

Aus der Klinik für Gynäkologie, Campus Virchow-Klinikum
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Bedeutung eines Männervorbereitungskurses für die
Geburtsbegleitung durch den Vater -
postpartale quantitative und qualitative Paarbefragung in einer
Hamburger Klinik**

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Nicole Strüngmann

aus Tegernsee

Datum der Promotion: 21.06.2020

Vorwort

Die vorliegende Arbeit ist die Dissertationsschrift im Rahmen meiner Promotion an der medizinischen Fakultät der Universitätsmedizin Charité Berlin. Die Arbeit trägt den Titel „Bedeutung eines Männervorbereitungskurses für die Geburtsbegleitung durch den Vater - postpartale quantitative und qualitative Paarbefragung in einer Hamburger Klinik“ und ist mit großzügiger Unterstützung von Herrn Prof. Dr. med. M. David, geschäftsführender Oberarzt Campus Virchow-Klinikum, entstanden.

Die Idee zu dieser wissenschaftlichen Arbeit ergab sich aus meiner klinischen Tätigkeit im Rahmen der Geburtshilfe am Hamburger Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus unter Leitung von Herrn Dr. med. W. Lütje.

Der dort angebotene Männervorbereitungskurs findet bis heute großen Anklang und erfreut sich großer Beliebtheit bei den werdenden Vätern. Der Effekt solcher Vorbereitungsmaßnahmen ist bislang nur unzureichend untersucht.

Es war das Ziel dieser Arbeit den Einfluss dieses Männervorbereitungskurses auf das Geburtserleben zu untersuchen. Zu meinen Aufgaben gehörte die Gestaltung des Studiendesigns, Durchführung der Datenerhebung und Auswertung der Ergebnisse.

Nach intensiver Vorbereitung konnten wir im Jahr 2017 mit der Datenerhebung beginnen. Vorläufige Ergebnisse wurden bereits im Dezember 2017 auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin in Berlin präsentiert. Die vorliegende Arbeit enthält den vollständigen Datensatz sowie weiterführende Analysen. Ich möchte mich an dieser Stelle insbesondere bei den teilnehmenden Eltern bedanken, die durch ihre Mitarbeit in dieser herausfordernden Lebensphase diese Arbeit ermöglicht haben.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
Abstract (in deutscher Sprache)	7
Abstract (in englischer Sprache)	9
1. Einleitung	11
1.1 Geburtsbegleitung durch den Vater in der gesellschaftlichen Entwicklung	11
1.2 Erwartungen an die Geburt	12
1.2.1 Erwartungen der werdenden Mütter an die Geburt	12
1.2.2 Erwartungen der werdenden Väter an die Geburt	13
1.3 Die Rolle des Mannes unter der Geburt	14
1.4 Einflussfaktoren auf das Geburtserleben	16
1.4.1 Einflussfaktoren auf das Geburtserleben der Frauen	16
1.4.2 Einflussfaktoren auf das Geburtserleben der Männer	19
1.5 Geburtsvorbereitung	21
1.5.1 Allgemeine Geburtsvorbereitung	21
1.5.2 Männervorbereitungskurse	21
1.6 Zielsetzung der Arbeit	22
2. Material und Methoden	24
2.1 Studiendesign	24
2.1.1 Der Männervorbereitungskurs am Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus	24
2.1.2 Studienaufbau	25
2.1.2.1 Quantitativer Studienabschnitt	26
2.1.2.1.1 Anamnesefragebogen	26
2.1.2.1.2 Salmon´s item List in der deutschsprachigen Fassung nach Stadlmayr	26
2.1.2.2 Qualitativer Studienabschnitt	29
2.1.2.2.1 Leitfadeninterviews	30
2.1.2.2.2 Reflexion der Interviews	31
2.1.2.2.3 Aufzeichnung	31

2.2	Studienplanung und –durchführung	32
2.2.1	Datenerhebung	32
2.2.2	Rekrutierungsmethoden	32
2.2.3	Studienablauf	32
2.2.3.1	Quantitativen Studienabschnitt	32
2.2.3.2	Qualitativen Studienabschnitt	34
2.2.4	Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnehmer	34
2.2.4.1	Einschlusskriterien	34
2.2.4.2	Ausschlusskriterien	35
2.3	Auswertungen	35
2.3.1	Statistische Analyse des quantitativen Studienabschnitts	35
2.3.2	Qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring	37
3.	Ergebnisse	39
3.1	Studienkollektiv	39
3.2	Quantitativer Studienabschnitt	42
3.2.1	Soziodemographische Daten	42
3.2.1.1	Alter	42
3.2.1.2	Bildungsniveau	43
3.2.2	Angaben zur Geburt	44
3.2.2.1	Geburtsmodus	44
3.2.2.2	Schmerzmittelgabe	45
3.2.2.3	Geburtserleben	46
3.2.2.3.1	Geburtserleben in Abhängigkeit des Geburtsmodus	46
3.2.2.3.2	Geburtserleben in Abhängigkeit der Schmerzmittelgabe	47
3.2.3	Geburtsvorbereitung	47
3.2.3.1	Art der Geburtsvorbereitung	47
3.2.3.2	Rückblickend gewünschte Vorbereitungsmaßnahmen	48
3.2.3.3	Geburtsvorbereitungsmaßnahmen mit dem höchsten Nutzen	49
3.2.4	Schlüsselpersonen unter der Geburt	51
3.2.4.1	Bedeutung des Mannes bei der Geburt	51
3.2.4.2	Gründe für die Anwesenheit des Mannes bei der Geburt	52
3.2.4.3	Hilfreiche Personen während der Geburt	53

3.2.5	Ängste und Befürchtungen	53
3.2.5.1	Unerwartete Vorkommnisse	53
3.2.5.2	Erwartete und eingetretene Befürchtungen	54
3.2.6	Geburtserleben der Männer und Frauen gemessen anhand der SIL-Ger	56
3.2.6.1	Geburtserleben der Männer gemessen anhand der SIL-Ger	58
3.2.6.1.1	Summenwerte der Männer in Abhängigkeit der Teilnahme am MVK	59
3.2.6.1.2	Subdimensionen Männer in Abhängigkeit der Teilnahme am MVK	59
3.2.6.2	Geburtserleben der Frauen gemessen anhand der SIL-Ger	64
3.2.6.2.1	Summenwerte der Frauen in Abhängigkeit der Teilnahme der Männer am MVK	65
3.2.6.2.2	Subdimensionen der Frauen in Abhängigkeit der Teilnahme der Männer am MVK	66
3.2.7	Zusammenhang zwischen der Sectiorate und dem Männervorbereitungskurs	70
3.2.8	Zusammenhang zwischen der PDA-Rate und dem Männervorbereitungskurs	71
3.2.9	Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und dem Geburtserleben	72
3.3	Qualitativer Studienabschnitt	78
3.3.1	Einstiegsfrage	78
3.3.2	Thema 1: Geburtserleben	79
3.3.3	Thema 2: Bedeutung des Partners/der Partnerin	82
3.3.4	Thema 3: Betreuung unter der Geburt	86
4.	Diskussion	91
4.1	Limitationen der Studie	91
4.2	Gütekriterien qualitativer Forschung	92
4.3	Zusammenhang zwischen dem Männervorbereitungskurs und dem Geburtserleben der Paare	94
4.4	Zusammenhang zwischen dem Männervorbereitungskurs und dem Geburtsverlauf	99

4.4.1	Sectionrate	99
4.4.2	PDA-Rate	103
4.5	Zusammenhang zwischen dem Bildungsstatus und dem Geburtserleben	105
4.6	Schlüsselpersonen bei der Geburt und dessen Verarbeitung	106
4.7	Einflussgrößen auf das Geburtserleben	108
5.	Schlussfolgerung	111
	Literaturverzeichnis	112
	Abbildungsverzeichnis	122
	Tabellenverzeichnis	123
	Eidesstattliche Versicherung	126
	Anteilerklärung an etwaigen erfolgten Publikationen	127
	Lebenslauf	128
	Publikationsliste	130
	Danksagung	131
	Anhang	132

Abkürzungsverzeichnis

Ca.	Circa
EASK	Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus
M	männlich
MVK	Männervorbereitungskurs
SD	Standardabweichung
SIL	Salmon's Item List
SIL-Eng	Salmon's Item List in der englischsprachigen Originalfassung
SIL-Ger	Salmon's Item List in der deutschen Fassung nach Stadlmayr
W	weiblich

Abstract (in deutscher Sprache)

Einleitung: Seit den 1980er Jahren hat sich die Geburtsbegleitung durch den (werdenden) Vater auch in Kreißsälen in deutschen Kliniken zunehmend durchgesetzt. Die Anwesenheit des Partners während der Geburt wurde ohne eine wissenschaftliche Evaluierung etabliert. Primärziel des *quantitativen* Studienteils war es, die Auswirkungen der Teilnahme an einem relativ kurzen Männervorbereitungskurs (MVK) auf das Geburtserleben des Paares mit der SIL-Ger (Salmon's Item List, dt. Fassung n. Stadlmayr) zu untersuchen und sekundär einen möglichen Einfluss des MVK auf die Sectiorate und die Inanspruchnahme einer Periduralanästhesie (PDA) sub partu festzustellen.

Mit dem ergänzenden *qualitativen* Teil sollte die mögliche Bedeutung des Partners für die Geburtsverarbeitung sowie der Effekt folgender Faktoren auf das Geburtserleben erfasst werden: Kontrollverlust, kontinuierliche Betreuung, Entscheidungsteilnahme und Konzentration auf sich selbst.

Material und Methoden: Die Datenerhebung erfolgte 48-96 Stunden postpartal auf der Wochenbettstation mittels Fragebögen (Rücklauftrate: 61%, Dropoutrate: 5%). Im Rahmen des *qualitativen* Studienteils wurden ca. 6 Wochen postpartum 12 Paare mittels Leitfadenterview im Anschluss an eine Geburtsnachbesprechung befragt.

Ergebnisse: Entsprechend einer Fallzahlschätzung wurden im Rahmen dieser prospektiven Studie von Mai 2017 bis Januar 2019 70 Paare mit und 73 Paare ohne MVK-Teilnahme in den *quantitativen* Studienteil eingeschlossen.

(1) Primärfragestellung: Die SIL-Ger-Auswertung zeigt für das Geburtserleben keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen (Männer mit vs. ohne MVK: $p=0,591$ und deren Frauen: $p=0,152$). (2) Sekundärfragestellung: Die PDA-Rate war in beiden Gruppen ähnlich ($p=0,799$). Die Sectiorate war mit 21% bei Frauen, deren Partner einen MVK besucht hat, niedriger als bei den Frauen mit einem Partner ohne MVK-Teilnahme (38%; $p = 0,027$). Frauen wiesen unabhängig vom Bildungsgrad insgesamt ein weniger positives Geburtserleben auf, als die männlichen Befragten ($p=0,000$). Im *qualitativen* Teil gaben 12/12 der befragten Frauen an, dass der Partner hilfreich bei der Geburtsverarbeitung war. Alle Frauen mit einem positiven

Geburtserleben wiesen eine adäquate Einbindung in Entscheidungen sub partu als gemeinsames Merkmal auf.

Diskussion: Es konnte kein signifikanter Effekt des MVK auf das Geburtserleben oder die PDA-Rate gezeigt werden. Ob die Teilnahme der Männer an einem MVK tatsächlich zu einer Reduktion der Sectiorate führt, sollte in einem größeren Kollektiv untersucht werden, da hier zahlreiche medizinische, aber auch nicht-medizinische Faktoren eine Rolle spielen. Aufgrund der Multidimensionalität des Geburtserlebens muss diskutiert werden, ob ein zweistündiger MVK für einen entsprechenden Einfluss ausreichend ist. Ergänzend scheint die Einbindung der Gebärenden in Entscheidungsprozesse sub partu von Bedeutung zu sein. Bei der Entwicklung zukünftiger Vorbereitungskonzepte sollte dies berücksichtigt werden.

Abstract (in englischer Sprache)

Introduction: The primary objective of the quantitative part of this study was to investigate the impact of a father-specific course on the couple's birth experience and, secondarily, the impact of the course on the cesarean section and the epidural anesthesia rate. The supplementary qualitative part assesses the father's role during and after birth as well as the impact of the following factors on the birth experience: Loss of control, continuous care, participation in decision-making and concentration on oneself.

Material and Methods: Data were collected 48-96 hours postpartum on the ward using questionnaires (response rate: 61%, dropout rate: 5%). In the qualitative part of the study, 12 couples were interviewed about 6 weeks postpartum using a guideline interview following a postnatal debriefing.

Results: According to a case number estimate, this prospective study the quantitative part included 70 couples with and 73 couples without participation in the course starting May 2017 to January 2019. (1) Primary questioning: The data evaluation shows no significant difference between the two groups regarding the birth experience (men with vs. without participation: $p=0.591$ and their women: $p=0.152$). (2) Secondary questioning: The epidural rate was similar in both groups ($p=0.799$). With 21%, the cesarean section rate was lower among women whose partners participated in the course than among women whose partners did not participate (38%; $p = 0.027$). Women, regardless of their education, had a less positive birth experience than the male respondents ($p=0.000$). In the qualitative part, 12/12 of the interviewed women stated that their partner was helpful processing birth. All women with a positive birth experience felt adequately involved in decision-making during birth.

Discussion: No significant impact of the fathers' course on birth experience or the epidural rate could be shown. Whether such a course can lead to a reduction of the cesarean section rate should be investigated in a larger collective, since numerous medical and non-medical factors are involved. Due to the multidimensionality of the birth experience, it must be discussed whether a two-hour course is sufficient for a

corresponding impact. Also, the adequate involvement in decision-making of women giving birth seems to be crucial. This should be taken into account when developing future preparatory concepts.

1. Einleitung

1.1 Geburtsbegleitung durch den Vater in der gesellschaftlichen Entwicklung

„Die Entbindung bleibt ein gefühlsintensives Ereignis, auf das sich der geburtsbegleitende Vater nicht “total” vorbereiten kann.“ (30)

Das Geburtserleben der Frau wurde in den letzten 30 bis 35 Jahren zunehmend erforscht. Hierbei ist insbesondere die Geburt des ersten Kindes und der damit verbundene Beginn des Elterndaseins von besonderem Interesse (39). Im Rahmen dessen wird auch der positive und einzigartige Beitrag des Vaters innerhalb der neuen Familie immer deutlicher. Dies spiegelt sich auch in der ante- und postnatalen Vorbereitung auf das Kind wider (47). Ob sich jedoch auch die Begleitung der Väter bei der Geburt positiv auf die Geburt bzw. das Geburtserleben auswirkt, ist bisher nicht ausreichend wissenschaftlich belegt (116). Die Anwesenheit werdender Väter im Kreißaal war bis in die 1960er Jahre eher die Ausnahme. Erst danach begann ein gesellschaftlicher Wandel, der sich auch auf die Geburtsbegleitung durch den (werdenden) Vater auswirkte (50, 116). In den späten 1970er Jahren zeigten Studien (8), dass die väterliche Präsenz im Kreißaal zumindest nicht schädlich ist (8). In den späten 1980er Jahren entstand die Erkenntnis, dass Väter einen positiven Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben können. Entsprechend sollten diese auch bei dem Übergang in die Vaterrolle - bereits beginnend in der vorgeburtlichen Zeit - unterstützt werden (45). In dieser Zeit ergab sich die Option, Frauen bei deren Geburtsvorbereitungskursen zu begleiten. Auch wurden erstmals Partnerkurse angeboten (116).

Derzeit entspricht es nahezu der gesellschaftlichen Norm, dass die werdenden Väter ihre Frauen bei der Geburt des gemeinsamen Kindes begleiten (5, 33, 116). Es wird nahezu als Qualitätskriterium der modernen und familienorientierten Geburtshilfe gefordert, dass der werdende Vater sowohl in der Vorbereitung auf die Geburt, unter der Geburt selbst, als auch in der Zeit danach selbstverständlich mit eingebunden wird (116). Es ist entsprechend nur folgerichtig, die Erfahrungen der Väter besser verstehen zu wollen, und sie in dem Übergang in die Rolle des Vaters zu unterstützen (45).

1.2 Erwartungen an die Geburt

1.2.1 Erwartungen der werdenden Mütter an die Geburt

Die Erwartungen an das Geburtserleben werden maßgeblich durch individuelle Vorstellungen geprägt (54, 67). Um entsprechend eine individuelle und patientinnenorientierte Geburtshilfe anbieten zu können, sollte das medizinische Personal der Geburtsklinik die Erwartungen der Schwangeren sowie ihre Wünsche und Ängste kennen (82). Dies ist von grundlegender Bedeutung, da sich unerfüllte Erwartungen negativ auf das Geburtserleben auswirken können (54). Die Erwartung einer jeden individuellen Schwangeren unterliegt nach David und Kentenich (33) einem zeitabhängigen und soziokulturellen Wandel. Noch vor etwa 60 Jahren stand die Gesundheit des Kindes und der Mutter im Vordergrund. Die perinatale Mortalität in Deutschland ist mit Werten von 0,4-0,8 Prozent gering (33). Dies hat zur Folge, dass eine Geburt häufig nicht mehr mit einer vitalen Bedrohung assoziiert und dementsprechend ein ärztliches Eingreifen nicht als rettend empfunden wird. Vielmehr erhält ärztliches Eingreifen einen invasiven oder sogar störenden Charakter (33). Des Weiteren ist die Patientin in den modernen westlichen Gesellschaften häufig relativ breit informiert und hat eine Erwartungshaltung gegenüber dem medizinischen Personal. Insbesondere durch den Einfluss der „Frauen(gesundheits)bewegung“ wird die Geburt in der heutigen Gesellschaft als etwas Natürliches und Biologisches empfunden. Daher erscheinen medizinische Eingriffe oft unnötig (33) und eine Medikalisierung sollte minimiert werden (70).

Hierbei unterliegt die Geburtshilfe in der modernen Gesellschaft zwei gegenläufigen Entwicklungen. Einerseits wird die größtmögliche Sicherheit für die Gesundheit von Mutter und Kind erwartet mit gleichzeitiger Thematisierung einer „Wunschsectio bzw. Sectio mit geringfügiger Indikation“, andererseits wächst die Forderung nach Selbstbestimmtheit, wobei jede medizinische Interventionen in den natürlichen Gebärprozess als unnötig empfunden wird (39).

Als Folge dessen wählen Paare heute den Geburtsort so, dass diese unterschiedlichen Bedürfnisse und Erwartungen sowie die Selbstbestimmtheit der Patientin beachtet werden (70). Die Prioritäten für den Wunschgeburtsort werden folglich sehr unterschiedlich gesetzt: Einige Paare entscheiden sich für die „sichere Klinikgeburt“ mit medizinisch geschultem Personal, andere wählen die „natürliche, selbstbestimmte außerklinische Geburt“ (33).

1.2.2 Erwartungen der werdenden Väter an die Geburt

Die Mehrheit der werdenden Väter (79%) fällt laut einer Studie (5) aus dem Jahr 2011 bereits vor oder beim Erfahren der Schwangerschaft die prinzipielle Entscheidung, bei der Entbindung anwesend zu sein. Die meisten Paare (ca. 70%) entschieden darüber gemeinsam. Nur ca. 20% der werdenden Väter haben diese Entscheidung alleine getroffen und lediglich 4% der Väter sind nur auf Wunsch der Frau im Kreißsaal (5). Wenn die Väter während der Schwangerschaft und der Geburt anwesend sind, erwarten sie als Teil des „gebärenden Paares“ („labouring couple“) behandelt zu werden (7, 40, 53). Dementsprechend erfordert die moderne und familienorientierte Geburtshilfe nicht nur die Erfüllung der Erwartungen der Frau, sondern darüber hinaus auch die ausreichende Beachtung des werdenden Vaters unter der Geburt (116).

Von besonderer Bedeutung ist der Wunsch werdender Väter, bei der Geburt eine Unterstützung der werdenden Mutter zu sein bzw. das gemeinsame Geburtserleben zu erfahren (5, 30, 109). Des Weiteren erhoffen sie sich durch die Teilnahme an der Geburt einen positiven Effekt auf die Paarbeziehung sowie auf die Beziehung zu dem Neugeborenen selbst (5).

Neben den genannten positiven Erwartungen, welche die Männer als Motivation für eine Geburtsteilnahme äußern, hindern negative Erwartungen die Männer daran.

Laut einer Studie von David und Kentenich (28) wurden als Gründe gegen die Teilnahme an der Geburt vor allem folgende Befürchtungen aufgeführt: Die Angst davor, die Schmerzen der Partnerin mit ansehen zu müssen, Angst vor der Geburt selbst, fehlendes Wissen über die Geburt und den Ablauf der Geburt.

Auch bei den Vätern trägt eine unerfüllte persönliche Erwartungshaltung - in Kombination mit dem Gefühl der Hilflosigkeit, die Partnerin nicht unterstützen zu können - maßgeblich zu dem erhöhtem Stresslevel der Väter bei (67). Diese Diskrepanz zwischen der realen Erfahrung und der vorherigen Erwartung kann zu Frustrationsgefühlen führen (33).

1.3 Die Rolle des Mannes unter der Geburt

Das erste Geburtserleben von Vätern entspricht einer komplexen Situation mit teils widersprüchlichen Gefühlen. Diese werden in der Literatur beispielsweise als „Pendel zwischen Euphorie und Qual“ beschrieben (87). Mit der Geburt des Kindes beginnt für die Männer die Vaterschaft. Väter können im Vergleich zu ihren Partnerinnen ein geringeres Wissen über den Geburtsvorgang haben. Dies kann die subjektiv fehlende Kontrolle sub partu fördern und es den Vätern erschweren, sich in dieser neuen Rolle einzufinden. (74). Die werdenden Väter nehmen nicht nur eine externe Rolle als Beobachter der Geburt und des Geburtserlebens des Partners ein, sie sind auch selbst in der unterstützenden Rolle Teil der Geburt und somit emotional stark involviert (33, 67). Deshalb benötigt der Vater oft selbst Unterstützung. Die zugrunde liegende Überforderung kann das Resultat einer ungenügenden Vorbereitung sein (33).

Chapman (24) identifiziert drei grundlegende Rollenmuster der werdenden Väter: Der aktive Unterstützer (coach), der Teampartner (teammate) und der Zeuge des Geschehens (witness). Welche Rolle der werdende Vater einnimmt, hängt stark von dem Verständnis und dem Austausch des Paares untereinander ab (24).

Übernimmt der Mann die Rolle des „Coaches“, führt dieser seine Partnerin aktiv während der Wehentätigkeit mit Atem- und Entspannungstechniken durch die Geburt. In dieser Rolle sahen sie sich als „Manager“ mit einem starken Kontrollbedürfnis. Hierbei empfanden Frauen das Verhalten ihrer Partner als notwendig, um bei der Geburt selbst die Kontrolle zu behalten (24).

Übernimmt der Mann die Rolle des „Teampartners“, unterstützt er die Frau während der Geburt, indem er auf Forderungen seiner Frau nach physischer oder emotionaler Unterstützung reagiert. Diese Männer empfanden sich als Partner und Helfer während des Geburtsprozesses. Das Ausmaß der Hilfe wurde den Bedürfnissen der Partnerin angepasst. Dieser Typ Mann hatte weniger das Bedürfnis, Kontrolle während der Geburt auszuüben, da sie davon ausgingen, ohnehin keine Kontrolle über die Partnerin oder gar die Geburt zu erlangen. Sie verließen sich hinsichtlich des Geburtsprozesses auf ihre Partnerin und das medizinische Personal. Die Partnerinnen dieser Männerrolle hatten ein starkes Bedürfnis, dass die Männer bei der Geburt anwesend sind (24).

Die dritte von Chapman definierte Rolle ist der „Zeuge“. Diese Rolle wurde von den meisten Männern eingenommen. Diese „Zeugen“ sahen sich vor allem als Begleiter für die emotionale und physische Unterstützung. Hauptmotiv dieser angehenden Väter war es, die Geburt des Kindes miterleben zu wollen. Dieser Rollentyp war weniger an der aktiven Gestaltung beteiligt. Vielmehr widmete er sich Aktivitäten wie Lesen, Spaziergehen oder Fernsehschauen. Hierbei gingen die betroffenen Männer davon aus, dass sie wenig tun können, um ihre Partnerin zu unterstützen. Außerdem war das Kontrollbedürfnis nur gering ausgeprägt. Für die Harmonie innerhalb der Beziehung mit diesen Männern war es entscheidend, dass die Erwartungshaltung der Frauen auf die reine Präsenz beschränkt war (24).

Neben den genannten Rollenbildern gibt es jedoch auch oft die Situation, in denen Männer ihre Rolle und ihre Aufgabe im Kreißaal nicht klar definieren können oder diese wechseln (66). Daher nehmen sie oft eine passive Rolle ein und sehen sich selbst weniger als Unterstützung, sondern vielmehr als hinderlich (67). Obwohl Männer ihren eigenen Beitrag oft als weniger hilfreich betrachten, erachten sie in einer Studie ihre Anwesenheit unter der Geburt insgesamt doch als sinnvoll. Entsprechend hier zu schätzen Frauen die Anwesenheit ihres Partners positiver ein (22). Die oft unklare Rolle des Mannes während der Geburt resultiert vermutlich auch aus den unterschiedlichen Erwartungshaltungen von Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, Gebärenden sowie den (werdenden) Vätern selbst (67).

Johnson (67) stellte in seiner Studie die Frage, welche Rolle die Männer sich während der Geburt selbst zugeordnet haben. Die Mehrheit gab an, ihre Partnerin unterstützen (73,6%) oder eine Beziehung zu ihrem Kind aufbauen zu wollen (15%). 83% der Männer in dieser Studie gaben an, dass sie auf eine aktive Rolle während der Geburt hofften. Dies lässt vermuten, dass eine Diskrepanz zwischen der Erwartungshaltung der Männer bezüglich ihrer Rolle und der tatsächlichen Rolle im Kreißaal besteht (67).

1.4 Einflussfaktoren auf das Geburtserleben

1.4.1 Einflussfaktoren auf das Geburtserleben der Frauen

Bereits seit geraumer Zeit versucht man, die subjektive Geburtserfahrung der Mütter genauer zu verstehen. Lange nahm man an, dass das Ausmaß der Schmerzen unter der Geburt eine zentrale Rolle bezüglich des Geburtserlebens spielt (92). Es konnte jedoch gezeigt werden, dass es keinen direkten Zusammenhang zwischen dem Geburtserleben und den sub partu empfundenen Schmerzen gibt (81, 113) und eine effektive Analgesie kein zufriedenstellenderes Geburtserleben sicherstellt (81). Mütter, die die Geburt als sehr schmerzhaft empfanden, gaben häufig ein hohes Zufriedenheitsmaß an, wohingegen geringe Schmerzen nicht zwangsläufig mit einer hohen Zufriedenheit bezüglich des Geburtserlebens einhergingen (81). Es wurde sogar angenommen, dass sich das Erleben von Schmerzen und Zufriedenheit gegenseitig ausschließen (103).

Hodnett (58) untersuchte in einem systematischen Review insgesamt 137 Artikel, die das Geburtserleben von Frauen und deren Einflussfaktoren thematisierten. Folgende vier Faktoren mit wesentlichem Einfluss auf ein positives Geburtserleben konnten identifiziert werden: 1. die persönliche Erwartung, 2. die Unterstützung der Hebammen und Ärzte, 3. die Qualität der Beziehung zwischen der Patientin und dem medizinischen Personal sowie 4. die Einbeziehung der Patientin in Entscheidungen. Diese Faktoren haben eine größere Bedeutung als der Einfluss von Alter, Ethnizität, sozioökonomischem Status, Geburtsvorbereitung und -umgebung, Schmerzen, Immobilität, medizinische Interventionen oder sogar die Kontinuität der Betreuung (58).

Die Autoren einer schwedischen Studie (114) erforschten ebenfalls die Risikofaktoren für ein negatives Geburtserleben. Sieben Prozent der Frauen dieser Studie gaben an, die Geburt negativ erlebt zu haben. Die Risikofaktoren waren hierbei: 1. Faktoren in Bezug auf unterwartete medizinische Probleme wie bspw. Notsectiones, Einleitungen, die Verlegung des Kindes in eine neonatale Einrichtung o.ä., 2. Faktoren in Verbindung mit dem Sozialleben der Frau, wie bspw. eine ungewollte Schwangerschaft und fehlende Unterstützung des Partners, 3. Faktoren im Zusammenhang mit den Erfahrungen der Frau während der Geburt sowie Kontrollverlust und Schmerzen und 4. Faktoren, die eher von Bezugspersonen beeinflusst werden. Hierzu zählen die Zeit, in der die Schwangere Fragen während

der Schwangerschaftsvorsorge stellen kann, fehlende Unterstützung während der Geburt, sowie das Schmerzmanagement (114). Der Autor dieser Studie zeigte bereits in einer früheren Studie aus dem Jahr 1999, dass die Einbindung in den Geburtsprozess und die daraus resultierende gefühlte Kontrolle sowie die Unterstützung durch die Hebamme mit positiven Erlebnissen assoziiert sind, wohingegen Angst, Schmerzen und die Geburt des ersten Kindes mit einem negativen Geburtserleben in Verbindung gebracht werden (112).

Eine weitere Studie konnte zeigen, dass Frauen, die einen Geburtsvorbereitungskurs besucht haben, zwar weniger Schmerzen während der Geburt, jedoch keine höhere Zufriedenheit im Hinblick auf das Geburtserleben hatten (16). Salmon und Drew (91) fanden, dass Frauen mit einem Geburtsvorbereitungskurs die Geburt als weniger quälend empfinden. Jedoch hatte es hier keinen Einfluss auf den Geburtsverlauf.

In einer schwedischen Studie (114) hatten die Frauen, die nicht an einem Vorbereitungskurs teilnahmen, ein geringeres Risiko für ein schlechtes Geburtserleben. Dies wurde von den Autoren jedoch damit begründet, dass diese Kurse vorrangig von Frauen besucht werden, die ihr erstes Kind erwarten und dies entsprechend mit einem negativen Geburtserleben assoziiert ist (114).

Eine weitere Studie (2), in welcher Frauen eine 4-monatige Geburtsvorbereitung erhielten, empfanden die Geburt als deutlich weniger schmerzhaft. Ferner gab es eine bessere Kommunikation mit der Hebamme oder dem Frauenarzt intrapartal. Auch waren diese Frauen mehr in die Entscheidungen eingebunden vor, unter und nach der Geburt als die Vergleichsgruppe und hatten einen signifikant höheren SIL (Salmon Item List)-Score. Ergänzend hatten auch mehr Frauen einen SIL-Score über 70, was die Grenze zwischen einem guten und schlechten Geburtserleben markiert (2).

Im Gegensatz zum Bildungsstatus hat die Erwartungshaltung einen Einfluss auf das psychische Resultat der Geburt (51): Frauen ohne große Erwartungshaltung hatten ein weniger erfüllendes Geburtserleben. Das gleiche konnte bei den Erwartungen bezüglich der intrapartalen Schmerzen aufgezeigt werden: Frauen in Erwartung einer schmerzhaften Geburt erlebten diese auch als sehr schmerzhaft, wohingegen Frauen, die bevorzugt ohne Schmerzmittel entbinden wollten, dieses Ziel auch häufiger erreichten und beurteilten im Zuge dessen die Geburt positiver (51).

Depressive Verstimmungen zu Beginn der Schwangerschaft werden mit einem negativen Geburtserleben assoziiert. So erlebten beispielsweise solche Frauen die

Geburtsschmerzen als besonders schlimm, die bereits vor der Geburt entsprechende Befürchtungen hatten. Entsprechend waren Frauen mit einer positiveren Einstellung insgesamt weniger stark durch die Schmerzen belastet (114). Des Weiteren sind Informationen und Kontrolle wichtige Komponenten für das Geburtserleben. Frauen, die subjektiv ein ausgewogenes Informationsmaß vor und während der Geburt hatten, zeigten insgesamt ein besseres Geburtserleben (51). Übereinstimmend hierzu war ein Kontrollverlust während der Geburt mit einem schlechteren Geburtserleben verbunden (51).

Auch der Geburtsmodus hat einen signifikanten Einfluss auf das Geburtserleben. Hierbei unterscheiden sich jedoch die Studienergebnisse. Nach Salmon und Drew (91) haben Frauen nach einer Sectio ein negativeres Geburtserleben als Frauen mit Spontanpartus. Stadlmayr et al. (105) konnten ebenfalls eine negative Korrelation zwischen dem Ausmaß des ärztlichen Eingreifens und dem Geburtserleben - in Bezug auf die Dimension „negative emotionale Erfahrungen“ der Salmon's Item List - zeigen. Während der Spontanpartus am positivsten bewertet wurde, wirkte sich eine operative Geburt in unterschiedlichem Ausmaß negativ auf das Geburtserleben aus (105). Auch Bossano et al. (15) zeigten in einer Befragung von Frauen 10 Jahre und mehr post partum mittels Salmon's Item List, dass der Geburtsmodus auch nach einer so langen Zeit das Geburtserleben der Frauen noch prägt; auch hier war eine vaginale Entbindung mit einem besseren Geburtserleben assoziiert als eine Sectio. Eine schwedische Studie kam zu dem Ergebnis, dass eine lange Geburtsdauer und insbesondere eine Notsectio sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern zu einem negativeren Geburtserleben führen (83). Wenn Frauen eine elektive Sectio bei ihrer ersten Geburt oder ein negatives Erlebnis hatten, erhöht sich das Risiko, bei der folgenden Geburt ein negatives Erleben zu haben. Generell werden medizinische Eingriffe wie Einleitungen, PDA, eine verlängerte Geburtsdauer, operativ vaginale Entbindungen sowie Notsectiones als negative Einflussfaktoren auf das Geburtserleben bewertet, elektive Sectiones jedoch nicht (114). Allerdings fanden Spaich et al. (100) keine signifikanten Unterschiede in dem Geburtserleben in Abhängigkeit von dem Geburtsmodus bei den Frauen, gemessen an dem SIL-Ger. Eine große österreichische Studie von Schindl et al. (93) kam zu einem anderen Ergebnis: Frauen mit einer elektiven Sectio haben ein besseres Geburtserleben als Frauen nach einer vaginalen Entbindung, gefolgt von einer Notsectio und einer Vacuumextraktion als Geburtsmodus mit dem schlechtesten Geburtserleben. Auch

Blomquist et al. (11) fanden, dass Mütter mit einer geplanten Sectio ein besseres Geburtserleben hatten als Mütter mit einer geplanten vaginalen Geburt (11).

1.4.2 Einflussfaktoren auf das Geburtserleben der Männer

Die werdenden Väter sind sowohl während der Schwangerschaft als auch während der Geburt zusätzlichem Stress ausgesetzt. Den höchsten Stress erleben die Männer, die bei der Geburt anwesend waren. Insbesondere bei solchen Männern, die ihre Erwartungen an die eigene Rolle während der Geburt nicht erfüllen konnten oder sich unter Druck gesetzt fühlten, waren erhöhte Stresslevel nachweisbar (67).

