell? 16. <u>Falls nein</u> : Warum nicht?

Gefühle

Gefühle <u>erste Zeit</u>	17. Wenn Sie zurückdenken an die <u>Geburt und die erste Zeit</u> danach: Wie fühlten Sie sich ? Wie ging es Ihnen in <u>seelischer</u> Hinsicht?
Hilfe	(Gefühle helfen zu benennen: erschöpft, niedergeschlagen, kraftlos versus freudig, optimistisch, zuversichtlich, glücklich. Oder vielleicht eher sehr wechselhaft)
Körper-Gefühl	18. Wie ging es Ihnen <u>körperlich</u> ?
Hilfe	übermüdet, ausgelaugt, kräftig, erschöpft, überlastet, anfällig für Infekte, versus ausgeruht, energisch, voller Elan, , gesund

Gefühle heute

19. Wie fühlen Sie sich heute in körperlicher Hinsicht?
20. Wie fühlen Sie sich heute in seelischer/psychischer Hinsicht?
 21. Was macht Ihnen am meisten zu schaffen?
 22. Wann fühlen Sie sich besonders erschöpft, niedergeschlagen?
 23. Worüber ärgern Sie sich?

Situationskontext

Aktualisierung des Gefühls	24. In welchen <u>Situationen</u> machen Sie sich besonders Gedanken über Ihr Aussehen ? Insbesondere über die genannten körperlichen Veränderungen ?
Hilfe	<i>Wie fühlen Sie sich z.B. beim Anprobieren von Kleidung, vor einem Spiegel, im Schwimmbad, beim Durchblättern alter Fotos, Frauenärztin)</i>
Bezug zu Personen	25. Gegenüber welchen <u>Personen</u> wird Ihnen Ihr Aussehen besonders bewußt?
Hilfe	<i>In Gegenwart Ihres Mannes, eines anderen attraktiven Mannes, in Gegenwart einer anderen Frau, beim Arzt, in Gegenwart Ihrer Freundin.</i>
Gefühle innere Monologe	26. Was gehen Ihnen dann für <u>Gedanken</u> durch den Kopf ?
Hilfe	<i>Der Interviewpartnerin dabei auch beim Verbalisieren der Gefühle helfen „Ich könnte mir vorstellen, Sie fühlen sich dann...“</i>
Vermeidungsverhalten	27. Gehen Sie bewußt solchen Situationen aus dem Weg ?

Unterstützung

Aussprache	28. Haben Sie schon einmal <u>mit jemandem</u> über Ihre körperliche und seelische Verfassung und die damit verbundenen Gefühle nach der Geburt <u>gesprochen</u> ? <ol style="list-style-type: none">29. Wenn ja, mit wem?30. Wenn nein, warum nicht?
Wunsch	31. Wünschen Sie sich mehr <u>Verständnis</u> für Ihre körperliche und seelische Verfassung? <ol style="list-style-type: none">32. <u>Wofür</u> besonders und <u>von wem</u> ?
Zufriedenheit mit Infos/ Vorbereitung	33. Sind Sie Ihrer Ansicht nach <u>gut beraten und informiert</u> worden über die Zeit nach der Geburt und über die möglichen körperlichen und seelischen Strapazen? <ol style="list-style-type: none">34. <u>Falls ja:</u> Von wem, durch wen oder was? <i>(evt. durch Schriftliches Material) (Frauenarzt, Schwangerschaftsvorbereitung, Rückbildung, Hebamme, Freundin, Mutter, andere Kurse)</i>

35. Falls nein: In welcher Hinsicht fühlen Sie sich schlecht oder ungenügend beraten?

36. Worauf sollte man Ihrer Meinung nach schwangere Frauen stärker hinweisen oder vorbereiten?

Partnerschaft

Bewertung des Mannes

37. Wie hat Ihr Partner auf Ihre körperlichen Veränderungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Geburt reagiert?

Hilfe

Genannte Veränderungen evtl. benennen: Wie hat Ihr Partner auf Schwangerschaftsstreifen reagiert?

38. Gibt es etwas, das ihm jetzt besonders gut an Ihnen gefällt?
Zum Beispiel größerer Busen, Gewicht usw..

39. Und was findet er nicht so gut?

Reaktion Frau darauf

40. Wie finden Sie die Reaktion Ihres Mannes?

Erotische Anziehung

Selbsteinschätzung

41. Wie erotisch und attraktiv finden Sie sich selbst ?

42. War das schon immer so?

- Wenn Veränderung: woran liegt das ?

-Wenn unverändert: wie erklären Sie sich das ?

Hilfe

(Falls nicht schon vorher angesprochen: welche Rolle spielen körperliche Veränderungen dabei)

Fremdeinschätzung/Mann

43. Wie erotisch und attraktiv findet Ihr Mann Sie?

44. War das schon immer so?

-Wenn Veränderung: woran liegt das ?

- Wenn unverändert: wie erklären Sie sich das?

Partner

45. Wie attraktiv und sexuell anziehend finden Sie Ihren Mann?

46. Hat es da eine Veränderung gegeben?

- Wenn Veränderung: woran liegt das ?

- Wenn unverändert: wie erklären Sie sich das ?

miteinander schlafen

47. Manche Paare schlafen in der ersten Zeit nach der Geburt seltener oder gar nicht mehr miteinander. Wie ist das bei Ihnen?

48. Aus welchen Gründen?

49. Sind Sie damit zufrieden(so wie es jetzt ist?)

50. Und wie ist das bei Ihrem Partner?

Bedürfnisse:

- Abgrenzen
 - 51. Manche Frauen haben in der ersten Zeit nach der Geburt nur wenig Lust auf Körperkontakt, sondern eher das Bedürfnis, sich abzugrenzen. Wie ist das bei Ihnen?
 - 52. Aus welchen Gründen?
 - 53. Sind Sie zufrieden damit, so wie es jetzt ist?
 - 54. Wie reagiert Ihr Mann darauf? Hat er dafür Verständnis?
 - Zärtlichkeit
 - 55. Bei manchen Frauen ist das Bedürfnis nach Zärtlichkeit stärker. Wie ist das bei Ihnen?
 - 56. Geht Ihr Partner darauf ein?
 - Wunsch
 - 57. Was wünschen Sie sich?
- Zukunftserwartung
- 58. Was glauben Sie, wie wird sich Ihre erotische bzw. sexuelle Beziehung auf die Dauer weiterentwickeln?

Verlustempfinden

- Vgl. Jetzt und Schwangerschaft
- 59. Gab es etwas, was Sie in der Schwangerschaft schön fanden und heute vermissen ?
Vielelleicht gab es eine körperliche Veränderung (schöne Haut o.ä., oder auch die Aufmerksamkeit, die andere Ihnen schenkten, die Sie genossen haben ?
- Hilfe

Lebensgewohnheiten

- Veränderung der Lebensgewohnheiten
- Ich möchte mit Ihnen noch über einige Punkte sprechen, die insbesondere die Veränderung Ihres persönlichen Lebensstiles betreffen, insbesondere die Möglichkeiten, sich selbst etwas Gutes zu gönnen - die „kleinen Inseln der Erholung“.
- Strategien
- 60. Was tun Sie im Moment, wenn Sie sich selbst etwas Gutes tun wollen ?
- Geniessen
- 61. Wie ist das mit schönen Momenten - können Sie die geniessen ?
 - 62. Was besonders ?
- Entspannung
- 63. Wie haben Sie sich früher entspannt?
 - 64. Wie entspannen Sie sich heute?

- Verzicht
65. Verzichten Sie auf etwas, das Sie früher gern gemacht haben, nun aber nicht mehr tun ? (Kino, Theater, Rauchen, Disco etc.)
66. Seit wann? Aus welchen Gründen?
67. Wie schwer fällt es Ihnen, darauf zu verzichten?
- Kleidung
68. Wie ist das heute, wenn Sie für sich Kleidung kaufen? Kommen Sie noch dazu?
69. Was für Überlegungen gehen Ihnen heute typischerweise durch den Kopf, wenn Sie etwas kaufen?
- Hilfe
- Denken Sie z. B. „es lohnt sich noch nicht, ich habe meine alte Figur noch nicht wieder“ oder „Hauptsache gut waschbar, da empfindliche Sachen für eine Mutter unzweckmäßig sind“ oder „ich habe es verdient, mir etwas Schönes zu gönnen“)*
70. Wie war das früher ?
- Körperpflege
71. Nehmen Sie sich jetzt mehr oder weniger Zeit für Körperpflege, wie zum Beispiel: Baden, Duschen, Eincremen, Frisörbesuche und ähnliches ?
72. Wie war das in der ersten Zeit nach der Geburt?
73. Und danach?
74. Wie ist es heute?
- Sport
75. Haben Sie früher Sport getrieben? Welche Sportart und warum ?
76. Treiben Sie heute Sport? Welche Sportart? Warum ?
77. Wenn nicht mehr: aus welchen Gründen ?
78. Seit wann nicht mehr ?
- Hobby
79. Haben oder hatten Sie ein Hobby, eine Lieblingsbeschäftigung? Welches und warum ? (Was gefällt Ihnen daran ?)
80. Betreiben Sie das noch?
81. Wenn nicht mehr: aus welchen Gründen ?
82. Seit wann?
- Geld
83. Welche Rolle spielt Geld bei diesen Überlegungen?
84. Wie war das vor der Schwangerschaft und der Geburt ?
- Bewertung
85. Wenn Sie die Veränderung Ihrer Lebensweise betrachten, wie finden Sie das?
86. Was macht Ihnen am meisten zu schaffen , was stört Sie am meisten?

Auf-dem-Sprung-sein

87. Haben Sie das Gefühl, daß Sie ständig „auf-dem-Sprung-sind“?

88. Wie äußert sich das bei Ihnen?

89. Woher kommt das?

90. Seit wann ist das so?

Stillen

91. Haben Sie gestillt oder stillen Sie noch?

Nein: Aus welchen Gründen haben Sie nicht gestillt?

