

Max-Planck-Institut für Ornithologie - Andechs
Gruppe Schiefenhövel (Humanethologie)
Direktor: Prof. Dr. Manfred Gahr

**Befindlichkeitsstörungen im Wochenbett im kulturellen Kontext:
Empirische Untersuchung an Wöchnerinnen
in Brasilien**

Dissertation

Zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilian-Universität München

vorgelegt von

Alexander Kyan Fink

aus

München

Jahr

2009

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter: Prof. Dr. Wulf Schiefenhövel

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Hermann Hepp
Priv. Doz. Dr. Cornelius Schüle

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 03.12.2009

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	9
2.	THEORIE	11
2.1.	MÜNCHNER POSTPARTUM PROJEKT	11
2.2.	LÄNDERSTUDIE BRASILIEN	11
2.2.1.	<i>Untersuchungsziel</i>	12
2.2.2.	<i>Einordnung der Studie</i>	13
2.3.	DEFINITION: DIFFERENZIERUNG DER POSTPARTALEN AFFEKTIVEN STÖRUNGEN	14
2.3.1.	<i>Postpartum Blues</i>	14
2.3.2.	<i>Postpartale Depression</i>	15
2.3.3.	<i>Postpartale Psychose</i>	15
2.4.	DIAGNOSTIK	15
2.5.	ÄTIOLOGIE	16
2.5.1.	<i>Hormonelle Erklärungsmodelle</i>	16
2.5.2.	<i>Prädisponierende Faktoren und Risikofaktoren</i>	17
2.5.3.	<i>Culture Bound Syndrome (CBS)</i>	18
3.	METHODIK	19
3.1.	HYPOTHESEN	19
3.1.1.	<i>Mutter</i>	19
3.1.2.	<i>Schwangerschaft</i>	20
3.1.3.	<i>Kind</i>	20
3.1.4.	<i>Familiäre Situation</i>	21
3.1.5.	<i>Soziokulturelle Faktoren</i>	21
3.2.	FRAGEBOGEN	22
3.2.1.	<i>Entwicklung</i>	22
3.2.2.	<i>Beschreibung</i>	24
3.2.3.	<i>Standardisierte Instrumente</i>	25
3.3.	DURCHFÜHRUNG DER FELDSTUDIE	29
3.3.1.	<i>Organisation</i>	29
3.3.2.	<i>Interview</i>	30
3.3.3.	<i>Probleme bei der Durchführung der Studie</i>	30
3.3.4.	<i>Auswertung</i>	35
4.	WOCHENBETT IN BRASILIEN	37
4.1.	FACETTEN DER ENTWICKLUNG UND GESCHICHTE DER GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	37
4.2.	RITEN UND TRADITIONEN	41

5.	EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG	45
5.1.	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	45
5.1.1.	<i>Persönliche Daten</i>	45
5.1.2.	<i>Schwangerschaft</i>	51
5.1.3.	<i>Geburt</i>	54
5.1.4.	<i>Kind</i>	57
5.1.5.	<i>Soziales Umfeld</i>	59
5.1.6.	<i>Wochenbett</i>	62
5.1.7.	<i>Psychische Befindlichkeit</i>	65
5.1.8.	<i>Riten und Zeremonien</i>	67
5.1.9.	<i>Besondere Geburten</i>	69
5.2.	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	72
5.2.1.	<i>Einteilung des PPB durch standardisierte Instrumente</i>	73
5.2.2.	<i>Abhängigkeit der Entstehung des PPB von verschiedenen Faktoren</i>	77
5.2.3.	<i>Auswertung der Hypothesen</i>	98
5.2.4.	<i>Lineares Regressionsmodell</i>	110
6.	ZUSAMMENFASSUNG	116
7.	LITERATUR	120
	ANHANG 1: FRAGEBOGEN IM WOCHENBETT (DEUTSCHE VERSION)	128
	ANHANG 2: FRAGEBOGEN IM WOCHENBETT (PORTUG. VERSION)	144

ÜBERSICHT DER GRAFIKEN

GRAFIK 1: ALTER DER FRAUEN BEI DER GEBURT	45
GRAFIK 2: KINDERANZAHL DER MÜTTER	46
GRAFIK 3: GEBURTSVORBEREITUNG	52
GRAFIK 4: STIMMUNG DER MUTTER WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT	54
GRAFIK 5: SCHMERZHAFTIGKEIT DER GEBURT IM VERGLEICH ZUR ERWARTUNG	56
GRAFIK 6: ENTSPRACH DIE GEBURT EINIGERMAßEN IHREN ERWARTUNGEN?	57
GRAFIK 7: MUTTER-KIND KÖRPERKONTAKT	58
GRAFIK 8: VORAUSSICHTLICHER BEGINN DER ARBEIT	63
GRAFIK 9: ALTER DER MÜTTER	78
GRAFIK 10: SCHULBILDUNG DER MÜTTER I	80
GRAFIK 11: SCHULBILDUNG DER MÜTTER II	81
GRAFIK 12: SEELISCHER ZUSTAND WÄHREND FRÜHERER SCHWANGERSCHAFTEN	82
GRAFIK 13: STIMMUNG WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT	83
GRAFIK 14: UNTERSTÜTZUNG DURCH DAS PERSÖNLICHE UMFELD	84
GRAFIK 15: EMPFINDUNG DER ANWESENHEIT DER MEDIZINISCHEN HILFSKRAFT	85
GRAFIK 16: RELIGIOSITÄT	86
GRAFIK 17: ZUFRIEDENHEIT MIT DER KLINIK	87
GRAFIK 18: ZUFRIEDENHEIT MIT DEM ZIMMER	88
GRAFIK 19: ZUFRIEDENHEIT MIT DEN ZIMMERNACHBARINNEN	89
GRAFIK 20: BESUCH DER FAMILIE	90
GRAFIK 21: GEDANKE AN ZU HAUSE	91
GRAFIK 22: ANGST VOR ÜBERFORDERUNG	92
GRAFIK 23: ANGST VOR EINSAMKEIT	93
GRAFIK 24: ABSICHT WIEDER ERWERBSTÄTIG ZU ARBEITEN	94
GRAFIK 25: ABSICHT DEN BERUF WIEDER AUSZUÜBEN	95
GRAFIK 26: EMPFINDUNG DER WOHSITUATION	96
GRAFIK 27: SORGE UM DIE WIRTSCHAFTLICHE SITUATION	97
GRAFIK 28: PSYCHISCHE VORERKRANKUNG	98

ÜBERSICHT DER TABELLEN

TABELLE 1: THEMENBEREICHE DES FRAGEBOGENS	24
TABELLE 2: INTERNATIONALE INSTRUMENTE ZUR MESSUNG DES PPB	25
TABELLE 3: ANTEIL DER KRANKENHAUSGEBURTEN 1996	40
TABELLE 4: KINDERSTERBLICHKEIT	47
TABELLE 5: SCHULBILDUNG DER MÜTTER	48
TABELLE 6: BERUFSAUSBILDUNG DER MÜTTER	49
TABELLE 7: DERZEITIGE BERUFSTÄTIGKEIT DER MÜTTER	49
TABELLE 8: KONFESSION DER MÜTTER	50
TABELLE 9: ERWÜNSCHTHEIT DER SCHWANGERSCHAFT	51
TABELLE 10: BISHERIGE SCHWANGERSCHAFTEN DER MÜTTER	53
TABELLE 11: VERÄNDERUNG DER PARTNERSCHAFT IM LAUFE DER SCHWANGERSCHAFT	54
TABELLE 12: EMPFINDEN DER GEBURTSDAUER	55
TABELLE 13: SCHMERZBEKÄMPFUNG	55
TABELLE 14: DAMMVERLETZUNG WÄHREND DER GEBURT	56
TABELLE 15: WUNSCH BEZÜGLICH DER DAUER DES KÖRPERKONTAKTES	59
TABELLE 16: HERKUNFT DER ELTERN	59
TABELLE 17: KONTAKT ZU ELTERN UND SCHWIEGERELTERN	60
TABELLE 18: UNTERSTÜTZUNG VON ELTERN UND SCHWIEGERELTERN	60
TABELLE 19: UNTERSTÜTZUNG VOM PERSÖNLICHEN UMFELD	61
TABELLE 20: SORGEN BEZÜGLICH DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION	61
TABELLE 21: ZUFRIEDENHEIT IM KRANKENHAUS	62
TABELLE 22: GEFÜHL DER MUTTER BEIM GEDANKEN AN ZU HAUSE	62
TABELLE 23: WIEDERAUFNAHME DER ARBEITSTÄTIGKEIT	63
TABELLE 24: BESUCHER	64
TABELLE 25: SUBJEKTIVES EMPFINDEN DES BESUCHES	64
TABELLE 26: PUNKTEZAHL IN DEN EINZELNEN INSTRUMENTEN	66
TABELLE 27: EINDRUCK DER INTERVIEWERIN	67
TABELLE 28: ANGEWANDTE ZEREMONIEN	67
TABELLE 29: PPB NACH STEIN	73
TABELLE 30: MÜTTER MIT ERHÖHTEM RISIKO EINER POSTNATALEN DEPRESSION	74
TABELLE 31: MÜTTER MIT PPB (1.-5.TAG) NACH KENNERLEY UND GATH I	74
TABELLE 32: MÜTTER MIT PPB (1.-5.TAG) NACH KENNERLEY UND GATH II	75
TABELLE 33: KORRELATION TAG DES INTERVIEWS UND PPB	75
TABELLE 34: ÜBERSICHT DER ERREICHTEN PUNKTE IN DEN EINZELNEN INSTRUMENTEN	76
TABELLE 35: MODELLZUSAMMENFASSUNG GESAMTANSATZ	110
TABELLE 36: ANALYSIS OF VARIABLES GESAMTANSATZ	111
TABELLE 37: ÜBERSICHT GESAMTANSATZ	111