Eine qualitative Studie von Hallgren et al. (53) zeigte, dass die Männer die Geburt als anstrengender empfanden als vorher angenommen. Sie fühlten sich unvorbereitet in Bezug auf die Unvorhersehbarkeit des Prozesses, der Dauer der Geburt und der Schmerzen der Gebärenden. Auch das Verhalten der Partnerin sowie die eigenen Reaktionen waren wichtige Aspekte. Die Männer, die nach Ansicht der Autoren wesentlich in der Geburt involviert waren, konnten besser mit dem Gefühl der Hilflosigkeit umgehen, waren positiver gegenüber dem Erstkontakt mit dem Neugeborenen und eine bessere Unterstützung für die Gebärenden (53). Auch Awad und Bühling (5) konnten in ihrer Studie zeigen, dass Männer es als hilfreich empfanden, wenn sie ihre Partnerin unterstützen konnten. Ebenfalls wirkte es beruhigend auf die Männer, wenn im Notfall ein Ärzteteam rasch anwesend sein konnte. Wenn die Hebamme einen professionellen Eindruck erweckte, hatte auch dies eine beruhigende Wirkung auf die werdenden Väter (5). Väter müssen sich bezüglich der medizinischen Versorgung der Mutter sicher sein und wollen eingebunden und unterstützt werden, um ein positives Geburtserleben zu haben (62).

Junge Väter und Väter, die ihr erstes Kind erwarten, fühlen sich vermehrt während der Geburt unwohl. Dennoch gaben die werdenden Väter in einer Studie an, dass ihre Anwesenheit während der Geburt wichtig war, um in die Rolle des Vaters hinein zu wachsen. Des Weiteren wird die Wichtigkeit der Hebamme beschrieben, die die Väter unterstützt und so den Vätern ein Gefühl von Sicherheit und Wohlbefinden gibt (111).

Wenn die Väter stark in die Geburt einbezogen wurden und zusammen mit der Unterstützung der Hebamme für die Gebärende eine helfende Rolle übernehmen konnten, war dies für beide Partner erfüllend. Generell verbessert es das Geburtserleben, wenn die Väter von der Hebamme als Individuum wahrgenommen werden und in der schwierigen Position des Vaters unterstützt werden (87). Auch Hildingsson et al. (56) belegten den Einfluss der Hebamme auf das Geburtserleben der Männer. Die kontinuierliche Betreuung der Hebamme sowie ein konstanter Informationsfluss bezüglich des Geburtsverlaufs wirkten sich positiv auf das Geburtserleben der Väter aus. Auch hier wird wieder die Bedeutung der Wahrnehmung des Mannes als Individuum unterstrichen (56). Dies wird in einer Studie von Bäckström und Hertfelt Wahn (7) bestätigt. Väter fühlten sich hier beispielsweise unterstützt, wenn sie intrapartal Fragen stellen oder sich selbstständig entscheiden konnten, ob sie sich in einer Situation einbringen wollen oder nicht. Als Individuen des „labouring couple“ fühlten sie sich hilflos, wenn sie sich ausgeschlossen fühlen. Dies kann zu einem Gefühl von Panik führen und letztendlich die unterstützende Rolle für die Gebärende negativ beeinflussen (7).

Wenn Männer adäquat vorbereitet wurden, wirkte sich dies sowohl prä- als auch intrapartal positiv auf ihre Rolle als Unterstützer aus; die Männer können besser mit Ängsten bezüglich der Schmerzen der Frau umgehen. Auch die Gebärenden fühlten sich von ihrem Partner besser unterstützt, sodass das gemeinsame Geburtserleben des gebärenden Paares verbessert werden kann (117).

Der Geburtsmodus hat ebenfalls einen Einfluss auf das Geburtserleben von Männern. Chan und Paterson-Brown (22) fanden in ihrer Studie, dass Männer gerne bei der Geburt anwesend sind. Die meisten Väter bewerteten die Geburtserfahrung als „bereichernd und angenehm“. Generell empfanden die Männer eine vaginale Entbindung als weniger traumatisch als eine operative Entbindung (22). Greenhalgh (52) bestätigte, dass Männer, deren Kinder per Sectio entbunden wurden, ihr Kind sechs Wochen nach der Geburt mit mehr negativen Adjektiven beschrieben als Väter, deren Kinder natürlich geboren wurden.

Des Weiteren kann die Beziehung zwischen den werdenden Eltern während der Geburt sehr wichtig sein; Spannungen können es den Vätern erschweren, eine adäquate Unterstützung für ihre Partnerin zu sein, und den Müttern, diese Unterstützung anzunehmen (33).

1.5 Geburtsvorbereitung

1.5.1 Allgemeine Geburtsvorbereitung

Erste Geburtsvorbereitungskurse gab es in den 1950er Jahren, um Frauen durch das Erlernen von Entspannungsübungen auf die Geburt vorzubereiten (78). Die Männer sind erst seit Beginn der 1980er Jahre vermehrt bei Geburtsvorbereitungskursen anwesend (8, 116). Auch wenn sich die kulturelle und professionelle Einstellung dahingehend entwickelt hat, die Anwesenheit von Vätern im Kreißsaal zu unterstützen und zu fördern, so wird jedoch wenig auf ihre Bedürfnisse eingegangen (41). Auf die Frage, wie man die Geburtsvorbereitung für die Männer besser gestalten könnte, wurden insbesondere die Möglichkeiten zur Unterstützung der Partnerin genannt. Des Weiteren waren Informationen bezüglich des Geburtsablaufs sowie über das Umfeld im Kreißaal von Interesse (30). Die scheinbar unzureichende Adressierung der männlichen Bedürfnisse in den „traditionellen“ Geburtsvorbereitungskursen führte zur Etablierung von väterspezifischen Kursen (39, 47), die sich ausschließlich der männlichen Perspektive widmeten (18, 88).

1.5.2 Männervorbereitungskurse

Die meisten Väter bereiten sich in der heutigen Zeit in irgendeiner Art auf die Geburt vor. Dies geschieht meist in Form von Gesprächen mit Freunden, Bekannten und medizinischem Personal, insbesondere jedoch mit der Partnerin (5, 30). Ergänzend werden auch Bücher und Zeitschriften zur Vorbereitung genutzt (30). An einem gemeinsamen Geburtsvorbereitungskurs nehmen nur max. ein Viertel teil. 91 Prozent fanden in einer Studie von Awad und Bühling diese Vorbereitung rückblickend jedoch ausreichend (5). Eine Studie mit knapp 700 Vätern in Berlin zeigte, dass die werdenden Väter oftmals selbst bei der Geburt überfordert waren und entsprechend Unterstützung benötigten. Auch wenn sich 90% dieser Väter vor der Geburt ausreichend vorbereitet fühlten, revidierte rund die Hälfte der Männer postpartal ihre Einschätzung (30). Viele Männer wollen sich von der väterlichen Rolle der vorhergehenden Generationen lösen, es ist jedoch noch unklar, wie dies auch in der Praxis umgesetzt werden soll (49). Der klassische Geburtsvorbereitungskurs für Paare ist möglicherweise als Vorbereitung auf die Geschehnisse der Geburt nicht

ausreichend, folglich wird eine Geburtsvor- und Nachbereitung speziell für Männer empfohlen (39).

Wöckel et al. (117) konnten in einer Studie aus dem Jahr 2007 belegen, dass bereits ein einstündiger Männervorbereitungskurs positive Auswirkungen haben kann. Die werdenden Väter, welche den Kurs besucht hatten, fühlten sich besser in der Lage, ihre Partnerin sowohl vor der Geburt als auch während der Geburt zu unterstützen. Frauen, deren Männer den Kurs besucht hatten, fühlten sich von ihren Partnern besser unterstützt. Des Weiteren konnte die Angst der Männer, ihre Frauen leiden zu sehen, minimiert und das gesamte Geburtserleben des Paares verbessert werden (117).

1.6 Zielsetzung der Studie

Das Ziel dieser Studie war es, den Einfluss eines Männervorbereitungskurses auf das Geburtserleben zu untersuchen.

Hauptfragestellungen waren:

1. Haben Männer, die den Männervorbereitungskurs besucht haben, ein besseres Geburtserleben - gemessen durch die Salmon's Item List in der deutschen Fassung nach Stadlmayr - als Männer, die diesen Kurs nicht besucht haben?
2. Haben Frauen, deren Männer den Männervorbereitungskurs besucht haben, ein besseres Geburtserleben - gemessen durch die Salmon's Item List in der deutschen Fassung nach Stadlmayr - als Frauen, deren Männer diesen Kurs nicht besucht haben.

Nebenfragestellungen dieser Studie waren:

3. Kann die Sectiorate der Frauen durch eine Kursteilnahme ihrer Männer am Männervorbereitungskurs signifikant gesenkt werden?
4. Kann die PDA-Rate der Frauen durch eine Kursteilnahme ihrer Männer am Männervorbereitungskurs signifikant gesenkt werden?

5. Haben Männer mit einer höheren Schulbildung ein besseres Geburtserleben - gemessen durch die Salmon's Item List in der deutschen Fassung nach Stadlmayr - als weniger gebildete Männer?
6. Haben Frauen mit einer höheren Schulbildung ein besseres Geburtserleben - gemessen durch die Salmon's Item List in der deutschen Fassung nach Stadlmayr - als weniger gebildete Frauen?

Im ergänzenden qualitativen Studienabschnitt wurde der Fokus auf folgende Fragestellungen gelegt:

7. Hat der Partner eine Bedeutung bei der Aufarbeitung der Geburtserlebnisse?
8. Wirken sich Kontrolle, kontinuierliche Betreuung, Entscheidungsteilnahme und die Konzentration auf sich intrapartal auf das Geburtserleben aus?

2. Material und Methoden

2.1. Studiendesign

2.1.1 Der Männervorbereitungskurs im Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus

Der Männervorbereitungskurs (MVK) findet einmal im Monat am Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus (EASK) statt, umfasst ein Programm von 90 Minuten und ist auf max. 30 (werdende) Väter begrenzt. Die Anmeldung erfolgt formlos über das Kliniksekretariat. Ziel ist es, die Teilnehmer auf ihre Rolle im Kreissaal vorzubereiten, wobei der Kurs ausdrücklich nicht als Ersatz für die Paar-Vorbereitungskurse dienen soll. Das Konzept dieses Kurses zielt darauf ab, ein Umfeld zu schaffen, indem auf die Erwartungen, sensiblen Fragen, Bedürfnisse und Ängste der Männer im Hinblick auf die Geburt eingegangen wird. Um dies zu erreichen, vereinbaren die Teilnehmer Diskretion bezüglich der persönlichen besprochenen Probleme. Der Chefarzt der Geburtshilfe des EASK und Leiter des MVK hat insgesamt 18 Kernaussagen für die teilnehmenden Männer entwickelt. Sie sind das Ergebnis einer dreißigjährigen Berufserfahrung im Bereich der Geburtshilfe. Die Kernaussagen dienen als Orientierungshilfe unter der Geburt und werden den Teilnehmern in Form einer handlichen Karte mitgegeben. Sie lauten wie folgt:

- Deine Frau ist eine Andere unter der Geburt - für sie ist alles erlaubt.
- Es geht darum, nicht zu stören.
- Deine Anwesenheit ist hilfreich genug.
- Lenk deine Frau nicht ab.
- Reagiere nur auf ihre Wünsche und hilf ihr, solche zu formulieren.
- Respektiere ihre Entscheidungen.
- Beobachte die Zusammenarbeit deiner Frau und der Hebamme.
- Frage nur das Nötigste.
- Häng den Werkzeugkoffer an die Wand, es gibt nichts zu tun.
- Sorge für dich, damit deine Frau das nicht auch noch tun muss.
- Bleib am Kopf deiner Frau.
- Fotografiere mit deinen Augen, dann bleibt die Geburt ein Geheimnis.
- Geh raus oder lass dich rausschicken, wenn nötig.
- Halte Hilflosigkeit, Angst und Ohnmacht aus.

- Hilf deiner Frau, die Geburt aufzuarbeiten.
- Der Weg ist das Ziel.
- Nicht dabei zu sein ist weder lieblos noch feige, sondern manchmal sinnvoll.
- Mann kann nicht versagen (außer du hältst dich nicht an die Regeln).

Das Postkartenformat erlaubt es, diese problemlos auch bei der Geburt mitzuführen.



Abb. 1: Karte mit den Kernaussagen des Männervorbereitungskurses

2.1.2. Studienaufbau

Diese prospektive Studie gliedert sich in zwei Abschnitte:

- (1) Der quantitative Studienabschnitt umfasst die getrennte Paarbefragung mit Hilfe eines Fragebogens.
- (2) Im qualitativen Studienabschnitt werden die Paare in strukturierten Leitfadeninterviews ergänzend befragt.

2.1.2.1 Quantitativer Studienabschnitt

Der Fragenkatalog des quantitativen Studienabschnitts gliedert sich in zwei Teile:

- einen selbstentwickelten, nicht evaluierten Anamnesefragebogen
- die deutsche Version der Salmon's Item List nach Stadlmayr.

Der Anamnesefragebogen wurde eigens für diese Studie entwickelt und stellt eine modifizierte Version des Befragungsbogens von Awad und Bühling über „Väter im Kreißsaal“ (5) sowie eines Fragebogen von David et al. dar, der als Grundlage diverser Studien zur Anwendung kam (27, 29, 31, 32).

2.1.2.1.1 Anamnesefragebogen

Der selbstentwickelte Fragebogen basiert auf dem Multiple-Choice Prinzip. Der Fragebogen beinhaltet 17 Fragen zu den Themen Geburtsmodus, Geburtsvorbereitung, bisherige Geburtsteilnahme, Erwartungshaltung in Abhängigkeit von Ängsten und Befürchtungen sowie Bildungsstatus. Zudem wurden die Teilnehmer nach den Gründen gefragt, warum sie sich für oder gegen die Anwesenheit des Mannes im Kreissaal entschieden hatten. Mehrfachnennungen sind bei der Beantwortung des Fragebogens möglich. Der vollständige Fragenkatalog findet sich im Anhang.

2.1.2.1.2 Salmon's Item List in der deutschen Fassung nach Stadlmayr

Salmon et al. (1990) (92) entwickelten unter der Annahme einer Mehrdimensionalität der Geburtserfahrung einen Fragebogen (=Salmon's Item List (SIL)), um diese abzubilden. Hierbei wurden Adjektive verwendet, die Frauen von sich aus in Interviews verwendeten, um ihre Geburtserfahrung zu schildern (92, 103). Diese Adjektive konnten zwei Dimensionen zugeordnet werden: die Dimension „Erfülltheit“ beinhaltet Leistung („Achievement“) und Erfülltheit („Fullfillment“), während die Dimension „emotionale Adaptation“ sich auf Disstress („Distress“) und Freude („Pleasure“) bezieht. Insbesondere die Dimension „Erfülltheit“ wurde zwar zuvor von Morgan et al. (1982) (81) verwendet, jedoch haben Salmon et al. dies weiter vertieft

(91, 92, 103). Die „Erfülltheit“ der Frau bezüglich der Geburt ihres Kindes ist laut Salmon et al. (91) eher auf das aktive intrapartale Eingebundensein der Gebärenden zurückzuführen, als auf die passive Zufriedenheit mit dem Outcome der Geburt. Die intrapartal empfundenen Schmerzen („painfulness“) und Schwierigkeiten der Geburt („difficulty“) konnten keiner der beiden Dimensionen („Erfülltheit“ und „emotionaler Adaptation“) zugeordnet werden. Daher wurde die eigenständige Dimension „physisches Unwohlsein“ („physical discomfort“) etabliert (39, 91, 92). Somit wurde die Komplexität des Geburtserlebens nun mit drei unabhängigen Dimensionen beschrieben: Erfülltheit, emotionaler Adaptation/Distress und physisches Unwohlsein (91, 92, 103).

Stadlmayr et al. (103) verwendeten 2001 die Salmon´s Item List in einer von ihnen übersetzten deutschsprachigen Fassung und bestätigten die Multidimensionalität sowie die non-lineare Beeinflussung der oben beschriebenen drei Dimensionen („Erfülltheit“, „physisches Unbehagen“ und „emotionale Adaptation/Distress“). Des Weiteren kamen Stadlmayr et al. zu dem Ergebnis, dass in der deutschen Version der Salmon´s Item List (SIL-Ger) nicht nur die intrapartalen Erfahrungen multidimensional sind, sondern auch die postpartale Dimension, genannt „negatives emotionales Erleben“, hinzugefügt werden sollte. Diese Dimension der „postpartalen Enttäuschung“ („enttäuscht“, „betrogen“, „deprimiert“), bezüglich der Geburt weist keine negative Korrelation mit der Dimension „Erfülltheit“ auf (103). Zu den Unterschieden zur Bewertung emotionaler Qualitäten wurde angemerkt: Die Notwendigkeit dieser vierten Dimension in der deutschsprachigen, übersetzten Salmon´s Item List (SIL-Ger) im Vergleich zur englischsprachigen Originalfassung (SIL-Eng) kann auch durch die andere Fallzahl von 110 Probanden bei Salmon et al. (1990) im Vergleich zur Schweizer Studie von Stadlmayr et al. mit 251 Probanden verstärkt werden. Des Weiteren unterscheidet sich der Befragungszeitpunkt. Während die Studie von Salmon einen Befragungszeitraum von 24 bis 48 Stunden nach der Entbindung wählte, war der Befragungszeitraum von Stadlmayr 48 bis 96 Stunden postpartum. Durch das Ergänzen der vierten Dimension, sowie der separaten Erfassung der Einzelvariablen (Items) „Dauer der Geburt“, „Angst“ und „Kontrolle“, welche keiner der genannten Dimensionen zugeordnet werden, erfüllt die SIL-Ger die Kriterien der Reliabilität und Validität zur mehrdimensionalen Erfassung des Geburtserlebens (103). Für einen detaillierten Vergleich der SIL-Eng und SIL-Ger siehe die nachfolgenden Abbildung 2 (103).

SIL-Eng	Faktoren und Items	SIL-Ger
betrogen	S11	F3 betrogen
Nicht enttäuscht	F1	enttäuscht
Nicht deprimiert		deprimiert
begeistert		F1 begeistert
glücklich		glücklich
Voller Freude		Voller Freude
zufrieden		Zufrieden
erfüllt		erfüllt
Voller Aufregung		Voller Aufregung
Ich kam gut klar		F2 Ich kam gut klar
Voller Vertrauen	S20	Voller Vertrauen
Nicht entspannt	F2	Entspannt
Nicht angenehm		angenehm
Schlechte Erfahrung		Gute Erfahrung
Nicht unter Kontrolle		S12 Nicht unter Kontrolle
ängstlich		S15 ängstlich
Die Zeit verging schnell		S18 Die Zeit verging schnell
erschöpft	F4	F4 erschöpft
Schmerzhaft		schmerzhaft
Nicht leicht		Nicht leicht

Abb. 2 Vergleich der SIL-Eng mit der SIL-Ger (103)

Legende:

F: Faktoren bzw. Dimensionen

F1: Fullfillment / Erfüllungtheit

F2: Good emotional Adaption / Emotionale Adaptation

F3: Negative Emotional Experience / Negatives Emotionales Erleben

F4: Physical Discomfort / Physisches Unwohlsein

S: Einzelne Items

Die SIL-Ger besteht aus 20 gegensätzlichen Begriffspaaren, welche die verschiedenen Zustände des Geburtserlebens abbilden. Die Probanden sollen bei den Begriffspaaren auf einer numerischen Scala von 1-7 die Ausprägung auswählen, die am ehesten den Gefühlszustand peripartal widerspiegelt. (91, 92, 103). Auch im Gesamtsummenscore zeigt die SIL-Ger eine sehr gute psychometrische Qualität mit einem Cronbach Alpha von 0.88 zwei bis vier Tage nach der Geburt, um das Geburtserleben in gut oder schlecht zu unterteilen (101, 104). Die kritische Grenze für eine Differenzierung zwischen einem guten und einem schlechten Geburtserleben liegt bei 70 Punkten. Es können maximal 120 Punkte auf der SIL-Ger erreicht werden, was dem bestmöglichen Geburtserleben entspräche (101, 104). Ein schlechtes Geburtserleben, das zwei bis vier Tage postpartal in Form eines geringen SIL-Ger Scores (< 70) erhoben wird, hat darüber hinaus einen prädiktiven Wert für ein möglicherweise anhaltendes Trauma (102, 104).

In dieser Studie wird die deutschsprachige Fassung der Salmon's Item List (SIL-Ger) zur Analyse des Geburtserlebens des Geburtspaares verwendet. Zwar findet die Datenerhebung 48 - 96 Stunden postpartal statt, jedoch bilden die Dimensionen der SIL-Ger unterschiedliche Zeitpunkte um die Geburt herum ab. Die beiden Dimensionen „physisches Unwohlsein“ („Schmerz“) und „emotionale Adaptation“ beziehen sich auf die Zeit unter der Geburt (intrapartal). Die Dimensionen „Erfülltheit“ und „negatives emotionales Erleben“ bilden hingegen den postpartalen Gefühlszustand ab (f1-f4) (39, 103). Die Items „Geburtsdauer“ (s18), „Angst“ (s15) und „Kontrolle“ (s12) werden separat erfasst. Die oben genannten Kriterien der SIL-Ger kamen auch in dieser Studie konsequent zur Anwendung.

2.1.2.2 Qualitativer Studienabschnitt

Die Daten für diesen Studienabschnitt wurden im Rahmen von fokussierte Interviews (Leitfadeninterviews) erhoben. Ziel war es, die Bedeutung des Partners für die Gebärende bei der emotionalen Verarbeitung der Geburt zu untersuchen. Ergänzend wurden intrapartale Einflussfaktoren auf das Geburtserleben (für Mütter und Väter) analysiert. Hinsichtlich der Bedeutung des Partners ist anzumerken, dass Mütter den

Verlauf der Geburt oft nur lückenhaft replizieren können. Eine entsprechende Kenntnis ist jedoch die Voraussetzung für die emotionale Verarbeitung. Indem die Partner ihre eigene Perspektive auf das Geschehene beitragen, könnten sie Lücken schließen und so einen positiven Einfluss auf die Verarbeitung der Geburt haben.

Für diesen Studienteil werden nur Paare zugelassen, welche den Studienkriterien entsprechen und die ihr erstes Kind bekommen haben. Hierdurch soll eine Verzerrung durch vorherige Geburtserfahrungen vermieden werden.

2.1.2.2.1. Leitfadeninterviews

Die Interviews wurden anhand eines vorab entwickelten Fragebogens als fokussierte Leitfadeninterviews durchgeführt. Der zugrunde liegende Fragenkatalog umfasst 20 Fragen und wurde in Zusammenarbeit mit Dr. med. W. Lütje und Prof. Dr. med. M. David erarbeitet. Einfluss hatten hierbei die drei C's nach Hundley: Kontinuität („continuity“), Entscheidungsbeteiligung („choice“) und Kontrolle („control“) (61). Diese fokussierte Interviewform ermöglicht es, „...die Themenreichweite zu maximieren und den Befragten die Chance zu geben, auch nicht antizipierte Gesichtspunkte zur Geltung zu bringen.“ (60).

Die Interviews wurden im Anschluss an die Geburtsnachbesprechung geführt und dauerten durchschnittlich 32 Minuten. Das kürzeste Interview dauerte 21 Minuten, das längste Interview dauerte 50 Minuten.

Nach der Anmeldung zur Nachbesprechung der Geburt mit dem Chefarzt der Klinik, Dr. med. W. Lütje, erfolgte die erneute Kontaktaufnahme, um das Paar über die Möglichkeit der Studienteilnahme zu informieren. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und unabhängig von der Nachbesprechung selbst, um negative oder positive Auswirkungen zu vermeiden. Vor dem Interview wurde das Paar erneut aufgeklärt und es erfolgte eine schriftliche Einwilligung, falls dies nicht bereits im Rahmen des quantitativen Abschnitts erfolgt war.

Es wurde bei der Planung und Entwicklung des qualitativen Abschnitts von etwa 20 benötigten Interviews mit jeweils einem Paar ausgegangen. In Kenntnis der Zwischenergebnisse sollte die Anzahl ggf. reduziert werden (inhaltliche Sättigung) oder aber erweitert werden, um eine gute Aussagekraft zu erreichen.

2.1.2.2.2 Reflexion der Interviews

Die Interviews wurden ausschließlich durch die Autorin und immer im Anschluss an die Geburtsnachbesprechung mit dem Klinikchefarzt durchgeführt. Daher waren die Studienpaare zum Zeitpunkt des Interviews nicht unbefangen. Vielmehr zeigten sie sich emotional bewegt. Die Gefühlszustände rangierten von erleichtert und freudig bis hin zu besorgt und anhaltend verängstigt.

Das Neugeborene der Studienteilnehmerinnen war bei 11 der letztlich 12 interviewten Paare während der Interviews jeweils mit dabei. Im Falle des 12. Paares betreute ein Kindermädchen das Neugeborene im Vorraum. Aufgrund einer sog. inhaltlichen Sättigung wurde die Durchführung der Leitfadeninterviews nach dem 12. Paarinterview beendet, da keine neuen Aspekte mehr zu erwarten waren.

Im Laufe der Studie war die Autorin selbst schwanger und hatte zum Ende der Studie - immer in vorheriger Absprache und Einverständnis mit dem teilnehmenden Studienpaar - auch ihr Neugeborenes dabei. Dies wirkte sich oftmals positiv auf die Bereitschaft aus, an der Studie teilzunehmen und förderte die Vertrauensbildung. Oftmals kannte die Autorin das Paar von dem Aufenthalt auf der Wochenbettstation. Auch das erschien positiv für das Vertrauensverhältnis.

Die Interviews wurden alle in einem separaten und ruhigen Raum geführt, um eine sichere Atmosphäre für das Paar zu schaffen sowie den Datenschutz zu gewährleisten.

2.1.2.2.3 Aufzeichnung

11 der 12 letztlich geführten Interviews wurden detailliert schriftlich festgehalten. Ein Interview wurde auf einem Diktiergerät (Yemenren 8 GB Digitaler Voice Recorder) aufgenommen. Die Transkription des letzten Interviews erfolgte durch die Autorin. Nach der Transkribierung wurde das Interview gelöscht.

2.2 Studienplanung und -durchführung

2.2.1 Datenerhebung

Vor Beginn der Studie wurde die Zustimmung der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg eingeholt sowie eine Fallzahlberechnung vorgenommen. Die Datenerhebung im Ev. Amalie-Sieveking-Krankenhaus in Hamburg begann im Mai 2017 und wurde im Januar 2019 abgeschlossen.

2.2.2 Rekrutierungsmethoden

Die Rekrutierung des Kurses findet erstmals am Informationsabend für werdende Eltern im Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus statt. Dort werden die Eltern über das Angebot des Männervorbereitungskurses sowie die derzeit stattfindende Studie informiert. Während der Geburtsanmeldung wird erneut auf den Männervorbereitungskurs aufmerksam gemacht. Beim Männervorbereitungskurs wurden die Männer ausführlich über die Studie informiert und von Dr. med. W. Lütje aufgeklärt. Die entsprechenden Unterlagen erhielten die Probanden zusammen mit ihren Partnerinnen jedoch erst post partum.

2.2.3 Studienablauf

2.2.3.1. Quantitativer Studienabschnitt

Am 2. Tag post partum wurde allen Paaren, welche die Einschlusskriterien erfüllten, eine Studienteilnahme angeboten. Im Rahmen dessen wurde das Paar erneut ausführlich über die gesamte Studie aufgeklärt und bei Studieninteresse die Unterlagen ausgehändigt: Ein Informationsblatt zum Studiendesign, die Datenschutzerklärung, eine Einverständniserklärung, die Fragebögen, bestehend aus dem eigenhändig erfassten Anamnesefragebogen und der SIL-Ger sowie ein Briefumschlag. Falls nicht beide Partner anwesend waren, wurde der jeweilig aufgeklärte Partner gebeten, die Informationen an den abwesenden Partner weiterzugeben und das Einverständnis zu besprechen. Die Paare wurden gebeten, die Fragebögen getrennt voneinander zu bearbeiten und zeitnah mit der

Einverständniserklärung in dem Briefumschlag in den dafür vorgesehen geschlossenen Briefkasten auf Station einzuwerfen. Im Anschluss wurden die Umschläge von der Autorin eingesammelt und pseudonymisiert.

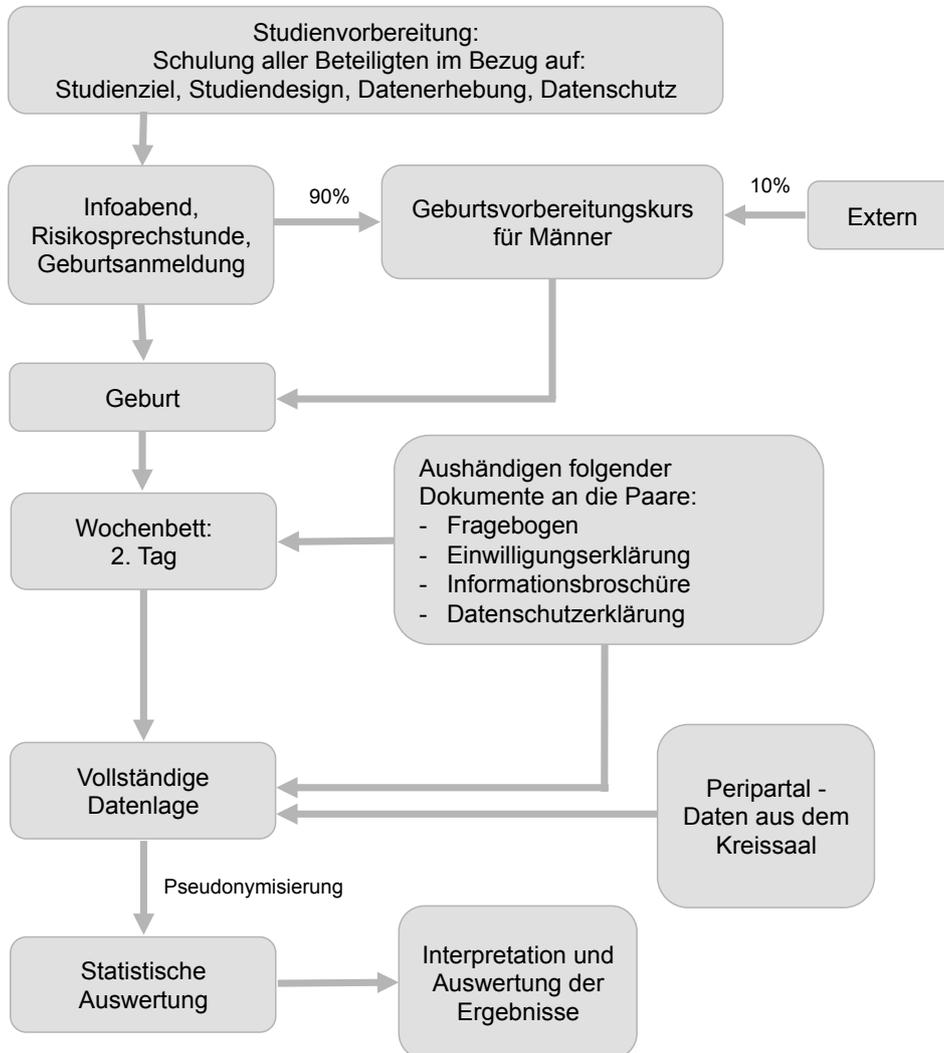


Abb. 3: Flussdiagramm zum Studienablauf des quantitativen Studienabschnitts

2.2.3.2 Qualitativer Studienabschnitt

Es wird jeder Frau, die am Ev. Amalie-Sieveling-Krankenhaus entbindet, eine Geburtsnachbesprechung bei dem Chefarzt der Klinik, Dr. med. W. Lütje, angeboten. Wenn sich ein Paar zu einer Nachbesprechung anmeldet, wurde dies der Autorin durch das Sekretariat mitgeteilt. Daraufhin wurde überprüft, ob dieses Paar die Einschlusskriterien erfüllte. Außerdem mussten beide Partner bei der Nachbesprechung und somit bei dem anschließenden Interview anwesend sein. Im Falle der Einwilligung zur Teilnahme erfolgte eine erneute Aufklärung über noch offene Fragen durch die Autorin (siehe Abb. 4).

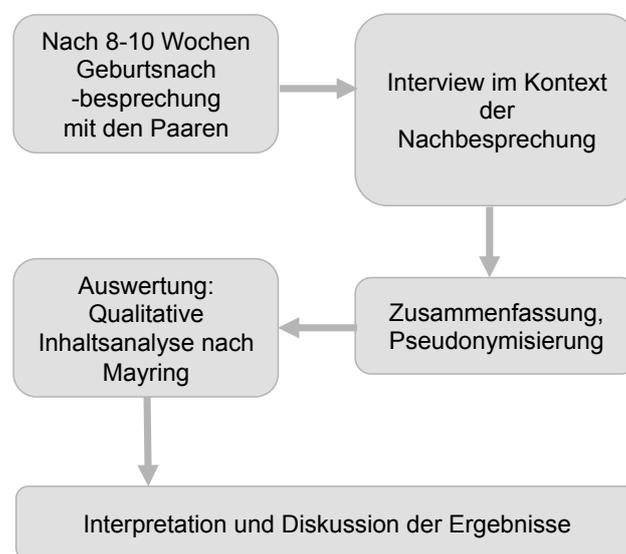


Abb. 4: Flussdiagramm zum Studienablauf des qualitativen Studienabschnitts

2.2.4 Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnehmer

2.2.4.1. Einschlusskriterien

Es wurden alle Paare berücksichtigt, die am zweiten Tag nach der Entbindung auf der Wochenbettstation anwesend waren. Für die Studienteilnahme mussten weiterhin die folgenden Kriterien erfüllt sein: (1) Erfolgte Aufklärung, (2) schriftliche Einwilligung beider Partner und (3) Geburt eines gesunden Kindes.

Der Einschluss in den qualitativen Abschnitt erforderte außerdem, dass es sich bei der Geburt um die erste Entbindung handelt und beide Partner am Interview teilnahmen.

2.2.4.2 Ausschlusskriterien

Paare ohne eine vorliegende schriftliche Einwilligung wurden aus der Studie ausgeschlossen. Eine Volljährigkeit sowie ausreichende Deutschkenntnisse waren erforderlich. Ebenfalls wurden keine Paare berücksichtigt, deren Kinder tot geboren oder zum Befragungszeitpunkt bereits verstorben waren. Frauen mit einer ambulanten Geburt oder solche mit einer intensivpflichtigen Betreuung (peri- oder postpartal), wurden nicht berücksichtigt. Minderjährige Eltern sowie Paare mit der Unterbringung in einer psychiatrischen oder ähnlichen Einrichtung auf gerichtliche oder behördliche Anordnung eines oder beider Partner wurden ebenfalls aus der Studie ausgeschlossen. Zudem wurden nicht einwilligungsfähige Probanden und Probandinnen ausgeschlossen. Gleichgeschlechtliche Paare wurden ebenfalls nicht in die Studie eingeschlossen.

2.3 Auswertungen

2.3.1 Statistische Analyse des quantitativen Studienabschnitts

Die statistischen Berechnungen wurden mit Unterstützung von Herrn Dr. phil. Andreas Kögel vom Institut Schreier (Institut für die Konzeption, Durchführung und Auswertung von (...) wissenschaftlichen Umfragen, Oroszlány Weg 16, 73207 Plochingen, Deutschland) durchgeführt:

Die Analyse der erhobenen Daten erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS 23. Zentral für die Arbeit ist die Berechnung des SIL-Scores nach Stadlmayr anhand eines Inventars von 20 siebenstufigen sog. Likert-Items (vgl. Diekmann (37)). Die Abfrage der Items erfolgte auf einer Skala von 1-7. Die Einzelitems bilden bipolar jeweils eine positive bzw. negative Bewertung der Geburtserfahrung ab. Die Items wurden unterschiedlich gepolt, um eine schematische Beantwortung der Items zu vermeiden und die Befragten zu einem sorgfältigen Lesen der Items zu motivieren. Bei den

meisten Items befindet sich der negative Pol auf der rechten Seite der Antwortskala und wird mit dem Wert "7" codiert. Bei den Items 1, 6, 11, 15, 16, 19 befindet sich der negative Pol hingegen links und wird mit dem Wert "1" codiert. Damit eine hohe Punktsomme ein insgesamt positives Erlebnis abbildet, wurden alle Items in dieselbe Richtung gepolt, für die meisten Items wurden also die Zahlenwerte für die Antworten umgekehrt verrechnet. Der fertige SIL-Score hat somit einen theoretischen Wertebereich von 20 - 140 und eine exakte Skalenmitte von 80.

