

Aus der Klinik für Geburtsmedizin  
der Medizinischen Fakultät Charité -  
Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Idiopathische vorzeitige Wehen  
bei türkischen und deutschen Schwangeren -  
Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Persönlichkeitsmerkmalen,  
Stimmung und Beschwerden und deren mögliche Auswirkung auf Häufigkeit  
und Verlauf**

Zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Sebnem Celik - Bilgili  
aus Bakırköy / Türkei

Gutachter: 1. Priv. - Doz. Dr. med. I.Schönborn  
2. Priv. - Doz. Dr. med. M. Rauchfuß  
3. Priv. - Doz. Dr. med. K. J. Bühling

Datum der Promotion: 15. Dezember 2008

## Inhaltsverzeichnis

<b>0</b>	<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>3</b>
0.1	Tabellenverzeichnis	6
0.2	Abbildungsverzeichnis	7
0.3	Abkürzungsverzeichnis	8
<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Aktueller Forschungsstand</b>	<b>11</b>
2.1	Definition der vorzeitigen Wehen und drohenden Frühgeburt	11
2.2	Pathogenese	12
2.3	Diagnostik	12
2.4	Therapie	12-20
<b>3</b>	<b>Kulturspezifischer Hintergrund</b>	<b>21</b>
3.1	Besonderheiten der Migration	21-27
3.2	Türkische Frauen in Deutschland	28-34
3.3	Schwangerschaft und Mutterschaft bei deutschen und türkischen Frauen	35-37
<b>4</b>	<b>Zielsetzung der Arbeit</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>Fragestellungen und Hypothesen</b>	<b>39</b>
5.1	Persönlichkeitsmerkmale	39
5.2	Bewältigungsstrategien (Coping)	40
5.3	Beschwerden	41
5.4	Stimmung	42
<b>6</b>	<b>Methodik</b>	<b>43</b>
6.1.	Beschreibung der Studie	43
6.2	Untersuchungsablauf oder Studiendesign	46
6.3.	Untersuchungsinstrumente	48
6.4.	Psychologische Parameter/Fragebögen	48

6.4.1	Halbstrukturiertes Interview	48
6.4.2	Persönlichkeitsmerkmale im Selbst- und Idealselbstbild (Giessen-Test)	49
6.4.3	Beschwerden im Berliner Beschwerdebogen für Frauen (BBI-F2)	51
6.4.4	Stimmung im Berliner Stimmungsfragebogen (BSF)	52
6.5.	Biologische Parameter	53
	6.6 Statistische Auswertungsverfahren	53
<b>7</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>54</b>
7.1	Ermittlung der Stichprobe	54
7.2	Soziodemographische Daten	55
7.2.1	Allgemeine soziodemographische Daten (Alter, Bildungsstand, Berufliche Ausbildung, derzeitige Tätigkeit, Familienstand, Umzug)	55-58
7.2.2	Aufenthaltsdauer der türkischen Schwangeren	59
7.2.3	Gynäkologisch-geburtshilfliche Daten	60
7.2.4	Tokolyse und andere medikamentöse Therapien	62
7.2.5	Hospitalisierung, Liegedauer	62
7.3.	Psychosoziale Parameter	64
7.3.1	Halbstrukturiertes Interview	64
	7.3.1.1 Soziale Kontaktfreudigkeit/Art d. sozialen Kontakte	64
	7.3.1.2 Lebenszufriedenheit	65
	7.3.1.3 Schwangerschaftsplanung	66
	7.3.1.4 Bewältigungsstrategien	66
7.3.2	Persönlichkeitsmerkmale im Giessen-Test	68-77
	7.3.2.1 Selbstbild der Schwangeren mit vorzeitigen Wehen	68
	7.3.2.2 Idealselbstbild der Schwangeren mit vorzeitigen Wehen	69
	7.3.2.3 Distanz zwischen Selbst- und Idealselbstbild	69
	7.3.2.4 Selbstbild der Normalschwangeren	73
	7.3.2.5 Idealselbstbild der Normalschwangeren	74
	7.3.2.6 Distanz zwischen Selbst- und Idealselbstbild	75
7.3.3	Beschwerden	78
7.3.4	Stimmungen	80

7.4	Zusammenhänge zwischen den Fragebögen	82
7.4.1	Persönlichkeitsmerkmale und Beschwerden	82
7.4.2	Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungsmechanismen / Coping	82
<b>8</b>	<b>Diskussion</b>	<b>83</b>
8.1	Methodenkritik	83
8.2	Tests	84
8.3	Statistische Auswertung	85
8.4	Diagnostik und Therapie der vorzeitigen Wehen bei drohender Frühgeburt	85
8.5	Diskussion der Ergebnisse	86
8.5.1	Soziodemographische Daten, geb. Anamnese und halbstrukturiertes Int.	86
8.5.2	Besonderheiten der türkischen Frauen, Problematik der Migration, ...	91
8.5.3	Persönlichkeitsmerkmale	93
8.5.4	Beschwerden	96
8.5.5	Stimmung	98
8.5.6	Coping	99
8.5.7	Korrelationen / Zusammenhänge	101
8.5.7.1	Persönlichkeitsmerkmale und Beschwerden	101
8.5.7.2	Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungsmechanismen	102
8.6	Fazit	103
<b>9</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>105</b>
<b>10</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>109</b>

## Tabellenverzeichnis

Tab.1:	Einteilung der Studiengruppen	43
Tab.2:	Studiendesign	47
Tab.3:	Zitate aus Beckmann et al.	50
Tab.4:	BBI-F2-Skalen	52
Tab.5:	BSF-Skalen	52
Tab.6:	Vaginalbefund (modifizierter Bishop-Score)	53
Tab.7:	Einteilung der Stichprobe	54
Tab.8:	Bildungsstand nach höchstem Schulabschluss	56
Tab.9:	Derzeitige Tätigkeit	57
Tab.10:	Aufenthaltsdauer türkischer Schwangerer mit und ohne VW	59
Tab.11:	Geburtshilfliche Anamnese	61
Tab.12:	Soziale Kontaktfreudigkeit	64
Tab.13:	Art der sozialen Kontaktfreudigkeit	65
Tab.14:	Bewältigungsstrategien	67
Tab.15:	GTS-Skalenmittelwerte der Schwangeren mit VW	68
Tab.16:	GTI-Skalenmittelwerte der Schwangeren mit VW	69
Tab.17:	GTS- und GTI-Skalenmittelwerte deutscher Schwangerer mit VW	70
Tab.18:	GTS- und GTI-Skalenmittelwerte türkischer Schwangerer mit VW	71
Tab.19:	GTS-Skalenmittelwerte der Normalschwangeren	73
Tab.20:	GTI-Skalenmittelwerte der Normalschwangeren	74
Tab.21:	GTS- und GTI-Skalenmittelwerte deutscher Normalschwangerer	75
Tab.22:	GTS- und GTI-Skalenmittelwerte türkischer Normalschwangerer	76
Tab.23:	Vergleich der Standardskalen deutscher und türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen	78
Tab.24:	BSF-Skalen im Vergleich	81

## Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Altersverteilung deutscher und türkischer Schwangerer mit VW	55
Abb.2: Aufenthaltsdauer im Krankenhaus von Schwangeren mit vorzeitigen Wehen	63
Abb.3: Signifikante GTS- und GTI-Skalen deutscher Schwangerer mit VW	70
Abb.4: Signifikante GTS- und GTI-Skala türkischer Schwangerer mit VW	72
Abb.5: GTS- und GTI-Skalen deutscher Normalschwangeren	75
Abb.6: GTS- und GTI-Skalen türkischer Normalschwangeren	76
Abb.7: Signifikante BBI-F2-Skalen der Schwangeren mit VW	79
Abb.8: Signifikante BSF-Skalen der Schwangeren mit VW	80

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abschl.	Abschluss
Bzw.	beziehungsweise
dtsch.	deutsch
D-NS	<u>d</u> eutsche <u>N</u> ormal <u>s</u> chwangere
D-VW	<u>d</u> eutsche Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen
gyn.	gynäkologisch
Pat.	Patientinnen
SSW	Schwangerschaftswoche
Tab.	Tabelle
T-NS	<u>t</u> ürkische <u>N</u> ormal <u>s</u> chwangere
T-VW	<u>t</u> ürkische Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen
türk.	türkisch, türkischstämmig
VW	vorzeitige Wehen

## 1 Einleitung

In der vorliegenden Arbeit sollen die kulturell bedingten Unterschiede und etwaige Gemeinsamkeiten zwischen deutschen und türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen untersucht werden. Zur Erfassung dieser Unterschiede und deren Einfluss auf den Umgang und die Bewältigung von auftretenden vorzeitigen Wehen erfolgte eine Studie an stationär behandelten deutschen und türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen. Um Auskunft darüber zu erhalten, ob diese Unterschiede soziokultureller Herkunft oder durch die Diagnose bedingt sein können, wurden auch deutsche und türkische Schwangere mit komplikationslosem Verlauf im Vergleich untersucht.

Vorzeitige Wehen sind das klinische Leitsymptom der drohenden Frühgeburt. Nach PSCHYREMBEL, DUDENHAUSEN (1991) sowie nach LUKESCH (1983) sind vorzeitige Wehen ein Zusammenspiel von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren. TEICHMANN und BREULL (1989) erstellten in einem aufwendigen Ansatz ein multifaktorielles Bedingungsgefüge, in dem beruflicher Stress, Ehe, Geburtserwartungen und die Verfügbarkeit adäquater Bewältigungsmechanismen unter anderem eine tragende Rolle in der Entstehung von vorzeitigen Wehen spielen. In einer anderen Studie konnten DMOCH und OSORIO (1984) bei den betroffenen Schwangeren vor allem depressive Persönlichkeitsmerkmale, narzisstische Irritationsmuster und starke Verleugnungstendenzen von Stress und Konflikten nachweisen.

Den Begriffen Frau, Schwangerschaft und Mutterschaft liegen bei türkischen Frauen teilweise andere Konzepte und Assoziationen zugrunde als bei deutschen. Die durch kulturelle Hintergründe und Migration bedingten unterschiedlichen Bewältigungsstrategien türkischer und deutscher Frauen können beim Umgang mit vorzeitigen Wehen möglicherweise eine große Rolle spielen. In diesem Zusammenhang stellt die Variabilität in den Persönlichkeitsmerkmalen deutscher und türkischer Frauen einen weiteren Einflussfaktor auf die Bewältigungsstrategien dar.

Mein persönlicher Beweggrund zur Abfassung dieser Dissertation war es, die Besonderheiten von türkischen Frauen und deren Auswirkungen auf die geburtshilfliche Behandlung in Deutschland am Beispiel der vorzeitigen Wehen darzustellen. Persönliche Erfahrungen als

Ärztin türkischer Herkunft und im alltäglichen Leben als „Betroffene Türkin“ in Deutschland spielten hierbei eine erhebliche Rolle.

Die Klärung folgender Fragen bewegte mich hier besonders:

- 1.) Welche Besonderheiten gibt es je nach soziokultureller Herkunft im Hinblick auf das Auftreten, das Erleben und die Bewältigung von vorzeitigen Wehen?
- 2.) Welche Rolle spielen hierbei die Persönlichkeitsmerkmale in den unterschiedlichen Kulturen und welche Auswirkungen haben sie auf den Umgang und die Bewältigung mit diesen?

Im ersten Teil der Arbeit werden der aktuelle Forschungsstand zu vorzeitigen Wehen und der kulturspezifische Hintergrund insbesondere der türkischen Frauen beschrieben. Danach folgen die Vorstellung der angewandten Methodik und die Ergebnisse, welche schließlich in der Diskussion ausführlich erläutert werden.

## 2 Aktueller Forschungsstand

### 2.1 Definition der vorzeitigen Wehen und drohenden Frühgeburt

**Definition:** Als Frühgeburt wird eine Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW) beziehungsweise vor dem 259. Schwangerschaftstag ausgehend vom ersten Tag der letzten Regelblutung bezeichnet (WHO, 1977).

Frühgeburten sind für 75-95% aller neonatalen Todesfälle verantwortlich. Die kontinuierliche Abnahme der Neonatalsterblichkeit in Deutschland ist als Erfolg der modernen Perinatalmedizin mit Zentralisierung von Hochrisikogeburten in entsprechenden Zentren zu sehen, wobei insbesondere die Entwicklung der Neonatologie zu diesem Rückgang beigetragen hat (RATH & DUDENHAUSEN, 2003).

Demgegenüber konnte trotz weltweiter Bemühungen die Inzidenz der Frühgeburten in den letzten Jahren in Deutschland nicht gesenkt werden. Sie beträgt derzeit 7,8 % in der Bundesrepublik Deutschland und in den entwickelten Ländern 7 – 12% mit eher zunehmender Tendenz (RATH & BARTZ, 2005).

Die Definition von vorzeitigen Wehen ist relativ unsicher. Entscheidend für die Differenzierung zwischen Kontraktionen als physiologisches Phänomen und Wehen als Pathologie ist die Eröffnung des Muttermundes.

**Definition:** Vorzeitige Wehen treten 2 - 5mal (Der Grenzwert bei 25 SSW beträgt 2 Kontraktionen pro Stunde und bei 37 SSW 5 Kontraktionen pro Stunde.) in der Stunde auf, sind regelmäßig, schmerzhaft und zervixwirksam (SPÄTLING, 2003).

Ohne fetale oder maternale Begleitpathologie (wie beispielsweise ein vorzeitiger Blasensprung) sind in nur einem Drittel der Fälle aller Frühgeburten vorzeitige Wehen alleiniger Auslöser einer Frühgeburt (SPÄTLING, 2003). Bei diesen Fällen spielen möglicherweise psychosomatische Ursachen eine wesentliche Rolle.

## 2.2 Pathogenese

Die Genese vorzeitiger Wehen als Symptom der Frühgeburt ist multifaktoriell. Vorzeitige Wehen sind nicht als eigene nosologische Einheit zu betrachten, sondern als wichtiges Glied einer Kette, die schließlich in Zervixöffnung und Frühgeburt münden kann (TEICHMANN, 1987).

Vorzeitige Wehen sind Endstrecke einer ätiologisch unterschiedlichen, biochemischen und biomolekularen Kaskade. Die Komplexität dieser endokrinen Abläufe spiegelt sich im immer breiter werdenden Spektrum der zur Verfügung stehenden Tokolytika wider (SPÄTLING, 2003). Frühgeburten nach vorzeitigen Wehen resultieren meist aus aufsteigenden Infektionen oder uterinen Vaskulopathien.

## 2.3 Diagnostik

Die Beurteilung der Zervix hat einen hohen Vorhersagewert für Frühgeburten. Die **Vaginalsonographie** ist der klinischen Untersuchung weit überlegen (HÖSLI et al., 2000). Sie ist besser reproduzierbar. Auch bei unregelmäßigen Kontraktionen sollte der Zervixbefund überprüft werden (TSOI, 2006).

Die Infektionsdiagnostik erfolgt durch die klinische Untersuchung mit **pH-Bestimmung** und **mikroskopischer Untersuchung eines Nativpräparates** als auch der **Bestimmung von Entzündungswerten**. Die Bestimmung des **fetalen Fibronektins** spielt ebenfalls eine große Rolle zur Diagnostik der drohenden Frühgeburt und des vorzeitigen Blasensprungs (RAIO, 2004). Dieser Test steht in Deutschland nur Hochrisikofällen zur Verfügung.

Kontraktionen als Frühsymptom vorzeitiger Wehen sollten per Tokographie überprüft werden. Erst bei Vorliegen regelmäßiger Kontraktionen und deutlicher Verkürzung der Zervix sollte eine stationäre Aufnahme mit tokolytischer Behandlung erfolgen (SPÄTLING, 2003).

## 2.4 Therapie

Allgemeine Empfehlungen bei vorzeitiger Wehentätigkeit sind zum Zeitpunkt der Untersuchung zu aller erst die stationäre Aufnahme der Schwangeren mit Schonung und Magnesium – Substitution gewesen. Die Indikation zur Tokolyse musste wegen der bekannten Nebenwirkungen restriktiv gestellt werden und mit dem Minimum der bekannten effektiven

Dosierung erfolgen. In der Klinik für Geburtsmedizin der Charité stellte allgemein die Bolustokolyse mit Beta-2-Mimetika das Therapieverfahren der Wahl dar.

Heutzutage wird zunehmend jedoch primär Nifedipin eingesetzt (COOMARASAMY, 2002). Häufigste vorkommende Nebenwirkung ist das Auftreten einer Hypotonie. Bei Vorliegen von Kontraindikationen und Auftreten von Nebenwirkungen sowie Mehrlingsschwangerschaften wird Atosiban intravenös eingesetzt (DUDENHAUSEN & HERTWIG, 2003).

Vorzeitige Wehen werden seit mehr als 30 Jahren mit Tokolytika behandelt. Das ideale Tokolytikum existiert bisher nicht. Es stehen bis heute keine kausalen Therapieoptionen bei drohender Frühgeburt zur Verfügung und aufgrund der multifaktoriellen Genese werden sie auch schwer zu entwickeln sein (RATH & BARTZ, 2005). Im Allgemeinen wird die medikamentöse Behandlung von vorzeitigen Wehen von der 20. bis zur vollendeten 33. Schwangerschaftswoche (SSW) durchgeführt.

In den USA und vielen anderen europäischen Ländern wird die intravenöse Tokolyse auf 48 Stunden beschränkt; demgegenüber wird in Deutschland häufig noch eine Langzeittokolyse durchgeführt, was eine enorme psychische Belastung für die Schwangere darstellt (RATH & DUDENHAUSEN, 2003).

Die Diskussion um den klinischen Nutzen der Tokolyse wird kontrovers geführt. Autoren wie KEIRSE (1995) behaupten, dass 50 – 80% aller Fälle mit vorzeitigen Wehen nicht zur Frühgeburt führen und dementsprechend nicht tokolytisch behandelt werden sollen. Ergebnisse aus plazebokontrollierten Vergleichsstudien, nach denen 50-70% der mit Plazebo behandelten Schwangeren in Terminnähe entbunden wurden, unterstützen diese Annahme (JEYABALAN et al., 2002).

### 2.4.1 Medikamentöse Therapie = TOKOLYSE

Eine medikamentöse Tokolysetherapie ist lediglich eine Symptombekämpfung und keine Therapie der zugrunde liegenden pathologischen Ursachen der vorzeitigen Wehen (SPÄTLING, 2003).

#### Ziele

Ziele der Tokolyse wurden vom International Preterm Labour Council (2003) vorgegeben:

- Prolongation der Schwangerschaft für mindestens 48 Stunden zur Lungenreifeinduktion
- In-utero-Transfer in ein Perinatalzentrum
- Senkung der perinatalen / neonatalen Morbidität und Mortalität, vor allem zwischen der 24. – 30. SSW (MAGOWAN et al., 1999) mit einer Erhöhung der täglichen Überlebensrate um 3% zwischen der 23. – 27. SSW (FINNSTRÖM et al., 1997)

#### Indikationen

Aktuell wurden die Indikationen für eine Tokolyse vom International Preterm Labour Council folgendermaßen definiert (LAMONT, 2003), (JEYABALAN & CARITIS, 2002):

- Spontane vorzeitige Wehentätigkeit, schmerzhafte palpable, länger als 30 Sekunden anhaltende Kontraktionen, mehr als 3 Kontraktionen pro 30 Minuten und
- Zervikale Verkürzung <25mm bei Einlingen, <30mm bei Mehrlingen, die vaginalsonographisch nachgewiesen sein muss und/oder
- Änderungen der Muttermundweite ( $\geq 2$ cm) und/oder
- Fibronektinnachweis im zervikovaginalen Sekret.

Hierbei sollte die individuelle Entscheidung eines erfahrenen Geburtshelfers immer therapeutisch Richtungweisend sein.

#### Kontraindikationen

- Intrauterine Infektion (aszendierend)
- Letale fetale Fehlbildung
- Mütterliche Indikationen zur Schwangerschaftsbeendigung (schwere Präeklampsie/HELLP-Syndrom, stärkere Blutung bei Abruptio placentae u.a.)
- Pathologische fetale Herzfrequenzmuster und/oder Blutflussmuster
- Intrauteriner Wachstumsstillstand
- >34+0 Schwangerschaftswochen

## Eingesetzte Medikamente

In Deutschland sind zur Tokolyse zugelassen: Beta-2-Mimetika, Magnesiumsulfat und Atosiban. Nicht zugelassen, aber im „off label use“ zur Anwendung kommen: Indomethacin, NO-Donatoren und Kalciumkanalblocker.

### 1.) Beta-2-Mimetika

Die orale Anwendung von Beta-2-Mimetika zur Tokolyse wird bereits seit langer Zeit nicht mehr in deutschen Kliniken durchgeführt. Oral verabreichte Beta-2-Mimetika haben generell keinen nachweisbaren therapeutischen Effekt auf die Frühgeburtlichkeit und sind deshalb abzulehnen (GROSPIETSCH, 1999). So konnte in einer Metaanalyse von 12 Studien, von denen 10 mit Beta-2-Mimetika, vorwiegend mit oraler Verabreichung, durchgeführt wurden, keine signifikante Verbesserung des neonatal outcome und keine Senkung der neonatalen Morbidität und Mortalität festgestellt werden (SANCHEZ-RAMOS et al., 1999). Hierbei blieb jedoch die Bolustokolyse mit Fenoterol unberücksichtigt, welches im Vergleich zur konventionellen intravenösen Tokolyse die maternalen Nebenwirkungen signifikant reduziert und breite Anwendung in deutschen Frauenkliniken findet.

**Wirkmechanismus:** Über eine Stimulation der  $\beta$ -2-Rezeptoren durch Aktivierung der Adenylcyclase kommt es zu vermehrter Freisetzung von zyklischem Adenosinmonophosphat (AMP) und damit zur Verminderung des freien Kalziums in den Muskelzellen. Dadurch erfolgt die Entspannung des Myometriums und der gesamten übrigen glatten Muskulatur, einschließlich der Gefäße und der Bronchialmuskulatur.

**Nebenwirkungen:** Beta-2-Mimetika sind zwar effektiv, aber mit einem breiten Spektrum an **maternalen Nebenwirkungen**, wie Lungenödem, Herzrasen, Tremor, Gewichtszunahme, veränderter Glucosestoffwechsel behaftet. Ebenso liegt eine hohe Therapieabbruchrate mit bis zu 15% vor (KING, 1988). Durch einen hohen plazentaren Transfer kommt es bei 28% zu Tachykardien beim Foetus. Bei Langzeitanwendung führt es zur Gewöhnung und damit zu einer verminderten Wirkung (Tachyphylaxie).

**Dosierung:** Das in Deutschland am häufigsten angewandte Beta-2-Mimetika ist Fenoterol. Aufgrund seiner kurzen Halbwertszeit (22 Minuten) ist die Steuerbarkeit der intravenösen (i.v.) Therapie besonders gut. Die Bolustokolyse über eine speziell entwickelte Spritzenpumpe ist hierbei der kontinuierlichen Tokolyse überlegen, da in einer randomisierten Studie mit deutlich

niedrigeren Dosierungen die gleichen Resultate erzielt wurden wie bei der kontinuierlichen Tokolyse (SPÄTLING, 1981).

Die Beta-2-Mimetika weisen zahlreiche kardiovaskuläre und metabolische **Kontraindikationen** auf und aufgrund dessen ist die Anwendung eingeschränkt.

Weitere Beta-2-Mimetika, die in Deutschland selten (<2%) eingesetzt werden, sind Ritodrin, Hexoprenalin und Terbutalin; in den USA ist Ritodrin als einziges zur Tokolyse zugelassenes Medikament mit häufigem Auftreten von Lungenödemem aufgrund seiner längeren Halbwertszeit in Verbindung gebracht worden.

## 2.) Magnesium

Magnesium erwies sich in einem Cochrane Review von 2004 als **ineffektiv** (CROWTHER et al., 2002). Diese Metaanalyse von 9 randomisierten Studien hat keine nachgewiesene Wirkung von Magnesium in alleiniger Anwendung ergeben. Zudem wird Magnesium wegen der erhöhten postnatalen Mortalität als hochdosiertes i.v. Tokolytikum nicht mehr empfohlen.

Die Empfehlung besteht lediglich in einer Substitutionstherapie von Magnesium in oraler Form zusammen mit der Gabe von  $\beta$ -2-mimetika. Ziel hierbei ist die Behebung des mütterlichen Magnesiummangels und der damit induzierten Wehentätigkeit.

**Dosierung:** hochdosiert, oral, ca. 20 mmol/d

## 3.) Atosiban

Atosiban (Tractocile®) ist erst seit Beginn des Jahres 2000 auf dem europäischen Markt zugelassen. Dieser Oxytocinantagonist hat die gleiche tokolytische Effizienz wie Beta-2-mimetika, aber eine signifikant niedrigere Rate an maternalen Nebenwirkungen (TSATSARIS et al., 2004). „*Es wird als das derzeit am besten dokumentierte Evidence – based – Tokolytikum bezeichnet*“ (RATH, 2003 und LAMONT et al., 2003).

Nachteil von Atosiban sind die **hohen Kosten** (Kosten pro Zyklus ca. 10fach teurer als Fenoterol), was bei der Entscheidung des Arztes nicht unwesentlich sein dürfte. Deshalb wird empfohlen, Atosiban primär bei Vorliegen von Kontraindikationen gegen Beta-2-Mimetika, wie beispielsweise Diabetes mellitus, kardiale oder pulmonale Erkrankungen und bei Gemini-Schwangerschaften einzusetzen.

**Wirkmechanismus:** Die Oxytocin - induzierte Erhöhung der intrazellulären Kalziumkonzentration durch die Blockade spezifischer Kalziumkanäle bewirkt die Hemmung der Kalziumfreisetzung aus den intrazellulären Speichern.

**Dosierung:** Die Applikation erfolgt in drei Stufen:

1. Initialer Bolus 6,75mg innerhalb einer Minute i.v.
2. Sättigungsinfusion über 3 Stunden mit 18 mg pro Stunde i.v.
3. eine bis zu 45 Stunden dauernde Infusion mit 6mg pro Stunde.

**Nebenwirkungen:** Maternale Nebenwirkungen sind vergleichsweise gering: kardiovaskulär, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Tremor. Fetale Nebenwirkungen sind bisher nicht beschrieben worden, da es mit nur 12% eine sehr geringe Plazentagängigkeit aufweist (VALENZUELA et al., 1995).

#### 4.) Indomethacin

Indomethacin, ein Prostaglandinsynthetasehemmer aus der Gruppe der nicht-steroidalen antiinflammatorischen Medikamente (NSAR) ist nicht zur Tokolyse zugelassen. Trotzdem wird es weltweit in vergleichbarer Effizienz wie Beta-2-Mimetika zur medikamentösen Wehenhemmung eingesetzt. Die regelmäßige Indomethacin – Gabe sollte auf 48 Stunden begrenzt werden. Bei Applikation über 48 Stunden hinaus und oberhalb der 32. SSW besteht in 20 -50% der Fälle die Gefahr des Verschlusses des fetalen Ductus arteriosus Botalli (NORTON et al., 1993).

**Dosierung:** sowohl oral 25 und 50 mg, als auch rektal 50 und 100 mg

**Nebenwirkungen:** Bekannt ist eine hohe Rate fetaler Komplikationen, wie fetale Anurie, renale mikrozystische Läsionen und neonatale Todesfälle und pränatale Konstriktion des Ductus arteriosus mit der Folge einer nekrotisierenden Enterokolitis. Weniger gefährliche maternale Nebenwirkungen sind Übelkeit, Brechreiz, Kopfschmerzen und Ohrensausen.

**Kontraindikationen:** Nieren- oder Leberschäden, aktives Magengeschwür, Gerinnungsstörungen, Thrombozytopenie, Überempfindlichkeit gegenüber NSAR

#### 5.) NO-Donatoren

NO-Donatoren sind hinsichtlich ihrer tokolytischen Wirkung so effektiv wie Beta-2-Mimetika, allerdings ist die Datenlage bisher nicht ausreichend. Eine Cochrane – Analyse (DUCKITT et al., 2002) kommt zu dem Schluss, dass Nitroglycerin-Pflaster deshalb nicht zur Routine-

Anwendung empfohlen werden können. Hierbei wurden NO-Donatoren mit anderen Tokolytika verglichen. Es zeigten sich keine Unterschiede zu Beta-2-Mimetika und Magnesiumsulfat hinsichtlich des Hinausschiebens der Geburt um 48 Stunden. Es konnten signifikant weniger maternale Nebenwirkungen als unter Beta-2-Mimetika beobachtet werden. Demgegenüber waren hohe Therapieabbruchraten von bis zu 25% wegen Kopfschmerzen (30 – 70%) nachgewiesen worden (SCHLEUBNER et al., 2003).

**Wirkmechanismus:** Nitroglycerin, ein NO-Donator hemmt das zyklische Guanosinmonophosphat und relaxiert damit die glatte Muskulatur.

**Dosierung:** 10 – 20 mg pro Tag intravenös oder als Pflaster

**Nebenwirkung:** Es treten wenig maternale Nebenwirkungen bis auf Kopfschmerzen in bis zu 70% der Fälle auf. Es sind keine fetalen Nebenwirkungen bekannt.

## 6.) Kalziumkanalblocker

Kalziumkanalblocker (Nifedipin) sind zur Tokolyse offiziell nicht zugelassen, aber werden im „off label use“ oft angewendet. Sie weisen eine höhere tokolytische Wirksamkeit auf als Beta-2-Mimetika mit geringeren maternalen Nebenwirkungen (OEI et al., 1999; TSATSARIS et al., 2001). Eine Cochrane – Analyse von 2003 unter Einbeziehung von 12 randomisierten, kontrollierten Studien kam zu vergleichbaren Ergebnissen und veröffentlichte folgende Formulierung (RATH & BARTZ, 2005): „*When tocolysis is indicated for women in preterm labour, calcium channel blockers are preferable to other tocolytic agents compared, mainly beta-mimetics.*“. Direkte Vergleichsuntersuchungen mit Atosiban fehlen jedoch. Nachteil sind die rechtlichen Probleme und das Risiko für den behandelnden Arzt im „off label use“. Ebenfalls unklar ist das Sicherheitsprofil, da Langzeitbeobachtungen der Kinder fehlen.

**Wirkmechanismus:** Antagonisierung der Kalziumkanäle in der Zellmembran behindert den Einstrom der Ionen in das Zellinnere.

**Dosierung:** Initialdosis: 10mg in der ersten Stunde alle 20 Minuten sublingual bis maximal 40mg in der Stunde. Erhaltungsdosis: alle 4 Stunden 20 mg über 48 Stunden, danach alle 8 Stunden 10mg nach DGGG.

**Nebenwirkungen:** Maternale Nebenwirkungen, wie Tachykardien, Hautrötung und Kopfschmerzen sind seltener. Fetale Nebenwirkungen konnten nicht beobachtet werden.

**Kontraindikationen:** maternale Hypotension und koronare Gefäßerkrankung (Einzelfälle von Myokardinfarkten unter Nifedipin wurden beschrieben), keine Kombination mit Magnesiumsulfat wegen massivem Blutdruckabfall; intrauterine Wachstumsrestriktion.

## 7.) Oxytocinantagonisten der zweiten Generation

Diese Medikamentengruppe ist in Entwicklung und soll eine höhere Selektion für den Oxytocinrezeptor aufweisen. Oxytocinantagonisten der zweiten Generation sollen zur Langzeitanwendung, vor allem in oraler Applikationsform eingesetzt werden.

### Zusammenfassung

Es gibt derzeit keine eindeutige Empfehlung zur Therapie vorzeitiger Wehen (RATH & BEINDER, 2004).

- Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG, 2006) gibt es kein „First line“-Tokolytikum. Atosiban, Beta-2-Mimetika und Nifedipin sind äquieffektiv in der Hemmung vorzeitiger Wehen. Atosiban ist die nebenwirkungsärmste Substanz. Nifedipin hat ebenfalls wenige Nebenwirkungen. Beta-2-Mimetika (Fenoterol) haben mehr Nebenwirkungen als Atosiban und Nifedipin. Für Magnesiumsulfat fehlt ein Wirkungsnachweis in der Hemmung vorzeitiger Wehen. Beim Einsatz von Indomethacin ist auf fetale Risiken besonders zu achten. Die Datenlage zum Einsatz von NO-Donatoren ist für eine abschließende Bewertung nicht ausreichend. Eine Dauertokolyse über 48 Stunden hinaus ist in der klinischen Routine nicht angezeigt. Für eine orale Tokolyse mit Betasympathikomimetika und/oder Magnesium fehlt der Effektivitätsnachweis; sie sollte deshalb nicht durchgeführt werden.
- In den USA gibt es keine Empfehlung für ein first-line-Tokolytikum. Atosiban wird nicht in den Leitlinien diskutiert, weil es dort nicht zugelassen ist (ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists, Practice Bulletin, 2003).
- Das Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG, 2002) formulierte entsprechend einer Metaanalyse mit Beta-2-Mimetika folgende Aussage mit dem Evidenzgrad Ia: “Maintenance therapy cannot be recommended for routine practice.”
- Das International preterm labour council empfiehlt ATOSIBAN als First-line Tokolytikum (Lamont and the International preterm labour council, 2003).
- Die Canadian Tokolysis Consensus Conference kam zu dem Schluss, dass es kaum gesicherte Beweise für den Langzeit-Nutzen derzeit verfügbarer Tokolytika gibt, und deren Anwendung darüber hinaus mit schwerwiegenden Nebenwirkungen für die Mutter belastet ist (Smith, 2003).

### 2.4.2 Adjuvante Therapie

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung kam es zum Einsatz von Sedativa bei Vorliegen von Nebenwirkungen, die durch Tokolyse bedingt waren und bei Schwangeren, die unter Angstzuständen litten.

Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG, 2006) heißt es heute: „Es gibt keine Evidenz, dass die mütterliche Sedation bei vorzeitiger Wehentätigkeit die Schwangerschaft verlängern kann oder einen sonstigen Benefit für Mutter und Kind aufweist.“.

### 2.4.3 Alternative Therapieansätze

Die physische und psychische „Stabilität“ der Schwangeren muss wiederhergestellt werden. Die Patientin sollte aus einem möglicherweise belastenden Umfeld zeitweise herausgenommen werden, um sie damit gegenüber den vielfältigen Stressoren abzuschirmen. Nach MAMELLE et al. (1997) zeigten Schwangere mit psychotherapeutischer Unterstützung weitaus weniger Frühgeburten als solche ohne diese Therapien.

Andere supportiv durchführbare Maßnahmen sind **Massage, Muskelrelaxation nach Jacobsen, Psychotherapie** und **die Funktionelle Entspannung nach Fuchs** (RAUCHFUß et al., 1996). Ein maltherapeutisches Angebot wird als gute Möglichkeit beschrieben, die Schwangeren während des Krankenhausaufenthaltes zu beruhigen, ihr Selbstwert- und Autonomiegefühl zu stärken und ihre Individualität im Krankenhausalltag zu sehen (HERBORN et al., 1996).

### **3 Kulturspezifischer Hintergrund**

Die Bearbeitung der Fragestellungen dieser Arbeit soll den Kontext der Migration und der soziokulturellen Besonderheiten der türkischen Frauen mit berücksichtigen. Es liegen unzählige Arbeiten hierzu vor. Dabei werden oftmals psychosomatische Erkrankungen und körperliche Beschwerden in den Vordergrund gestellt und oftmals mit der Migration in Zusammenhang gebracht (KÜRSAT-AHLERS, 1985; DIETZEL-PAPAKYRIAKOU, 1985; KORPORAL, 1985; GÜNAY & HAAG, 1990; KOCH, ÖZEK & PFEIFFER, 1995). In diesem Abschnitt wird der theoretische Bezugsrahmen zu diesem komplexen Thema ausführlich behandelt. Es sollen hierbei einzelne, durch die Migration bedingte Aspekte und deren Einfluss auf „Kranksein“ betrachtet werden. Resultierend aus diesen theoretischen Grundlagen soll in dieser Arbeit versucht werden, den kulturspezifischen Umgang türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen und daraus resultierende mögliche Unterschiede zu deutschen Schwangeren mit demselben Problem herauszufinden.

#### **3.1 Besonderheiten der Migration**

##### **3.1.1 Migration**

Der Begriff „Migration“ kann nicht einheitlich betrachtet werden. In der Literatur sind viele verschiedene Einflussfaktoren erkennbar.

Viele Untersuchungen hinsichtlich der Ätiologie von Erkrankungen türkischer Frauen und Männer zeigen kontroverse Ansatzpunkte. Die Erklärungsansätze sind unterteilt in einerseits kulturelle Faktoren und Migrationshintergrund sowie in sozioökonomische Lebens- und Arbeitsbedingungen andererseits. Tatsache ist jedoch, dass beide Ansätze eine Rolle spielen. Der Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Gesundheit oder Krankheit ist seit Jahrhunderten bekannt. Morbidität und Mortalität sind in der sozialen Unterschicht und in den sozialen Randgruppen erhöht. Bei Migrantinnen liegt dies in besonderer Weise vor, da sie im Vergleich zur deutschen Bevölkerung überproportional zur unteren Einkommens- und Bildungsklasse gerechnet werden müssen.

Die in der Literatur unterschiedlichen Ansatzpunkte zur Ätiologie werden von den Betroffenen nicht voneinander getrennt. In einer von TILLI (1989) durchgeführten Untersuchung an türkischen Frauen bezüglich der ätiologischen Konzepte ihrer Erkrankung wurde deutlich, dass

türkische Frauen – angeblich unbewusst – sozioökonomische und migrationspezifische Gesichtspunkte heranziehen und miteinander vereinbaren können.

Die Migration der türkischen Bevölkerung nach Deutschland blickt auf eine Geschichte von nun mehr als 40 Jahren. Begonnen hat sie mit einem Abkommen zwischen Deutschland und der Türkei zur Anwerbung von türkischen Arbeitskräften nach Deutschland. Gleichzeitig wurde auch die gesundheitliche Situation dieser Arbeitnehmer im für sie fremden Land Deutschland zu einem besonderen Thema in der Gesundheitspolitik des Landes.

Die türkischen Frauen dieser Untersuchung haben sich entweder im Laufe der Jahre in Deutschland angesiedelt oder Töchter, Enkelkinder der türkischen Migranten oder nach der Heirat hinzugezogen. Der größte Teil lebt seit Jahren in Deutschland, ein kleinerer Teil, nämlich nachgezogene Familienangehörige leben erst seit kurzer Zeit in diesem Land, wodurch die Migrationsproblematik immer wieder aktuell bleibt.

### **3.1.2 Migration – ein Prozess**

Der Migrationsprozess an sich dauert bereits seit über 4 Jahrzehnten an. Während dieser Zeit hat sich höchstwahrscheinlich auch das Problembild wesentlich entwickelt und verändert. Während die erste Generation von Migranten ursprünglich aus ländlichen, nicht industrialisierten Gebieten der Türkei stammte und damit eher islamisch-patriarchalen Gesellschaftsnormen und Werten verbunden war, zeichnet sich in den folgenden Generationen eine andere Wertevorstellung ab. Die Kinder und Enkelkinder dieser ersten Generation, so genannte 2. und 3. Generation von Migranten sind in Deutschland nach den strengen Normen ihrer Eltern aufgewachsen. Deshalb gibt es immer noch bestimmte Aspekte, die unverändert weiterhin bestehen. Kulturelle und religiöse Voraussetzungen haben wie damals Bestand und beeinflussen das Integrationsverhalten türkischer Frauen. Hierfür sorgt zudem der weiterhin vorhandene Zuzug von Ehefrauen oder anderen Familienangehörigen aus der Türkei. Das Heiratsverhalten der jungen Türken wird teilweise von den Eltern mitbestimmt. Außerdem werden Emotionen in der Muttersprache ausgedrückt, was auch als Grund für eine Heirat innerhalb der eigenen Nationalität gesehen werden kann. Dies führt zu Eheschließungen mit Verwandten oder Bekannten aus der Türkei, wodurch der Migrationsprozess weiterhin besteht. Im Jahre 1999 holten laut STATISTISCHES BUNDESAMT, (2000) 50% der türkischen Männer ihre Ehefrauen aus der Türkei, das wären 60000 Personen pro Jahr. Diese Frauen kann man auch als eine neue „erste Generation“ von Migrantinnen betrachten. Das bedeutet, dass der immer noch aktuelle Migrationsprozess jeweils generationsspezifische Auswirkungen auf das Verhalten in Gesundheit und Krankheit hat.

So hat bereits ÖZELSEL 1990 geschrieben, dass die Migration und die mit ihr einhergehenden gesundheitlichen Folgen nicht als statisches Konzept, sondern als dynamischer Prozess verstanden werden sollten.

Nach KÜRSAT-AHLERS (1985) beginnt die Migration mit einer Trennung, die immer ambivalent ist. Sie umfasst das Abschied nehmen vom Gewohnten in allen Lebensbereichen. Die Trennung von der Heimat ist die Kumulation der Trennungen von allen Bindungen und Beziehungen, die dem Menschen den Lebensinhalt und –sinn vermitteln: Familie, Freundeskreis, Beruf, Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft. Es bleibt kein Lebensbereich weiter bestehen, an den man sich halten kann. Sich in einer fremden Gesellschaft zurechtfinden zu müssen, erzeugt dauerhaften psychischen Stress.

Die Bandbreite der unterschiedlichen Anpassungsformen der Migrantinnen an die Gegebenheiten der Aufnahmeländer wird in der einschlägigen Literatur unter den Begriffen der Akkulturation, Integration und Assimilation und Segregation thematisiert.

Die Definitionen dieser Begriffe zeigen die erheblichen Unterschiede:

Akkulturation ist die Annahme der Eigenschaften des Einwanderungslandes unter Beibehaltung der eigenen Kultur.

Assimilation dagegen ist die komplette Annahme unter bewusster Aufgabe der eigenen Kultur. Segregation ist dann gegeben, wenn die jeweilige Herkunftskultur aufrechterhalten oder als Minderheitensubkultur betont und weiterentwickelt wird, ohne dass es zu einer Interaktion mit Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft oder zu einem Austausch zwischen Minderheits- und Mehrheitskultur kommt.

Integration wird definiert als Eingliederung von einzelnen in eine Gruppe, durch Anpassung an Wertvorstellungen und Verhaltensnormen, Zusammenführen verschiedener Gesellschaften zu einer größeren Einheit. Sie wird - fälschlicherweise - in der öffentlichen Diskussion inhaltlich häufig mit Assimilation gleichgesetzt.

Es fehlen jedoch differenzierte Forschungen über die individuellen Anpassungsprozesse und Anpassungsstrategien (z.B. Überidentifikation beziehungsweise bewusste Abgrenzungstendenzen der zweiten Generation) nach Geschlecht und Generation. Diese Problemstellungen weisen auf weiteren Forschungsbedarf hin.

### 3.1.3 Gesundheitliche Versorgung von Migranten in Deutschland und Besonderheiten in der Behandlung

Bei der Beratung ausländischer Mitbürgerinnen ist oft ein besonderes Maß an Einfühlung nötig. Eine gute Übersetzung beziehungsweise die Beratung in der Muttersprache können sehr hilfreich sein, um Angst und Schamsschwellen zu überwinden (PENZKOFER, 1994).

Die Erfassung der gesundheitlichen Situation von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland ist nach POURGHOLAM-ERNST (2002) lückenhaft. Gesundheitsversorgung und Besonderheiten bei der Inanspruchnahme dieser durch Migrantinnen ist das Thema von BORDE (2002) im Rahmen eines Public-Health-Projektes gewesen. Die Ergebnisse dieses Projektes zeigen, dass die existierenden Versorgungskonzepte nicht geeignet sind, soziokulturelle und migrationsbedingte Unterschiede zwischen Einheimischen und zugewanderten Frauen (z.B. Deutschkenntnisse, Bildungssituation, Gesundheitswissen) angemessen auszugleichen, sondern die Partizipationsmöglichkeiten für Immigrantinnen stark einschränken und diese somit eine Unter-Inanspruchnahme hinsichtlich kurativer und präventiver Gesundheitsversorgungsangebot zeigen.

Es existieren weder umfassende epidemiologische Untersuchungen zum Gesundheitszustand von Migranten in Deutschland, noch wird diese Zielgruppe ausdrücklich und in sinnvoller Differenzierung in Studien zur Gesundheitssituation der Bevölkerung einbezogen. Die meisten vorliegenden Untersuchungen sind regional begrenzt und weisen Einschränkungen hinsichtlich der untersuchten Ethnien, der Altersgruppen, des Geschlechts und der Krankheitsbilder auf.

Zusammenfassend für diese vorhandenen Arbeiten ist festzustellen, dass Nichtdeutsche in Deutschland insgesamt einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Bereits 1985 konnte OPPEN zeigen, dass Migranten einen erheblich höheren Krankenstand als deutsche Arbeitnehmer hatten. Bemerkenswert war auch die hohe Rate an Schwangerschaftskomplikationen bei Migrantinnen.

Es ist offensichtlich, dass Migration mit vielfältigen Veränderungen verbunden ist, die für das Individuum einen langwierigen, fast lebenslangen Prozess an Bewältigung darstellen. COLLATZ (1985) formulierte dies allgemein, dass *„Migranten mit deutlich größeren Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken in Abhängigkeit von ihrer sozialen Lage und Biographie behaftet sind als Einheimische“*.

KENTENICH et al. (1995, 1998) weisen auf eine überproportionale Inanspruchnahme einer Fertilitätsbehandlung zu einem relativ frühen Zeitpunkt durch ausländische Frauen hin, wie auch in unserer Untersuchung (s.S.61, Tab.11) nachzuvollziehen war.

In einer älteren sozialespidemiologischen Sekundäranalyse der Niedersächsischen Perinatalstudie (RIEBE & COLLATZ, 1985) wurde deutlich, dass sowohl die apparativ-medizinische als auch die psychosoziale Versorgung türkischer Frauen in der Schwangerschaft und unter der Geburt deutlich schlechter waren als bei deutschen Frauen. In vielen neueren Untersuchungen, wie beispielsweise bereits von BORDE erwähnt, sind diese Zusammenhänge weiterhin aktuell. Die Notwendigkeit einer migrationssensiblen und interkulturellen Konzeption, die die gesundheitlichen Belange der Migranten berücksichtigt, wird hier deutlich, weil die Gesundheit der Migranten besonderen Belastungen ausgesetzt ist, auf die komplexe Wechselwirkungen aus kulturspezifischen, migrationsbedingten sowie sozialökologischen Faktoren einwirken.

### **3.1.4 Die Auswirkungen der Migration auf das Copingverhalten**

OLBRICH (1984) hat folgendes Erklärungsmodell: *„Coping bezeichnet einen Prozess, in dem das Individuum aktiv auf die Erreichung eines Zieles hinarbeitet. Dies geschieht zwar mit Aussicht auf Erfolg, d.h. in der Terminologie der Stressforschung: auf eine produktive Lösung der belastenden, bedrohlichen oder herausfordernden Situation hinzielend, jedoch steht das Individuum noch in der offenen, der unentschiedenen Situation.“*

LAZARUS (1984) beschreibt in seinem Konzept einen Prozess der Auseinandersetzung mit Problemsituationen. „Appraisal“ ist die subjektive Bewertung und individuelle Wahrnehmungsweise, die zwischen potentiell Schädlichem und potentiell Unschädlichem oder Irrelevantem unterscheiden kann. Das Ausbleiben gravierender gesundheitlicher Folgen bei kritischen Lebensereignissen ist das Ergebnis von erfolgreicher Auseinandersetzung und Bewältigung mit diesen.

Nach MAHLER (1998) ist das Bewältigungsverhalten von psychosozialen und psychodynamischen Faktoren mitbestimmt. Das bedeutet, dass bei den Schwangeren die subjektive Einschätzung der Situation („primary appraisal“) beeinflusst wird durch Faktoren wie: Bisherige Schwangerschaftserfahrungen, die Einstellung zu Schwangerschaft und Mutterschaft, die Qualität der Partnerschaft, das Maß an sozialer Unterstützung und Persönlichkeitsfaktoren. Je nach Ergebnis dieser subjektiven Einschätzung kann es davon abhängen, wie viel Angst, Sorgen, Ressourcen und Zuversicht die Schwangere hat, diese Bewältigung zu erreichen. Auch die Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten und Chancen der Bewältigung der Situation („second appraisal“) werden davon beeinflusst. Setzt sich die medizinische Therapie zusammen aus intravenöser Tokolyse und strenger Bettruhe, sind die Handlungsmöglichkeiten stark

reduziert, was die subjektive Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten der Schwangeren mitbestimmt.

Der soziokulturelle Hintergrund jeder einzelnen Person scheint einen Einfluss auf die unterschiedlichen Bewältigungsarten in Problemsituationen zu haben. Der Migration ausgesetzt zu sein, sich in einem Umfeld neu einfinden zu müssen, ist als dauerhafter Stress zu bewerten.

Man kann davon ausgehen, dass protektive Faktoren sowie Bewältigungsstrategien bei ausländischen Frauen eine andere Qualität und andere Aspekte beinhalten, da diese Frauen zum einen ganz andere individuelle Erfahrungen in Krisensituationen und mit Belastungen in ihrer eigenen Kultur erfahren haben und dadurch ihre Einstellungen anders strukturiert und geformt sind. Zum anderen sind diese Frauen – sobald sie ihre „Heimat“ verlassen haben – der gewohnten Alltagssituationen beraubt. Ihr Leben in einer anderen Kultur mit anderer Lebensqualität und anderem Lebensstil, anderen Werten und Normen verlangt einen entsprechend anderen Umgang mit Anforderungen (POURGHOLAM-ERNST, 2002). Dieser Umgang muss sich zunächst entwickeln, oder entwickelt werden, wie im Folgenden beschrieben. HAN (2000) beschreibt einen *Akkulturationsstress, der das spezifische Verhältnis der Migranten zu ihrer neuen soziokulturellen Lebensumwelt zum Ausdruck bringt, in der sie sich in ihren individuellen Ressourcen bei der Bewältigung der anfallenden Akkulturationsaufgaben überbeansprucht und daher in ihrem psychosozialen Wohlbefinden bedroht fühlen. Das Stressempfinden der Überbeanspruchung ergibt sich dabei aus den allgemeinen Trennungs-, Umstellungs-, Anpassungs- und Lernanforderungen im Akkulturationsprozess. Migranten sind deswegen besonders stressanfällig, weil sie einerseits erkennen müssen, dass ihre alten Coping-Strategien zur Lösung neuer Probleme nicht brauchbar geworden sind, und ihnen andererseits noch nicht genügend neue Coping-Strategien zur Verfügung stehen. Die Folgen dieser Situation sind oft psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen, deren adäquates Verständnis jedoch eine nähere Betrachtung der angedeuteten vielschichtigen Anforderungen durch den Akkulturationsprozess voraussetzt.*

### **3.1.5 Anwendung der Salutogenese in der Migration**

Das salutogenetische Modell von Antonovsky kann bei der Interpretation der vorliegenden Untersuchung ein wichtiger Wegweiser sein. Das in den 70er Jahren in Israel von ANTONOVSKY entwickelte salutogenetische Modell versucht der Frage auf den Grund zu gehen, wie Menschen trotz extremer Schwierigkeiten und Belastungen sich wohl fühlen und gesund bleiben können. Er spricht von generalisierten Widerstandsressourcen, die Menschen

besitzen oder unter bestimmten Situationen entwickeln und aufbauen können (ANTONOVSKY 1987). Diese generalisierten Widerstandsressourcen sind z.B. versteckt in Copingmechanismen, die in Zusammenhang mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen auftreten können und helfen mit Stressoren oder Belastungen umzugehen, sie eventuell zu vermeiden oder zu bewältigen.

Das Modell enthält ebenfalls den Begriff des „Kohärenzgefühls“ (sense of coherence), welches einen positiven Zusammenhang zum Gesundheitserleben hat. Je stärker das Kohärenzgefühl eines Menschen ist, desto gesünder ist oder fühlt sich dieser Mensch. Das Kohärenzgefühl wird nicht als spezielle Coping-Strategie verstanden, sondern als eine generelle Lebenseinstellung, die Coping fördern kann (ANTONOVSKY, 1987).

Aus der Perspektive der Salutogenese lässt sich eine Reihe von Einflussfaktoren auf die Gesundheit benennen, die mit der ethnischen Zugehörigkeit zusammenhängen (FALTERMAIR, 2001).

Eine der wenigen Untersuchungen zu Antonovskys Modell der Salutogenese und dessen Anwendung in der Migration ist die Dissertation von POURGHOLAM-ERNST (2002).

Hier wurde untersucht, wie es ausländischen Frauen gelingt, trotz möglicher Schwierigkeiten und kritischer Situationen in der neuen Gesellschaft, Anforderungen zu meistern, sich wohl zu fühlen und gesund zu bleiben.

**Zusammenfassend** wird beschrieben, dass das Gesundheitserleben bei ausländischen Frauen die Voraussetzung einiger Faktoren erfordert, damit sie ihre individuellen Fähigkeiten und sozialen Ressourcen einsetzen und nutzen können. Wenn sie in der neuen Gesellschaft eine günstige Lebenssituation und mehr Handlungsspielraum bekommen und wenn sie aus ihrer persönlichen und kulturellen Geschichte heraus als Subjekte, die handlungsfähig sind, anerkannt und ernst genommen werden, ist das Gesundheitserleben ein Besseres. Ein hohes Kohärenzgefühl führt zu mehr Selbstbewusstsein und Sicherheit, sowie mehr Handlungs- und Ereigniskontrolle. Darüber hinaus geht ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl mit positiver Befindlichkeit und häufigerem Erleben angstfreier Emotionen einher. Es besteht die Annahme, dass Personen mit starkem Kohärenzgefühl den Einfluss von Stressoren reduzieren können. Salutogenetisches Denken ermöglicht uns, anders zu fragen und bisher Verborgenes zu sehen und zwar, dass die **Migration** nicht nur als ein traumatisierendes beziehungsweise belastendes Ereignis zu betrachten ist, sondern dass sie ebenfalls **als Herausforderung begriffen und erlebt werden kann**.

## 3.2 Türkische Frauen in Deutschland

### 3.2.1 Kulturelle Besonderheiten der türkischen Frauen

Die auftretenden Probleme bei der Behandlung türkischer Patientinnen und in der Arzt - Patientin - Beziehung werden häufig auf kulturelle Faktoren zurückgeführt. Andere Erklärungsmodelle, die schichtspezifische oder personale Aspekte in den Vordergrund stellen, sind selten (TILLI, 1987). Türkische Frauen besuchen weitaus seltener Gesundheitsinstitutionen. Jedoch suchen auch deutsche Patienten/innen aus der Unterschicht bei Auftreten einer Erkrankung später und seltener einen Arzt auf als Mittelschichtpatientinnen. Zunächst soll die kulturelle Besonderheit der türkischen Patientinnen und Frauen dargestellt werden.

Die etwas verschärft formulierte Aussage von KÜRSAT-AHLERS (1985) „Deutsche haben Psyche, Türken haben Kultur“ bringt im Grunde die in dieser vorliegenden Arbeit untersuchten Kriterien und die soziokulturellen Hintergründe der unterschiedlichen Eigenschaften dieser beiden Kulturen auf den Punkt.

Die psychosomatischen Erkrankungen der türkischen Frauen – so auch vorzeitige Wehentätigkeit – können auch bedingt sein durch die kulturelle, soziale und zivilisatorische Konfrontation mit der westlichen deutschen Gesellschaft. Der Wechsel aus einer wohlbekannteren, streng behüteten und festen religiös-traditionellen Richtlinien unterworfenen Gesellschaftsnorm in eine freizügigere schafft bekanntlich Konflikte zwischen alten und neuen Werten und Normen (GÜNAY & HAAG, 1990).

### 3.2.2 Differenzierung der „Türkin“

Wie bereits GROTTIAN (1991) bemerkt hat, *sollte eine Differenzierung innerhalb der türkischen Population erfolgen. Es gibt nicht „die Türkin“*. Vielmehr muss eine Einteilung stattfinden, die sich auf verschiedene Merkmale, die unten aufgeführt sind, bezieht.

- Herkunftsregion (Stadt oder Dorf)
- Schichtzugehörigkeit
- Religiöser Hintergrund
- Rolle der Frau im Herkunftsland/-region und im Familienverband
- Ausbildung/Bildungsstand
- Gesellschaftliche Funktion

- Zeitpunkt der Migration: Ob sie als erste Generation hier geboren oder als Kind bzw. Ehefrau nachgezogen ist. Der Generationsbegriff bezieht sich hier nicht auf das Alter, sondern auf den Einreisezeitpunkt.
- Rechtsstatus (Abhängigkeit vom Mann bezüglich des Aufenthaltsrechts)
- Sprachkenntnisse
- Sozialkontakte

Untersuchungen hinsichtlich des Akkulturationsgrades haben gezeigt, dass das Ausmaß an Akkulturation eine große Rolle spielt. Diejenigen, die am wenigsten akkulturiert sind, das heißt, am meisten mit ihrer ursprünglichen Kultur verbunden geblieben sind, zeigten bezüglich psychosomatischer Erkrankungen bessere Werte. Bei den assimilierten Frauen dagegen kann es nach GÜNAY & HAAG (1990) zusätzlich zu einem Identitätskonflikt zwischen der Loslösung von ihrer alten türkischen Identität und der Anpassung an die neuen gesellschaftlichen Normen kommen.

Untersuchungen von ABADAN-UNAT (1985) und ÖZERTURGUT-YURTDAS (1989) zeigten, dass hier Frauen eher als Männer unter Rollenkonflikten und Isolation leiden können. Im Gegensatz zum Leben in der Türkei fehlt den Türkinnen in der Migration häufig die Unterstützung durch große, vor allem weibliche Familien- und Nachbarschaftskreise. Migration bedeutet für die meisten emigrierten Türkinnen zunächst die Trennung von vertrauten Menschen, von der Großfamilie und vom Frauenverband. Sie bedeutet den Verlust an Orientierung, an Tradition und Ritualen, Normen und Werten, die bisher den Umgang mit den anderen und mit gesellschaftlichen Einrichtungen ermöglicht und als Anpassungsmechanismen stabilisierend gewirkt hatten (GÜNAY, 1990). Türkische Frauen stehen zwischen einerseits der Verbundenheit mit der türkischen Kultur und ihren Sitten und Traditionen und andererseits der Integration in die deutsche Gesellschaft.

Vor allem bei den so genannten „anatolischen“ Türkinnen, die aus Gebieten mit weitgehend systemischem Denken kommen, ist dies deutlicher zu sehen. Der Einzelne ist wichtig im Sinne seiner Einbettung in die übergeordneten Systeme der Familie und der Nachbarschaft. Sich um die Belange des Nachbarn zu kümmern gilt nicht als Einmischung, sondern als unerlässliche Anteilnahme am Schicksal des anderen. Die traditionelle Solidarität unter den Frauen ist etwas, auf das westliche Feministinnen noch hinarbeiten (ÖZELSEL, 1987).

Auch bei Beobachtungen von GRUBE (1995) sind Migrantinnen aus der Türkei – vor allem, wenn sie aus ländlichen Gebieten stammen – dem Aufeinanderprallen der Kulturen besonders

ausgesetzt. Abhängigkeitsstrukturen werden deutlich, familiäre oder eheliche Konflikte nicht selten in den somatischen Bereich konvertiert. Besonders bei jungen Migrantinnen entwickelt sich ein interkultureller Konflikt in Bezug auf die unterschiedlich erlebten Frauenrollen, psychotherapeutische Bearbeitungsmöglichkeiten im Rahmen des familiären Kontextes sind allerdings begrenzt.

### 3.2.3 Bedeutung der Familie

Ähnlich wie bei der damaligen ersten Generation von Frauen ist in den jüngeren Generationen von türkischen Mädchen und Frauen, die in Deutschland leben, eine intensivere Beziehung zur Familie als in jungen deutschen Generationen zu beobachten. Eine aktuelle kritische Stellungnahme (BOOS-NÜNNING & KARAKASOGLU, 2005) über die Lebenslagen von Mädchen und jungen Frauen mit griechischem, italienischem, jugoslawischem, türkischem und Aussiedlerhintergrund belegt, dass der Migrationshintergrund dieser Personen auch Ressourcen in sich birgt. Diese Mädchen und jungen Frauen, insbesondere die türkischen verfügen über viel Unterstützung seitens ihrer Familien, *„sie sind familialistisch orientiert. Das heißt, in ihrer Lebensplanung stellt die Bindung zur Familie einen wichtigen Faktor dar, den es in vielen Lebensbereichen zu berücksichtigen gilt. In Ländern, in denen wie in Deutschland, die Individualisierung als Merkmal von Moderne verstanden wird, erfahren solche familialistischen Orientierungen, als Element einer als traditionalistisch verstandenen Orientierung, eine Abwertung. In der deutschen Gesellschaft werden Familialismus und Religiosität der jungen Frauen mit Migrationshintergrund als Integrationshindernis betrachtet. Familialismus behindere den für die Integration notwendigen Zugriff von Institutionen der Mehrheitsgesellschaft auf das Individuum und behindere dessen Entwicklung zu einer eigenständigen Persönlichkeit. Familialismus im Sinne einer engen Kohäsion zwischen Eltern und Kindern kann aber auch als protektiver Faktor betrachtet werden. **Familialistische Orientierungen bewirken bei vielen Jugendlichen eine psychische Stabilisierung.** Der Zusammenhalt von Familien mit Migrationshintergrund und eine höhere Übereinstimmung in Werten und Haltungen sind jedoch nicht in erster Linie aus der Herkunftskultur zu erklären, sondern vor allem als ein von den Migrationsbedingungen beeinflusster Entwicklungsprozess zu sehen“.*

GÜMEN(1995), HERWARTZ-EMDEN (1995) und SCHMIDT-KODDENBERG (1989) verweisen auf den hohen Stellenwert der Familienorientierungen im Leben von türkischen Migrantinnen.

Ausgehend davon sollten in dieser Untersuchung vorhandene Unterschiede aber auch Gemeinsamkeiten zwischen deutschen und türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen herausgearbeitet werden. Hierbei stehen der Migrationshintergrund und -prozess der türkischen Schwangeren im Vordergrund.

### **3.2.4 Rolle der Religion**

Die Religion eines Menschen beeinflusst seine Einstellung zum Leben, seinen Wertbegriff und seine Verhaltensweise in allen Lebenslagen. Eine offenbar wichtige Rolle in dieser Studie spielen auch der unterschiedliche Glaube dieser beiden Populationen und die Intensität der Ausübung. Im Islam gilt Schmerz als Prüfung Gottes, die in Geduld und Ausdauer bestanden werden kann, wenn Schmerz im Vertrauen auf die göttliche Gnade als vorbestimmtes Schicksal ertragen wird (AL-JEILANI, 1987).

Auch bei der Krankheitsbewältigung ist die Religionszugehörigkeit einer der Hauptfaktoren. Hierbei steht im Vordergrund, ob das Problem, welches bewältigt wird, als beispielsweise von Gott gegeben betrachtet und somit in seiner Art und Weise gemindert wird.

Auch im Christentum wird die Einstellung „von Gott gegeben“ getragen, aber in geringerem Ausmaß als bei den Muslimen.

*„Mit den Musliminnen erweist sich im Religionsgruppenvergleich gerade die Gruppe, die in der Öffentlichkeit als besonders „fremd“ wahrgenommen und der besonders häufig unterstellt wird, sich nicht für die deutsche Gesellschaft zu interessieren, als besonders interessiert am interreligiösen Austausch und an Freundschaften mit Personen, die nicht die gleiche Religion haben, wie sie selbst. Dies gilt für stark religiöse Musliminnen ebenso wie für weniger religiöse. Religiosität als Bindung an Werte und Toleranz in Bezug auf an andere Religionen stellen demnach eine weitere Ressource dar.“* (BOOS-NÜNNING & KARAKASOGLU, 2005).

In den medizinischen Werken der islamischen Tradition wird die Gesundheit als körperliches und seelisches Wohlbefinden verstanden und als höchstes Gut bewertet, das zu bewahren und zu schützen ist (ILKILIC, 2004). Der Gesundheitszustand dient dem muslimischen Hauptziel, das Wohlwollen Gottes zu erlangen.

### 3.2.5 Körpererleben

Grundsätzlich wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass das Erleben des Körpers in enger Verbindung mit dem Gesundheitserleben steht. Frauen haben ein anderes Verhältnis zu ihrem Körper, sie behandeln ihn anders, sie werden anders krank als Männer. Im Umgang mit Gesundheit und Krankheit beziehen sie ihre vielfältigen Verknüpfungen im sozialen Umfeld, in Familie und Partnerschaft mit ein.

Nach FALTERMAIR (2001) wäre es für die Gesundheitspsychologie wichtig, den Zusammenhang zwischen Körpererleben und Selbstbild, sowie den Umgang mit dem eigenen Körper genauer zu untersuchen.

Insbesondere für Migrantinnen gilt, dass sie eine andere Beziehung zu sich selbst und ihrem Körper haben. POURGHOLAM-ERNST (2002) arbeitete dieses Verhältnis bei Frauen aus verschiedenen Kulturen heraus. Allgemein formuliert ist *„das Erleben von Gesundheit beziehungsweise Krankheit insofern mehr als das vereinzelt, nicht integrierte Schmerzempfinden; es bedeutet, sich selbst in ein Verhältnis zu der uns umgebenden Welt zu setzen und ganzheitlich zu fühlen. Die Erfassung von subjektivem Gesundheitserleben erfordert notwendigerweise die Beachtung von Anlage- (Körper, physiologische Vorgänge, etc.) und Umweltfaktoren (Kultur, wirtschaftliche, soziale Bedingungen) sowie aller psychischen Funktionen.“*

Beschwerdekomplexe, die in ihrer Bedeutung nur im Rahmen ihres kulturellen beziehungsweise subkulturellen Kontextes verstanden werden können, werden als kulturspezifische Syndrome (culture-bound disorders) bezeichnet. Hierbei sind viele Krankheiten in der Türkei bekannt, wie beispielsweise „Göbek düsmesi“ („der Nabelfall“) oder „Sıkıntı“ (wörtlich übersetzt heißt es „sich engfühlen“). Auch in der deutschen Kultur werden Beschwerdebilder als kulturspezifische Syndrome beschrieben. Die Magersucht beispielsweise kann als Ausdruck einer spezifischen Dynamik betrachtet werden, eine Familie zusammenzuhalten. Im Zuge der Anpassung an die deutsche Kultur geht bei Migranten der komplexe Zusammenhang dieser traditionellen Krankheitsbilder verloren, was als eine Art Anpassungsleistung der Migranten an die deutsche Kultur verstanden werden kann. Hierbei besteht immer die Gefahr, dass deutsche Ärzte die symbolische Dimension der körperlichen Beschwerden nicht verstehen und diese komplexen Beschwerdebilder nicht selten auf eine reine somatische Erkrankung reduzieren. Die in der deutschen Kultur seit vielen Jahrhunderten konzeptionell verankerte Trennung von Psyche und Soma ist vielen Kulturen fremd. Hinweise, körperliche Beschwerden seien als Reaktionen auf psychische Konflikte zu verstehen, können deshalb von Menschen anderer Kulturen nicht nur

nicht verstanden werden, sie bedeuten – evtl. mehr noch als für Deutsche – die Stigmatisierung als Verrückte (HERRMANN, 2000).