TABELLE 38: MODELLZUSAMMENFASSUNG VERKLEINERTER ANSATZ	112
TABELLE 39: ANALYSIS OF VARIABLES VERKLEINERTER ANSATZ	112
TABELLE 40: ÜBERSICHT VERKLEINERTER ANSATZ	113
TABELLE 41: MODELLZUSAMMENFASSUNG STEPWISE-REGRESSION	113
TABELLE 42: ANALYSIS OF VARIABLES STEPWISE-REGRESSION	114
TABELLE 43: ÜBERSICHT STEPWISE-REGRESSION	115

ÜBERSICHT DER ABKÜRZUNGEN

CBS	Culture Bound Syndrome (kulturgebundenes Syndrom)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual for Psychiatric Disorders
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetricia (Brasilianischer Dachverband gynäkologischer und obstretischer Verbände)
FSESP	Fundação de Serviços Especiais Publicas (Behörde für öffentliche Sonderdienste)
FUNAI	Fundação Nacional do Índio (nationale brasilianische Behörde für Rechte der Indianer)
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde (nationale brasilianische Gesundheitsbehörde)
ICD	International Classification of Diseases
M-W-U-Test	Mann-Whitney-U-Test
MPPP	Munich Postpartum Project (Münchener Postpartum Projekt)
PDA	Periduralanästhesie
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale
PMS	Prämenstruelles Syndrom
PPB	Postpartum Blues
PPD	Postpartale Depression
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome (Plötzlicher Säuglingsstod)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSW	Schwangerschaftswoche
SUS	Sistema Único de Saúde (einheitliches brasilianisches Gesundheitssystem)
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization

1. EINLEITUNG

Die Geburt eines Kindes stellt einen Neubeginn dar. Es ist aber nicht nur ein Anfang für das Kind, sondern auch für die Eltern des Kindes, die jetzt Vater und Mutter sind. Viele haben sich vorgenommen, gute Eltern zu sein und sich um das Kind mit aller Liebe zu kümmern. Einkäufe wurden erledigt, Sachen vorbereitet, und die Vorfreude in den letzten Monaten war in den meisten Fällen sicherlich groß. Das Eintreten des lang ersehnten Ereignisses der Geburt müsste also alle Beteiligten glücklich machen. Es ist daher auf den ersten Blick erstaunlich, wenn eine Mutter nach den Anstrengungen der Schwangerschaft und der Geburt unglücklich ist, obwohl sie ein gesundes Kind zur Welt gebracht hat. Sie ist müde, erschöpft, ängstlich, reizbar oder unzufrieden. Dieses postpartale Stimmungstief bezeichnet man als Baby-Blues, oder auch als Postpartum Blues (im Folgenden PPB), im deutschsprachigen Raum auch Heultage genannt.¹

Nicht nur für Außenstehende ist dieser Gemütszustand schwer nachvollziehbar. Oft ist die junge Mutter selbst verwirrt, da sie keine Erklärung für ihre Gefühlslage hat. Bisher wurde diesem Phänomen kein tatsächlicher Krankheitswert zugesprochen. In den letzten Jahren jedoch hat der PPB vermehrt Aufmerksamkeit in Öffentlichkeit und Wissenschaft erhalten. Verantwortlich hierfür ist neben der hohen Inzidenz in westlichen Kulturen auch die Hoffnung auf Früherkennung einer Wochenbettdepression, auch postpartale Depression (PPD) genannt. Die damit bestehende Ungewissheit über die Auswirkungen derartiger Gemütschwankungen im frühen Wochenbett auf die Mutter-Kind Beziehung machen eine genaue Analyse dieses Phänomens zu einer wichtigen Aufgabe. Verschiedene Disziplinen versuchen, seine Ätiologie zu klären und auslösende Faktoren zu identifizieren.

Gerade der Vergleich von unter verschiedenen Bedingungen lebenden Frauen kann daher wichtige Aufschlüsse bei der Erforschung des PPB liefern. Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zu diesem Bestreben liefern. Hierfür wurde eine Feldstudie im ländlichen Gebiet des brasilianischen Nordostens durchgeführt, bei der 128 Frauen am fünften Tag post partum interviewt wurden. Ziel der Studie ist zum einen eine Einschätzung der Verbreitung des PPB unter dort herrschenden kulturellen, sozialen, medizinischen und finanziellen Bedingungen lebenden Frauen. Zum anderen soll die Auswertung der gesammelten Daten Aufschlüsse über die Entstehung und das Ausmaß des PPB liefern.

¹ Auf die Problematik der Väter wird im Rahmen dieser Studie nicht eingegangen. Vgl. hierzu Edhborg M. 2008.

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut. Im folgenden Kapitel wird der Hintergrund der Studie erläutert und eine Übersicht über die theoretischen Erkenntnisse des Phänomens PPB gegeben (Kapitel 2: Theorie). Dieser Teil der Arbeit soll dem fachfremden Leser einen Überblick über die Thematik liefern. Im darauf folgenden Abschnitt (Kapitel 3: Methodik) werden die Vorgehensweise und die tatsächliche Durchführung der Feldstudie und die dabei aufgetretenen Probleme beschrieben. Das vierte Kapitel (Wochenbett in Brasilien) geht auf die Besonderheiten der Zeit um die Geburt in Brasilien, speziell in der untersuchten Gegend ein. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Feldstudie dargestellt und statistisch ausgewertet (Kapitel 5: Empirische Untersuchung). Im letzten Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit noch einmal zusammenfassend dargestellt (Kapitel 6: Zusammenfassung).

2. THEORIE²

2.1. Münchener Postpartum Projekt

Die vorliegende Untersuchung ist Teil des von Wulf Schiefenhövel und Gerhard Dammann initiierten Münchener Postpartum Projektes (MPPP). Diese international angelegte Studie verfolgt vor allem das Ziel, mehr über den PPB und die ihn auslösenden Faktoren zu erfahren. Faktoren wie etwa der Geburtsverlauf, der Körperkontakt zwischen Mutter und Kind, die soziale Unterstützung und die Persönlichkeitsstruktur der Gebärenden werden in verschiedenen Stichproben erhoben und miteinander verglichen. Im Rahmen dieses Projekts wurde zu Beginn eine retrospektive schriftliche Befragung von 585 Müttern, die 3-6 Monate zuvor an zwei Münchner Frauenkliniken ein Kind zur Welt gebracht hatten, durchgeführt (Strobl 2002). Basierend auf den Ergebnissen dieser Vorstudie wurden weitere Untersuchungen geplant. Dazu wurden ein halbstrukturiertes Interview zur Durchführung im frühen Wochenbett und ein schriftlicher Fragebogen zur Durchführung im späten Wochenbett entwickelt. Da im Rahmen der Studie der Vergleich interkultureller Stichproben geplant war, wurde in den Fragebögen neben vorhandenen standardisierten Instrumenten auch eine umfassende Symptomerfassung integriert. Dies ergab einen ausführlichen Fragenkatalog zu verschiedenen Themenbereichen (Dammann und Schiefenhövel 1998, 2000, sowie 2001).

Neben Untersuchungen in Deutschland (Strobl 2002, Delius 2005) wurden und werden im Rahmen des MPPP auch auf internationaler Ebene zahlreiche Studien durchgeführt, unter anderem in Indien (2005), Kolumbien (2007), Honduras, Bolivien, Österreich (2006), Papua-Neuguinea (2006) und Italien (2008). Einige der Arbeiten sind noch nicht veröffentlicht. Eine Liste von Publikationen ist auch im Internet abrufbar.³

2.2. Länderstudie Brasilien

Aufgrund der Vorkenntnisse und Erfahrungen des Autors wurde der Nordosten Brasiliens als Untersuchungsgebiet für diese Studie gewählt. Im Rahmen des seit 2002 andauernden Engagements im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit (vgl. www.armemenschen.de) in der Kleinstadt Araruna im Bundesstaat Paraíba sind viele Freundschaften entstanden. Ohne

² Die Ausführungen dieses Abschnitts sind in Teilen inhaltlich oder wörtlich aus der Arbeit von M. Delius (2005) übernommen.

³ <http://erl.orn.mpg.de/~schiefen/frame2.html>

die dadurch vorhandene Unterstützung vor Ort wäre die Studie in der vorliegenden Art nicht durchführbar gewesen. Die Durchschnittsbevölkerung dieser Gegend stellt u.a. aufgrund einiger traditioneller Verhaltensweisen ein interessantes Untersuchungsobjekt dar. Die sozialen, finanziellen und medizinischen Voraussetzungen der untersuchten Frauen unterscheiden sich kaum. Der Großteil stammt aus der untersten sozialen Schicht mit sehr schlechten finanziellen Voraussetzungen und geringer Bildung. Da sich die geburtsbezogenen Verhaltensweisen, z.B. traditionelle Handlungsweisen und Riten, innerhalb dieser Gruppe ebenfalls kaum unterscheiden, eignet sich die bei einer empirischen Studie entstehende Gruppe gut als Stichprobe für die beabsichtigte Untersuchung. Als Komplementärstudie zur vorliegenden Arbeit wird derzeit eine Untersuchung der städtischen Bevölkerung in Brasilien durchgeführt (H. Fink).

2.2.1. Untersuchungsziel

Im Rahmen dieser Teilstudie sollten brasilianische Wöchnerinnen unter Berücksichtigung der medizinisch-biologischen, soziokulturellen und psychischen Umstände untersucht werden. Da von einer multifaktoriellen Ätiologie des PPB ausgegangen wird (Strobl 2002), sollten verschiedene Faktoren untersucht werden, die als eventuelle Auslöser in Frage kommen. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, die Einflussfaktoren des PPB innerhalb dieser Gruppe zu identifizieren und deren Relevanz zu beurteilen. Die dabei erarbeiteten Ergebnisse sollen zum weiteren Verständnis der Ätiologie des PPB dienen. Außerdem werden sie als Teil der Gesamtstudie des MPPP weiter verwendet. Gerade der internationale Fokus dieser Studie und die Einbeziehung verschiedener Perspektiven und Kulturen soll zu verlässlichen Ergebnissen und neuen Erkenntnissen verhelfen. Dadurch können hoffentlich Einsichten in die Genese, die Symptomatik und die Relevanz des PPB gefunden werden. Ein detaillierteres Verständnis der Einflussfaktoren des PPB könnte zu einer Verbesserung des Geburtsherganges und des Wochenbettes auch in Deutschland eingesetzt werden.