92. Ja: Wie lange haben Sie gestillt?

93. Seit wann stillen Sie nicht mehr?

94. Aus welchen Gründen haben Sie abgestillt?

95. Hatten Sie Probleme beim Stillen?

96. Empfanden Sie das Stillen eher als Erleichterung oder als Anstrengung ?

Allgemein

med.Behandlung

97. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

98. Nehmen Sie bestimmte Medikamente?

Welche ? Weshalb?

99. Sind Sie zur Zeit in anderer Behandlung z.B. bei einer Heilpraktikerin, Krankengymnastin, Psychotherapeutin o.ä.?

100. Weshalb?

102. Gab es Besonderheiten in der letzten Zeit ?

Umzug, Schwangerschaft, Trennung, Unfall, Arbeitsaufnahme.

Abschluß

103. Gibt es noch irgendwelche Punkte, die Ihrer Ansicht nach bei unserem Gespräch zu kurz gekommen sind? Irgendetwas, das Sie noch wichtig finden?

Ich bedanke mich für das Gespräch und die Zeit, die Sie sich genommen haben !

Anhang B (Trennschärfen Cronbachs α)

- Simulierte baseline T0
- Gesamtstichprobe T1, T2, T3

FemBeschwerden-Liste: Items

Itemverzeichnis für simulierte Baseline (kinderlose Frauen) T0

1. MBL0I01 Müdigkeit T0
2. MBL0I02 zu hoher Blutdruck T0
3. MBL0I50 zu niedriger Ausdruck T0
4. MBL0I03 Verstopfung T0
5. MBL0I04 Kopfschmerzen T0
6. MBL0I05 Atembeschwerden T0
7. MBL0I08 Nervosität, Reizbarkeit T0
8. MBL0I09 Schwindelgefühle T0
9. MBL0I11 Krampfadern, Blutstauungen T0
10. MBL0I12 Erschöpfung T0
11. MBL0I14 Appetitlosigkeit T0
12. MBL0I15 Hautausschlag T0
13. MBL0I17 Kreuz- und Rückenschmerzen T0
14. MBL0I53 Allergien T0
15. MBL0I54 übermäßig starke Gewichtsabnahme T0
16. MBL0I19 Angstgefühle T0
17. MBL0I55 Einschlaf Schwierigkeiten T0
18. MBL0I56 Durchschlafprobleme wg. Lärm T0
19. MBL0I57 Durchschlafprobleme ohne Anlass T0
20. MBL0I22 Niedergeschlagenheit T0
21. MBL0I23 Übelkeit T0
22. MBL0I24 untypische Blutungen T0
23. MBL0I58 Erkältungen T0
24. MBL0I30 Arm- und Schulterschmerzen T0
25. MBL0I31 Haarausfall, -probleme T0
26. MBL0I32 trockene Scheide T0
27. MBL0I33 Herzrhythmen T0
28. MBL0I37 hormonelle Probleme T0
29. MBL0I38 Probleme mit Brüsten, Brustwarzen T0
30. MBL0I39 Psychische Labilität, Empfindlichkeit T0
31. MBL0I40 Gelenkschmerzen, Arthrose T0
32. MBL0I41 Kraftlosigkeit T0
33. MBL0I42 Sehnenscheidenentzündung T0
34. MBL0I43 Menstruationsschmerzen T0
35. MBL0I46 Schweißausbrüche T0
36. MBL0I47 Muskelverspannung T0

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)
Meßzeitpunkt T0 (16 Monate praepartal simuliert)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	MBL0I01	4,0400	1,4855	25,0
2.	MBL0I02	1,1600	,6245	25,0
3.	MBL0I50	2,0400	1,4855	25,0
4.	MBL0I03	1,6400	1,3191	25,0
5.	MBL0I04	3,6800	1,9519	25,0
6.	MBL0I05	1,8800	1,4526	25,0
7.	MBL0I08	4,2400	1,4224	25,0
8.	MBL0I09	2,5200	1,8956	25,0
9.	MBL0I11	1,2800	,9798	25,0
10.	MBL0I12	3,6000	2,0412	25,0
11.	MBL0I14	1,6800	1,2152	25,0
12.	MBL0I15	2,0800	1,7301	25,0
13.	MBL0I17	3,6000	1,8930	25,0
14.	MBL0I53	1,8800	1,6411	25,0
15.	MBL0I54	1,2400	,7234	25,0
16.	MBL0I19	2,9600	2,0100	25,0
17.	MBL0I55	2,8400	2,2113	25,0
18.	MBL0I56	1,8800	1,5631	25,0
19.	MBL0I57	2,8800	2,1079	25,0
20.	MBL0I22	4,0400	1,5406	25,0
21.	MBL0I23	2,2800	1,7205	25,0
22.	MBL0I24	1,5600	1,3254	25,0
23.	MBL0I58	3,4400	1,6852	25,0
24.	MBL0I30	1,8800	1,6663	25,0
25.	MBL0I31	2,1200	1,7397	25,0
26.	MBL0I32	1,5200	1,2288	25,0
27.	MBL0I33	1,3600	,9950	25,0
28.	MBL0I37	1,5600	1,3254	25,0
29.	MBL0I38	1,4800	1,1225	25,0
30.	MBL0I39	4,0400	1,6452	25,0
31.	MBL0I40	1,6800	1,4059	25,0
32.	MBL0I41	2,7600	1,8092	25,0
33.	MBL0I42	1,2800	,9798	25,0
34.	MBL0I43	3,6000	2,0412	25,0
35.	MBL0I46	2,3600	1,9975	25,0
36.	MBL0I47	3,0800	1,9983	25,0

	N of			
Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	87,1600	652,9733	25,5533	36

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)
Meßzeitpunkt T0 (simulierte Baseline 16 Monate praepartal)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
MBL0I01	83,1200	608,1100	,5822	,8764
MBL0I02	86,0000	654,5833	-,0626	,8844
MBL0I50	85,1200	653,3600	-,0341	,8870
MBL0I03	85,5200	618,9267	,4922	,8783
MBL0I04	83,4800	600,1767	,5122	,8771
MBL0I05	85,2800	628,6267	,3053	,8812
MBL0I08	82,9200	600,4933	,7238	,8741
MBL0I09	84,6400	600,6567	,5244	,8769
MBL0I11	85,8800	636,5267	,3132	,8812
MBL0I12	83,5600	589,5067	,5983	,8750
MBL0I14	85,4800	634,2600	,2816	,8815
MBL0I15	85,0800	614,4100	,4147	,8793
MBL0I17	83,5600	613,9233	,3781	,8801
MBL0I53	85,2800	609,5433	,5027	,8776
MBL0I54	85,9200	644,3267	,2212	,8823
MBL0I19	84,2000	603,5000	,4601	,8783
MBL0I55	84,3200	588,3100	,5572	,8759
MBL0I56	85,2800	635,0433	,1966	,8833
MBL0I57	84,2800	574,6267	,7313	,8715
MBL0I22	83,1200	615,1933	,4633	,8784
MBL0I23	84,8800	614,1933	,4200	,8792
MBL0I24	85,6000	641,4167	,1460	,8836
MBL0I58	83,7200	622,9600	,3230	,8811
MBL0I30	85,2800	618,7933	,3788	,8800
MBL0I31	85,0400	634,7067	,1739	,8841
MBL0I32	85,6400	648,4900	,0475	,8848
MBL0I33	85,8000	635,8333	,3218	,8811
MBL0I37	85,6000	634,0000	,2579	,8819
MBL0I38	85,6800	637,1433	,2571	,8818
MBL0I39	83,1200	603,7767	,5750	,8761
MBL0I40	85,4800	624,3433	,3794	,8800
MBL0I41	84,4000	580,0833	,7988	,8709
MBL0I42	85,8800	646,5267	,1101	,8835
MBL0I43	83,5600	630,0067	,1835	,8849
MBL0I46	84,8000	591,3333	,5934	,8751
MBL0I47	84,0800	605,9933	,4369	,8789

Reliability Coefficients

N of Cases = 25,0

N of Items = 36

Alpha = ,8827

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)
 Meßzeitpunkt T1 (4pp) für die Gesamtstichprobe

		Mean	Std Dev	Cases
1.	MBL4I01	4,9778	1,2701	45,0
2.	MBL4I02	1,0222	,1491	45,0
3.	MBL4I03	1,8444	1,5219	45,0
4.	MBL4I04	2,6000	1,7889	45,0
5.	MBL4I05	1,2667	1,0090	45,0
6.	MBL4I08	4,0000	1,5374	45,0
7.	MBL4I09	2,1333	1,5754	45,0
8.	MBL4I11	1,2667	,8634	45,0
9.	MBL4I12	4,8222	1,1137	45,0
10.	MBL4I14	1,3556	,9572	45,0
11.	MBL4I15	1,9111	1,6627	45,0
12.	MBL4I17	3,7556	1,6536	45,0
13.	MBL4I19	2,1778	1,6416	45,0
14.	MBL4I22	3,0889	1,7297	45,0
15.	MBL4I23	1,0000	,0000	45,0
16.	MBL4I24	1,2222	,8498	45,0
17.	MBL4I50	2,4667	1,6868	45,0
18.	MBL4I53	1,7556	1,4795	45,0
19.	MBL4I54	1,5333	1,2173	45,0
20.	MBL4I55	2,2222	1,7567	45,0
21.	MBL4I56	4,5333	1,5897	45,0
22.	MBL4I57	1,8444	1,6370	45,0
23.	MBL4I58	1,7778	1,3633	45,0
24.	MBL4I30	2,2667	1,8015	45,0
25.	MBL4I31	3,2222	1,9987	45,0
26.	MBL4I32	1,9778	1,6582	45,0
27.	MBL4I33	1,0889	,5963	45,0
28.	MBL4I37	1,8667	1,5897	45,0
29.	MBL4I38	2,4889	1,9612	45,0
30.	MBL4I39	3,4222	1,7644	45,0
31.	MBL4I40	1,3556	1,1900	45,0
32.	MBL4I41	3,0000	1,8708	45,0
33.	MBL4I42	1,4000	1,2505	45,0
34.	MBL4I43	1,6667	1,3817	45,0
35.	MBL4I46	2,2444	1,5690	45,0
36.	MBL4I47	2,4667	1,7658	45,0