Migrationserfahrung und Bewältigungsstrategien sind vielschichtig. Für die Orientierung in der neuen Umwelt gibt es weder Muster noch Erfolgsrezepte, sondern einzig individuelle Bewältigungsstrategien (KOLINSKY, 2000). Vor allem die nachgeholten Familienmitglieder, die sich nicht im Kontext der Berufstätigkeit befinden, sind sich selbst überlassen, wenn es darum geht, Strategien zu entwickeln, mit dem Unbekannten in ihrer Umwelt fertig zu werden. Insbesondere Hausfrauen können sich nicht an Kollegen und deren Erfahrungen orientieren, da sie sich nicht am Sozialleben aktiv teilnehmen.

Bildung öffnet Gleichheits- und Partizipationschancen, die die erste Generation von Arbeitsmigranten nicht hatte. Bei den jüngeren Generationen, die hier aufgewachsen sind und somit auch die deutsche Alltagskultur kennen gelernt haben, ist die Möglichkeit Bildung zu erlangen von vorn herein gegeben.

### **3.2.6 Wahrnehmung von Beschwerden in der türkischen und deutschen Kultur**

Es ist nahezu unmöglich, etwas vom menschlichen Schmerzerleben zu verstehen ohne Kenntnis des kulturellen und sozialen Milieus, dem sie entstammen.

Ein älterer Erfahrungsbericht von BLECHNER (1990) aus einer Beratungsstelle für ausländische Mitbürger hat über Schmerzen bei ausländischen Mitbürgern zusammenfassend festgestellt, dass Schmerzen und Beschwerden vor allem im psychosomatischen Bereich liegen. Insbesondere ledige türkische Männer und verheiratete türkische Frauen weisen ein ausgeprägtes Beschwerdebild auf. Bei den türkischen Frauen spielte die Doppelbelastung von Arbeit und Fürsorge für die Familie eine große Rolle. Oft sind die Schmerzen eine Möglichkeit, mehr Zuwendung und Schonung zu erhalten. Dies erklärt in Ansätzen den Zustand der Frauen erster Generation und nach Heirat hinzugezogenen Frauen, die in der Gruppe der türkischen „Normalschwangeren“ in der Mehrzahl vertreten sind.

Nach MARSCHALK und WIEDL (2001) besteht eine Somatisierungstendenz bei bestimmten Gruppen von Migranten. Die Frage ist, ob in der Tat ein „mehr“ an somatischen Beschwerden vorliegt, oder ob eine ausgeprägte Fertigkeit in der Beobachtung und im Berichten von Symptomen besteht oder ob das Beklagen somatischer Symptome als eine besondere Kommunikationstechnik zu sehen ist, mit der mangelnde Sprachkenntnisse überdeckt werden. Hier ist eine differenziertere Untersuchungsmethodik erforderlich.

Beispielhaft ist der Untersuchungsansatz von ARATOW (1996) im interkulturellen Vergleich der Schmerzwahrnehmung und Krankheitsverarbeitung bei türkischen und deutschen Patienten mit chronischer Polyarthritits. Es wurde eine Mehrebenenanalyse zur Erfassung von Schmerzempfinden (physiologische Schmerzschwelle, Schmerzerleben, Schmerzausdruck, Coping) eingesetzt. Als Ergebnis zeigte sich beispielsweise, dass deutsche und türkische Patienten mit chronischer Polyarthritits sich nicht in der mit der klassischen Methodik der allgemeinen Psychologie erfassten Schmerzschwelle, wohl aber in spezifischen Aspekten des Schmerzerlebens und Schmerzausdrucks, die über verbale Untersuchungstechniken erhoben wurden, voneinander unterscheiden lassen.

Im Jahre 1999 erklärte der Anästhesist ERNST in seinem Vortrag auf dem Symposium „Migration - Frauen - Gesundheit - im europäischen Kontext“, dass es keine nozizeptiven Unterschiede in der Schmerzempfindung gibt. Das Schmerzverhalten unterliegt kulturellen Unterschieden. Man sagt: „ **Die Nichtdeutschen sind lauter als die Deutschen**“. Da die subjektive Messung von Schmerzen nicht möglich ist, kann lediglich die Untersuchung der Schmerzbenennung mit verschiedenen Adjektiven gemacht werden. Hierbei besteht einerseits die Gefahr kulturelle Besonderheiten zu pathologisieren. Andererseits kann der Untersucher auch dem Äußern von Schmerzen eine geringere Bedeutsamkeit beimessen oder gar ignorieren.

Auch die Autoren DAVID, BRAUN und BORDE (2004) gaben die Schmerzdeutung und den Schmerzausdruck als soziokulturell bedingt an. Eine Alltagsbelastung durch Kopf- und Gliederschmerzen wurde signifikant öfter von Migrantinnen türkischer Herkunft angegeben als von den befragten deutschen Frauen. Insgesamt benennen Migrantinnen deutlich mehr Schmerzregionen als deutsche Patientinnen.

Im deutschen Kulturkreis dagegen wird „Krankheit als Makel“ angesehen, weshalb sie passiv erlebt, geduldet und versteckt wird. Daher werden Schmerzen und Beschwerden auch weniger artikuliert.

Daher sollten Unterschiede zwischen Migrantinnen und einheimischen Patientinnen dazu führen, deren konkrete Lebenssituation und spezifische Belastungen bei der Behandlung zu berücksichtigen.

### **3.3 Schwangerschaft und Mutterschaft bei deutschen und türkischen Frauen**

Schwangerschaft ist als kritisches Lebensereignis zu betrachten, welches als Stressor die aktive Auseinandersetzung damit und die Bewältigung möglicher Komplikationen erfordert (FILIPP, 1995).

Unabhängig davon, ob die Schwangerschaft zum Zeitpunkt ihres Eintretens geplant war, ist jede Schwangere von den vielfältigen Veränderungen im beruflichen Bereich, in der Partnerbeziehung und im sozialen Umfeld betroffen. Es kommt ebenso zu Ängsten vor den bevorstehenden körperlichen Veränderungen in der Schwangerschaft und vor der Geburt (GLOGER-TIPPELT, 1993). Dementsprechend erlebt eine Frau die Schwangerschaft mit ambivalenten Gefühlen (WIMMER-PUCHINGER, 1994). Kulturelle Unterschiede sollen zunächst erläutert werden.

#### **3.3.1 Einstellung deutscher Frauen zu Schwangerschaft und Mutterschaft**

Bei Betrachtung der Bedeutung von Schwangerschaft und Mutterschaft in der deutschen Gesellschaft zeigt sich in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland und in anderen westlichen Ländern eine Entwicklung in einem ersichtlichen Wandel. Frauen werden vielmehr über ihren Beruf und ihre Karriere identifiziert als über ihre Mutterschaft. Diese berufsorientierte Identitätsfindung wird gesellschaftlich in höherem Masse geschätzt als eine familienorientierte. Deutsche Frauen weisen eine kritische, vielfach gebrochene Haltung im Muttersein auf, die in einer Entgegensetzung zwischen dem „Muttersein“ und dem „Leben“ einer Frau zu münden scheint. Die gesellschaftliche Polarisierung und die dadurch erfahrenen Zwänge scheinen sich im Umgang der deutschen Frauen mit dieser Fragestellung niederzuschlagen. (HERWARTZ-EMDEN, 1995). Die Autorin beschreibt, dass deutsche Frauen einem erfüllten Frauenleben durch Kinder kritisch - distanziert gegenüberstehen, da sich einerseits der gesellschaftliche Wandel und andererseits die Wertminderung des Mutterseins darauf auswirken. Der Wunsch nach einer freieren und weniger belasteten Lebensgestaltung für die Frau scheint bei den westdeutschen Frauen in einer deutlichen Skepsis und Ablehnung der „traditionellen“ mütterlichen Einstellungskonzepte aufzugehen.

Die zunehmende Pluralisierung und Individualisierung von Lebensstilen wirken sich sowohl auf die Gestaltung der Partnerschaft als auch auf das Familienleben aus. Die Elternrolle ist heute nur noch eine von vielen Möglichkeiten, das Leben zu gestalten und steht in Konkurrenz zu anderen Optionen wie Berufs- und Freizeitaktivitäten (BRÄHLER und RICHTER, 1994).

Auch die widersprüchliche Haltung der deutschen Gesellschaft zu schwangeren Frauen ist nicht zu übersehen. Einerseits wird die Notwendigkeit der Fortpflanzung propagiert, zum anderen müssen sich Frauen mit Kindern mit Hindernissen und Benachteiligungen innerhalb der Gesellschaft, v.a. im Berufsleben auseinandersetzen. Mit der Mutterschaft scheinen die Frauen in der deutschen Gesellschaft ihre Identität zu verlieren, weil sie in Sorge um das Kind von Partner und Gesellschaft trotz entgegengesetzter Aussagen alleingelassen werden. Die Vereinbarkeit von Mutterschaft und Beruf spielt daher eine zentrale Rolle bei der Entscheidung für oder gegen ein Kind. Diese Einstellung scheint sich in jüngster Zeit zu verändern.

### **3.3.2 Einstellung türkischer Frauen zu Schwangerschaft und Mutterschaft**

Ein gegensätzliches Bild zeigt sich bei türkischen Frauen und ihrer Einstellung hinsichtlich Schwangerschaft und Mutterschaft. Für türkische Frauen ist die Schwangerschaft ein natürlicher Akt und Mutterschaft mit grundsätzlich positiven individuellen und sozialen, sowie den Status überwiegend erhöhenden Konsequenzen verbunden. Sie bewerten die Mutterschaft im weiblichen Lebenslauf höher als deutsche Frauen und integrieren sie fest in die Lebensplanung. Zusätzlich ist Mutterschaft auch mit einem Statusgewinn in der Gesellschaft verbunden.

In einer Untersuchung von HERWARTZ-EMDEN (1995) akzeptierten türkische Frauen die Mutterschaft als eine notwendige körperliche und emotionale Erfahrung im Kontext mit der Berufstätigkeit, wohingegen deutsche Frauen dies eher als kontrovers und hinderlich sehen. Im Rahmen von Berufstätigkeit wird die Kindebetreuung bei türkischen Frauen durch einen engen Familienkreis von weiblichen Verwandten, aber auch von einem weiblichen Netzwerk von Freundinnen und Nachbarinnen mitgetragen. Dies erleichtert den Frauen die Entscheidung für ein Kind. Die „türkische Frau“ steht einer Schwangerschaft weniger kritisch und weniger ambivalent entgegen.

Dieses weibliche Netzwerk gilt neben den Frauen der ersten Generation auch für die zweite und dritte Generation, vor allem dann, wenn noch eine große Beziehung zum eigenen Kulturkreis besteht. Wichtig ist hierbei, von einer Verallgemeinerung abzusehen, da sicherlich die alleinige Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kultur, Religion und Gesellschaft nicht das Individuum definiert.

### **3.3.3 Mutterrolle im Rahmen der Migration**

Frauen aus der Türkei erfuhren in ihrer Herkunftsgesellschaft durch Kinder eine Kontinuität zwischen dem gesellschaftlich vermittelten, zugeschriebenen Status des Mutterseins und der mütterlichen Fürsorgerolle, die sie vermutlich im Aufnahmekontext der Bundesrepublik als positive Erwartungshaltung bewahren werden (HERWARTZ-EMDEN, 1995).

Im Rahmen der Migration sind jedoch andere zusätzlich belastende Faktoren vorhanden, die diese Mutterschaft negativ beeinflussen können. So ist in den folgenden Generationen eine Angleichung an westliche Wertvorstellungen des „Geburtslands“ Deutschland, aber auch eine noch vorhanden Prägung durch Traditionen des „Herkunftslands“ Türkei zu beobachten. Diese Angleichung wird von GÜNAY (1990) treffend als Akkulturation (siehe Definition S.23) bezeichnet. Jedoch unterliegt die Mutterrolle in der Migration auch starken Veränderungen. So schlüpfen oft die Kinder, welche sich den deutschen Verhältnissen meist schneller annähern, in die „Helferrolle“ für die Mutter. Sie – die Kinder – geben der Mutter „Orientierungshilfen“, nicht umgekehrt. Damit wird die Mutterrolle Schritt für Schritt ausgehöhlt, was für diese Frauen eine zusätzliche Belastung darstellen kann.

#### **4 Zielsetzung dieser Untersuchung**

Es stellt sich die Frage, was das „Besondere“ an türkischen Frauen im Umgang mit vorzeitigen Wehen ist? Warum treten bei türkischen Schwangeren seltener vorzeitige Wehen auf? Besitzen Sie andere kulturell bedingte Ressourcen? Sind es Persönlichkeitsmerkmale, die kulturell bedingt vorhanden sind oder sich beim Auftreten von vorzeitigen Wehen entwickeln? Es soll nach Erklärungsansätzen gesucht werden, die für das seltenere Auftreten von vorzeitigen Wehen bei türkischen Schwangeren verantwortlich sein können. Weiterhin soll die Bewältigung von vorzeitigen Wehen und drohender Frühgeburt bei türkischen Schwangeren näher betrachtet werden.

Zur Erfassung dieser Unterschiede und deren Einfluss auf den Umgang und die Bewältigung von auftretenden vorzeitigen Wehen erfolgte diese Untersuchung an stationär behandelten deutschen und türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen. Zum Ausschluss von krankheitsbedingten Einflüssen wurden auch deutsche und türkische Schwangere mit komplikationslosem Verlauf im Vergleich untersucht.

Es sollen im Einzelnen Persönlichkeitsmerkmale, Stimmungen und Beschwerden sowie Bewältigungsmechanismen, neben Soziodemographischen Daten analysiert werden.

Ziel dieser Arbeit ist es auch, eine Analyse dieser Umstände und Voraussetzungen durchzuführen, um für die Behandlung und den Umgang mit diesen besonderen „türkischen“ Schwangeren/Frauen Kenntnisse über deren Hintergrund herauszufiltern. Diese Kenntnisse sollen in der Behandlung dieser spezifischen Gruppe Berücksichtigung finden, um deren Bedürfnissen gerecht zu werden und damit auch dem Krankenhausteam die Behandlung dieser Frauen zu erleichtern.

## 5 Fragestellungen und Hypothesen

### 5.1 Persönlichkeitsmerkmale

Persönlichkeitsmerkmale eines Menschen sind stabile Variablen, die im Laufe der Jahre durch Erziehung und Sozialisation/Sozialisierung innerhalb des Kulturkreises, in dem der Mensch aufgewachsen und von dem er geprägt wurde, entstanden sind. Untersuchungen bezüglich der Persönlichkeitsmerkmale von türkischen Frauen und Schwangeren sind in der Forschung kaum vorhanden. Inwiefern diese Persönlichkeitsmerkmale eine Rolle bei der Entwicklung und den Umgang von vorzeitigen Wehen spielen, soll ausführlich untersucht werden.

Fragestellungen:

- 1.) Unterscheiden sich deutsche und türkische Schwangere grundsätzlich in ihrem Selbst- und Idealselbstbild und der Distanz zwischen beiden? (interkultureller Vergleich)
- 2.) Sind die Unterschiede zwischen Selbst- und Idealbild abhängig von der soziokulturellen Herkunft?

***H1: Bei türkischen Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf (Normalschwangere) besteht ein größerer Unterschied zwischen Selbst- und Idealselbstbild verglichen mit dem bei deutschen Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf.***

Fragestellung:

- 3.) Sind diese Unterschiede abhängig vom Vorliegen einer Schwangerschaftskomplikation wie vorzeitige Wehentätigkeit oder sind sie auch bei einer komplikationslos verlaufenden Schwangerschaft vorhanden? (intrakultureller Vergleich)

***H2: Die Distanz zwischen Selbst- und Idealselbstbild ist sowohl bei deutschen, als auch bei türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen größer als bei Normalschwangeren.***

Fragestellung:

- 4.) Gibt es signifikante Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Schwangeren mit oder ohne vorzeitigen Wehen in Bezug auf das Selbstbild und wenn „JA“, welche und in welchem Ausmaß?

***H3: Das Selbstbild von deutschen und türkischen Schwangeren - unabhängig vom Auftreten vorzeitiger Wehen – unterscheidet sich deutlich.***

## **5.2 Bewältigungsstrategien (Coping)**

Das Bewältigungsverhalten unter Belastungssituationen und Stress ist ein wesentlicher Faktor bei der Entstehung einer Krankheit. Bei Schwangeren herrscht eine besondere Situation, da sie einerseits nicht „krank“ sind aber andererseits zusätzlichem Stress durch hormonelle Umstellung sowie Ängste vor der bevorstehenden Geburt und der Sorge um das Kind ausgesetzt sind.

Der jeweilige soziokulturelle Hintergrund scheint ebenfalls Einfluss auf die unterschiedlichen Bewältigungsarten in Problemsituationen zu nehmen.

Fragestellung:

- 5.) Gibt es Unterschiede in den Bewältigungsstrategien deutscher und türkischer Schwangerer mit oder ohne vorzeitige Wehen?

***H4: Türkische Schwangere zeigen - unabhängig vom Vorhandensein vorzeitiger Wehen - andere Bewältigungsmerkmale als deutsche Schwangere.***

Fragestellung:

- 6.) Sind Bewältigungsmechanismen durch bestimmte Selbstbilder und Idealbilder geprägt?

***H5: Schwangere mit höherer Übereinstimmung zwischen Selbst- und Idealselbstbild haben andere Bewältigungsmechanismen und zeigen ein adäquateres Bewältigungsverhalten.***

### 5.3 Beschwerden

Der Vergleich von körperlichen und psychosomatischen Beschwerden deutscher und türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen und mit komplikationslosem Verlauf soll Auskunft darüber erteilen, ob dies ein Unterschied der soziokulturellen Herkunft oder primär der Diagnose sein kann.

Somit stellt sich die Frage nach Unterschieden im Beschwerdebild zwischen deutschen und türkischen Schwangeren mit und ohne vorzeitige Wehen.

Fragestellung:

- 7.) Geben Schwangere mit vorzeitigen Wehen mehr körperliche Beschwerden an als Schwangere mit komplikationslosem Verlauf?

***H6: Schwangere mit vorzeitigen Wehen haben mehr Beschwerden als Schwangere mit komplikationslosem Verlauf.***

Fragestellung:

- 8.) Leiden türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen unter anderen Beschwerden als deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen?
- 9.) Wenn ja, ist das Ausmaß der Beschwerden anders? D.h. stärker oder geringer ausgeprägt?

***H7: Das Beschwerdebild und der Beschwerdegrad der türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen ist in mindestens einer Beschwerdeskala signifikant anders beziehungsweise höher als das der deutschen.***

### 5.3.1 Zusammenhang zwischen Beschwerden und Persönlichkeitsmerkmalen

MADEJA & MASTPFUHL (1989) wiesen ein bereits in der Frühschwangerschaft erhöhtes Beschwerdeniveau, sowie ein zwanghaftes Verhalten in der Persönlichkeitsstruktur bei Frauen mit vorzeitigen Wehen im Vergleich zu einer Normalgruppe nach.

Wir wollten untersuchen, ob diese Beschwerden für alle Schwangeren gültig sind oder ob Schwangere mit vorzeitigen Wehen Unterschiede zeigen?

Fragestellung:

- 10.) Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Beschwerdebild und Persönlichkeitsmerkmalen der Schwangeren und im zweiten Schritt hinsichtlich der soziokulturellen Herkunft?

***H8: Sich im Selbstbild depressiver darstellende Schwangere neigen zu erhöhter Klagsamkeit über Körperbeschwerden unabhängig von der soziokulturellen Herkunft.***

### 5.4 Stimmung

Beim Thema „Stimmung“ muss man nach angloamerikanischen Sprachgebrauch unterscheiden zwischen Affekt, Gefühl und Emotionen. Im deutschen wird von der „Emotionalen Befindlichkeit“ gesprochen. Es handelt sich hierbei um Momentaufnahmen der Stimmung. Diese sind abhängig von situativen Bedingungen und dispositionellen Faktoren. In der Schwangerschaft können bestimmte Stimmungskriterien wie beispielsweise Angst und Depressivität Auswirkungen auf den Verlauf der Schwangerschaft haben.

Fragestellung:

Unterscheiden sich türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen in ihrer Stimmung von deutschen Schwangeren?

***H9: Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen haben eine schlechtere Stimmungslage als Deutsche.***

## 6 Methodik

### 6.1 Beschreibung der Studie

Die Planung und Durchführung dieser Studie erfolgte im Rahmen eines Forschungsprojektes unter dem Titel: „Psychophysiologische Studie zur Beeinflussung der Wehentätigkeit bei stationären Tokolysepatientinnen durch körperzentrierte und kreativtherapeutische Intervention“. Ziel dieses Forschungsprojektes war es, stationär medikamentös behandelten Schwangeren mit vorzeitiger Wehentätigkeit das Angebot alternativer Therapien wie Funktionelle Entspannung und Maltherapie anzubieten und deren Auswirkung über diesen Zeitraum zu beobachten.

Alle Schwangeren mit der Diagnose „vorzeitige Wehen“, die in der Geburtshilfe der Charité Standort Virchow-Klinikum im Zeitraum von 1998-2000 stationär behandelt wurden, wurden einbezogen. Deutsche und türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen aus dieser Untersuchung mit konventioneller Behandlung sind ein Teil der hier beschriebenen Schwangeren. Als Kontrollgruppe wurden Daten von Normalschwangeren während eines Routinetermins in gynäkologischen Praxen unter Einsatz des gleichen Untersuchungsinstrumentariums erhoben.

#### 6.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung setzt sich aus vier verschiedenen Einzelgruppen zusammen (siehe Tab.1). Diese bestehen aus Schwangeren mit vorzeitigen Wehen deutscher und türkischer Herkunft und im Vergleich dazu Schwangere mit komplikationslosem Verlauf, sog. Normalschwangere. Sie werden anhand quantitativer und qualitativer Methoden, die im Folgenden erläutert werden, analysiert und miteinander verglichen.

Tab.1: Einteilung der Studiengruppen

R I S I K O	<b>D-VW:</b> <u>D</u> eutsche Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen n = 39	<b>D-NS:</b> <u>D</u> eutsche <u>N</u> ormalschwangere = Schwangere mit komplikationslosem Verlauf n = 24	N O R M A L
	<b>T-VW:</b> <u>T</u> ürkische Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen n = 22	<b>T-NS:</b> <u>T</u> ürkische <u>N</u> ormalschwangere = Schwangere mit komplikationslosem Verlauf n = 21	

**D-VW: Deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen = Deutsche „Risikoschwangere“**

**n=39**

Es handelt sich hierbei um 39 deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen, die ausschließlich im Standort Virchow-Klinikum behandelt wurden. Nach Ausschluss von Patientinnen aus verschiedenen Gründen resultierten 61 Schwangere mit vorzeitigen Wehen, von denen 39 deutscher und 22 türkischer Herkunft waren.

**T-VW: Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen = Türkische „Risikoschwangere“**

**n=22**

Zur Erhebung der Daten türkischer Patientinnen ohne Deutschkenntnisse wurden die Fragebögen und das Interview ins Türkische übersetzt und die Patientinnen durch mich in türkischer Sprache befragt. Somit konnten alle im Untersuchungszeitraum hospitalisierten türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen eingeschlossen werden. Ein Teil der türkischen Schwangeren, vor allem die hier aufgewachsenen Türcinnen, konnte auswählen, in welcher Sprache sie die Fragebögen bearbeiten wollte, wobei die deutsche Version bevorzugt wurden, da bessere deutsche Sprachkenntnisse vorlagen als türkische. Die Anzahl der türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen war auffällig niedrig, weshalb der Zeitraum der Datenerhebungen verlängert wurde.

**D-NS: Deutsche „Normalschwangere“ = Schwangere mit komplikationslosem Verlauf**

**n=24**

Als Vergleichsgruppe dient eine im Zeitraum von Februar bis Juli 1998 zeitgleich erhobene Gruppe von Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf und annähernd ähnlichem Gestationsalter wie die Schwangeren mit vorzeitigen Wehen. Die Befragung erfolgte in einer gynäkologischen Praxis in Berlin anlässlich eines Routinetermins mittels gleicher Fragebögen. Diese Gruppe besteht aus 24 Schwangeren.

**T-NS: Türkische „Normalschwangere“ = Schwangere mit komplikationslosem Verlauf**

**n=21**

Die Vergleichsgruppe türkischer Schwangerer mit komplikationslosem Verlauf besteht aus 21 Patientinnen, die in zwei verschiedenen gynäkologischen Praxen mit hohem Anteil an türkischen Patientinnen befragt wurden. Bei den Ärztinnen der Praxen handelte es sich um eine deutsche und eine türkischstämmige Gynäkologin. Die Möglichkeit detaillierter und in eigener Sprache durchführbarer Gespräche wurde seitens der Schwangeren mit großem Interesse und Offenheit aufgenommen.

Im Vordergrund stehen der interkulturelle Vergleich von deutschen (**D-VW**) und türkischen (**T-VW**) Schwangeren mit vorzeitigen Wehen, auch als „**Risikoschwangere**“ bezeichnet.

Ebenso wird ein interkultureller Vergleich zwischen deutschen (**D-NS**) und türkischen (**T-NS**) Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf, sog. „**Normalschwangere**“, durchgeführt.

Ebenfalls untersucht werden deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen (**D-VW**) und deutsche Normalschwangere (**D-NS**) im sogenannten intrakulturellen Vergleich.

So werden auch türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen (**T-VW**) und türkische Normalschwangere (**T-NS**) intrakulturell verglichen.

In den folgenden Kapiteln wird diese Benennung und Struktur durchgehend eingehalten, daher soll hier folgende Legende dargestellt werden.

D-VW	<u>D</u> eutsche Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	R I S I K O
T-VW	<u>T</u> ürkische Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	
D-NS	<u>D</u> eutsche <u>N</u> ormalschwangere	N O R M A L
T-NS	<u>T</u> ürkische <u>N</u> ormalschwangere	

### 6.1.2 Einschluss- und Ausschlusskriterien

Als Auswahlkriterium diente die Einweisungsdiagnose „vorzeitige Wehen“. Daneben wurden auch Frauen mit der synonym verwendeten Diagnose „drohende Frühgeburt“ in das Kollektiv aufgenommen. Die Frauen befanden sich innerhalb der 23. bis 34. Schwangerschaftswoche und unterzogen sich stationär einer parenteralen und/oder oralen Tokolysebehandlung. Nach Ausschluss von somatischen Risikofaktoren wie schweren Infektionen, Hydramnion, vorzeitigen Blasensprung, Uterusfehlbildungen, Plazenta praevia, vorbestehender Zervixinsuffizienz, unklare Blutungen, hypertensiven Erkrankungen der Schwangerschaft (SIH), Diabetes, Mehrlingsschwangerschaften und anderen akuten schwerwiegenden Nebenerkrankungen konnte davon ausgegangen werden, dass nur Schwangere mit vorzeitigen Wehen psychogener bzw. idiopathischer Ursache verblieben. Die Erfassung der Daten führten insgesamt sechs Doktorandinnen durch, die in ihren Arbeiten verschiedene Aspekte untersucht haben.

## 6.2 Untersuchungsablauf oder Studiendesign

Am ersten Tag der stationären Einweisung wurde den Schwangeren der Inhalt und Verlauf der Studie vorgestellt. Sie wurden darauf hingewiesen, dass die Teilnahme freiwillig und ein Abbruch jederzeit möglich war. Weiterhin galten die ärztliche Schweigepflicht und die Anonymität der Patientinnen. Nach Zusage der Schwangeren wurde ihnen ein Teil der Fragebögen übergeben, die nach Möglichkeit bereits am selben Tag beantwortet werden sollten.

In dieser Untersuchung kamen folgende Fragebögen zur Verwendung:

- **GTS/GTI** (Giessen-Test im Selbstbild/Idealbild): als Untersuchungsinstrumentarium ihrer Persönlichkeitsmerkmale
- **BSF** (Berliner Stimmungsfragebogen): zur Beschreibung der Stimmung
- **BBI-F2** (Berliner Beschwerdeinventar für Frauen): zur Darstellung der Beschwerden
- **Halbstrukturiertes Interview** (Sozioepidemiologische Fragen sowie Fragen zur Einstellung zur Schwangerschaft)
- **Wehentagebuch**

In der Gesamtstudie wurden zusätzlich der F-SOZU (sog. Fragebogen zur sozialen Unterstützung) zur Erfassung der sozialen Eingebundenheit der Schwangeren sowie die Messung von „Physiologischen Parametern“ angewandt. Es handelt sich hierbei um eine Reihe von Messungen, wie Blutdruck, Pulsfrequenz, Atemfrequenz, Hautleitwert, Elektromyogramm, Bewegungsaktivität und Wehentätigkeit mit Hilfe eines sogenannten Vitaport-Gerätes und eines SpaceLabs®.

Die Patientinnen konnten zwischen einer Paper-pencil-Version oder elektrischen Form der Fragebogenerfassung wählen.

Bei einem erneuten Aufsuchen der Schwangeren am zweiten oder dritten Tag wurde das Interview durchgeführt. Die Befragung der Stimmung und der Beschwerden, so genannte State-Variable fanden morgens, mittags und abends statt. Dies wurde zweimal in der Woche durchgeführt. In Zusammenhang mit einem zusätzlichen „Wehentagebuch“, worin die Frauen ihre subjektiv spürbaren Wehen und ihre Tätigkeiten eintragen konnten, stellte dies ein sogenanntes „Tagesprofil“ dar. Es diente als Verlaufsbeobachtung. Obwohl von den

Schwangeren hierfür mehrmalige Tagesprofile ausgefüllt wurden, wird in dieser Untersuchung nur auf die zum Aufnahmezeitpunkt durchgeführten Fragebögen Bezug genommen. So konnte mit den ambulant untersuchten Normalschwangeren, die nur einzzeitig befragt wurden, ein Vergleich hergestellt werden.

Des Weiteren wurde den Doktoranden komplette Einsicht in die Krankenblattakten und den Mutterpass der Schwangeren ermöglicht, so dass Informationen über die Schwangere und ihre Schwangerschaftsanamnese, sowie Aufnahmezustand und persönliche Daten erhalten wurden. Die vaginale Untersuchung, die Befunde der regelmäßig durchgeführten Cardiotopographien (CTG), der Zervixbefundes anhand des Bishop-Scores und andere gynäkologische Untersuchungsbefunde stellten weitere Informationen dar. Der Studienablauf ist in Tab.2 zu sehen.

Tab.2: Studiendesign

	<u>Patientenbefragung</u>	<u>Aktenanalyse</u>
<u> Methode </u>	Fragebögen (quantitativ) und halbstrukturiertes Interview	Aktenanalyse und Dateneingabe ins SPSS
<u> Stichprobe </u>	Deutsche und türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen  <u>Einschlusskriterien:</u> Stationäre Aufnahme wegen vorzeitiger Wehen in SSW: 24-34  <u>Ausschlusskriterien:</u> Vorzeitige Wehen auf Grund von bekannten somatischen Störungen (z.B.Infektion)	Alle Patientinnen, die in die Studie eingeschlossen wurden.
<u> Studienort </u>	<u>Schwangere mit vorzeitigen Wehen</u> Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Charité, Campus Virchow-Klinikum <u>Normalschwangere</u> drei verschiedene gynäkologische Praxen	Klinik und Praxen
<u> Untersuchungszeitpunkt </u>	<u>1.Tag</u> GTS / GTI, SOZU <u>2.Tag</u> halbstrukturiertes Interview BSF, BBI-F2 <u>1.Woche</u> BSF, BBI-F2, evtl. Vitaport-Messung <u>2.-n.Woche</u> BSF, BBI-F2, evtl. Vitaport-Messung	Gesamter Datenerhebungszeitraum
<u> Untersuchungszeitraum </u>	1998 – 2000	1998 – 2000

### **6.3 Untersuchungsinstrumente**

Die Studie basiert auf psychologischen, sowie physiologischen und biologischen Untersuchungen. Im Folgenden werden zunächst die einzelnen Untersuchungsinstrumente näher dargestellt.

### **6.4 Psychosoziale Parameter / Fragebögen**

Psychosoziale Untersuchungen wurden mittels Fragebögen und einem halbstrukturierten Interview erhoben.

#### **6.4.1 Halbstrukturiertes Interview**

Das halbstrukturierte Interview besteht aus zwei Teilen.

1. Teil: Erfassung von Daten über die Person selbst (Alter, Herkunft, Bildungsstand, Beruf), ihre gynäkologische Anamnese und ihr Verhältnis zu den Bezugspersonen in ihrem sozialen Umfeld (Ehemann, Familie, Freunde), sowie ihren Umgang mit Belastungssituationen.
2. Teil: Offene Fragen zu subjektiven Vorstellungen der Schwangeren, wie Erwünschtheit der Schwangerschaft, bisherige Lebenszufriedenheit, ihren Vorstellungen zu Veränderungen durch die Geburt des Kindes und Bewältigungsstrategien in Krankheits- und Problemsituationen, so genannte Coping-Strategien.

Entwickelt wurde das Interview aus Vorlagen weiterer Untersuchungen in der Psychologie und Psychosomatik in Zusammenarbeit mit der Psychosomatischen Klinik des Virchow-Klinikums unter der Leitung von Prof. Dr. Klapp.