Bei seinen Felduntersuchungen in der Kultur der Eipo in Neuguinea bemerkte Schiefenhövel unter anderem die physiologische Nutzung der Geburtsmechanik und die psychologische Unterstützung während des Geburtsvorgangs.

„Bei den beobachteten Geburten fielen vor allem zwei Bereiche auf, in denen offenbar günstige geburtshilfliche Modelle verwirklicht sind:

1. *Die Geburtsmechanik mit der Bevorzugung vertikaler Körperhaltung wie Stehen, Knien, Sitzen, Hocken und der individuellen Entscheidung der Gebärenden zwischen diesen Haltungen;*
2. *Die psychologische Abstützung des Geburtsvorgangs durch mit der Gebärenden verwandte oder befreundete Frauen, die selbst schon Kinder haben.“ (Schiefenhövel 1995: 55)*

Ähnliche Verhältnisse finden sich in der untersuchten Region in Brasilien. Ein weiteres Ziel dieser Studie ist neben der Eruiierung der Einflussfaktoren des PPB auch die Beschreibung des Gebärverhaltens und der Geburtstraditionen in der untersuchten brasilianischen Region. Die Verbreitung der Methoden moderner Medizin gefährdet diese zeremoniellen Handlungen und Riten, ohne dass neue Erkenntnisse und Vorteile der Geburtsmedizin, wie sie die Situation in Europa kennzeichnen, zum Tragen kämen.

2.2.2. Einordnung der Studie

Das MPPP ist ein empirisch angelegtes Forschungsprojekt. Die einzelnen Studien sind konzipiert als Projekte mit bestimmter Fokussierung auf eine als untersuchenswert erachtete Bevölkerungsgruppe. Dabei ergeben sich je nach Schwerpunktsetzung sehr unterschiedliche Einzelprojekte von Wassergeburten in Südtirol (Wanker 2006) bis hin zu einer katamnestischen Untersuchung der Ethnie der Bhil in Zentralindien (Laner 2005), um nur zwei Beispiele zu nennen. Auch bezüglich der Methodik unterscheiden sich die Projekte teilweise. Zwar ist der Fragebogen nach einer ständigen Verbesserung im Rahmen der Projekte der vergangenen Jahre inzwischen standardisiert und wird nur noch punktuell verändert. Trotzdem unterscheidet sich die Methodik der einzelnen Arbeiten teilweise signifikant. Vor allem die Entscheidung, ob eine schriftliche Untersuchung oder (halb-)strukturierte Interviews durchgeführt werden, macht einen großen Unterschied für den Ansatz der Arbeit. Zu berücksichtigen ist außerdem, ob und wie vertieft die Arbeit empirisch angelegt ist.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine empirische Studie mit Fokus auf der ländlichen Bevölkerungsgruppe des brasilianischen Nordostens. Die Sammlung des Datenmaterials wird mit Hilfe einer portugiesischen Version des standardisierten Fragebogens (s. S. 144) durchgeführt. Um den Rahmen nicht zu sprengen, wird in dieser Studie auf detaillierte Ausführungen in Form einer theoretischen Literaturanalyse größtenteils verzichtet.

Im Folgenden wird eine kurze Übersicht und auf einige für das vorliegende Projekt interessante neuere Studien gegeben. Für detaillierte Ausführungen bezüglich des theoretischen Hintergrundes wird auf im Rahmen des MPPP bereits veröffentlichte frühere Studien verwiesen, vor allem auf die Literaturanalyse in der Arbeit von Maria Delius (2005).

2.3. Definition: Differenzierung der postpartalen affektiven Störungen

Anhand des Zeitpunktes und der Dauer der postpartalen Verstimmung und den mit ihr auftretenden Symptomen werden drei Arten unterschieden, die im Folgenden kurz beschrieben werden.

2.3.1. Postpartum Blues

Der PPB gilt als die häufigste und mildeste Form der Verstimmungen. Er tritt meist zwischen dem dritten und zehnten Tag nach der Geburt auf und dauert nicht länger als einige Tage. Anfälligster Zeitraum ist vom dritten bis zum fünften Tag post partum. Für Brasilien wurde in einer Studie der fünfte Tag als am häufigsten betroffen ermittelt; auffällige Symptome an diesem Tag waren vor allem Übersensibilität und Überemotionalität (Rohde et al. 1997). Als typisch werden u.a. folgende Symptome erachtet: Weinen, Stimmungs labilität, depressive Stimmungslage und Ängstlichkeit. Je nach Autor, Studie und Wertung der verschiedenen Symptome schwankt die Häufigkeit dieser Verstimmung zwischen 30%-75% (Seyfried und Marcus 2003). In einer weiteren brasilianischen Studie wurde eine Bluesrate von 32,7% festgestellt (Faisal-Cury et al. 2008). Da der PPB als milde und vorübergehende Verstimmung angesehen ist, wird meist keine Behandlung durchgeführt. Auf internationaler Ebene gibt es zwei etablierte offizielle Klassifikationssystemen für Krankheiten. Die International Classification of Diseases (ICD) der World Health Organization (WHO) wird in Europa vorwiegend als Katalog zur Diagnoseerfassung herangezogen. Das DSM (Diagnostic and Statistical Manual for Psychiatric Disorders) wird in erster Linie in den USA zur Erfassung psychiatrischer Diagnosen genutzt. In beiden Klassifizierungen wird der PPB nicht als Krankheit erwähnt. Im ICD 10 findet er keine direkte Erwähnung, sondern wird aufgeführt unter F53.0 als „psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert“.

2.3.2. Postpartale Depression

Die Symptome einer postpartalen Depression (PPD) treten in der Regel frühestens zwei Wochen nach der Entbindung auf (Bloch et al. 2006). Die Häufigkeit der PPD wird für alle Mütter mit neugeborenen Kindern mit 10%-15 % als relativ konstant und einheitlich beschrieben (Mallikarjun und Oyeboode 2005). Die Symptome sind laut Diagnosekatalog die gleichen der Depressionen zu anderen Zeitpunkten des Lebens. Im ICD 10 fällt die PPD unter den gleichen Punkt F53, wie oben erwähnt. Sie werden hier also meist nicht als eigenständige Krankheiten definiert. Als zeitliche Begrenzung für das Auftreten von Wochenbettstörungen wird eine Periode von sechs Wochen nach der Geburt definiert. Das DSM IV erlaubt unter den verschiedenen depressiven Erkrankungen die Einteilung in „*Postpartum Onset Specifier*“. Hier können Wochenbettdepressionen gesondert klassifiziert werden. Zeitlich ist dabei das Auftreten einer PPD durch einen Zeitraum von vier Wochen nach der Entbindung definiert.

2.3.3. Postpartale Psychose

Die postpartale Psychose (PPP) ist die schwerste Form der Befindlichkeitsstörungen im Wochenbett. Sie tritt sehr selten auf und betrifft weniger als eine von 1000 Müttern (Seyfried und Marcus 2003). In der ICD 10 (F53.1) fällt die PPP unter „Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert“.

2.4. Diagnostik

Wie im vorigen Abschnitt erläutert, sind die postpartalen affektiven Störungen nur unscharf definiert. In einer 2008 durchgeführten Studie wurden 47 Artikel in einem Zeitraum von 9 Jahren bzgl. postpartaler Stimmungsveränderungen verglichen. Dabei wurden diverse Widersprüche festgestellt. So bestand z.B. keine einheitliche Beschreibung der Ätiologie, der Symptome der Störungen, sowie der Behandlungsmöglichkeiten (Schanie et al. 2008). Für die Zwecke dieser Studie spielt eine vertiefte Diskussion bezüglich der theoretischen Definition des PPB jedoch eine untergeordnete Rolle. Der Fokus bezüglich der Abgrenzung des PPB liegt vor allem in der praktischen Aufgabe, die Frauen der gezogenen Stichprobe in Mütter mit und ohne PPB einzuteilen.

In der internationalen Forschung gibt es derzeit drei etablierte Diagnoseinstrumenten zur Messung affektiver Störungen im Wochenbett:

- 1) Befindlichkeitsmessung nach Kennerley und Gath (1989)
- 2) Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) nach Cox et al. (1987)
- 3) Skala zur Messung der Heultage nach Stein (1980)

Im Laufe der Studien des MPPP wurde ein Fragebogen entwickelt, der auf der EPDS, dem Fragebogen nach Stein und dem Fragebogen nach Kennerley und Gath beruht. Auch die Cut-Off-Werte wurden den aus den in bisherigen Studien des MPPP gewählten Werten festgelegt. Sowohl die Instrumente, als auch der Fragebogen und die Cut-Off-Werte werden auf S. 25ff detailliert behandelt. Da sich dieser Fragebogen bereits in mehreren Studien etabliert hat und zudem seit Jahren kontinuierlich verbessert wird, fand er auch im vorliegenden Projekt Anwendung. Dadurch wird eine Vergleichbarkeit der Studien des MPPP untereinander sowie mit der internationalen Literatur gewährleistet. Auf die Einbindung weiterer Analyseinstrumente, wie beispielsweise die PDSS (Postpartum Depression Screening Scale) wurde daher verzichtet.