	N of			
Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	83,0444	416,0434	20,3971	36

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)
Meßzeitpunkt T1 (4pp) für die Gesamtstichprobe

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
MBL4I01	78,0667	390,8364	,4698	,8274
MBL4I02	82,0222	414,1586	,3070	,8349
MBL4I03	81,2000	402,1182	,1902	,8349
MBL4I04	80,4444	399,1162	,1921	,8357
MBL4I05	81,7778	398,3586	,4138	,8297
MBL4I08	79,0444	382,6798	,5154	,8252
MBL4I09	80,9111	386,3556	,4393	,8274
MBL4I11	81,7778	404,2222	,3190	,8319
MBL4I12	78,2222	394,2677	,4643	,8282
MBL4I14	81,6889	407,1737	,2059	,8338
MBL4I15	81,1333	379,8909	,5151	,8247
MBL4I17	79,2889	392,3465	,3200	,8312
MBL4I19	80,8667	380,7545	,5088	,8250
MBL4I22	79,9556	379,7707	,4937	,8253
MBL4I23	82,0444	416,0434	,0000	,8357
MBL4I24	81,8222	409,9222	,1569	,8346
MBL4I50	80,5778	385,2949	,4214	,8278
MBL4I53	81,2889	403,4374	,1753	,8352
MBL4I54	81,5111	416,3465	-,0359	,8395
MBL4I55	80,8222	388,2859	,3564	,8300
MBL4I56	78,5111	402,5283	,1723	,8356
MBL4I57	81,2000	396,3455	,2611	,8330
MBL4I58	81,2667	401,5182	,2318	,8334
MBL4I30	80,7778	378,0859	,4955	,8251
MBL4I31	79,8222	395,4677	,2086	,8360
MBL4I32	81,0667	406,4727	,1020	,8381
MBL4I33	81,9556	404,2253	,4781	,8309
MBL4I37	81,1778	379,5586	,5482	,8239
MBL4I38	80,5556	389,4343	,2941	,8326
MBL4I39	79,6222	385,1040	,4018	,8284
MBL4I40	81,6889	392,4010	,4714	,8277
MBL4I41	80,0444	372,6798	,5519	,8228
MBL4I42	81,6444	401,4616	,2598	,8327
MBL4I43	81,3778	402,8768	,2030	,8342
MBL4I46	80,8000	399,5727	,2233	,8340
MBL4I47	80,5778	384,6586	,4081	,8282

Reliability Coefficients

N of Cases = 45,0 N of Items = 36

Alpha = ,8350

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)
Meßzeitpunkt T2 (8pp) für die Gesamtstichprobe

		Mean	Std Dev	Cases
1.	MBL8I01	4,6000	1,3382	45,0
2.	MBL8I02	1,0000	,0000	45,0
3.	MBL8I03	1,6000	1,1560	45,0
4.	MBL8I04	2,8222	1,7747	45,0
5.	MBL8I05	1,1778	,8605	45,0
6.	MBL8I08	3,6444	1,7984	45,0
7.	MBL8I09	1,8000	1,4078	45,0
8.	MBL8I11	1,3111	1,0185	45,0
9.	MBL8I12	3,8889	1,9332	45,0
10.	MBL8I14	1,2667	,8634	45,0
11.	MBL8I15	1,8667	1,5015	45,0
12.	MBL8I17	3,8000	1,8040	45,0
13.	MBL8I19	1,7333	1,4206	45,0
14.	MBL8I22	2,7333	1,6976	45,0
15.	MBL8I23	1,1111	,4872	45,0
16.	MBL8I24	1,0667	,4472	45,0
17.	MBL8I50	1,9556	1,3973	45,0
18.	MBL8I53	1,4667	1,2541	45,0
19.	MBL8I54	1,4444	1,2533	45,0
20.	MBL8I55	2,0889	1,6352	45,0
21.	MBL8I56	3,6222	1,9805	45,0
22.	MBL8I57	1,9333	1,6976	45,0
23.	MBL8I58	2,6667	1,8091	45,0
24.	MBL8I30	2,5111	2,0071	45,0
25.	MBL8I31	2,4444	1,7262	45,0
26.	MBL8I32	1,7778	1,5209	45,0
27.	MBL8I33	1,0667	,4472	45,0
28.	MBL8I37	1,3556	,9572	45,0
29.	MBL8I38	1,4889	1,1604	45,0
30.	MBL8I39	2,7778	1,9411	45,0
31.	MBL8I40	1,3778	1,1137	45,0
32.	MBL8I41	2,7778	1,8816	45,0
33.	MBL8I42	1,4667	1,2358	45,0
34.	MBL8I43	2,1778	1,6416	45,0
35.	MBL8I46	1,6444	1,2641	45,0
36.	MBL8I47	2,3111	1,8565	45,0

	N of			
Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	75,7778	450,4949	21,2249	36

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)
Meßzeitpunkt T2 (8pp)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
MBL8I01	71,1778	423,5586	,4565	,8489
MBL8I02	74,7778	450,4949	,0000	,8556
MBL8I03	74,1778	432,1495	,3539	,8514
MBL8I04	72,9556	420,4980	,3689	,8510
MBL8I05	74,6000	441,9273	,2164	,8540
MBL8I08	72,1333	408,9364	,5269	,8461
MBL8I09	73,9778	421,6586	,4645	,8486
MBL8I11	74,4667	446,0273	,0797	,8563
MBL8I12	71,8889	398,8283	,6207	,8428
MBL8I14	74,5111	437,6646	,3345	,8523
MBL8I15	73,9111	426,2646	,3544	,8512
MBL8I17	71,9778	419,8859	,3700	,8510
MBL8I19	74,0444	425,4980	,3921	,8503
MBL8I22	73,0444	403,0434	,6539	,8425
MBL8I23	74,6667	442,5000	,3785	,8531
MBL8I24	74,7111	444,1192	,3276	,8536
MBL8I50	73,8222	428,7859	,3414	,8515
MBL8I53	74,3111	449,9465	-,0193	,8590
MBL8I54	74,3333	444,3636	,0863	,8569
MBL8I55	73,6889	424,1737	,3511	,8513
MBL8I56	72,1556	424,4071	,2716	,8545
MBL8I57	73,8444	425,9071	,3098	,8526
MBL8I58	73,1111	427,8283	,2591	,8543
MBL8I30	73,2667	404,3818	,5214	,8461
MBL8I31	73,3333	440,9545	,0905	,8588
MBL8I32	74,0000	432,6818	,2450	,8540
MBL8I33	74,7111	443,0283	,3860	,8532
MBL8I37	74,4222	430,2040	,4880	,8496
MBL8I38	74,2889	440,2556	,1826	,8547
MBL8I39	73,0000	399,4545	,6093	,8431
MBL8I40	74,4000	434,2000	,3243	,8521
MBL8I41	73,0000	392,3636	,7324	,8392
MBL8I42	74,3111	438,9465	,1935	,8547
MBL8I43	73,6000	433,7909	,2049	,8553
MBL8I46	74,1333	426,5273	,4284	,8497
MBL8I47	73,4667	407,6182	,5260	,8461

Reliability Coefficients

N of Cases = 45,0

N of Items = 36

Alpha = ,8549

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)
Meßzeitpunkt T3 (36pp)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	MBL36I01	4,6000	1,1560	45,0
2.	MBL36I02	1,0444	,2084	45,0
3.	MBL36I03	1,7111	1,3588	45,0
4.	MBL36I04	3,6889	1,7558	45,0
5.	MBL36I05	1,8222	1,6554	45,0
6.	MBL36I08	4,5556	1,5008	45,0
7.	MBL36I09	2,1778	1,5417	45,0
8.	MBL36I11	1,5778	1,2879	45,0
9.	MBL36I12	4,2667	1,5433	45,0
10.	MBL36I14	1,2222	,7654	45,0
11.	MBL36I15	1,9333	1,5580	45,0
12.	MBL36I17	4,1556	1,9064	45,0
13.	MBL36I18	1,6444	1,5249	45,0
14.	MBL36I19	2,1556	1,6916	45,0
15.	MBL36I22	3,2444	1,7341	45,0
16.	MBL36I23	1,5778	1,2701	45,0
17.	MBL36I24	1,5333	1,2898	45,0
18.	MBL36I50	2,7778	1,8077	45,0
19.	MBL36I53	1,7556	1,5249	45,0
20.	MBL36I54	1,0222	,1491	45,0
21.	MBL36I55	2,9556	1,9301	45,0
22.	MBL36I56	3,8000	1,8414	45,0
23.	MBL36I57	2,2222	1,8077	45,0
24.	MBL36I58	3,3111	1,8442	45,0
25.	MBL36I30	2,5778	1,9481	45,0
26.	MBL36I31	1,3556	1,1708	45,0
27.	MBL36I32	1,5778	1,5298	45,0
28.	MBL36I33	1,3556	1,0259	45,0
29.	MBL36I37	1,6889	1,3454	45,0
30.	MBL36I38	1,7556	1,5834	45,0
31.	MBL36I39	3,2667	1,9702	45,0
32.	MBL36I40	1,4000	1,1755	45,0
33.	MBL36I41	2,9556	1,8085	45,0
34.	MBL36I42	1,4444	1,3065	45,0
35.	MBL36I43	2,1778	1,6691	45,0
36.	MBL36I46	1,7111	1,4866	45,0
37.	MBL36I47	3,1778	1,7227	45,0

	N of			
Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	87,2000	508,3000	22,5455	37