#### 6.4.2 Persönlichkeitsmerkmale im Selbst- und Idealselbstbild (Giessen-Test)

Die Persönlichkeitsmerkmale werden anhand des sogenannten Giessen-Tests (GT, BECKMANN et al., 1991) untersucht. Dies ist ein seit über 30 Jahren bewährtes psychoanalytisches Messinstrument zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen. Die gleichen Fragen werden einmal zur Erfassung des Selbstbildes („Wie sehe ich mich selbst?“) und ein anderes Mal zur Darstellung eines Ideal-Selbstbildes („Wie möchte ich mich gerne sehen?“) gestellt. Durch diesen Test können reale und ideale Selbstbilder miteinander verglichen werden. Erfragt werden hierbei die emotionale Befindlichkeit, wie Ängstlichkeit und Depressivität. Weiterhin beziehen sich die Fragen auf bestimmte, fundamentale Ich-Qualitäten (Charaktereigenschaften) wie Introspektion, Phantasie, Durchhaltefähigkeit, Selbstkritik und Durchlässigkeit. Ebenso wird nach den sozialen Beziehungen wie z.B. soziales Befinden, soziale Reaktionen und soziale Resonanz (BECKMANN et al. 1991, S.10) gefragt. Die Ermittlung des Selbstbildes ermöglicht Rückschlüsse auf die Persönlichkeit der Testperson und ihre Fähigkeit oder Unfähigkeit zu psychosozialen Beziehungen.

Der Test besteht aus insgesamt 40 Items, deren Aussagen durch einfache Summation zu sechs Skalen zusammengefasst werden. Die Auswertung und Interpretation kann auf Item- oder Skalenebene erfolgen. Die Beantwortung der Fragen erfolgt auf siebenstufigen bipolaren Likert – Skalen (3 2 1 0 1 2 3), die bei der Auswertung in Skalen - bzw. Rohwerte transformiert werden (1 2 3 4 5 6 7).

Die Bedeutungen der einzelnen Skalen sind folgendermaßen dargestellt:

- **„Soziale Resonanz“** ist die Einschätzung der eigenen Wirkung auf die Umwelt.
- **„Dominanz“** kennzeichnet die Art der Beziehung zu anderen Menschen.
- **„Kontrolle“** bezeichnet das Ausmaß von Kontrolle gegenüber eigenen und fremden Handlungen.
- **„Grundstimmung“** erfasst Stimmungslage und Hauptrichtung der Aggressionsentfaltung.
- **„Durchlässigkeit“** bestimmt die Offenheit oder Verslossenheit als Qualitäten des Kontakterlebens und Kontaktverhaltens.
- **„Soziale Potenz“** ist eine Einschätzung der vorhandenen sozialen Fähigkeiten.

Zusammenfassend lassen die verschiedenen Skalen eine psychoanalytische Aussage und Diagnostik zu. Es sind eine Reihe von psychosozialen und intra - individuellen Interpretationen möglich (Tab.3). Die ausführliche Auswertung kann stark variierende Unterschiede zwischen den

Selbst- und Idealselbstbildern der Frauen zeigen. Beispielsweise kann das gewünschte Idealselbstbild sehr stark vom realen Selbstbild abweichen.

Tab. 3 : Zitate aus BECKMANN et al. 1991, S. 38-47

<p><b>Soziale Resonanz</b> Hier steht im Vordergrund, ob der Patient in der sozialen Interaktion „narzisstisch gratifiziert oder frustriert wird“.</p>		<p><b>Dominanz</b> Die entgegengesetzten Pole Dominanz und Gefügigkeit geben autoritäre Rollenverhältnisse wieder. Aus triebpsychologischer Sicht finden hier „anale Züge sadomasochistischer Prägung ihre Darstellung“.</p>		<p><b>Kontrolle</b> Hiermit ist weitestgehend die Kontrolle im „intrapyschischen Individualbereich“ gemeint. „Es geht um die Beziehung zwischen dem „Es“ und den Kontrollmechanismen der „Ich-Überich-Organisation“, um die zwischen den Polen „triebhafter Charakter“ und „Zwangsstruktur“ ausgespannte Ergänzungsreihe unterschiedlicher Intensität der Triebregrulation.“</p>	
<p><b>neg.sozial resonant/unattraktiv ↔ pos.sozial resonant/attraktiv</b></p>		<p><b>dominant/aggressiv geladen ↔ gefügig</b></p>		<p><b>unterkontrolliert/spontan ↔ zwanghaft/überkontrolliert</b></p>	
<p>-9 andere m. d. Arbeit zufrieden 16 leicht beliebt machen 23 wertvoll halten</p>	<p>27 schönes Aussehen 33 Interesse durchsetzen 37 anziehend</p>	<p>1 eher geduldig 3 gelenkt werden 22 selten Auseinandersetzung</p>	<p>28 eng zusammenarbeiten -31 fügsam 35 schlechter Schauspieler</p>	<p>-13 guter Geldumgang 18 Wahrheit übergenau 21 überordentlich</p>	<p>-24 eher viel Mühe -38 leicht bei d.Sache bleiben 35 schwer ausgelassen</p>
<p><b>Grundstimmung</b> Diese Skala spannt sich zwischen Hypomanie und Depression und zeigt damit „die wichtige Beziehung zwischen Stimmungslage und der Hauptrichtung der Aggressionsentfaltung. Je nachdem, ob die Aggression eher nach außen abgeführt wird oder sich gegen das eigene Ich wendet, ergibt sich eine Korrelation mit positiver oder negativer Stimmungsfärbung. Das entspricht der psychoanalytischen Interpretation der Depression als Innenwendung der Aggression.“</p>		<p><b>Durchlässigkeit</b> Hier werden frühe orale und anale Merkmale des Kontrollerlebens aufgegriffen. „Nämlich, um Eriksons Termini zu benutzen, die Kategorien Urvertrauen gegen Urmisstrauen sowie die Kategorie Autonomie gegen Scham und Zweifel.“</p>		<p><b>Soziale Potenz</b> Umrisshaft wird hier nach dem „Bild einer potenten Persönlichkeit auf der ödipal-genitalen Entwicklungsstufe“ gefragt.</p>	
<p><b>hypomanisch/unbekümmert ↔ depressiv/bedrückt</b></p>		<p><b>durchlässig/offen ↔ retentiv/zurückhaltend/verschlossen</b></p>		<p><b>sozial potent/interaktionsfähig ↔ sozial impotent</b></p>	
<p>-4 Änderung auf Lebensbedingung viel Einfluß 5 Gedanken machen -6 Ärger hineinfressen</p>	<p>8 eher ängstlich 14 oft bedrückt 29 Selbstvorwürfe</p>	<p>10 wenig Vertrauen 11 wenig Zeichen von Liebesbedürftigkeit 15 wenig preisgeben</p>	<p>19 schwer herausgeben -25 anderen fern fühlen 34 wenig erlebnisfähig</p>	<p>2 meide eher Gesellschaft 7 andere nicht übertreffen 17 schwer lange Bindung</p>	<p>26 wenig Phantasie 30 wenig Liebe schenken 40 befangen m.d. anderen Geschlecht</p>

### 6.4.3 Beschwerden im Berliner Beschwerdefragebogen für Frauen (BBI-F2)

Beschwerden können nicht objektiviert werden, sie sind ihrem Charakter nach subjektiv (SCHEER, 1985). Der BBI-F2 ist ein auf der Grundlage des GBB (Gießener Beschwerdebogen) entstandener Fragebogen von KLAPP et al. (1997), der insbesondere die Erfassung der gynäkologischen und schwangerschaftsspezifischen Beschwerden ermöglicht. Benutzt werden die in der folgenden Abbildung gezeigten 21 Items, die in sieben Skalen zusammengefasst aufgezeigt werden. Es handelt sich nicht um eine Symptomliste, mithilfe dessen man organische Krankheiten identifizieren kann, sondern vielmehr um ein Mittel, der die psychosomatische Bedingtheit oder Mitbedingtheit körperlicher Beschwerden zu erfassen versucht (BRÄHLER und SCHEER, 1983). Der GBB ermöglicht, Einzelbeschwerden oder einen Gesamtwert für den Beschwerdedruck („Klagsamkeit“) zu erfassen.

Nach BRÄHLER und SCHEER (1983) gibt es Hinweise darauf, dass das Äußern von Körperbeschwerden mit bestimmten seelischen Haltungen einhergehen kann. Es wird vermutet, dass bei bestimmten Menschen, körperliche Beschwerden generell anstelle von seelischen Beschwerden geäußert werden. Das bedeutet anders formuliert, dass nicht empfundene seelische Beschwerden über körperliche Beschwerden ausgedrückt, **somatisiert** werden.

Interessanterweise hat man einen Zusammenhang zwischen Körperbeschwerden und Persönlichkeit entdeckt. In der Eichstichprobe, die repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung ist, finden sich bedeutsame Zusammenhänge zwischen der GT-Skala Grundstimmung und zwei GBB-Skalen. Depressive Personen erleben einen erhöhten körperlichen Beschwerdedruck.

FAHRENBERG et al. (1979) sahen bei Patienten einer psychosomatischen-psychotherapeutischen Ambulanz ebenfalls die stärksten Beziehungen zwischen GBB-Skalenwerten und der GT- Skala Grundstimmung.

Tab. 4 : BBI-F2 – Skalen

<b><u>Erschöpfung</u></b> 1 Schwächegefühl 29 Erschöpfbarkeit 42 Mattigkeit	<b><u>Magenbeschwerden</u></b> 15 Erbrechen 18 Übelkeit 51 Magenschmerzen	<b><u>Gliederschmerzen</u></b> 9 Gelenkschmerzen 11 Kreuzschmerzen 13 Nackenschmerzen	<b><u>Herzbeschwerden</u></b> 2 Herzklopfen 52 Atemnot 56 Herzbeschwerden
<b><u>Brustbeschwerden</u></b> 28 Druckempfindlichkeit 39 Spannung in der Brust 45 Stiche in der Brust	<b><u>Depressive Verstimmung</u></b> 31 Verstimmung 46 Reizbarkeit 54 Stimmungsschwankung	<b><u>Unterleibsbeschwerden</u></b> 30 häufiger Harndrang 34 Ziehen im Unterleib 35 Ausfluß	

#### 6.4.4 Stimmung im Berliner Stimmungsfragebogen (BSF)

Die Stimmung eines Menschen zu beschreiben und zu erfassen ist äußerst schwierig. Nach HÖRHOLD und KLAPP (1993) kann die Messung der Stimmung erfolgen über die Komponenten Physiologie (physiologische Indikatoren), Ausdrucksverhalten (Fremdbeobachtung) und Erleben (Selbstbeobachtung, Introspektion). Hier wird die Selbstbeobachtung der Schwangeren zu Hilfe genommen. Der BSF (sogenannter „Berliner Stimmungsfragebogen“) ist in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Charité entwickelt worden aus dem MSF (Mehrdimensionaler Stimmungsfragebogen) von HECHELTJEN & MERTESDORF (1973), der hier durch Faktorenanalyse verkürzt wurde von 30 auf 16 Items und sich in sieben Skalen abzeichnet. Mit diesem Fragebogen wurde die momentane Stimmung der Schwangeren bei Aufnahme untersucht und soll miteinander verglichen werden.

Tab. 5: BSF-Skalen (faktoranalytisch reduzierte Form von HÖRHOLD &amp; KLAPP 1993)

<b><u>Müdigkeit</u></b> 1 matt 29 erschöpft	<b><u>Angst</u></b> 5 besorgt 12 beunruhigt	<b><u>Depressivität</u></b> 24 deprimiert 30 betrübt	<b><u>Teilnahmslosigkeit</u></b> 9 unbeteiligt 28 uninteressiert
<b><u>Ärger</u></b> 8 angriffslustig 21 aggressiv	<b><u>Engagement</u></b> 2 konzentriert 27 aufmerksam	<b><u>gehobene Stimmung</u></b> 10 fröhlich 26 vergnügt	

## 6.5 Biologische Parameter

### 6.5.1 Zervixbefund (modifizierter BISHOP-Score)

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung wurde noch nicht wie heute durchgängig eine vaginalsonographische Darstellung bevorzugt. Damals diente der BISHOP-Score der allgemeinen Beurteilung der Geburtsbereitschaft und wurde im Rahmen einer vaginalen Untersuchung als Tastbefund erhoben, der als modifiziertes Schema benutzt wird. Erreicht wird ein Punktwert zwischen drei und neun. Bei einer Gesamtpunktzahl von  $>3$  kann von einem erhöhten Risiko für eine Frühgeburt ausgegangen werden (Tab.6). Der eigentliche Bishop-Score (1964 von BISHOP entwickelt) beinhaltet zusätzlich die Parameter „Portiolage“ und „Höhenstand des vorangehenden Teils“, die bei dieser frühen Schwangerschaftswoche nicht berücksichtigt wurden. Somit ergaben sich folgende modifizierte Werte.

Tab. 6 : Vaginalbefund (modifiziert nach BISHOP, 1964)

Scorepunkte	1	2	3
Muttermundsweite (cm)	Geschlossen	1 – 2	$> 2$
Zervixlänge (cm)	$> 2$	1 – 2	Flach
Zervixkonsistenz	Derb	mittel	Weich

## 6.6 Statistische Auswertungsverfahren

Während der Datenerhebung erfolgte die Dateneingabe der gesamten Daten in die Datenmasken des Statistikprogramms des SPSS, welches zur statistischen Auswertung und Darstellung in den Versionen SPSS 9.0 und 10.0 eingesetzt wurde. Zur Darstellung der Deskriptiven Statistik wurden der Median, das Minimum und das Maximum, die 25. und 75.Perzentile und der Chi-Quadrat-Test bestimmt.

Weiterhin angewandt wurden der T-Test für unverbundene oder verbundene Daten bei Normalverteilung und der Mann-Whitney-U und Wilcoxon-Test bei nichtparametrischen Daten. Lineare Assoziationen und Zusammenhänge wurden anhand der Variabilitätskoeffizienten nach Pearson ( $\chi^2$ ) (bei Normalverteilung und metrischen Daten) und Spearman-Rho (bei ordinalen, nichtparametrischen Daten) geprüft. Die Prüfung auf Normalverteilung geschah anhand des Kolmogoroff-Smirnow-Tests. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p \leq 0,05$  werden die Testergebnisse als statistisch signifikant und  $p \leq 0,001$  als statistisch hochsignifikant unterschiedlich betrachtet.

## 7 Ergebnis

### 7.1 Ermittlung der Stichprobe

Insgesamt setzt sich die Stichprobe dieser Untersuchung aus vier verschiedene Gruppen zusammen (s.Tab.7). Zwei Gruppen werden gebildet aus 61 Schwangeren mit vorzeitigen Wehen, die sich zusammensetzen aus 39 deutschen und 22 türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen. Im Rahmen der Großstudie wurden im gesamten Untersuchungszeitraum Datensätze von insgesamt 153 hospitalisierten Schwangeren mit idiopathischen vorzeitigen Wehen ermittelt. Es sollten gleiche Voraussetzungen für den Vergleich von deutschen und türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen bestehen. Daher gingen in diese Untersuchung die ausschließlich im Standort Virchow erhobenen Datensätze (n=86) ein. Von den 86 waren 11 Schwangere anderer Nationalität als deutsch oder türkisch, 12 der Schwangeren hatten unvollständige Datensätzen und 2 Schwangere entwickelten im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes Infekte, so dass 61 Schwangere übrigblieben. Die Anzahl türkischer Frauen mit der Diagnose „idiopathische vorzeitige Wehen“ war in Relation zur Gesamtzahl an türkischen Geburten in diesem Krankenhaus auffällig niedrig. In der Charité Standort Virchow kommen jährlich ca. 4000 Kinder auf die Welt, wovon 25% türkischer Abstammung sind. Der Anteil türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen war mit 1,2% (12 Patientinnen) aller türkischen Geburten deutlich niedriger ist als bei deutschen Schwangeren mit 2% (60 Patientinnen).

Die beiden in gynäkologischen Praxen im Rahmen einer Routineuntersuchung erhobenen Gruppen von 24 deutschen und 21 türkischen Schwangeren im Gestationsalter von 23/0 – 33/6 mit komplikationslosem Schwangerschaftsverlauf bilden Vergleichsgruppen.

Tab.7: Einteilung der Stichprobe

<b>D-VW</b> Deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen = <b>„Risikoschwangere“</b> n = 39	<b>D-NS</b> Deutsche „ <b>Normalschwangere</b> “ = S. mit komplikationslosem Verlauf n = 24
<b>T-VW</b> Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen = <b>„Risikoschwangere“</b> n = 22	<b>T-NS</b> Türkische „ <b>Normalschwangere</b> “ = S. mit komplikationslosem Verlauf n = 21

## 7.2. Soziodemographische Daten

### 7.2.1 Allgemeine soziodemographische Daten

#### 7.2.1.1 Alter

Sowohl in der Gruppe der Schwangeren mit vorzeitigen Wehen als auch Normalschwangeren waren deutsche Schwangere im Durchschnitt 28 Jahre alt und somit signifikant 3 Jahre älter als türkische Schwangere mit 25 Jahren.

**D-VW zu T-VW:** Deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen sind mit 28 Jahren signifikant älter als türkische Schwangere mit 25 Jahren ( $p < 0,049$ , Abb.1).

**D-NS zu T-NS:** Ähnlich verhält es sich bei Normalschwangeren. Deutsche Schwangere waren im Durchschnitt 28 und türkische Schwangere 25 Jahre alt ( $p < 0,01$ ).

Im **intrakulturellen Vergleich** beider Nationalitäten wurde kein signifikantes Ergebnis ermittelt, die Altersverteilungen innerhalb der Nationalitäten waren annähernd gleich.

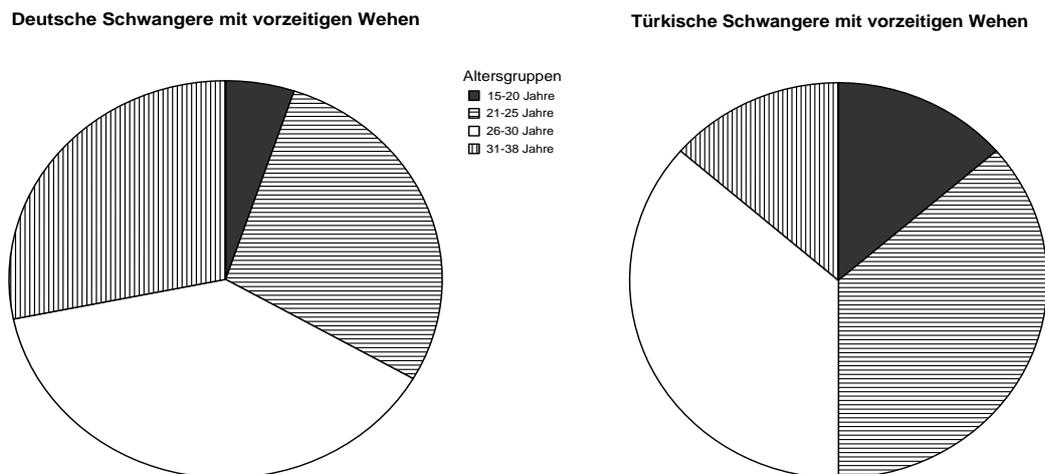


Abb. 1: Altersverteilung deutscher und türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen  
Signifikant im Mann-Whitney-U-Test / Exakt-Test nach Fisher  $p < 0,049$ .

### 7.2.1.2 Bildungsstand

**D-VW und T-VW:** In der türkischen Gruppe haben 14,3% der Schwangeren überhaupt keinen Schulabschluss, bei der deutschen Gruppe sind es nur 2,6% der Untersuchten ( $p < 0,053$ ). Deutsche „Risikoschwangere“ erreichten in 87,2% einen Gymnasial- oder Realschulabschluss verglichen mit 57,1% türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen (Tab.8).

**D-NS und T-NS:** Türkische „Normalschwangere“ hatten in 42% einen fehlenden Schulabschluss, während deutsche „Normalschwangere“ immer einen Abschluss hatten ( $p < 0,001$ ).

Sowohl im deutschen als auch im türkischen **intrakulturellen Vergleich** gab es keine statistisch ermittelbaren Signifikanzen.

Tab. 8: Bildungsstand nach höchstem Schulabschluss im Vergleich

Höchster Schulabschluss		D-VW deutsche S. mit VW	T-VW türkische S. mit VW	D-NS deutsche S. ohne VW	T-NS Türkische S. ohne VW
Ohne Schulabschluss	Anzahl	1	3	0	9
	%	2,6%	14,3%	0%	42,9%
Hauptschule	Anzahl	3	6	4	6
	%	7,7%	28,6%	17,4%	28,6%
Realschule	Anzahl	20	7	6	2
	%	51,3%	33,3%	26,1%	9,5%
Gymnasium	Anzahl	14	5	13	4
	%	35,9%	23,8%	56,5%	19,0%
Sonstiges	Anzahl	1	0	0	0
	%	2,6%	0%	0%	0%
Gesamt	Anzahl	39	21	23	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

D-VW	<u>D</u> eutsche Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	R I S I K O
T-VW	<u>T</u> ürkische Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	
D-NS	<u>D</u> eutsche <u>N</u> ormal <u>s</u> chwangere	N O R M A L
T-NS	<u>T</u> ürkische <u>N</u> ormal <u>s</u> chwangere	

### 7.2.1.3 Berufliche Ausbildung und derzeitige Tätigkeit

**D-VW und T-VW:** Hinsichtlich erlernten Berufes und derzeitiger Tätigkeit ergab sich im Chi-Quadrat-Test nach Pearson ein hochsignifikanter Unterschied. Deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen waren zu 65% berufstätig, wohingegen die türkischen Frauen nur in 34% der Fälle einer Arbeit nachgingen ( $p < 0,001$ ).

**D-NS und T-NS:** Bei Normalschwangeren war der Hauptanteil türkischer Frauen mit 85,7 % Hausfrau, wohingegen dies nur 2,6% deutsche Schwangere angegeben haben ( $p < 0,001$ ). Deutsche Schwangere waren zu dreiviertel berufstätig.

**D-VW und D-NS:** Im intrakulturellen deutschen Vergleich ist keine Signifikanz berechnet worden. Auffällig war, dass der Anteil der Arbeitslosen bei Normalschwangeren 30% betrug, während er bei Schwangeren mit vorzeitigen Wehen nur 10,3% erreichte.

**T-VW und T-NS:** Ebenfalls nicht signifikant war der intrakulturelle türkische Vergleich. Während die Normalschwangeren zu 90,5% Hausfrauen waren, gaben nur 50% der Schwangeren mit vorzeitigen Wehen ein Hausfrauendasein an (Tab.9).

Tab. 9: Derzeitige Tätigkeit im Vergleich

Derzeitige Tätigkeit		D-VW deutsche S. mit VW	T-VW türkische S. mit VW	D-NS deutsche S. ohne VW	T-NS türkische S. ohne VW
Hausfrau	Anzahl	1	10	1	19
	%	2,6%	47,6%	4,3%	90,5%
Arbeitslos	Anzahl	4	4	7	0
	%	10,3%	19,0%	30,4%	0%
in Ausbildung	Anzahl	4	1	3	0
	%	10,3%	4,8%	13,0%	0%
Vollzeit	Anzahl	26	5	11	2
	%	66,7%	23,8%	47,8%	9,5%
Teilzeit	Anzahl	4	1	1	0
	%	10,3%	4,8%	4,3%	0%
Gesamt	Anzahl	39	21	23	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikant im Chi – Quadrat / Exakt-Test nach Fisher: D-VW zu T-VW  $p < 0,001$  ; D-NS zu T-NS  $p < 0,001$

D-VW	<u>D</u> eutsche Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	R I S I K O
T-VW	<u>T</u> ürkische Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	
D-NS	<u>D</u> eutsche <u>N</u> ormalschwangere	N O R M A L
T-NS	<u>T</u> ürkische <u>N</u> ormalschwangere	

#### 7.2.1.4 Familienstand

Im Familienstand waren beide türkischen Gruppen erwartungsgemäß mit jeweils 100% ausschließlich verheiratet. Die deutschen Gruppen haben einander sehr ähnliche Verteilung im Familienstand gezeigt.

**D-VW und T-VW:** 100% der türkischen Schwangeren sind verheiratet. Dagegen sind die deutschen Schwangeren nur zu 53,8% verheiratet, 30,8% leben in einer nichtehelichen Partnerschaft und 15,4% sind ledig ( $p < 0.001$ ).

**D-NS und T-NS:** Die deutschen Normalschwangeren brachten ähnliche Verteilungsmuster im Familienstand wie die Schwangeren mit vorzeitigen Wehen hervor. So waren die deutschen zu 56,5% verheiratet, 30,4% lebten in nichtehelicher Partnerschaft und 13% waren ledig. Die türkischen Schwangeren waren zu 100% verheiratet ( $p < 0,001$ ).

In beiden **intra-kulturellen Vergleichen** wurde keine Signifikanz berechnet.

#### 7.2.1.5 Durchgeführter Umzug

Die Frage nach einem vor kurzem in der Schwangerschaft durchgeführten Umzug wurde auffällig häufig von Schwangeren mit vorzeitigen Wehen, vor allem den deutschen beantwortet. Ein signifikanter Unterschied konnte nur im deutschen intra-kulturellen Vergleich berechnet werden.

**D-VW und T-VW:** Deutsche Risikoschwangere äußerten zu 34,2% und die türkischen zu 20% einen durchgeführten Umzug.

**D-NS und T-NS:** Sowohl deutsche (8,7%) als auch türkische (4,8%) Schwangere gaben seltener einen Umzug an.

**D-VW und D-NS:** Signifikant häufiger wurde ein Umzug von deutschen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen durchgeführt ( $p < 0,033$ ).

**T-VW und T-NS:** Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen (20%) führten häufiger einen Umzug durch als türkische Normalschwangere (4,8%).

## 7.2.2 Aufenthaltsdauer der türkischen Schwangeren in Deutschland

**T-VW:** Fast 70% der „Risikoschwangeren“ sind in Deutschland aufgewachsen oder sogar bereits hier geboren, so dass sie auch gut in die deutsche Gesellschaft integriert sind. Ein Drittel dieser Gruppe ist erst durch Heirat nach Deutschland gezogen und befindet sich teilweise erst seit weniger als 10 Jahre hier.

**T-NS:** Nur ein Viertel der „Normalschwangeren“ ist in Deutschland aufgewachsen, wohingegen mehr als 60% von ihnen erst weniger als 10 Jahre in Deutschland lebt und sich somit noch im Prozess der Integration befindet.

Tab.10: Aufenthaltsdauer türkischer Schwangerer mit und ohne vorzeitige Wehen in Deutschland

<b>Aufenthaltsdauer in Deutschland</b>		<b>T-VW</b> türkische S. mit VW	<b>T-NS</b> türkische S. ohne VW
In Deutschland aufgewachsen	Anzahl	15	5
	%	68,2%	23,8%
< 1 Jahr	Anzahl	0	2
	%	0%	9,5%
1-5 Jahre	Anzahl	5	5
	%	22,8%	23,8%
5-10 Jahre	Anzahl	2	6
	%	9,0%	28,6%
> 10 Jahre	Anzahl	0	3
	%	0 %	14,3%
Gesamt	Anzahl	22	21
	%	100,0%	100,0%

Signifikanz im Chi – Quadrat / Exakt-Test nach Fisher: keine

### 7.2.3 Gynäkologisch-geburtshilfliche Daten

Zur Erfassung möglichst vieler anamnestischer Belastungsfaktoren, die sich ungünstig auf die momentan bestehende Schwangerschaft auswirken können, wurde eine ausführliche gynäkologisch – geburtshilfliche Anamnese erhoben. Das einzig signifikante Ergebnis findet sich zur Sterilitätsbehandlung. Andere Angaben wie Anzahl von Schwangerschaft und Geburt, sowie Abort, Abruptio, jetzige und vorherige Schwangerschaftsprobleme und belastete Anamnese zeigten geringfügige Unterschiede. Schwangere mit vorzeitigen Wehen haben insgesamt mehr Schwangerschaften und Geburten als „Normalschwangere, v.a. deutsche Schwangere (s.Tab.11).

**D-VW und T-VW:** Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen hatten sich im Vorfeld zu 27,3% im Vergleich zu 5,1% der deutschen einer Behandlung wegen Infertilität unterzogen ( $p<0,021$ ). Sowohl deutsche als auch türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen haben im Median bereits zwei Schwangerschaften erlebt und noch kein Kind geboren. Beide hatten zu etwa 55% bisher keine Probleme in der jetzigen Schwangerschaft. Die Anamnese ist vergleichbar belastet mit 75% bei deutschen und 72% bei türkischen Schwangeren. Einen Abort erlebt haben 50% der türkischen und 30,8% der deutschen; und ein Schwangerschaftsabbruch wurde bei 25% der deutschen und 14,3% der türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen vollzogen. Somit ist die jetzige Schwangerschaft anamnestisch annähernd gleich hoch belastet.

**D-NS und T-NS:** Hierbei fällt die signifikant höhere anamnestische Belastung der türkischen Normalschwangeren mit 52,4% gegenüber 20,8% der deutschen auf. Türkische „Normalschwangere“ waren aber auch öfter schwanger (im Median drei malig häufiger) und hatten öfter eine Geburt (im Median steht die 2. Geburt an) als deutsche.

Im **intrakulturellen Vergleich** sind Schwangere mit derzeit vorzeitigen Wehen unabhängig von ihrer Herkunft anamnestisch jeweils höher belastet als Schwangere mit derzeit komplikationslosem Verlauf.

Tab. 11: Geburtshilfliche Anamnese im Vergleich

Geburtshilfliche Anamnese			D-VW deutsche S. mit VW	T-VW türkische S. mit VW	D-NS deutsche ohne VW	T-NS türkische ohne VW	Gesamt
Jetzige Schwangerschafts-Probleme, wie Blutungen, VW und sonstiges	Nein	Anzahl	21	12	16	18	67
		%	53,8%	54,5%	66,7%	85,7%	63,2%
	Ja	Anzahl	18	10	8	3	39
		%	46,2%	45,5%	33,3%	14,3%	36,8%
Belastete Anamnese mit Geburtshilflicher Vorbelastung	Nein	Anzahl	10	6	18	9	43
		%	25,6%	28,6%	78,3%	42,9%	41,3%
	Ja	Anzahl	29	15	5	12	61
		%	74,4%	71,4%	21,7%	57,1%	58,7%
Vorherige Schwangerschaftsprobleme im Verlauf der Schwangersch. oder des fet. Wachstums	Nein	Anzahl	1	2	3	6	12
		%	2,6%	9,1%	12,5%	28,6%	11,3%
	Ja	Anzahl	25	14	4	11	55
	%	64,1%	63,6%	16,7%	52,4%	51,9%	
	Bisher keine SS	Anzahl	13	6	17	4	39
		%	33,3%	27,3%	70,8%	19,0%	36,8%
Abort	Nein	Anzahl	27	10	21	15	73
		%	69,2%	47,6%	91,3%	71,4%	70,2%
	Ja	Anzahl	12	11	2	6	31
		%	30,8%	52,4%	8,7%	28,6%	29,8%
Abruptio	Nein	Anzahl	29	18	22	17	86
		%	74,4%	85,7%	95,7%	81,0%	82,7%
	Ja	Anzahl	10	3	1	4	18
		%	25,6%	14,3%	4,3%	19,0%	17,3%
Sterilitätsbehandlung	Nein	Anzahl	37	16	Keine Daten	Keine Daten	53
		%	94,9%	72,7%			86,9%
	Ja	Anzahl	2	6	Keine Daten	Keine Daten	8
		%	5,1%	27,3%			13,1%

Signifikant im Chi-Quadrat-Test / Exakt-Test nach Fisher:

**Jetzige Schwangerschaftsprobleme:** T-VW zu T-NS  $p < 0,045$

**Vorherige Schwangerschaftsprobleme:** T-VW zu T-NS  $p < 0,005$ , D-VW zu D-NS  $p < 0,001$

**Belastete Anamnese:** T-VW zu T-NS  $p < 0,029$ , D-VW zu D-NS  $p < 0,001$

**Abort:** tendenziell D-VW zu D-NS  $p < 0,061$

**Sterilitätsbehandlung:** D-VW zu T-VW  $p < 0,021$ .

D-VW	<u>D</u> eutsche Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	R I S I K O
T-VW	<u>T</u> ürkische Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	
D-NS	<u>D</u> eutsche <u>N</u> ormal <u>s</u> chwangere	N O R M A L
T-NS	<u>T</u> ürkische <u>N</u> ormal <u>s</u> chwangere	

#### **7.2.4 Tokolyse und andere medikamentöse Therapien**

Die stationär aufgenommenen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen wurden tokolytisch behandelt. Dazu wurde zur Zeit der Patientenrekrutierung ein Beta-2-Mimetikum (Fenoterol) in 86,9% der Fälle intravenös als Bolus oder kontinuierlich und in 13,1% oral verabreicht.

Zusätzliche Medikation bestand in der Gabe von Magnesium, sowie Glukokortikoiden zur Induktion der Lungenreifung bei Schwangeren zwischen 23/0 und 34/0 Schwangerschaftswochen. Bei besonders ausgeprägter Unruhe seelischer oder körperlicher Art konnten Schwangere Benzodiazepine oder Barbiturate als Sedativum erhalten. Diese Sedativa stellten keine Standardtherapie, sondern nur eine Bedarfsmedikation dar.

Hinsichtlich der Tokolysetherapie war die Art und Dauer bei deutschen und türkischen Schwangeren gleich, der Bedarf an Sedativa jedoch signifikant unterschiedlich. Einen Bedarf an Sedativa äußerten 68% der deutschen und 32% der türkischen Schwangeren.