2.5. Ätiologie

In der internationalen Forschung gibt es verschiedene Ansätze zur Erklärung der postpartalen affektiven Störungen. Im Wesentlichen lassen sich diese in drei Kategorien unterteilen, die im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, erhebt die Darstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr soll ein mit Beispielen illustrierter Überblick der bisher geleisteten Forschung gegeben werden. Wert wird dabei gelegt auf eine Einbindung der neueren und vor allem auch der bisher in Brasilien durchgeführten Forschungsprojekte. Für eine ausführliche Darstellung der Grundlagen des PPB einschließlich historischer Entwicklung und Literaturanalyse vgl. Arbeiten des MPPP, vor allem Delius 2005.

2.5.1. Hormonelle Erklärungsmodelle

Verschiedene Arten von Stimmungsschwankungen im Laufe des Lebens einer Frau werden auf eine Veränderung bestimmter Hormone zurückgeführt. Hierzu werden neben dem prämenstruellen Syndrom (PMS) und der Menopause auch der Zeitraum vor und nach der Geburt gezählt (Parry und Newton 2001). Die enorme körperliche Belastung des weiblichen

Körpers im Rahmen der Schwangerschaft und der Geburt und die dadurch entstehenden hormonellen Veränderungen werden seit langem für emotionale Schwankungen im Wochenbett verantwortlich gemacht. Beispielsweise wird ein Zusammenhang der postpartalen depressiven Symptomatik mit erniedrigtem Cholesterolspiegel (Troisi et al. 2002) oder einer Schilddrüsenfunktionsstörung (Ijuin et al. 1998) neben vielen anderen Hormonschwankungen für die Ätiologie des PPB in Erwägung gezogen. Wie bereits erwähnt, wird im Rahmen des MPPP eine ausschließliche Erklärung durch hormonelle Veränderungen als nicht hinreichend angesehen und von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen.

2.5.2. Prädisponierende Faktoren und Risikofaktoren

Neben hormonellen Einflüssen wurde bei der Untersuchung der den PPB verursachenden Faktoren in der internationalen Forschung eine Vielzahl an Studien durchgeführt, bei denen eine große Menge möglicher Ursachen geprüft wurde. Obwohl die Beeinflussbarkeit der Faktoren bei der Konzeption dieser Studien nicht im Vordergrund stand, erscheint sie ein sinnvolles Kriterium zu deren Einteilung. Eines der Hauptziele des MPPP besteht in einer besseren Prävention und einer effektiveren Behandlung des PPB. Gerade zur Verbesserung des Geburtsvorganges sowie dessen Vor- und Nachbereitung ist die Beeinflussbarkeit eines Faktors ein entscheidendes Merkmal. Daher wird im Rahmen dieser Studie unterschieden zwischen prädisponierenden Faktoren auf der einen Seite und Risikofaktoren auf der anderen. Während erstere nicht unmittelbar beeinflussbar sind, könnten letztere durch gezielte Maßnahmen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett so gesteuert werden, dass die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung eines PPB verringert werden würde.

Beispiele für mögliche prädisponierende Faktoren sind u.a. prämenstruelles Syndrom (Bloch et al. 2006), persönliche oder familiäre Krankengeschichte einer durchgestandenen Depression (O'Hara et al. 1991), sowie niedriger Bildungsstand (Kosińska-Kaczyńska et al. 2008).

Als Risikofaktoren werden beispielsweise mangelnde Familienunterstützung im Laufe der Schwangerschaft (Murata et al. 1998), Schwangerschaftskomplikationen (Kosińska-Kaczyńska et al. 2008) oder eine Entbindung durch Kaiserschnitt (Gonidakis et al. 2007) erwähnt.

2.5.3. Culture Bound Syndrome (CBS)

Der dritte Ansatz liegt in einem Verständnis der affektiven Wochenstörungen als sogenanntes kulturspezifisches Syndrom. Darunter werden Krankheitsbilder verstanden, die unter den Bedingungen bestimmter Kulturen auftreten und in dieser Form in anderen Kulturkreisen nicht oder wesentlich seltener zu beobachten sind (Schiefenhövel 1988).

Beispielsweise wurde in einer amerikanischen Studie die geringe soziale Strukturierung des Wochenbettes, sowie die fehlende Anerkennung und Unterstützung der neuen jungen Mutter im Sinne eines CBS als Grund für die Depression vermutet (Stern und Kruckman 1983). In einer weiteren Studie wird Fehlen von unterstützenden Ritualen während dieser Zeit in Erwägung gezogen (Ugarriza 1992).

3. METHODIK

3.1. Hypothesen

Im Folgenden werden die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Hypothesen aufgestellt. Um diesen Teil übersichtlich zu gestalten, sind die Hypothesen nach Themenbereichen strukturiert. Der Verfasser und das Jahr der Veröffentlichung der betreffenden Quelle, aus der die jeweilige Idee der Hypothese entnommen ist, sind jeweils in Klammern angegeben. Das oben beschriebene Untersuchungsziel dieser Studie besteht in der Überprüfung der aufgestellten Hypothesen mit Hilfe der in Brasilien gesammelten Daten.

3.1.1. Mutter

Alter

Junge Mütter haben häufiger den PPB (Paykel et al. 1980).

Depression

Frauen, die früher bereits an Depressionen litten oder deren Familienmitglieder Depressionen hatten, haben häufiger den PPB als Mütter ohne depressive Krankengeschichte (Bloch et al. 2006).

Probleme bei früheren Schwangerschaften

Frauen mit Komplikationen bei früheren Schwangerschaften, Kaiserschnitt und Geburtskomplikationen der Mutter oder des Neugeborenen haben verstärkt Symptome des PPB (Yamashita und Yoshida 2003).

PMS

Mütter mit prämenstruellem Syndrom haben häufiger den PPB (Bloch et al. 2006).

3.1.2. Schwangerschaft

Komplikationen

Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett begünstigen die Entstehung der Wochenbettstörungen (Strobl 2002).

Schlechte Laune

Mütter, deren Stimmung während der Schwangerschaft schlecht war, leiden häufiger an einem PPB als Mütter mit einer besseren Stimmung während der Schwangerschaft (Bernazzani et al. 1997).

Ungeplante Schwangerschaft

Mütter mit einer ungeplanten oder ungewollten Schwangerschaft haben häufiger den PPB (Rich-Edwards et al. 2006).

3.1.3. Kind

Körperkontakt

Die Häufigkeit und die Intensität des Körperkontakts zwischen Mutter und Kind, ebenso wie das Stillen des Kindes und Stillprobleme, sind Faktoren in der Entstehung oder Verhinderung von Wochenbettstörungen (Fellacher 2005).

Geschlecht des Kindes

Das Geschlecht des Kindes und die Enttäuschung darüber führen zu einer häufigeren Entstehung des PPB (Goldbort 2006).

Stillprobleme

Mütter, die innerhalb der ersten Stunde stillen konnten, haben seltener einen PPB als Mütter, die länger als eine Stunde auf diesen Augenblick warten mussten (Boutet et al. 2006).

3.1.4. Familiäre Situation

Familienstand

Mütter, die ein uneheliches Kind zur Welt bringen, haben häufiger den PPB (Dankner et al. 2000).

Unterstützung

Mütter, die mit der Unterstützung der Familie oder des Partners nicht zufrieden sind, haben häufiger den PPB (Chee et al. 2005).

Primiparae

Primiparae haben häufiger den PPB als Multiparae (Ferber 2004).

Anzahl der Kinder

Die Anzahl der Kinder hat einen Einfluss auf die Häufigkeit des Auftretens des PPB (Faisal-Cury et al. 2004).

Erziehung

Alleinerziehende Mütter erkranken häufiger an einem PPB als Mütter mit Unterstützung bei der Erziehung (Wickberg und Hwang 1997).

Unzufriedenheit bei Geburt

Die subjektive Unzufriedenheit der Mütter mit ihrer Situation während der Geburt führt zu einem häufigerem Auftreten des PPB im frühen Wochenbett (Strobl 2002).

3.1.5. Soziokulturelle Faktoren

Medikalisierung

Die zunehmende Medikalisierung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beeinflusst das Befinden im Wochenbett (Delius 2005).

Bildung

Mütter mit geringer Schulbildung haben häufiger einen PPB als Mütter mit einem höherem Bildungsstand (Da-Silva et al. 1998).

Glaubensrichtung

Verschiedene Glaubensrichtungen sowie ihre Praktizierung haben einen Einfluss auf die Entstehung des PPB (Dankner et al. 2000).

Finanzielle Situation

Mütter mit finanziellen Problemen haben häufiger einen PPB als Mütter ohne finanzielle Sorgen (Rich-Edwards et al. 2006).

Zeremonien

Die Anwendung von traditionellen Riten und Bräuchen während und nach der Schwangerschaft beeinflussen die Entstehung des PPB im Wochenbett (Delius 2005).

Eipo-Brasilien

Die traditionellen Handlungen und Zeremonien der Brasilianer und der Eipo sind ähnlich (Schiefenhövel 1995).

3.2. Fragebogen

3.2.1. Entwicklung

Im Rahmen der Feldstudien des MPPP tauchten in der Vergangenheit immer wieder unvorhergesehene Probleme auf. Bei manchen Untersuchungen von Frauen im Wochenbett in verschiedenen Ländern und Kulturen erwiesen sich einige Fragen und Instrumente als sehr hilfreich, andere wurden wieder verworfen. Basierend auf diesen Erfahrungen wurde der Fragebogen in den letzten Jahren etwas verändert und weiterentwickelt. Hierbei wurde darauf geachtet, die Vergleichbarkeit Ergebnisse innerhalb des MPPP ebenso wie mit internationaler Literatur so weit wie möglich zu erhalten. Von dieser Entwicklung und den in anderen Kulturkreisen gesammelten Erfahrungen profitiert auch diese Studie.