Für die Analysen wurde die Antwortskala – wie bei Stadlmayr – in einen Wertebereich von 0-6 umgerechnet. Das bedeutet, dass der SIL-Gesamtscore mit allen 20 Items einen Wertebereich von 0-120 Punkten umfasst; auf diesen Bereich bezieht sich auch der von Stadlmayr vorgegebene Grenzwert von 70 Punkten für hohe bzw. niedrige Werte. Neben dem SIL wurden vier Unterscores berechnet, allerdings aus unterschiedlich vielen Einzelitems (interner Verweis auf die Darstellung). Um die Mittelwerte der Unterscores vergleichbar zu machen, wurden sie durchweg auf einen Wertebereich von 0-6 standardisiert.

Die meisten Befragten beantworteten alle oder die meisten SIL-Einzelitems. Um den Ausfall zu vieler Fälle aufgrund einzelner fehlender Angaben zu vermeiden (sog. listenweiser Fallausschluss) wurden fehlende Nennungen durch den Itemmittelwert ersetzt, also dem Mittelwert der Nennungen der übrigen Befragten für das jeweilige Item. Dieses Verfahren ist keine Imputation – es soll also nicht versucht werden, den fehlenden Wert individuell zu schätzen. Vielmehr soll erreicht werden, dass möglichst viele der vorhandenen Angaben in die Analyse eingehen können, ohne auf Gesamtebene die Werteverteilung zu verzerren. Zwei Paare, bei denen jeweils ein Partner die Mehrzahl der Items nicht beantwortet hatte (12 bzw. 15 von 20), wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

Tatsächlich sind die Unterschiede zwischen dem SIL-Score aus den Rohwerten und dem SIL-Score aus den bereinigten Items sehr gering.

Die Passung der – von Stadlmayr vorgegebenen – Subscores wurde mittels Cronbachs Alpha überprüft (sog. Reliabilitätsanalyse, vgl. Bortz/Schuster (14)), einem Maß der durchschnittlichen Interkorrelation aller Items, die einer gemeinsamen Skala zugeordnet werden. Die Untersuchung von Mittelwertsunterschieden des SIL und seiner Subscores erfolgte durch 2-seitige T-Tests, welche bei Verletzung von Testvoraussetzungen (i. d. R. eine Abweichung von der Normalverteilung) durch den Mann-Whitney-U-Test als nichtparametrischem Verfahren überprüft. Bei mehr als

zwei zu vergleichenden Gruppen bzw. bei einer Kombination von zwei Gruppierungsvariablen wurden univariate ANOVAS gerechnet. Ergänzend zu den üblichen reinen Signifikanztests wurden – soweit verfügbar – Effektstärken berechnet, um die Ergebnisse besser interpretieren zu können. Für die ANOVA das Maß Eta, welches ähnlich wie der Korrelationskoeffizient interpretiert werden kann: 0-0,1 kein Zusammenhang / 0,1-0,2 sehr schwacher Zusammenhang, schwache Tendenz / 0,2-0,4 schwacher Zusammenhang / 0,4-0,6 mittlerer Zusammenhang / 0,6-1,0 starker Zusammenhang (Schema nach Brosius (17)).

Einfache Zusammenhangsanalysen erfolgten entweder direkt durch Korrelation (Pearson r) oder – bei kategorialen Variablen – mittels Kreuztabellen. Als Zusammenhangsmaß für Kreuztabellen wurde – bei nominalen Variablen – die Chi²-Statistik mit dem Effektstärkemaß Cramers V berechnet, bei ordinalen Variablen Kendalls Tau-b. Diese Maße können ebenfalls nach dem o. g. Schema von Brosius (17) interpretiert werden.

Es muss berücksichtigt werden, dass Pearsons r und Kendalls Tau-b Richtungsmaße sind, d. h. dass ein Zusammenhang als je-desto-Beziehung interpretiert werden kann. Eta und Cramers V zeigen keine Richtung an, sondern nur eine diffuse Effektstärke; Form und Bedeutung des Effektes muss jeweils den zugrunde liegenden Mittelwertsunterschieden bzw. der Häufigkeitsverteilung in der Kreuztabelle durch Augenschein entnommen werden.

2.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Inhaltsanalyse ist eine Technik aus den Kommunikationswissenschaften (76). Das Ziel der Inhaltsanalyse ist zunächst, „die Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt“ (77) bzw. „die systematische Bearbeitung von Kommunikationsmaterial“ (76). Das Grundkonzept der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring besteht insbesondere in der „Konstruktion und Anwendung eines Systems von Kategorien als Zentrum der Analyse“ (77).

Die Analyse von Leitfadeninterviews erfolgt nach Schmitt (95) in den folgenden Schritten:

Materialorientierte (induktive) Bildung von Auswertungskategorien

Die Auswertung erfolgte induktiv und deskriptiv, da dieser Studienabschnitt hypothesengenerierend und explorativ agieren sollte. Hierbei wurde das mitgeschriebene Material für die Auswertung in Kategorien eingeteilt.

Erstellung von Auswertungskategorien

Das Material wurde in Kategorien eingeteilt und entsprechend codiert. Die Textpassagen wurden also einer der zuvor gebildeten Kategorie zugeordnet.

Tab. 1: Beispiel für den Kodierleitfaden anhand eines Interviews mit einer Probandin

Kategorie	Ausprägung	Beispiel	Kodierregel
Angemessen an Entscheidungen beteiligt worden	Ja	„Ja, es wurde alles offenkundig kommentiert“	Wurde adäquat beteiligt.
	Nein	„Nein, es wurde nichts erklärt“	Wurde nicht adäquat beteiligt.
	Unklare Aussage	„Schwer zu sagen, weil ich so unter Drogen war“	Es ist keine eindeutige Zuordnung erkennbar

Codierung des Materials

Hierbei wurden die zuvor gebildeten Kategorien aus dem Material nun auf das Material selbst angewendet.

Die Antworten der Studienteilnehmer unterschieden sich teils nur unwesentlich, sodass die Kodierung nicht für jedes Interview einzeln erfolgte, sondern die Interviews gemeinsam zusammengefasst und quantifiziert werden konnten.

Quantifizierte Materialübersicht

Die Interviews wurden quantitativ in einer Übersicht über die Kodierung zusammengefasst und zwischen den beiden Geschlechtern verglichen.

3. Ergebnisse

3.1. Studienkollektiv

Es wurden von Mai 2017 bis Januar 2019 insgesamt 143 Paare in den quantitativen Studienabschnitt sowie 12 Paare in den qualitativen Studienabschnitt eingeschlossen.

In diesem Zeitraum wurden 246 Fragebögen ausgeteilt. Hiervon wurden 150 Fragebögen ausgefüllt zurückgegeben. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 61%.

Von diesen 150 Fragebögen war in fünf Fällen die Einwilligungserklärung unvollständig ausgefüllt oder gar nicht vorhanden. In zwei weiteren Fällen war die SIL-Gen unzureichend ausgefüllt. Somit wurden sieben Paare von der weiteren Auswertung ausgeschlossen. 143 Fragebögen wurden adäquat beantwortet und konnten in die Studie aufgenommen werden. Hierbei haben in 70 Fällen (49%) die Männer am MVK teilgenommen. In den anderen 73 Fällen (51%) haben die Männer nicht an dem MVK teilgenommen. Die vorab berechnete benötigte Fallzahl von 67 Paaren pro Gruppe wurde somit erfüllt.

Im Schnitt bekamen 70,6% (n=101) der Frauen ihr erstes Kind, 27,3% (n=39) ihr zweites Kind, 0,7% (n=1) ihr drittes Kind und 1,4% (n=2) ihr viertes Kind. Bei den Männern haben 100 Männer (69,9%) ihr erstes Kind bekommen, 35 Männer (24,5%) ihr zweites Kind, fünf Männer (3,5%) ihr drittes Kind und ein Mann (0,7%) sein viertes Kind. Die meisten Männer (n=105; 73,4%) haben lediglich diese Geburt miterlebt. Zwei Männer haben diese Fragen nicht beantwortet.

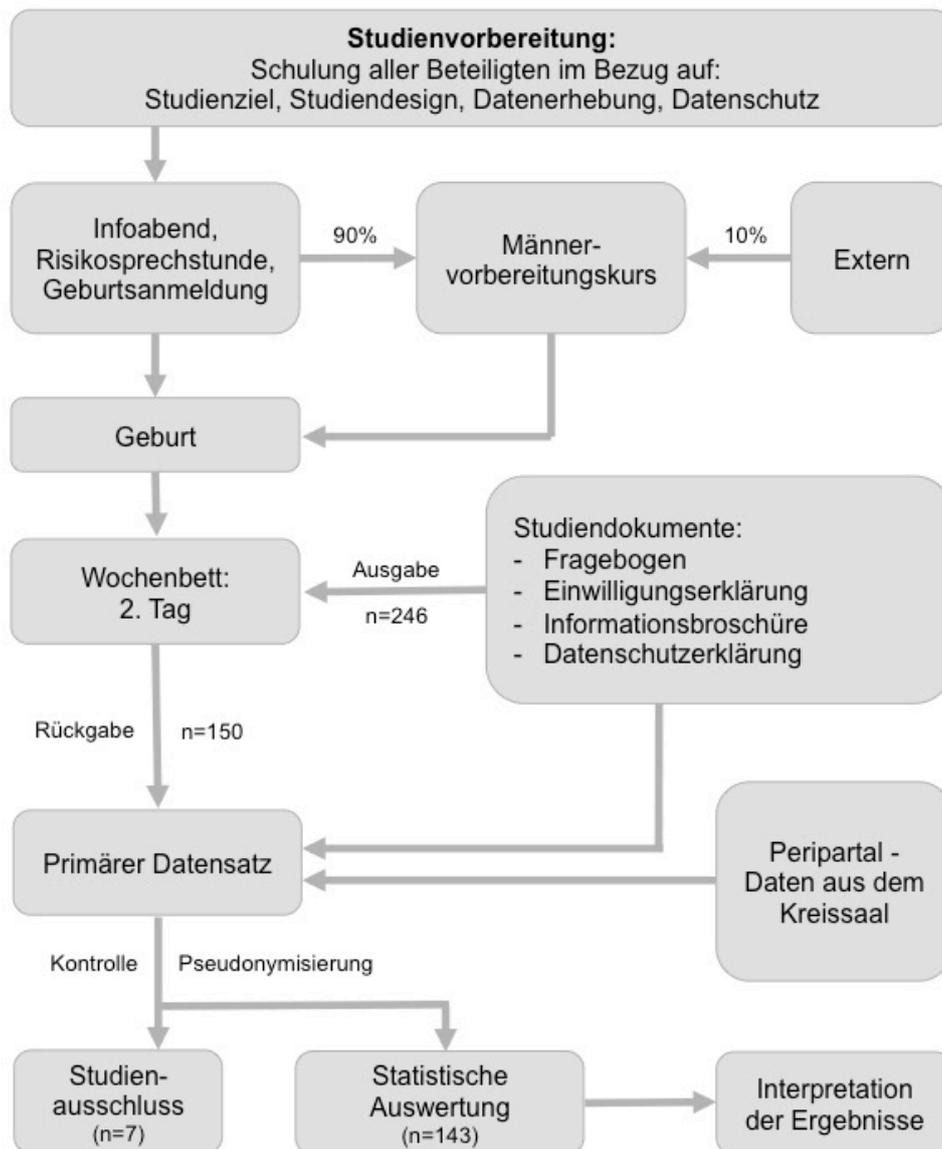


Abb. 5: Flussdiagramm des Studienablaufs für den quantitativen Studienabschnitt mit Fallzahlen

Für den qualitativen Studienabschnitt wurden 12 Paare zusätzlich interviewt. Wenn ein Paar die Teilnahme der Studie ablehnte, wurde dies nicht hinterfragt, da stets die Betonung auf der Freiwilligkeit der Teilnahme lag. Gründe gegen eine Studienteilnahme, die von potentiellen Probandinnen selbst genannt wurden, waren fehlendes Interesse oder ein Mangel an Zeit. Den Paaren wurde angeboten, die Unterlagen per Post zu senden, falls sie zeitnah zur klinischen Entlassung über die Studie informiert wurden.

Bei der Planung des qualitativen Studienabschnittes wurde angenommen, dass ca. 20 Paare für eine ausreichende Datenerhebung nötig sind. Im Laufe der Studie musste ein Paar aus dem qualitativen Teil ausgeschlossen werden, da die Frau im Wochenbett geburtsbedingt intensivpflichtig wurde und somit die Studienkriterien nicht mehr erfüllt werden konnten. Ein weiteres Paar wurde ausgeschlossen, weil es im Anschluss an die Nachbesprechung zu beansprucht war und keine weiteren Fragen bezüglich der Geburt beantworten wollte. Dieses Interview wurde abgebrochen. Nach 12 erfolgreich abgeschlossenen Interviews stellte sich eine inhaltliche Sättigung ein, sodass auch dieser Studienabschnitt beendet wurde.

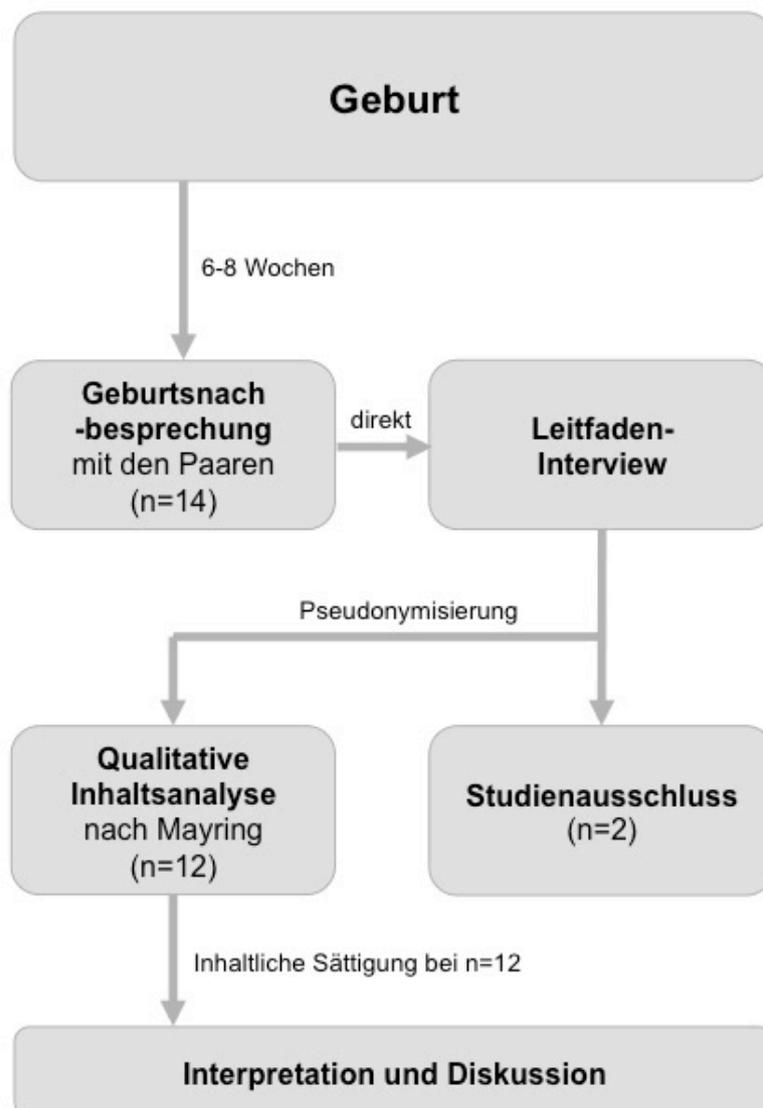


Abb. 6: Flussdiagramm des Studienablaufs für den qualitativen Studienabschnitt mit Fallzahlen

3.2 Quantitativer Studienabschnitt

3.2.1 Soziodemographische Daten

3.2.1.1 Alter

Das Alter aller Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen lag bei $33,86 \pm 4,924$ Jahren (Mittelwert \pm Standardabweichung) und einem Median von 34,00. Ein Histogramm des Studienkollektivs kann Abb. 7 entnommen werden.

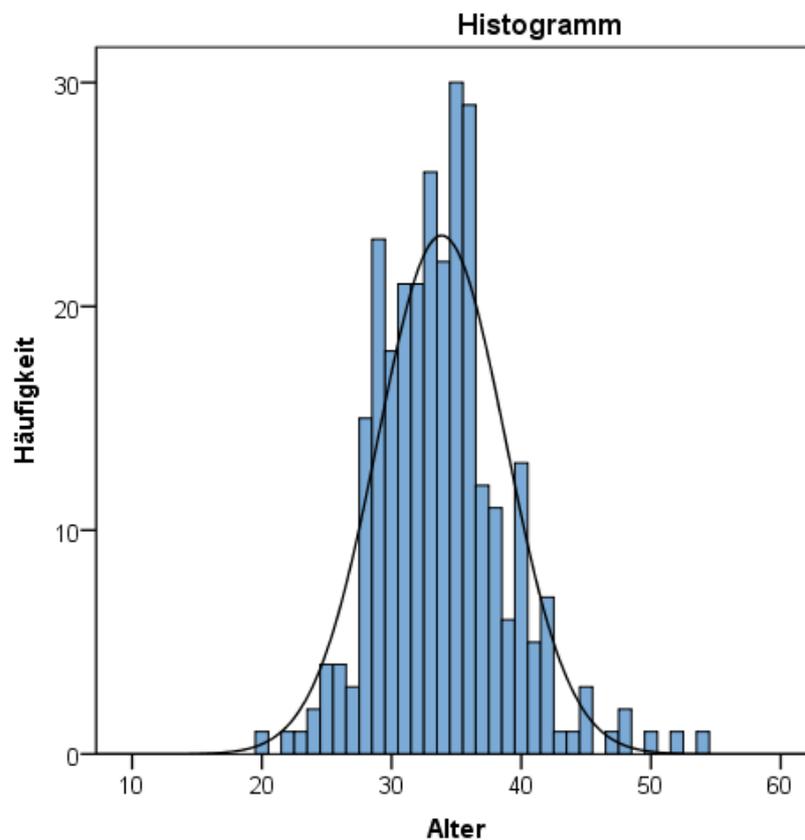


Abb. 7: Histogramm des Alters des Studienkollektivs (m+w)

Die Frauen waren mit $32,70 \pm 4,099$ Jahren (Mittelwert \pm Standardabweichung) etwas jünger als die Männer mit $35,02 \pm 5,399$ (Mittelwert \pm Standardabweichung). Es zeigte sich bei den Frauen eine Altersspanne von 20-42 Jahren und bei den Männern von 23-54 Jahren. Eine Zusammenfassung kann Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Alter des Studienkollektivs (w = weiblich, m = männlich, N = Anzahl, SD = Standardabweichung)

Geschlecht	Mittelwert	N	SD	Minimum	Maximum
w	32,70	143	4,099	20	42
m	35,02	143	5,399	23	54
Insgesamt	33,86	286	4,924	20	54

3.2.1.2 Bildungsniveau

Das Bildungsniveau wurde für Männer und Frauen getrennt erfasst. Es zählt der jeweils höchste erreichte Abschluss. Hierbei zeigte sich, dass über die Hälfte der Probanden (54%, n=156) einen Hochschulabschluss hatten, wobei 57,3% auf die männlichen und 51,7% auf die weiblichen Probanden entfielen. Weitere Abschlüsse waren das Abitur (16,1%), das Fachabitur (11,2%), die Mittlere Reife (15,7%) und letztlich die Hauptschule (2,4%). Eine detaillierte Übersicht kann Tabelle 3 entnommen werden.

Tab. 3: Bildungsniveau des Studienkollektivs anhand des jeweils höchsten Bildungsabschlusses (w = weiblich, m = männlich)

Kendall-Tau-b = 0,048, p=0,379			W/M		Gesamt
			w	m	
Schulabschluss	Hauptschule	Anzahl	2	5	7
		%	1,4%	3,5%	2,4%
	Mittlere Reife	Anzahl	27	18	45
		%	18,9%	12,6%	15,7%
	Fachabitur	Anzahl	15	17	32
		%	10,5%	11,9%	11,2%
	Abitur	Anzahl	25	21	46
		%	17,5%	14,7%	16,1%
	Hochschulabschluss	Anzahl	74	82	156
		%	51,7%	57,3%	54,5%
Gesamt		Anzahl	143	143	286
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Für die spätere Vergleichbarkeit des Ausbildungsgrades mit dem SIL-Ger wurden die Bildungsstufen in drei Kategorien zusammengefasst (Tabelle 4).

Tab. 4: Kategorisierte Darstellung der Bildungsniveaus innerhalb des Studienkollektivs: Hauptschule (HS) und Mittlere Reife; Abitur und Fachabitur; Hochschulabschluss

			W/M		Gesamt
			w	m	
Kendall-Tau-b = 0,059, p=0,291					
Schulabschluss (3 Stufen)	HS/Mittlere Reife	Anzahl	29	23	52
		%	20,3%	16,1%	18,2%
	(Fach-)Abitur	Anzahl	40	38	78
		%	28,0%	26,6%	27,3%
	Hochschulabschluss	Anzahl	74	82	156
		%	51,7%	57,3%	54,5%
Gesamt	Anzahl	143	143	286	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Zwischen den Geschlechtern ist kein Unterschied bezüglich der Bildung feststellbar ($p=0,291$). 20,3% ($n=29$) der Frauen und 16,1% ($n=23$) der Männer hatten einen Hauptschulabschluss oder eine mittlere Reife, wohingegen 28% ($n=40$) der Frauen und 26,6% ($n=38$) der Männer ein Fachabitur oder Abitur besaßen.

3.2.2 Angaben zur Geburt

3.2.2.1 Geburtsmodus

Von den 143 Frauen hatten 66,4% der Frauen eine vaginale Geburt ($n=91$), 7,3% eine Vakuumextraktion ($n=10$), 26,3% einen ungeplanten Kaiserschnitt ($n=36$) und lediglich 4,2% einen elektiven Kaiserschnitt ($n=6$). Eine Zusammenfassung kann Tabelle 5 entnommen werden.

Zwischen den Paaren unterschieden sich die Angaben bezüglich des Geburtsmodus nicht.

Tab. 5: Art der Geburt (VE = Vakuumentzug, KS = Kaiserschnitt)

		W/M		Gesamt	
		w	m		
Chi ² 0,019 – nicht signifikant mit p = 0,999 (Phi = Cramers V = 0,008)					
Art der Geburt	Vag. Geburt	Anzahl	91	90	181
		%	63,6%	62,9%	63,3%
	VE	Anzahl	10	10	20
		%	7,0%	7,0%	7,0%
	KS geplant	Anzahl	6	6	12
		%	4,2%	4,2%	4,2%
	KS ungeplant	Anzahl	36	37	73
		%	25,2%	25,9%	25,5%
Gesamt	Anzahl		143	143	286
	%		100,0%	100,0%	100,0%

3.2.2.2 Schmerzmittelgabe

Die Mehrheit der 143 Frauen (69,2%, n=99) gaben an, Schmerzmittel erhalten zu haben. Auch hier konnten keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt werden (Chi² = 0,145, nicht signifikant mit p = 0,703; Phi = Cramers V = 0,023). Lediglich bei dem Schmerzmittel Buscopan gaben 11 Männer an, die Frau habe es nicht erhalten, obwohl die Frau es angab. Circa die Hälfte der Frauen mit 49,7% (n=71) erhielten während der Geburt eine PDA (Tabelle 6).

Tab. 6: Schmerzmittelgabe laut Männern und Frauen

		W/M			
		w		m	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzmittel	Spritze (Meptid/Nalpain)	50	35,0%	53	37,1%
	PDA	71	49,7%	70	49,0%
	Zäpfchen	44	30,8%	45	31,5%
	Buscopan	42	29,4%	31	21,7%
	Tramadol	4	2,8%	2	1,4%
	Gesamt	96	67,1%	95	66,4%

3.2.2.3 Geburtserleben

3.2.2.3.1 Geburtserleben in Abhängigkeit des Geburtsmodus

Der geplante Kaiserschnitt wurde von den Paaren, gemessen durch die SIL-Ger mit $95,50 \pm 11,229$ (Mittelwert \pm Standardabweichung) am besten bewertet, gefolgt von der vaginalen Geburt mit $85,90 \pm 18,950$ (Mittelwert \pm Standardabweichung). Es folgt die Vakuumextraction mit $79,43 \pm 18,490$ (Mittelwert \pm Standardabweichung). Mit $74,52 \pm 22,901$ (Mittelwert \pm Standardabweichung) wurde der sekundäre Kaiserschnitt am schlechtesten bewertet (Tabelle 7). Die vier Gruppen unterscheiden sich signifikant (einfaktorielle ANOVA, Eta = 0,273 – signifikant mit $p = 0,000$).

Tab. 7: Geburtserleben der Paare in Abhängigkeit des Geburtsmodus gemessen anhand des SIL-Ger (0-120)

Art der Geburt	Mittelwert	N	SD	Minimum	Maximum
Vag. Geburt	85,8987	181	18,95042	27,00	117,00
VE	79,4314	20	18,40910	47,00	116,00
KS geplant	95,5000	12	11,22902	74,00	112,00
KS ungeplant	74,5197	73	22,90069	13,00	108,00
Insgesamt	82,9449	286	20,44475	13,00	117,00

Insgesamt wird eine vaginale Entbindung/VE positiver bewertet als ein Kaiserschnitt ($p=0,001$). Die Männer bewerten die Geburt insgesamt positiver als die Frauen ($p=0,000$). Bei einem Cut-off Wert von 70 haben die Frauen, die einen Kaiserschnitt erhalten haben, ein schlechtes Geburtserleben. Das Geburtserleben in Abhängigkeit vom Geburtsmodus kann der Tabelle 8 entnommen werden:

Tab. 8: Geburtserleben der Paare in Abhängigkeit des kategorisierten Geburtsmodus gemessen anhand des SIL-Ger (0-120)

Art der Geburt (dichotom)	W/M	Mittelwert	SD	N
Vaginal/VE	w	78,0308	19,05427	101
	m	92,5518	15,86928	100
	Gesamt	85,2552	18,95173	201
Kaiserschnitt	w	64,7619	23,54322	42
	m	89,9056	13,38534	43
	Gesamt	77,4817	22,80433	85
Gesamt	w	74,1336	21,27203	143
	m	91,7561	15,16741	143
	Gesamt	82,9449	20,44475	286

3.2.2.3.2 Geburtserleben in Abhängigkeit der Schmerzmittelgabe

Die Paare, deren Frauen unter der Geburt Schmerzmittel erhalten hatten, haben ein schlechteres Geburtserleben, als die Paare, deren Frauen keine Schmerzmittelgabe unter der Geburt erhalten haben ($p=0,000$). Näheres kann der Tabelle 9 entnommen werden.

Tab. 9: Geburtserleben der Paare in Abhängigkeit der Schmerzmittelgabe gemessen anhand des SIL-Ger (0-120)

Abhängige Variable: SIL-Score 0-120

Schmerzmittelgabe	W/M	Mittelwert	SD.	N
ja	w	70,3526	22,54194	99
	m	90,4473	15,11959	96
	Gesamt	80,2454	21,68130	195
nein	w	82,6409	15,14085	44
	m	94,4294	15,07202	47
	Gesamt	88,7295	16,14700	91
Gesamt	w	74,1336	21,27203	143
	m	91,7561	15,16741	143
	Gesamt	82,9449	20,44475	286

3.2.3 Geburtsvorbereitung

3.2.3.1 Art der Geburtsvorbereitung

Die Mehrheit der Frauen (78,3%, $n=112$) und der Männer (79,0%, $n=113$), gaben an, einen Geburtsvorbereitungskurs besucht zu haben. 76,2% ($n=109$) der Frauen und 72,9% ($n=103$) der Männer haben einen Geburtsvorbereitungskurs für Paare besucht, ca. ein Viertel der Frauen ($n=35$) haben den Geburtsvorbereitungskurs alleine besucht. Gespräche mit Vertrauten haben 63,3% ($n=91$) der Frauen und 45,4% ($n=65$) der Männer geführt. Knapp die Hälfte der Frauen (47,6%, $n=68$) gaben an, Gespräche mit der Mutter als Vorbereitungsmaßnahme geführt zu haben. Der Anteil der Männer liegt hier mit 21% ($n=30$) deutlich niedriger. 81,1% ($n=116$) der Frauen und 76,9% ($n=110$) der Männer bereiteten sich durch Gespräche mit der Partnerin bzw. dem Partner vor. Auch die Hebamme ist bei 68,5% der Frauen Bestandteil der Geburtsvorbereitung. Eine vergleichende Übersicht kann der Tabelle 10 entnommen werden:

Tab. 10: Art der Geburtsvorbereitungsmaßnahmen der Männer und Frauen

		W/M			
		w		m	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Art der Geburtsvorbereitung	Informationsabend	104	72,7%	107	74,8%
	Geburtsvorbereitungskurs	112	78,3%	113	79,0%
	allein (w)/ MVK (m)	35	24,5%	70	49,0%
	als Paar	109	76,2%	103	72,0%
	Gespräche mit Vertrauten	91	63,6%	65	45,5%
	Gespräche mit der Mutter	68	47,6%	30	21,0%
	Gespräche mit Partner/-in	116	81,1%	110	76,9%
	Gespräche mit dem Frauenarzt	62	43,4%	34	23,8%
	Gespräch mit der Hebamme	98	68,5%	58	40,6%
	Literatur und Zeitschriften	91	63,6%	63	44,1%
	Onlineangebote	56	39,2%	39	27,3%
	Entspannungsverfahren	56	39,2%	9	6,3%
	Sport	73	51,0%	21	14,7%
	Gesamt	143	100,0%	142	99,3%

3.2.3.2 Rückblickend gewünschte Vorbereitungsmaßnahmen

In der retrospektiven Betrachtung wünschten sich die Teilnehmer insbesondere mehr sportliche Aktivität (w = 14%, m = 6,3%) sowie bessere Kenntnisse im Bereich von Entspannungstechniken (w = 9,8%, m = 7,7%). Darüber hinaus waren eine stärkere Teilnahme an Vorbereitungskursen (w = 7%, m = 8,4%) und Gespräche mit der Hebamme von Bedeutung (w = 6,3%, m = 8,4%). Die Nutzung von Literatur (w=0%; m=2,1%, n=3) oder Onlineangeboten (m/w = 0%) spielte hingegen keine bedeutende Rolle (Tabelle 11). Nicht alle Paare hatten rückblickend das Bedürfnis, die aufgelisteten Vorbereitungsmaßnahmen wahrgenommen zu haben. Diese Männer und Frauen haben die Frage nicht beantwortet.

Tab 11: Rückblickend gewünschte Vorbereitungsmaßnahmen der Männer und Frauen

		W/M			
		w		m	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Rückblickend gewünschte Vorbereitungsmaßnahmen	Informationsabend	5	3,5%	4	2,8%
	Geburtsvorbereitungskurs	10	7,0%	12	8,4%
	alleine (w)/ MVK (m)	2	1,4%	12	8,4%
	als Paar	10	7,0%	5	3,5%
	Gespräche mit Vertrauten	2	1,4%	3	2,1%
	Gespräche mit der Mutter	3	2,1%	1	0,7%
	Gespräche mit Partner/-in	2	1,4%	1	0,7%
	Gespräche mit dem Frauenarzt	3	2,1%	1	0,7%
	Gespräch mit der Hebamme	9	6,3%	12	8,4%
	Literatur und Zeitschriften	0	0,0%	3	2,1%
	Onlineangebote	0	0,0%	0	0,0%
	Entspannungsverfahren	14	9,8%	11	7,7%
	Sport	20	14,0%	9	6,3%
	Gesamt	48	33,6%	51	35,7%

3.2.3.3 Geburtsvorbereitungsmaßnahmen mit dem höchsten Nutzen

Für beide Geschlechter war im Allgemeinen die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs am hilfreichsten (w = 52,4%, m = 56,6%). Darüber hinaus waren Gespräche mit der Partnerin bzw. dem Partner (w = 37,1%, m = 44,8%), mit der Hebamme (w = 36,4%, m = 16,1%) und einem Vertrauten (w = 25,2, m = 14,7%) von Bedeutung. Auch der Besuch eines Informationsabends war für die Paare von Nutzen (w = 26,6%, m = 28,0 %). Eine Zusammenfassung der Ergebnisse kann Tabelle 12 entnommen werden.

Tab. 12: Geburtsvorbereitungsmaßnahmen mit dem höchsten Nutzen

		W/M			
		w		m	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Maßnahmen mit höchstem Nutzen	Informationsabend	38	26,6%	40	28,0%
	Geburtsvorbereitungskurs	75	52,4%	81	56,6%
	alleine (w)/ MVK (m)	26	18,2%	53	37,1%
	als Paar	76	53,1%	74	51,7%
	Gespräche mit Vertrauten	36	25,2%	21	14,7%
	Gespräche mit der Mutter	19	13,3%	7	4,9%
	Gespräche mit Partner/-in	53	37,1%	64	44,8%
	Gespräche mit dem Frauenarzt	21	14,7%	11	7,7%
	Gespräch mit der Hebamme	52	36,4%	23	16,1%
	Literatur und Zeitschriften	28	19,6%	13	9,1%
	Onlineangebote	13	9,1%	10	7,0%
	Entspannungsverfahren	28	19,6%	2	1,4%
	Sport	22	15,4%	6	4,2%
	Gesamt	138	96,5%	140	97,9%

Bei den 70 Männern, die am MVK teilgenommen haben, nannten 75,7% (n=53) den MVK als (eine) Maßnahme mit dem höchsten Nutzen. (Tabelle 13)

Tab. 13: Geburtsvorbereitungsmaßnahmen mit dem höchsten Nutzen für Männer in Abhängigkeit der Teilnahme am MVK

		MVK Teilnahme			
		nein (N=73)		ja (N=70)	
		Anzahl	% aller Männer ohne MVK	Anzahl	% aller Männer mit MVK
Maßnahmen mit höchstem Nutzen	Informationsabend	22	30,1%	18	25,7%
	Geburtsvorbereitungskurs	34	46,6%	47	67,1%
	MVK	0	0,0%	53	75,7%
	als Paar	38	52,1%	36	51,4%
	Gespräche mit Vertrauten	10	13,7%	11	15,7%
	Gespräche mit der Mutter	4	5,5%	3	4,3%
	Gespräche mit Partner/-in	32	43,8%	32	45,7%
	Gespräche mit dem Frauenarzt	7	9,6%	4	5,7%
	Gespräch mit der Hebamme	15	20,5%	8	11,4%
	Literatur und Zeitschriften	7	9,6%	6	8,6%
	Onlineangebote	5	6,8%	5	7,1%
	Entspannungsverfahren	2	2,7%	0	0,0%
	Sport	4	5,5%	2	2,9%

3.2.4 Schlüsselpersonen unter der Geburt

3.2.4.1 Bedeutung des Mannes bei der Geburt

Im Rahmen dieser Studie waren bei 98,6% der Paare die Partner bei der Geburt im Kreissaal anwesend. Passend hierzu sind 97,9% der Männer und Frauen auch der Meinung, dass der Mann bei der Geburt dabei sein sollte (Tabelle 14). Insgesamt 6 Teilnehmer gaben an, dass sie die Anwesenheit des Mannes für unwichtig halten. Diese 6 Individuen waren 6 verschiedenen Paaren zuzuordnen, sodass es hier keinen Konsens der Partner gab.