#### **7.2.5 Hospitalisierung, Liegedauer**

Bemerkenswert erscheint der signifikante Unterschied zwischen deutschen und türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen in der Dauer des Krankenhausaufenthalts. Deutsche Schwangere waren im Mittel 10 Tage und türkische 6 Tage hospitalisiert ( $p < 0.035$ ). Viele der türkischen Schwangeren sind gegen ärztlichen Rat auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen worden. Hierbei wurden häufig die zu erfüllenden Pflichten im häuslichen Umfeld als Ursache genannt (Abb.2).

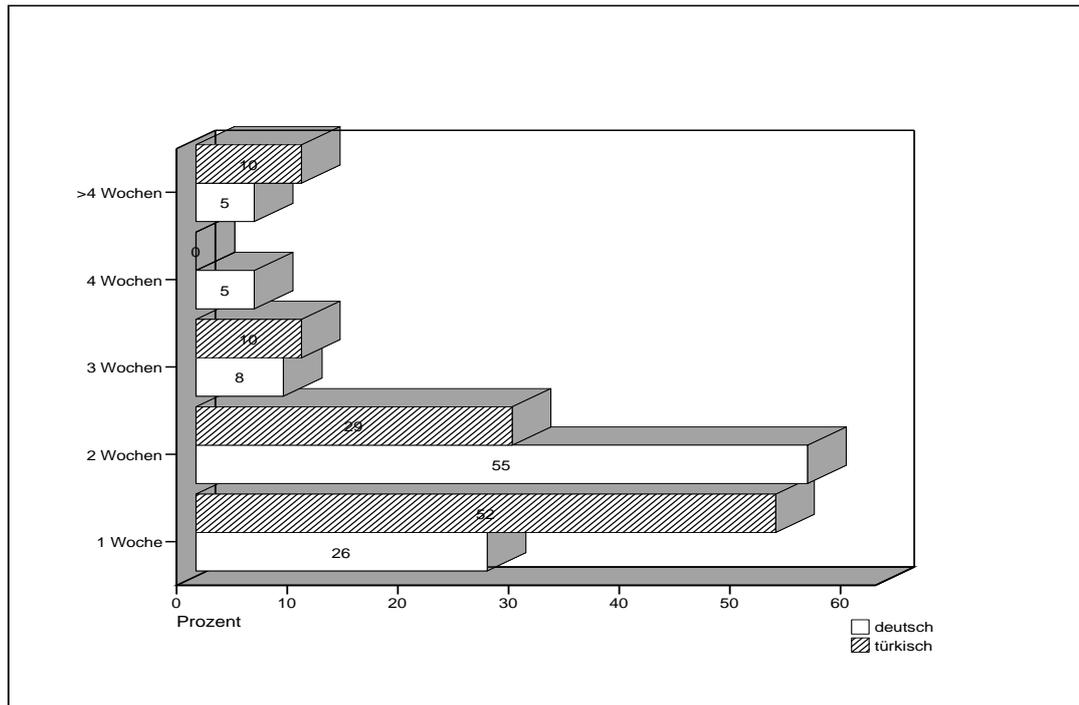


Abb.2: Aufenthaltsdauer deutscher und türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen im Krankenhaus  
 Signifikant im Mann-Whitney-U-Test / Exakt-Test nach Fisher:  $p < 0,035$

### 7.3. Psychosoziale Parameter

#### 7.3.1 Halbstrukturiertes Interview

Bei der Selbsteinschätzung der Schwangeren zu Befinden und Pathophysiologie der Frühgeburtlichkeit ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

**D-VW und T-VW:** Etwa ein Viertel beider Gruppen hatte keine eigene Vorstellung wie vorzeitige Wehen entstanden sein könnten. Körperliche Überanstrengung als Ursache nannten 40% türkische und nur 21% deutsche Schwangere. Dafür gaben deutsche Schwangere vermehrt psychischen (10%), beruflichen (10%) oder sozialen Stress (wie z.B. 8% Umzug) als Ursache an. Befragt zur Vorstellung über die Geburt gaben die Hälfte (50%) der türkischen Schwangeren und ein Drittel (30%) deutsche Schwangere Ängste vor der Geburt an.

**D-NS und T-NS:** Bei „Normalschwangeren“ hatten türkische Schwangere zu 50% Angst vor der Geburt gegenüber 20% deutschen.

##### 7.3.1.1 Soziale Kontaktfreudigkeit / Art der sozialen Kontakte

Die soziale Kontaktfreudigkeit wurde von deutschen Schwangeren mit und ohne vorzeitige Wehen öfter als von türkischen Schwangeren angegeben. In Tab.12 sind die Angaben zusammenfassend dargestellt.

Tab. 12: Soziale Kontaktfreudigkeit im Vergleich

<b>Soziale Kontaktfreudigkeit</b> „Sind Sie kontaktfreudig?“		<b>D-VW</b> deutsche S. mit VW	<b>T-VW</b> türkische S. mit VW	<b>D-NS</b> deutsche S. ohne VW	<b>T-NS</b> Türkische S. ohne VW
Nein	Anzahl	2	2	0	1
	%	5,3%	10,0%	0%	4,8%
Ja	Anzahl	30	10	16	10
	%	78,9%	50,0%	69,6%	47,6%
Mäßig	Anzahl	6	8	7	10
	%	15,8%	40,0%	30,4%	47,6%
Gesamt	Anzahl	38	20	23	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanz nach Chi – Quadrat / Exakt – Test nach Fisher: keine

D-VW	<u>D</u> eutsche Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	<b>R I S I K O</b>
T-VW	<u>T</u> ürkische Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	
D-NS	<u>D</u> eutsche <u>N</u> ormalschwangere	<b>N O R M A L</b>
T-NS	<u>T</u> ürkische <u>N</u> ormalschwangere	

In der Art der sozialen Kontakte beschreiben sowohl deutsche „Risikoschwangere“ als auch „Normalschwangere“ eher außerfamiliäre vielfältige Kontakte gegenüber türkischen Schwangeren mit familiären Kontakten (Abb.13). Einzig signifikant zeigte sich die Angabe der deutschen „Normalschwangeren“ gegenüber türkischen ( $p < 0,04$ ).

Tab. 13: Art der sozialen Kontakte im Vergleich

Art der sozialen Kontakte		D-VW deutsche S. mit VW	T-VW türkische S. mit VW	D-NS deutsche S. ohne VW	T-NS türkische S. ohne VW
Einzelgänger	Anzahl	2	2	1	1
	%	5,3%	10,0%	4,3%	4,8%
Verwandte	Anzahl	3	2	1	4
	%	7,9%	10,0%	4,3%	19,0%
Bekannte	Anzahl	4	2	1	3
	%	10,5%	10,0%	4,3%	14,3%
Freundinnen	Anzahl	6	8	6	9
	%	15,8%	40,0%	26,1%	42,9%
vielfältige Kontakte	Anzahl	23	6	14	4
	%	60,5%	30,0%	60,9%	19,0%
Gesamt	Anzahl	38	20	23	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikant nach Chi – Quadrat / Exakt – Test nach Fisher: D-NS zu T-NS \*  $p < 0,04$

D-VW	<u>D</u> eutsche Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	R I S I K O
T-VW	<u>T</u> ürkische Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	
D-NS	<u>D</u> eutsche <u>N</u> ormalschwangere	N O R M A L
T-NS	<u>T</u> ürkische <u>N</u> ormalschwangere	

Hierbei zeigte sich der Unterschied im kulturellen Bereich. Deutsche Schwangere, sowohl mit vorzeitigen Wehen, als auch mit komplikationslosem Verlauf gaben zu 60% eher vielfältige andere, außerfamiliäre Kontakte an. Bei türkischen Schwangeren wurden mit nahezu 60-70% in der Mehrzahl familiäre und weibliche Freunde angegeben.

### 7.3.1.2 Lebenszufriedenheit

Die Mehrzahl aller befragten Schwangeren war zufrieden mit ihrem bisherigen Leben. Deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen (D-VW) antworteten zu fast 87% und türkische (T-VW) zu 85% mit ja auf die Frage: „Waren Sie vor Ihrer Schwangerschaft mit Ihrem Leben zufrieden?“. Auch die Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf hatten ähnliche Angaben (D-NS: fast 70%, T-NS: 81%). Somit konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

### 7.3.1.3 Schwangerschaftsplanung

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Deutsche und türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen haben in der Mehrzahl die Schwangerschaft geplant. Deutsche Schwangere beantworteten zu 71 % die Frage mit „ja“, wogegen türkische Schwangere nur zu 55% „ja“ sagten. Die Schwangerschaft nicht geplant haben beide Gruppen in etwa gleichhäufig, deutsche Frauen zu 18% und türkische Frauen zu 20%. Türkische Schwangere gaben jedoch zu 25% an, die Schwangerschaft nicht geplant, aber im Laufe der Zeit akzeptiert zu haben.

### 7.3.1.4 Bewältigungsstrategien

Mögliche Bewältigungsstrategien (**Coping**) der Schwangeren wurde mit der Frage „Was tun Sie normalerweise, wenn es Ihnen nicht gut geht?“ erfragt. Es sollten nicht nur zum Zeitpunkt der Schwangerschaft vorliegende, sondern im Allgemeinen bestehende Bewältigungsmechanismen ermittelt werden.

**D-VW und T-VW:** Die Angaben zeigten signifikant unterschiedliche Ergebnisse ( $p < 0,028$ ). Deutsche Schwangere zeigten mehrheitlich (84%, d.h.  $> \frac{3}{4}$ ) passives, eher auf Rückzug basierendes Copingverhalten. Dagegen wiesen die Antworten türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen eine größere Variationsbreite auf. Genau die Hälfte (50%) wählte zwar ebenfalls den Rückzug, doch die andere Hälfte entschied sich für ein aktives Verhalten, das sich unterteilt in 30% soziale Aktivität, 15% personen- und problemorientierte Konfrontation und 5% körperliche Aktivität (Tab.14).

**D-NS und T-NS:** Ähnlich ist das Bild bei „Normalschwangeren“, zeigt jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Die intrakulturellen Vergleiche zeigten keine signifikanten Unterschiede in ihrem Coping - Verhalten.

*Die Annahme in **Hypothese 4**, dass türkische und deutsche Schwangere unabhängig vom Vorhandensein von vorzeitigen Wehen unterschiedliche Bewältigungsmechanismen haben, kann bestätigt werden.*

Tab. 14: Bewältigungsstrategien im Vergleich

<b>Coping</b>		<b>D-VW</b> deutsche S. mit VW	<b>T-VW</b> türkische S. mit VW	<b>D-NS</b> deutsche S. ohne VW	<b>T-NS</b> türkische S. ohne VW
<b>Passives Coping</b>	Anzahl	31	10	17	8
	%	<b>83,8%</b>	50,0%	<b>73,9%</b>	38,1%
sozialer Rückzug	Anzahl	22	6	14	7
	%	59,5%	30,0%	60,9%	33,3%
passive Ablenkung	Anzahl	5	3	2	0
	%	13,5%	15,0%	8,7%	0%
orale Befriedigung	Anzahl	4	1	1	1
	%	10,8%	5,0%	4,3%	4,8%
<b>Aktives Coping</b>	Anzahl	6	10	6	13
	%	16,2%	<b>50,0%</b>	26,1%	<b>61,9%</b>
soziale Aktivität	Anzahl	4	6	3	9
	%	10,8%	30,0%	13,0%	42,9%
Problemorientierte Auseinandersetzung	Anzahl	2	3	2	2
	%	5,4%	15,0%	8,7%	9,5%
körperliche Aktivität	Anzahl	0	1	1	2
	%	0%	5,0%	4,3%	9,5%
Gesamt	Anzahl	37	20	23	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

\* ———

Signifikant im Chi-Quadrat-Test / Exakt-Test nach Fisher: D-VW zu T-VW \* p<0,028

D-VW	<u>D</u> eutsche Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	<b>R I S I K O</b>
T-VW	<u>T</u> ürkische Schwangere mit <u>v</u> orzeitigen <u>W</u> ehen	
D-NS	<u>D</u> eutsche <u>N</u> ormalschwangere	<b>N O R M A L</b>
T-NS	<u>T</u> ürkische <u>N</u> ormalschwangere	

### 7.3.2 Persönlichkeitsmerkmale im Giessen – Test

#### 7.3.2.1 Selbstbild deutscher und türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen auf Skalenebene im Vergleich

Betrachtet man den Fragebogen zur Selbsteinschätzung, das sog. Selbstbild (GTS) der Persönlichkeitsmerkmale und vergleicht deutsche und türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen, so zeigen sich nur in der Skala **soziale Potenz** signifikant unterschiedliche Angaben. Deutsche Frauen unserer Stichprobe sehen sich als sozial potenter. Das bedeutet, dass sie sich beziehungsfähiger einschätzen als die türkischen Schwangeren tun (Tab.15).

Die Unterschiede in den Skalen **soziale Resonanz** und **Grundstimmung** waren nicht signifikant. Deutsche Schwangere sahen sich in ihrer sozialen Resonanz eher negativ, damit weniger attraktiv und beliebt. Zudem war ihre Grundstimmung zum Untersuchungszeitpunkt eher depressiv, bedrückt und ängstlich gegenüber der Grundstimmung türkischer Schwangerer. Auch in den Angaben zu den drei anderen Skalen konnten keinerlei signifikante Unterschiede nachgewiesen werden (Tab.15).

Tab.15: GTS-Skalenmittelwerte deutscher und türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen im Vergleich

Skala	Deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen n=39		Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen n=22		Signifikanz
	$\bar{X}$	(s <sub>D</sub> )	$\bar{X}$	(s <sub>D</sub> )	p-value
Soziale Resonanz (negativ-positiv soz.res.)	28,77	(6,44)	32,35	(5,26)	Ns
Dominanz (dominant-gefügtig)	25,08	(5,53)	25,30	(6,93)	Ns
Kontrolle (unterkontrolliert-zwanghaft)	25,49	(4,50)	27,50	(6,19)	Ns
Grundstimmung (hypoman-depressiv)	26,85	(5,45)	23,35	(6,10)	Ns
Durchlässigkeit (durchlässig-retentiv)	19,51	(4,90)	18,55	(5,38)	Ns
Soziale Potenz (soz.potent-soz.impotent)	17,82	(3,80)	21,65	(4,67)	<b>p&lt;0,002</b>

Signifikant im Mann-Whitney-U-Test / Exakt-Test nach Fisher: **Soziale Potenz** p<0,002.

*Die Hypothese 3 in der angenommen wurde, dass unterschiedliche Selbstbilder bei deutschen und türkischen Schwangeren unabhängig vom Vorhandensein vorzeitiger Wehen vorliegen würden, kann bei Schwangeren mit vorzeitigen Wehen nicht angenommen werden, da nur eine Signifikanz in einer Skala nachweisbar ist und somit keine deutlichen Unterschiede in deren Selbstbildern nachweisbar sind.*

### 7.3.2.2 Idealselbstbild deutscher und türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen auf Skalenebene im Vergleich

Im Idealbild der beiden Gruppen finden sich in zwei Skalen signifikant unterschiedliche Ergebnisse. Der Wunsch nach *sozialer Potenz* ist bei deutschen Schwangeren deutlich stärker als bei türkischen Schwangeren. Ebenfalls besteht in der Skala *Durchlässigkeit* ein weitaus stärkerer Wunsch in Richtung Aufgeschlossenheit und Gefühlsbetontheit, wohingegen türkische Schwangere vergleichsweise eher den Wunsch haben, retentiv und verschlossen zu sein (Tab.16).

Tab.16: GTI-Skalenmittelwerte der deutschen und türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen im Vergleich

Skala	Deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen n=39 $\bar{X}$ (s <sub>D</sub> )	Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen n=22 $\bar{X}$ (s <sub>D</sub> )	Signifikanz p-value
Soziale Resonanz (negativ-positiv soz.res.)	34,05 (4,45)	34,20 (5,18)	Ns
Dominanz (dominant-gefügig)	27,00 (3,60)	28,25 (3,95)	Ns
Kontrolle (unterkontrolliert-zwanghaft)	27,03 (3,35)	25,90 (5,15)	Ns
Grundstimmung (hypoman-depressiv)	17,49 (3,46)	17,40 (5,98)	Ns
Durchlässigkeit (durchlässig-retentiv)	16,28 (3,49)	19,20 (5,63)	<b>p&lt;0,016</b>
Soziale Potenz (soz.potent-soz.impotent)	15,95 (3,73)	20,15 (4,25)	<b>p&lt;0,001</b>

Signifikant nach Mann-Whitney-U-Test / Exakt-Test nach Fisher: **Durchlässigkeit** p<0,016;  
**Soziale Potenz** p<0,001

### 7.3.2.3 Distanz zwischen Selbst - und Idealselbstbild bei Schwangeren mit vorzeitigen Wehen

#### Deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen und die Distanz zwischen Selbst- und Idealselbstbild

Die Angaben zu Selbst- und Idealselbstbild waren in **A L L E N 6 Skalen** signifikant unterschiedlich (Tab.17). Die Distanz zwischen Selbst- und Idealselbstbild der deutschen Schwangeren war sehr deutlich. Es gab kein Persönlichkeitsmerkmal, mit dem die Frauen „zufrieden“ waren und das ihrem Ideal entspricht.

Die Ideal-Selbstbild-Darstellung der deutschen Schwangeren ging in Richtung positive soziale Resonanz mit mehr Attraktivität und Beliebtheit, mehr Fügsamkeit und unterordnend, mehr



## Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen und die Distanz zwischen Selbst- und Idealselbstbild

Diese Patientengruppe war insgesamt eher mit sich „zufrieden“. Das Selbstbild der türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen zeigte insgesamt eine größere Übereinstimmung mit ihrem Idealselbstbild als deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen. Nur in der Skala „**Grundstimmung**“ errechnete sich ein signifikanter Unterschied (Abb.4). Die türkischen Schwangeren empfinden sich als depressiv, ängstlich und sehr selbstkritisch. In ihrem Ideal wären sie lieber weniger depressiv und weniger ängstlich und wünschen sich ihren Ärger eher herauslassen zu können.

Alle anderen Skalen waren nicht signifikant. Im Ideal wären sie lieber unterordnend und fügsam, weniger kontrolliert und weniger ordentlich, weniger durchlässig und eher retentiv sowie geselliger und sozial potenter (Tab.18).

Tab.18: GTS- und GTI-Skalenmittelwerte türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen im Vergleich

Skalen	Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen n=22				Signifikanz p-value
	GTS		GTI		
	$\bar{X}$	(s <sub>D</sub> )	$\bar{X}$	(s <sub>D</sub> )	
Soziale Resonanz (negativ-positiv soz.res.)	32,35	(5,26)	34,20	(5,18)	Ns
Dominanz (dominant-gefügtig)	25,30	(6,93)	28,25	(3,95)	Ns
Kontrolle (unterkontrolliert-zwanghaft)	27,50	(6,19)	25,90	(5,15)	Ns
Grundstimmung (hypoman-depressiv)	23,35	(6,10)	17,40	(5,98)	<b>p&lt;0,018</b>
Durchlässigkeit (durchlässig-retentiv)	18,55	(5,38)	19,20	(5,63)	Ns
Soziale Potenz (soz.potent-soz.impotent)	21,65	(4,67)	20,15	(4,25)	Ns

Signifikant nach Wilcoxon-Test / Exakt-Test nach Fisher: **Grundstimmung** p<0,018

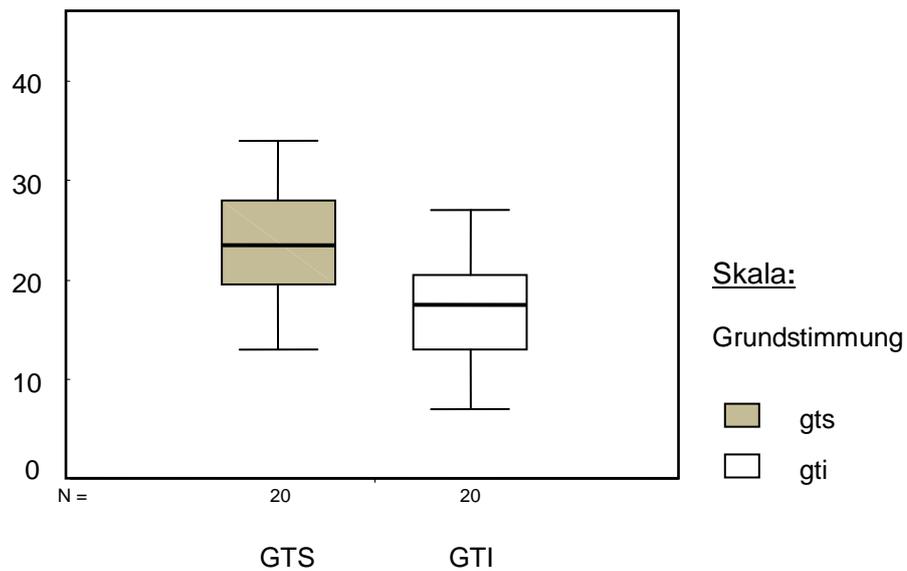


Abb.4: Signifikante GTS- und GTI-Skala (Grundstimmung) der türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen

*Die **Hypothese 2** mit der Vorstellung, dass bei Schwangeren mit vorzeitigen Wehen eher eine größere Distanz zwischen Ideal- und Idealselbstbildern zu erwarten wäre, kann nur für deutsche Schwangere angenommen werden, da sie in allen 6 Skalen signifikante Unterschiede zwischen ihren Selbst- und Ideal-Selbstbildern aufweisen. Türkische Schwangere zeigen lediglich in einer Skala signifikante Unterschiede.*

### 7.3.2.4. Selbstbild deutscher und türkischer Schwangerer mit komplikationslosem Verlauf auf Skalenebene im Vergleich

Das Skalen-Niveau zu **Dominanz** türkischer Schwangerer liegt signifikant niedriger als von deutschen ( $p < 0,015$ ). Dies bedeutet deutsche Schwangere stellen sich eher als eigensinnig und dominierend dar, wohingegen sich türkische Schwangere gefügiger einschätzen. Des Weiteren zeigt sich eine Zwanghaftigkeit mit Hang zu Überordentlichkeit bei türkischen Schwangeren in der Skala **Kontrolle** ( $p < 0,031$ , Tab.19).

Tab.19: GTS-Skalenmittelwerte deutscher und türkischer Schwangerer mit komplikationslosem Verlauf

Skala	Deutsche Schwangere mit komplikationslosem Verlauf n=24		Türkische Schwangere mit komplikationslosem Verlauf n=21		Signifikanz p-value
	$\bar{X}$	(s <sub>D</sub> )	$\bar{X}$	(s <sub>D</sub> )	
Soziale Resonanz (negativ-positiv soz.res.)	28,90	(4,97)	31,38	(5,47)	ns
Dominanz (dominant-gefügig)	25,00	(4,24)	29,04	(5,89)	<b>p&lt;0,015</b>
Kontrolle (unterkontrolliert-zwanghaft)	26,00	(4,92)	28,86	(4,49)	<b>p&lt;0,031</b>
Grundstimmung (hypoman-depressiv)	24,95	(5,31)	23,24	(5,61)	ns
Durchlässigkeit (durchlässig-retentiv)	22,05	(5,80)	22,67	(5,65)	ns
Soziale Potenz (soz.potent-soz.impotent)	17,95	(4,24)	19,10	(4,66)	ns

Signifikant nach Mann-Whitney-U-Test / Exakt-Test nach Fisher: **Dominanz**  $p < 0,015$ ; **Kontrolle**  $p < 0,031$

*Auch bei Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf kann die **Hypothese 3** nur teilweise angenommen werden, da es nicht wie erwartet deutliche Unterschiede in den Selbstbildern von deutschen und türkischen Schwangeren gibt, sondern nur in 2 Skalen signifikante Unterschiede nachweisbar waren.*

### 7.3.2.5. Ideal-Selbstbild deutscher und türkischer Schwangerer mit komplikationslosem Verlauf auf Skalenebene im Vergleich

Türkische Normalschwangere wünschen sich hochsignifikant gefügiger und weniger dominant (**Dominanz**) zu sein als dies deutsche Schwangere tun ( $p < 0,001$ ). Schon in ihrem Selbstbild sahen sich türkische Schwangere weniger dominant als deutsche. Eine bereits bestehende Anpassungs- und Unterordnungstendenz wird im Ideal-Selbstbild noch deutlicher erwünscht. Deutsche Schwangere äußerten den Wunsch signifikant durchlässiger und aufgeschlossener (**Durchlässigkeit**) zu sein, wohingegen die türkischen Frauen eher den Wunsch nach mehr Verschlussenheit hatten ( $p < 0,002$ , Tab.20).

Tab.20: GTI-Skalenmittelwerte deutscher und türkischer Schwangerer mit komplikationslosem Verlauf

Skala	Deutsche Schwangere mit komplikationslosem Verlauf n=24		Türkische Schwangere mit komplikationslosem Verlauf n=21		Signifikanz p-value
	$\bar{X}$	(s <sub>D</sub> )	$\bar{X}$	(s <sub>D</sub> )	
Soziale Resonanz (negativ-positiv soz.res.)	33,20	(5,83)	33,81	(4,80)	ns
Dominanz (dominant-gefügig)	25,30	(3,28)	30,19	(3,09)	<b>p&lt;0,001</b>
Kontrolle (unterkontrolliert-zwanghaft)	27,00	(2,62)	26,00	(3,15)	ns
Grundstimmung (hypoman-depressiv)	16,65	(3,79)	16,24	(4,83)	ns
Durchlässigkeit (durchlässig-retentiv)	15,80	(4,71)	20,24	(4,86)	<b>p&lt;0,002</b>
Soziale Potenz (soz.potent-soz.impotent)	16,65	(5,58)	16,24	(2,79)	ns

Signifikant nach Mann-Whitney-U-Test / Exakt-Test nach Fisher: **Dominanz**  $p < 0,001$ ; **Durchlässigkeit**  $p < 0,002$

### 7.3.2.6 Distanz zwischen Selbst- und Idealbild bei Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf

#### Deutsche Schwangere mit komplikationslosem Verlauf und die Distanz zwischen Selbst- und Idealselbstbild

Deutsche Schwangere wünschten sich signifikant sozial resonanter und beliebter (*Soziale Resonanz*), weniger depressiv und ängstlich (*Grundstimmung*) sowie durchlässiger und aufgeschlossener (*Durchlässigkeit*) zu sein (Tab.21, Abb.5).

Tab.21:GTS- und GTI-Skalenmittelwerte deutscher Schwangerer mit komplikationslosem Verlauf im Vergleich

Skalen	Deutsche Schwangere mit komplikationslosem Verlauf n=24				Signifikanz p-value
	GTS		GTI		
	$\bar{X}$	(s <sub>D</sub> )	$\bar{X}$	(s <sub>D</sub> )	
Soziale Resonanz (negativ-positiv soz.res.)	28,90	(4,97)	33,20	(5,83)	<b>p&lt;0,005</b>
Dominanz (dominant-gefügtig)	25,00	(4,24)	25,30	(3,28)	ns
Kontrolle (unterkontrolliert-zwanghaft)	26,00	(4,92)	27,00	(2,62)	ns
Grundstimmung (hypoman-depressiv)	24,95	(5,31)	16,65	(3,79)	<b>p&lt;0,001</b>
Durchlässigkeit (durchlässig-retentiv)	22,05	(5,80)	15,80	(4,71)	<b>p&lt;0,001</b>
Soziale Potenz (soz.potent-soz.impotent)	17,95	(4,24)	16,65	(5,58)	ns

Signifikant nach Wilcoxon-Test / Exakt-Test nach Fisher: **Soziale Resonanz** p<0,005; **Grundstimmung** p<0,001; **Durchlässigkeit** p<0,001

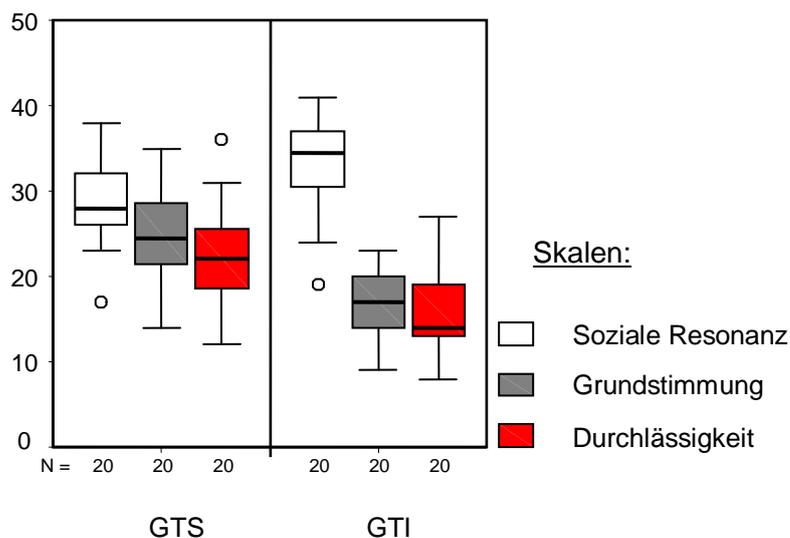


Abb.5: GTS- und GTI-Skalen deutscher Schwangerer mit komplikationslosem Verlauf

## Türkische Schwangere mit komplikationslosem Verlauf und die Distanz zwischen Selbst- und Idealbild

Türkische Frauen wollten in ihrem Idealselbstbild signifikant weniger kontrolliert (**Kontrolle**) sein, eine weniger depressive (**Grundstimmung**) haben. Aufgeschlossener (**Durchlässigkeit**) sein, aber in geringerem Maß als das die deutschen Schwangeren wollten, und eher gesellig und unbefangen (**Soziale Potenz**) sein, als sie sich in ihrem Selbstbild beschrieben (Tab.22, Abb.6).

Tab.22: GTS- und GTI-Skalenmittelwerte türkischer Schwangerer mit komplikationslosem Verlauf im Vergleich

Skalen	Türkische Schwangere mit komplikationslosem Verlauf n=21				Signifikanz p-value
	GTS		GTI		
	$\bar{X}$	(s <sub>D</sub> )	$\bar{X}$	(s <sub>D</sub> )	
Soziale Resonanz (negativ-positiv soz.res.)	31,38	(5,47)	33,81	(4,80)	Ns
Dominanz (dominant-gefügig)	29,04	(5,89)	30,19	(3,09)	Ns
Kontrolle (unterkontrolliert-zwanghaft)	28,86	(4,49)	26,00	(3,15)	<b>p&lt;0,026</b>
Grundstimmung (hypoman-depressiv)	23,24	(5,61)	16,24	(4,83)	<b>p&lt;0,001</b>
Durchlässigkeit (durchlässig-retentiv)	22,67	(5,65)	20,24	(4,86)	<b>p&lt;0,037</b>
Soziale Potenz (soz.potent-soz.impotent)	19,10	(4,66)	16,24	(2,79)	<b>p&lt;0,006</b>

Signifikant nach Wilcoxon-Test / Exakt-Test nach Fisher: **Kontrolle** p<0,026; **Grundstimmung** p<0,001; **Durchlässigkeit** p<0,037; **Soziale Potenz** p<0,006

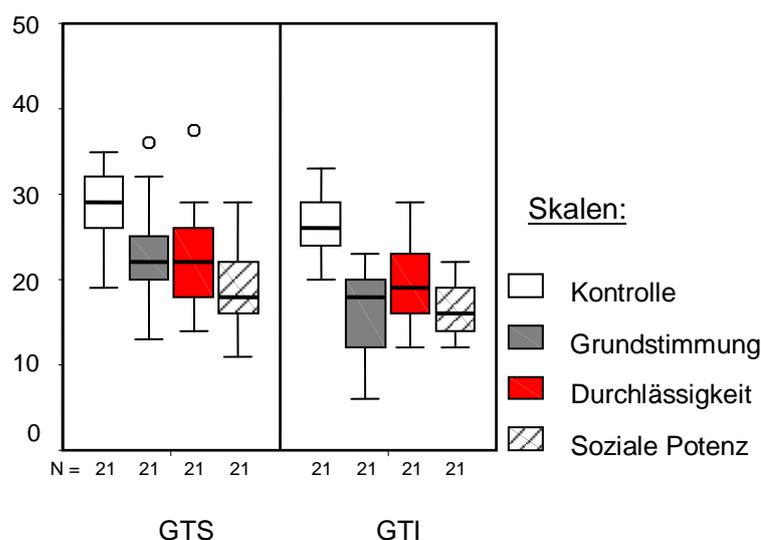


Abb.6: GTS- und GTI-Skalen der türkischen Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf

**Hypothese 1** mit der Annahme, dass türkische „Normalschwangere“ einen größeren Unterschied in Selbst- und Idealselbstbild gegenüber deutschen „Normalschwangeren“ haben würden (interkultureller Vergleich), kann nicht angenommen werden. Sowohl deutsche als auch türkische „Normalschwangere“ wiesen jeweils signifikante Unterschiede in ihren intrakulturellen Selbst- und Ideal-Selbstbildern auf. Erwünscht waren eine bessere Grundstimmung und eine deutlichere Durchlässigkeit mit aufgeschlossenerem Verhalten.

### 7.3.3 Beschwerden

Im Beschwerdebogen BBI-F2 sind folgende 6 Skalen enthalten: Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen, Herzbeschwerden, Brustbeschwerden, Depressive Verstimmung und Unterleibsbeschwerden. Dargestellt wird im Folgenden die subjektive Dimension körperlicher Beschwerden bei den Schwangeren dieser Arbeit.

#### Beschwerden auf Skalenebene

**D-VW und T-VW:** Die Beschwerden deutscher und türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen zeigten insgesamt höhere Werte bei türkischen Schwangeren. Signifikant höher sind dabei **Magen-** ( $p < 0,016$ ), **Herz-** ( $p < 0,016$ ) und **Brustbeschwerden** ( $p < 0,009$ ) (Tab.23, Abb.7).