Wie bereits erwähnt, wird eine multifaktorielle Ätiologie bei der Entstehung des PPB vermutet. Die Gestaltung des Fragebogens berücksichtigt daher die besonderen Umstände und Gegebenheiten sowie kulturelle Eigenheiten. Auf diese Weise hoffen wir, psychosomatische, humanethologische und anthropologische Aspekte erfassen zu können. In diesem Sinne wurde auch der persönliche Eindruck der Interviewerin festgehalten. Es wird vermutet, dass die

subjektive Wahrnehmung des Gemütszustandes der befragten Frauen durch eine geübte Interviewerin aus derselben Kultur einen wichtigen zusätzlichen Aufschluss geben kann.

Aufgrund der Komplexität des Themas ergab sich damit der 14-seitige Fragebogen, der im Folgenden genauer dargestellt werden soll. Da keine portugiesische Fassung des Fragebogens vorhanden war, wurde die überarbeitete Version in Zusammenarbeit mit Pater Rainer Kröger⁴ übersetzt. Vgl. Anhänge S. 128ff (deutsche Version des Fragebogens) und S. 144ff (portugiesische Version).

⁴ Deutscher Priester, seit über 35 Jahren in João Pessoa (Brasilien) tätig. Er hat langjährige Erfahrung als Portugiesischlehrer für deutsche Missionare und ist als Übersetzer zahlreicher Schriften im Auftrag der katholischen Kirche tätig.

3.2.2. Beschreibung

Zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen umfasst das Instrument zur Befragung im frühen Wochenbett verschiedene Themenbereiche (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Themenbereiche des Fragebogens

Themenbereich	Beschreibung
Persönliche Daten	Alter, Familienstand, Partnersituation, Kinder (Anzahl, Alter, Geschlecht), Befindlichkeit und Komplikationen während früherer Schwangerschaften
Soziodemographische Daten	Zu Person, Partner, Eltern, Familienzusammenhalt und Unterstützung, Wohnverhältnisse, Einkommen, Religiosität, Bildungsniveau, Berufstätigkeit
Geburt	Datum, Uhrzeit, Geschlecht und Gewicht des Neugeborenen, Anzahl der Schwangerschaftswochen, Geburtsmodus, Anästhesieverfahren, Gebärtstellung, Komplikationen, Empfindung der Dauer und des Schmerzes, anwesende Personen, Störfaktoren, Kenntnis der und Vertrauen zu den Geburtshelfern, Erwartungserfüllung
Kind	Zufriedenheit der Eltern bezüglich des Geschlechtes des Kindes, Verlauf nach Geburt, Gefühl der Sicherheit im Umgang mit dem Kind, Dauer und Intensität des ersten Körperkontaktes
Schwangerschaft	Planung, Erwünschtheit, Sterilitätsbehandlung, Probleme, Partnerschaft, Schwangerschaftserbrechen, Stimmungslage, Vorsorgeuntersuchungen, Vorbereitungskurse, Unterstützung durch Familie, Arbeit, besondere Ereignisse
Wochenbett	Zufriedenheit mit Umfeld und Betreuung, Besuch, Stillen, Unterbringung des Kindes, Körperkontakt, Bedenken und Ängste, Unterstützung, Arbeit, Partnerschaft
Krankengeschichte	Psychische Erkrankungen innerhalb der Familie, gynäkologische Anamnese, Menstruationsbeschwerden
Besonderheiten und Traditionen	Beschreibung der traditionellen Handlungen vor, während und nach der Schwangerschaft
Offene Fragen am Ende des Interviews	Persönlicher Eindruck der Interviewerin

3.2.3. Standardisierte Instrumente⁵

Um die erhobenen Daten bewerten und vergleichen zu können, wurden mehrere standardisierte, international angewandte Instrumente verwendet (vgl. Tabelle 2) und die Cut-Off Werte der Gesamtstudie des MPPP übernommen.

Tabelle 2: Internationale Instrumente zur Messung des PPB

Instrument	Beschreibung
Befindlichkeitsmessung nach Kennerley und Gath (1989)	Fragen zum momentanem Gefühl der Mutter, Stimmungslage, Wohlbefinden und dem Gefühl der Einsamkeit
Edinburgh Postnatal Depression Scale nach Cox et al. (1987)	Fragen, wie sich die Mutter in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt hat
Skala zur Messung des PPB nach Stein (1980)	Fragen zum momentanem emotionalen Zustand der Mutter

Befindlichkeitsmessung nach Kennerley und Gath (1989)

Die Arbeitsgruppe um Kennerley und Gath (1989) entwickelte basierend auf einer qualitativen Vorstudie einen Fragebogen mit 28 Items zur täglichen schriftlichen Symptomerfassung im frühen Wochenbett. In der Vorstudie war nach dem Vorhandensein verschiedenster Symptome gefragt worden. Die 28 für den Fragebogen ausgewählten Items zeichneten sich durch ein Maximum in der Häufigkeit des Auftretens zwischen dem dritten und fünften postpartalen Tag aus. Das Instrument war so konzipiert worden, dass die Symptome zunächst auf ihr Vorhandensein durch eine mit ja oder nein zu beantwortende Frage überprüft wurden. In einer anschließenden zweiten Frage wurde für jedes Symptom untersucht, ob dieses stärker, schwächer oder genauso ausgeprägt wie außerhalb des Wochenbetts war. In einem weiteren Untersuchungsschritt wurde aus diesen 28 Items mit Hilfe der Faktorenanalyse Gruppen zusammengehöriger Symptome gebildet. Anhand der Symptome konnte eine klare Unterteilung in Gruppen vorgenommen werden. Die größte Gruppe, die sich durch die Faktorenanalyse ergab, wurde *Primary Blues* genannt und umfasste folgende Symptome: *tearful (weinerlich)*, *tired (müde)*, *anxious (ängstlich)*, *over-emotional (emotional überreagierend)*, *up and down in mood (Hochs und Tiefs in der Stimmung)*, *low spirited (bedrückt)*, *muddled in thinking (durcheinander)*. Als wichtiges

⁵ Die Ausführungen dieses Kapitels sind mit Ausnahme weniger Änderungen größtenteils wörtlich übernommen aus Delius 2005: S. 80ff.

Ergebnis dieser Analyse zeigte sich, dass eine depressive Stimmungslage nicht als Teil des *Primary Blues* auftrat. Eine tägliche Symptomerfassung hielten die Autoren für unerlässlich, um den charakteristischen Gipfel der Symptome zwischen dem dritten und dem fünften postpartalen Tag zu erfassen. Die Nutzung des Fragebogens in unserer Studie muss als Anlehnung an das Instrument verstanden werden, da die Anwendung nicht nach allen Kriterien der Autoren erfolgte. Einige zusätzliche Symptome wurden in unserer Studie hinzugenommen, andere weggelassen. Die deutsche sowie portugiesische Fassung des Instruments wurde durch Übersetzung erstellt, da keine validierte Fassung vorhanden war. Kennerley und Gath (1989) waren von einer hormonellen Genese des PPB ausgegangen und werteten Symptome, die sich nach den Angaben der Frauen im Wochenbett verändert hatten, also anders waren als vor der Geburt, als charakteristisch für den Blues. In dieser Untersuchung wurde nicht überprüft, ob eine Bluessymptomatik auch schon während Schwangerschaft aufgetreten war. Der Entwicklung dieses Fragebogens liegt also die Auffassung zu Grunde, dass der PPB postpartal durch hormonelle Veränderungen entsteht und in der Schwangerschaft nicht auftritt. In unserer Untersuchung wurde der Fragebogen in einer abgeänderten Form eingesetzt, da es uns nicht zulässig erscheint, Symptome, die schon während Schwangerschaft vorhanden waren, in der Erfassung des PPB auszuschließen. Würden vorher aufgetretene Symptome aus der Erhebung ausgeschlossen, wäre eine Überprüfung verschiedener Hypothesen letztlich nicht zulässig, da nur die Annahme der Verursachung durch endokrine Faktoren diese Art der abrupten Veränderungen rechtfertigt. In unserer Untersuchung wurde daher nur das Vorhandensein bzw. das Nicht-Vorhandensein der Symptome gewertet.

In dieser Teilstudie beträgt die maximale Punktzahl des Kennerley-Fragebogens nur 27 Punkte, da die Frage 24 der Originalfassung nicht gestellt wurde.⁶ Für jede mit Ja beantwortete Frage bekommt die Befragte einen Punkt. In der vorliegenden Studie wird der im Rahmen des MPPP übliche Cut-Off Wert von ≥ 7 verwendet. Bei einem Ergebnis von sieben oder mehr Punkten werden die Wöchnerinnen dieser Studie als PPB-Mutter eingestuft.

⁶ Punkt 24 des Kennerley Fragebogens bezieht sich auf die Lebhaftigkeit der Mutter. Diese wurde aufgrund eines Übersetzungsfehlers nicht gestellt.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al. 1987)

Die EPDS ist derzeit wohl das bekannteste und wichtigste Instrument zur Erfassung der Wochenbettdepression. In einem Selbsteinschätzungsfragebogen werden zehn Fragen zur Befindlichkeit in einer vierstufigen Skala schriftlich abgefragt. 1987 wurde das Instrument von Cox, Holden et al. zur sekundären Prävention der postpartalen Depression entwickelt, da bisher vorhandene Screening-Instrumente zur Erfassung der Depression im Wochenbett als nicht sehr geeignet angesehen wurden.