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)
Meßzeitpunkt T3 (36pp)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
MBL36I01	82,6000	481,4727	,5025	,8470
MBL36I02	86,1556	509,0434	-,0837	,8542
MBL36I03	85,4889	497,3010	,1510	,8539
MBL36I04	83,5111	493,7556	,1469	,8552
MBL36I05	85,3778	485,4677	,2754	,8515
MBL36I08	82,6444	473,1889	,5032	,8458
MBL36I09	85,0222	480,4768	,3765	,8489
MBL36I11	85,6222	506,2859	,0061	,8566
MBL36I12	82,9333	467,0636	,5825	,8437
MBL36I14	85,9778	501,5222	,1806	,8527
MBL36I15	85,2667	490,3818	,2245	,8526
MBL36I17	83,0444	491,2707	,1585	,8555
MBL36I18	85,5556	488,7525	,2554	,8518
MBL36I19	85,0444	467,6343	,5167	,8450
MBL36I22	83,9556	465,7253	,5287	,8446
MBL36I23	85,6222	497,4222	,1635	,8534
MBL36I24	85,6667	501,3636	,0913	,8549
MBL36I50	84,4222	470,7040	,4377	,8471
MBL36I53	85,4444	471,2980	,5238	,8453
MBL36I54	86,1778	506,0131	,3377	,8532
MBL36I55	84,2444	459,9616	,5389	,8439
MBL36I56	83,4000	474,3818	,3806	,8488
MBL36I57	84,9778	482,3404	,2858	,8515
MBL36I58	83,8889	486,9646	,2203	,8534
MBL36I30	84,6222	458,8313	,5473	,8436
MBL36I31	85,8444	491,9980	,2875	,8510
MBL36I32	85,6222	483,9677	,3267	,8501
MBL36I33	85,8444	495,6798	,2532	,8516
MBL36I37	85,5111	476,3465	,5133	,8461
MBL36I38	85,4444	483,4798	,3204	,8503
MBL36I39	83,9333	457,8818	,5519	,8434
MBL36I40	85,8000	497,3909	,1817	,8529
MBL36I41	84,2444	450,4162	,7114	,8389
MBL36I42	85,7556	490,0525	,2859	,8510
MBL36I43	85,0222	481,2040	,3320	,8500
MBL36I46	85,4889	481,2556	,3807	,8488
MBL36I47	84,0222	478,5222	,3557	,8494

Reliability Coefficients

N of Cases = 45,0

N of Items = 37

Alpha = ,8532

Anhang C (FemBeschwerden-Liste Gesamtstichprobe)

- Längsschnittvergleiche Wilcoxon Signifikanzen Gesamtstichprobe
(N=45) T1, T2, T3

Statistik für Test: Längsschnittvergleiche Gesamtskala und Unterskalen für Gesamtstichprobe(N=45)

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SIGYN8 Summenscore Indikator gyn. Items 8pp (6 Items) - SIGYN4 Summenscore Indikator gyn.Items 4pp (6 Items)	-3,410 ¹	,001	,000	,000	,000
SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items) - SIGYN8 Summenscore Indikator gyn. Items 8pp (6 Items)	-,521 ¹	,603	,610	,305	,003
SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items) - SIGYN4 Summenscore Indikator gyn.Items 4pp (6 Items)	-3,370 ¹	,001	,000	,000	,000
SIORTH8 Summenscore Indikator orth. Items 8pp (5 Items) - SIORTH4 Summenscore Indikator orth. Items 4pp (5 Items)	-,872 ¹	,383	,393	,197	,004
SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items) - SIORTH8 Summenscore Indikator orth. Items 8pp (5 Items)	-1,998 ²	,046	,045	,023	,000
SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items) - SIORTH4 Summenscore Indikator orth. Items 4pp (5 Items)	-1,583 ²	,113	,115	,058	,001
SIPSY8 Summenscore Indikator Psychologische Items 8pp (10 Items) - SIPSY4 Summenindikator Psychologische Items 4pp (10 Variabeln)	-3,598 ¹	,000	,000	,000	,000
SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items) - SIPSY8 Summenscore Indikator Psychologische Items 8pp (10 Items)	-2,114 ²	,034	,034	,017	,000
SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items) - SIPSY4 Summenindikator Psychologische Items 4pp (10 Variabeln)	-,389 ¹	,697	,703	,351	,002

Statistik für Test: Längsschnittvergleiche Gesamtskala und Unterskalen für Gesamtstichprobe(N=45)

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SIGES8PP Summenscore der Indikator Variablen 8pp gesamt - SIGES4PP Summenscore der Indikator-Variablen 4pp gesamt	-3,752 ¹	,000	,000	,000	,000
SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt - SIGES8PP Summenscore der Indikator Variablen 8pp gesamt	-3,071 ²	,002	,002	,001	,000
SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt - SIGES4PP Summenscore der Indikator-Variablen 4pp gesamt	-,023 ²	,981	,984	,492	,002
SISOMA8P Summenscore Indikator Variablen somatische Items 8pp (26 Items) - SISOMA4P Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 4pp (26Items)	-2,416 ¹	,016	,015	,007	,000
SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items) - SISOMA8P Summenscore Indikator Variablen somatische Items 8pp (26 Items)	-2,750 ²	,006	,005	,003	,000
SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items) - SISOMA4P Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 4pp (26Items)	-1,088 ²	,277	,281	,141	,001

1. Basiert auf positiven Rängen.

2. Basiert auf negativen Rängen.

3. Wilcoxon-Test

Anhang D (FemBeschwerden-Liste Erstmütter)

- Längsschnittvergleiche Wilcoxon Signifikanzen Erstmütter mit generativ stabilem Status (N=10) T1, T2, T3
- Längsschnittvergleiche Wilcoxon Signifikanzen T0 – T1 (N=24)
Erstmütter u. simulierte baseline
- Längsschnittvergleiche Wilcoxon Signifikanzen T1 - T2 (N=27)
Erstmütter

Statistik für Test: Längsschnitt. Vergleiche Gesamtskala u. Unterskalen für N=10 Erstmütter

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SIGYN8 Summenscore Indikator gyn. Items 8pp (6 Items) - SIGYN4 Summenscore Indikator gyn. Items 4pp (6 Items)	-1,666 ¹	,096	,113	,057	,012
SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items) - SIGYN8 Summenscore Indikator gyn. Items 8pp (6 Items)	-2,046 ¹	,041	,047	,023	,008
SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items) - SIGYN4 Summenscore Indikator gyn. Items 4pp (6 Items)	-2,383 ¹	,017	,016	,008	,004
SIORTH8 Summenscore Indikator orth. Items 8pp (5 Items) - SIORTH4 Summenscore Indikator orth. Items 4pp (5 Items)	-1,134 ¹	,257	,500	,250	,188
SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items) - SIORTH8 Summenscore Indikator orth. Items 8pp (5 Items)	-,212 ²	,832	,906	,453	,070
SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items) - SIORTH4 Summenscore Indikator orth. Items 4pp (5 Items)	-,846 ¹	,397	,430	,215	,016
SIPSY8 Summenscore Indikator Psychologische Items 8pp (10 Items) - SIPSY4 Summenindikator Psychologische Items 4pp (10 Variablen)	-1,990 ¹	,047	,045	,022	,003
SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items) - SIPSY8 Summenscore Indikator Psychologische Items 8pp (10 Items)	-1,186 ²	,236	,262	,131	,012
SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items) - SIPSY4 Summenindikator Psychologische Items 4pp (10 Variablen)	-,510 ¹	,610	,643	,321	,018
SIGES8PP Summenscore der Indikator Variablen 8pp gesamt - SIGES4PP Summenscore der Indikator-Variablen 4pp gesamt	-2,492 ¹	,013	,012	,006	,004

Statistik für Test: Längsschnitt. Vergleiche Gesamtskala u. Unterskalen für N=10 Erstmütter

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt - SIGES8PP Summenscore der Indikator Variablen 8pp gesamt	-1,429 ²	,153	,170	,085	,010
SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt - SIGES4PP Summenscore der Indikator-Variablen 4pp gesamt	-,714 ¹	,475	,510	,255	,018
SISOMA8P Summenscore Indikator Variablen somatische Items 8pp (26 Items) - SISOMA4P Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 4pp (26Items)	-,350 ¹	,726	,773	,387	,031
SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items) - SISOMA8P Summenscore Indikator Variablen somatische Items 8pp (26 Items)	,000 ³	1,000	1,000	,516	,031
SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items) - SISOMA4P Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 4pp (26Items)	-,307 ¹	,759	,781	,391	,014

1. Basiert auf positiven Rängen.
2. Basiert auf negativen Rängen.
3. Die Summe der negativen Ränge ist gleich der Summe der positiven Ränge.
4. Wilcoxon-Test

Statistik für Test: Längsschnitt Vergl. Gesamt- u. Unterskalen Erstmütter u. baseline (N=24)

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SIGYN0 Rangsummenscore gynäkologische Items (6) T0 - SIGYN4 Summenscore Indikator gyn. Items 4pp (6 Items)	-,450 ¹	,653	,666	,333	,007
SIGES0 Rangsummenscore T0 (36 Items) - SIGES4PP Summenscore der Indikator-Variablen 4pp gesamt	-1,143 ¹	,253	,261	,131	,003
SIORTH0 Rangsummenscore orthopädische Items (5) T0 - SIORTH4 Summenscore Indikator orth. Items 4pp (5 Items)	-1,132 ¹	,257	,265	,133	,003
SIPSY0 Rangsummenscore psychologische Items (10) T0 - SIPSY4 Summenindikator Psychologische Items 4pp (10 Variabeln)	-,471 ¹	,638	,650	,325	,006
SISOMA Rangsummenscore somatische Items (26) T0 - SISOMA4P Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 4pp (26Items)	-1,958 ¹	,050	,050	,025	,001

1. Basiert auf negativen Rängen.

2. Wilcoxon-Test

Statistik für Test: Längsschnitt Vergl. Gesamt-u. Unterskalen Erstmütter (N=27) T1, T2

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SIGYN8 Summenscore Indikator gyn. Items 8pp (6 Items) - SIGYN4 Summenscore Indikator gyn.Items 4pp (6 Items)	-2,245 ¹	,025	,023	,012	,001
SIORTH8 Summenscore Indikator orth. Items 8pp (5 Items) - SIORTH4 Summenscore Indikator orth. Items 4pp (5 Items)	-1,097 ¹	,273	,288	,144	,005
SIPSY8 Summenscore Indikator Psychologische Items 8pp (10 Items) - SIPSY4 Summenindikator Psychologische Items 4pp (10 Variabeln)	-2,593 ¹	,010	,008	,004	,000
SIGES8PP Summenscore der Indikator Variablen 8pp gesamt - SIGES4PP Summenscore der Indikator-Variablen 4pp gesamt	-2,571 ¹	,010	,008	,004	,000
SISOMA8P Summenscore Indikator Variablen somatische Items 8pp (26 Items) - SISOMA4P Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 4pp (26Items)	-1,231 ¹	,218	,225	,113	,003