Tab. 14: Wichtigkeit der Anwesenheit der Männer bei der Geburt

		W/M		Gesamt	
		w	m		
Halten sie es für wichtig, dass der Partner bei der Geburt dabei ist?	ja	Anzahl	140	140	280
		%	97,9%	97,9%	97,9%
	nein	Anzahl	3	3	6
		%	2,1%	2,1%	2,1%
Gesamt		Anzahl	143	143	286
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fünf Probanden gaben an, sie halten es nicht für wichtig, dass der Partner dabei ist. Lediglich ein Proband gab an, es sei nicht wichtig und war konsequenterweise auch nicht bei der Geburt anwesend. Begründet wurde dies damit, dass das medizinische Personal abgeraten habe, bei der Geburt dabei zu sein (Tabelle 15). Auf die Frage, ob der Mann bei der nächsten Geburt wieder dabei ist, bejahten 99,3% (n=284) der Probanden dies, zwei (0,7%) Probanden waren unentschlossen

Tab. 15: Vergleich der Paare mit Partner im Kreißsaal zur Gewichtung der Anwesenheit

		War der Partner bei der Geburt dabei?		Gesamt
		ja	nein	
Halten sie es für wichtig, dass der Partner bei der Geburt dabei ist?	ja	277	3	280
	nein	5	1	6
Gesamt		282	4	286

3.2.4.2 Gründe für die Anwesenheit des Mannes bei der Geburt

Der übergeordnete Beweggrund für die Anwesenheit des Mannes bei der Geburt war der Wunsch nach Unterstützung durch den Mann. Die Mehrheit der Frauen (83,2%, n=119) wollte, dass ihr Partner für sie da ist. Auch 97,9% der Männer (n=140) hatte dieses Bedürfnis, für ihre Partnerin da sein zu wollen. Circa die Hälfte der befragten Paare (w: 49,0%, n=70; m: 44,1%, n=63) erhofften sich durch das gemeinsame Geburtserleben einen positiven Einfluss auf ihre Beziehung. 35% der Frauen (n=50) wollten darüber hinaus ihren Partner im Kreißsaal, um Kontrolle über das Geschehen zu haben. Lediglich jeder fünfte Mann (18,9%, n=27) gab dies als Grund an. 32,9% der Väter (n=47) gab als Grund an, dass sie ein besserer Vater sein wollten und ebenso viele Männer empfanden ihrer Anwesenheit als gesellschaftliche Erwartung („gehört sich so“). Bei den Frauen waren es jeweils nur etwa jede zehnte Frau (9,1%, n=13), die den zuletzt genannten Aspekten zustimmten (Tabelle 16).

Tab. 16: Gründe für die Geburtsbegleitung des Vaters

		W/M			
		w		m	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Gründe für die Geburtsbegleitung	Religiöse/traditionelle Gründe	0	0,0%	2	1,4%
	Die werdende Mutter wollte es	76	53,1%	68	47,6%
	Die werdende Mutter wollte, dass ihr Partner für sie da ist/Mann wollte für die Frau da sein	119	83,2%	140	97,9%
	Das med. Personal hat dazu geraten	1	0,7%	4	2,8%
	Bekannte haben dazu geraten	7	4,9%	14	9,8%
	Positiver Einfluss auf die Beziehung	70	49,0%	63	44,1%
	Kontrolle, was im Kreissaal passiert	50	35,0%	27	18,9%
	Gefühl, ein besserer Vater zu sein	13	9,1%	47	32,9%
	Das gehört sich so	13	9,1%	47	32,9%
	Interesse am Geburtsvorgang	66	46,2%	76	53,1%
	Kein konkreter Grund	2	1,4%	1	0,7%
	Gesamt	141	98,6%	142	99,3%

3.2.4.3 Hilfreiche Personen während der Geburt

Die Frauen gaben den Partner (88,8%, n=127) und die Hebamme (86,7%, n=124) als wichtigste Personen während der Geburt an. Bei den Männern hingegen war das medizinische Personal von größter Bedeutung. Die Hebamme war mit großem Abstand (85,3%, n=122) für die Männer die hilfreichste Person, gefolgt von Ärzten mit 38,5% (n=55). Lediglich 37,1% (n=53) empfanden die Partnerin als hilfreich. Einzelheiten können der nachfolgenden Tabelle 17 entnommen werden.

Tab. 17: Hilfreiche Personen während der Geburt

		W/M			
		w		m	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Hilfreich bei der Geburt	Die Anwesenheit des Partners/der Partnerin	127	88,8%	53	37,1%
	Das Zusprechen meines Partners/der Partnerin	75	52,4%	22	15,4%
	Die Berührung meines Partners/der Partnerin	78	54,5%	50	35,0%
	Die Unterstützung des Arztes	41	28,7%	55	38,5%
	Die Unterstützung der Hebamme	124	86,7%	122	85,3%
Gesamt		142	99,3%	139	97,2%

3.2.5 Ängste und Befürchtungen

3.2.5.1 Unerwartete Vorkommnisse

Je 41,3% der Männer und Frauen (m/w; n=59) haben am wenigsten die Dauer der Geburt erwartet. Circa jede fünfte Frau (21,7%, n=31) hat nicht mit der erlebten Schmerzintensität gerechnet und nannten entsprechend auch die Anstrengung (20,3%, n=29), die PDA (19,6%, n=28) und den Wehentropf (18,9%, n=27) als unerwartete Vorkommnisse. Gut ein Viertel der befragten Frauen (26,6%, n=38) sind nicht von einem Kontrollverlust ausgegangen. Die befragten Männer überraschte neben der Dauer insbesondere die Anstrengung (21,0%, n=30). Jeweils 17,5% (je n=25) der Männer und Frauen haben nicht mit einem Kaiserschnitt gerechnet (Tabelle 18).

Tab. 18: Unerwartete Vorkommnisse unter der Geburt

		W/M			
		w		m	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Womit hatten Sie nicht gerechnet?	Geburtseinleitung	25	17,5%	18	12,6%
	PDA	28	19,6%	14	9,8%
	Wehentropf	27	18,9%	14	9,8%
	Saugglocke	11	7,7%	11	7,7%
	Dammschnitt	4	2,8%	4	2,8%
	Kaiserschnitt	25	17,5%	25	17,5%
	Schmerzen	31	21,7%	20	14,0%
	Dauer	59	41,3%	59	41,3%
	Anstrengung	29	20,3%	30	21,0%
	Kontrollverlust	38	26,6%	9	6,3%
	Schlechte Betreuung	4	2,8%	8	5,6%
	Keine Kontinuität der Betreuung	9	6,3%	15	10,5%
	Keine Beteiligung an Entscheidungen	0	0,0%	5	3,5%
	Gesamt	113	79,0%	100	69,9%

3.2.5.2 Erwartete und eingetretene Befürchtungen

Über die Hälfte (w: 58,0%, n=83; m: 51,7%, n=74) der Paare hatten im Vorfeld Angst vor den Geburtsschmerzen. Die Mehrheit der Männer (58,7%, n=87) waren besorgt darüber, ihre Partnerin leiden zu sehen. Ebenfalls über 50% der Paare befürchteten Komplikationen (w: 50,3%, n=72; m: 59,4%, n=85). Circa ein Drittel der Paare (w: 35,7%, n=51; m: 32,2%, n=46) hatten vor der Geburt Angst, hilflos zu sein. Circa jeder vierte Mann (26,6%, n=38) befürchtete, während der Geburt mehr zu stören als zu helfen und jede vierte Frau (26,6%, n=38) hatte Angst vor einem Schamgefühl unter der Geburt. Eine Zusammenfassung der präpartalen Befürchtungen kann Tabelle 19 entnommen werden.

Tab. 19: Befürchtungen vor der Geburt

		W/M			
		w		m	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Befürchtungen vor der Geburt	Hilflos zu sein	51	35,7%	46	32,2%
	Die Schmerzen der Partnerin	83	58,0%	74	51,7%
	Ohnmacht des Partners	10	7,0%	9	6,3%
	Die Partnerin leiden sehen	33	23,1%	84	58,7%
	Schamgefühl	38	26,6%	0	0,0%
	Neg. Auswirkungen auf das Sexualleben	18	12,6%	5	3,5%
	Komplikationen	72	50,3%	85	59,4%
	Partner stört mehr, als er hilft	8	5,6%	38	26,6%
	Keine, ich fühlte mich allem gewachsen	17	11,9%	17	11,9%
	Gesamt	142	99,3%	142	99,3%

Bei 23,1% der Frauen und 30,8% der Männer traten keine der Befürchtungen ein – „alles war gut“. Die am häufigsten eingetretene Befürchtung beider Geschlechter waren insbesondere die Schmerzen (w: 59,4%, n=85; m: 48,3%, n=69). Entsprechend gaben auch 41,3% der Männer (n=69) „die Partnerin leiden zu sehen“ als eingetretene Befürchtung an. Knapp jede fünfte Frau (18,2%, n=26) fühlte sich während der Geburt tatsächlich hilflos. Von allen Teilnehmern äußerte nur ein Mann (0,7%), die Geburt würde sich negativ auf das Sexualleben auswirken. Circa die Hälfte der Frauen mit Befürchtungen vor Komplikationen hatten tatsächlich intrapartal diese erfahren (24,5%, n=35). Es gaben jedoch nur 16,8% (n=24) der Männer an, Komplikationen während der Geburt gehabt zu haben. Lediglich ein Mann (0,7%) gab an, er habe das Gefühl, bei der Geburt mehr gestört zu haben, als dass er helfen konnte (Tabelle 20).

Tab. 20: Eingetretene Befürchtungen während der Geburt

		W/M			
		w		m	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Eingetretene	Hilflosigkeit	26	18,2%	17	11,9%
Befürchtungen	Schmerzen der Partnerin	85	59,4%	69	48,3%
	Ohnmacht des Partners	1	0,7%	0	0,0%
	Die Partnerin leiden sehen	33	23,1%	59	41,3%
	Schamgefühl	8	5,6%	0	0,0%
	Neg. Auswirkungen auf das Sexualleben	0	0,0%	1	0,7%
	Komplikationen	35	24,5%	24	16,8%
	Partner störte mehr, als dass er geholfen hat	0	0,0%	1	0,7%
	Keine, alles war gut	33	23,1%	44	30,8%
	Gesamt	139	97,2%	134	93,7%

3.2.6 Geburtserleben der Männer und Frauen gemessen anhand der SIL-Ger

Das durchschnittliche Geburtserleben der Männer und Frauen beträgt im Summenwert $82,94 \pm 20,444$ (Mittelwert \pm Standardabweichung) auf der SIL-Ger (Abbildung 8). Basierend auf dem bei Stadlmayr (104) vorgegebenen Grenzwert von 70 entspricht dies einem positiven Geburtserleben.

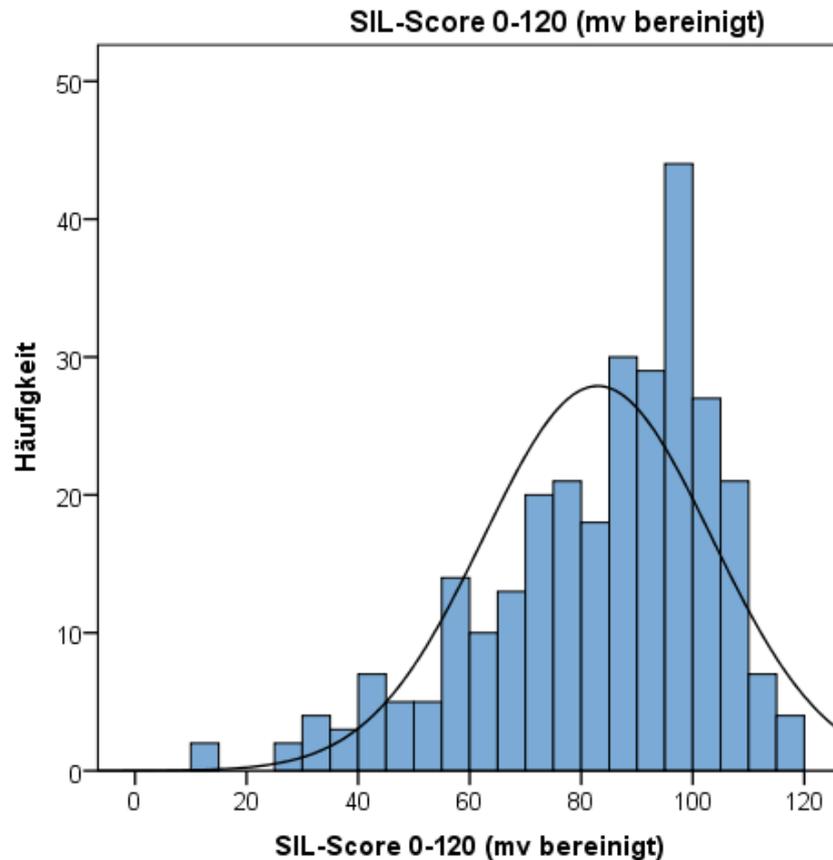


Abb. 8: Durchschnittliches Geburtserleben der Männer und Frauen gemessen an den SIL-Ger Summenwerten

Die Männer haben im Durchschnitt ein deutlich besseres Geburtserleben als die Frauen ($p=0,000$). Einzelheiten können der Tabelle 21 entnommen werden.

Tab. 21: Geburtserleben der Paare gemessen am SIL-Ger (0-120)

W/M	Mittelwert	N	SD	Minimum	Maximum
w	74,1336	143	21,27203	13,00	115,00
m	91,7561	143	15,16741	40,00	117,00
Insgesamt	82,9449	286	20,44475	13,00	117,00

Der SIL-Ger Score zeigt eine sehr gute Reliabilität mit einem Cronbach Alpha von 0,907.

3.2.6.1 Geburtserleben der Männer gemessen anhand der SIL-Ger

Das Geburtserleben der Männer, gemessen am SIL-Ger ist nicht normalverteilt, sondern in Richtung eines positiven Testergebnisses mit einem Mittelwert von 91,76 \pm 15,167 (Mittelwert \pm Standardabweichung) nach rechts verschoben (Abbildung 9).

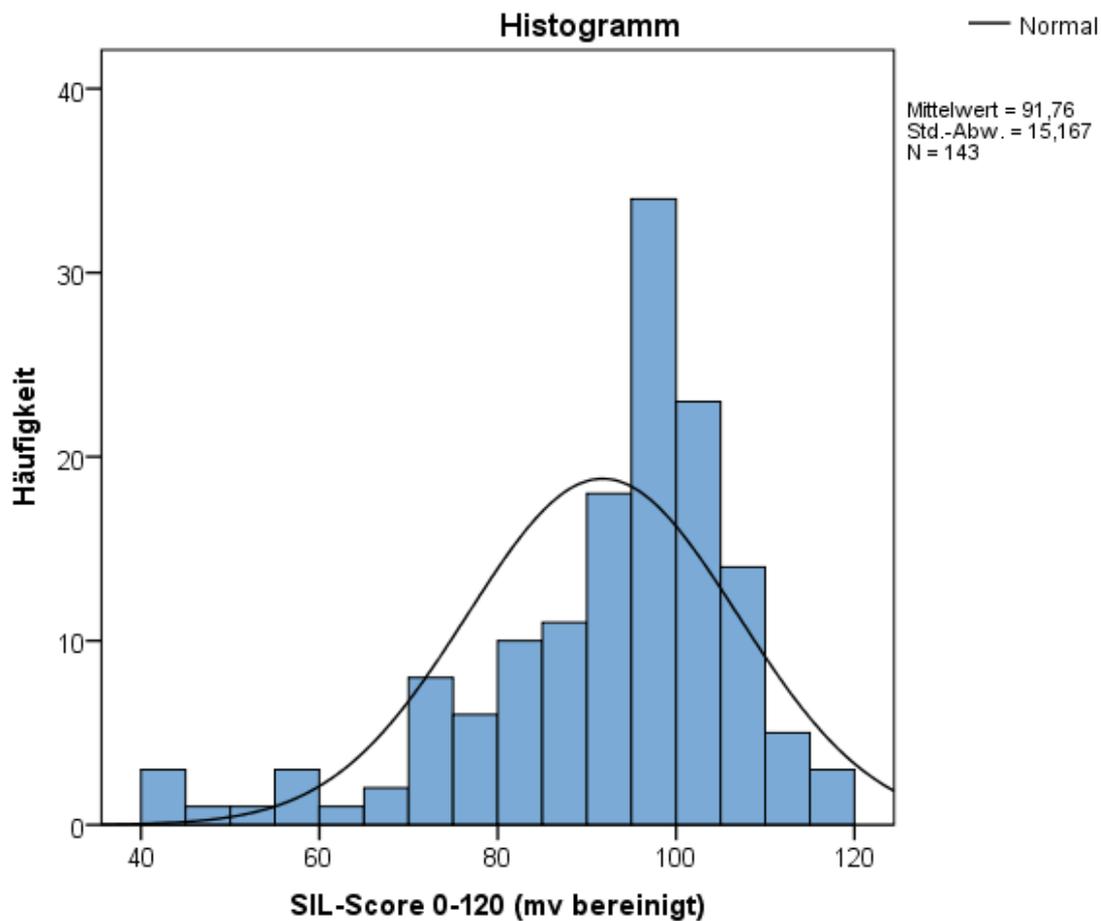


Abb. 9: Histogramm des Geburtserlebens der Männer (SIL-Ger Summenwerte)

Die Tests auf Normalverteilung sind beide positiv (Tabelle 22).

Tab. 22: Tests auf Normalverteilung des Geburtserlebens bei den Männern

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
SIL-Score 0-120 (mv bereinigt)	,146	143	,000	,900	143	,000

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

3.2.6.1.1 Summenwerte der Männer in Abhängigkeit der Teilnahme am MVK

Der Mittelwert des SIL-Scores für die Kohorte „Keine Kursteilnahme am MVK“ ist $92,4 \pm 15,8$ (Mittelwert \pm Standardabweichung). Für die Kohorte „Kursteilnahme am MVK“ ergibt sich ein Wert von $91,1 \pm 14,6$ (Mittelwert \pm Standardabweichung) (Tabelle 23). Es besteht kein signifikanter Unterschied ($p=0,591$). Der nichtparametrische Test zur Kontrolle (Mann-Whitney-U-Test) fällt ebenfalls eindeutig nicht signifikant aus ($p=0,293$).

Tab. 23: Geburtserleben der Männer in Abhängigkeit der Teilnahme am MVK (Summenwerte)

	Teilnahme am MVK	N	Mittelwert	SD	SE des Mittelwertes
SIL-Score 0-120	nein	73	92,4263	15,80014	1,84927
	ja	70	91,0571	14,55911	1,74015

3.2.6.1.2 Subdimensionen der Männer in Abhängigkeit der Teilnahme am MVK

f1 Erfülltheit („Fulfillment“)

Die Subdimension „Erfülltheit“ setzt sich wie bereits in Material und Methoden beschrieben aus sechs Einzelitems zusammen. Für eine bessere Vergleichbarkeit haben wir einen SIL-Index von 0-6 angesetzt (Tabelle 24).

Tab. 24: Subdimension „Erfülltheit“ der Männer in Abhängigkeit des MVK

	Teilnahme am MVK	N	Mittelwert	SD	Standardfehler des Mittelwertes
SIL-Index 0-6 Fulfillment (2, 3, 4, 5, 7, 8)	nein	73	5,1758	,92792	,10860
	ja	70	5,2167	,87013	,10400

Bei einer mittleren Differenz der SIL-GeR Werte von 0,041 ist der Unterschied nicht signifikant ($p=0,786$). Bezüglich der „Erfülltheit“ hat der Männervorbereitungskurs folglich keinen Einfluss.

f2 Emotionale Adaptation („Good emotional adaption“)

Die Subdimension „emotionale Adaptation“ setzt sich aus fünf verschiedenen Items zusammen. Auch hier wurde wieder für die Vergleichbarkeit eine Scala von 0-6 angesetzt (Tabelle 25).

Tab. 25: Subdimension „Emotionale Adaptation“ der Männer in Abhängigkeit des MVK

	Teilnahme am MVK	N	Mittelwert	SD	Standardfehler des Mittelwertes
SIL-Index 0-6 Good Emotional Adaption (9, 10, 13, 14, 20)	nein	73	4,4712	1,12909	,13215
	ja	70	4,2743	,98462	,11768

Bei einer geringen Mittelwertdifferenz von 0,197 ($p=0,269$) ist die Differenz nicht signifikant. Somit hat die Teilnahme am Männervorbereitungskurs keinen Einfluss auf die „emotionale Adaptation“ bezüglich der Geburt bei Männern.

f3 Negative emotionale Erfahrung („Negative emotional experience“)

Die Subdimension „negative emotionale Erfahrung“ setzt sich aus drei Items zusammen. Die Scala reicht von 0-6 (Tabelle 26).

Tab. 26: Subdimension „Negative emotionale Erfahrung“ der Männer in Abhängigkeit des MVK

	Teilnahme am MVK	N	Mittelwert	SD	Standardfehler des Mittelwertes
SIL-Index 0-6 Negative Emotional Experience (1, 6, 11)	nein.	73	5,7223	,67997	,07958
	ja	70	5,6476	,88444	,10571

Diese Subdimension hat mit einer mittleren Differenz von 0,075 zwischen beiden Gruppen keinen signifikanten Unterschied ($p=0,571$).

f4 physisches Unwohlsein („Physical discomfort“)

Die Subdimension „Physisches Unwohlsein“ setzt sich aus drei Items zusammen. Die Scala reicht von 0-6. Die Gruppe mit Teilnahme am MVK zeigt einen Wert von 3,329 \pm 1,15 (Mittelwert \pm Standardabweichung). Ohne Teilnahme am MVK ergibt sich ein Wert von 3,306 \pm 1,29 (Mittelwert \pm Standardabweichung). Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen in Bezug auf das „Physisches Unwohlsein“ ($p = 0,912$) (Tabelle 27).

Tab. 27: Subdimension „Physisches Unwohlsein“ der Männer in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme

	Teilnahme am MVK	N	Mittelwert	SD	Standardfehler des Mittelwertes
SIL-Index 0-6 Physical Discomfort (16, 17, 19)	nein	73	3,3059	1,28950	,15092
	ja	70	3,3286	1,14559	,13692

Einzelitems

Für die Einzelitems ist der T-Test ungeeignet, stattdessen wurde jeweils eine Kreuztabelle mit Korrelation erstellt.

Kontrolle

Bei dem Einzelitem „Kontrolle“ konnte gezeigt werden, dass die Männer die den Männervorbereitungskurs besucht haben, eher einen Kontrollverlust hatten, als die Männer, die den Kurs nicht besucht haben. Dies ist signifikant mit einem Pearson-R von -0,197 ($p=0,019$) und kann der Tabelle 28 entnommen werden.

Tab. 28: Kreuztabelle für das Einzelitem „Kontrolle“ bei Männern in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme

R=-0,197 (Signifikant mit p=0,019)			Teilnahme am MVK		Gesamt
			nein	ja	
Unter Kontrolle (6) - nicht unter Kontrolle (0)	0	Anzahl	2	4	6
		%	2,7%	5,7%	4,2%
	1	Anzahl	2	3	5
		%	2,7%	4,3%	3,5%
	2	Anzahl	3	7	10
		%	4,1%	10,0%	7,0%
	3	Anzahl	13	15	28
		%	17,8%	21,4%	19,6%
	4	Anzahl	14	17	31
		%	19,2%	24,3%	21,7%
	5	Anzahl	22	15	37
		%	30,1%	21,4%	25,9%
6	Anzahl	17	9	26	
	%	23,3%	12,9%	18,2%	
Gesamt	Anzahl	73	70	143	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Angst

Bei dem Einzelitem Angst war kein signifikanter Unterschied erkennbar, ob die Teilnehmer am Männervorbereitungskurs teilgenommen haben oder nicht (R=-0,061 mit p=0,467) (Tabelle 29).

Tab. 29: Kreuztabelle für das Einzelitem „Angst“ bei Männern in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme

		Teilnahme am MVK		Gesamt	
		nein	ja		
R=-0,061 (Nicht signifikant mit p=0,467)					
Ängstlich (0) - nicht ängstlich (6)	0	Anzahl	1	1	2
		%	1,4%	1,4%	1,4%
	1	Anzahl	4	3	7
		%	5,6%	4,3%	4,9%
	2	Anzahl	8	10	18
		%	11,1%	14,3%	12,7%
	3	Anzahl	13	14	27
		%	18,1%	20,0%	19,0%
	4	Anzahl	6	15	21
		%	8,3%	21,4%	14,8%
	5	Anzahl	24	10	34
		%	33,3%	14,3%	23,9%
	6	Anzahl	16	17	33
		%	22,2%	24,3%	23,2%
Gesamt		Anzahl	72	70	142
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Dauer der Geburt

In Bezug auf die Dauer besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Teilnahme am MVK (R=0,083 mit p=0,326). Eine detaillierte Darstellung kann Tabelle 30 entnommen werden.

Tab. 30: Kreuztabelle für das Einzelitem „Dauer der Geburt“ der bei Männern in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme

		Teilnahme am MVK		Gesamt	
		nein	ja		
R=0,083 (Nicht signifikant mit p=0,326)					
Zeit verging schnell (6) - langsam (0)	0	Anzahl	7	11	18
		%	9,6%	15,7%	12,6%
	1	Anzahl	7	3	10
		%	9,6%	4,3%	7,0%
	2	Anzahl	8	1	9
		%	11,0%	1,4%	6,3%
	3	Anzahl	15	13	28
		%	20,5%	18,6%	19,6%
	4	Anzahl	9	7	16
		%	12,3%	10,0%	11,2%
	5	Anzahl	13	16	29
		%	17,8%	22,9%	20,3%
	6	Anzahl	14	19	33
		%	19,2%	27,1%	23,1%
Gesamt		Anzahl	73	70	143
		%	100,0%	100,0%	100,0%

3.2.6.2 Geburtserleben der Frauen gemessen anhand der SIL-Ger

Bei den Frauen ist die Verteilung näher an der Normalverteilung im Vergleich zu den Männern (Shapiro-Wilk signifikant, Kolmogorov-Smirnov nicht signifikant; Tabelle 31).

Tab. 31: Tests auf Normalverteilung des Geburtserlebens bei den Frauen

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
SIL-Score 0-120	,073	143	,060	,976	143	,014

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Das Histogramm der Frauen spiegelt insgesamt etwas schlechtere SIL-Summenwerte im Vergleich zu den Männern wider (Abbildung 10).

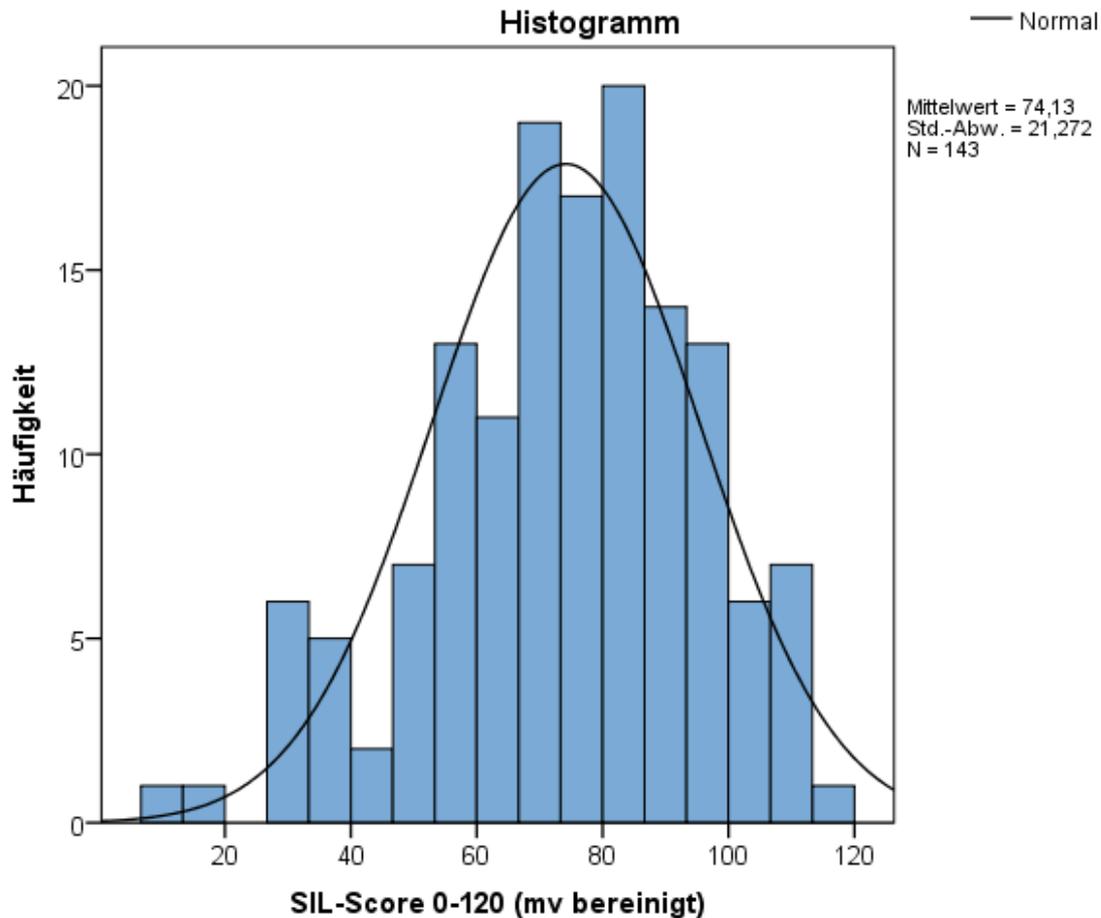


Abb. 10: Histogramm des Geburtserlebens der Frauen (SIL-Ger Summenwerte)

3.2.6.2.1 Summenwerte der Frauen in Abhängigkeit der Teilnahme der Männer am MVK

Der SIL-Score für die Frauen, deren Männer nicht am MVK teilgenommen haben, ist $76,649 \pm 17,921$ (Mittelwert \pm Standardabweichung). Für die Kohorte der Frauen, deren Männer am MVK teilgenommen haben, ergibt sich ein etwas niedrigerer Wert mit $71,511 \pm 24,13$ (Mittelwert \pm Standardabweichung; Tabelle 32). Der Mittelwertunterschied beträgt 5,14 Punkte, ist jedoch mit $p=0,152$ nicht signifikant.

Tab. 32: Geburtserleben der Frauen in Abhängigkeit der Teilnahme der Männer am MVK (Summenwerte)

	Partner hat einen MVK besucht			Standardfehler des Mittelwertes	
	N	Mittelwert	SD		
SIL-Score 0-120	nein	73	76,6490	17,92118	2,09752
	ja	70	71,5105	24,13346	2,88450

3.2.6.2.2 Subdimensionen für die Frauen in Abhängigkeit einer Teilnahme der Männer am MVK

f1 Erfülltheit („Fulfillment“)

Die Subdimension „Erfülltheit“ setzt sich aus sechs Items zusammen. Um eine bessere Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurde der Score von 0-6 standardisiert. Die Frauen, deren Männer am MVK teilnahmen, haben bezüglich der Erfülltheit einen Mittelwert von $4,062 \pm 1,43$ (Mittelwert \pm Standardabweichung). Die Frauen, deren Männer nicht am Kurs teilgenommen haben, haben einen Wert von $4,474 \pm 1,26$ (Mittelwert \pm Standardabweichung; Tabelle 33). Es besteht kein signifikanter Unterschied ($p=0,069$).

Tab. 33: Subdimension „Erfülltheit“ der Frauen in Abhängigkeit der Teilnahme der Männer am MVK

	Partner hat einen MVK besucht			SE des Mittelwertes	
	N	Mittelwert	SD		
SIL-Index 0-6 Fulfillment (2, 3, 4, 5, 7, 8)	nein	73	4,4738	1,26251	,14777
	ja	70	4,0615	1,42864	,17076

f2 Emotionale Adaptation („Good emotional adaption“)

Die Subdimension „Emotionale Adaptation“ setzt sich aus fünf Items zusammen. Die Scala reicht von 0-6. Die Frauen, deren Partner den MVK besucht haben, weisen einen Wert von $3,377 \pm 1,47$ (Mittelwert \pm Standardabweichung) auf. Die Gruppe ohne entsprechende Teilnahme zeigt einen Wert von $3,578 \pm 1,22$ (Mittelwert \pm Standardabweichung; Tabelle 34). Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen ($p=0,374$).

Tab. 34: Subdimension „Emotionale Adaptation“ der Frauen in Abhängigkeit der Teilnahme der Männer am MVK

	Partner hat den MVK besucht	N	Mittelwert	SD	SE des Mittelwertes
SIL-Index 0-6 Good Emotional Adaption (9, 10, 13, 14, 20)	nein	73	3,5781	1,21772	,14252
	ja	70	3,3771	1,47188	,17592

f3 Negative emotionale Erfahrung („Negative emotional experience“)

Die Subdimension „negative emotionale Erfahrung“ setzt sich aus drei Items zusammen. In der Gruppe ohne MVK-Teilnahme liegt der Wert bei $5,178 \pm 1,18$ (Mittelwert \pm Standardabweichung; Tabelle 35). In der Gruppe mit MVK-Teilnahme wurde ein Wert von $4,730 \pm 1,64$ (Mittelwert \pm Standardabweichung) erreicht. Es besteht kein signifikanter Unterschied ($p=0,064$).

Tab. 35: Subdimension „Negative emotionale Erfahrung“ der Frauen in Abhängigkeit der Teilnahme der Männer am MVK

	Partner hat den MVK besucht	N	Mittelwert	SD	SE des Mittelwertes
SIL-Index 0-6 Negative Emotional Experience (1, 6, 11)	nein	73	5,1779	1,17729	,13779
	ja	70	4,7300	1,64396	,19649

f4 physisches Unwohlsein („Physical discomfort“)

Die Subdimension „Physisches Unwohlsein“ setzt sich aus drei Items zusammen. Auch hier ist kein Unterschied feststellbar mit einem Mittelwertunterschied von 0,005 ($p=0,985$) (Tabelle 36).

Tab. 36: Subdimension „Physisches Unwohlsein“ der Frauen in Abhängigkeit der Teilnahme der Männer am MVK

	Partner hat den MVK besucht	N	Mittelwert	SD	Standardfehler des Mittelwertes
SIL-Index 0-6 Physical Discomfort (16, 17, 19)	nein	73	1,8509	1,39398	,16315
	ja	70	1,8554	1,50319	,17967

Einzelitems

Kontrolle

Die Frauen, deren Männer keinen MVK besucht haben, berichteten ebenfalls wie die Männer über eine insgesamt etwas höhere Kontrolle. Dieser Zusammenhang ist jedoch gering und nicht signifikant (Pearson-R=-0,134 mit p=0,114) (Tabelle 37).

Tab. 37: Kreuztabelle für das Einzelitem „Kontrolle“ der Frauen in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme ihrer Partner

		Partner hat den MVK besucht			
		nein	ja	Gesamt	
R=-0,134 (Nicht signifikant mit p=0,114)					
Unter Kontrolle (6) - nicht unter Kontrolle (0)	0	Anzahl	3	10	13
		%	4,3%	14,3%	9,3%
	1	Anzahl	10	11	21
		%	14,3%	15,7%	15,0%
	2	Anzahl	10	8	18
		%	14,3%	11,4%	12,9%
	3	Anzahl	17	15	32
		%	24,3%	21,4%	22,9%
	4	Anzahl	13	12	25
		%	18,6%	17,1%	17,9%
	5	Anzahl	8	10	18
		%	11,4%	14,3%	12,9%
6	Anzahl	9	4	13	
	%	12,9%	5,7%	9,3%	
Gesamt		Anzahl	70	70	140
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Angst

Bezüglich „Angst“ ist kein signifikanter Unterschied in den Gruppen erkennbar (Tabelle 38).