**D-NS und T-NS:** Schwangere mit komplikationslosem Verlauf zeigten im Gesamtbeschwerdedruck keinen signifikanten Unterschied. Einzig **Herzbeschwerden** sind bei türkischen Normalschwangeren signifikant ( $p < 0,046$ ) stärker ausgeprägt als bei deutschen.

**D-VW und D-NS:** Im intrakulturellen deutschen Vergleich waren **Herzbeschwerden** bei deutschen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen nur tendenziell stärker ausgeprägt ( $p < 0,060$ ) als bei deutschen Normalschwangeren.

**T-VW und T-NS:** Im intrakulturellen türkischen Vergleich beklagten sich Schwangere mit vorzeitigen Wehen signifikant mehr über **Herzbeschwerden** ( $p < 0,013$ ) als türkische „Normalschwangere“.

Tab.23: Vergleich der Standardskalen deutscher und türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen

Skala	D-VW Deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen n=39 Mittlerer Rang	T-VW Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen n=22 Mittlerer Rang	Signifikanz p-value
Erschöpfung	28,17	32,03	Ns
Magenbeschwerden	25,97	36,20	<b>p&lt;0,016</b>
Gliederschmerzen	27,80	32,72	Ns
Herzbeschwerden	25,55	37,00	<b>p&lt;0,016</b>
Brustbeschwerden	25,47	37,15	<b>p&lt;0,009</b>
Unterleibsbeschwerden	27,37	33,55	Ns
Depressive Verstimmung	28,32	31,75	Ns

Signifikant im Mann-Whitney-U-Test/Exakt-Test nach Fisher: **Magenbeschwerden**  $p < 0,016$ ; **Herzbeschwerden**  $p < 0,016$ ; **Brustbeschwerden**  $p < 0,009$

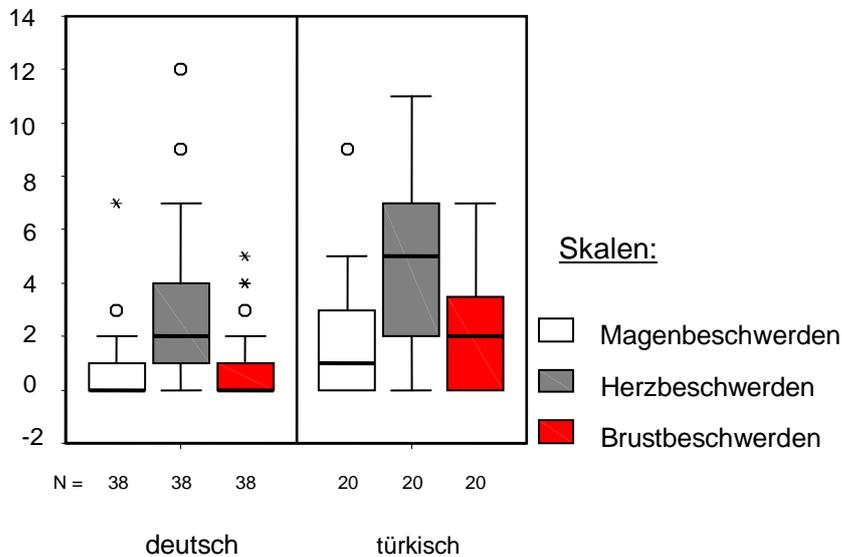


Abb.7: Signifikante BBI-F2-Skalen der deutschen und türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen

Somit kann die Annahme in **Hypothese 6**, dass türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen mehr Beschwerden als „Normalschwangere“ haben, nicht bestätigt werden. Es ist lediglich eine Skala, nämlich „Herzbeschwerden“ signifikant stärker ausgeprägt bei türkischen Schwangeren als bei deutschen.

Dagegen kann der Annahme in **Hypothese 7**, dass das Beschwerdebild und der Beschwerdegrad türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen signifikant anders bzw. höher als das der deutschen ist, entsprochen werden. Der Beschwerdegrad türkischer Schwangeren mit vorzeitigen Wehen war in drei Skalen signifikant höher als bei deutschen.

### Beschwerden auf Itemebene

Bei Betrachtung der Beschwerden auf Itemebene, d.h. einzelne Beschwerdeangaben, aus denen die Skalen gebildet werden (s. Tab.4, Kapitel Methodik), sind in allen Gruppen durchgehend bestimmte, sogenannte „Leitbeschwerden“ zu beobachten. Es handelt sich hierbei um folgende fünf Beschwerden mit den höchsten Durchschnittswerten: „Harndrang“, „Erschöpfbarkeit“, „Kreuzschmerzen“, „Herzklopfen“ und „Mattigkeit“. Diese Beschwerden erscheinen schwangerschaftsassoziiert. Bei Schwangeren mit vorzeitigen Wehen sind allgemein die „Leitbeschwerden“ deutlich stärker ausgeprägt als bei Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf unabhängig von der Nationalität.

### 7.3.4 Stimmungen

#### Stimmung auf Skalenebene

D-VW und T-VW: Bei Schwangeren mit vorzeitigen Wehen zeigten sich die Skalen *Teilnahmslosigkeit* ( $p < 0,002$ ) und *Ärger* ( $p < 0,001$ ) signifikant unterschiedlich (Abb.8). Türkische „Risikoschwangere“ beschreiben ihre momentane Stimmung als teilnahmsloser und verärgerter als deutsche. Die Angaben auf den anderen Skalen sind nicht signifikant.

D-NS und T-NS: Türkische „Normalschwangere“ hatten auf den Skalen *Angst*, *Depressivität* und *Engagement* signifikant höhere Werte als deutsche.

D-VW und D-NS: Der intrakulturelle deutsche Vergleich zeigte, dass Schwangere mit vorzeitigen Wehen signifikant höhere Werte in den Skalen *Angst* und *Depressivität* waren und sehr niedrige Werte auf der Skala *gehobene Stimmung* hatten.

T-VW und T-NS: Auch im intrakulturellen türkischen Vergleich zeigten sich signifikante Unterschiede. Schwangere mit vorzeitigen Wehen zeigten mehr *Teilnahmslosigkeit* und weniger *Engagement* als Normalschwangere (Tab.24).

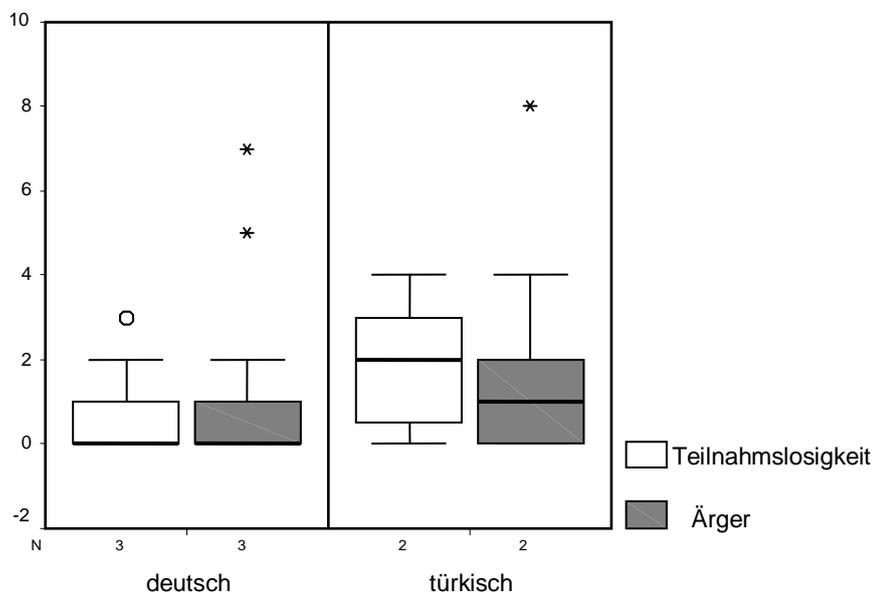


Abb.8: Signifikante BSF-Skalen der deutschen und türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen signifikant im Mann-Whitney-U-Test / Exakt-Test nach Fisher: **Teilnahmslosigkeit**  $p < 0,002$ ; **Ärger**  $p < 0,001$

Tab. 24: BSF-Skalen im Vergleich

		Median	Minimum	Maximum	25. Perzentile	75. Perzentile
<b>D-VW</b> Deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen	Müdigkeit	2,00	0,00	7,00	1,00	3,00
	Angst	3,00	0,00	8,00	2,00	5,00
	Depressivität	2,00	0,00	8,00	0,75	3,00
	gehobene Stimmung	2,00	0,00	6,00	0,00	3,25
	Teilnahmslosigkeit	0,00	0,00	3,00	0,00	1,00
	Engagement	4,00	0,00	7,00	3,00	5,00
	Ärger	0,00	0,00	7,00	0,00	0,25
<b>T-VW</b> türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen	Müdigkeit	2,00	0,00	8,00	1,00	4,00
	Angst	3,00	0,00	7,00	2,00	5,00
	Depressivität	2,00	0,00	7,00	1,25	3,75
	gehobene Stimmung	2,00	0,00	8,00	1,00	4,00
	Teilnahmslosigkeit	2,00	0,00	4,00	0,25	3,00
	Engagement	3,00	0,00	6,00	2,00	5,00
	Ärger	1,00	0,00	8,00	0,00	2,00
<b>D-NS</b> deutsche Schwangere ohne vorzeitige Wehen	Müdigkeit	2,00	1,00	5,00	1,00	3,00
	Angst	1,00	0,00	4,00	0,00	2,00
	Depressivität	1,00	0,00	4,00	0,00	2,00
	gehobene Stimmung	4,50	0,00	8,00	2,00	6,00
	Teilnahmslosigkeit	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00
	Engagement	4,00	1,00	8,00	3,25	6,00
	Ärger	0,00	0,00	4,00	0,00	2,00
<b>T-NS</b> türkische Schwangere ohne vorzeitige Wehen	Müdigkeit	2,00	0,00	4,00	0,00	3,00
	Angst	3,00	0,00	6,00	2,00	5,00
	Depressivität	2,00	0,00	6,00	1,00	4,00
	gehobene Stimmung	4,00	0,00	8,00	2,00	6,00
	Teilnahmslosigkeit	0,00	0,00	4,00	0,00	1,00
	Engagement	4,00	0,00	8,00	3,75	6,25
	Ärger	2,00	0,00	4,00	0,75	3,00

**D-VW zu T-VW** Teilnahmslosigkeit  $p < 0,002$ , Ärger  $p < 0,001$ ,

**D-NS zu T-NS** Angst  $p < 0,002$ , Depressivität  $p < 0,006$ ,

**D-VW zu D-NS** Angst  $p < 0,001$ , Depressivität  $p < 0,038$ , gehobene Stimmung  $p < 0,00$ ,

**T-VW zu T-NS** Teilnahmslosigkeit  $p < 0,004$ , Engagement  $p < 0,035$ .

*Der Hypothese 9 mit der Annahme, dass bei türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen eine schlechtere Stimmungslage als bei deutschen zu erwarten sei, kann nicht entsprochen werden.*

### Stimmung auf Itemebene

Auf Itemebene haben bestimmte Stimmungsmerkmale in allen Gruppen höhere Durchschnittswerte. Diese betreffen die Items „aufmerksam“ und „konzentriert“ aus der Skala „**Engagement**“ und „besorgt“ und „beunruhigt“ aus der Skala „**Angst**“ zeigen die höchsten Mittelwerte.

## 7.4 Zusammenhänge zwischen den Fragebögen

### 7.4.1 Persönlichkeitsmerkmale und Beschwerden

**D-VW:** Bei der Skala *Grundstimmung* des Gießen-Tests und den Beschwerdeskalen Erschöpfung, Magenbeschwerden, Depressive Verstimmung und Unterleibsbeschwerden konnten bei deutschen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen Zusammenhänge errechnet werden. Schwangere, die sich in ihrem Selbstbild eher depressiv sehen, hatten deutlich mehr Beschwerden in den genannten Skalen.

**T-VW:** Die Persönlichkeitsmerkmale und die Beschwerden zeigten bei türkischen Schwangere mit vorzeitigen Wehen keinen Zusammenhang.

**D-NS und T-NS:** Bei „Normalschwangeren“ waren auch keine Zusammenhänge zu beobachten.

*Entsprechend Hypothese 8 neigen türkische Schwangere, die sich im Selbstbild depressiver dargestellt haben, häufiger zu Beschwerden im Gegensatz zu deutschen Schwangeren, die sich weniger depressiv darstellten und weniger Beschwerden angaben.*

### 7.4.2 Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungsmechanismen / Coping

**D-VW:** Deutsche Schwangere mit eher passiven Coping - Mechanismen sind mit ihrem Selbstbild unzufriedener und wünschen sich in ihrem Ideal-Selbstbild in allen Skalen signifikant anders.

**T-VW:** Türkische Schwangere mit eher aktiven Coping – Mechanismen sind mit ihrem Selbstbild zufriedener als deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen.

**D-NS und T-NS:** Bei beiden Gruppen von „Normalschwangeren“ ist das Verhältnis relativ ähnlich. Deutsche „Normalschwangere“ sind eher passiv, türkische eher aktiv. Die Distanz zwischen Selbst- und Ideal-Selbstbild ist bei deutschen mit 3 beziehungsweise bei türkischen mit 4 signifikanten Unterschieden ungefähr gleich.

*Die Hypothese 5 in der behauptet wurde, dass Schwangere mit einer geringeren Differenz zwischen Selbst- und Idealselbstbild ein adäquateres Bewältigungsverhalten mit aktiven Bewältigungsmechanismen haben würden, wird angenommen. Tatsächlich zeigten türkische „Risikoschwangere“ und „Normalschwangere“ eine geringere Differenz zwischen ihrem Selbst- und Idealselbstbild eher aktive Bewältigungsmechanismen und damit ein adäquateres Bewältigungsverhalten.*

## 8 Diskussion

### 8.1 Methodenkritik

In der Literatur differiert die Einschätzung des Anteils der *idiopathischen* vorzeitigen Wehen an der Gesamtzahl sehr. DE MUYLDER et al. (1992) postulieren 50% und SCHNEIDER et al. (1994) 20% als idiopathische vorzeitige Wehen.

SAVITZ et al. (1991) geben epidemiologische Verteilungsmuster zu bedenken: So treten vorzeitige Wehen vermehrt in der schwarzen Bevölkerung auf und werden dort vor allem durch vorzeitigen Blasensprung verursacht, während die so genannten idiopathischen vorzeitigen Wehen und drohende Frühgeburt in den weißen, risikoärmeren Populationen dominieren.

KÜNZEL (1995) gibt ein höheres Frühgeburtenrisiko für Ausländerinnen an, nach LUKESCH (1983) hingegen entspricht ihr Risiko dem der deutschen Frauen. JUNG (1981) bezeichnet 90% der Frühgeburten als idiopathisch und meint, dass bei entsprechenden Untersuchungen vielfach psychosoziale Ursachen zu finden sein werden. Eine zusammenfassende Postulierung zum Vorkommen lässt sich somit nicht formulieren.

Schwangere ausländischer Herkunft sind nach vielen Studien (LUKESCH, 1983) mit einem hohen Risiko für vorzeitige Wehentätigkeit und Frühgeburlichkeit behaftet. Das würde sich mit unseren Erwartungen decken. In dieser Untersuchung ist die Anzahl türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen im Verhältnis zu deutschen relativ niedrig. Während 2% der deutschen Schwangeren die Diagnose „vorzeitige Wehen“ aufweisen, sind es nur 1,3% der türkischen Schwangeren. Geht man von ungefähr 4000 Geburten pro Jahr im Klinikum Virchow aus, wobei der Anteil von Geburten türkischer Herkunft bei 25% liegt, also 1000 Geburten, sind bei einem Anteil von 2% - 60 deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen gegenüber 17 türkische Schwangeren mit vorzeitigen Wehen vorgekommen.

Hier bleibt es offen, ob sich alle türkischen Schwangeren, die vorzeitige Wehen spüren, in ärztliche Behandlung begeben und eine Klinikeinweisung erfolgt. Die Daten dieser Untersuchung wurden ausschließlich bei stationär behandelten Schwangeren erhoben. Die Frage, wie viele Schwangere mit vorzeitigen Wehen womöglich gar nicht erst in die Klinik gehen, ist unbeantwortet und bedarf weiterer Untersuchungen.

Weiterhin zeigten, wie den Ergebnissen zu entnehmen ist, viele türkische Schwangere eine viel kürzere Hospitalisierungsdauer und waren häufiger auf eigenen Wunsch entlassen worden. Also

könnte man annehmen, dass türkische Schwangere den Gang zum Arzt oder zur Klinik meiden und somit die Diagnose „vorzeitige Wehen“ in selteneren Fällen nachgewiesen wird.

Zudem spielt der Akkulturationsgrad der türkischen Schwangeren eine bedeutsame Rolle. Die 22 türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen gehören, wie im Ergebnissteil nachgewiesen, größtenteils zur zweiten und dritten Einwanderergeneration und haben somit bereits einen Integrationsprozess erlebt und abgeschlossen. Es bestehen mehr Ähnlichkeiten zu deutschen Frauen und sie besitzen den deutschen Frauen zugesprochene Eigenschaften. Beispielsweise ist das ambivalente Verhalten gegenüber Schwangerschaft und Mutterschaft, was für deutsche Frauen beschrieben wurde, auch bei den untersuchten türkischen Schwangeren dieser Arbeit - wenn auch in geringerem Maße - vorhanden.

Die in einer Praxis erhobenen Daten der 21 türkischen Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf weisen eher auf einen kurzzeitigen Aufenthalt in Deutschland hin. Diese Frauen sind im Rahmen der Familienzusammenführung ihren Männern hinterher gezogen und befinden sich somit noch mitten in ihrem Migrationsprozess, was den Verlauf ihrer Schwangerschaft noch beeinflussen kann.

## **8.2 Tests**

Zur Datenerhebung wurden qualitative und quantitative Erhebungsverfahren eingesetzt. Ein semistrukturiertes Interview als qualitative Methode erfasst die subjektive Einstellung zu Gravidität und Geburt. Der wichtigste Grund für den Einsatz von Fragebögen als quantitative Methode bestand darin, eine große Anzahl an Daten zu erheben und mögliche Sprachschwierigkeiten und Hemmschwellen zu überwinden. Das Problem der Sprachschwierigkeit konnte in diesem Fall vermieden werden, da ich als türkisch sprachige Doktorandin auch Schwangere mit fehlenden Deutschkenntnissen befragen und somit in die Studie einbeziehen konnte, was sich als vorteilhaft erwies. Die Fragebögen wurden zudem ins Türkische übersetzt und ausgegeben werden.

Ein „Persönlichkeitstest“ bleibt immer ungenügend, wenn man mit diesem die ganze Person verfassen will. Es dient lediglich als Hilfsmittel in der Diagnostik (und Therapie) und liefert bestimmte Informationen über die Patientin (die Schwangere).

### **8.3 Statistische Auswertung**

Die Berechnung der Kenngrößen erfolgte mit Hilfe des Programms SPSS 9.0 für Windows. Da die Datensätze dieser Arbeit nicht normalverteilt waren, wurde die statistisch korrekte Auswertung über den Median, Minimum, Maximum und die Perzentilen ermittelt. Die Testverfahren Mann-Whitney-U-Test und der Wilcoxon-Test wurden bei metrischen/ordinalen Datensätzen eingesetzt.

Der Verzicht auf einen Vergleich mit Eichstichproben bei Selbst- und Ideal-Selbstbildern ist darin begründet, dass in diesen Eichstichproben von beispielsweise BRÄHLER (1995) Mittelwerte und Standardabweichungen zur Nutzung kommen. Bei fehlender Normalverteilung der Daten wäre die Benennung von Median, Interquartilsabstand und Spannweite exakter. Da aber die erhobenen Daten von deutschen und türkischen „Normalschwangeren“ als Referenzgruppen dienten, wurde auf den Vergleich mit der Eichstichprobe verzichtet. Außerdem gibt es keine Eichstichproben für türkische Frauen. Bereits 1995 forderte BRÄHLER die Anpassung der Eichstichproben an ethnische Gruppen, was aber bis dato noch nicht vorhanden ist.

### **8.4 Diagnostik und Therapie der vorzeitigen Wehen bei drohender Frühgeburt**

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung wurden zur Diagnostik „drohender Frühgeburt“ meist digitale Abschätzungen der Cervixlänge (Bishop-Score) und nicht durchgehend sonographische Bestimmungen der Cervixlänge durchgeführt. Heutzutage sollte die Diagnostik ausschließlich mittels Vaginalsonographie erfolgen.

Auch die zur Datenerhebung üblichen langen Liegezeiten im Krankenhaus von einer Woche und mehr sind heute auf Grund von ökonomischen Belastungen nicht mehr aktuell. In der vorliegenden Arbeit ist die Liegedauer im Krankenhaus bei deutschen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen im Mittel mit 10 Tagen signifikant länger als bei türkischen Schwangeren mit 6 Tagen im Mittel gewesen. Vielmals wurden die türkischen Schwangeren vorzeitig, auf eigenen Wunsch entlassen, wie bereits in der Methodenkritik (S.89) diskutiert wurde.

## **8.5 Diskussion der Ergebnisse**

Grundsätzlich kann man sagen, dass signifikante Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Schwangeren unabhängig vom Problem der vorzeitigen Wehen auftraten. Es wurden Unterschiede im Vergleich von Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf beobachtet. Hierbei handelte es sich um Unterschiede interkultureller Art. Diese Unterschiede spiegelten sich nicht nur in den soziodemographischen Daten, sondern auch in Persönlichkeitsmerkmalen, Beschwerden und Stimmung. Bei der Diskussion und Interpretation der Ergebnisse sollte der kulturell bedingte Hintergrund der Schwangeren immer Berücksichtigung finden.

### **8.5.1 Soziodemographische Daten, geburtshilfliche Anamnese und halbstrukturiertes Interview**

Die Schwangeren mit vorzeitigen Wehen wiesen eine Altersspanne von 15 bis 38 Jahren auf, wobei die türkischen Frauen im Durchschnitt zwei Jahre jünger waren als die deutschen. Schwangere mit komplikationslosem Verlauf waren 17 bis 43 Jahre alt, auch hier zeigten sich türkische Schwangere im Durchschnitt zwei Jahre jünger. Nach LUKESCH (1983) geht jugendliches Alter mit einer Reihe weiterer Belastungsmomente einher, die an sich das Frühgeburtsrisiko begünstigen. In unserer Untersuchung ergab die Beziehung zwischen Alter und Frühgeburtlichkeit keinen Kausalitätszusammenhang. Als weitere Belastungsfaktoren werden genannt: Überpräsentation von Frauen aus der unteren Sozialschicht, Ledigkeit, ungenügende Schwangerenvorsorge, Rauchen und Ernährung, Herkunft aus „broken homes“.

Bezüglich der Schulbildung liegt der Anteil der Schwangeren mit einem Real- oder Hochschulabschluss bei deutschen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen mit 87,2% weit über dem bundesweiten Durchschnitt von ca. 30% aus dem Jahr 2000, entsprechend dem Zeitraum der Datenerhebung (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2000). Bemerkenswert hoch ist auch der Anteil türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen, die einen entsprechenden Abschluss haben. Im Vergleich zu deutschen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen ist der Anteil geringer, aber in Relation zu den Angaben des Statistischen Bundesamtes extrem hoch. Im intrakulturellen Vergleich ist der Bildungsstand der „Normalschwangeren“ jeweils geringer als der der „Risikoschwangeren“, unabhängig von der Nationalität.

TEICHMANN und BREULL (1989) erwähnen beruflichen Stress als Risikofaktor für das Symptom der vorzeitigen Wehentätigkeit. HENRIKSEN et al. (1994) erachten jedoch den Einfluss psychosozialer Arbeitsplatzbedingungen auf die Frühgeburtenrate in Ländern mit hoch entwickeltem sozialem Sicherheitssystem als eher gering. Nach HERMS (1982) sind die Frauen mit vorzeitigen Wehen nicht öfter berufstätig, aber sie sind stärker berufsbezogen.

In Hinblick auf die Berufstätigkeit gingen 70% unserer deutschen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen einer Arbeit nach, dagegen waren 48% unserer türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen Hausfrau beziehungsweise 19% arbeitslos. Unterschiedlicher verhielt es sich bei den Normalschwangeren. 85% der türkischen Schwangeren waren Hausfrau und Arbeitslose und 74% der deutschen übten einen Beruf aus. Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass ein großer Teil der türkischen „Normalschwangeren“ erst seit kurzer Zeit in Deutschland lebte, noch keine Arbeitserlaubnis hatte und dementsprechend nicht berufstätig war. Ausgehend von diesem Ergebnis kann angenommen werden, dass deutsche Schwangere eine zusätzliche Belastung auf Grund ihrer Berufstätigkeit hatten. Bei einer Berufstätigkeit von 60% der Patientinnen mit vorzeitigen Wehen wird von 17% aller Frauen auch „berufliche Überlastung“ als ursächlich für das Symptom der Vorzeitigen Wehentätigkeit gesehen.

Die partnerschaftliche Unterstützung kann der Frau über Verbesserung des Wohlbefindens, des Gefühls persönlicher Kontrolle und weiterer positiver Gefühle bei der Bewältigung der schwangerschaftsbezogenen Adaptationsanforderungen helfen (NORBECK/ANDERSON, 1989). Als risikobehaftet muss die Frau gelten, die auf sich allein gestellt ihr Kind erwartet (LUKESCH, 1983). Fast alle befragten Frauen dieser Untersuchung hatten derzeit einen festen Partner, was nach HENDERSON et al., 1981 („Interview Schedule for Social Interaction“) bezüglich der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung für Verheiratete deutlich günstigere Werte ergibt als für andere Gruppen. Hier zeigt sich erwartungsgemäß sehr deutlich der kulturelle Unterschied zwischen deutschen und türkischen Frauen. Eine türkische Schwangere sollte traditionell bedingt bereits verheiratet sein. Auch wenn der kulturelle Wandel im Sinne von unehelicher Schwangerschaft in gewissem Maße auch in der türkischen Bevölkerung vollzogen wird, ist es trotzdem unüblich, ein uneheliches Kind zu gebären, was sich in unseren Ergebnissen bestätigt.

Mit der Geburt eines Kindes steht meistens ein Wohnungswechsel an. Diese Belastung der Schwangeren wird subjektiv meist nicht als solche betrachtet, aber in vielen anderen Untersuchungen konnte ein solcher Zusammenhang beobachtet werden.

UEXKÜLL (1990) betonte die Bedeutung der körperlichen Belastung bei der Entwicklung von vorzeitigen Wehen. Hierzu kann auch ein durchgeführter Umzug gezählt werden. In dieser Stichprobe zeigte sich signifikant häufiger ein Umzug bei deutschen und türkischen „Risikoschwangeren“ als bei „Normalschwangeren“.

LUKESCH (1983) wies einen Zusammenhang zwischen Angst und Schwangerschaftsverlauf nach. Auch MASPFUHL (1980) konnte einen Zusammenhang zwischen Geburtsangst und Ängstlichkeit an sich und Störungen des Schwangerschaftsverlaufs bestätigen. Ängste vor der Geburt wurden häufiger von türkischen Schwangeren angegeben. Hierbei spielte das Vorhandensein oder Fehlen von vorzeitigen Wehen offenbar keine Rolle. Es ist bekannt, dass Ängste vor der Geburt im letzten Trimenon der Schwangerschaft zunehmen (NORBECK und ANDERSON, 1989). Im BSF-Fragebogen - auf den folgenden Seiten - zur Darstellung der momentanen Stimmung der Schwangeren lässt sich die Angst der Schwangeren ebenfalls nachweisen.

Die Antwortauswahl auf die Frage der Art der sozialen Kontakte im Interview zeigte ein signifikantes Ergebnis zwischen deutschen und türkischen Schwangeren ohne Komplikationen. Türkische Schwangere gaben zu 19% Verwandte an, gegenüber 4,3% Deutschen. Bei den Schwangeren mit vorzeitigen Wehen lagen keine signifikanten Ergebnisse vor, die Angaben zu Verwandten waren ähnlich. Der Faktor „Familie“ sollte nicht unerwähnt bleiben. Die Familie bildet im rasch fortschreitenden gesellschaftlichen Wandel der modernen Gesellschaft einen festen Bezugspunkt, der Sicherheit und Schutz bietet – und dies nicht nur im islamischen Kulturkreis sondern auch im westlichen. Insbesondere in der türkischen Kultur ist jedoch davon auszugehen, dass die Bedeutung der Familie um ein mehrfaches höher ist.

Vielfach ist auch ein bestehendes soziales Netzwerk von großer Bedeutung. Im türkischen Kulturkreis handelt es sich um ein soziales Netzwerk von Frauen, was eine wichtige Quelle zur Unterstützung darstellen kann. Dieses Kriterium spielt bei türkischen Schwangeren dieser Untersuchung eine besondere Rolle und das Fehlen eines solchen muss berücksichtigt werden, denn die türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen wiesen einen höheren Akkulturationsgrad und waren vorwiegend berufstätig. Der Kontakt zu einem weiblichen sozialen Umfeld und die Bildung eines solchen Netzwerks waren seltener vorhanden. Fakt ist,

dass ihnen das Gespräch mit anderen Frauen, was sie unterstützen könnte und der Auseinandersetzung und Bearbeitung des Problems „vorzeitige Wehen“ dienen würde, fehlt.

Auch die hohe Lebenszufriedenheit vor der Schwangerschaft mag hinsichtlich der positiven Bewertung des supportiven Verhaltens der Umwelt eine Rolle gespielt haben. In allen vier Gruppen wurde eine Lebenszufriedenheit zu 70-87% angegeben.

Die Frage nach der Planung der Schwangerschaft – die nach LUKESCH (1983) ein wichtiger Indikator des Schwangerschaftserlebens ist – wurde relativ einheitlich beantwortet und war damit nicht signifikant. HERMS wies 1982 nach, dass bei Frauen mit vorzeitigen Wehen die Schwangerschaft weniger häufig erwünscht war, was hier nicht nachgewiesen werden konnte.

Nicht jede ungeplante Schwangerschaft ist oder bleibt im weiteren Verlauf unerwünscht. Die geringe Verwendung von Kontrazeptiva in der Gruppe von Frauen mit ungeplanten Schwangerschaften kann als Ausdruck von Ambivalenz angesehen und vermutet werden, dass diese Frauen sich unbewusst ein Kind wünschen, es aber nicht bewusst planen (RASCH et al., 2001). Frauen, deren Schwangerschaft nicht geplant war, haben eine ablehnende Haltung, die wiederum Komplikationen im Verlauf wahrscheinlicher macht (MASPFUHL, 1980).

Circa 25% der türkischen Patientinnen mit vorzeitigen Wehen unserer Stichprobe lehnten die Schwangerschaft zunächst ab, konnten sie im Verlauf aber doch akzeptieren. Die Antwort ist bei Betrachtung des soziokulturellen Hintergrundes der türkischen Frauen nicht überraschend, denn die türkische Frau muss in der Ehe schwanger werden, um in der Gesellschaft als vollwertig anerkannt und respektiert zu werden. Die anfängliche Verweigerung, die Schwangerschaft zu akzeptieren, wird im Laufe der Schwangerschaft ersetzt durch eine Adaptation an Schwangerschaft und Mutterrolle, wie sie von der Gesellschaft erwartet wird. Es bleibt jedoch offen, ob diese Frauen unbewusst doch eine ablehnende Haltung gegen die Schwangerschaft hatten. Die Ablehnung der Schwangerschaft kann vornehmlich über unbewusste Prozesse zu einer depressiven Stimmungslage führen (BOLTON et al., 1998) und nach HANTSCHKE et al. (1992) ebenso zu vorzeitigen Wehen prädisponieren. Bei den komplikationslosen Schwangeren türkischer und deutscher Herkunft wurde die Frage zur Schwangerschaft ähnlich beantwortet, so dass die Beantwortung unter kulturell bedingten Einflüssen gesehen werden kann.

Die Anzahl der Schwangerschaften und Geburten lag bei deutschen und türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen beieinander. So hatten alle Schwangeren mit vorzeitigen Wehen bereits eine unglücklich verlaufene Schwangerschaft mit Abort oder Abruption hinter sich und noch keine Kinder geboren. Sie waren somit alle in ähnlicher Weise gynäkologisch vorbelastet. Nach RAUCHFUß (1996) sind diese Belastungen in der Anamnese bedeutend für den Verlauf der jetzigen Schwangerschaft, was sich im Auftreten von Komplikationen widerspiegelt. Bei den Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf dagegen zeigten sich in der Anzahl der Schwangerschaften und Geburten statistisch signifikante Unterschiede. Im Durchschnitt hatten türkische Normalschwangere eine Schwangerschaft und eine Geburt mehr als deutsche.

Einer Sterilitätsbehandlung hatten sich mehr als 25% der türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen gegenüber nur 6% der deutschen im Vorfeld der jetzigen Schwangerschaft unterzogen. Auch KENTENICH (1998) konnte eine häufigere Inanspruchnahme von Sterilitätsbehandlungen bei türkischen Frauen zu einem relativ frühen Zeitpunkt nachweisen. Diese hohe Rate bei türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen stellt eine zusätzliche Belastung dar. Hervorzuheben wären zudem die sozialen Umstände, die zu dieser Sterilitätsbehandlung führen. Der erhebliche Leidensdruck, den eine türkische Frau hat, wenn in der Ehe keine Schwangerschaft eintritt, ist ein weiterer Belastungsfaktor, dem die Frau ausgesetzt ist.