1. Basiert auf positiven Rängen.

2. Wilcoxon-Test

Anhang E (FemBeschwerden-Liste Mehrfachmütter)

- Längsschnittvergleiche Wilcoxon Signifikanzen T1 – T2 (N=21)
Mehrfachmütter
- Längsschnittvergleiche Wilcoxon Signifikanzen T1, T2, T3 (N=14)
Mehrfachmütter mit generativ stabilem Status

Statistik für Test:Längsschnitt Vergl. Gesamt- u. Unterskalen Mehrfachm. (N=21) T1, T2

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahr-scheinlich-keit
SIGYN8 Summenscore Indikator gyn. Items 8pp (6 Items) - SIGYN4 Summenscore Indikator gyn.Items 4pp (6 Items)	-2,610 ¹	,009	,007	,003	,001
SIORTH8 Summenscore Indikator orth. Items 8pp (5 Items) - SIORTH4 Summenscore Indikator orth. Items 4pp (5 Items)	-,114 ¹	,909	,937	,468	,029
SIPSY8 Summenscore Indikator Psychologische Items 8pp (10 Items) - SIPSY4 Summenindikator Psychologische Items 4pp (10 Variabeln)	-2,811 ¹	,005	,003	,002	,000
SIGES8PP Summenscore der Indikator Variablen 8pp gesamt - SIGES4PP Summenscore der Indikator-Variablen 4pp gesamt	-3,045 ¹	,002	,001	,001	,000
SISOMA8P Summenscore Indikator Variablen somatische Items 8pp (26 Items) - SISOMA4P Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 4pp (26Items)	-2,212 ¹	,027	,025	,013	,001

1. Basiert auf positiven Rängen.

2. Wilcoxon-Test

Statistik für Test: Längsschn. Vergleiche Gesamt-u. Unterskalen Mehrfachmütter (N=14)

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SIGYN8 Summenscore Indikator gyn. Items 8pp (6 Items) - SIGYN4 Summenscore Indikator gyn.Items 4pp (6 Items)	-2,066 ¹	,039	,037	,018	,001
SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items) - SIGYN8 Summenscore Indikator gyn. Items 8pp (6 Items)	-,663 ²	,507	,539	,270	,016
SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items) - SIGYN4 Summenscore Indikator gyn.Items 4pp (6 Items)	-1,336 ¹	,181	,196	,098	,006
SIORTH8 Summenscore Indikator orth. Items 8pp (5 Items) - SIORTH4 Summenscore Indikator orth. Items 4pp (5 Items)	-,720 ²	,471	,494	,247	,016
SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items) - SIORTH8 Summenscore Indikator orth. Items 8pp (5 Items)	-,236 ²	,814	,834	,417	,015
SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items) - SIORTH4 Summenscore Indikator orth. Items 4pp (5 Items)	-,460 ²	,646	,666	,333	,012
SIPSY8 Summenscore Indikator Psychologische Items 8pp (10 Items) - SIPSY4 Summenindikator Psychologische Items 4pp (10 Variabeln)	-2,316 ¹	,021	,019	,009	,002
SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items) - SIPSY8 Summenscore Indikator Psychologische Items 8pp (10 Items)	-,974 ²	,330	,357	,179	,016
SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items) - SIPSY4 Summenindikator Psychologische Items 4pp (10 Variabeln)	-,045 ¹	,964	,979	,490	,017

Statistik für Test: Längsschn. Vergleiche Gesamt-u. Unterskalen Mehrfachmütter (N=14)

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SIGES8PP Summenscore der Indikator Variablen 8pp gesamt - SIGES4PP Summenscore der Indikator-Variablen 4pp gesamt	-2,064 ¹	,039	,040	,020	,004
SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt - SIGES8PP Summenscore der Indikator Variablen 8pp gesamt	-1,005 ²	,315	,333	,167	,008
SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt - SIGES4PP Summenscore der Indikator-Variablen 4pp gesamt	-,175 ¹	,861	,879	,439	,013
SISOMA8P Summenscore Indikator Variablen somatische Items 8pp (26 Items) - SISOMA4P Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 4pp (26Items)	-1,257 ¹	,209	,222	,111	,006
SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items) - SISOMA8P Summenscore Indikator Variablen somatische Items 8pp (26 Items)	-1,287 ²	,198	,211	,105	,006
SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items) - SISOMA4P Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 4pp (26Items)	-,455 ²	,649	,674	,337	,014

1. Basiert auf positiven Rängen.

2. Basiert auf negativen Rängen.

3. Wilcoxon-Test

Anhang F (FemBeschwerden-Liste Querschnittvergleiche)

- Querschnittvergleiche Mann-Whitney-U-Test für Erstmütter(N=27) – Mehrfachmütter (N=21) zu T1 und T2
- Querschnittvergleiche Mann-Whitney-U-Test für Erstmütter (N=10) – Mehrfachmütter (N=14) mit generativ stabilem Status zu T3
- Querschnittvergleiche Mediantest für Erstmütter (N=10), Mehrfachmütter (N=28) und Schwangere (N=9) zu T3
- Querschnittvergleiche Mann-Whitney-U-Test für Erstmütter (N=10)und Mehrfachmütter (N=28) zu T3

Ränge: Querschnitt Vergleiche Erstmütter-Mehrfachmütter T1 und T2 (Mann-Whitney)

	PARAE4PP Gruppenvariable Erst-, Mehrfachmütter 4pp	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
SIGYN4 Summenscore Indikator gyn.Items 4pp (6 Items)	1 Erstmutter	27	22,59	610,00
	2 Mehrfachmutter	21	26,95	566,00
	Gesamt	48		
SIGYN8 Summenscore Indikator gyn. Items 8pp (6 Items)	1 Erstmutter	27	23,96	647,00
	2 Mehrfachmutter	21	25,19	529,00
	Gesamt	48		
SIORTH4 Summenscore Indikator orth. Items 4pp (5 Items)	1 Erstmutter	27	23,41	632,00
	2 Mehrfachmutter	21	25,90	544,00
	Gesamt	48		
SIORTH8 Summenscore Indikator orth. Items 8pp (5 Items)	1 Erstmutter	27	22,78	615,00
	2 Mehrfachmutter	21	26,71	561,00
	Gesamt	48		
SIPSY4 Summenindikator Psychologische Items 4pp (10 Variablen)	1 Erstmutter	27	22,35	603,50
	2 Mehrfachmutter	21	27,26	572,50
	Gesamt	48		
SIPSY8 Summenscore Indikator Psychologische Items 8pp (10 Items)	1 Erstmutter	27	24,09	650,50
	2 Mehrfachmutter	21	25,02	525,50
	Gesamt	48		
SIGES4PP Summenscore der Indikator-Variablen 4pp gesamt	1 Erstmutter	27	22,20	599,50
	2 Mehrfachmutter	21	27,45	576,50
	Gesamt	48		
SIGES8PP Summenscore der Indikator Variablen 8pp gesamt	1 Erstmutter	27	23,70	640,00
	2 Mehrfachmutter	21	25,52	536,00
	Gesamt	48		
SISOMA4P Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 4pp (26Items)	1 Erstmutter	27	22,44	606,00
	2 Mehrfachmutter	21	27,14	570,00
	Gesamt	48		
SISOMA8P Summenscore Indikator Variablen somatische Items 8pp (26 Items)	1 Erstmutter	27	23,30	629,00
	2 Mehrfachmutter	21	26,05	547,00
	Gesamt	48		

Statistik für Test:Querschnittvergl. Erstmütter-Mehrfachmütter T1 und T2¹

	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SIGYN4 Summenscore Indikator gyn.Items 4pp (6 Items)	232,000	610,000	-1,076	,282	,287	,144	,002
SIGYN8 Summenscore Indikator gyn. Items 8pp (6 Items)	269,000	647,000	-,312	,755	,761	,380	,004
SIORTH4 Summenscore Indikator orth. Items 4pp (5 Items)	254,000	632,000	-,623	,533	,540	,270	,003
SIORTH8 Summenscore Indikator orth. Items 8pp (5 Items)	237,000	615,000	-,980	,327	,333	,166	,003
SIPSY4 Summenindikator Psychologische Items 4pp (10 Variabeln)	225,500	603,500	-1,207	,227	,232	,116	,002
SIPSY8 Summenscore Indikator Psychologische Items 8pp (10 Items)	272,500	650,500	-,229	,819	,825	,412	,004
SIGES4PP Summenscore der Indikator-Variablen 4pp gesamt	221,500	599,500	-1,289	,197	,201	,101	,002
SIGES8PP Summenscore der Indikator Variablen 8pp gesamt	262,000	640,000	-,447	,655	,661	,331	,004
SISOMA4P Summenscore Indikator Variablen Sомatische Items 4pp (26Items)	228,000	606,000	-1,154	,248	,253	,127	,002
SISOMA8P Summenscore Indikator Variablen somatische Items 8pp (26 Items)	251,000	629,000	-,676	,499	,506	,253	,003

1. Gruppenvariable: PARAE4PP Gruppenvariable Erst-, Mehrfachmütter 4pp

Ränge: Querschnittvergleiche Erstmütter-Mehrfachmütter (generativ stabiler Status) T3

	PARAE36P Gruppierungsvariable Erst-, Mehrfachmutter	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items)	1 Erstmutter	10	7,35	73,50
	2 Mehrfachmutter	14	16,18	226,50
	Gesamt	24		
SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items)	1 Erstmutter	10	8,40	84,00
	2 Mehrfachmutter	14	15,43	216,00
	Gesamt	24		
SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items)	1 Erstmutter	10	10,25	102,50
	2 Mehrfachmutter	14	14,11	197,50
	Gesamt	24		
SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items)	1 Erstmutter	10	6,95	69,50
	2 Mehrfachmutter	14	16,46	230,50
	Gesamt	24		
SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt	1 Erstmutter	10	8,50	85,00
	2 Mehrfachmutter	14	15,36	215,00
	Gesamt	24		