Tab. 38: Kreuztabelle für das Einzelitem „Angst“ der Frauen in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme ihrer Partner

		Partner hat den MVK besucht			
		nein	ja	Gesamt	
R=-0,013 (Nicht signifikant mit p=0,878)					
Ängstlich (0) - nicht ängstlich (6)	0	Anzahl	4	4	8
		%	5,5%	5,7%	5,6%
1		Anzahl	8	7	15
		%	11,0%	10,0%	10,5%
2		Anzahl	8	8	16
		%	11,0%	11,4%	11,2%
3		Anzahl	12	9	21
		%	16,4%	12,9%	14,7%
4		Anzahl	4	10	14
		%	5,5%	14,3%	9,8%
5		Anzahl	17	16	33
		%	23,3%	22,9%	23,1%
6		Anzahl	20	16	36
		%	27,4%	22,9%	25,2%
Gesamt		Anzahl	73	70	143
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Dauer der Geburt

Frauen, deren Männer nicht am MVK teilgenommen haben, berichten etwas häufiger, dass die Zeit langsam vergangen ist. Der Zusammenhang ist allerdings sehr gering und nicht signifikant (Tabelle 39).

Tab. 39: Kreuztabelle für das Einzelitem „Dauer“ der Frauen in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme ihrer Partner

		Partner hat den MVK besucht			
		nein	ja	Gesamt	
R=0,050 (Nicht signifikant mit p=0,552)					
Zeit verging schnell (6) - langsam (0)	0	Anzahl	10	6	16
		%	13,7%	8,6%	11,2%
1	Anzahl	6	4	10	
	%	8,2%	5,7%	7,0%	
2	Anzahl	4	4	8	
	%	5,5%	5,7%	5,6%	
3	Anzahl	9	14	23	
	%	12,3%	20,0%	16,1%	
4	Anzahl	8	9	17	
	%	11,0%	12,9%	11,9%	
5	Anzahl	17	13	30	
	%	23,3%	18,6%	21,0%	
6	Anzahl	19	20	39	
	%	26,0%	28,6%	27,3%	
Gesamt	Anzahl	73	70	143	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

3.2.7 Zusammenhang zwischen der Sectorate und dem Männervorbereitungskurs

Bei den Paaren, bei denen der Mann den MVK besucht hat, beträgt die Sectorate 21% im Vergleich zu den Paaren, bei denen die Männer keinen MVK besucht haben mit 38%. Dies bedeutet, der Anteil der Sectorate verringert sich um 17 Prozentpunkte. Folglich ist die Sectorate 44% niedriger, wenn der Mann am MVK teilgenommen hat (Tabelle 40). Die beobachtete Differenz ist signifikant mit $p = 0,027$.

Tab. 40: Kreuztabelle zwischen dem Geburtsmodus der Frauen und der Teilnahme am MVK der Partner

		Teilnahme am MVK			
		nein	ja	Gesamt	
Chi ² signifikant mit $p = 0,027$ (Phi/Cramers V = 0,185)					
Art der Geburt (dichotom)	Vaginal/VE	Anzahl	45	55	100
		%	61,6%	78,6%	69,9%
	Kaiserschnitt	Anzahl	28	15	43
		%	38,4%	21,4%	30,1%
Gesamt	Anzahl	73	70	143	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Wenn man die Geburtsarten weiter differenziert, sieht man eine größere Diskrepanz bei geplanten Sectiones. Allerdings ist die Fallzahl zu gering, um dies statistisch abzusichern (Tabelle 41).

Tab. 41: Kreuztabelle zwischen dem Geburtsmodus der Frauen und der Teilnahme am MVK der Partner weiter untergliedert

			Teilnahme am MVK		Gesamt
			nein	ja	
Phi = CV = 0,203 (nicht signifikant bzw. Signifikanzschätzung nicht zulässig)					
Art der Geburt	Vag. Geburt	Anzahl	41	49	90
		%	56,2%	70,0%	62,9%
	VE	Anzahl	4	6	10
		%	5,5%	8,6%	7,0%
	KS geplant	Anzahl	5	1	6
		%	6,8%	1,4%	4,2%
	KS ungeplant	Anzahl	23	14	37
		%	31,5%	20,0%	25,9%
Gesamt	Anzahl		73	70	143
	%		100,0%	100,0%	100,0%

3.2.8 Zusammenhang zwischen der PDA-Rate und dem Männervorbereitungskurs

Die Rate der Häufigkeit, wie oft eine PDA von den Frauen in Anspruch genommen wurde, unterscheidet sich nicht in Abhängigkeit der Teilnahme der Partner am MVK. Beide Gruppen hatten in 50% der Fälle eine PDA (Tabelle 42). Paare mit einem geplanten Kaiserschnitt wurden wegen nachweislich fehlerhaften Angaben aus der Kreuztabelle ausgeschlossen.

Tab. 42: Kreuztabelle zwischen der Inanspruchnahme einer PDA der Frauen und der Teilnahme am MVK der Männer

			Teilnahme am MVK		Gesamt
			nein	ja	
Chi ² nicht signifikant mit p = 0,799 (Phi/Cramers V = 0,022)					
PDA	nicht gen.	Anzahl	34	36	70
		%	50,0%	52,2%	51,1%
	genannt	Anzahl	34	33	67
		%	50,0%	47,8%	48,9%
Gesamt	Anzahl		68	69	137
	%		100,0%	100,0%	100,0%

3.2.9 Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und dem Geburtserleben

Hierfür wurde eine univariate Varianzanalyse (UNIANOVA) verwendet und die Ausbildungsgrade in drei verschiedene Gruppen eingeteilt – Hauptschule/mittlere Reife, (Fach-)Abitur und Hochschulabschluss.

Hierbei ist ein eindeutiger Unterschied im Geburtserleben zwischen den weiblichen und männlichen Studienteilnehmern feststellbar (p=0,000) sowie ein Unterschied im Studienkollektiv innerhalb der Bildungsstufen (p=0,013). Frauen haben im Durchschnitt ein schlechteres Geburtserleben als die Männer (Tabelle 43).

Tab. 43: Mehrfachvergleich zwischen dem Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und dem SIL-Ger (Summenwerte)

Schulabschluss (3 Stufen)	W/M	Mittelwert	SD	N
HS/Mittlere Reife	w	81,0317	15,09656	29
	m	92,6957	18,65338	23
	Gesamt	86,1908	17,59083	52
(Fach-)Abitur	w	77,8025	24,23070	40
	m	94,1563	14,94762	38
	Gesamt	85,7697	21,73534	78
Hochschulabschluss	w	69,4471	20,75030	74
	m	90,3803	14,20785	82
	Gesamt	80,4505	20,45098	156
Gesamt	w	74,1336	21,27203	143
	m	91,7561	15,16741	143
	Gesamt	82,9449	20,44475	286

Es besteht jedoch keine Wechselwirkung (p=0,259). Das bedeutet, dass sich der Unterschied im Geburtserleben zwischen Mann und Frau gleichermaßen auf den einzelnen Bildungsstufen wiederfindet: Die Linien in beiden Varianten der Grafik

verlaufen in bei beiden Geschlechtern über die verschiedenen Bildungsstufen parallel. (Abbildungen 11 und 12). Der Signifikanzwert „Korrigiertes Modell“ ist die Güte des Modells und mit $p=0,000$ hochsignifikant.

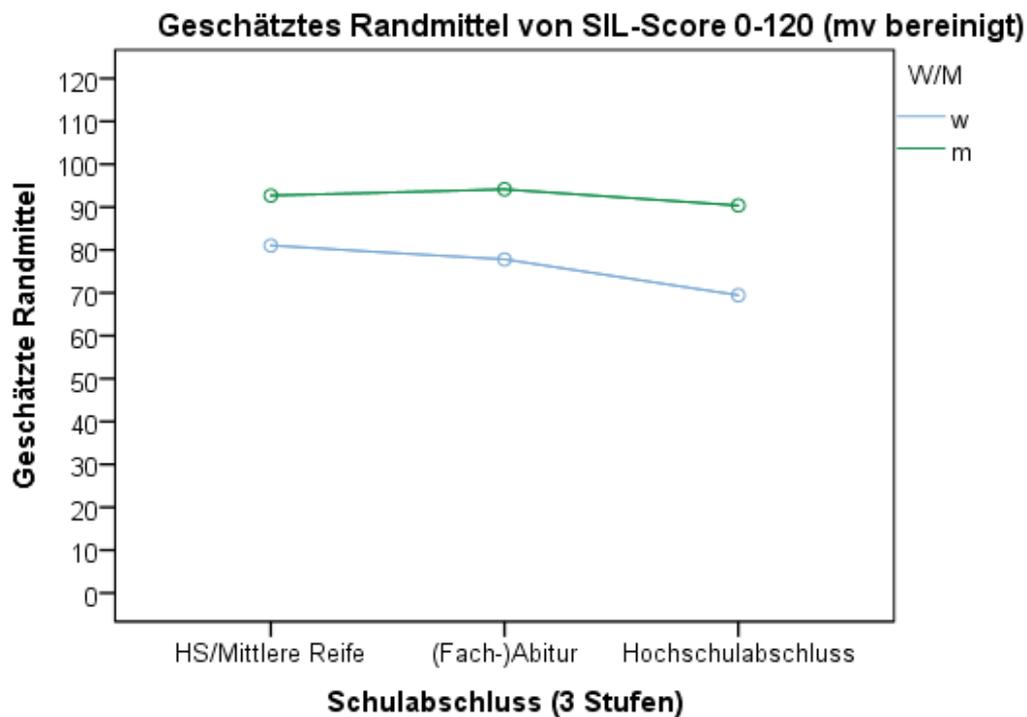


Abb: 11: Profildiagramm zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem SIL-Ger-Score bezüglich dem Geburtserleben der Männer und Frauen und dem Bildungsniveau

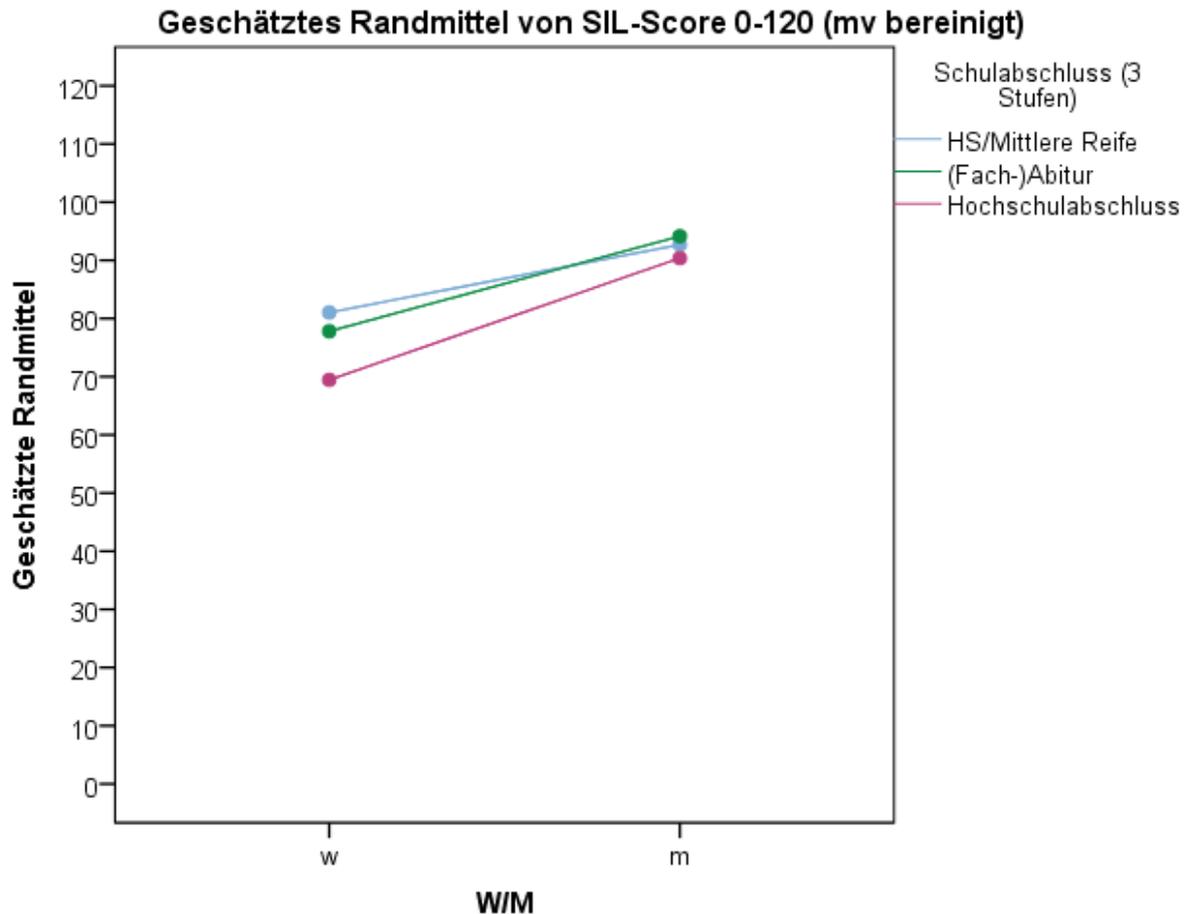


Abb. 12: Profildiagramm zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem SIL-Ger-Score bezüglich dem Geburtserleben der Männer und Frauen und dem Bildungsniveau

Die Post-hoc-Tests (hier der Scheffé-Test) untersuchen, ob es nicht doch einen signifikanten Unterschied zwischen einzelnen Bildungsstufen gibt. Dies ist hier nicht der Fall. Setzt man aber einen Kontrast zwischen dem Hochschulabschluss und den beiden anderen Abschlüssen, die mit 86,2 bzw. 85,8 Punkten nahe beieinander liegen, so wird der Unterschied mit $p = 0,003$ signifikant (ohne Tabelle bzw. Abbildung). Der SIL-Wert der Befragten mit Hochschulabschluss liegt 5-6 Punkte unter den beiden anderen Bildungsstufen.

Bei der weiteren Aufteilung der SIL-Subdimensionen, konnte bei den Männern kein Unterschied gefunden werden, weder bei den Subdimensionen, noch bei den Einzelitems (Tabelle 44).

Tab. 44: Summenwerte und Subdimensionen der Männer in Abhängigkeit des Bildungsstatus

		N	Mittelwert	SD
SIL-Score 0-120 P = 0,427	HS/Mittlere Reife	23	92,6957	18,65338
	(Fach-)Abitur	38	94,1563	14,94762
	Hochschulabschluss	82	90,3803	14,20785
	Gesamt	143	91,7561	15,16741
SIL-Index 0-6 Fulfillment (2, 3, 4, 5, 7, 8) P = 0,222	HS/Mittlere Reife	23	5,2029	,94676
	(Fach-)Abitur	38	5,4035	1,08264
	Hochschulabschluss	82	5,0976	,77599
	Gesamt	143	5,1958	,89716
SIL-Index 0-6 Good Emotional Adaption (9, 10, 13, 14, 20) P = 0,647	HS/Mittlere Reife	23	4,5217	1,17819
	(Fach-)Abitur	38	4,4316	1,15457
	Hochschulabschluss	82	4,3073	,98892
	Gesamt	143	4,3748	1,06172
SIL-Index 0-6 Negative Emotional Experience (1, 6, 11) P = 0,637	HS/Mittlere Reife	23	5,5652	,75502
	(Fach-)Abitur	38	5,7632	,98000
	Hochschulabschluss	82	5,6837	,69233
	Gesamt	143	5,6857	,78482
SIL-Index 0-6 Physical Discomfort (16, 17, 19) P = 0,391	HS/Mittlere Reife	23	3,5362	1,23394
	(Fach-)Abitur	38	3,4386	1,26658
	Hochschulabschluss	82	3,1992	1,18964
	Gesamt	143	3,3170	1,21694
Unter Kontrolle (6) - nicht unter Kontrolle (0) P = 0,534	HS/Mittlere Reife	23	4,30	1,550
	(Fach-)Abitur	38	4,08	1,715
	Hochschulabschluss	82	3,90	1,512
	Gesamt	143	4,01	1,570
Ängstlich (0) - nicht ängstlich (6) P = 0,985	HS/Mittlere Reife	23	4,09	1,703
	(Fach-)Abitur	37	4,08	1,570
	Hochschulabschluss	82	4,04	1,598
	Gesamt	142	4,06	1,597
Zeit verging schnell (6) - langsam (0) P = 0,472	HS/Mittlere Reife	23	3,17	2,081
	(Fach-)Abitur	38	3,82	1,843
	Hochschulabschluss	82	3,67	2,097
	Gesamt	143	3,63	2,027

Bei den Frauen hingegen war ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Bildungsstufen bei den SIL-Summenwerten ($p=0,019$), sowie den Subdimensionen „Negative emotionale Erfahrung“ ($p=0,031$) und „Physisches Unwohlsein“ ($p=0,031$). Höher gebildete Frauen hatten in den genannten Kategorien einen schlechteren Wert in der Geburtserfahrung (Tabelle 45).

Tab. 45: Summenwerte und Subdimensionen der Frauen in Abhängigkeit des Bildungsstatus

		N	Mittelwert	SD
SIL-Score 0-120 P=0,019	HS/Mittlere Reife	29	81,0317	15,09656
	(Fach-)Abitur	40	77,8025	24,23070
	Hochschulabschluss	74	69,4471	20,75030
	Gesamt	143	74,1336	21,27203
SIL-Index 0-6 Fulfillment (2, 3, 4, 5, 7, 8) p=0,060	HS/Mittlere Reife	29	4,6954	1,29871
	(Fach-)Abitur	40	4,4115	1,53217
	Hochschulabschluss	74	4,0306	1,24195
	Gesamt	143	4,2719	1,35747
SIL-Index 0-6 Good Emotional Adaption (9, 10, 13, 14, 20) p=0,244	HS/Mittlere Reife	29	3,7517	1,12333
	(Fach-)Abitur	40	3,6100	1,46056
	Hochschulabschluss	74	3,3027	1,35495
	Gesamt	143	3,4797	1,34712
SIL-Index 0-6 Negative Emotional Experience (1, 6, 11) p=0,031	HS/Mittlere Reife	29	5,5551	,65112
	(Fach-)Abitur	40	4,9497	1,67181
	Hochschulabschluss	74	4,7297	1,47292
	Gesamt	143	4,9586	1,43753
SIL-Index 0-6 Physical Discomfort(16, 17, 19) p=0,031	HS/Mittlere Reife	29	2,0647	1,35001
	(Fach-)Abitur	40	2,2528	1,75231
	Hochschulabschluss	74	1,5541	1,23159
	Gesamt	143	1,8531	1,44334
Unter Kontrolle (6) - nicht unter Kontrolle (0) p=0,267	HS/Mittlere Reife	29	2,97	1,802
	(Fach-)Abitur	38	3,39	1,868
	Hochschulabschluss	73	2,82	1,686
	Gesamt	140	3,01	1,765
Ängstlich (0) - nicht ängstlich (6) p=0,183	HS/Mittlere Reife	29	4,34	1,818
	(Fach-)Abitur	40	3,90	2,061
	Hochschulabschluss	74	3,58	1,851
	Gesamt	143	3,83	1,915
Zeit verging schnell (6) - langsam (0) p=0,077	HS/Mittlere Reife	29	3,93	1,981
	(Fach-)Abitur	40	4,38	1,807
	Hochschulabschluss	74	3,49	2,108
	Gesamt	143	3,83	2,026

Die Post-hoc-Tests (Scheffé-Test) zeigen, dass der Unterschied für den SIL-Score auf dem Unterschied zwischen Hauptschule/Mittleren Reife und der Hochschule basiert. Bei allen drei signifikanten Effekten ist stets ein Einzelunterschied zwischen zwei Gruppen maßgeblich (Tabelle 46).

Tab. 46: Scheffé-Prozedur für die Frauen in Abhängigkeit des Bildungsstatus

Abhängige Variable	Schulabschluss (3 Stufen)	Schulabschluss (3 Stufen)	Mittlere		Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
			Differenz (I-J)	S. E.		U.grenze	O.grenze
SIL-Score 0-120	HS/Mittlere Reife	(Fach-)Abitur	3,22927	5,07886	,817	-9,3367	15,7952
		Hochschulabschluss	11,58460	4,56220	,043	,2969	22,8723
	(Fach-)Abitur	HS/Mittlere Reife	-3,22927	5,07886	,817	-15,7952	9,3367
		Hochschulabschluss	8,35533	4,08674	,128	-1,7560	18,4666
	Hochschulabschluss	HS/Mittlere Reife	-	4,56220	,043	-22,8723	-,2969
		(Fach-)Abitur	-8,35533	4,08674	,128	-18,4666	1,7560
SIL-Index 0-6 Fulfillment (2, 3, 4, 5, 7, 8)	HS/Mittlere Reife	(Fach-)Abitur	,28390	,32681	,686	-,5247	1,0925
		Hochschulabschluss	,66483	,29356	,081	-,0615	1,3912
	(Fach-)Abitur	HS/Mittlere Reife	-,28390	,32681	,686	-1,0925	,5247
		Hochschulabschluss	,38093	,26297	,353	-,2697	1,0316
	Hochschulabschluss	HS/Mittlere Reife	-,66483	,29356	,081	-1,3912	,0615
		(Fach-)Abitur	-,38093	,26297	,353	-1,0316	,2697
SIL-Index 0-6 Good Emotional Adaption (9, 10, 13, 14, 20)	HS/Mittlere Reife	(Fach-)Abitur	,14172	,32757	,911	-,6687	,9522
		Hochschulabschluss	,44902	,29425	,315	-,2790	1,1770
	(Fach-)Abitur	HS/Mittlere Reife	-,14172	,32757	,911	-,9522	,6687
		Hochschulabschluss	,30730	,26358	,508	-,3448	,9594
	Hochschulabschluss	HS/Mittlere Reife	-,44902	,29425	,315	-1,1770	,2790
		(Fach-)Abitur	-,30730	,26358	,508	-,9594	,3448
SIL-Index 0-6 Negative Emotional Experience (1, 6, 11)	HS/Mittlere Reife	(Fach-)Abitur	,60536	,34445	,217	-,2469	1,4576
		Hochschulabschluss	,82535	,30941	,031	,0598	1,5909
	(Fach-)Abitur	HS/Mittlere Reife	-,60536	,34445	,217	-1,4576	,2469
		Hochschulabschluss	,21999	,27716	,730	-,4658	,9057
	Hochschulabschluss	HS/Mittlere Reife	-,82535	,30941	,031	-1,5909	-,0598
		(Fach-)Abitur	-,21999	,27716	,730	-,9057	,4658
SIL-Index 0-6 Physical Discomfort (16, 17, 19)	HS/Mittlere Reife	(Fach-)Abitur	-,18815	,34584	,863	-1,0438	,6675
		Hochschulabschluss	,51064	,31066	,262	-,2580	1,2793
	(Fach-)Abitur	HS/Mittlere Reife	,18815	,34584	,863	-,6675	1,0438
		Hochschulabschluss	,69878	,27829	,046	,0103	1,3873
	Hochschulabschluss	HS/Mittlere Reife	-,51064	,31066	,262	-1,2793	,2580
		(Fach-)Abitur	-,69878	,27829	,046	-1,3873	-,0103
Unter Kontrolle (6) - nicht unter Kontrolle (0)	HS/Mittlere Reife	(Fach-)Abitur	-,429	,434	,614	-1,50	,65
		Hochschulabschluss	,144	,386	,933	-,81	1,10
	(Fach-)Abitur	HS/Mittlere Reife	,429	,434	,614	-,65	1,50
		Hochschulabschluss	,573	,352	,270	-,30	1,44
	Hochschulabschluss	HS/Mittlere Reife	-,144	,386	,933	-1,10	,81
		(Fach-)Abitur	-,573	,352	,270	-1,44	,30
Ängstlich (0) - nicht ängstlich (6)	HS/Mittlere Reife	(Fach-)Abitur	,445	,465	,633	-,70	1,59
		Hochschulabschluss	,764	,417	,191	-,27	1,80
	(Fach-)Abitur	HS/Mittlere Reife	-,445	,465	,633	-1,59	,70
		Hochschulabschluss	,319	,374	,696	-,61	1,24
	Hochschulabschluss	HS/Mittlere Reife	-,764	,417	,191	-1,80	,27
		(Fach-)Abitur	-,319	,374	,696	-1,24	,61
Zeit verging schnell (6) - langsam (0)	HS/Mittlere Reife	(Fach-)Abitur	-,444	,489	,663	-1,65	,76
		Hochschulabschluss	,445	,439	,600	-,64	1,53
	(Fach-)Abitur	HS/Mittlere Reife	,444	,489	,663	-,76	1,65
		Hochschulabschluss	,889	,393	,081	-,08	1,86
	Hochschulabschluss	HS/Mittlere Reife	-,445	,439	,600	-1,53	,64
		(Fach-)Abitur	-,889	,393	,081	-1,86	,08

3.3 Qualitativer Studienabschnitt

Die Paare hatten direkt vor der Befragung die Nachbesprechung bei Dr. med. W. Lütje, dementsprechend war die Geburt wieder recht präsent. Die emotionale Lage reflektierte sich häufig als entspannt, wenn auch emotional involviert.

Da es keine Vorgaben der Antworten gab, konnte eine Person mehrere Dinge nennen, die entsprechend auch mehrfach gewertet wurden.

Nachfolgende Zitate sind aus dem mitgeschriebenen Material mit ‚Text‘ gekennzeichnet und aus dem transkribierten Interview als „Text“ gekennzeichnet.

Der Interviewleitfaden kann dem Anhang entnommen werden.

3.3.1 Einstiegsfrage

Die Paare wurden zum Einstieg in das Interview gefragt: „Wie geht es Ihnen und wie fühlen sie sich bezüglich dieses Treffens?“

Die Mehrheit der Paare waren positiv gegenüber der Nachbesprechung eingestellt. Einigen Frauen hat es geholfen, die ‚Ängste loszuwerden und offene Fragen zu klären‘. Die Nachbesprechung wurde von diesen Frauen als ‚gut und wichtig‘, sowie als ‚aufschlussreich‘ bewertet.

‚Ich hatte viel aufzuarbeiten. Durch die Nachbesprechung ist es viel besser.‘
(Interview 10-0)

Von den Männern wurde die Nachbesprechung eher als ‚entspannt‘ (Interview 2-1 und 8-1) bewertet, da ‚keine großen Erwartungen‘ (Interview 12-1) vorhanden waren. Ein Mann gab jedoch an er sei:

‚Müde, aber dankbar für die Nachbesprechung. Und ich finde die Studie wichtig.‘ (Interview 10-1)

Von 2 Männern wurde explizit ohne Frage danach der Männervorbereitungskurs im Bezug auf ihre Geburtserfahrung erwähnt:

„Ich halte den Männervorbereitungskurs für sehr sinnvoll beim ersten Kind.“
(Interview 4-1)

„Ich sehe mich als glücklichen Vater. Die Geburt war heftig als Erfahrung, vor allem weil es nicht war, wie ich es mir vorgestellt habe. Der Männervorbereitungskurs ist kurz, ich habe jedoch an den Werten festgehalten, als die Geburt nicht lief wie geplant. Man hat das Gefühl, man gleitet ab, aber habe mich gut von den Profis aufgehoben gefühlt. Sonst habe ich die Klappe gehalten und war in der Ecke. Das hat gut geklappt.“
(Interview 5-1)

Dennoch wirkte sich die Nachbesprechung nicht immer auf die Gefühlslage bezüglich der Geburt aus.

„Ich habe kein anderes Gefühl bezüglich der Geburt als vor dem Gespräch.“
(Interview 6-0).

Ein Mann kritisierte:

„Wir sind wegen meiner Frau in die Nachbesprechung gekommen. ...hat alles nur angeschnitten. Fragen wurden nicht ganz geklärt.“ (Interview 6-1)

3.3.2 Thema 1: Geburtserleben

Geburtserleben

Die Paare wurden gefragt, ob sie überwiegend positive oder negative Gefühle haben, wenn sie an die Geburt denken.

5/12 (41,7%) Frauen hatten ein positives Geburtserleben und ebenso viele gaben an, die Geburt negativ erlebt zu haben. 2/12 (16,7%) der Frauen waren desbezüglich indifferent. Die Väter erlebten die Geburt mit 75% (9/12) im Durchschnitt als deutlich positiver als die Frauen.

„Durchweg positiv, Alles ist gut verlaufen. Es war heftig, aber durchweg positiv.“ (Interview 4-1)

Lediglich ein Mann (8,3%) gab an, ein negatives Geburtserleben gehabt zu haben und 2/12 (16,7%) Männer waren indifferent.

Die Geburt wurde insbesondere von den Frauen als negativ bewertet, wenn die Anzahl der Interventionen und Komplikationen hoch waren:

„Die Geburt selbst negativ. Rückblickend war es ok, aber die Schmerzen waren extrem stark. Der Kaiserschnitt war schlimm. Die MBU war schlimm, weil die Ärztin nicht rangekommen ist und ich die Position unter schlimmen Schmerzen halten musste.“ (Interview 5-0)

„Eher negativ bezüglich der Geburtsphase, vor allem die Dauer. Man hat lange mit Schmerzmitteln gewartet. Das Kristellern war schlimm. Es waren viele Personen um mich rum, alle haben gedrückt und gezogen. Danach habe ich ein positives Gefühl.“ (Interview 6-0)

Erinnerungen

Auf die Frage, woran sich die Paare am meisten erinnern, wenn sie an die Geburt denken, gaben 58,3% (n=7) der Frauen und 33,3% (n=4) der Männer die Geburt des Kindes an.

„Als das Kind kam und ich es gesehen habe.“ (Interview 3-0)

„Das Kind zu sehen. Das erste Mal als es über das Tuch gehalten wurde bei der Sectio.“ (Interview 7-0)

„... und die Reaktion meiner Frau, als das Kind kam. Es war wie ein Marathon und dann der Zieleinlauf.“ (Interview 8-1)

Ein Drittel der Frauen (33,3%, 4/12) beschrieben Interventionen und Komplikationen, jedoch nur ein Mann.

Jeweils ein viertel der Befragten (je n=3) gaben die Schmerzen der Frau, bzw. das Zusehen der Schmerzen der Frau an:

„Die Schmerzen, vor allem als das Kind gegen die Symphyse gedrückt hat...“
(Interview 5-0)

„Die Schmerzen, die lange Zeit, der lange Verlauf. Die Ungewissheit.“
(Interview 11-0)

Zukünftige Geburten

Jeweils 10 von 12 Mütter bzw. Väter bejahten die Frage *„Können Sie sich eine weitere Geburt vorstellen?“*. Auf die Nachfrage *„Was sollte anders laufen?“* waren vor allem eine kürzere Dauer (5/12 Frauen und 2/12 Männern) sowie keine Interventionen bzw. Komplikationen (5/12 Frauen und 4/12 Männern) gewünscht.

„Ja, aber kürzer und ohne irgendwelche Mittel und ohne Fremdeinwirkung.“
(Interview 1-0)

„Mittlerweile ja. Anders verlaufen: keine Saugglocke, frühere Schmerzmittelgabe. Ich hätte gerne Schmerzmittel zwischen dem Zäpfchen und der PDA gehabt.“ (Interview 6-0)

„Auf jeden Fall... der Muttermund soll sich schneller öffnen“ (Interview 4-1)

„...gerne auch kürzer, weil die Dauer sehr anstrengend war.“ (Interview 9-1)

Schuldgefühle

Die Paare wurden gefragt, ob sie das Gefühl haben, im Nachgang etwas falsch gemacht zu haben. 9/12 Frauen und 10/12 Männer verneinten dies. Wenn Schuldgefühle vorhanden waren, basierten diese auf einer schlechten Kommunikation zwischen dem medizinischen Personal und dem gebärenden Paar.

... hätte mich stärker einsetzen sollen für eine Sectio nach dem langen Geburtsverlauf.' (Interview 3-0)

... man fühlt sich nicht ernst genommen von den Hebammen. Man muss mehr verlangen, was man sich wünscht.' (Interview 3-1)

3.3.3 Thema 2: Bedeutung des Partners/der Partnerin

Das Schönste der Geburt für den Partner/die Partnerin

Die Paare wurden gefragt, was sie dachten, was das Schönste für den jeweiligen Partner bei der Geburt war.

Die Mütter gaben in 8/12 an, dass sie dachten, die Geburt des Kindes war das Schönste für den jeweiligen Partner, wohingegen 4/12 Frauen das Erleben der Geburt als Paar nannten.

... dass er mich unterstützen konnte und das gemeinsame Erleben und dass er integriert wurde als Vater und die Geburt.' (Interview 1-0)

8/12 Väter gaben ebenfalls an, die Geburt des Kindes sei der schönste Moment für die Partnerin gewesen, 2/12 Männer dachten ihre ‚Anwesenheit‘ im Kreißaal sei das Schönste für die Frau an.

„Als sie geboren wurde und dann, als sie dann da war und auf den Bauch gelegt wird. --- Das kleine, süsse Ding, dass dann da raus kam und einfach niedlich ausgesehen hat.“ (Interview 12-1).

Der schönste Moment der Geburt

Auf die Frage, was tatsächlich für die Eltern jeweils der schönste Moment war, waren sich fast alle Frauen (11/12) einig, dass die Geburt des Kindes, das Schönste für sie war. Der zweithäufigste genannte schönste Moment der Frauen (2/12) war die Schmerzfreiheit nach der Periduralanästhesie.

„Sie das erste mal zu sehen, zu küssen, auf der Brust zu haben. das PDA-Gefühl auf Wolken zu gehen.“ (Interview 8-0)

Bei den Männern wurde 8/12 mal die Geburt genannt und 2/12 Männer fanden es am Schönsten, die Geburt miterleben zu können.

„Als das Kind auf der Brust lag und dass ich dabei sein konnte.“ (Interview 3-1)

Das Schlimmste der Geburt für den Partner/die Partnerin

Die Hälfte der Frauen (6/12) gaben an, sie so unter dem Geburtsschmerz leiden zu sehen, habe ihre Partner besonders belastet:

„Mich leiden zu sehen, ohne was tun zu können. ... Er hat eine Art kennengelernt, die er nicht kannte. Das Schreien und das Weinen.“ (Interview 4-0)

Ca. 42% der Frauen (5/12) nannten die emotionale Belastung als das Schlimmste für die werdenden Väter.

„Die Machtlosigkeit nichts tun zu können. Die Hilflosigkeit.“ (Interview 11-0)

6/12 Männer vermuteten die Schmerzen und 5/12 Männer die Interventionen als das Schlimmste für ihre Partnerin:

„Die Saugglockengeburt... der Vorgang.“ (Interview 6-1)

„Das Schlimmste war natürlich dann die Situation danach, ähm als, als sie (das Neugeborene) dann im Nebenraum versorgt werden musste und stabilisiert werden musste. Ähm und wir natürlich nicht ... gewusst haben was, wie es weitergehen wird, wie es sich entwickelt.“ (Interview 12-1)

Der schlimmste Moment der Geburt

Für die Gebärenden waren die Geburtsschmerzen zusammen mit der Dauer der Geburt bzw. das fehlende Vorankommen mit jeweils 42% (5/12) die am häufigsten genannte Antwort auf die Frage „Was war für sie das Schlimmste bei der Geburt?“. Auch die damit verbundenen Emotionen wurden als sehr negativ bewertet.