In einer neueren Studie bewiesen Teissedre und Chabrol (2004), dass EPDS Scores (über 10, bzw. 11 Punkte), die zwischen dem zweiten und dritten Tag post partum ermittelt wurden, auf Frauen mit einem erhöhten Risiko für eine postpartale Depression hinweisen. Im EPDS werden im Gegensatz zu anderen Depressionsinstrumenten (Thompson et al. 1998) keine körperlichen Symptome erfasst, da diese im Wochenbett nicht eindeutig auszuwerten sind. Die EPDS als Selbsteinschätzungsfragebogen ist ein Screening-Instrument (Yamashita et al. 2000) und kann nicht ohne weiteres als diagnostisches Instrument genutzt werden (Eberhard-Gran et al. 2001; Guedeney et al. 2000). Da dies in einigen Untersuchungen nicht ausreichend berücksichtigt worden war, wurde zum Teil heftige Kritik an dem Instrument geübt (mündliche Mitteilung von Cox an Delius, 2000). In einer Übersichtsarbeit wurden mehrere Validierungsstudien des EPDS in verschiedenen Ländern untersucht (Eberhard-Gran et al. 2001). Das Screening-Instrument wurde in mehreren Untersuchungen gegen die klinische Diagnose einer Wochenbettdepression getestet, um so die Sensitivität und Spezifität zu erfassen. Da es für den EPDS keinen einheitlichen Grenzwert gibt – dieser wird im Bereich des Summenwertes zwischen 8,5 und 12,5 angegeben – variieren die Werte der Sensitivität zwischen 65% und 100%, die der Spezifität liegen zwischen 49% und 100%. Ein hoher Grenzwert hat eine niedrigere Sensitivität und eine höhere Spezifität für die Erfassung der Depression zur Folge. Umgekehrt ergibt ein niedriger Grenzwert eine höhere Sensitivität und eine geringere Spezifität (Eberhard-Gran et al. 2001). Die Diskussion um den adäquaten Grenzwert führte allerdings bisher nicht zu einer einheitlichen Lösung. Eine Metaanalyse der verschiedenen Validierungsstudien schätzte den positiv prädiktiven Wert des EPDS für die PPD zwischen 22% und 79% (Eberhard-Gran et al. 2001). Im interkulturellen Kontext schien die Feststellung einer Wochenbettdepression durch den EPDS sogar der Diagnostik durch ein klinisches Interview überlegen (Matthey et al. 1997). Wissenschaftler kritisierten, dass das Instrument zwar eine Depression erfassen solle, einige Items aber Angstsymptome messen würden, die zwar häufig zur Depression gehören, dieser Aspekt hier aber zu stark betont

würde (Guedeney et al. 2000). Eine Depression, die durch eine psychomotorische Retardierung gekennzeichnet sei, würde dem Screening mittels EPDS entgehen.

In jeder der zehn Fragen des EPDS können zwischen null und drei Punkten erreicht werden, was eine maximale Gesamtpunktzahl von 30 Punkten ergibt. Die mit null Punkten bewerteten Antworten entsprechen eher einem positivem Gemütszustand. Je höher die Punktezahl der Antwort, desto negativer war der Gemütszustand. Gleiches gilt für die Punktzahl als Gesamtergebnis. Der Grenzwert (Cut) zur Bewertung einer Kandidatin als vom PPB betroffen beträgt in dieser Studie 9,5 Punkte auf der EPDS. Die EPDS wurde speziell für die Erfassung des emotionalen Zustandes von Wöchnerinnen entwickelt, um als Screening-Instrument für PPD benutzt werden zu können (vgl. S. 27). Da im Rahmen des MPPP genau dieser Zeitabschnitt der Frauen untersucht werden sollte, wurde die EPDS als Instrument im Rahmen der MPPP eingesetzt.

Skala zur Messung des PPB (Stein 1981)

Stein suchte nach einem Zusammenhang zwischen der Gewichtsabnahme der Mutter am vierten postpartalen Tag und mentaler Veränderung. 37 Frauen wurden per Fragebogen täglich eine Woche postpartal befragt und zudem gewogen. In seinem schriftlichem Instrument fragte er unter anderem folgende Symptome ab: *Depression, Weinen, Ängstlichkeit, Erschöpfung, Verwirrung, Kopfschmerzen, Träume, Anspannung, Ruhelosigkeit, Vergesslichkeit, Anorexie, Irritierbarkeit, schlechte Konzentrationsfähigkeit*. Am 4. bis 6. Tag nach der Geburt zeigten folgende Symptome ein häufigeres Auftreten: *Depression, Weinen, Kopfschmerzen, Träume, Ruhelosigkeit* und *Irritierbarkeit*. Dies hielt Stein für ein spezifisches Charakteristikum des Blues. Stein diskutierte die Frage nach der Zugehörigkeit depressiver Symptome zum Blues nicht, er nannte den Blues auch *mild depression*. Drei Monate später folgte ein weiterer Fragebogen. 74% der Frauen hatten in dieser Studie eine Episode des Blues (*weeping*). Zusammenhänge zwischen Blues und Alter, Parität, Stillen und Gewichtsabnahme konnte nicht festgestellt werden.

In den 15 Fragen dieses Instrumentes können in einer Frage vier Punkte, in drei Fragen drei Punkte, in vier Fragen zwei Punkte, und in den übrigen sieben Fragen ein Punkten erreicht werden. Die erreichbare Gesamtpunktzahl beträgt 28 Punkte. Die Höhe des Schwellenwertes des MPPP mit einer Punktzahl von ≥ 8 wird übernommen. Ab einem Gesamtergebnis von acht oder mehr Punkten wird die Mutter in dieser Studie als PPB - Mutter eingestuft.

3.3. Durchführung der Feldstudie

3.3.1. Organisation

Zeitraum

Die im Mai 2005 begonnene Feldstudie wurde im August 2006 mit einer Anzahl von 152 dokumentierten Interviews mit Wöchnerinnen abgeschlossen. Die Durchführung der Befragung dauerte aufgrund der geringen Geburtenanzahl der Kleinstadt Araruna und einiger unerwarteter Probleme (vgl. S.30f) länger als erwartet. Aufgrund des bekannten niedrigen Bildungsstandes der Bevölkerung vor Ort wurde eine schriftliche Befragung ausgeschlossen. Da der Fragebogen sehr persönliche Fragen, wie z.B. die Zufriedenheit mit dem Ehemann enthält, war die Durchführung der Interviews nur durch eine weibliche Vertrauensperson möglich. Michelline de Medeiros Pontes, 23-jährige ausgebildete Krankenschwester, wurde für diese Aufgabe ausgewählt. Da Frau Pontes ein Motorrad als eigenes Transportmittel zur Verfügung hatte, konnten auch Frauen aus weiter entfernt gelegenen Gemeinden in die Stichprobe eingeschlossen werden.

Der größte Vorteil, den Frau Pontes für die Durchführung der Feldstudie mit sich brachte, war zweifellos ihr Bekanntheitsgrad in Araruna und Umgebung. Als Tochter eines der Fleischverkäufer auf dem wöchentlichen Markt genoss sie bei den befragten Frauen einen Vertrauensstatus, der einem männlichen Ausländer nie möglich gewesen wäre. Dass sie außerdem in der Nähe des Krankenhauses wohnt und dadurch einige der Interviewpartnerinnen selbst rekrutieren konnte, erwies sich ebenfalls als überaus nützlich. Es soll hier noch einmal hervorgehoben werden, dass eine in der Bevölkerung anerkannte Vertrauensperson für die erfolgreiche Durchführung einer derartigen Studie unerlässlich erscheint. Die vorliegende Studie wäre daher ohne die aufopferungsvolle Mitarbeit von Frau Pontes in dieser Form schlichtweg unmöglich gewesen.

3.3.2. Interview

Die Befragung sollte in Form eines ca. 45-minütigen persönlichen Gespräches von Frau Pontes und der Mutter des Neugeborenen stattfinden. Da die Teilnahme an dieser Befragung freiwillig war, wurden die Mütter am Tag der Geburt im Krankenhaus *Hospital Maternidade de Maria Júlia Maranhão* besucht und nach ihrer Einwilligung gefragt.

Die Mütter wurden während der regulären Besuchszeit kontaktiert und erst nach Erhalt ihres mündlichen Einverständnisses im Rahmen eines offenen Gespräches über die Studie aufgeklärt und um ihre Teilnahme gebeten. Den befragten Müttern wurde Anonymität zugesichert. Sie wurden außerdem informiert, dass es sich um eine Studie handelt, um Geburten und deren Umstände in Deutschland und Brasilien vergleichen zu können. Im Falle einer gewünschten Teilnahme, wurde in der Klinik der genaue Wohnort der Mutter festgehalten, um sie am Nachmittag des fünften Tages post partum zu Hause besuchen und befragen zu können. Die tatsächliche Befragung wurde von Frau Pontes durch ein am Fragebogen orientiertes strukturiertes Gespräch durchgeführt. Die Antworten der Mütter wurden schriftlich festgehalten. Falls es die Umstände erlaubten, wurde die Befragung nicht in Anwesenheit des Ehemanns oder anderer Personen durchgeführt, da man sich dadurch eine offenere und ehrlichere Antwort versprach.

3.3.3. Probleme bei der Durchführung der Studie

Im Laufe der 14-monatigen Feldstudie traten mehrere unerwartete Probleme auf, die im Folgenden näher beschrieben werden.

Krankenhaus und Politik

Maternidade de Araruna

Die regelmäßigen Besuche der Wöchnerinnen durch Frau Pontes wurden nach einigen Wochen im Krankenhaus auffällig und schließlich der Inhaberin und Politikerin Dr. Maranhão gemeldet. Diese erließ daraufhin ein unbegründetes Besuchsverbot gegen Frau Pontes während der offiziellen Besuchszeit. Um die Studie weiter durchführen zu können, wurde ein Antrag für einen Gesprächstermin an die Klinikdirektion gestellt. Dieser wurde nach mehrfachen Versuchen und wochenlanger Wartezeit gewährt und ein Treffen des Autors mit der Direktion fand statt. In einem ausführlichem Gespräch wurde der Fragebogen erläutert und der Zweck der Studie dargestellt. Ebenso wurde ein geforderter Nachweis des Medizinstudiums des Verantwortlichen der Studie erbracht. Nach wochenlanger Bedenkzeit

und angeblicher intensiver Betrachtung des Fragebogens hatte dies aber keinerlei Folgen. Das Besuchsverbots gegen Frau Pontes bestand weiterhin und Eintritt während der offiziellen Besuchszeit wurde ihr vom Krankenhauspersonal nicht gestattet. Dies wurde mit der Vermutung begründet, dass die Studie nur ein Vorwand sei, Mängel des Krankenhauses aufzudecken und zu veröffentlichen. Als Lösung unseres Problems wurde das Besuchsverbot in der Folgezeit dadurch umgangen, dass verschiedenen Familienangehörige und Freunde von Frau Pontes die Frauen im Krankenhaus besuchten und diese um einen Interviewtermin baten. In den darauffolgenden Tagen lehnte erstmals eine Mutter eine Teilnahme an der Studie ab. Von einer befreundeten Angestellten des Krankenhauses wurde uns berichtet, dass den Müttern durch die Krankenhausdirektion mitgeteilt wurde, unter keinen Umständen an einer Studie teilzunehmen, da dies sonst schlechte Folgen für sie haben würde. So fanden in der Folgezeit weniger Befragungen statt, damit sich die Situation in Araruna und vor allem im Krankenhaus etwas beruhigen konnte.