Statistik für Test : Querschnittvergl. Erstmütter-Mehrfachmütter (generativ stabil) T3²

	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items)	18,500	73,500	-3,041	,002	,001 ¹	,002	,001	,000
SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items)	29,000	84,000	-2,411	,016	,016 ¹	,015	,008	,001
SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items)	47,500	102,500	-1,322	,186	,192 ¹	,195	,098	,005
SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items)	14,500	69,500	-3,258	,001	,001 ¹	,001	,000	,000
SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt	30,000	85,000	-2,343	,019	,019 ¹	,018	,009	,001

1. Nicht für Bindungen korrigiert.

2. Gruppenvariable: PARAE36P Gruppierungsvariable Erst-, Mehrfachmutter zu 36pp

Mediantest: Querschnitt Vergleiche T3

Häufigkeiten

		PARAE36X Generativer Status zu 36pp		
		1 eine Geburt	2 mindestens zwei Geburten	3 aktuell schwanger
SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items)	> Median <= Median	1 9	13 15	4 5
SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items)	> Median <= Median	2 8	16 12	3 6
SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items)	> Median <= Median	3 7	15 13	5 4
SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt	> Median <= Median	3 7	13 15	6 3
SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items)	> Median <= Median	2 8	16 12	4 5

Statistik für Test: Querschnittvergl. Erstmütter, Mehrfachmütter,Schwangere T35

	N	Median	Chi-Quadrat	df	Asymptotische Signifikanz	Exakte Signifikanz	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items)	47	9,00	4,316 ¹	2	,116	,127	,010
SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items)	47	12,00	4,693 ²	2	,096	,106	,009
SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items)	47	33,00	1,834 ³	2	,400	,435	,035
SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt	47	83,00	2,562 ⁴	2	,278	,332	,025
SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items)	47	49,00	4,108 ⁴	2	,128	,141	,012

- Bei 2 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 3,4
- Bei 2 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 4,0
- Bei 3 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 4,4
- Bei 3 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 4,2
- Gruppenvariable: PARAE36X Generativer Status zu 36pp

Mann-Whitney-Test: Querschnitt Vergleich Erst- und Mehrfachmütter (T3)

Ränge

PARAE36X Generativer Status zu 36pp		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items)	1 eine Geburt	10	15,15	151,50
	2 mindestens zwei Geburten	28	21,05	589,50
	Gesamt	38		
SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items)	1 eine Geburt	10	14,60	146,00
	2 mindestens zwei Geburten	28	21,25	595,00
	Gesamt	38		
SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items)	1 eine Geburt	10	15,25	152,50
	2 mindestens zwei Geburten	28	21,02	588,50
	Gesamt	38		
SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt	1 eine Geburt	10	14,10	141,00
	2 mindestens zwei Geburten	28	21,43	600,00
	Gesamt	38		
SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items)	1 eine Geburt	10	13,70	137,00
	2 mindestens zwei Geburten	28	21,57	604,00
	Gesamt	38		

Statistik für Test:Querschnittvergl. Erstmütter(N10) -Mehrfachmütter (N=28) T32

	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SIGYN36 Summenscore Indikator gyn. Items 36pp (6 Items)	96,500	151,500	-1,482	,138	,151 ¹	,142	,070	,002
SIORTH36 Summenscore Indikator orth. Items 36 pp (5 Items)	91,000	146,000	-1,629	,103	,109 ¹	,106	,053	,002
SIPSY36 Summenscore Indikator Psychologische Items 36pp (10 Items)	97,500	152,500	-1,411	,158	,161 ¹	,163	,082	,003
SIGES36P Summenscore Indikator Variablen 36 pp gesamt	86,000	141,000	-1,792	,073	,076 ¹	,074	,037	,001
SISOMA36 Summenscore Indikator Variablen Somatische Items 36 p (26 Items)	82,000	137,000	-1,924	,054	,056 ¹	,054	,027	,001

1. Nicht für Bindungen korrigiert.

2. Gruppenvariable: PARAE36X Generativer Status zu 36pp

Anhang G (Ratings Längsschnittvergleiche)

- Längsschnittvergleiche Wilcoxon Gesamtstichprobe (N=42) T1, T2, T3
- Längsschnittvergleiche Wilcoxon Erstmütter und simulierte baseline (N=24) T0, T1, T2
- Längsschnittvergleiche Wilcoxon für Erstmütter mit generativ stabilem Status (N=9) T2, T3
- Längsschnittvergleiche Wilcoxon für Mehrfachmütter(N=20) T1, T2
- Längsschnittvergleiche Wilcoxon für Mehrfachmütter mit generativ stabilem Status (N=14) T2, T3

Wilcoxon-Test:Längsschnittliche Vergleiche Ratings (Gesamtstichprobe N=42) T1,T2,T3

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
M8ATTRAA Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp - M4ATTRAA Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp	Negative Ränge	5 ¹	12,70	63,50
	Positive Ränge	17 ²	11,15	189,50
	Bindungen	20 ³		
	Gesamt	42		
M8ATTRAA Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp - M36ATTRAA Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp	Negative Ränge	8 ⁴	13,63	109,00
	Positive Ränge	25 ⁵	18,08	452,00
	Bindungen	9 ⁶		
	Gesamt	42		
M4ATTRAA Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp - M36ATTRAA Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp	Negative Ränge	9 ⁷	9,94	89,50
	Positive Ränge	15 ⁸	14,03	210,50
	Bindungen	18 ⁹		
	Gesamt	42		
M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp - M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp	Negative Ränge	3 ¹⁰	11,50	34,50
	Positive Ränge	19 ¹¹	11,50	218,50
	Bindungen	20 ¹²		
	Gesamt	42		
M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp - M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp	Negative Ränge	8 ¹³	17,13	137,00
	Positive Ränge	28 ¹⁴	18,89	529,00
	Bindungen	6 ¹⁵		
	Gesamt	42		
M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp - M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp	Negative Ränge	13 ¹⁶	17,19	223,50
	Positive Ränge	22 ¹⁷	18,48	406,50
	Bindungen	7 ¹⁸		
	Gesamt	42		
M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp - M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp	Negative Ränge	10 ¹⁹	10,50	105,00
	Positive Ränge	10 ²⁰	10,50	105,00
	Bindungen	22 ²¹		
	Gesamt	42		
M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp - M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp	Negative Ränge	16 ²²	18,75	300,00
	Positive Ränge	19 ²³	17,37	330,00
	Bindungen	7 ²⁴		
	Gesamt	42		
M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp - M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp	Negative Ränge	17 ²⁵	16,94	288,00
	Positive Ränge	18 ²⁶	19,00	342,00
	Bindungen	7 ²⁷		
	Gesamt	42		

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp - M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp	Negative Ränge	7 ²⁸	12,93	90,50
	Positive Ränge	13 ²⁹	9,19	119,50
	Bindungen	22 ³⁰		
	Gesamt	42		
M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp - M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp	Negative Ränge	11 ³¹	18,64	205,00
	Positive Ränge	22 ³²	16,18	356,00
	Bindungen	9 ³³		
	Gesamt	42		
M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp - M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp	Negative Ränge	12 ³⁴	18,46	221,50
	Positive Ränge	20 ³⁵	15,32	306,50
	Bindungen	10 ³⁶		
	Gesamt	42		

1. M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp < M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp
2. M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp > M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp
3. M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp = M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp
4. M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp < M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp
5. M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp > M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp
6. M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp = M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp
7. M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp < M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp
8. M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp > M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp
9. M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp = M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp
10. M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp < M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp
11. M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp > M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp
12. M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp = M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp
13. M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp < M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp
14. M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp > M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp
15. M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp = M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp
16. M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp < M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp
17. M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp > M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp
18. M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp = M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp
19. M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp < M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp
20. M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp > M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp
21. M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp = M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp
22. M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp < M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp
23. M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp > M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp
24. M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp = M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp
25. M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp < M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp
26. M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp > M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp
27. M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp = M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp
28. M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp < M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp
29. M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp > M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp
30. M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp = M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp
31. M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp < M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp
32. M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp > M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp
33. M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp = M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp
34. M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp < M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp
35. M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp > M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp
36. M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp = M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp

Statistik für Test: Längschnittvergl. Ratings T1, T2, T3 (N=42)³

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp - M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp	-2,128 ¹	,033	,030	,015	,001
M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp - M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp	-3,124 ¹	,002	,001	,001	,000
M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp - M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp	-1,754 ¹	,079	,080	,040	,001
M8KWOHL Körperlisches Wohlbefinden 8pp - M4KWOHL Körperlisches Wohlbefinden 4pp	-3,111 ¹	,002	,001	,001	,000
M8KWOHL Körperlisches Wohlbefinden 8pp - M36KWOHL Körperlisches Wohlbefinden 36pp	-3,121 ¹	,002	,001	,001	,000
M4KWOHL Körperlisches Wohlbefinden 4pp - M36KWOHL Körperlisches Wohlbefinden 36pp	-1,527 ¹	,127	,131	,066	,002
M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp - M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp	,000 ²	1,000	1,000	,517	,034
M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp - M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp	-,251 ¹	,802	,812	,406	,004
M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp - M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp	-,451 ¹	,652	,660	,330	,003
M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp - M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp	-,560 ¹	,576	,585	,293	,003
M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp - M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp	-1,370 ¹	,171	,176	,088	,002
M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp - M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp	-,803 ¹	,422	,431	,215	,003