„Das Schlimmste war, dass sich der Muttermund langsam öffnete ... die Kräfte waren am Ende und ... trotzdem nicht in der Endphase. ...waren viele kleine schlimme Momente. Das Schlimmste war, es ging nicht voran.“ (Interview 9-0)

„Die Saugglocke ... das Ausgeliefert sein ... sich selbst nicht unter Kontrolle zu haben.“ (Interview 6-0)

Bei den Männern wurden meist Gefühlszustände – oft im Zusammenhang mit einer Komplikation – oder die Komplikation selbst genannt.

„Die Machtlosigkeit und Hilflosigkeit.“ (Interview 11-1)

„Die MBU, weil ich aktiv meine Frau festhalten musste und das Warten vor dem OP-Bereich.“ (Interview 5-1)

„Das Warten vor dem OP. Man konnte sich nicht verabschieden. Auch das Warten dann im OP. Keiner hat mit mir gesprochen, was passiert.“ (Interview 3-1)

Aufarbeitung der Geburt

Die Paare wurden im Rahmen des Interviews gefragt: *„Konnte Ihr Partner bzw. ihre Partnerin Ihnen bei der Verarbeitung der Geburt helfen?“*. Ausnahmslos jede Frau (12/12), gab an, dass der Mann hierbei eine entscheidende Rolle übernahm. Insbesondere Gespräche haben 91,7% (11/12) auf verschiedenste Arten geholfen, vor allem bei herrschenden Verständnisproblemen.

„Ja, sehr sogar. Ich frag immer wieder wie Dinge waren, das kann der Partner gut aufbereiten. Auch das gemeinsame Erlebnis und sich daran zu erinnern. ... er war bestärkend wenn man unsicher war.“ (Interview 1-0)

„Ja, definitiv, v.a. durch Gespräche über Dinge, die im Nebel waren. Mein Partner hat Dinge wahrgenommen, die ich nicht bewusst wahrgenommen habe.“ (Interview 4-0)

„Total. Ich wusste nicht mehr viel und brauchte meinen Mann, um die Lücken zu schließen... . Die intensiven Gespräche... chronologisches Durcharbeiten der gesamten Geburt... Verständnisprobleme konnten gut gelöst werden, da man nicht alles mitbekommt.“ (Interview 5-0)

Bei den Männern waren es lediglich 66,7% (8/12), deren Frauen bei der Aufarbeitung helfen konnte:

„...durch Erinnerungen und Gespräche...“ (Interview 1-1)

3/12 Männer hatten laut eigener Aussage keinen Bedarf etwas aufzuarbeiten.

Schlüsselpersonen bei der Aufarbeitung

66,67% (8/12) der Frauen nannten noch weitere Schlüsselpersonen neben dem Partner. Insbesondere Hebammen bzw. die Nachsorgehebamme scheinen bei 50% (6/12) der Frauen eine entscheidende Rolle gehabt zu haben. 3/12 Frauen fanden

ihre Mütter als hilfreich bei der Geburtsaufarbeitung. 6/12 Männer hatten neben der Partnerin keine weitere Schlüsselperson. Wenn jemand genannt wurde, waren es zu gleichen Teilen (je 2/12, 16,7%) deren Mütter, Familie und Freunde.

3.3.4 Thema 3: Betreuung unter der Geburt

Im dritten Themenblock wurde das Paar zum Thema Betreuung befragt.

Kontinuierliche Betreuung

Die Paare wurden so oder so ähnlich zu diesem Stichpunkt befragt: „*Haben sie im Rückblick das Gefühl gut und kontinuierlich betreut worden zu sein?*“. 66,7% (8/12) der befragten Frauen verneinten diese Frage:

„In Schulnoten eine 4. Ich hatte viel höhere Erwartungen insgesamt. Ich hätte mir mehr Hilfestellung während der Geburt gewünscht.“ (Interview 1-0).

„Gut ja, kontinuierlich betreut nein. Dafür gab es zu wenig Schwestern und Hebammen. Alle waren hilfsbereit und freundlich, aber man hat gemerkt, es war viel zu tun.“ (Interview 5-0).

„Jein. Es war viel los in der Nacht. ... Personal musste viel springen ... Betreuung war den Umständen entsprechend gut, also geht so. Das Personal war viel am Anschlag, also eher nicht so.“ (Interview 9-0).

Die Mehrheit der Männer (58,3%, 7/12) empfanden die Betreuung hingegen als kontinuierlich.

Entscheidungsbeteiligung

Die Hälfte (6/12) der Frauen und 58,3% (7/12) der Männer fühlten sich angemessen an Entscheidungen beteiligt.

Kritisiert wurde die Kommunikation zwischen dem Paar und dem Klinikpersonal.

... hätte mir mehr Aufklärung gewünscht, warum welche Medikamente gegeben werden etc.' (Interview 1-0)

Die Möglichkeiten wurden schnell gezeigt, aber man konnte nichts lesen. Wurde immer so formuliert, dass es keine Alternativen gibt. Die Alternativen wurden nicht gezeigt.' (Interview 10-1)

Von den 5/12 Frauen, die ein positives Geburtserleben angaben, wurden alle diese Frauen nach eigener Angabe angemessen an Entscheidungen beteiligt.

Kontrollverlust

Nahezu alle Frauen (91,67%, 11/12) und zweidrittel der Männer (66,7%, 8/12) in dieser Studiengruppe hatten einen Kontrollverlust intrapartal. Jedoch gab es kaum einen Konsens bezüglich der Ursache.

Ja, als das CTG keine Wehentätigkeit aufgezeichnet hat, aber ich Wehen hatte. Ich wurde nicht ernst genommen. Da hatte ich Kontrollverlust.' (Interview 2-0)

Kontrollverlust zu 100 Prozent. Die Oberhand hatten die Schmerzen. Dennoch sicher und gut aufgehoben gefühlt.' (Interview 5-0)

Bei den Männern war jedoch auch weniger der Anspruch vorhanden, die Kontrolle unter der Geburt zu behalten.

Man hat als Mann keine Kontrolle, dass ist aber ok. Ich habe dem Team vertraut von der Kompetenz her.' (Interview 2-1)

„Ich bin in den Kreissaal gegangen, in dem Bewusstsein, über nichts Kontrolle zu haben, also ... auch nichts abgegeben wegen dem Männervorbereitungskurs.“ (Interview 5-1).

„Ja, aber das war in Ordnung, das gehört dazu.“ (Interview 7-1)

„... hatte keine Kontrolle. Es war die erste Geburt und die eigene Frau. Als es meiner Frau sehr schlecht ging... Kontrollverlust bis der Oberarzt kam. Der hat Sicherheit gegeben.“ (Interview 9-1)

„Hatte nie einen Kontrollanspruch, deshalb eher nicht. Habe Kontrolle im Krankenhaus bewusst abgegeben. War eingeschüchtert.“ (Interview 10-1)

Konzentration auf sich selbst/Aufmerksamkeit abgezogen

Die Paare wurden gefragt, ob sie unter der Geburt sich jeweils ganz auf sich konzentrieren konnten und wer oder was Ihnen die Aufmerksamkeit abgezogen hat. Die Hälfte der Frauen und die Hälfte der Männer (jeweils 6/12) gaben an, sie waren in der Lage, sich unter der Geburt auf sich zu konzentrieren. Bei den Männern lag die Konzentration oftmals bei der Partnerin.

„Nein... konnte und wollte mich auf meine Frau konzentrieren.“ (Interview 3-1)

„Nein, ich war in Gedanken immer bei meiner Frau.“ (Interview 4-1)

„Nein, ...war auch nicht wichtig. Der Fokus lag auf der Frau. Der Rest ist automatisch abgelaufen.“ (Interview 8-1)

„... ich war eigentlich ganz konzentriert die ganze Zeit, ich hab versucht meine Rolle gut auszufüllen und da hab ich mich entlang gehandelt. ... - Meine passive Rolle.“ (Interview 12-1)

Die Frauen hingegen, nannten eher das Umfeld, das sie abgelenkt hat. Generell waren die Aussagen diesbezüglich sehr unterschiedlich. Angaben wie Schmerzen, die Familie, die Hebamme, der Schichtwechsel, die Müdigkeit, sowie Sorgen um das Kind waren ursächliche Faktoren.

„Nein, weil die Hebamme gesagt hat, ich soll mich zusammenreißen. Fachlich war es gut, die Atmosphäre schlecht.“ (Interview 2-0)

„Nein, ich war auch bei meinem Mann und was denkt die Familie, dass es so lange dauert.“ (Interview 7-0)

Geborgenheit unter der Geburt

Auf die Frage, ob sich die Paare geborgen gefühlt haben, wurde mehrfach das Wort „geborgen“ kritisiert.

„Sicher gefühlt... gut aufgehoben... Geborgen ist das falsche Wort.“ (Interview 5-0)

„So ne richtige Geborgenheit wie man sie zuhause kennt, geht natürlich nicht, aber ich hatte durchgehend ein gutes Gefühl. Das lag aber auch daran, dass der Kreißsaal schön warm war, (lacht) das Licht wurde abgedämpft.“ (Interview 12-1)

„...ja, ich weiß gar nicht, ob man da überhaupt so fühlt. Schon so lange her (lacht) ...ja, war ok, aber Geborgenheit wie zuhause, nein.“ (Interview 12-0)

Insgesamt gaben dennoch 7/12 Frauen und 10/12 Männer an, sich geborgen gefühlt zu haben.

Fallen lassen

Abschließend wurde gefragt: „Konnten sie sich fallen lassen?“. Die Mehrheit der Frauen (58,3%, 7/12) und Männer (66,6%, 8/12) verneinten diese Frage. Die Frauen fanden die Ursache eher bei sich selbst, wohingegen die Männer sich erneut vermehrt der Frau widmeten.

„Ich habe die ganze Zeit gekämpft und gearbeitet.“ (Interview 3-0)

„Nein, aber das liegt an mir selbst, weil es ein sehr intimer Moment ist.“ (Interview 6-0)

„Schlecht, weil der Kopf in Pathologien steckte.“ (Interview 7-0)

„Nein. Man kann zuhause bleiben, wenn man sich fallen lassen will. Das ist der falsche Ort dafür.“ (Interview 3-1)

„Absolut nicht. Hatte durchweg einen Puls von 180. Der Fokus lag auf meiner Frau. Der einzige Auftrag war ihr zu helfen.“ (Interview 5-1)

„Nein, weil ich wissen wollte, was passiert und wie es weiter geht. Ich hatte Angst, dass meine Frau stirbt wegen den Schmerzen, wurde aber von den Hebammen und Ärzten aufgeklärt was passiert.“ (Interview 7-1)

„Für mich war das eigentlich nicht so dieses Thema gewesen. Ich bin einfach da gewesen und meine Frau unterstützt. - Ähm-, aber ich hab sicherlich mitgekriegt, dass sie sich nicht ganz fallen lassen kann, ähm und dann kann ich es nicht...“ (Interview 12-1)

4. Diskussion

Die Anwesenheit der Väter bei der Geburt des Kindes ist zwischenzeitlich nahezu selbstverständlich geworden. Das Geburtserleben des Mannes sowie die Auswirkungen der männlichen Präsenz bei der Geburt sind nicht abschließend verstanden. Diesbezügliche Forschungsprojekte nehmen den Mann jedoch zunehmend in den wissenschaftlichen Fokus der Studien.

Die vorliegende Arbeit widmet sich der Erforschung von Effekten eines Männervorbereitungskurses, der peripartalen Rolle des Mannes sowie möglicher Einflüsse auf den Geburtsverlauf.

4.1 Limitationen der Studie

Die Interpretation der Studienergebnisse erfordert die Kenntnisnahme und Berücksichtigung der folgenden Limitationen.

Der Forschungszeitraum war von Mai 2017 bis Januar 2019. In diesem Zeitraum fanden 2607 Geburten im EASK statt. Insgesamt betrug die Sectiorate im genannten Forschungszeitraum 21,2% mit folgender Verteilung: Geplante Sectio caesarea 3,3% (n=86), ungeplante Sectio caesarea 17,2% (n=447) und Sectio caesarea bei Wehenbeginn 0,7% (n=17). Im Studienkollektiv hatten 4,2% der Frauen einen geplanten Kaiserschnitt und 25,9% einen ungeplanten Kaiserschnitt. Die Sectio nach Wehenbeginn wurde hierbei nicht unterschieden. Die Sectiorate des Studienkollektivs liegt mit 30,1% deutlich über der allgemeinen Sectiorate am EASK (21,2%). Dies könnte zu einer Verzerrung bezüglich des Geburtserlebens führen.

Des Weiteren waren hohe Sprachkenntnisse erforderlich, um die Fragebögen lesen und adäquat beantworten zu können. Dies schloss die Teilnahme von Migrantinnen oftmals aus, was zu einer weiteren Verzerrung führen kann.

Soziodemographisch zeigte das Studienkollektiv ein überdurchschnittliches Bildungsniveau. Dies könnte ebenfalls zu einer Verzerrung der Studiendaten führen.

Im quantitativen Studienteil gab es keine Unterscheidung bezüglich der Anzahl der vorherigen Geburten der Frauen bzw. der miterlebten Geburten bei den Männern. Da jedoch von Studienteilnehmern angemerkt wurde, dass das Geburtserleben - und die damit einhergehende Beantwortung der Fragen - teils stark von der Anzahl der zuvor

erlebten Geburt abhinge, kann hier eine Verzerrung nicht ausgeschlossen werden. Weiterhin wurden sehr schwere Geburtsverläufe von der Studie ausgeschlossen. Aufgrund der Individualität und fehlender Standards sowie der persönlichen Rolle des Chefarztes Herrn Dr. med. W. Lütje ist die Reproduzierbarkeit der Studienergebnisse problematisch. Die genannten Aspekte müssten zunächst normiert werden, um die Ergebnisse in einer multizentrischen Studie überprüfen zu können.

Die Limitationen des qualitativen Studienabschnitts werden in 4.2 „Gütekriterien qualitativer Forschung“ diskutiert.

4.2 Gütekriterien qualitativer Forschung

Obwohl die Standardisierbarkeit der Vorgehensweise in der qualitativen Forschung ohnehin nur schwer möglich ist und es „eigentlich im Widerspruch zu der Idee, einen universellen, allgemein verbindlichen Kriterienkatalog zu formulieren“ (106) steht, verfasste Steinke (106) sieben Gütekriterien:

1. Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Ziel ist es, den Forschungsprozess anhand der Methoden, der Datenerhebung und der Kodierungen nachvollziehbar darzulegen und somit eine intersubjektive Überprüfbarkeit zu gewährleisten.

In der vorliegenden Arbeit wurden sowohl die Erhebungsmethoden als auch die Interpretation der Daten des qualitativen Studienabschnitts in dem Methodenteil dargestellt und sind somit nachvollziehbar.

2. Indikation des Forschungsprozesses

Dieses Kriterium bezieht sich sowohl auf das qualitative Vorgehen, als auch auf die Wahl der Methoden im Bezug auf die Beantwortung der Fragestellung.

Der gesamte Forschungsprozess war auf die zuvor festgelegten Hypothesen ausgerichtet. Aufgrund des ergänzenden Charakters des qualitativen Studienabschnitts wurden die Interviews anhand ausführlicher Mitschriften festgehalten.

3. Empirische Verankerung

Dieser Punkt widmet sich der Theorienbildung mit dem Ziel, auch nicht erwartete Ergebnisse zuzulassen.

In dieser Studie wurden die Kategorien anhand der ausführlichen Mitschriften der Interviews gebildet. Eine kommunikative Validierung der von der Autorin gebildeten Kategorien durch einen weiteren Untersucher fand nicht statt.

4. Limitation

Die Nachbesprechung wird allen Frauen bzw. Paaren routinemäßig im EASK angeboten, jedoch wird diese nahezu ausschließlich von Frauen bzw. Paaren wahrgenommen, die eine schlechte Geburtserfahrung gemacht haben. Folglich kann im qualitativen Studienteil von einem starken Bias ausgegangen werden. Des Weiteren wurden hier auch nur solche Paare berücksichtigt, die ihre erste Geburt erlebt haben. Auch dies kann zu einer Verzerrung der Studienergebnisse führen. Die Datenerhebung erfolgte im Interviewteil durch eine beispielhafte Tonaufnahme. Die weiteren Interviews wurden in Form ausführlicher Mitschriften festgehalten. So wurde bereits während des Interviews durch die Autorin eine Selektion des Materials durchgeführt. Aufgrund des ausschließlich ergänzenden Charakters des qualitativen Abschnitts wurde dies in Kauf genommen.

5. Kohärenz

Die Frage der Kohärenz bezieht sich darauf, ob die entwickelten Hypothesen in sich konsistent sind. Weiter sollen Widersprüche, sowohl in den Daten selbst, als auch in dessen Interpretation bearbeitet und ungelöste Fragen offen gelegt werden.

Die Sectiorate der Frauen, deren Männer am MVK teilgenommen haben, war deutlich niedriger, als die Sectiorate der Paare ohne Kursteilnahme. Dadurch stellt sich die Frage, was für einen Einfluss der Wunsch des Partners auf den Geburtsmodus der Frau hat. Diese Fragen wurden in der Arbeit nicht gestellt.

6. Relevanz

Der qualitative Studienabschnitt dient der Erforschung der oben beschriebenen Einflussfaktoren auf das Geburtserleben und der Bedeutung des Mannes für die Frau während und nach der Geburt. Da die Geburt mittlerweile beide Elternteile als

Labouring Couple beeinflusst, dient diese Arbeit als Grundlage zur Erforschung, welchen Einfluss der Mann bei der Geburt und auch der Geburtsverarbeitung hat.

7. Reflektierte Subjektivität

Hierbei soll geprüft werden, ob der „Forschungsprozess durch Selbstbeobachtung begleitet wird“. Die Reflexion der Interviews wird in Punkt 2.1.2.2.2 detailliert dargestellt.

4.3 Zusammenhang zwischen dem Männervorbereitungskurs und dem Geburtserleben der Paare

Studien konnten zeigen, dass eine Geburtsbegleitung und die damit einhergehende Unterstützung der Gebärenden im Kreißaal sich positiv auf die Dauer der Geburt, die Sectiorate, das Geburtserleben sowie die Notwendigkeit von geburtshilflichen Interventionen auswirken kann. Solche Frauen, die durchgängig während der Geburt begleitet wurden, hatten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Spontangeburt. Sectiones, Vakuumextraktionen oder Zangengeburt waren somit seltener notwendig. Weiterhin war eine Geburtsbegleitung mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für intrapartale Schmerzmittelgaben, mit einer höheren Zufriedenheit sowie mit einer kürzeren Geburtsdauer assoziiert. Außerdem hatten die Neugeborenen seltener einen niedrigen 5 Minuten APGAR-Score (12, 57).

Oftmals sind es nahestehende Personen, welche die Gebärenden während der Geburt begleiten (13, 68). Hierbei scheint sich insbesondere die Begleitung des Partners positiv auf das Geburtserleben und die Geburtsdauer der Frauen auszuwirken (13, 68, 109).

Diese Effekte gehen über den Zeitraum der eigentlichen Geburt hinaus. Bereits die Unterstützung des Partners während der Schwangerschaft hat einen signifikanten Einfluss auf das Geburtsgewicht des Kindes. Fehlende väterliche Anteilnahme und Unterstützung in der Schwangerschaft wird mit einem erhöhten Risiko für eine Frühgeburt (PTB- Preterm birth) assoziiert sowie einen vermuteten Einfluss auf ein SGA (Small für Gestational Age) (108).

Im Zuge des gesellschaftlichen Wandels werden Väter zunehmend bei der Geburt und der Geburtsvorbereitung eingebunden. Die bisherigen Studienkonzepte beschränkten sich auf die unterstützende Rolle des Mannes. Die Erforschung individueller Bedürfnisse und Auswirkungen auf die Geburt wurden hierbei zunächst vernachlässigt (28, 41, 67, 116).

In einem ersten Schritt konnte gezeigt werden, dass traditionelle Geburtsvorbereitungskurse für die Anforderungen der werdenden Väter nicht ausreichend bzw. geeignet sind (35, 38, 39, 47).

So zeigten beispielsweise Friedewald et al. (47) in einer Auswertung des „All Male Discussion Forums“ für werdende Väter im Bundesstaat Neu-Süd-Wales (Australien) bestärkende Ergebnisse bezüglich männerspezifischer Geburtsvorbereitungen. Es konnte klar gezeigt werden, dass die werdenden Väter sich oftmals in der Geburtsvorbereitung vernachlässigt fühlten und kaum auf ihre Bedürfnisse und Gefühle eingegangen wurde (47).

Eine weitere Studie konnte in Papua-Neuguinea zeigen, wie stark kulturelle Aspekte eine Schwangerschaft und Geburt sowie die Beziehung des Paares beeinflussen können. Nur wenige Männer aus diesem Kulturkreis begleiten ihre schwangere Partnerin zur Klinik. Die Männer warten jedoch draußen und kaum ein Mann nimmt an einem Geburtsvorbereitungskurs teil. Auch hier wird strategisch auf das Bewusstsein der Vorteile bezüglich der Anteilnahme der Väter in Schwangerschaftsvorsorge und Geburt durch Aufklärung gesetzt (34).

Eine nigerianische Studie (1) zeigte ebenfalls, was für positive Einflüsse eine intensive Schulung der Gebärenden, der Partner und des medizinischen Personals auf die Geburtsbegleitung hat. Die meisten Paare hatten präpartal eine negative Einstellung zu Vätern im Kreißsaal. Durch die intensive Schulung und eine Umstrukturierung der geburtshilfflichen Einrichtungen konnte das Geburtserleben sowohl bei den Gebärenden als auch der werdenden Väter verbessert werden (1).

Kuliukas et al. (72) gingen noch einen Schritt weiter. Die australische Forschergruppe untersuchte, wie sich ein pränataler Stillkurs für werdende Väter auf deren Einstellung bezüglich des Stillens auswirkt. Die Teilnehmer schätzten den Austausch mit den anderen Vätern und die Bestätigung in ihrer Rolle als Vater. Des Weiteren waren die Väter sich nicht immer über die Bedeutung des Stillens sowie dessen mögliche Problematiken bewusst. Ebenfalls wurde vorausschauende Aufklärung bezüglich der Geschehnisse der ersten Wochen der Elternzeit angenommen.

Ebenso wurden praktische Unterstützungsmethoden bezüglich Stillproblemen geschätzt. Insgesamt fühlten sich die Probanden der Studie gut auf die kommenden Ereignisse postpartum vorbereitet (72).

Die vorliegende Studie soll einen Beitrag leisten, die Auswirkungen von männerspezifischen Geburtsvorbereitungskursen und der Anwesenheit der Väter im Kreißaal besser zu verstehen. Als Hauptforschungsinstrument diente hierbei die zuvor beschriebene Salmon's Items List in der deutschen Fassung nach Stadlmayr zur Erhebung des Geburtserlebens (vgl, Kapitel 2.1.2.1.2).

Klinische Studien, welche die SIL-Ger bei Frauen anwendeten, bestätigten die Praktikabilität sowie die Bildung von entsprechenden Grenzwerten für die Bewertung des Geburtserlebens in die Kategorien „positiv“ und „negativ“ (39, 75, 91, 92, 94, 101).

Bei Männern wurde die SIL-Eng bereits im Jahre 2000 erfolgreich für die Erfassung des Geburtserlebens angewendet (52). Da die Väter als eigenständige Individuen als Teil des Paares („labouring couple“) wahrgenommen werden möchten, ist es folglich nur konsequent, die SIL bei den werdenden Eltern separat anzuwenden (7). Dorsch bestätigte 2013 unter der Annahme, die Geburt sei in ihrer Multidimensionalität nicht geschlechtsspezifisch, dass die SIL-Ger bei Vätern ein gutes klinisches Instrument für die Erfassung des Geburtserlebens darstellt (39).

Die Studienergebnisse der vorliegenden Arbeit konnten keine signifikante Veränderung des Geburtserlebens feststellen. Die Teilnahme am Männervorbereitungskurs am EASK beeinflusst folglich weder das Geburtserleben der Männer noch das Geburtserleben der Frauen, deren Männer am MVK teilgenommen haben. Lediglich das Gefühl eines intrapartalen Kontrollverlustes war bei den Männern durch eine Teilnahme am MVK beeinflusst: Die Männer, die an dem MVK teilgenommen haben, hatten eher das Gefühl eines Kontrollverlustes, als die Männer, die diesen Kurs nicht besucht hatten.

Anderweitige Studien kamen zu vergleichbaren Ergebnissen bezüglich des fehlenden Einflusses verschiedener Geburtsvorbereitungskurse auf das Geburtserleben der Männer (10, 39) und Frauen (10, 16, 43). Greenhalgh et al. (52) stellten fest, dass trotz zunehmender Teilnahme der Väter an Geburtsvorbereitungskursen bislang kein positiveres Geburtserleben für die Männer resultierte. Vielmehr hatten sogar solche Männer mit einer Vermeidungshaltung

gegenüber geburtsbezogener Informationen ein schlechteres Geburtserleben infolge der Teilnahme eines solchen Geburtsvorbereitungskurses (52).

Jedoch konnten David und Kenntenich (28) in einer Berliner Längsschnittstudie zeigen, dass eine unzureichende Geburtsvorbereitung die Ablehnung der Geburtsbegleitung durch den Mann fördern kann (28).

Der MVK des Ev. Amalie Sieveking-Krankenhauses ist in seinem Grundsatz darauf ausgerichtet, „nicht zu stören“ und lediglich auf die Wünsche der Frau zu reagieren bzw. der Gebärenden zu helfen, diese zu formulieren. Lütje bestärkt hierbei die Männer, die Rolle des Unterstützers der Frau anzunehmen und betont, dass ihre bloße Anwesenheit genug sei. Der genannte Ansatz, die Rolle des Unterstützers anzunehmen, findet in vielen Studien Bestätigung.

Laut einer Studie von David et al. (30) sind Väter bei der Geburt insbesondere anwesend, um für die Partnerin da zu sein bzw. einen „positiven Einfluss auf die Partnerin während der Geburt“ zu haben. Nach Świątkowska-Freund et al. (109) haben die werdenden Väter das Bedürfnis, die Geburt gemeinsam mit der Frau zu erleben. Die werdenden Mütter waren froh, wenn die Partner während der Geburt anwesend waren. Sie empfanden es als wichtig, dass ihre Partner sie bei der Atemtechnik unterstützten (109). Auch Awad und Bühling (5) zeigten, dass Männer ihre Frauen bei der Geburt begleiteten, um zu unterstützen und um einen positiven Effekt für die Beziehung zu dem Neugeborenen sowie für das Paar selbst erwirken (5). Shapiro (97) machte jedoch bereits 1987 in dieser eher strengen Rollenzuteilung auf ein sogenanntes „double bind“ aufmerksam: Die Anwesenheit der Väter im Kreißaal wird zwar erbeten, jedoch sind dessen Gefühle strikt taboo, Männer sind lediglich „Zeugen eines Dramas, gespielt von Frauen“¹ (97). Die Rolle des passiven Unterstützers scheint sich jedoch geändert zu haben.

So wird die aktive Unterstützung der Männer oft von den Gebärenden gefordert (33). Entsprechend hierzu wünschen sich viele Männer auch eine aktivere Rolle im Kreißaal (67). Im Zuge dieser Entwicklung wird das medizinische Personal, insbesondere die anwesenden Hebammen, zunehmend dazu aufgefordert, auf den Mann mit seinen eigenen Bedürfnissen und Ängsten einzugehen (7, 40, 53, 56, 116). Auch Bäckström und Hertfelt Wahn (7) betonen die Notwendigkeit, den Vater unter der Geburt einzubinden und ihm zu helfen, die Partnerin aktiv zu unterstützen, Ziel ist

¹ Übersetzung aus dem Englischen durch die Autorin

es, ein besseres Geburtserleben für das Paar zu erreichen. Die Autorinnen dieser Studie weisen jedoch auch darauf hin, dass das medizinische Personal die gewünschte Unterstützung des Mannes nur erreichen kann, wenn dieser seine Bedürfnisse auch offen kommuniziert (7).

Der MVK am EASK animiert die Kursteilnehmer hingegen, Gefühle der Hilflosigkeit, Angst und Ohnmacht für die Frau auszuhalten und nur das Nötigste zu fragen. Der MVK rät: „Häng den Werkzeugkoffer an die Wand, es gibt nichts zu tun.“

Johnson (67) beschreibt, dass sich die werdenden Väter oftmals einem hohen Druck ausgesetzt fühlen, die Frau bei der Geburt zu begleiten. Dieser Druck geht in erster Linie von den Hebammen und dem medizinischen Personal aus und zu einem kleineren Teil von der Partnerin und der Familie. Intrapartal führt dieser Druck wiederum zu einer erhöhten Stressbelastung für die werdenden Väter (67). Diese durchleben insbesondere einen hohen psychischen Stress, wenn sie das erste Mal bei einer Geburt anwesend sind (18, 33, 67). Der hohe Stress prä- und postpartal kann sogar Auswirkungen auf die Beziehung zwischen dem Vater und dem Neugeborenen haben (67). Eine weitere Kernaussage des MVK des EASK diesbezüglich ist es, dass es unter Umständen sogar sinnvoll sein kann, als Mann nicht bei der Geburt dabei zu sein. Auch während des Geburtsvorgangs den Raum zu verlassen oder sich rausschicken zu lassen, falls dies nötig sein sollte, sind Botschaften des MVK.

Ein anderer Ansatz wurde in einer ebenfalls männlich geleiteten väterspezifischen Geburtsvorbereitung von Wöckel et al. (117) verfolgt. Dieser ebenfalls einstündige Kurs unterstützt die Väter, ihre eigene Rolle während der Geburt zu finden und schult sie, wie sie ihre Partnerin aktiv während dem Geburtsvorgang unterstützen können. Die hier vermittelten Methoden beinhalteten beispielsweise die Unterstützung bei der Atmung, das Verstehen der mütterlichen Körpersprache sowie das Erlernen und Anwenden von Massagetechniken. Auch mögliche Verhaltensweisen der Gebärenden wie beispielsweise Schreien, Weinen und ablehnendes Verhalten wurden besprochen. Paare, deren Männer nach diesem Konzept geschult wurden, hatten ein signifikant besseres Geburtserleben als die Kontrollgruppe. Die Männer fühlten sich adäquat im Hinblick auf die Geburt geschult und konnten ihre Partnerin entsprechend unterstützen. Die Frauen der Testgruppe waren im Vergleich zur Kontrollgruppe zufriedener mit der männlichen Unterstützung (117).

Johnson (67) belegte ebenfalls den positiven Effekt dieser (aktiven) Rolle: Männer, die eine unterstützende Rolle im Kreißaal einnehmen konnten, hatten ein geringeres Stresslevel als Männer, die das Gefühl hatten, ihre Partnerin nicht ausreichend unterstützt zu haben (67). Chapman (24) identifizierte bereits 1992 die verschiedenen Rollen des Mannes während der Geburt. Welche Rolle letztendlich eingenommen wird, ist laut Chapman stark abhängig von der Persönlichkeit des Mannes, der Beziehung des Paares sowie der Erwartungshaltung der Frau an den Mann in dieser besonderen Situation. Die Autorin betonte, wie stressbehaftet das Ereignis für das Paar sein kann und plädiert dafür, dass die Männer eine Rolle einnehmen, in der sie sich wohlfühlen. Dieser entspricht optimalerweise der Rolle, die sie üblicherweise in ihrer Partnerschaft bereits einnehmen. Das Besetzen einer neuen künstlichen Rolle erschien hier nicht hilfreich (24).

Dieser Ansatz, die Persönlichkeiten, Beziehungen und Wünsche der Männer miteinzubeziehen, sollte basierend auf den oben diskutierten Studien im Zusammenhang mit den Ergebnissen dieser Studie Beachtung finden. Entgegen der Erwartung konnte kein Effekt des MVK auf das Geburtserleben durch ein passives Verhalten gezeigt werden. Das bloße Aushalten dieses extremen Erlebnisses einer Geburt könnte einen Teil der werdenden Väter überfordern. Eventuell können manche Männer besser mit dieser Situation umgehen, wenn sie ihren eigenen – wenn auch kleinen – Beitrag leisten können. Möglicherweise wollen die Väter zumindest die Möglichkeit einer aktiveren Rolle mit entsprechender Vorbereitung. In zukünftigen väterspezifischen Geburtsvorbereitungskursen sollte dieser Wunsch der Männer – immer unter Berücksichtigung der Wünsche der Gebärenden – eventuell Beachtung finden.

4.4 Zusammenhang zwischen dem Männervorbereitungskurs und dem Geburtsverlauf

4.4.1 Sectorate

Vorangegangene Studien konnten bereits zeigen, dass eine kontinuierliche Begleitung während der Geburt eine Reduktion der Sectorate erreichen kann (12, 59, 69). In der bisherigen Literatur war insbesondere die kontinuierliche Begleitung

durch eine Doula dazu in der Lage, eine signifikante Reduktion der Sectiorate zu bewirken (69, 79).

Auch die Begleitung des Partners konnte positive Effekte haben. In einer Studie von Kadour-Peero (68) wurde der Einfluss verschiedener Begleitpersonen untersucht. Der Autor kam zu dem Ergebnis, dass Mehrgebärende, die ausschließlich von ihrem Partner begleitet wurden, eine geringere Sectiorate hatten, als solche Frauen, die von ihrer Mutter begleitet wurden (unabhängig von der Anwesenheit des Partners) (68). Auch die Vorbereitung auf die Geburt kann sich auf den Geburtsmodus auswirken. Es gibt hierbei jedoch widersprüchliche Studienergebnisse in der Literatur:

Ein Cochrane Review von 2007 mit insgesamt 2284 Frauen aus 9 Studien über die Auswirkungen von Schulungen, u.a. bezüglich Ängsten und Schmerzen, kam zu der Schlussfolgerung, dass der Effekt der Geburtsvorbereitung noch weitestgehend unerforscht ist. Auch eine individuelle Geburtsvorbereitung mit dem erklärten Ziel eine Re-Sectio zu vermeiden, konnte zu keinem signifikanten Anstieg der vaginalen Geburten führen (48). Eine weitere Studie bezüglich einer Schulung von Frauen mit stattgehabter Sectio konnte bei der Folgegeburt ebenfalls keine signifikante Abnahme der Sectiorate bewirken (46). Aktuellere Studien hingegen zeigen, dass eine mütterliche Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs die Wahrscheinlichkeit für eine vaginale Entbindung erhöht und folglich die Sectiorate signifikant senken kann (19, 20, 25, 80, 86). Auch primäre Sectiones können durch eine Angstreduktion durch Geburtsvorbereitungskurse gesenkt werden (85, 107). Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen einer ausgiebigen Literaturrecherche der Cochrane Datenbank von 2018 wider: Eine effektive Geburtsvorbereitung für Mütter sowie Geburtsvorbereitungskurse für Paare können zu einer Senkung der Sectiorate mit einem Anstieg von Spontangeburt führen (25).

Inwieweit der Mann und dessen Einbeziehung in die Geburtsvorbereitung hierbei ein richtungsweisender Einflussfaktor auf den Geburtsmodus der Frau darstellt, kann aus den nachfolgend genannten Studien erahnt werden.