Die Liegedauer der türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen war signifikant kürzer als die der deutschen Schwangeren. Es lässt sich hier nicht differenzieren, ob der längere Krankenhausaufenthalt der deutschen Schwangeren auch mit einem schlechteren Wohlbefinden einhergeht. Sicher ist, dass eine Hospitalisierung die Frauen einschränkt und depressiver macht. Sie fühlen sich in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt. Im persönlichen Kontakt im Rahmen des Interviews wurde von den meisten Studienteilnehmerinnen ein Bedarf an stützender Begleitung durch den von Sorgen gekennzeichneten Krankenhausaufenthalt formuliert und gewährt.

Daraus resultieren kann der Einsatz von Sedativa. Bei deutschen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen lag mit 68% der Wunsch nach einer Behandlung mit Sedativa deutlich höher, genauer doppelt so hoch, als bei türkischen Schwangeren mit 32%. Dies unterstützt die Angaben der türkischen Schwangeren mit mehr Beschwerden (s.Kap.8.5.4), aber geringerer Nutzung von medizinischer Versorgung hinsichtlich Krankenhauseinweisung und Behandlung.

### **8.5.2 Besonderheiten der türkischen Frauen, Problematik von Migration und Gesundheitsversorgung türkischer Schwangerer in Deutschland**

Da eine ausreichende Kommunikation in der gesundheitlichen Versorgung unerlässlich ist, sollten mehr muttersprachliche Angebote im Gesundheitssystem vorhanden sein. Eine muttersprachliche Erstberatung kann eine sinnvolle Vermittlungsinstanz zwischen Zuwanderern und sozialer Regelversorgung darstellen. Ebenso können muttersprachliche Mitarbeiterinnen am ehesten das Selbsthilfepotential der Migrantinnen mobilisieren und die Vernetzung mit Selbsthilfestrukturen vorantreiben.

In der Praxis stehen jedoch weder interkulturell kompetente Mitarbeiterinnen, noch muttersprachliche Angebote in ausreichendem Maße zur Verfügung. Hieraus ergibt sich ein Auftrag an die Aus-, Weiter- und Fortbildung, mehr Migrantinnen zu Fachkräften auszubilden und Mitarbeiterinnen der Regelversorgung für den Umgang mit Migrantinnen zu schulen und für deren Bedürfnisse zu sensibilisieren.

Die etwas verschärft formulierte Aussage von KÜRSAT-AHLERS (1985) „Deutsche haben Psyche, Türken haben Kultur“ bringt im Grunde die in dieser vorliegenden Arbeit untersuchten soziokulturellen Hintergründe der unterschiedlichen Eigenschaften dieser beiden Kulturen auf den Punkt. Eine kritische Aussage, die sicherlich weiterer Diskussion bedarf. Ohne pauschalisierend zu wirken, wird die Bedeutung der Kultur für Türken betont. Die Bedeutung der Psyche für türkische Frauen sollte hierbei nicht entwertet werden.

Bei türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen handelte es sich größtenteils um Frauen, die bereits längere Zeit in Deutschland lebten, wohingegen bei türkischen Normalschwangeren eher Frauen mit kürzerer Aufenthaltsdauer in Deutschland zu finden waren. Die türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen erschienen akkulturiertes, so dass sie ihrer eigenen türkischen Kultur weniger verbunden waren und weniger nach ihr lebten. Dieser Erklärungsansatz ist auf Grund der geringen Fallzahlen dieser Studie unsicher und darf nicht verallgemeinert werden. Trotzdem könnte hierdurch ein Erklärungsansatz stattfinden. Der geringere Akkulturationsgrad der türkischen „Normalschwangeren“ führt zu einer intensiveren Verbindung zur eigenen Kultur.

Inwiefern es sich anders verhalten würde, war mit diesen Daten leider nicht zu untersuchen. Hierfür wäre eine größere Zahl an Probanden notwendig und es sollte ausführlicher auf den Grad

der Akkulturation und deren Einflüsse auf den Umgang mit vorzeitigen Wehen oder anderen gynäkologischen Erkrankungen eingegangen werden.

Zu betonen ist noch einmal die Gefahr der Verallgemeinerung türkischer Frauen. „Türkinnen“ sind keine homogene Einheit. Sie unterscheiden sich nach vielen verschiedenen Kriterien, wie im theoretischen Teil dieser Arbeit (s.Kap.3.2.2) erwähnt. KOLINSKY (2000) betont diese individuellen Unterschiede im *„Türkisch-Sein“ je nach Lebenssituation und der Einstellung zur türkischen Herkunftsgesellschaft.*

### **Vergleich zum Vorkommen vorzeitiger Wehen in der Türkei**

Um einen Bezug zu türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen in Deutschland zu erhalten, wurden Daten über das Vorkommen von vorzeitigen Wehen bei Schwangeren in der Türkei hinzugenommen. Nach Literaturangaben liegt das Vorkommen von vorzeitigen Wehen in der Türkei bei 7-11% aller Schwangerschaften (YÜCESOY, 2007) und ist somit nicht zu unterscheiden von den Zahlen in Deutschland und weiteren europäischen Ländern. Diese Inzidenz hat sich in den letzten 30 Jahren kaum verändert. Leider liegen keine genaueren Untersuchungen bezüglich Therapiehäufigkeiten und Langzeitergebnissen nach Tokolyse vor, so dass hier kein Bezug auf die türkischen Schwangeren dieser Arbeit genommen werden kann. Die Risikofaktoren, wie z.B. niedriger sozialer Status und mangelnde Bildung haben auch in der Türkei ihre Bedeutung (YÜCESOY, 2007). Da die Frühgeburtenrate auch in der Türkei annähernd gleich hoch ist wie in Deutschland, bleibt die Frage offen, wie häufig die Schwangeren dort eine Krankenhausaufnahme mit Tokolyse beanspruchen.

### 8.5.3 Persönlichkeitsmerkmale

Gemäß der Schwerpunktsetzung dieser Untersuchung wird den Persönlichkeitsmerkmalen der Schwangeren und der möglicherweise daraus resultierenden wechselseitigen Beziehung zum Erleben der vorzeitigen Wehen besondere Beachtung geschenkt.

Deutsche und türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen sind entgegen der Annahme in **Hypothese 3** in ihrem Selbstbild relativ ähnlich. Deutsche „Risikoschwangere“ sehen sich als einziges signifikant höher sozial potent und damit beziehungsfähiger. In einer nicht prospektiven Studie untersuchte HERMS (1982) Schwangere mit vorzeitigen Wehen im Vergleich zu Normalschwangeren. Hierbei wurden neben soziodemographischen Daten vordergründig Persönlichkeitsstrukturen erörtert und Unterschiede zwischen normalen und pathologischen Schwangerschafts- und Geburtsverläufen geprüft. Schwangere mit vorzeitigen Wehen stellten sich als sozial weniger angepasst dar und hatten ein höheres Selbstwertgefühl als die Vergleichsgruppe Normalschwangerer, welches zu Konflikten bei der Übernahme der Mutterrolle führen kann. HERMS beschreibt es folgendermaßen: *„Gesunde Schwangere sind sozial eher angepasst, möglicherweise sind sie auch anpassungsfähiger als die Schwangeren mit Komplikationen. Man könnte vermuten, dass die bessere soziale Adaptation die Frauen befähigt, mit den Veränderungen umzugehen, die durch ihre Schwangerschaft entsteht.“*

Bezogen auf die Schwangeren dieser Untersuchung lässt sich diese Vermutung teilweise bestätigen. Auch hier waren die Schwangeren mit vorzeitigen Wehen deutscher Herkunft weniger angepasst. Sie beschrieben ihr Selbstbild als signifikant stärker sozial potent als türkische Schwangere. Vielleicht sind in diesem Fall wirklich die türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen besser angepasst – was sie ja auch angegeben haben – und haben deshalb weniger häufig vorzeitige Wehen. Sie können aber auch eine bessere Adaptation bezüglich Problem und Komplikation haben, was auch noch in den Bewältigungsmechanismen in diesem Kapitel (unter Punkt 8.5.6.) erörtert wird.

In ihren Idealselbstbildern zeigten beide Gruppen der Schwangeren mit vorzeitigen Wehen signifikante Unterschiede in zwei Skalen. Deutsche Schwangere wären gerne sozial potenter und geselliger sowie durchlässiger und aufgeschlossener gegenüber türkischen Schwangeren.

Dies würde auch die Beschreibung der Selbstbilder der deutschen Schwangeren unterstützen, denn sie betrachten sich in ihren Selbstbildern bereits als sozial potenter im Vergleich zu türkischen Schwangeren und wünschen im Ideal noch mehr Soziale Potenz.

Deutsche „Risikoschwangere“ haben entsprechend der Annahme in **Hypothese 2** in a l l e n Skalen signifikant größere Distanzen zwischen Selbst- und Ideal-Selbstbild, wogegen türkische nur in e i n e r Skala eine signifikant größere Distanz aufweisen. Entgegen der Annahme in **Hypothese 2** erscheinen türkische Schwangere zufriedener mit sich als deutsche.

HERMS (1982) sieht nach seinen Untersuchungen Schwangere mit vorzeitigen Wehen selbstbewusster, sozialkritischer und ehrgeiziger als Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf. Dieses Kriterium ist in der untersuchten Gruppe der deutschen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen zu beobachten. Es besteht eine große Ambivalenz zwischen Selbstbild und Ideal-Selbstbild. Weiterhin beschreibt er, dass gesunde Schwangere ihre Konflikte eher auf emotionaler Ebene verarbeiten und gefühlsbetonter reagieren, während Frauen mit vorzeitigen Wehen Probleme mehr rational lösen. Dabei werde die affektive Beteiligung unterdrückt, was das Auftreten psychosomatischer Komplikationen begünstigt. Der Konflikt Schwangerer mit vorzeitigen Wehen bestehe zwischen einem rationalen Unabhängigkeitsbestreben mit beruflichem Ehrgeiz und der emotionalen Sorge für das heranwachsende Kind. Vor dem kulturell bedingten Unterschied der türkischen Frauen scheint bei ihnen eine gefühlsbetonte Konfliktverarbeitung eher vorzuliegen.

Beim Vergleich der jeweiligen Distanzen zwischen Selbst- und Ideal-Selbstbildern miteinander zeigt die Skala Durchlässigkeit bei deutschen „Risikoschwangeren“ eine größere Distanz, sie wünschen sich durchlässiger, aufgeschlossener. Dagegen wünschen sich türkische Schwangere retentiver und verschlossener zu sein.

Auffällig ist das Bedürfnis nach Liebe und Zärtlichkeit, was in der Skala Durchlässigkeit beschrieben wird, im Selbstbild und der zusätzlich intensivere Wunsch danach in den Idealselbstbildern mit deutlich stärkerer Ausprägung bei türkischen Schwangeren. Da die Schwangeren zusätzlich der Sorge um ihr Kind recht schutzlos gegenüberstehen und durch die stationäre Therapie in einen Zustand „erzwungener Regression“ (KLAPP et al. 1997) geraten, verwundert die im Vergleich zu nicht schwangeren Frauen erhöhte „Durchlässigkeit“ nicht. BEERBOOM (1997) fand bereits eine erhöhte Durchlässigkeit bei Erstgravidae mit komplikationslosem Schwangerschaftsverlauf gegenüber der Eichstichprobe.

Schwangere mit vorzeitigen Wehen haben depressiv gefärbte Persönlichkeitsstrukturen im Vergleich zu den Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf. Hier sollte berücksichtigt werden, dass die Aussagen erst nach Auftreten von vorzeitigen Wehen festgehalten worden, so dass wir nichts über die vorbestehende Situation wissen, auch nicht ob die Schwangeren fraglich reaktiv depressiv geworden sind oder vorher bereits depressive Züge besaßen. Diese Tatsache

scheint das Coping- Verhalten mit zu beeinflussen. Depressive Verstimmungen in der Zeit der Schwangerschaft sollen zu dem Symptom der vorzeitigen Wehen prädisponieren können (STEER et al. 1992; HANTSCHKE et al. 1992); andere Autoren konnten diesen Zusammenhang nicht bestätigen (BROOKE et al. 1989; NEWTON und HUNT 1984). Der Grund für diese differierenden Befunde liegt oftmals in der ungenügenden Abgrenzung des Symptoms „Idiopathische vorzeitige Wehentätigkeit“ von anderen Schwangerschafts-komplikationen, wie bakterielle Infektionen oder vorzeitiger Blasensprung. In dieser Untersuchung wurde im Vorfeld durch die Ausschlusskriterien dieser Einfluss vermieden.

Der Gießen-Test ist ein Messinstrument für so genannte „trait“-Variablen, d.h. dispositionelle Merkmale; die erhöhte Inzidenz einer depressiv-akzentuierten Persönlichkeit gibt daher hauptsächlich Hinweise auf prämorbid angelegte Strukturen und Bewältigungsmechanismen, welche durch länger andauernde Krisen allenfalls modifiziert werden können. Das Auftreten vorzeitiger Wehen kann als Krise angesehen werden, wobei der Giessen-Test mitten in dieser Krisensituation eingesetzt wird. Eine Verlaufsbeobachtung kann im Nachhinein nicht untersucht werden, so dass hierzu keine Aussagen möglich sind. Ebenso kann aus dieser Erfahrung des „Ausgeliefertseins“, welche oftmals Gefühle der Frustration und des Ärgers hervorruft, die jedoch meist nicht offen ausgelebt werden und dadurch zum Stressor mit Wirkung auf die Uterusaktivität und -perfusion werden können, eine reaktive Depression entstehen.

Deutsche „Normalschwangere“ sind in ihrem Selbstbild signifikant dominanter und weniger kontrolliert als türkische, wobei die **Hypothese 3**, dass die Selbstbilder von deutschen und türkischen Schwangeren sich deutlich unterscheiden sollen, für Schwangere mit komplikationslosem Verlauf auch nicht angenommen werden kann. Deutsche „Normalschwangere“ wünschen sich in ihrem Ideal-Selbstbild dominanter sowie durchlässiger und aufgeschlossener als türkische.

Alle „Normalschwangeren“ zeigen in der Distanz zwischen Selbst- und Ideal-Selbstbild jeweils ähnlich große Unterschiede, so dass die **Hypothese 1** mit zu erwartender großer Distanz zwischen Selbst- und Idealselbstbild, begrenzt angenommen werden kann. Deutsche haben drei signifikant unterschiedliche Skalen mit Bestreben nach beliebter, weniger depressiv und durchlässiger. Türkische „Normalschwangere“ haben vier signifikant unterschiedliche Skalen mit Wunsch nach weniger depressiv und durchlässiger zu sein. Anders als bei den deutschen äußern sie den Wunsch nach weniger kontrolliert und geselliger und unbefangener zu sein. Bei den türkischen Schwangeren ohne vorzeitige Wehen tritt wahrscheinlich kulturell und

gesellschaftsbedingt der Wunsch nach weniger Kontrolle und geselliger und unbefangener Sozialer Potenz hinzu.

Auf einen Vergleich zur Eichstichprobe wurde in der vorliegenden Arbeit verzichtet, da deutsche und türkische Schwangere miteinander verglichen werden sollten und keine türkischen Eichstichproben vorliegen. Für die Ideal-Selbstbilder existieren keine Eichstichproben. Es werden lediglich die Distanzen zwischen dem Selbstbild und dem Idealbild untersucht. Man nimmt an, dass eine geringe Differenz ein Kriterium für seelische Gesundheit ist (BECKMANN und RICHTER, 1979).

Die Ergebnisse sind aufgrund des unterschiedlichen Stichprobenumfangs und der geringen Fallzahl nur mit Vorsicht zu interpretieren.

#### **8.5.4 Beschwerden**

Für Patienten ist Gesundheit, Krankheit oder Krankheitsgefühl gekoppelt an das subjektive Erleben von Körperbeschwerden (BRÄHLER und SCHEER, 1983). Das Beschwerdebild und der Grad der Beschwerden stehen auch in gewissem Zusammenhang zur kulturellen Herkunft. Im interkulturellen Vergleich der Schwangeren mit vorzeitigen Wehen litten türkische Schwangere signifikant häufiger und mehr an Beschwerden als die deutschen, weshalb die Annahme in **Hypothese 7**, dass das Beschwerdebild und der Beschwerdegrad türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen signifikant anders bzw. höher als das der deutschen ist, bestätigt werden konnte (OPPEN, 1985; COLLATZ, 1985). Im Einzelnen gaben türkische Schwangere deutlich mehr Magen-, Herz- und Brustbeschwerden als deutsche Schwangere an. Das bestätigt die kulturell bedingte Klagsamkeit der türkischen Frauen.

Der Vergleich türkischer und deutscher Schwangerer mit komplikationslosem Verlauf zeigte signifikant häufiger Herzbeschwerden bei türkischen Schwangeren. Im intrakulturellen türkischen Vergleich hatten Schwangere mit vorzeitigen Wehen signifikant mehr Herzbeschwerden als die Normalschwangeren; im intrakulturellen deutschen Vergleich waren dagegen keine signifikanten Unterschiede nachweisbar. Somit konnte der Annahme in **Hypothese 6**, dass Schwangere mit vorzeitigen Wehen mehr Beschwerden als „Normalschwangere“ hätten, nicht entsprochen werden.

In BRÄHLER (1995) wird das auffällig hohe Beschwerdeausmaß türkischer Patientinnen beim Frauenarzt gegenüber vergleichbaren deutschen Krankheitsgruppen beschrieben. Dies ist Ausdruck des Leidensdrucks, dem die türkischen Frauen durch das Leben in Deutschland ausgesetzt sind, einem Leben zwischen zwei Kulturen mit vielfältigen Belastungen. Das hohe Beschwerdeausmaß verdeutlicht eine größere Leibesnähe, die Klagen nicht in weniger abstrakten Kategorien formuliert, sondern sie konkret und dinghaft am Körper festmacht. In dieser Untersuchung konnte dieses hohe Ausmaß an Beschwerden nur bei türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen nachgewiesen werden.

Betrachtet man Berichte von ausländischen Frauen, fällt zunächst auf, dass sie von einem ganzheitlichen Verständnis ihrer Beschwerden ausgehen. Sie sehen ihre Beschwerden nicht nur rein körperlich, sondern in Zusammenhang mit ihrer Lebenssituation. Indem Frauen von ihren körperlichen Beschwerden reden, erzählen sie zugleich ihre aktuelle Lebenssituation.

Eine von GÜNAY und HAAG (1990) in allgemeinärztlichen Praxen durchgeführte Studie an türkischen Patientinnen der ersten Auswanderergeneration ergab eine signifikant höhere Prävalenz funktioneller Symptome der Türcinnen im Vergleich mit einer deutschen Population aus einer allgemeinärztlichen Praxis von BRÄHLER et al. (1983). Im Gießener Beschwerdebogen zeigten sich bei den 10 am häufigsten genannten Beschwerden signifikante beziehungsweise hochsignifikante Unterschiede. Eine Unterscheidung in mehr und weniger akkulturierte türkische Frauen ergab hinsichtlich der somatischen Beschwerden jedoch keine signifikanten Unterschiede. Unter psychischen Beschwerden leiden weniger akkulturierte Frauen lediglich öfter und intensiver.

Der Akkulturationsgrad in der Gruppe der türkischen „Normalschwangeren“ ist niedriger als bei den türkischen „Risikoschwangeren“, so dass eigentlich unabhängig vom Vorliegen der vorzeitigen Wehen türkische Schwangere eher Beschwerden äußern als deutsche Schwangere. Aber wie oben erwähnt zeigte sich lediglich ein etwas Mehr an Herzbeschwerden bei den türkischen „Normalschwangeren“.

Unter den sogenannten „Leitbeschwerden“ lagen folgende 5 Beschwerden mit den höchsten Durchschnittswerten: „**Harndrang**“, „**Erschöpfbarkeit**“, „**Kreuzschmerzen**“, „**Herzklopfen**“ und „**Mattigkeit**“ im Vordergrund. Diese Beschwerden erscheinen schwangerschaftsassoziert. Bei Schwangeren mit vorzeitigen Wehen sind die „Leitbeschwerden“ deutlich stärker ausgeprägt als bei Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf unabhängig von der Nationalität.

### 8.5.5 Stimmung

Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen fühlten sich gegenüber deutschen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen signifikant teilnahmsloser und verärgerter. Die Skala „*Teilnahmslosigkeit*“ beschreibt, wie uninteressiert und unbeteiligt die Frauen sich in dem Moment der stationären Aufnahme fühlen. Gemeint ist vielleicht eine gewisse Ergebenheit, die nicht beeinflussbar ist. Erklären lässt sich das durch eine gewisse Ergebenheit dem Schicksal und Unfähigkeit an der Situation etwas verändern zu können. Eine Eigenschaft, die dem türkischen Kulturkreis und dem Islam zugeschrieben wird, und die Menschen dieses Kulturkreises prägen kann. So wird der von Gott „gewollten“ und unbeeinflussbaren Dinge nicht versucht zu widerstehen, sondern die Dinge so anzunehmen, wie sie sind. So kann es aber sein, dass sich ein tiefer und unbewusster Widerstand dagegen entwickelt, der sich wiederum in der nächsten Skala „*Ärger*“ zeigt. Denn vermehrter Ärger betrifft türkische „Risikoschwangere“ hoch signifikant häufiger als deutsche „Risikoschwangere“. Dieses Ergebnis des vermehrten Ärgers bei türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen und deren Auswirkungen können sich in der Skala „*Engagement*“ widerspiegeln. Denn hier gaben sie im Vergleich zu türkischen „Normalschwangeren“ an, signifikant weniger konzentriert und weniger aufmerksam zu sein. Im nationalen Vergleich sind die türkischen „Normalschwangeren“ jedoch mehr engagiert als die türkischen „Risikoschwangeren“. Sie sind hierdurch aktiver am geschehn beteiligt als es die Schwangeren mit vorzeitigen Wehen sind.

Bei den „Normalschwangeren“ beschreiben sich türkische Schwangere als ängstlicher und depressiver, aber engagierter als deutsche. „*Angst*“ als „trait“-Variable bedeutet eine Momentaufnahme und steht hier im Vordergrund. Es ist nicht verwunderlich, denn jede Schwangere verspürt mehr oder weniger Angst vor der bevorstehenden Geburt. Hier ist aber auch die Angst vor anderen Komplikationen gemeint, die auch das Kind betreffen können. In einer prospektiven Studie von NORBECK & TILDEN (1983) schien der Faktor Zustandsangst nicht mit Schwangerschaftskomplikationen einschließlich vorzeitigen Wehen assoziiert zu sein. Im Gegensatz dazu fanden OMER et al. (1986), die ihre Untersuchung auf die Frühgeburt fokussierten, mehr vorzeitige Wehen und Frühgeburten bei erhöhter Zustandsangst. Auch WIMMER-PUCHINER (1986) konnte Ängstlichkeit in Zusammenhang mit vorzeitigen Wehen beobachten. Diese Ängste beinhalten die Gefahr einer Fixierung auf das Symptom und können hierdurch dazu beitragen, dass die Wehen verstärkt werden können.

Deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen gaben signifikant mehr Ängste im Vergleich zu deutschen „Normalschwangeren“ an, bei den türkischen Schwangeren lag das Ergebnis nicht im signifikanten Bereich, aber es lag ein höherer Wert für die Skala Ängste bei den Schwangeren mit vorzeitigen Wehen vor. Im interkulturellen Vergleich jedoch sind die türkischen Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf signifikant ängstlicher als die deutschen. So ist hier die Frage nach der sozio-kulturellbedingten Angst zu stellen.

Der interkulturelle Vergleich der Schwangeren mit vorzeitigen Wehen für die Skala Angst ist nicht signifikant, hier gaben die türkischen Schwangeren eher weniger Angst als die deutschen an.

„*Depressive Stimmung*“ ist bei türkischen „Normalschwangeren“ signifikant stärker als bei deutschen „Normalschwangeren“ nachzuweisen. Intrakulturell verglichen sind deutsche „Risikoschwangere“ depressiver als deutsche „Normalschwangere“. Da die Selbstbeobachtung der Schwangeren der Messung von Stimmung zugrundeliegt, besteht hier die Gefahr, dass aufgrund von Hospitalisation, Gelähmtheit, Schicksalsergebenheit das Stimmungsprofil eher eine Reaktion auf den Zustand ist.

### **8.5.6 Coping**

LAZARUS (1984) beschreibt mit dem Begriff „appraisal“ den Prozess der Auseinandersetzung mit Problemsituationen. „Appraisal“ ist die subjektive Bewertung und individuelle Wahrnehmungsweise, die zwischen potentiell Schädlichem und potentiell Unschädlichem oder Irrelevantem unterscheiden kann. Das Ausbleiben gravierender gesundheitlicher Folgen bei kritischen Lebensereignissen ist das Ergebnis von erfolgreicher Auseinandersetzung mit diesen. Einer Interaktion von Situationsvariablen (Stimmung, Beschwerden) mit Trait-Variablen (Persönlichkeitsvariablen) wird dabei besondere Aufmerksamkeit geschenkt. LAZARUS benutzt hierbei den Begriff „coping dispositions“, so genannte Persönlichkeitsvariablen, von denen das Verhalten des Individuums unter Belastungs- und Stressbedingungen entscheidend mitbestimmt werden.

Das problemorientierte Verhalten (Coping) türkischer Schwangerer mit vorzeitigen Wehen wies eine deutlich höhere Variationsbreite auf. Neben introvertiert (50%) und extrovertiert (30%) zeigten sie auch personen- und problemorientiertes (15%) Verhalten. Wohingegen deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen zu 84% passive Coping-Strategien angaben. Bei Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf zeichnet sich ein relativ ähnliches Bild ab. Auch

deutsche Normalschwangere zeigten in ihrer Mehrheit zu 74% eher passives Copingverhalten, türkische Normalschwangere dagegen 45% passives gegenüber 38% aktives Copingverhalten.

Der Einfluss von nationaler Herkunft, auch mit Bezug auf Religion und Erziehung, kann eine enorm große Rolle bei der Ausbildung der Persönlichkeit spielen. In der vorgestellten Studie ging es darum, zu erläutern, welchen Einfluss die unterschiedliche soziale und kulturelle Herkunft beider Gruppen hat.

Das Resultat zeigte deutliche Unterschiede in den Coping-Mechanismen hinsichtlich der soziokulturellen Herkunft. Türkische Schwangere unabhängig vom Vorhandensein von vorzeitigen Wehen zeigten eher aktive Bewältigung gegenüber deutschen Schwangeren, bei denen passive Bewältigungsmechanismen mehrheitlich vorhanden waren.

Neben den Kenntnissen der psychosozialen und psychodynamischen Aspekte ist das Wissen um geeignete Bewältigungsstrategien für die Situation der drohenden Frühgeburt bei vorzeitigen Wehen eine wesentliche Voraussetzung für eine angemessene psychotherapeutische Intervention (MAHLER, 1998).

Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, dass Risikoschwangere selbst so genanntes Rückzugsverhalten als eine der am wenigsten geeigneten Bewältigungsstrategien in ihrer Situation benennen (MAHLER et al. 1998); Schwangerschaft generell ist jedoch als Zeit der „Wendung nach innen“ (RAUCHFUß, 1996) zu beobachten.

## 8.5.7 Zusammenhänge / Korrelationen

### 8.5.7.1 Persönlichkeitsmerkmale und Beschwerden

MADEJA & MASTPFUHL (1989) wiesen ein bereits in der Frühschwangerschaft erhöhtes Beschwerdeniveau, sowie ein zwanghaftes Verhalten in der Persönlichkeitsstruktur bei Frauen mit vorzeitigen Wehen im Vergleich zu einer Normalgruppe nach. Wir wollten untersuchen, ob diese Beschwerden für alle Schwangeren gültig sind oder ob insbesondere Schwangere mit vorzeitigen Wehen Unterschiede zeigen.

Es ergaben sich bei deutschen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen entsprechend der Hypothese 8, die bei Schwangeren mit depressiver Komponente im Selbstbild mehr Beschwerden erwartet, Korrelationen der Skala *Grundstimmung* aus dem Persönlichkeitstest nach Giessen mit einem erhöhten Ausmaß an den Beschwerden *Erschöpfung*, *Magenbeschwerden*, *Depressive Verstimmung* und *Unterleibsbeschwerden*. Im Giessen-Test sahen sich deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen depressiver als türkische Schwangere.

Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen, aber auch die beiden Gruppen der „Normalschwangeren“ zeigten keine Zusammenhänge zwischen den Tests.

Nach BECKMANN und RICHTER (1979) sind Interkorrelationen von GBB und Gießen – Test in den Repräsentativstichproben festgestellt worden. Danach sind bedeutsame Interkorrelationen der GBB – Skalen *Erschöpfungsneigung*, *Gliederschmerzen*, *Herzbeschwerden* und Skala *Grundstimmung* des GT vorhanden. Depressive Personen neigen zu einer erhöhten Klagsamkeit über Körperbeschwerden.

Dies entspricht ebenfalls dem Befund von FAHRENBERG et al. (1979), die einen Zusammenhang zwischen dem FPI 1 (Freiburger Persönlichkeitsinventar) und der Skala *Grundstimmung* im GT festgestellt haben. Der FPI 1 ist ein Inventar, das im Wesentlichen Körperbeschwerden erfasst.

### 8.5.7.2 Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungsmechanismen / Coping

Die Bewältigungsmechanismen (sog. Coping) sollten in Zusammenhang mit relativ stabilen Persönlichkeitsfaktoren („trait-Variablen“) sowie aktuellen Befindlichkeiten („state-Variablen“) gesehen werden. Die möglichen Korrelationen wurden durch den Vergleich der Ergebnisse des Interviews mit der Frage „Was machen Sie sonst, wenn es ihnen nicht gut geht?“ mit den im Persönlichkeitstest erhobenen Selbst- und Idealbildern (GTS/GTI) untersucht.

Deutsche Schwangere mit ihren passiven Copingmechanismen sind mit ihrer Persönlichkeit eher unzufrieden. In ihrem Idealselbstbild zeigen sie vermehrt Abweichungen gegenüber ihrem Selbstbild. Sie waren in allen sechs Skalen des GTS/GTI signifikant auffällig. Ihr Selbstbild zeigte extreme Abweichungen zu ihrem Idealselbstbild, was ihre sehr große Unzufriedenheit zu Tage brachte. So kann im Fall der deutschen der *Hypothese 5* mit der Annahme von besseren Copingmechanismen bei einer größeren Übereinstimmung zwischen Selbst- und Idealselbstbild in umgekehrter Weise entsprochen werden.

Im Gegensatz dazu stehen die türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen, welche aktive Copingstrategien gezeigt haben. Diese hatten in der Distanz einer einzigen Skala signifikante Unterschiede angegeben. Sie sahen sich in ihrer Grundstimmung als depressiv und wollten im Idealbild weniger depressiv sein, was verständlich erscheint. Die *Hypothese 5*, mit der Annahme von besseren Copingmechanismen bei einer größeren Übereinstimmung zwischen Selbst- und Idealselbstbild, wird bestätigt.

Die Persönlichkeitsmerkmale können Einflussfaktoren auf die aktuell geäußerten Befindlichkeiten und den Umgang mit Belastung, d.h. Krankheitsbewältigung darstellen. Bemerkenswerterweise haben die in Belastungssituationen eher introvertiert reagierenden Patientinnen im Persönlichkeitstest (GTS) eine große Diskrepanz im Selbstbild – Idealselbstbildvergleich, d.h. sie sind mit sich unzufrieden. Eine große Zufriedenheit im Persönlichkeitstest scheint in besonderem Maße aktive Bewältigungsmechanismen zu fördern. Dieses Ergebnis ist nur als phänomenologisch-deskriptiver Hinweis auf differenzierter zu untersuchende Copingmechanismen bei Frauen mit vorzeitigen Wehen zu verstehen, was ansatzweise in dieser Arbeit versucht wurde.

Nach HERMS (1982) sind nicht die Ereignisse an sich, sondern deren Verarbeitung entscheidend. Also ist es wichtig auf die Bewältigungsmechanismen in den einzelnen Populationen hinzuweisen. Es können hier jeweils für diese Population spezifische Ressourcen bestehen, die ihnen den Umgang mit dem Krankheitsbild erleichtern.

## 8.6 Fazit

**Türkische Schwangere mit einer deutlich besseren Selbstzufriedenheit, nachgewiesen durch geringe Abweichung in ihrem Selbst- und Idealselbstbild, sowie einem Beschwerden nach außen tragendem Verhalten, die in ihrer Stimmung eher teilnahmslos sind, scheinen in geringerem Maße von vorzeitigen Wehen betroffen zu sein.**

**Zudem scheinen sie damit mehr Ressourcen aktivieren zu können, so dass sie weniger zum Arzt, damit seltener zur stationären Behandlung in die Klinik kommen.**

Die Persönlichkeitsmerkmale der deutschen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen sind auffällig. Da eine große Distanz zwischen dem Selbstbild und dem Ideal-Selbstbild besteht, ist auch eine insgesamt unzufriedenere Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt eines Kindes zu erwarten, was in der Literatur auch dargestellt wurde. Ihr ambivalentes Verhalten zu Schwangerschaft und Mutterschaft scheint keinen Schutz, sondern eher eine Belastung zu sein. Auf die Fragen, die in dieser Arbeit gestellt wurden, konnten ausgehend von den Erhebungen an diesen untersuchten Schwangeren Antworten gefunden werden, welche jedoch eher vorläufige Vermutungen darstellen und weitere Untersuchungen erfordern.