1. Basiert auf negativen Rängen.

2. Die Summe der negativen Ränge ist gleich der Summe der positiven Ränge.

3. Wilcoxon-Test

Wilcoxon-Test: Längsschnitt Vergleich Erstmütter-simul_baseline (N=24) Ratings

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp - M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp	Negative Ränge	1 ¹	5,50	5,50
	Positive Ränge	9 ²	5,50	49,50
	Bindungen	14 ³		
	Gesamt	24		
M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp - M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp	Negative Ränge	2 ⁴	5,00	10,00
	Positive Ränge	11 ⁵	7,36	81,00
	Bindungen	11 ⁶		
	Gesamt	24		
M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp - M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp	Negative Ränge	6 ⁷	6,50	39,00
	Positive Ränge	7 ⁸	7,43	52,00
	Bindungen	11 ⁹		
	Gesamt	24		
M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp - M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp	Negative Ränge	3 ¹⁰	5,50	16,50
	Positive Ränge	7 ¹¹	5,50	38,50
	Bindungen	14 ¹²		
	Gesamt	24		
M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp - M0ATTR A Attraktivität prae	Negative Ränge	16 ¹³	13,16	210,50
	Positive Ränge	7 ¹⁴	9,36	65,50
	Bindungen	1 ¹⁵		
	Gesamt	24		
M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp - M0KWOHL Körperliches Wohlbefinden prae	Negative Ränge	14 ¹⁶	11,57	162,00
	Positive Ränge	6 ¹⁷	8,00	48,00
	Bindungen	4 ¹⁸		
	Gesamt	24		
M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp - M0SWOHL seelisches Wohlbefinden prae	Negative Ränge	13 ¹⁹	11,69	152,00
	Positive Ränge	8 ²⁰	9,88	79,00
	Bindungen	3 ²¹		
	Gesamt	24		
M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp - M0KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht prae	Negative Ränge	12 ²²	11,13	133,50
	Positive Ränge	6 ²³	6,25	37,50
	Bindungen	6 ²⁴		
	Gesamt	24		

1. M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp < M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp
2. M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp > M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp
3. M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp = M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp
4. M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp < M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp
5. M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp > M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp
6. M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp = M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp
7. M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp < M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp
8. M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp > M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp
9. M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp = M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp

Ränge

10. M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp < M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp
11. M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp > M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp
12. M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp = M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp
13. M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp < M0ATTR A Attraktivität prae
14. M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp > M0ATTR A Attraktivität prae
15. M0ATTR A Attraktivität prae = M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp
16. M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp < M0KWOHL Körperliches Wohlbefinden prae
17. M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp > M0KWOHL Körperliches Wohlbefinden prae
18. M0KWOHL Körperliches Wohlbefinden prae = M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp
19. M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp < M0SWOHL seelisches Wohlbefinden prae
20. M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp > M0SWOHL seelisches Wohlbefinden prae
21. M0SWOHL seelisches Wohlbefinden prae = M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp
22. M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp < M0KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht prae
23. M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp > M0KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht prae
24. M0KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht prae = M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp

Statistik für Test: Längsschnitt Vergl. Ratings Erstmütter und simulierte baseline (N=24)

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
M8ATTR Atraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp - M4ATTR Atraktivitätseinschätzung Mutter 4pp	-2,530 ¹	,011	,021	,011	,010
M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp - M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp	-2,581 ¹	,010	,011	,006	,004
M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp - M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp	-,464 ¹	,642	,729	,364	,076
M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp - M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp	-1,265 ¹	,206	,344	,172	,117
M4ATTR Atraktivitätseinschätzung Mutter 4pp - M0ATTR Attraktivität prae	-2,229 ²	,026	,025	,012	,001
M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp - M0KWOHL Körperliches Wohlbefinden prae	-2,146 ²	,032	,033	,017	,004
M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp - M0SWOHL seelisches Wohlbefinden prae	-1,287 ²	,198	,211	,105	,008
M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp - M0KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht prae	-2,102 ²	,036	,034	,017	,001

1. Basiert auf negativen Rängen.

2. Basiert auf positiven Rängen.

3. Wilcoxon-Test

Wilcoxon-Test: Längsschnitt Vergleich Ratings Erstmütter (N=9) T2, T3

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp - M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp	Negative Ränge	0 ¹	,00	,00
	Positive Ränge	6 ²	3,50	21,00
	Bindungen	2 ³		
	Gesamt	8		
M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp - M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp	Negative Ränge	1 ⁴	2,00	2,00
	Positive Ränge	6 ⁵	4,33	26,00
	Bindungen	2 ⁶		
	Gesamt	9		
M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp - M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp	Negative Ränge	4 ⁷	3,75	15,00
	Positive Ränge	3 ⁸	4,33	13,00
	Bindungen	2 ⁹		
	Gesamt	9		
M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp - M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp	Negative Ränge	1 ¹⁰	2,00	2,00
	Positive Ränge	4 ¹¹	3,25	13,00
	Bindungen	4 ¹²		
	Gesamt	9		

1. M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp < M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp
2. M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp > M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp
3. M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp = M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp
4. M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp < M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp
5. M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp > M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp
6. M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp = M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp
7. M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp < M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp
8. M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp > M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp
9. M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp = M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp
10. M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp < M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp
11. M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp > M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp
12. M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp = M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp

Statistik für Test: Längsschnitt Vergleich Ratings Erstmütter (N=9) T2, T3³

	M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp - M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp	M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp - M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp	M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp - M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp	M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp - M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp
Z	-2,264 ¹	-2,058 ¹	-,175 ²	-1,518 ¹
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,024	,040	,861	,129
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,031	,063	1,000	,250
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,016	,031	,500	,125
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,016	,023	,086	,094

1. Basiert auf negativen Rängen.

2. Basiert auf positiven Rängen.

3. Wilcoxon-Test

Wilcoxon-Test: Längsschnitt Vergleich Ratings Mehrfachmütter (N=20) T1, T2

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp - M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp	Negative Ränge	4 ¹	4,88	19,50
	Positive Ränge	6 ²	5,92	35,50
	Bindungen	10 ³		
	Gesamt	20		
M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp - M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp	Negative Ränge	2 ⁴	5,50	11,00
	Positive Ränge	8 ⁵	5,50	44,00
	Bindungen	10 ⁶		
	Gesamt	20		
M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp - M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp	Negative Ränge	4 ⁷	4,50	18,00
	Positive Ränge	4 ⁸	4,50	18,00
	Bindungen	12 ⁹		
	Gesamt	20		
M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp - M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp	Negative Ränge	4 ¹⁰	6,50	26,00
	Positive Ränge	6 ¹¹	4,83	29,00
	Bindungen	10 ¹²		
	Gesamt	20		

1. M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp < M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp
2. M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp > M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp
3. M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp = M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp
4. M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp < M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp
5. M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp > M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp
6. M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp = M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp
7. M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp < M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp
8. M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp > M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp
9. M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp = M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp
10. M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp < M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp
11. M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp > M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp
12. M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp = M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp

Statistik für Test: Längsschnitt Vergleich Ratings Mehrfachmütter (N=20) T1, T2³

	M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp - M4ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp	M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp - M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp	M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp - M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp	M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp - M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp
Z	-,823 ¹	-1,723 ¹	,000 ²	-,154 ¹
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,410	,085	1,000	,877
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,479	,113	1,000	,918
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,239	,057	,547	,459
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,051	,012	,094	,035

1. Basiert auf negativen Rängen.

2. Die Summe der negativen Ränge ist gleich der Summe der positiven Ränge.

3. Wilcoxon-Test

Wilcoxon-Test: Längsschnitt Vergleiche Ratings Mehrfachmütter (N=14) T2, T3

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp - M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp	Negative Ränge	5 ¹	5,80	29,00
	Positive Ränge	6 ²	6,17	37,00
	Bindungen	2 ³		
	Gesamt	13		
M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp - M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp	Negative Ränge	3 ⁴	8,33	25,00
	Positive Ränge	9 ⁵	5,89	53,00
	Bindungen	1 ⁶		
	Gesamt	13		
M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp - M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp	Negative Ränge	5 ⁷	5,40	27,00
	Positive Ränge	5 ⁸	5,60	28,00
	Bindungen	3 ⁹		
	Gesamt	13		
M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp - M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp	Negative Ränge	5 ¹⁰	7,40	37,00
	Positive Ränge	7 ¹¹	5,86	41,00
	Bindungen	1 ¹²		
	Gesamt	13		

1. M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp < M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp
2. M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp > M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp
3. M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp = M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp
4. M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp < M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp
5. M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp > M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp
6. M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp = M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp
7. M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp < M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp
8. M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp > M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp
9. M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp = M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp
10. M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp < M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp
11. M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp > M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp
12. M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp = M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp

Statistik für Test: Längsschnitt Vergleiche Ratings Mehrfachmütter (N=14) T2, T3²

	M8ATTR A Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp - M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp	M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp - M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp	M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp - M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp	M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp - M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp
Z	-,362 ¹	-1,110 ¹	-,052 ¹	-,158 ¹
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,717	,267	,959	,874
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,759	,281	,980	,883
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,379	,141	,490	,441
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,027	,012	,015	,021

1. Basiert auf negativen Rängen.

2. Wilcoxon-Test

Anhang H (Ratings Querschnittvergleiche)

- Querschnittvergleiche Mann-Whitney-U-Test für Erstmütter(N=27) – Mehrfachmütter (N=20) zu T1 und T2
- Querschnittvergleiche Mann-Whitney-U-Test für Erstmütter (N=8) – Mehrfachmütter (N=13) mit generativ stabilem Status zu T3

Ränge

PARAE4PP Gruppenvariable Erst-, Mehrfachmütter 4pp		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
M4ATTRAA Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp	1 Erstmutter	27	23,44	633,00
	2 Mehrfachmutter	20	24,75	495,00
	Gesamt	47		
M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp	1 Erstmutter	27	22,63	611,00
	2 Mehrfachmutter	20	25,85	517,00
	Gesamt	47		
M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp	1 Erstmutter	27	21,69	585,50
	2 Mehrfachmutter	20	27,13	542,50
	Gesamt	47		
M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp	1 Erstmutter	27	21,37	577,00
	2 Mehrfachmutter	20	27,55	551,00
	Gesamt	47		
M8ATTRAA Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp	1 Erstmutter	27	23,17	625,50
	2 Mehrfachmutter	20	25,13	502,50
	Gesamt	47		
M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp	1 Erstmutter	27	22,48	607,00
	2 Mehrfachmutter	20	26,05	521,00
	Gesamt	47		
M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp	1 Erstmutter	27	22,31	602,50
	2 Mehrfachmutter	20	26,27	525,50
	Gesamt	47		
M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp	1 Erstmutter	27	21,48	580,00
	2 Mehrfachmutter	20	27,40	548,00
	Gesamt	47		