Maternidade de Cacimba de Dentro

Um die Feldstudie unter diesen Umständen weiterhin fortsetzen zu können, wurde beschlossen, das Krankenhaus *Hospital e Maternidade Isabel Moreira de Sousa* der Nachbarstadt Cacimba de Dentro in die Studie mit einzuschließen. Da es nur 18 Kilometer von Araruna entfernt liegt, ist die Situation ähnlich wie in der Gegend von Araruna. Hier ergab sich nach einiger Zeit dieselbe Situation wie in Araruna, was mit großer Wahrscheinlichkeit Folge der Arbeit und Einflusses der Familie Maranhão war. Diese Lokalpolitik erschwerte den Verlauf der Studie erheblich. Einerseits waren keine persönlichen Gespräche im Krankenhaus mehr möglich, um das Einverständnis der Frauen an der Teilnahme der Studie einzuholen. Außerdem waren die Wohnadressen der Wöchnerinnen nicht mehr bekannt. Ein Großteil der Frauen kam aus den umliegenden Dörfern und kehrte direkt nach der Entlassung dorthin zurück.

Unter diesen erschwerten Bedingungen mussten neue Methoden zur Rekrutierung der Frauen angewandt werden. Verschiedene Bekannte und Freundinnen machten abwechselnd Besuche in den beiden Krankenhäusern, sprachen mit den Wöchnerinnen und vereinbarten Termine. Außerdem wirkten viele Freunde der Hilfsprojekte in den umliegenden Dörfern mit. Dabei wurden mündliche Umfragen gemacht, um schwangere Frauen oder Mütter, die wenige Tage zuvor entbunden hatten, zu ermitteln. Diese Frauen wurden dann zu Hause besucht und um

Einverständnis zur Teilnahme an der Studie gebeten. Im Falle einer Zusage wurde ein Termin für den fünften Tag post partum vereinbart.

Zeit und Kostenaufwand

Im Laufe der Studie stellte sich heraus, dass die Dauer der Interviews etwas länger als die geplanten 45 Minuten war. Viele Fragen waren den Wöchnerinnen nicht gleich verständlich und mussten erklärt werden, was die Undurchführbarkeit einer Briefbefragung noch einmal bestätigte. Der erhöhte Zeitaufwand ist auch auf die Gebräuche der brasilianischen Gastfreundschaft zurückzuführen. Diese erfordern es, sich bei der Befragung die Zeit zu nehmen, einen Kaffee zu trinken und auch andere Themen zu besprechen. So dauerten manche Befragungen mit An- und Abreise bis zu drei Stunden. Aus diesem Grund waren manchmal mehrere Interviews an einem Tag in verschiedenen Dörfern nicht durchführbar. Die längere Unterhaltung und der Besuch zu Hause brachten natürlich den Vorteil mit sich, dass die Interviewerin einen besseren persönlichen Eindruck gewinnen konnte. Dies verbesserte die Qualität der Beurteilung der Situation, in der sich die Mutter befand, sicherlich entscheidend.

Ein weiteres Problem ergab sich bei der An- und Abreise der Interviewerin. Da nach bisherigen Erkenntnissen der PPB am späten Nachmittag des fünften Tages post partum am stärksten ausgeprägt ist, sollten die Interviews zu diesem Zeitpunkt stattfinden. Nach Beendigung der Befragung war eine Heimreise aus entfernt gelegenen Dörfern für Frau Pontes nicht möglich. Häufige nächtliche Überfälle auf Motorradfahrer auf abgelegenen Straßen stellten ein zu hohes Sicherheitsrisiko dar. Aus diesem Grund war in diesen Fällen eine männliche Begleitperson notwendig. Diese Aufgabe wurde durch den Ehemann von Frau Pontes übernommen. Aus persönlichen Gründen konnte diese Aufgabe in seiner Abwesenheit auch nicht von einer anderen Person übernommen werden.⁷

Des Weiteren war das Motorrad von Frau Pontes nicht immer verfügbar. So konnten Befragungen aufgrund fehlenden Transportmittels oder der Abwesenheit der Begleitperson des Öfteren nicht wahrgenommen werden. Einige Termine mussten von unserer Seite abgesagt werden, weil an einem Tag mehrere Befragungen in zu weit von einander gelegenen Dörfern nicht möglich waren. Es sei noch einmal erwähnt, dass die Befragung in Abwesenheit

⁷ Anm. d. A.: Eifersucht scheint in der brasilianischen Gesellschaft stärker ausgeprägt zu sein als in Deutschland. Gerade in ländlichen Gegenden gilt für brasilianische Männer oft das Idealbild eines *Macho*. Eine Motorradfahrt mit einer verheirateten Frau eines anderen Mannes ist hier also eine sehr delikate Angelegenheit

der Begleitperson stattfand, um die Offenheit und den Redefluss der Frauen nicht zu beeinträchtigen.

Dies schlug sich nieder in Form von zusätzlichen Kosten für die Begleitperson, erhöhte Benzin- und Motorradkosten, sowie einen enormen Zeit- und Arbeitsaufwand für Frau Pontes.

Problem der offenen Fragen

Von den Frauen wurden fast alle Auswahlfragen beantwortet. Nur in sehr seltenen Fällen wurde die Antwort zu einer Frage verweigert. Als Problem stellten sich die offenen Fragen am Ende des Fragebogens heraus. Hier wurde gefragt, ob es sonst irgendwelche nennenswerte Ereignisse gab oder ob bestimmte traditionelle Zeremonien oder Heilformen anderer Art angewandt wurden. Letztere Frage wurde zunächst oft mit Nein beantwortet. Erst bei genauerem Nachfragen wurde festgestellt, dass bestimmte traditionelle Handlungen angewandt wurden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass bestimmte Tätigkeiten oder Verbote im Wochenbett nach brasilianischem Verständnis als normal angesehen werden. Hierzu zählt beispielsweise der *resguardo*⁸ (vgl. S. 43). So war eine korrekte Beantwortung der offenen Fragen erst durch genaueres Nachfragen möglich.

Yanomami

Das ursprünglich geplante Dissertationsprojekt im November 2004 bestand in einer Befragung von zwei verschiedenen Gruppen in Brasilien. Einerseits sollte die ländliche Bevölkerung des Bundesstaates Paraíba untersucht werden, andererseits Angehörige einer brasilianischen indigenen Ethnie, in der Kinder noch traditionell geboren werden. Es handelte sich um die Yanomami, die sich im Amazonasgebiet im Grenzgebiet zwischen Brasilien und Venezuela befinden (Herzog 1993). Die Feldstudie sollte einen Vergleich der beiden Stichproben ermöglichen. Geplant war, anhand der Ergebnisse einen Bezug zu bereits vorliegenden internationalen Arbeiten sowie Arbeiten des MPPP herzustellen.

Trotz aufwändiger Vorarbeit in Deutschland und eines mehrmonatigen persönlichen Aufenthaltes des Autors von November 2005 bis März 2006 im Amazonasgebiet im Norden Brasiliens, war eine Befragung der Yanomami aus diversen Gründen nicht möglich. Vor und zur Zeit des persönlichen Aufenthaltes im Norden Brasiliens kam es aufgrund von Gebietsansprüchen zu Auseinandersetzungen der Yanomami mit der brasilianischen Regierung. Das seit langer Zeit von den Indianern bewohnte Gebiet im Osten des

⁸ Hier und in anderen Teilen der Arbeit übersetzt mit "traditionellem Schutzraum / Wochenbettseklusion"

brasilianischen Bundesstaates Roraima verfügt über wertvolle Rohstoffquellen. Neben sehr vielen Edelhölzern wurde dort unter anderem auch Gold gefunden. Der illegale Abbau des Goldes sowie der Edelhölzer führte zu blutigen Auseinandersetzungen zwischen den Yanomami, Holzfällern und Goldschürfern. Seit geraumer Zeit wollte der brasilianische Staat Indianergebiete nicht-indigenen Bürgern zugänglich machen. Dies führte dazu, dass Yanomami zusammen mit internationalen Aktivisten und Hilfsorganisationen Staatsgebäude besetzten. Zur Zeit des Aufenthaltes vor Ort war unter anderem aus diesem Grund die Lage komplizierter als erwartet. Die offizielle Vertretung der indigenen Stämme war gegen jegliche Art von Besucher sehr misstrauisch. Nur mit einer speziellen Aufenthaltserlaubnis war es möglich, ihr Land auf begrenzte Zeit zu betreten. In den fünf Monaten vor Ort gelang es nicht, eine längere Aufenthaltserlaubnis indigener Behörden zu bekommen, was angesichts der Lage verständlich war. Außerdem wurde versucht über die *Fundação Nacional de Saúde* (nationale Gesundheitsbehörde, im Folgenden FUNASA) eine längerfristige Aufenthaltsgenehmigung für ein Indianergebiet zu erhalten. Diese Alternative erwies sich jedoch ebenfalls als nicht durchführbar. Die Transportflugzeuge waren mit medizinischem Personal und Ausrüstung voll beladen, und es wäre nur ein kurzer Aufenthalt von wenigen Tagen als medizinische Hilfskraft möglich gewesen. Dies wäre zwar als persönliche Erfahrung interessant, aber für die Studie völlig ineffizient gewesen. Des Weiteren ist der Zugang zu den Yanomami ausschließlich per Flugzeug möglich, was für eine Betreuung der Studie hohe Kosten zur Folge gehabt hätte, für die keine finanziellen Mittel zur Verfügung standen. Außerdem konnte kein geeigneter Übersetzer für den Fragebogen gefunden werden. Für die Durchführung der Befragung wäre ebenso wie im Bundesstaat Paráiba eine weibliche Hilfs- und Vertrauensperson nötig gewesen, was eine weitere schwierige Hürde darstellte.