Schwangeren, mit geburtshilflich vorbelasteter Anamnese sowie anderen Belastungsfaktoren, wie sozioökonomischer Art sollten Angebote bereitgestellt werden, die helfen dieser Stresssituation entgegenzuwirken. Hierbei sind nach MAHLER (1998) angemessene psychotherapeutische Interventionen bei der Bewältigung von vorzeitigen Wehen von großer Bedeutung. Entspannung sollte intensiv als Technik erlernt werden, um als konkrete Bewältigungsstrategie schnell zur Verfügung zu stehen. Weiterhin sollten unterstützende Gespräche, welche auf die aktuelle Belastungssituation bezogen sind, der Patientin die Möglichkeit geben, sich mit einer konstanten Bezugsperson auszusprechen und individuelle Bewältigungsmöglichkeiten zu thematisieren.

Gerade auch die Perspektive von ausreichend guten und bezahlbaren Kindertagesstätten und Umdenken hinsichtlich der Rolle der Frau (und des Mannes) in Familie und Beruf wären entlastend für die werdenden Mütter, die sich der Doppelbelastung Arbeit und Kind stellen.

Das Ziel der Gesundheitsforschung von Migranten sollte nicht die Anpassung an die Gastkultur und deren Versorgungssystem sein. Vielmehr müssen die jeweils eigenen kulturspezifischen Ressourcen und Kompetenzen verschiedener Gruppen von Migranten erkannt und in der professionellen Interaktion berücksichtigt werden. Hierbei könnte auch eine gewisse Unterstützung der Ressourcen von Frauen mit Migrationshintergrund erreicht oder erzielt werden.

Der Informationsmangel von medizinischem Personal über türkische Patienten kann durch spezielle Maßnahmen mit fachgerechter Fortbildung für Mediziner und Pflegepersonal, die durch Instanzen wie Ärztekammern und Berufsverbänden organisiert werden, behoben werden.

Es bleiben also viele Fragen noch offen, die weitere wissenschaftliche Forschung bedürfen und neue Arbeitsgebiete eröffnen können.

## 9 Zusammenfassung

Das Ziel dieser Untersuchung war, hospitalisierte türkische und deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen vor dem Hintergrund ihrer soziokulturellen Besonderheiten zu untersuchen und Gemeinsamkeiten beziehungsweise Unterschiede sowie daraus resultierende Auswirkungen auf den Verlauf der Schwangerschaft bei vorzeitiger Wehentätigkeit mittels Fragebögen und halbstrukturiertem Interview zu erfassen.

Dabei interessierten die Merkmale Selbstbild-Idealselbstbild, momentane Beschwerden und Stimmung bei stationärer Aufnahme sowie Bewältigungsstrategien zu vorzeitigen Wehen als State - und Trait - Variablen, von denen wir annahmen, dass sie zwischen den einzelnen Gruppen differieren würden.

Die Stichprobe setzte sich zusammen aus 39 deutschen und 22 türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen aus der Abteilung für Geburtsmedizin der Charité Standort Virchow-Klinikum. Als Vergleichsgruppe diente eine in gynäkologischen Praxen ermittelte Referenzgruppe von 24 deutschen und 21 türkischen Schwangeren mit komplikationslosem Verlauf.

Interessant erschien die Tatsache, dass deutlich weniger türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen stationär in unsere Klinik aufgenommen wurden, wobei die Häufigkeit einer Frühgeburt bei deutschen und türkischen annähernd gleich war.

### Soziodemographische Daten

Beide Gruppen deutscher Schwangerer waren mit 28 Jahren im Durchschnitt signifikant älter und wiesen einen höheren Schulabschluss auf als alle türkischen Schwangeren. Türkische „Normalschwangere“ waren zu 90% Hausfrauen, wohingegen Schwangere mit vorzeitigen Wehen häufiger berufstätig waren.

Ein in der Schwangerschaft vollzogener Umzug kam häufiger in beiden Gruppen mit vorzeitigen Wehen vor, wobei deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen signifikant häufiger einen durchgeführt hatten als deutsche Normalschwangere. Türkische Schwangere waren alle signifikant häufiger verheiratet als deutsche.

## Persönlichkeitsmerkmale

Persönlichkeitsmerkmale haben wohl keine direkte Bedeutung bei der Entstehung von vorzeitigen Wehen, aber sie sind Teil eines psychologischen, sozialen und kulturellen Gefüges und können womöglich Einfluss auf den Verlauf nehmen.

Deutsche Normalschwangere zeigten zwischen Selbstbild und Ideal-Selbstbild in den Skalen *Soziale Resonanz*, *Grundstimmung* und *Durchlässigkeit* Unterschiede, so dass ein in hier erwarteter größerer Unterschied bei türkischen Normalschwangeren gegenüber deutschen teilweise angenommen werden kann. Türkische Normalschwangere hatten signifikante Unterschiede in den Skalen *Kontrolle*, *Grundstimmung*, *Durchlässigkeit* und *Soziale Potenz*.

Deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen wiesen in a l l e n Skalen eine größere Differenz zwischen Selbstbildern und Idealselbstbildern auf. Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen zeigten dagegen hier nur in e i n e r Skala (*Grundstimmung*) einen signifikanten Unterschied. Sie waren zufriedener mit sich als deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen.

Deutsche und türkische „Risikoschwangere“ nehmen sich im Selbstbild ähnlich wahr. Dies widerlegt unsere Annahme, dass unterschiedliche Selbstbilder bei deutschen und türkischen Schwangeren unabhängig vom Vorhandensein vorzeitiger Wehen vorliegen würden. Signifikant mehr *Soziale Potenz* als türkische Schwangere haben sich deutsche Schwangere zugetraut.

Im Idealbild wünschten sich deutsche Schwangere mit vorzeitigen Wehen mehr *Soziale Potenz* sowie mehr *Durchlässigkeit* zu haben als türkische.

Bei den Selbstbildern der deutschen und türkischen Normalschwangeren gab es weniger signifikante Unterschiede als erwartet. So zeigten deutsche Normalschwangere mehr *Dominanz* und weniger *Kontrolle* als türkische.

Im Idealbild dagegen wünschten sie sich signifikant mehr *Dominanz* als türkische.

## Coping

In den Bewältigungsstrategien, sog. Coping-Verhalten konnten bei deutschen Schwangeren (mit und ohne vorzeitige Wehen) eher als ungünstig bewertete passive Coping-Strategien nachgewiesen werden als bei türkischen Schwangeren, die eher aktive Coping-Strategien boten.

Schwangere mit einer größeren Übereinstimmung von Selbst- und Idealselbstbild ein zeigten wie erwartet adäquateres Bewältigungsverhalten mit aktiven Bewältigungsmechanismen. Tatsächlich zeigten türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen und türkische Normalschwangere eine geringere Differenz zwischen ihrem Selbst- und Idealselbstbild und hatten eher aktive Bewältigungsmechanismen und damit ein adäquateres Bewältigungsverhalten als deutsche.

## Beschwerden

Im interkulturellen Vergleich haben deutsche und türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen wie erwartet, signifikant mehr **Herzbeschwerden** als Normalschwangere. Deutlich stärkere Beschwerden gaben hier türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen an.

Diese haben auch insgesamt einen höheren **Gesamtbeschwerdedruck** und signifikant mehr **Magen-, Herz-, und Brustbeschwerden** als deutsche.

Türkische „Normalschwangere“ nennen lediglich signifikant mehr **Herzbeschwerden** als deutsche „Normalschwangere“.

Die Erwartung, dass Schwangere, die sich depressiver sehen, unabhängig von ihrer soziokulturellen Herkunft häufiger Beschwerden haben, konnte bestätigt werden.

## Stimmung

Türkische Schwangere mit vorzeitigen Wehen waren in ihrer Stimmung teilnahmsloser und verärgelter im Gegensatz zu deutschen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen.

Wie angenommen bestätigten diese Befunde eine ungünstigere oder schlechtere Stimmungslage bei türkischen Normalschwangeren gegenüber deutschen.

Im intrakulturellen deutschen Vergleich geben „Risikoschwangere“ ihre momentane Stimmung als ängstlicher und depressiver an als „Normalschwangere“. Im intrakulturellen türkischen Vergleich schätzen sich Schwangere mit vorzeitigen Wehen teilnahmsloser und weniger engagiert ein als türkische „Normalschwangere“ dies tun.

Insgesamt sind Angst, Depression und Teilnahmslosigkeit häufiger vorkommende Stimmungslagen bei Schwangeren mit vorzeitigen Wehen gegenüber „Normalschwangeren“.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass türkische Schwangere, die weniger akkulturiert sind, offenbar bessere Ressourcen besitzen, mit dem Symptom „vorzeitige Wehen“ umgehen zu können oder weniger vorzeitige Wehen haben. Einige Ergebnisse sprechen dafür, dass Frauen mit höherem Akkulturationsgrad häufiger unter vorzeitigen Wehen leiden. In der Gruppe der türkischen Schwangeren mit vorzeitigen Wehen befanden sich deutlich mehr akkulturierte Frauen der zweiten und dritten Einwanderergeneration, die „besser integriert“ waren. Trotzdem besaßen diese Frauen gegenüber deutschen soziokulturell bedingte Unterschiede, die einzeln betrachtet möglicherweise Ressourcen aktivieren könnten.

Türkische Schwangere mit einer deutlich höheren Zufriedenheit, nachgewiesen durch geringe Abweichung in ihrem Selbst- und Idealbild, sowie einem Verhalten, welches Beschwerden nach außen trägt und einer eher teilnahmslosen Stimmung scheinen in geringerem Maße von vorzeitigen Wehen betroffen zu sein. Zudem scheinen sie damit mehr Ressourcen zu besitzen oder aktivieren zu können, so dass sie womöglich seltener zum Arzt und zur stationären Behandlung in die Klinik kommen.

All diese Befunde sind allerdings durch die geringe Fallzahl nur eingeschränkt gültig.

**10 Literaturverzeichnis**

- Abadan-Unat, N.(1985)** Die Frau in der türkischen Gesellschaft. Frankfurt: Dageyi 1985. 347 S
- American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin. (2003).**  
Behandlung von vorzeitigen Wehen. Frauenarzt 2003; 44: 1200 - 1204
- Al-Jeilani, M. (1987).** Pain: Points of View of Islamic Theology. Acta Neurochir (Suppl 38):  
S.132-135
- Antonovsky, A. (1987).** Salutogenese-Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Franke, A. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie-Verlag, Tübingen
- Aratow, K. (1996).** Interkultureller Vergleich der Schmerzwahrnehmung und Krankheitsverarbeitung bei türkischen und deutschen Patienten mit chronischer Polyarthrit. Europäische Hochschulschriften: Reihe 6, Psychologie; Bd.544. Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften. Frankfurt am Main
- Beckmann, D., Richter, HE. (1979).** Erfahrungen mit dem Gießen-Test (GT). Praxis, Forschung und Tabellen. Verlag Hans Huber. Bern Stuttgart Wien.
- Beckmann, D., Brähler, E., Richter, H.E. (1991).** Der Gießentest-Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Handbuch. Huber-Verlag (4.Auflage), Bern
- Beerboom, (1997):** Schwangerschaft als Entwicklungsphase, psychosoziale Einflüsse auf den Geburtsverlauf. Unveröffentlichte Dissertation, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universität Leipzig.
- Bishop, E.H. (1964):** Pelvic scoring for elective induction. Obstet. Gynecol., 24 (2): S.260-267
- Blechner, G. (1990).** Schmerzen bei ausländischen Mitbürgern. Ein Erfahrungsbericht. In: H.D. Basler, C., Franz, B., Kröner-Herwig, H. P. Rehfisch, H. Seemann (Hrsg.), „Psychologische Schmerztherapie“. S.560-569, Springer Verlag, Heidelberg.
- Bolton, HL.; Hughes, PM, Turton, P. et al. (1998).** Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1998 Dec;19(4):202-209
- Boos-Nünning, U.; Karakasoglu, Y. (2005).** Viele Welten leben. Lebenslagen von Mädchen und jungen Frauen mit griechischem, italienischem, jugoslawischem, türkischem und Aussiedlerhintergrund. Münster

- Borde, T.; (2002).** Patientenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation. Berlin, 2002
- Brähler, E. (1995).** Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin. S.232-252
- Brähler, Scheer, (1983).** Der Gießener Beschwerdebogen (GBB), Handbuch. Huber Verlag, Bern
- Brähler,E.; Richter,Y. (1994).** Schwerpunktthema: Übergang zur Elternschaft, psychosozial 17.Jg. HeftIV (Nr.58)
- Brooke, O.G.; Anderson,H.R.; Dbland, J.M.; et al. (1989).** Effects on birth weight of smoking, alcohol, caffeine, socioeconomic factors, and psychosocial stress. Br. Med. J., 298, 795-801.
- Collatz, J. (1985):** Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EB-Verlag Rissen
- Coomarasamy, A. et al. (2002):** Oxytocin antagonists for tocolysis in preterm labour. Med Sci Monit 2002; RA 268-273
- Crowther, C.A.; Hiller, J.E.; Doyle, L.W. (2002)** Magnesium sulphate for preventing preterm birth in threatened preterm labour. (Cochrane Review) Oxford: The Cochrane Library Issue 2, 2002
- David, M.; Braun, T.; Borde, T. (2004).** Schmerz und Ethnizität – Ergebnisse einer Befragung an drei internistisch/gynäkologischen Rettungsstellen in Berlin. Zentralbl Gynäkol 2004; 126: 81-86
- De Muylder, X., Wesel S., Dramaix, M., et. al. (1992):** A woman's attitude toward pregnancy – Can it predispose her to preterm labor? Journal of Reproductive Medicine, 37 (4): S.339-342
- DGGG-Expertenkommission der Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2006):** Leitlinien: Medikamentöse Wehenhemmung bei drohender Frühgeburt. AWMF 015/025. S.1-19. September 2006
- Dietzel-Papakyriakou, M. (1985).** Krankheitsverhalten türkischer Arbeiterfrauen – Ergebnisse einer Intervallbefragung. In: Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Collatz, J.; EB-Verlag Rissen, Hamburg, 1985

- Dmoch, Osorio, (1984).** Untersuchungen zur Psychodynamik und Persönlichkeitsstruktur bei Frauen mit vorzeitigen Wehen. In: Frick-Bruder und Platz (Hrsg.), Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe, S.175-186, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag
- Duckitt, K.; Thornton, S. (2002).** Nitric oxide donors for the treatment of preterm labour. Oxford: Cochrane Database Syst. Rev. 2002;(3):CD 002,860
- Dudenhausen, J.W. Hertwig, K. (2003).** Präpartale Station. S.3-1 – 3-15 in: Dudenhausen, J.W., Hertwig, K. (2003). Qualitätshandbuch und Klinischer Leitfaden der Klinik für Geburtsmedizin Charité. Akademos-Wissenschaftsverlag. Hamburg
- Ernst, G. (1999)** Mythos Mittelmeersyndrom - über akuten und chronischen Schmerz bei Migrantinnen. (Vortrag). 2.Symposium der Frauenklinik an der Charité Campus Virchow-Klinikum. „Migration - Frauen - Gesundheit - im europäischen Kontext“,1999
- Fahrenberg, J. (1979)** Das Komplementaritätsprinzip in der psychophysiologischen Forschung und psychosomatischen Medizin. Z. klin.Psych.Psychother., 27, 151-167
- Faltermair, T. (2001).** Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Migration und Krankheit. Marschalck, P.; Wiedl, K.H. S.93-112, IMIS-Schriften. Band 10, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück
- Filipp, (1995):** Kritische Lebensereignisse. Psychologie Verlags-Union, Weinheim
- Finnström, O.; Otterblad Olansson, P.; Sedin, G.; et al. (1997).** The Swedish national prospective study on extremely low birth weight (ELBW) infants. Incidence, mortality, morbidity and survival in relation to level of care. Acta paediatrica 1997; 86:503 - 511
- Gloger-Tippelt, G.; Gomille, B.; Grimmig, R. (1993).** Der Kinderwunsch aus psychologischer Sicht. Opladen: Leske+Budrich
- Grospietsch, G; Schneider, KTM. (1999).** Empfehlungen zur Tokolyse. Frauenarzt 1999; 40: 1479-1480
- Grottian, G. (1991):** Gesundheit und Kranksein in der Migration: Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei. Verlag für Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt
- Grube, M. (1995).** Darstellung eines türkisch-deutschsprachigen Verbundmodells zwischen psychiatrischer Klinik und psychosozialer Beratungsstelle. In: Koch, E.; Özek, M.; Pfeiffer, W.M. (1995). Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven. Lambertus

- Gümen, S. (1995).** Frauenbilder und geschlechtsspezifische Selbstbilder in interkulturell-vergleichender Perspektive. *Zeitschrift für Frauenforschung*, 13 (3): S.41-55
- Günay, E.; Haag, A. (1990).** Krankheit in der Emigration – Eine Studie an türkischen Patientinnen in der Allgemeinpraxis aus psychosomatischer Sicht. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40: S.417 - 422
- Günay, E. (1990).** Die sprachlose Sprache: Psychosomatische Erkrankungen bei Türkinnen. *pro familia magazin*, 4/90:S.20-21
- Han, P. (2000).** Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle – Fakten – Politische Konsequenzen – Perspektiven. Lucius & Lucius. Stuttgart
- Hantsche, B.; Henze, K.H.; Piechotta, G. (1992).** Psychosoziale Aspekte bei der Frühgeburt eines Kindes-eine Bestandsaufnahme. *Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat.*41: 129-139 (1992)
- Hecheltjen, K.G.; Mertesdorf, F. (1973)** Entwicklung eines mehrdimensionalen Stimmungsfragebogens (MSF). *Gruppendynamik*, 40, 110-122.
- Henderson, S (1981).** Social relationships, adversity and neurosis: an analysis of prospective observations. *The British Journal of Psychiatry*, May 1981; 138: 391 - 398.
- Henriksen, T.B.; Hedegaard, M.; Secher, N.J. (1994).** The Relation between Psychosocial Job Strain, and Preterm Delivery and low birthweight for gestational age. *International Journal of Epidemiology*, 23 (4)764-774
- Herborn, E.; Klapp, C.; Dudenhausen, J.W.; Klapp, B.F. (1996).** Bilder von Schwangeren mit vorzeitigen Wehen. Erste Erfahrungen eines maltherapeutischen Angebots. *Z.Geburtsh.Neonatol.* 200:S.151-154
- Hermes, V., Gabelmann, J. (1982).** Psychosomatische Aspekte vorzeitiger Wehen. *Z.Geburtsh. u. Perinat.* 186: S.50-54
- Herrmann, M. (2000).** Kulturspezifische Krankheitskonzepte. Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt, Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen. Berlin/Bonn, S.27-30
- Herwartz - Emden, L. (1995).** Mutterschaft und weibliches Selbstkonzept – Eine interkulturell vergleichende Untersuchung. Juventa Verlag. Weinheim und München
- Hörhold, M., Klapp, B.F. (1993):** Testung der Invarianz und der Hierarchie eines mehrdimensionalen Stimmungsmodells auf der Basis von Zweipunkterhebungen an Patienten- und Studentenstichproben. *Z Med Psychol*, 1:S27-35

- Hösli, I., Tercanli, S., Holzgreve, W. (2000):** Ultraschalldiagnostik der Zervix zur Früherkennung der drohenden Frühgeburt. *Der Gynäkologe*. 2000/5:Vol.33,Nr.5, S.361-369, Springer Berlin/Heidelberg
- Ilkilic, I. (2004).** Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmündigkeit in der islamischen Tradition. *Medizinethische Materialien*. Heft 152. Zentrum für Medizinische Ethik. Bochum
- Jeyabalan, A; Caritis,SN (2002):** Pharmacologic inhibition of preterm labor. *Clin Obstet Gynecol*.2002 Mar;45(1):99-113
- Jung, H. (1981).** Die Frühgeburt. In: Käser O, Friedberg V (Hrsg) *Gynäkologie und Geburtshilfe*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, Vol. II: 9.12-9.17
- Keirse, MJNC. (1995).** New perspectives for the effective treatment of preterm labour. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 618 - 628
- Kentenich, H.; David, M.; Yüksel, E. et al. (1998).** Türkische Patientinnen in der Gynäkologie: Probleme-Missverständnisse-Lösungsansätze. In: David, M.; Borde, T.; Kentenich, H. (Hrsg.) *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt a.M. Mabuse Verlag, S.121-143
- Kentenich, H.; Yüksel, E.; David, M. (1995)** Soziale Konflikte und gynäkologische Erkrankungen. *Sexologie* 3 1995, S. 235-249
- King, J.F.; Grant, A, Keirse, MJNC; Chalmers, J. (1988).** Betamimetics in preterm labour: an overview of the randomised controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 211 – 222
- Klapp,C.; Herborn, E.; Rose,M.; Beck,S.; Dudenhausen, J.W.; Klapp, B.F. (1997).** Funktionelle Entspannung und Maltherapie in der Behandlung der vorzeitigen Wehentätigkeit. In: Richter, D., Schuth, W., Müller, K. (Hrsg.): *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe*, S. 189-202, Psychosozial-Verlag.
- Koch, E.; Özek, M.; Pfeiffer, W.M. (1995).** Psychologie und Pathologie der Migration. *Deutsch-türkische Perspektiven*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
- Kolinsky, E. (2000).** *Deutsch und türkisch Leben: Bild und Selbstbild der türkischen Minderheit in Deutschland*. Peter Lang AG, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Bern
- Korporal, (1985).** Probleme der präventiven, kurativen und rehabilitativen Versorgung von Arbeitnehmern aus der Türkei und ihren Familien. In: *Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*. Collatz, J.; EB-Verlag Rissen, Hamburg
- Künzel, W. (1995):** Epidemiologie der Frühgeburt. *Gynäkologe*, 28 (3):S.130-135

- Kürsat-Ahlers, E.(1985).** Türkische Mädchen im Spannungsfeld zweier Kulturen. Monatsschrift Kinderheilkund 133: 378-381. Springer Verlag
- Lamont, R.F. and the International Preterm Labour Council. (2003)** Evidence – based labour ward guideline for the diagnosis, management and treatment of spontaneous preterm labour. J Obstet Gynecol 2003; 23: 469 -478
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984).** Stress, Appraisal and Coping.
- Lukesch, H. (1983):** Der Einfluss sozialer Beziehungen auf das Schwangerschaftserleben. S.106-110 in: Prill, H.G., Langen D.: Der psychosomatische Weg zur gynäkologischen Praxis. Schattauer Verlag. Stuttgart
- Madeja, U.D., Maspfuhl, B. (1989).** Psychopathologische Aspekte von Abort und Frühgeburt. Zentralblatt Gynäkologie 111 (10): S.678-685
- Magowan, R.A. ; Pain, M.; Juszczak, B.E.; McInnery, K. (1999).** Neonates mortality among Scottish preterm singleton births. Neonatal Intensive Care 1999; 12: 47-50
- Mahler, G., Barth, U., Kächele, H., Kreienberg, R., Zimmer, I., Brisch, K.H. (1998):** Bewältigungsstrategien von Risikoschwangeren mit drohender Frühgeburt. S.99-105 in: Hawighorst-Knapstein, S., Schonefuß, G., Knapstein, P.G., Kentenich, H. (Hrsg.) (1998): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Psychosozial-Verlag
- Mamelle, N.; Segueilla, M.; Munoz, F.; Berland, M. (1997).** Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labour – the benefits of psychologic support. Am J Obstet Gynecol. 1997 Oct; 177(4): 947 - 952
- Marschalck, P.; Wiedl, K.H. (2001).** Migration und Krankheit. IMIS - Schriften, Band 10
- Maspfuhl, B. (1980).** Factors that control personality characteristics of fertile women and their attitudes towards sexuality, pregnancy, and childbirth. Zentralbl Gynakol; 102 (6): 326-333
- Newton, R.W.; Hunt, L.P. (1984).** Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. British Medical Journal, 288, 1191-1194
- Norbeck, J.S.; Anderson, N.J. (1989)** Life stress, social support, and anxiety in mid- and late pregnancy among low income women. Research in Nursing & Health, 1989;12(5):281-287
- Norbeck, J.S.; Tilden, V.P. (1983).** Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, multivariate study. Journal of Health and Social Behaviour, 24, 30-46

- Norton, M.E.; Mersill, J.; Cooper, B.; Kuller, J.A.; Clyman, R.J. (1993).** Neonatal complications after the administration of indomethacin for preterm labour. *N Engl J Med* 1993; 329: 1602 – 1607
- Oei, S.G.; Oei, S.K.; Brolman, H.A. (1999).** Nifedipine versus ritrodine for suppression of preterm labor; a meta-analysis. *Avta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 783 - 788
- Özelsel, M.M. (1987).** Konfliktschwerpunkte im Zusammenleben von Türken und Deutschen. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit. S.76-83
- Özelsel, M.M.(1990):** Gesundheit und Migration – Eine psychologisch-empirische Untersuchung an Deutschen sowie Türken in Deutschland und der Türkei. Profil, München
- Özerturgut-Yurtdas, H. (1989):** Migrantinnen: Krankheit als Ausdruck problematischer Lebenssituationen, *pro familia magazine*, 1/89:S.18-20
- Olbrich, E. (1984).** Jugendalter – Zeit der Krise oder der produktiven Anpassung ? In Olbrich, E. & Todt, E. *Probleme des Jugendalters.* (S. 1 - 48). Berlin: Springer
- Omer, H., Friedlander, D., Palti, Z. (1986):** Hypnotic Relaxation in the Treatment of Premature Labor. *Psychosomatic Medicine*, 48 (5): S.351-361
- Oppen, M. (1985):** Ausländerbeschäftigung, Gesundheitsverschleiß und Krankenstand. In: *Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik.* Collatz, J. (Hrsg.) E. B. Verlag Rissen, Hamburg
- Penzkofer, B. (1994).** Ausländerinnen tragen mehr als die doppelte Last. *Türkinnen in der Schwangerschaftsberatung.* In: *pro familia magazin* 4/94:S14-15
- Pourgholam - Ernst, A. (2002).** Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen – Eine empirische Untersuchung zum Gesundheitserleben ausländischer Frauen in Deutschland aus salutogenetischer Sicht. Dissertation. Telos-Verlag, Münster
- Pschyrembel, W., Dudenhausen, J.W. (1991):** Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen. Verlag de Gruyter & Co, Berlin
- Raio, L. (2004).** Screeninguntersuchungen auf eine drohende Frühgeburt. *Der Gynäkologe.* 2004, Vol.35, Nr.7. S.661-664. Springer Berlin/Heidelberg
- Rasch, V.; Knudsen, L.B.; Wielandt, H. (2001)** Pregnancy planning and acceptance among Danish pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80: 1030-35
- Rath, W.; Dudenhausen, J.W. (2003).** Alte und neue Tokolytika – eine aktuelle Diskussion um Nutzen, Nebenwirkungen und Kosten. *Geburtsh Frauenheilk* 2003; 63: 119 – 123
- Rath, W.; Beinder, E. (2004).** Die Tokolyse im Licht der Cochrane Database, internationaler und nationaler Guidelines. *Geburtsh Frauenheilk* 2004; 64: 639 - 644

- Rath, W.; Bartz, C. (2005).** Medikamentöse Wehenhemmung – aktueller Stand. *Geburtshil Frauenheilk* 2005; 65: 570 – 579
- Rauchfuß, M.; Kuhlmeier, A.; Rosemeier, P.(1996).** Frauen in Gesundheit und Krankheit: Die neue frauenheilkundliche Perspektive. trafo Verlag, Berlin
- Riebe, K.; Collatz, J. (1985).** Geburtshilfliche Versorgung türkischer Frauen – eine sozialepidemiologische Sekundäranalyse der Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen. In: *Gesundheit für alle. die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik.* J.Collatz Hamburg: EB-Verlag Rissen,
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG). (2002)** Tocolytic drugs for women in preterm labour. *Clinical guideline.* 2002; 1(B):4
- Sanchez – Ramos, L.; Kaunitz, A.M.; Gaudier, F.L.; Delke, I. (1999).** Efficacy of maintenance therapy after acute tocolysis: a meta – analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 484 – 490
- Savitz, DA; Blackmore, CA; Thorp, JM (1991).** Epidemiologic characteristics of preterm delivery: etiologic heterogeneity. *Am J Obstet Gynecol.* 1991 Feb; 164(2): 467-71
- Scheer, J.W.(1985).** Beiträge zur Objektivierung des Krankheitserlebens von psychisch und somatisch Kranken. (unveröffentlichte Habil.-Schrift) Abt. f. Medizinische Psychologie, JLU, Gießen.
- Schleußner, E.; Möller, A.; Groß, W.; Kähler, C.; Möller, U. et al. (2003).** Maternal and fetal side effects of tocolysis using transdermal nitroglycerin or intravenous fenoterol combined with magnesium sulfate. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 106: 14 - 19
- Schmidt-Koddenberg, A.(1989).** **Akkulturation von Migrantinnen.** Eine Studie zur Bedeutsamkeit sozialer Vergleichsprozesse zwischen Türkinnen und deutschen Frauen. Opladen
- Schneider, H.; Naiem,A.; Malek,A.; Hänggi,W. (1994):** Ätiologische Klassifikation der Frühgeburt und ihre Bedeutung für die Prävention. *Geburtsh. U. Frauenheik.*54 (1994) 12-19
- Smith, G.N. (2003).** What are the realistic expectations of tocolytics? *BJOG* 2003 Apr; 110 Suppl 20: 103 – 106
- Spätling, L. (1981).** Oral Magnesium – Zusatztherapie bei vorzeitiger Wehentätigkeit. *Geburtsh Frauenheilk.* 1981; 41: 101-102
- Spätling, L. (2003).** Therapie der drohenden Frühgeburt – Teil 1. *Geburtshilfe Frauenheilkunde* 2003; 63: R2 – R20

- Spätling, L. (2003).** Therapie der drohenden Frühgeburt – Teil 2. Geburtshilfe Frauenheilkunde 2003; 63: R21 – R40
- Statistisches Bundesamt. (2000).** Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik Deutschland. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Metzler-Poeschek-Verlag, Stuttgart
- Steer, R.A.; Scholl,T.O.; Hediger,M.L.; Fischer, R.L. (1992).** Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. J.Clin.Epidemiol., 45,No.10,1093-1099, Pergamon Press Ltd.
- Teichmann, A.T. (1987).** Vorkommen und psychosoziale Bedingungen der vorzeitigen Wehentätigkeit. Gynäkologe (1987) 20: S.14-19
- Teichmann, A.T., Breull, A. (1989):** Ein neues Konzept psychosomatischer Forschung am Beispiel der vorzeitigen Wehentätigkeit. Zsch psychosom MEd, 35: S.256-276
- Tilli, K. (1987).** Die gesundheitliche Versorgung türkischer Frauen zwischen Volksmedizin und professionellem System. Informationsdienst zur Ausländerarbeit: S.42-47
- Tilli, K. (1989).** Psychosomatische Erkrankungen türkischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Ätiologische Konzepte türkischer Frauen und ihre Bedeutung für die Arzt – Patient – Beziehung. In: Söllner, W et al., Sozio – psycho – somatik., Springer Verlag, Berlin, S. 222 – 228
- Tsatsaris, V.; Papatsonis, D. ; Goffinet, F.; Dekker, G.A.; Garbonne, B. (2001)** Tocolysis with nifedipine or beta-adrenergie agonists: A meta-analysis. Obstet Gynecol, 97: S.840 – 847
- Tsatsaris, V.; Carbonne, B.; Cabrol, D. (2004).** Atosiban for preterm labour. Drugs 2004; 64: 375 – 382
- Tsoi, E., Akmal, S, Geerts, L. et al. (2006):** Sonographic measurement of cervical length and fetal fibronectin testing in the threatened preterm labor. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006 Apr;27(4):368-372
- Uexkuell, Th.v. et al. (1990).** Psychosomatische Medizin, München 1990
- Valenzuela, G.I.; Craig, J.; Bernhardt, M.D. (1995).** Plazental passage of the oxytocin antagonist atosiban. Am J Obstet Gynecol 1995; 172: 1304 – 1306
- WHO (1977).** Recommended definitions, terminology and formats for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal death. Modifications recommended by FIGO as amended October, 14, 1976. Acta obstet gynec Scand, 56: S.247
- Wimmer-Puchinger, B. (1986).** Schwangerschaft und Streß. Psychologie in Österreich,6, (2-3),71-79

- Wimmer-Puchinger, B. (1994):** Erwartungen an die Geburtshilfe aus der Sicht der Frauen.  
Gynäkol. Genurtshilfliche Rundsch 1994;34:117-122
- Yücesoy, G.(2007):** Preterm Labor: Diagnosis And Management: Review. Türkiye Klinikleri J  
Gynecol Obst 2007, 17:207-216

## **Erklärung**

„Ich, Sebnem, Celik-Bilgili, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: „Idiopathische vorzeitige Wehen bei türkischen und deutschen Schwangeren – Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Persönlichkeitsmerkmalen, Stimmung und Beschwerden und deren mögliche Auswirkung auf Häufigkeit und Verlauf“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Berlin, 5.6.2008

Sebnem Celik-Bilgili

## **Lebenslauf**

„Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.“

## **Danksagung**

Hiermit bedanke ich mich bei Frau Dr. C. Klapp für ihr kritisches Korrekturlesen und ihre wichtigen Ratschläge und den weiteren Betreuern Prof. Dr. J.W. Dudenhausen, Prof. Dr. B.F. Klapp und Frau PD Dr. I. Schönborn.

Weiterhin sei den Patientinnen der Arbeit für die Teilnahme an dieser Untersuchung und meiner Kollegin Sandra Lorscheider für die gemeinsame Arbeit zu danken.

Bei meiner Familie bedanke ich mich herzlichst. Bei meinen Eltern für die liebevolle und mentale Unterstützung. Sie legten mit ihrer Erziehung den Grundstein für meine Entwicklung. Meinem Mann und meiner Tochter danke ich für die Gabe der Freiräume zur Erfassung dieser Arbeit.