Statistik für Test: Querschnitt Vergleich Ratings Erstmütter-Mehrfachmütter T1, T2

	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
M4ATTRAA Attraktivitätseinschätzung Mutter 4pp	255,000	633,000	-,331	,741	,748	,373	,004
M4KWOHL Körperliches Wohlbefinden 4pp	233,000	611,000	-,814	,415	,428	,214	,006
M4SWOHL Seelisches Wohlbefinden 4pp	207,500	585,500	-1,377	,169	,173	,087	,001
M4KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 4pp	199,000	577,000	-1,558	,119	,122	,061	,001
M8ATTRAA Attraktivitätseinschätzung der Mutter 8pp	247,500	625,500	-,510	,610	,618	,306	,004
M8KWOHL Körperliches Wohlbefinden 8pp	229,000	607,000	-,906	,365	,370	,185	,003
M8SWOHL Seelisches Wohlbefinden 8pp	224,500	602,500	-1,005	,315	,322	,161	,002
M8KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 8pp	202,000	580,000	-1,496	,135	,137	,068	,001

1. Gruppenvariable: PARAE4PP Gruppenvariable Erst-, Mehrfachmütter 4pp

Mann-Whitney-Test: Querschnitt Vergleich Erstmütter-Mehrfachmütter (generativ stabil) T3

Ränge

PARAE36P Gruppierungsvariable Erst-, Mehrfachmutter (weitere Geburten schwanger) zu		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp	1 Erstmutter	8	8,38	67,00
	2 Mehrfachmutter	13	12,62	164,00
	Gesamt	21		
M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp	1 Erstmutter	8	12,31	98,50
	2 Mehrfachmutter	13	10,19	132,50
	Gesamt	21		
M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp	1 Erstmutter	8	11,00	88,00
	2 Mehrfachmutter	13	11,00	143,00
	Gesamt	21		
M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp	1 Erstmutter	8	10,50	84,00
	2 Mehrfachmutter	13	11,31	147,00
	Gesamt	21		

Statistik für Test: Querschnitt Vergleich Ratings Erstmütter-Mehrfachmütter mit generativ stabilem Status (T3)

	M36ATTR A Attraktivitätseinschätzung Mutter 36pp	M36KWOHL Körperliches Wohlbefinden 36pp	M36SWOHL Seelisches Wohlbefinden 36pp	M36KILOS Zufriedenheit mit dem Gewicht 36pp
Mann-Whitney-U	31,000	41,500	52,000	48,000
Wilcoxon-W	67,000	132,500	143,000	84,000
Z	-1,689	-.814	,000	-,295
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,091	,416	1,000	,768
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,140 ¹	,456 ¹	1,000 ¹	,804 ¹
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,111	,449	1,000	,775
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,067	,239	,501	,394
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,023	,037	,021	,003

1. Nicht für Bindungen korrigiert.

2. Gruppenvariable: PARAE36P Gruppierungsvariable Erst-, Mehrfachmutter (weitere Geburten, schwanger) zu 36pp

**Anhang I (Signifikante Korrelationen zwischen
FemBeschwerden - Ratings)**

- T1: Gesamtstichprobe, Erstmütter u. simulierte baseline (T0),
Mehrfachmütter
- T2: Gesamtstichprobe, Erstmütter u. Mehrfachmütter
- T3: Gesamtstichprobe, Erstmütter u. Mehrfachmütter

Signifikante Korrelationen

(bivariat, Kendall-Tau)

Meßzeitpunkt :4 Monate postpartal

Gruppe: Gesamtstichprobe N = 48

	Attraktivitätseinschätzung	Zufriedenheit mit dem Gewicht	Seelisches Wohlbefinden	Körperliches Wohlbefinden	FemBeschwerden gesamt	Somatische Beschwerden	Psychische Beschwerden	Gynäkologische Beschwerden	Orthopädische Beschwerden
Attraktivitätseinschätzung									
Zufriedenheit mit dem Gewicht	.392 *								
	.001								
Seelisches Wohlbefinden	.332 *	.390*							
	.005	.001							
Körperliches Wohlbefinden	.513 *	.309 *	.475 *						
	.000	.008	.000						
Fembeschwerden gesamt									
Somatische Beschwerden									
Psychische Beschwerden					.264 *				
					.010				
Gynäkologische Beschwerden						.230 *			
						.030			
Orthopädische Beschwerden							.371 *		
							.001		

Signifikante Korrelationen

(bivariat, Kendall-Tau)

Meßzeitpunkt : 4 Monate postpartal und 16 Monate praepartal (in Klammern)

Gruppe: Erstmütter N= 27 und simulierte Ausgangsstichprobe (Ergebnisse in Klammern)

	Attraktivitätseinschätzung	Zufriedenheit mit dem Gewicht	Seelisches Wohlbefinden	Körperliches Wohlbefinden	FemBeschwerden gesamt	Somatische Beschwerden	Psychische Beschwerden	Gynäkologische Beschwerden	Orthopädische Beschwerden
Attraktivitätseinschätzung									
Zufriedenheit mit dem Gewicht	.559 *								
	.001								
Seelisches Wohlbefinden		.327 *							
		.042							
Körperliches Wohlbefinden	(.466* .003) .407 * .013	.337 * .038 .002	.515 * .002						
Fembeschwerden gesamt									
Somatische Beschwerden									
Psychische Beschwerden						(.628* .000)			
Gynäkologische Beschwerden				-.317* .040			(.294* .043)		
Orthopädische Beschwerden							(.333* .023)		

Signifikante Korrelationen

(bivariat, Kendall-Tau)

Meßzeitpunkt : 4 Monate postpartal

Gruppe: Mehrfachmütter N= 21

	Attraktivitätseinschätzung	Zufriedenheit mit dem Gewicht	Seelisches Wohlbefinden	Körperliches Wohlbefinden	FemBeschwerden gesamt	Somatische Beschwerden	Psychische Beschwerden	Gynäkologische Beschwerden	Orthopädische Beschwerden
Attraktivitätseinschätzung									
Zufriedenheit mit dem Gewicht									
Seelisches Wohlbefinden	.369 *	.445 *							
	.047	.014							
Körperliches Wohlbefinden	.568 *		.453 *						
	.002		.012						
Fembeschwerden gesamt									
Somatische Beschwerden									
Psychische Beschwerden		-.389*			.329 *				
		.024			.047				
Gynäkologische Beschwerden						.388 *			
						.022			
Orthopädische Beschwerden							.497 *		
							.004		

Signifikante Korrelationen

(bivariat, Kendall-Tau)

Meßzeitpunkt : 8 Monate postpartal

Gruppe: Gesamtstichprobe N = 48

Signifikante Korrelationen

(bivariat, Kendall-Tau)

Meßzeitpunkt : 8 Monate postpartal

Gruppe: Erstmütter N = 27

Signifikante Korrelationen

(bivariat, Kendall-Tau)

Meßzeitpunkt : 8 Monate postpartal

Gruppe: Mehrfachmütter N = 21

	Attraktivitätseinschätzung	Zufriedenheit mit dem Gewicht	Seelisches Wohlbefinden	Körperliches Wohlbefinden	FemBeschwerden gesamt	Somatische Beschwerden	Psychische Beschwerden	Gynäkologische Beschwerden	Orthopädische Beschwerden
Attraktivitätseinschätzung									
Zufriedenheit mit dem Gewicht	.638* .001								
Seelisches Wohlbefinden	.478* .010	.468* .009							
Körperliches Wohlbefinden	.680* .000	.567* .002	.508* .006						
Fembeschwerden gesamt									
Somatische Beschwerden									
Psychische Beschwerden					.491* .003				
Gynäkologische Beschwerden	-.363* .049		-.457* .013			.448* .009			
Orthopädische Beschwerden							.387* .030		

Signifikante Korrelationen

(bivariat, Kendall-Tau)

Meßzeitpunkt : 36 Monate postpartal

Gruppe: Gesamtstichprobe N = 48

	Attraktivitätseinschätzung	Zufriedenheit mit dem Gewicht	Seelisches Wohlbefinden	Körperliches Wohlbefinden	FemBeschwerden gesamt	Somatische Beschwerden	Psychische Beschwerden	Gynäkologische Beschwerden	Orthopädische Beschwerden
Attraktivitätseinschätzung									
Zufriedenheit mit dem Gewicht	.367*								
	.003								
Seelisches Wohlbefinden									
Körperliches Wohlbefinden	.314*								
	.014								
Fembeschwerden gesamt			-.233*						
			.039						
Somatische Beschwerden									
Psychische Beschwerden			-.365*		.415*				
			.001		.000				
Gynäkologische Beschwerden						.241*			
						.032			
Orthopädische Beschwerden						.279*	.266*		
						.010	.020		

Signifikante Korrelationen

(bivariat, Kendall-Tau)

Meßzeitpunkt :36 Monate postpartal

Gruppe: Erstmütter (generativ unveränderter Status) N = 10

→ sehr kleine Stichprobe für Kendall-Tau! (s. Sidney Siegel, 1997, S.226)

Signifikante Korrelationen

(bivariat, Kendall-Tau)

Meßzeitpunkt :36 Monate postpartal

Gruppe: Mehrfachmütter (N=14) mit unverändertem generativen Status

Anhang J (Erstmütter-Interviewauswertung)

- „Modell zur subjektiven Gesundheit, Attraktivität und Life-quality im Übergang zur Elternschaft“

Zukunft

Gegenwart

Vergangenheit

• Transzendenten Zeit – Dornröschens“ mit Alter u. Endlichkeitserfahrung,
„Übereinstimmung“

Körperbiographie im Zeitverlauf:
Schwangerschaft – Geburt - Wochenbett - Stillzeit (Messzeitpunkt x 8 Monate pp)