In der heutigen Zeit werden Entscheidungen bezüglich der Geburt von den Paaren meist gemeinsam getroffen. Johansson et al. (63) zeigte in einer qualitativen Studie mit 21 Männern, deren Partnerinnen eine Sectio hatten, dass die Sicherheit für Mutter und Kind das vorrangige Entscheidungskriterium bezüglich des Entbindungsmodus ist. Der Entbindungsmodus an sich scheint hierbei nebensächlich

zu sein. Eine Sectio wurde jedoch als schnelle und effiziente Art der Geburt betrachtet und folglich als sicher angesehen. Es wurde ebenfalls in der Studie auf das oftmals mangelhafte Wissen bezüglich der Risiken einer Sectio seitens der Männer hingewiesen, was zu der Entscheidungspräferenz bezüglich des Geburtsmodus beitragen kann (63). Bäckström und Hertfelt Wahn (7) diskutieren in ihrer Studie, dass eine verbesserte Vorbereitung von Männern auf die Geburt das Selbstvertrauen erhöhen kann, Ängste vermindern und somit eine Reduktion der Nachfrage nach einer Sectio erzielt werden kann (7, 42).

Hildingsson (55) untersuchte in einer schwedischen Longitudinalstudie 1074 schwangere Frauen und ihre Partner auf die Auswirkungen der unterschiedlichen Ansichten bzgl. der Geburt, Ängste sowie Präferenzen des Entbindungsmodus. Während die Frauen in dieser Studie eher auf die Sicherheit und einer weniger stressbehafteten Geburt für das Ungeborene wertlegten, waren die Männer eher über die Gesundheit der Frau besorgt. Die Frauen, die eine Sectio bevorzugten und Ängste vor einer vaginalen Entbindung angaben, legten die Priorität auf eine sichere, stressfreie Entbindung für sich selbst, wollten Schmerzen vermeiden, das Datum der Geburt planen und selbstbestimmt über die Geburt entscheiden. Weiter gaben diese Frauen an, die Geburt nicht als etwas Natürliches zu betrachten. Diese Ansichten fanden sich auch bei den entsprechenden Partnern wieder. Insbesondere die Angst scheint vorrangig den bevorzugten Entbindungsmodus zu beeinflussen. Die Studie zeigte, dass die Einstellung der Männer, insbesondere in Abhängigkeit empfundener Ängste vor der Geburt, stark mit der Entscheidung bezüglich des Geburtsmodus widerspiegelt. (55).

Johansson et al. (65) konnten in einer schwedischen Studie mit 1105 werdenden Vätern zeigen, dass Faktoren assoziiert mit einem gewünschten Kaiserschnitt seitens der Väter der Wunsch nach einem planbaren Datum, vorherige negative Geburtserfahrungen sowie vorangegangene Erfahrungen mit einem Kaiserschnitt sind. Die werdenden Väter, die eine geplante Sectio wünschten, betrachteten eine Geburt weniger als natürlichen Vorgang und mehr als riskantes Projekt. Ebenfalls betonten diese Männer, dass die Frau ein Recht habe, den Geburtsmodus zu bestimmen, anstatt dass diese Entscheidung seitens der Ärzte getroffen wird. Der größte Einfluss auf die Entscheidung für einen Kaiserschnitt waren in der Studie vorangegangene negative Geburtserfahrungen, meist bei vaginalen Entbindungen (65). Die gleiche Forschergruppe zeigte in einer weiteren Studie (64), dass eine

Sectio als sicheres Prozedere seitens der Männer gesehen wird und die Männer entsprechend ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle hatten und ihre subjektive Verantwortung bezüglich der Gesundheit des Kindes durch einen Kaiserschnitt gemindert wird (64).

In der vorliegenden Studie hatten Frauen, deren Männer durch Teilnahme an dem MVK auf die Geburt vorbereitet wurden, eine signifikant geringere Sectiorate (21%), als die Frauen in der Kontrollgruppe (38%).

Dieser positiver Effekt konnte auch in einer weiteren Studie, die den Effekt eines MVK bezüglich vaginaler Entbindungen und Sectiones in der 28.-32. Schwangerschaftswoche untersuchten, gezeigt werden (98). Die Frauen, deren Männer den Kurs besucht haben sowie die Frauen, deren Männer den Kurs nicht besucht haben, wurden zu Beginn der Studie und vier Wochen später bezüglich des geplanten Geburtsmodus befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Frauen ein größeres Wissen und eine positivere Einstellung gegenüber vaginalen Geburten im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten. Weiter konnte die Rate der elektiven Kaiserschnitte signifikant gesenkt werden (29,5% vs. 50%; $p < 0,05$). Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass die Ausbildung der Partner sich auf den geplanten Geburtsmodus auswirken können (98).

Inwieweit der Partner hierbei ein Mitspracherecht auf den Geburtsmodus der Frau hat bzw. wie weit die Einstellung des Partners auch intrapartale Auswirkungen hat, ist jedoch schwer zu belegen. Die Indikation für eine Sectio caesarea unterliegt zahlreichen medizinischen und nicht medizinischen Einflussfaktoren. Die verschiedenen Formen der Geburtsvorbereitung, einschließlich männerspezifischer Geburtsvorbereitungskurse, können einen Einfluss auf den Geburtsmodus haben. Ob allein die Teilnahme der Partner am MVK zu einer anhaltenden Reduktion der Sectiorate führen kann, bleibt zu klären. Größere Patientenkollektive in einem multizentrischen Studiendesign sollten dies in zukünftigen Studien überprüfen.

4.4.2 PDA-Rate

In der vorliegenden Studie erhielten 49,7% der teilnehmenden Frauen (n=71) während der Geburt eine PDA. Hierbei gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe mit MVK-Teilnahme des Mannes und der Kontrollgruppe: Beide Gruppen hatten in ca. 50% der Fälle eine PDA. Die Paare, in denen die Frauen unter der Geburt Analgetika erhielten, hatten ein schlechteres Geburtserleben, als die Paare, bei denen die Frauen keine Analgetika erhielten. Eine Differenzierung der Analgetika bezüglich des Geburtserlebens wurde hierbei nicht untersucht.

Ob die Inanspruchnahme einer PDA durch eine adäquate Geburtsvorbereitung gesenkt werden kann, wird auch in der aktuellen Studienlage kritisch gesehen. Eine vorab besprochene PDA kann zwar Ängste vor dem Geburtsschmerz reduzieren, ist jedoch nicht mit einer erhöhten Zufriedenheit mit dem Schmerzmanagement assoziiert und steht in Verbindung mit einer erhöhten Rate von Interventionen, was langfristig die Angst vor einer Geburt erhöhen kann (107). Zwar kann ein Geburtsvorbereitungskurs das Ausmaß der Schmerzen der Frauen reduzieren (3, 91), jedoch wird ein mütterlicher Geburtsvorbereitungskurs eher mit einer erhöhten PDA-Rate assoziiert (43, 44). Eine mögliche Begründung lag darin, dass die Frauen durch die Geburtsvorbereitungskurse sich eher über die Möglichkeiten der Schmerzmittelgaben bewusst sind und diese auch entsprechend schneller in Anspruch nehmen bzw. einfordern können (43).

Eine qualitative Studie mit 17 Paaren von Chapman (23) kam zu dem Ergebnis, dass eine effektive Geburtsvorbereitung, welche die Auswirkungen der zunehmenden Wehenschmerzen auf die Frau sowie den Effekt einer PDA erläutert, die Männer auf die Veränderungen des Verhaltens ihrer Partnerin besser vorbereiten kann. Wenn die Männer wissen, dass diese Veränderungen eine normale Reaktion auf den Geburtsschmerz darstellen können, kann dies Gefühle von Angst, Frustration und Hilflosigkeit reduzieren (23). Bergström et al. (10) untersuchten, ob unterschiedliche Geburtsvorbereitungsmaßnahmen (Geburtsvorbereitungskurse mit Schwerpunkt auf die vaginale Entbindung via psychoprophylaktischem Training vs. einem Standard Geburtsvorbereitungskurs) sich auf die Inanspruchnahme einer PDA intrapartal auswirken kann. Die Autoren dieser Studie fanden weder Auswirkungen der Geburtsvorbereitung auf die PDA-Rate noch auf das Geburtserleben der werdenden Mütter und Väter (10).

In der Literatur liegen hinsichtlich der Inanspruchnahme einer PDA und dem Geburtserleben unterschiedliche Aussagen vor: So kann sich diese negativ auf das Geburtserleben auswirken (9, 75, 81, 114) oder aber ohne signifikanten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit bleiben (4, 10, 36).

Während die PDA zwar als die effektivste Methode zur Schmerzbekämpfung angesehen wird (81) und somit auch die Zufriedenheit mit dem Schmerzmanagement mit PDA höher ist (36), wird eine PDA mit einer Forcepsentbindung in Zusammenhang gebracht (4, 81), was sich wiederum negativ auf das Geburtserleben auswirken kann. Lütje (75) beschreibt die PDA in seiner Münchner Studie als „Störfaktor“ während der Geburt, insbesondere wenn die persönlichen Erwartungen nicht erfüllt wurden. Manche Gebärenden waren sogar enttäuscht, eine PDA benötigt zu haben (33, 75). Eine PDA wird als ein Eingriff in das natürliche Geburtsgeschehen empfunden, die aufgrund eines deutlich erhöhten Schmerzerlebens oder bei einem pathologischen Geburtsverlauf Anwendung findet. Somit liegt der Inanspruchnahme der PDA laut Lütje ohnehin ein schlechteres Geburtserleben zugrunde (75). Dies kann ein Erklärungsansatz für den fehlenden positiven Effekt der PDA sein, den man aufgrund der beschriebenen analgetischen Potenz erwarten würde. Möglicherweise sind hier Studien erforderlich, die den Einfluss der PDA auf das Geburtserleben untersuchen, indem ähnliche Entbindungen herangezogen werden. So könnte der von Lütje genannte Effekt eliminiert werden.

Das Schmerzmanagement der Frau kann sich auch auf das Geburtserleben der Männer auswirken. Diesbezüglich stehen die bislang publizierten Ergebnisse jedoch im Gegensatz zu den Erfahrungen mit den gebärenden Frauen. So konnte eine Studie aus dem Jahr 2007 von Capogna et al. (21) zeigen, dass Männer, deren Frauen keine PDA erhalten haben, sich in ihrer Anwesenheit überflüssig und sogar lästig fühlten. Wenn die Gebärende jedoch eine PDA in Anspruch genommen hat, steigerte dies drastisch das väterliche Gefühl, hilfreich und involviert zu sein. Gleichzeitig reduzierte dies das Gefühl von Angst und Stress bei den Männern. Zusammenfassend konnte die mütterliche Analgesie die väterliche Zufriedenheit deutlich steigern (21).

Auch hier muss die Komplexität des Geburtserlebens sowie der Inanspruchnahme einer PDA bedacht werden. Es mag möglich sein, die Einstellungen der Paare bezüglich einer PDA durch adäquate Aufklärung zu verändern, jedoch ist eine Geburt

in ihrer Individualität eventuell zu komplex, um einen Effekt des Kurses für die Männer auf die PDA-Rate zu erwarten.

4.5 Zusammenhang zwischen dem Bildungsstatus und dem Geburtserleben

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen unterschiedliche Zusammenhänge hinsichtlich des Geburtserlebens zwischen den Geschlechtern. Während es bei den werdenden Vätern keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit des Bildungsstatus gibt, fallen die Frauen mit einem Hochschulabschluss durch ein insgesamt schlechteres Geburtserleben auf. Ergänzend bewerteten sie die Subdimensionen „negative emotionale Erfahrung“ und „physisches Unwohlsein“ schlechter im Vergleich zu anderen Bildungsniveaus. Green et al. (51) hingegen fanden in ihrer Studie keinen signifikanten Unterschied in der Zufriedenheit in Abhängigkeit des Bildungsniveaus der Frauen (51).

Bei der hier beobachteten Verschlechterung des Geburtserlebens bei Frauen mit einem Hochschulabschluss in der vorliegenden Studie könnten ein gesteigerter Wunsch nach Kontrolle und Sicherheit sowie ein geringeres Maß an Gelassenheit eine Rolle spielen. Der Einfluss der Bildung auf das Geburtserleben bei dem Vergleich zwischen dem Hochschulabschluss und den anderen Bildungsstufen könnte durch das insgesamt sehr hohe Bildungsniveau verzerrt sein.

Bei den Partnern konnte eine Studie von Dorsch (39) über Geburtserfahrungen von Vätern zeigen, dass der Bildungsstatus des Mannes sich durchaus auf sein Geburtserleben auswirken kann (39): So hatten Männer mit einem niedrigeren Bildungsniveau eine deutlich höhere postpartale Erfüllung als Männer mit einer höheren Bildung. Diese Beobachtung kann unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Frauen in der vorliegenden Studie als weiterer Hinweis auf einen realen Einfluss des Bildungsniveaus auf das Geburtserleben gewertet werden. Demnach könnten sowohl Väter als auch Mütter mit steigendem Bildungsniveau ein reduziertes Geburtserleben haben. Jedoch muss diese Hypothese in zukünftigen Studien überprüft werden.

4.6 Schlüsselpersonen bei der Geburt und dessen Verarbeitung

Viele Frauen wünschen sich eine kontinuierliche Betreuung unter der Geburt (75). Dies kann jedoch vom medizinischen Personal nicht immer gewährleistet werden. In Fällen, in denen Frauen bereits eine vorangegangene negative Geburtserfahrung gemacht haben, kann die Unterstützung des medizinischen Personals auch oft nicht angenommen werden. Hier kommt dem Partner eine besondere Bedeutung zu (110). Passend hierzu nannten 88,8% der Frauen in der vorliegenden Studie die bloße Anwesenheit des Partners sub partu als besonders hilfreich. Ein gesteigertes Engagement seitens des Partners im Sinne von Zusprechen (52,4%) oder Berühren (54,5%) empfanden lediglich ca. die Hälfte der Befragten als hilfreich. Die Hebamme wurde mit 86,7% in der vorliegenden Arbeit als zweitwichtigste Person von den werdenden Müttern während der Geburt genannt.

David et al. (30) konnten in einer postpartalen Befragung von Vätern zeigen, dass diese sich selbst als die hilfreichste Bezugsperson noch vor der Hebamme erachteten (30). Diese Selbsteinschätzung wird durch die vorliegende Arbeit deutlich bestätigt. Somit kommt dem Partner eine erhebliche Rolle während der Geburt zu. Nimmt der Partner diese Rolle nicht an, kann sich die unzureichende Unterstützung laut Waldenström et al. (114) sogar negativ auf die Geburt auswirken. Auch postpartal ist die Unterstützung des Partners von Bedeutung. Eine Studie von O'Hara (84) aus dem Jahr 1986 zeigt, dass Frauen mit einer vermeidlich postpartalen Depression angaben, eine unzureichende emotionale Unterstützung des Partners gehabt zu haben (52, 84). Eine intrapartale Unterstützung der Frau ist als ein protektiver Faktor bezüglich einer akuten Stressreaktion in den ersten drei Wochen postpartum zu betrachten (102).

In einer Studie von Lütje (75) haben die Männer bei den Gebärenden - nach der Hebamme - die zweitwichtigste Rolle bei der Geburtsbegleitung; dennoch wirkt sich dieser als hilfreich empfundene Einfluss nicht auf ein positiveres Geburtserleben der Frauen aus. Ursächlich ist hier, dass er als selbstverständlich angesehen wird. Lütje bestätigt in seiner Arbeit, dass die betreuende Hebamme einen positiven Einfluss auf das Geburtserleben haben kann (75).

Auch bei den Männern hat die betreuende Hebamme einen großen Einfluss auf das empfundene Geburtserleben. Die Mehrheit der Männer (85,3%) dieser Studie gaben

an, die Unterstützung der Hebamme sei hilfreich gewesen. Nur 38,5% fanden die Unterstützung des Arztes und nur 35,0% die Berührung des Partners als hilfreich. Dies zeigt, dass für den Mann intrapartal das medizinische Personal und insbesondere die Hebamme von Bedeutung sind.

Auch David et al. bestätigen in ihrer Studie, dass kompetent wirkendes medizinisches Personal einen positiven Einfluss auf das Geburtserleben der Männer hat (30). Insbesondere die Bedeutung der Hebamme bei der Unterstützung der werdenden Väter während der Geburt wird in mehreren Studien diskutiert (7, 23, 74, 111).

Da viele Männer ihre Frauen eher unvorbereitet zur Geburt begleiten, appellieren Awad und Bühling (5) an das medizinische Personal, die Väter in den Geburtsverlauf einzubinden, um die Unsicherheiten und Ängste zu vermindern. Auf diese Weise kann nicht nur den Müttern, sondern auch den Vätern ein positives Geburtserleben ermöglicht werden (5). Ob sich die Väter als Teil des gebärenden Paares fühlen und somit in den Geburtsprozess involviert fühlen, hängt laut Bäckström und Hertfelt Wahn (7) maßgeblich davon ab, inwiefern sich die Väter intrapartal unterstützt fühlen. Dieses Gefühl der Unterstützung bei den werdenden Vätern kann durch eine unbewusste mangelnde Einbeziehung der Hebammen beeinträchtigt werden. Folglich empfehlen die Autoren dieser Studie, dass das medizinische Personal die Väter in ihrer Bedeutung als Teil des gebärenden Paares bestärken sollte. Außerdem sollten sie den Männern zeigen, wie sie ihre Partnerin unterstützen können. So sollte das Risiko reduziert werden, dass Männer sich ausgeschlossen fühlen (7). Hallgren et al. (53) unterstreichen, dass die Hebamme die Männer als Individuen betrachten sollten, Geburtsvorbereitungskurse auch auf die Bedürfnisse der Männer auszurichten sind und Erwartungen an die Geburt auch im Bezug auf die Rolle des Mannes diskutiert werden sollten.

Postpartal liegen die maternalen Bedürfnisse insbesondere auf einem Informationsbedarf, dem Bedarf an psychologischer Unterstützung, das Bedürfnis nach Erfahrungsaustausch sowie das Bedürfnis nach praktischer und materieller Unterstützung (99). In dem qualitativen Teil der vorliegenden Studie hat der Partner auch bei der Aufarbeitung der Geburt die wichtigste Rolle für die Frauen eingenommen. Ausnahmslos jede Frau gab auf die Frage, wie ihr Partner bei der emotionalen Verarbeitung der Geburt geholfen hat, insbesondere das Auflösen von

Verständnisproblemen sowie das Schließen von Gedächtnislücken und das Führen von Gesprächen an.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Ergebnisse sowie der diskutierten Studien, erscheint der Partner zusammenfassend als wichtige Bezugsperson während und nach der Geburt. Auch wenn bislang kein Effekt auf das Geburtserleben gezeigt werden konnte, so spielt seine Unterstützung eine wesentliche Rolle. Diese scheint, im Gegensatz zur Hebamme, eher passiver Natur zu sein. Diese Erkenntnis bestätigt die Notwendigkeit von mänderspezifischen Vorbereitungsangeboten.

4.7 Einflussgrößen auf das Geburtserleben

Das Erleben der Geburt und die damit verbundenen Erinnerungen sind, neben dem gesundheitlichen Outcome von Mutter und Kind sicherlich einer der bedeutendsten Aspekte der Geburt. Das Geburtserleben reicht über dieses zeitlich begrenzte Ereignis hinaus. So beeinflusst es beispielsweise entscheidend die weitere psychische Entwicklung der Frauen (104, 105). Hierunter sind neben moderaten Stimmungsschwankungen (71, 105) auch klinisch relevante Krankheitsbilder wie postpartale Depressionen (90, 105) und posttraumatische Belastungsstörungen (6, 26, 89, 96, 105, 115) zu verstehen. Darüber hinaus gibt es noch längerfristige Effekte, beispielsweise in Form eines negativen Einflusses auf die Mutter-Kind-Beziehung (73, 105).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden die folgenden Einflussgrößen - angelehnt an die drei C's („continuity“, „choice“ und „control“) von Hundley (61) untersucht: „kontinuierliche Betreuung“, „Kontrolle“, „Entscheidungsbeteiligung“ und - in dieser Studie ergänzt - „Konzentration auf sich selbst“.

Es zeigte sich, dass beinahe alle Frauen (11/12) das Gefühl eines Kontrollverlustes erlebt hatten, die Mehrheit der Frauen (8/12) ihre Betreuung als nicht kontinuierlich bewertet haben und die Hälfte der Frauen (6/12) sich nicht angemessen an Entscheidungen beteiligt fühlten und sich nicht auf sich selbst konzentrieren konnten. Hierbei ist bemerkenswert, dass die Frauen, die ein positives Geburtserleben angaben, alle nach eigener Einschätzung angemessen an Entscheidungen beteiligt wurden.

Limitierend ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass die kleine Fallzahl dieser Nebenfragestellung keine kausalen Rückschlüsse zulässt. Dennoch deckt sich die Beobachtung bzgl. der Entscheidungsbeteiligung mit den Studienergebnissen von Spaich et al (100). Es konnte gezeigt werden, dass die Einbeziehung in Entscheidungen - neben der intrapartalen Unterstützung und einem effektiven Schmerzmanagement - der wichtigste Faktor für die Verbesserung des Geburtserlebens der Frau ist (100). Green et al. (51) fanden in ihrer Studie, dass Erstgebärende eine geringere Kontinuität der Betreuung und weniger Kontrolle über die Interventionen des medizinischen Personals hatten. Folglich war auch die Gesamtzufriedenheit geringer als die der Mehrgebärenden. Des Weiteren wirkte sich ein Kontrollverlust negativ auf die Gesamtzufriedenheit und das postpartale Wohlbefinden aus (51). Auch Waldenstrom et al. (114) fanden, dass Frauen ohne subjektiv empfundene Kontrolle über die Situation sub partu das höchste Risiko für ein negatives Geburtserleben haben (114). Ebenfalls eine Studie von Waldenstrom (112) an 1111 Probandinnen über die Geburtserfahrung von Frauen zeigte, dass die Einbeziehung in den Geburtsprozess, bzw. die wahrgenommene Kontrolle sowie die Unterstützung der Hebamme sich positiv auf das Geburtserleben der Frauen auswirkt (112). Vor dem Hintergrund der oben genannten Ergebnisse dieser Studie sowie dem Einblick in die Literatur erscheint eine kontinuierliche Betreuung als wesentliche Bedingung für ein positives Geburtserleben. Sie ist Voraussetzung für eine angemessene Beteiligung der Frau und ihres Partners an Entscheidungen und kann dem Gefühl des Kontrollverlustes entgegenwirken. Jedoch erfordert gerade diese enge Betreuung einen hohen personellen Aufwand, der im klinischen Alltag oft nicht geleistet werden kann.

Die Mehrheit der Männer (7/12) dieser Studie empfanden die Betreuung als kontinuierlich, ebenso viele Männer (7/12) fanden sich ausreichend an Entscheidungen beteiligt und 8/12 Männern gaben an, einen Kontrollverlust intrapartal empfunden zu haben, jedoch nur die Hälfte der Männer (6/12) konnten sich während der Geburt auf sich konzentrieren.

Mit Hinblick auf die Männer wird die Beurteilung von Einflussgrößen schwieriger. Entsprechende Aussagen über die Auswirkungen der Anwesenheit des Mannes im Kreißaal sowie über das psychische Wohlbefinden des Mannes basieren weitestgehend auf Vermutungen und Erfahrungen als auf Studien (5). Die vorhandene Literatur gibt Hinweise darauf, dass für die Männer die eigene

Hilflosigkeit besonders belastend ist. Diese äußert sich insbesondere dann, wenn sie die Schmerzen und das Leiden der eigenen Partnerin mitansehen müssen (5, 23, 53, 67, 111). Ebenso wie bei den Frauen steht eine kontinuierliche Betreuung im Vordergrund. Sie könnte hier in der Lage sein, die empfundene Hilflosigkeit und aufgezwungene Passivität abzumildern und durch das Auftragen simpler Aufgaben das Gefühl eines hilfreichen Beitrags zu erzeugen.

Zusammenfassend kommt der kontinuierlichen Betreuung bei Gebärenden und ihren Partnern eine zentrale Rolle bei der Beeinflussung des Geburtserlebens zu.

Eine intensivere Betreuung der Paare unter der Geburt könnte das Potential haben, das Geburtserleben zu verbessern und somit einen positiven Einfluss auf die langfristige psychosoziale Entwicklung der Frau und ihrer Familie zu nehmen.

5. Schlussfolgerung

Die Auswertung der Ergebnisse konnte keinen Einfluss des kurzen MVK auf das Geburtserleben der Paare sowie auf die PDA-Rate zeigen. Hinsichtlich dieser ausgebliebenen Effekte muss diskutiert werden, ob ein zweistündiger Kurs ausreichend ist. Angesichts der multidimensionalen Struktur des Geburtserlebens könnte ein umfangreicheres Vorbereitungsprogramm notwendig sein, um Einfluss auf das Geburtserleben zu nehmen. Bemerkenswert ist die in dieser Studie beobachtete Reduktion der Sectiorate. In der Interventionsgruppe lag diese um 17 % niedriger, als in der Kontrollgruppe. Ob diese Verringerung tatsächlich kausal auf die Teilnahme der Väter an dem MVK zurückzuführen ist und sich darüber hinaus wiederholen lässt, sollte in zukünftigen Studien mit einem größeren Kollektiv erneut getestet werden. Zunächst ist dies aber als Hinweis auf die bedeutende Rolle des Vaters und seiner spezifischen Vorbereitung auf die Geburt zu werten. Entsprechend hierzu zeigt die Auswertung der qualitativen Ergebnisse, dass der Partner von den Gebärenden als wichtigste Bezugsperson sowohl während als auch nach der Geburt betrachtet wird. Folglich sollten männerspezifische Vorbereitungskonzepte entwickelt und ausgeweitet werden. Darüber hinaus erscheint eine kontinuierliche Betreuung von grundlegender Bedeutung für ein positives Geburtserleben zu sein. Nur sie ermöglicht es, Gefühle von Kontrollverlust zu vermeiden und eine angemessene Beteiligung an intrapartalen Entscheidungsprozessen zu ermöglichen. Diese Erkenntnisse sollten in den klinischen Alltag integriert werden, um die Geburtshilfe im Sinne des aktuellen gesellschaftlichen Wandels weiterzuentwickeln und um das Wohlbefinden der werdenden Eltern sowie ihres neugeborenen Kindes zu fördern.

Literaturverzeichnis

1. Adeyemi AB, Fatusi AO, Phillips AS, Olajide FO, Awowole IO, Orisawayi AO. Factors associated with the desire for companionship during labor in a Nigerian community. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2018 Jun;141(3):360-5. PubMed PMID: 29468682.
2. Akca A, Corbacioglu Esmer A, Ozyurek ES, Aydin A, Korkmaz N, Gorgen H, et al. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2017 May;295(5):1127-33. PubMed PMID: 28303340.
3. Akca A, Esmer AC, Ozyurek ES, Aydin A, Korkmaz N, Gorgen H, et al. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2017;295(5):1127-33.
4. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2011 Dec 7(12):CD000331. PubMed PMID: 22161362.
5. Awad O, Bühling K. Väter im Kreißsaal: Ergebnisse einer Umfrage. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2011;71(06):511-7.
6. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*. 2001 Jun;28(2):111-8. PubMed PMID: 11380382.
7. Bäckström C, Hertfelt Wahn E. Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*. 2011;27(1):67-73.
8. Bartels R. Experience of childbirth from the fathers perspective. *British Journal of Midwifery*. 1999;7(11):681-3.
9. Belanger-Levesque MN, Pasquier M, Roy-Matton N, Blouin S, Pasquier JC. Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. *BMJ open*. 2014 Feb 24;4(2):e004013. PubMed PMID: 24566529. Pubmed Central PMCID: 3939628.
10. Bergstrom M, Kieler H, Waldenstrom U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2009 Aug;116(9):1167-76. PubMed PMID: 19538406. Pubmed Central PMCID: 2759981.

11. Blomquist JL, Quiroz LH, MacMillan D, McCullough A, Handa VL. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *American journal of perinatology*. 2011;28(05):383-8.
12. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017 Jul 6;7:CD003766. PubMed PMID: 28681500.
13. Bondas-Salonen T. How women experience the presence of their partners at the births of their babies. *Qualitative Health Research*. 1998;8(6):784-800.
14. Bortz J, Schuster C. *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*: Springer-Verlag 2010.
15. Bossano CM, Townsend KM, Walton AC, Blomquist JL, Handa VL. The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2017 Sep;217(3):342 e1- e8. PubMed PMID: 28455080.
16. Brewin C, Bradley C. Perceived control and the experience of childbirth. *The British journal of clinical psychology*. 1982 Nov;21 (Pt 4):263-9. PubMed PMID: 7171879.
17. Brosius F. *SPSS 21*. Bonn: MITP Verlags GmbH & Co. KG; 2013.
18. Campbell A, Worthington EL, Jr. Teaching expectant fathers how to be better childbirth coaches. *MCN The American journal of maternal child nursing*. 1982 Jan-Feb;7(1):28-32. PubMed PMID: 6798355.
19. Cantone D, Lombardi A, Assunto DA, Piccolo M, Rizzo N, Pelullo CP, et al. A standardized antenatal class reduces the rate of cesarean section in southern Italy: A retrospective cohort study. *Medicine*. 2018 Apr;97(16):e0456. PubMed PMID: 29668615. Pubmed Central PMCID: 5916688.
20. Cantone D, Pelullo CP, Cancellieri M, Attena F. Can antenatal classes reduce the rate of cesarean section in southern Italy? *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2017 Apr;30(2):e83-e8. PubMed PMID: 27686842.
21. Capogna G, Camorcia M, Stirparo S. Expectant fathers' experience during labor with or without epidural analgesia. *International journal of obstetric anesthesia*. 2007 Apr;16(2):110-5. PubMed PMID: 17270427.
22. Chan KK, Paterson-Brown S. How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery? *Journal of obstetrics and gynaecology*. 2002;22(1):11-5.
23. Chapman LL. Expectant fathers and labor epidurals. *MCN The American journal of maternal child nursing*. 2000 May-Jun;25(3):133-8. PubMed PMID: 10810846.

24. Chapman LL. Expectant fathers' roles during labor and birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1992;21(2):114-9.
25. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2018 Sep 28;9:CD005528. PubMed PMID: 30264405. Pubmed Central PMCID: 6513634.
26. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *The British journal of clinical psychology*. 2000 Mar;39 (Pt 1):35-51. PubMed PMID: 10789027.
27. David M, Alalp S, Kentenich H. Türkische Väter bei der Geburt: die unterschiedliche Kreissaalrealität in Deutschland und der Türkei. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 1998;58(10):M169-M72.
28. David M, Kentenich H. Vater im Kreissaal: Motivation und Ängste—Eine Längsschnittuntersuchung in Berlin/Ost. *Gynäkologie und Geburtshilfe* 1992: Springer; 1993. p. 1199-200.
29. David M, Kentenich H. Väter im Kreißaal -eine Befragung vor und nach der Entbindung. *Z Geburtsh Perinat*. 1993;197:195-201.
30. David M, Reich A, Kentenich H, Morack G. Integrative Medizin: Vater als Geburtsbegleiter-aktuelle Aspekte. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 1994;54(12):M154.
31. David M, Reich A, Morack G, Kentenich H. Väter im Kreißaal—ein Ost/West-Vergleich. *Z Geburtsh Perinat*. 1994;198:138-42.
32. David M, Yuksel E, Reich A, Kentenich H. [Between tradition and progress--Turkish fathers as labor participants]. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 1995 Sep;55(9):M106-9. PubMed PMID: 7498710. Zwischen Tradition und Anpassung--turkische Vater als Geburtsbegleiter.
33. David PDM, Kentenich H. Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung. *Der Gynäkologe*. 2008;41(1):21-7.
34. Davis J, Vaughan C, Nankinga J, Davidson L, Kigodi H, Alalo E, et al. Expectant fathers' participation in antenatal care services in Papua New Guinea: a qualitative inquiry. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018;18(1):138.
35. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC pregnancy and childbirth*. 2008 Jul 29;8:30. PubMed PMID: 18664251. Pubmed Central PMCID: 2519055.

36. Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, Evans SF. Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2003;43(6):463-8.
37. Diekmann A. *Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2013.
38. Donovan J. The process of analysis during a grounded theory study of men during their partners' pregnancies. *J Adv Nurs*. 1995 Apr;21(4):708-15. PubMed PMID: 7797707.
39. Dorsch V. *Geburtserfahrung und postnatale Befindlichkeit von Vätern: Universitäts- und Landesbibliothek Bonn*; 2013.
40. Draper J. 'It's the first scientific evidence': men's experience of pregnancy confirmation. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;39(6):563-70.
41. Draper J. Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance. *Midwifery*. 1997 Sep;13(3):132-8. PubMed PMID: 9362853.
42. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Content of Childbirth - Related Fear in Swedish Women and Men—Analysis of an Open - Ended Question. *The Journal of Midwifery & Women's Health*. 2006;51(2):112-8.
43. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstrom U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005 May;84(5):436-43. PubMed PMID: 15842207.
44. Ferguson S, Davis D, Browne J. Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2013 Mar;26(1):e5-8. PubMed PMID: 23063931.
45. Fletcher R, Silberberg S, Galloway D. New fathers' postbirth views of antenatal classes: satisfaction, benefits, and knowledge of family services. *J Perinat Educ*. 2004 Summer;13(3):18-26. PubMed PMID: 17273396. Pubmed Central PMCID: 1595209.
46. Fraser W, Maunsell E, Hodnett E, Moutquin J-M, Group CAP-CS. Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1997;176(2):419-25.
47. Friedewald M, Fletcher R, Fairbairn H. All-male discussion forums for expectant fathers: evaluation of a model. *J Perinat Educ*. 2005 Spring;14(2):8-18. PubMed PMID: 17273428. Pubmed Central PMCID: 1595245.

48. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. The Cochrane database of systematic reviews. 2007 Jul 18(3):CD002869. PubMed PMID: 17636711.
49. Genesoni L, Tallandini MA. Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989–2008. *Birth*. 2009;36(4):305-18.
50. Godman R. Psychological support in labor: A supervisors view. *Hospital Topics*. 1964;42:99-100.
51. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*. 1990 Mar;17(1):15-24. PubMed PMID: 2346576.
52. Greenhalgh R, Slade P, Spiby H. Fathers' coping style, antenatal preparation, and experiences of labor and the postpartum. *Birth*. 2000;27(3):177-84.
53. Hallgren A, Kihlgren M, Forslin L, Norberg A. Swedish fathers' involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery*. 1999 Mar;15(1):6-15. PubMed PMID: 10373868.
54. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*. 2007;23(3):235-47.
55. Hildingsson I. Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth - a longitudinal cohort study. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2014 Jun;5(2):75-80. PubMed PMID: 24814442.
56. Hildingsson I, Cederlof L, Widen S. Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2011 Sep;24(3):129-36. PubMed PMID: 21216684.
57. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. The Cochrane Library. 2002.
58. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002;186(5):S160-S72.
59. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Library. 2013.
60. Hopf C. 5.2 Qualitative Interviews—ein Überblick. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017.

61. Hundley VA, Milne JM, Glazener CM, Mollison J. Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1997 Nov;104(11):1273-80. PubMed PMID: 9386028.
62. Johansson M, Hildingsson I. Intrapartum care could be improved according to Swedish fathers: mode of birth matters for satisfaction. *Women and Birth*. 2013;26(3):195-201.
63. Johansson M, Hildingsson I, Fenwick J. 'As long as they are safe--birth mode does not matter' Swedish fathers' experiences of decision-making around caesarean section. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2014 Sep;27(3):208-13. PubMed PMID: 24793665.
64. Johansson M, Hildingsson I, Fenwick J. Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section. *Midwifery*. 2013 Sep;29(9):1041-9. PubMed PMID: 23415354.
65. Johansson M, Rådestad I, Rubertsson C, Karlström A, Hildingsson I. Few fathers - to - be prefer caesarean section for the birth of their baby. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2010;117(6):761-4.
66. Johnson MP. An exploration of men's experience and role at childbirth. *The Journal of Men's Studies*. 2002;10(2):165-82.
67. Johnson MP. The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: a longitudinal study. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2002 Sep;23(3):173-82. PubMed PMID: 12436803.
68. Kadour-Peero E, Miller N, Vitner D, Bleicher I, Said S, Dashkovsky M, et al. Who may accompany the parturient to the delivery room? *Archives of gynecology and obstetrics*. 2019 Aug;300(2):293-7. PubMed PMID: 31069489.
69. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. *Jama*. 1991 May 1;265(17):2197-201. PubMed PMID: 2013951.
70. Kentenich H. Psychosomatik als Mode im Kreißsaal? Bestandsaufnahme nach 20 Jahren psychosomatische Geburtshilfe. *Mythos Geburt Psychosozial*, Gießen. 1996:41-55.
71. Knight RG, Thirkettle JA. The relationship between expectations of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate post-partum period. *Journal of psychosomatic research*. 1987;31(3):351-7. PubMed PMID: 3625588.
72. Kuliukas L, Hauck YL, Jorgensen A, Kneebone K, Burns SK, Maycock BR, et al. Process evaluation of a peer-led antenatal breastfeeding class for fathers:

perceptions of facilitators and participants. *BMC pregnancy and childbirth*. 2019 Jan 29;19(1):48. PubMed PMID: 30696411. Pubmed Central PMCID: 6352333.

73. Kumar RC. "Anybody's child": severe disorders of mother-to-infant bonding. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1997 Aug;171:175-81. PubMed PMID: 9337956.

74. Longworth HL, Kingdon CK. Fathers in the birth room: what are they expecting and experiencing? A phenomenological study. *Midwifery*. 2011 Oct;27(5):588-94. PubMed PMID: 20673600.

75. Lütje W. Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit und das Erleben in der Geburtshilfe? *Die Hebamme*. 2007;20(01):44-51.

76. Mayring P. 5.12 Qualitative Inhaltsanalyse. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017. 468-75 p.

77. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Beltz. Weinheim; 2015.

78. McElligott M. Antenatal information wanted by first-time fathers. *British Journal of Midwifery*. 2001;9(9):556-8.

79. McGrath SK, Kennell JH. A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. *Birth*. 2008 Jun;35(2):92-7. PubMed PMID: 18507579.

80. Mehdizadeh A, Roosta F, Chaichian S, Alaghebandan R. Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *American journal of perinatology*. 2005 Jan;22(1):7-9. PubMed PMID: 15668838.

81. Morgan BM, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet*. 1982 Oct 9;2(8302):808-10. PubMed PMID: 6126674.

82. Neuhaus W, Scharkus S. Wunsche, Erwartungen, Angste—Schwangere Frauen vor der Geburt. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatalogie*. 1994;198:27-32.

83. Nystedt A, Hildingsson I. Women's and men's negative experience of child birth—A cross-sectional survey. *Women and Birth*. 2018;31(2):103-9.

84. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of general psychiatry*. 1986 Jun;43(6):569-73. PubMed PMID: 3707289.

85. Ozdemir ME, Cilingir IU, Ilhan G, Yildiz E, Ohanoglu K. The effect of the systematic birth preparation program on fear of vaginal delivery and quality of life.

Archives of gynecology and obstetrics. 2018 Sep;298(3):561-5. PubMed PMID: 29961135.

86. Pertile R, Pedron M, Berlanda M, Piffer S. [Antenatal course attendance among primiparous mothers, with physiological pregnancy and birth at term in Trentino (Northern Italy): characteristics of non-attender women and benefits among attender women in pregnancy behaviours, type of birth delivery and neonatal outcomes]. *Epidemiologia e prevenzione*. 2015 Mar-Apr;39(2):88-97. PubMed PMID: 26036737. La partecipazione al corso d'accompagnamento alla nascita tra le madri primipare con gravidanza fisiologica e parto a termine in Trentino: caratteristiche delle donne non partecipanti e benefici tra le partecipanti rispetto ad abitudini in gravidanza, modalita del parto, esiti neonatali.

87. Premberg A, Carlsson G, Hellstrom AL, Berg M. First-time fathers' experiences of childbirth--a phenomenological study. *Midwifery*. 2011 Dec;27(6):848-53. PubMed PMID: 20956030.

88. Ratnaike D. Fathers: present, or just in the room? *RCM midwives : the official journal of the Royal College of Midwives*. 2007 Mar;10(3):106. PubMed PMID: 17427655.

89. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 1997 Mar 15;156(6):831-5. PubMed PMID: 9084390. Pubmed Central PMCID: 1227048.

90. Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord*. 1998 Jun;49(3):167-80. PubMed PMID: 9629946.

91. Salmon P, Drew NC. Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *Journal of psychosomatic research*. 1992 May;36(4):317-27. PubMed PMID: 1593507.

92. Salmon P, Miller R, Drew NC. Women's anticipation and experience of childbirth: the independence of fulfillment, unpleasantness and pain. *The British journal of medical psychology*. 1990 Sep;63 (Pt 3):255-9. PubMed PMID: 2245201.

93. Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura E, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003 Sep;82(9):834-40. PubMed PMID: 12911445.

94. Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura EA, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2003;82(9):834-40.

95. Schmidt C. 5.10 Analyse von Leitfadeninterviews. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017. 447-56 p.
96. Schwab W, Marth C, Bergant AM. Post-traumatic Stress Disorder Post Partum: The Impact of Birth on the Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Multiparous Women. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2012 Jan;72(1):56-63. PubMed PMID: 25253905. Pubmed Central PMCID: 4168363.
97. Shapiro JL. The expectant father. *Psychology today*. 1987;21(1):36-&.
98. Sharifirad G, Rezaeian M, Soltani R, Javaheri S, Mazaheri MA. A survey on the effects of husbands' education of pregnant women on knowledge, attitude, and reducing elective cesarean section. *Journal of education and health promotion*. 2013;2:50. PubMed PMID: 24251286. Pubmed Central PMCID: 3826022.
99. Slomian J, Emonts P, Vigneron L, Acconcia A, Glowacz F, Reginster J-Y, et al. Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals. *BMC pregnancy and childbirth*. 2017;17(1):213.
100. Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sütterlin M, et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2013;170(2):401-6.
101. Stadlmayr W, Amsler F, Lemola S, Stein S, Alt M, Bürgin D, et al. Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2006;27(4):211-24.
102. Stadlmayr W, Bitzer J, Amsler F, Simoni H, Alder J, Surbek D, et al. Acute stress reactions in the first 3 weeks postpartum: a study of 219 parturients. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2007 Nov;135(1):65-72. PubMed PMID: 17194520.
103. Stadlmayr W, Bitzer J, Hosli I, Amsler F, Leupold J, Schwendke-Kliem A, et al. Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2001 Dec;22(4):205-14. PubMed PMID: 11840574.
104. Stadlmayr W, Cignacco E, Surbek D, Büchi S. Screening-Instrumente zur Erfassung von Befindlichkeitsstörungen nach der Geburt. *Die Hebamme*. 2009;22(01):13-9.
105. Stadlmayr W, Schneider H, Amsler F, Burgin D, Bitzer J. How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2004 Jul 15;115(1):43-50. PubMed PMID: 15223164.

106. Steinke I. 4.7 Gütekriterien qualitativer Forschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017.
107. Stoll KH, Hauck YL, Downe S, Payne D, Hall WA, International Childbirth Attitudes- Prior to Pregnancy Study T. Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education. *Reproductive health*. 2017 Sep 12;14(1):116. PubMed PMID: 28893291. Pubmed Central PMCID: 5594573.
108. Surkan PJ, Dong L, Ji Y, Hong X, Ji H, Kimmel M, et al. Paternal involvement and support and risk of preterm birth: findings from the Boston birth cohort. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2019 2019/01/02;40(1):48-56.
109. Świątkowska-Freund M, Kawiak D, Preis K. Advantages of father's assistance at the delivery. *Ginekologia polska*. 2007;78(6).
110. Taşhan ST, Duru Y. Views on spousal support during delivery: a Turkey experience. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018;18(1):142.
111. Vehviläinen-Julkunen K, Liukkonen A. Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery*. 1998;14(1):10-7.
112. Waldenstrom U. Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of psychosomatic research*. 1999 Nov;47(5):471-82. PubMed PMID: 10624845.
113. Waldenstrom U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth*. 1996 Sep;23(3):144-53. PubMed PMID: 8924100.
114. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 2004 Mar;31(1):17-27. PubMed PMID: 15015989.
115. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of anxiety disorders*. 1997 Nov-Dec;11(6):587-97. PubMed PMID: 9455721.
116. Wöckel A, Abou-Dakn M, Kentenich H, David M. Väter im Kreißsaal—ein kritischer Überblick zum Stand der Forschung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2008;68(12):1154-9.
117. Wöckel A, Schafer E, Beggel A, Abou-Dakn M. Getting ready for birth: impending fatherhood. *British Journal of Midwifery*. 2007;15(6).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Karte mit den Kernaussagen des Männervorbereitungskurses	25
Abb. 2:	Vergleich der SIL-Eng mit der SIL-Ger	28
Abb. 3:	Flussdiagramm zum Studienablauf des quantitativen Studienabschnitts	33
Abb. 4:	Flussdiagramm zum Studienablauf des qualitativen Studienabschnitts	34
Abb. 5:	Flussdiagramm des Studienablaufs für den quantitativen Studienabschnitt mit Fallzahlen	40
Abb. 6:	Flussdiagramm des Studienablaufs für den qualitativen Studienabschnitt mit Fallzahlen	41
Abb. 7:	Histogramm des Alters des Studienkollektivs (m+w)	42
Abb. 8:	Durchschnittliches Geburtserleben der Männer und Frauen gemessen an den SIL-Ger Summenwerten	57
Abb. 9:	Histogramm des Geburtserlebens der Männer (SIL-Ger Summenwerte)	58
Abb. 10:	Histogramm des Geburtserlebens der Frauen (SIL-Ger Summenwerte)	65
Abb. 11:	Profildiagramm zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem SIL-Ger-Score bezüglich dem Geburtserleben der Männer und Frauen und dem Bildungsniveau	73
Abb. 12:	Profildiagramm zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem SIL-Ger-Score bezüglich dem Geburtserleben der Männer und Frauen und dem Bildungsniveau	74

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Beispiel für den Kodierleitfaden anhand eines Interviews mit einer Probandin	38
Tab. 2:	Alter des Studienkollektivs	43
Tab. 3:	Bildungsniveau des Studienkollektivs anhand des jeweils höchsten Bildungsabschluss	43
Tab. 4:	Kategorisierte Darstellung der Bildungsniveaus innerhalb des Studienkollektivs: Hauptschule (HS) und Mittlere Reife; Abitur und Fachabitur; Hochschulabschluss	44
Tab. 5:	Art der Geburt (VE = Vakuumextraction, KS = Kaiserschnitt)	45
Tab. 6:	Schmerzmittelgabe laut Männern und Frauen	45
Tab. 7:	Geburtserleben der Paare in Abhängigkeit des Geburtsmodus gemessen anhand des SIL-Ger (0-120)	46
Tab. 8:	Geburtserleben der Paare in Abhängigkeit des kategorisierten Geburtsmodus gemessen anhand des SIL-Ger (0-120)	46
Tab. 9:	Geburtserleben der Paare in Abhängigkeit der Schmerzmittelgabe gemessen anhand des SIL-Ger (0-120)	47
Tab. 10:	Art der Geburtsvorbereitungsmaßnahmen der Männer und Frauen	48
Tab. 11:	Rückblickend gewünschte Vorbereitungsmaßnahmen der Männer und Frauen	49
Tab. 12:	Geburtsvorbereitungsmaßnahmen mit dem höchsten Nutzen	50
Tab. 13:	Geburtsvorbereitungsmaßnahmen mit dem höchsten Nutzen für Männer in Abhängigkeit der Teilnahme am MVK	50
Tab. 14:	Wichtigkeit der Anwesenheit der Männer bei der Geburt	51
Tab. 15:	Vergleich der Paare mit Partner im Kreißsaal zur Gewichtung der Anwesenheit	51

Tab. 16:	Gründe für die Geburtsbegleitung des Vaters	52
Tab. 17:	Hilfreiche Personen während der Geburt	53
Tab. 18:	Unerwartete Vorkommnisse unter der Geburt	54
Tab. 19:	Erwartete Befürchtungen während der Geburt	55
Tab. 20:	Eingetretene Befürchtungen während der Geburt	56
Tab. 21:	Geburtserleben der Paare gemessen am SIL-Ger (0-120)	57
Tab. 22:	Tests auf Normalverteilung des Geburtserlebens bei den Männern	59
Tab. 23:	Geburtserleben der Männer in Abhängigkeit der Teilnahme am MVK (Summenwerte)	59
Tab. 24:	Subdimension „Erfülltheit“ der Männer in Abhängigkeit des MVK	59
Tab. 25:	Subdimension „Emotionale Adaptation“ der Männer in Abhängigkeit des MVK	60
Tab. 26:	Subdimension „Negative emotionale Erfahrung“ der Männer in Abhängigkeit des MVK	60
Tab. 27:	Subdimension „Physisches Unwohlsein“ der Männer in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme bei Männern	61
Tab. 28:	Kreuztabelle für das Einzelitem „Kontrolle“ bei Männern in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme	62
Tab. 29:	Kreuztabelle für das Einzelitem „Angst“ bei Männern in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme	63
Tab. 30:	Kreuztabelle für das Einzelitem „Dauer der Geburt“ der bei Männern in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme	64
Tab. 31:	Tests auf Normalverteilung des Geburtserlebens bei den Frauen	64
Tab. 32:	Geburtserleben der Frauen in Abhängigkeit der Teilnahme der Männer am MVK (Summenwerte)	66
Tab. 33:	Subdimension „Erfülltheit“ der Frauen in Abhängigkeit der Teilnahme der Männer am MVK	66
Tab. 34:	Subdimension „Emotionale Adaptation“ der Frauen in Abhängigkeit der Teilnahme der Männer am MVK	67
Tab. 35:	Subdimension „Negative emotionale Erfahrung“ der Frauen in Abhängigkeit der Teilnahme der Männer am MVK	67
Tab. 36:	Subdimension „Physisches Unwohlsein“ der Frauen in Abhängigkeit der Teilnahme der Männer am MVK	67

Tab. 37: Kreuztabelle für das Einzelitem „Kontrolle“ der Frauen in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme ihrer Partner	68
Tab. 38: Kreuztabelle für das Einzelitem „Angst“ der Frauen in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme ihrer Partner	69
Tab. 39: Kreuztabelle für das Einzelitem „Dauer“ der Frauen in Abhängigkeit der MVK-Teilnahme ihrer Partner	70
Tab. 40: Kreuztabelle zwischen dem Geburtsmodus der Frauen und der Teilnahme am MVK der Partner	70
Tab. 41: Kreuztabelle zwischen dem Geburtsmodus der Frauen und der Teilnahme am MVK der Partner weiter untergliedert	71
Tab. 42: Kreuztabelle zwischen der Inanspruchnahme einer PDA der Frauen und der Teilnahme am MVK der Männer	72
Tab. 43: Mehrfachvergleich zwischen dem Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und dem SIL-Ger (Summenwerte)	72
Tab. 44: Summenwerte und Subdimensionen der Männer in Abhängigkeit des Bildungsstatus	75
Tab. 45: Summenwerte und Subdimensionen der Frauen in Abhängigkeit des Bildungsstatus	76
Tab. 46: Scheffé-Prozedur für die Frauen in Abhängigkeit des Bildungsstatus	77

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Nicole Strüngmann, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Bedeutung eines Männervorbereitungskurses für die Geburtsbegleitung durch den Vater - postpartale quantitative und qualitative Paarbefragung in einer Hamburger Klinik“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Erstbetreuer, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilserklärung an etwaigen erfolgten Publikationen

Nicole Strüngmann hatte folgenden Anteil an der folgenden Publikation:

Publikation: N Strüngmann, M David, W Lütje: Zur Bedeutung von Männervorbereitungskursen für die Geburtsbegleitung durch den Vater – quantitative und qualitative Paarbefragung in einer Hamburger Klinik im Wochenbett (Erste Ergebnisse), Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 2017

Beitrag im Einzelnen: Die ersten Ergebnisse der Studie wurden von Nicole Strüngmann als Poster auf dem DGPM Kongress 2017 in der Rubrik „Psychosomatik und soziale Themenschwerpunkte“ vorgestellt. Die Ergebnisse stammen aus der eigenen Datenerhebung.

Unterschrift, Datum und Stempel des/der erstbetreuenden Hochschullehrers/in

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

Lebenslauf

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

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

Publikationsliste

N Strüngmann, M David, W Lütje: Zur Bedeutung von Männervorbereitungskursen für die Geburtsbegleitung durch den Vater – quantitative und qualitative Paarbefragung in einer Hamburger Klinik im Wochenbett (Erste Ergebnisse), Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 2017 im Rahmen einer Posterpräsentation auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. med. David für seine überragende Unterstützung und herausragende Betreuung dieser Arbeit. Als mein Doktorvater hatte er stets die nötige Zeit für Fragen und hat mich entscheidend bei der Umsetzung dieser Arbeit unterstützt.

Für die Möglichkeit, diese Arbeit über den MVK in seiner Abteilung durchführen zu können, möchte ich mich ganz herzlich bei Herrn Dr. med. W. Lütje bedanken. Durch ihn habe ich viel über die Bedeutung der Psyche bei Frauen und Männern unter der Geburt verstanden.

Ein besonderer Dank gilt den Pflegerinnen und Pflegern der Wochenbett-Station im EASK, die mir mit großem Engagement bei der Rekrutierung geholfen haben. Weiter bedanke ich mich bei all den Paaren, die sich in dieser intensiven Zeit bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen.

Ebenfalls möchte ich mich bei Herrn Dr. phil. Andreas Kögel für seine hervorragenden Beratung bedanken. Das statistische Konzept hat diese Arbeit entscheidend geprägt.

Ein besonderer Dank gilt meinem Mann, Sebastian Butscheidt, der mit unaufhörlicher Motivation und Geduld zur Fertigstellung dieser Arbeit beitrug.

Abschließend möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken. Durch ihre grenzenlose Unterstützung in jedem meiner Vorhaben sind sie stets die größte Hilfe und besten Ratgeber.

Anhang

Interviewleitfaden

(Es werden sowohl der Mann, als auch die Frau befragt)

Einstieg

1 Wie geht es Ihnen? Wie fühlen Sie sich bezüglich dieses Treffens?

Thema 1: Geburtserleben

2 Haben Sie überwiegend positive oder negative Gefühle, wenn Sie an die Geburt denken?

3 Woran erinnern Sie sich am meisten, wenn Sie an die Geburt denken?

4 Können Sie sich eine weitere Geburt vorstellen? Was sollte anders laufen?

5 Haben sie im Nachgang das Gefühl etwas falsch gemacht zu haben ?

Thema 2: Bedeutung des Partners/der Partnerin

6 Was glauben Sie, war für Ihre/n Partner/in das Schönste bei der Geburt?

7 Was war für Sie das Schönste bei der Geburt?

8 Was glauben Sie, war für Ihre/n Partner/in das Schlimmste bei der Geburt?

9 Was war für Sie das Schlimmste bei der Geburt?

10 Konnte Ihr/e Partner/in Ihnen bei der Verarbeitung der Geburt helfen?

11 Gab es andere Schlüsselpersonen im Hinblick auf die Verarbeitung der Geburt?
(Z.B. die Nachsorgehebamme, Eltern, Freunde, Frauenarzt u.a.?)

Nachfragen, wenn nicht schon gesagt

12 Wie hat Ihr/e Partner/in Ihnen bei der Verarbeitung der Geburt geholfen?

13 Waren Gespräche mit dem Partner/der Partnerin hilfreich Verständnisprobleme bezüglich der Geburt zu klären?

Thema 3: Betreuung

14 Haben sie im Rückblick das Gefühl gut und durchgehend (kontinuierlich) betreut worden zu sein?

- 15 Sind sie an Entscheidungen angemessen beteiligt worden?
- 16 Hatten sie ein Gefühl von Kontrollverlust?
- 17 Konnten sie sich ganz auf sich konzentrieren?
- 18 Wer oder was hat ihre Aufmerksamkeit abgezogen?
- 19 Haben sie sich geborgen gefühlt?
- 20 Konnten sie sich fallen lassen?

Fragenbogen Nr.: _____ W M

Fragebogen:

1. Hatte ihre Partnerin
 1. eine vaginale Spontangeburt?
 2. eine Saugglockengeburt?
 3. einen Kaiserschnitt?
 4. geplant
 5. ungeplant
 2. Hat Ihre Partnerin während der Geburt Schmerzmittel bekommen?
 1. Ja
 2. Nein
 3. Wenn ja, welche:
 1. Spritze (Meptid/Nalpain)
 2. PDA (Rückenmarksspritze)
 3. Zäpfchen
 4. Buscopan
 5. Tramadol
 4. Wie haben Sie sich auf die Geburt vorbereitet? (Mehrfachnennung möglich):
 1. Informationsabend
 2. Geburtsvorbereitungskurs
 3. Männervorbereitungskurs
 4. Als Paar
 5. Gespräche mit Vertrauten
 6. Gespräch mit der Mutter
 7. Gespräche mit der Partnerin
 8. Gespräche mit dem Frauenarzt
 9. Gespräch mit einer Hebamme
 10. Literatur und Zeitschriften
 11. Onlineangebote
 12. Entspannungsverfahren
 13. Sport
 5. Welche Vorbereitungsmaßnahmen hätten Sie rückblickend zusätzlich gerne wahrgenommen? (Mehrfachnennung möglich):
 1. Informationsabend
 2. Geburtsvorbereitungskurs
 3. Männervorbereitungskurs
 4. Als Paar
 5. Gespräche mit Vertrauten
 6. Gespräch mit der Mutter
 7. Gespräche mit der Partnerin
 8. Gespräche mit dem Frauenarzt
 9. Gespräch mit einer Hebamme
 10. Literatur und Zeitschriften
 11. Onlineangebote
 12. Entspannungsverfahren
 13. Sport
6. Welchen Schulabschluss haben Sie?
 1. Kein Schulabschluss
 2. Hauptschulabschluss
 3. Mittlere Reife
 4. Fachabitur
 5. Abitur
 6. Hochschulabschluss
7. Welche der nachfolgenden Vorbereitungsmaßnahmen hat Ihnen am meisten genutzt? (Mehrfachnennung möglich):
 1. Informationsabend
 2. Geburtsvorbereitungskurs
 3. Männervorbereitungskurs
 4. Als Paar
 5. Gespräche mit Vertrauten
 6. Gespräch mit der Mutter
 7. Gespräche mit der Partnerin
 8. Gespräche mit dem Frauenarzt
 9. Gespräch mit einer Hebamme
 10. Literatur und Zeitschriften
 11. Onlineangebote
 12. Entspannungsverfahren
 13. Sport
8. Womit hatten Sie bei der Geburt nicht gerechnet? (Mehrfachnennung möglich):
 1. Geburtseinleitung
 2. PDA
 3. Wehentropf
 4. Saugglocke
 5. Dammschnitt
 6. Kaiserschnitt
 7. Schmerzen
 8. Dauer
 9. Anstrengung
 10. Kontrollverlust
 11. Schlechte Betreuung
 12. Keine Kontinuität der Betreuung
 13. Keine Beteiligung an Entscheidungen

9. Halten sie es für wichtig, dass der Vater bei der Geburt dabei ist?
1. Ja
 2. Nein

10. Waren Sie bei der Geburt dabei?
1. Ja
 2. Nein

11. Falls nein, warum waren Sie nicht dabei?
(Mehrfachnennung möglich):
1. Religiöse/traditionelle Gründe
 2. Die werdende Mutter wollte es nicht
 3. Das medizinische Personal hat davon abgeraten
 4. Bekannte haben davon abgeraten
 5. Beruflich verhindert
 6. Angst, vor
 7. dem Geburtsvorgang
 8. dem Gefühl meine Partnerin zu belasten
 9. Blut
 10. negative Auswirkungen auf unser Sexualleben
 11. Ekel
 12. Hilflosigkeit
 13. Ohnmacht

12. Falls ja, warum waren Sie dabei?
(Mehrfachnennung möglich):
1. Religiöse/traditionelle Gründe.
 2. Die werdende Mutter wollte es
 3. Ich wollte für meine Partnerin da sein
 4. Das medizinische Personal hat dazu geraten
 5. Bekannte haben dazu geraten
 6. Positiver Einfluss auf die Beziehung
 7. Kontrolle, was im Kreissaal passiert
 8. Das Gefühl, ein besserer Vater zu sein
 9. Das gehört sich so
 10. Interesse am Geburtsvorgang
 11. Kein konkreter Grund

13. Was war Ihre Befürchtung vor der Geburt?
(Mehrfachnennung möglich):
1. Hilflös zu sein
 2. Die Schmerzen meiner Partnerin
 3. Ohnmacht
 4. Meine Partnerin leiden zu sehen
 5. Schamgefühl
 6. Negative Auswirkungen auf das Sexualleben in der Beziehung

7. Komplikationen
8. Mehr zu stören, als zu helfen
9. Keine, ich fühlte mich allem gewachsen

14. Welche der Befürchtungen trat ein?
(Mehrfachnennung möglich):
1. Hilflös zu sein
 2. Die starken Schmerzen meiner Partnerin
 3. Ich bin ohnmächtig geworden
 4. Meine Partnerin leiden zu sehen
 5. Schamgefühl
 6. Negative Auswirkungen auf das Sexualleben in der Beziehung
 7. Komplikationen
 8. Mehr zu stören, als zu helfen
 9. Keine, alles war gut

15. Was empfanden Sie bei der Geburt als besonders hilfreich? (Mehrfachnennung möglich):
1. Meine Partnerin an meiner Seite
 2. Das Zusprechen meiner Partnerin
 3. Die Berührung meiner Partnerin
 4. Die Unterstützung des Arztes
 5. Die Unterstützung der Hebamme

16. Wären Sie bei der nächsten Geburt (wieder) dabei?
1. Ja
 2. Nein
 3. Unentschlossen

17. Konnte ihre Partnerin Ihnen bei der Aufarbeitung/Verarbeitung der Geburt helfen?
1. Ja
 2. Nein
 3. Unentschlossen

18. Wie viele Kinder haben Sie? _____
19. Wie viele Geburten haben Sie miterlebt? _____

Salmon's Item List zur Erfassung des Geburtserlebens in der deutschen Fassung von Stadlmayer²

Bitte markieren Sie einen Wert auf der Skala, der in Ihren Augen am besten beschreibt, wie Sie sich unter und kurz nach der Geburt gefühlt haben:

1. Enttäuscht	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht enttäuscht
2. Erfüllt	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht erfüllt
3. Begeistert	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht begeistert
4. Zufrieden	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht zufrieden
5. Voller Freude	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Ohne Freude
6. Deprimiert	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht deprimiert
7. Glücklich	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht glücklich
8. Voller Aufregung	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Ohne Aufregung
9. Gute Erfahrung	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Schlechte Erfahrung
10. Ich kam gut klar	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Ich kam schlecht klar
11. Betrogen	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht betrogen
12. Unter Kontrolle	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht unter Kontrolle
13. Angenehm	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Unangenehm
14. Entspannt	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht entspannt
15. Ängstlich	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht ängstlich
16. Schmerzhaft	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht schmerzhaft
17. Leicht	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht leicht
18. Die Zeit verging schnell	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Die Zeit verging langsam
19. Erschöpft	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht erschöpft
20. Voller Vertrauen	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Ohne Vertrauen

Vielen lieben Dank für Ihre Mitarbeit!

² Stadlmayer W, Bitzer J, Hosli I, Amsler F, Leupold J, Schwendke-Kliem A, et al. Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List. Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology. 2001 Dec;22(4):205-14. PubMed PMID: 11840574.

Fragenbogen Nr.: _____ W M

Fragebogen:

1. Hatten Sie
 1. eine vaginale Spontangeburt?
 2. eine Saugglockengeburt?
 3. einen Kaiserschnitt?
 4. geplant
 5. ungeplant
 2. Haben Sie während der Geburt Schmerzmittel bekommen?
 1. Ja
 2. Nein
 3. Wenn ja, welche:
 1. Spritze (Meptid/Nalpain)
 2. PDA (Rückenmarksspritze)
 3. Zäpfchen
 4. Buscopan
 5. Tramadol
 4. Wie haben Sie sich auf die Geburt vorbereitet? (Mehrfachnennung möglich):
 1. Informationsabend
 2. Geburtsvorbereitungskurs
 3. Alleine
 4. Als Paar
 5. Gespräche mit Vertrauten
 6. Gespräch mit der Mutter
 7. Gespräche mit dem Partner
 8. Gespräche mit dem Frauenarzt
 9. Gespräch mit einer Hebamme
 10. Literatur und Zeitschriften
 11. Onlineangebote
 12. Entspannungsverfahren
 13. Sport
 5. Welche Vorbereitungsmaßnahmen hätten Sie rückblickend zusätzlich gerne wahrgenommen? (Mehrfachnennung möglich):
 1. Informationsabend
 2. Geburtsvorbereitungskurs
 3. Alleine
 4. Als Paar
 5. Gespräche mit Vertrauten
 6. Gespräch mit der Mutter
 7. Gespräche mit dem Partner
 8. Gespräche mit dem Frauenarzt
 9. Gespräch mit einer Hebamme
 10. Literatur und Zeitschriften
 11. Onlineangebote
 12. Entspannungsverfahren
 13. Sport
6. Welchen Schulabschluss haben Sie?
 1. Kein Schulabschluss
 2. Hauptschulabschluss
 3. Mittlere Reife
 4. Fachabitur
 5. Abitur
 6. Hochschulabschluss
 7. Welche der nachfolgenden Vorbereitungsmaßnahmen hat Ihnen am meisten genutzt? (Mehrfachnennung möglich):
 1. Informationsabend
 2. Geburtsvorbereitungskurs
 3. Alleine
 4. Als Paar
 5. Gespräche mit Vertrauten
 6. Gespräch mit der Mutter
 7. Gespräche mit dem Partner
 8. Gespräche mit dem Frauenarzt
 9. Gespräch mit einer Hebamme
 10. Literatur und Zeitschriften
 11. Onlineangebote
 12. Entspannungsverfahren
 13. Sport
 8. Womit hatten Sie bei der Geburt nicht gerechnet? (Mehrfachnennung möglich):
 1. Geburtseinleitung
 2. PDA
 3. Wehentropf
 4. Saugglocke
 5. Dammschnitt
 6. Kaiserschnitt
 7. Schmerzen
 8. Dauer
 9. Anstrengung
 10. Kontrollverlust
 11. Schlechte Betreuung

Dieser Fragebogen ist Teil einer Promotionsarbeit.

Alle Angaben sind freiwillig und werden anonym und vertraulich behandelt
Verantwortlich: Dr. med. W. Lütje, Prof. Dr. med. M. David, N. Strümgmann
Version 10 vom 17.03.2017

12. Keine Kontinuität der Betreuung
 13. Keine Beteiligung an Entscheidungen
9. Halten sie es für wichtig, dass der Vater bei der Geburt dabei ist?
 1. Ja
 2. Nein
10. War der werdende Vater bei der Geburt dabei?
 1. Ja
 2. Nein
11. Falls nein, warum war der Vater nicht dabei? (Mehrfachnennung möglich):
 1. Religiöse/traditionelle Gründe
 2. Ich wollte es nicht
 3. Das medizinische Personal hat davon abgeraten
 4. Bekannte haben davon abgeraten
 5. Beruflich verhindert
 6. Angst des Vaters vor
 7. dem Geburtsvorgang
 8. dem Gefühl mich zu belasten
 9. Blut
 10. negativen Auswirkungen auf unser Sexualleben
 11. Ekel
 12. Hilflosigkeit
 13. Ohnmacht
12. Falls ja, warum war der Vater dabei? (Mehrfachnennung möglich):
 1. Religiöse/traditionelle Gründe
 2. Ich wollte es
 3. Ich wollte, dass mein Partner für mich da ist
 4. Das medizinische Personal hat dazu geraten
 5. Bekannte haben dazu geraten
 6. Positiver Einfluss auf die Beziehung
 7. Kontrolle, was im Kreissaal passiert
 8. Das Gefühl, dass er ein besserer Vater ist/wird
 9. Das gehört sich so
 10. Interesse am Geburtsvorgang
 11. Kein konkreter Grund
13. Was war Ihre Befürchtung vor der Geburt? (Mehrfachnennung möglich):
 1. Hilflosigkeit

2. Schmerzen
 3. Mein Partner wird ohnmächtig
 4. Mein Partner sieht mich leiden
 5. Schamgefühl
 6. Negative Auswirkungen auf das Sexualleben in der Beziehung
 7. Komplikationen
 8. Mein Partner stört mehr, als dass er hilft
 9. Keine, ich fühlte mich allem gewachsen
14. Welche der Befürchtungen trat ein? (Mehrfachnennung möglich):
 1. Hilflosigkeit
 2. Schmerzen
 3. Mein Partner wurde ohnmächtig
 4. Mein Partner sah mich leiden
 5. Schamgefühl
 6. Negative Auswirkungen auf das Sexualleben in der Beziehung
 7. Komplikationen
 8. Mein Partner störte mehr, als dass er geholfen hat
 9. Keine, alles war gut
15. Was empfanden Sie bei der Geburt als besonders hilfreich? (Mehrfachnennung möglich):
 1. Die Anwesenheit des Partners
 2. Das Zusprechen meines Partners
 3. Die Berührung meines Partners
 4. Die Unterstützung des Arztes
 5. Die Unterstützung der Hebamme
16. Würden Sie bei der nächsten Geburt (wieder) den Vater dabei haben wollen?
 1. Ja
 2. Nein
 3. Unentschlossen
17. Konnte ihr Partner Ihnen bei der Aufarbeitung/Verarbeitung der Geburt helfen?
 1. Ja
 2. Nein
 3. Unentschlossen

Salmon Item List zur Erfassung des Geburtserlebens in der deutschen Fassung von Stadlmayer³

Bitte markieren Sie einen Wert auf der Skala, der in Ihren Augen am besten beschreibt, wie Sie sich unter und kurz nach der Geburt gefühlt haben:

1. Enttäuscht	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht enttäuscht
2. Erfüllt	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht erfüllt
3. Begeistert	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht begeistert
4. Zufrieden	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht zufrieden
5. Voller Freude	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Ohne Freude
6. Deprimiert	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht deprimiert
7. Glücklich	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht glücklich
8. Voller Aufregung	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Ohne Aufregung
9. Gute Erfahrung	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Schlechte Erfahrung
10. Ich kam gut klar	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Ich kam schlecht klar
11. Betrogen	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht betrogen
12. Unter Kontrolle	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht unter Kontrolle
13. Angenehm	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Unangenehm
14. Entspannt	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht entspannt
15. Ängstlich	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht ängstlich
16. Schmerzhaft	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht schmerzhaft
17. Leicht	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht leicht
18. Die Zeit verging schnell	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Die Zeit verging langsam
19. Erschöpft	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Nicht erschöpft
20. Voller Vertrauen	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	Ohne Vertrauen

Vielen lieben Dank für Ihre Mitarbeit!

³ Stadlmayr W, Bitzer J, Hosli I, Amsler F, Leupold J, Schwendke-Kliem A, et al. Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List. Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology. 2001 Dec;22(4):205-14. PubMed PMID: 11840574.