In den ersten Monaten vor Ort fanden viele Treffen mit Politikern, Ärzten, Priestern, Missionaren und Verantwortlichen der *Fundação Nacional do Índio* (nationale Behörde für Rechte der Indianer, im Folgenden FUNAI) und FUNASA statt. Ebenso wurden diverse lokale Hilfsorganisationen besucht. Als nach mehreren Monaten trotz intensives Einsatzes und vieler Bemühungen jeglicher Erfolg ausblieb, schien eine Erhebung von Daten dieser Stichprobe nicht möglich. Da es dieser Ethnie im Moment um essentielle Dinge, wie die Gefährdung des Lebensraumes und der eigenen Art ging, schien eine Durchführung der Studie zweitrangig und eine zusätzliche Belastung der Indios aus diesen Gründen wenig sinnvoll. So wurde nach Zusammenfassung der Ergebnisse und einer Darstellung der Ereignisse mit Einverständnis von Prof. Schiefenhövel dieser Teil der Studie in Roraima

abgebrochen. Stattdessen wurde beschlossen, die Stichprobe der ländlichen Bevölkerung im Bundesstaat Paraíba auszubauen. Insgesamt konnten 152 Wöchnerinnen befragt werden.

3.3.4. Auswertung⁹

Der statistische Teil der gesammelten Daten wurde mit Hilfe des SPSS-Programms (Statistical Package for the Social Sciences, Version 14) ausgewertet. Zunächst wurden die Informationen auf Fehler überprüft und eine Bereinigung der Daten durchgeführt. Für die Rechnungen und die statistischen Analysen wurden verschiedene Verfahren angewendet.

Am Ende der Arbeit wurden sämtliche Hypothesen mit Hilfe eines linearen Regressionsmodells untersucht. Hierbei wird der Kennerley-Score als Regressand durch die in den Hypothesen aufgezählten Variablen erklärt. Es wurde dabei unterstellt, dass die Daten das erforderliche metrische Skalenniveau aufweisen und annähernd normalverteilt sind. Dichotome Variablen wurden als sog. Dummy-Variablen in den Ansatz aufgenommen. Diese Vorgehensweise dient insbesondere dazu, die Hypothesen insgesamt testen zu können ohne eine Korrektur des Alpha-Fehlers (z.B. nach Bonferroni) vornehmen zu müssen. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nicht alle Voraussetzungen für die lineare Regression gegeben sind – insbesondere die Annahme der Normalverteilung ist hier kritisch-, die Ergebnisse müssen unter diesem Aspekt betrachtet werden. Trotz des relativ umfangreichen Ansatzes tritt das Problem der Multikollinearität der Regressoren gemäß den relativ moderaten Werten von Toleranz bzw. Varianzinflationsfaktor nicht auf.

Anschließend wurden sämtliche Hypothesen auch einzeln überprüft, insbesondere um die Vergleichbarkeit mit vorherigen Studien des MPPP zu gewährleisten.

Für die Darstellung und die Diskussion wurde die Einteilung in zwei Gruppen durch das bereits erwähnte internationale Instrument von Kennerley und Gath verwendet. Die beiden Gruppen Mütter mit Blues und Mütter ohne Blues wurden auf Normalverteilung durch den Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft. Lag eine Normalverteilung vor, wurden der T-Test für unabhängige Stichproben und ein Korrelationsvergleich nach Pearson durchgeführt. Lag keine Normalverteilung vor, wurde der Mann-Whitney-U-Test (M-W-U-Test) angewandt und die Korrelation nach Spearman verwendet.

Im Falle binomialer Variablen wurden Kreuztabellen erstellt und der Chi-Quadrat Test durchgeführt. Ein signifikanter Zusammenhang von Blues Müttern und bestimmten Antworten und Umständen wurde bei $p < 0,05$ angenommen, ein hochsignifikanter für $p < 0,01$.

⁹ Die Ausführungen dieses Kapitels sind in Anlehnung an Delius (2005: 87f)

Zur Erstellung der Graphen wurden die beiden Programme SPSS (Version 14) und Excel (Version 2000) verwendet. Es sei darauf hingewiesen, dass eine hohe Korrelation eines Faktors mit der Ausprägung des Blues als Indikator für eine eventuelle Verursachung des PPB angesehen wird. Inwieweit tatsächlich ein kausaler Zusammenhang besteht, kann nicht bewiesen werden. Dieses Problem ist jedoch der verwendeten Analysemethode inhärent und deshalb nicht als eine Schwäche der Studie anzusehen.

4. WOCHENBETT IN BRASILIEN

4.1. Facetten der Entwicklung und Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe

Berichten zufolge betraten die ersten Ärzte im 16. Jahrhundert das heutige brasilianische Gebiet. Zusammen mit Fachleuten anderer Art begleiteten sie während der Kolonisierung verschiedene Generalgouverneure (*governadores gerais*), die von Portugal nach Brasilien, damals *Terra da Vera Cruz* genannt, kamen. So war z.B. der im Jahre 1543 angekommene Jorge Valadares unter ihnen, der später von Tomé de Souza nach Salvador geholt worden war. Obwohl Salvador seit 1549 als Sitz der kolonialen Zentralregierung galt, standen für die Bezahlung von Mestre Jorge Valadares nicht genügend Mittel zur Verfügung. Aus diesem Grund kehrte Valadares 1553 nach Portugal zurück. Wie in diesem Beispiel erklärt, hielten sich vereinzelt immer wieder Ärzte im heutigen Brasilien auf, deren Aufgabe darin bestand, höhere Beamte oder wichtige Personen zu begleiten. Unter diesen Umständen blieb eine Entwicklung des Medizinsystems, wie sie zu jener Zeit und in den folgenden Jahrhunderten in Europa stattfand, unmöglich. Aufgrund des Mangels an Ärzten vor und während der brasilianischen Kolonialzeit wurden daher weiterhin die verschiedenen traditionellen Arten und Weisen diverser Heilpraktiken und Geburtsmethoden angewendet (vgl. S. 30). Diese waren unter anderem stark von den Einheimischen und den seit 1538 aus Afrika importierten Sklaven geprägt. Ende des 18. Jahrhunderts erhielten erstmals auf Antrag des Vizekönig Conde de Rezende Einheimische aus dem Vizekönigreich Brasilien die Erlaubnis, sich an der Universität in Coimbra und Lissabon als Ärzte auszubilden. Der Vizekönig erhoffte sich dadurch den Mangel an Ärzten in seinem Königreich verbessern zu können. Als Beginn der medizinischen Lehre in Brasilien könnte man das Jahr 1808 nennen, in dem Joaquim da Rocha Mazarém der Lehrstuhl der Anatomie in Rio de Janeiro gewährt wurde. Zu seinen Pflichten gehörte auch der Unterricht in operativen Eingriffen, einschließlich Geburten.

1911 wurde durch Fernando Magalhães (1878-1944) die erste Einrichtung der Geburtshilfe (*Escola Obstreticia Brasileira*) gegründet, die er als Professor der medizinischen Fakultät der Universität von Rio de Janeiro leitete. Fernando Magalhães machte sich durch sein intelligentes und fortschrittliches Denken ebenso wie durch seinen großen Einsatz in vielen Gebieten der Geburtshilfe einen Namen. Er beschäftigte sich mit dem Kaiserschnitt, Infektionen im Wochenbett, der Geburt und vielen anderen gynäkologischen Problemen.

Dadurch sorgte er für eine gute Weiterentwicklung auf diesem Fachgebiet. Des weiteren war es als guter Redner bekannt, der sich für die humane, wirtschaftliche und andere Themen einsetzte und dadurch viele Menschen seiner Zeit inspirierte.

Zwischen 1808 und 1931 entwickelte sich die medizinische Ausbildung, ebenso wie die brasilianische Gesellschaft, dynamisch und stetig weiter. In den Jahren 1931-1960 gingen neben dem Staat erstmals Privatunternehmen an, sich für den Sektor der medizinischen Ausbildung zu interessieren. Sechs der 19 universitären Medizinfakultäten, die in diesem Zeitraum gegründet wurden, waren Privatunternehmen. Heute gibt es in Brasilien insgesamt 76 medizinische Ausbildungsstätten, wobei mehr als die Hälfte dem privaten Sektor angehören (Veras et al. 1983). Im Gegensatz zu staatlichen Universitäten sind diese kostenpflichtig. Der Preis einer Ausbildung zur Krankenschwester, medizinischen Fachkraft oder zum Arzt beträgt in einem staatlich anerkanntem Institut zwischen 240 und 1500 Euro pro Monat. Die Studienzeit für Humanmedizin in Brasilien beträgt mindestens sechs Jahre. Die anschließende Facharzt Ausbildung der Gynäkologie und Geburtshilfe dauert mindestens drei Jahre.

Im Bundesstaat Paraíba gibt es zwei staatliche Universitäten mit einer medizinischen Fakultät und eine Reihe privater und kirchlicher Institutionen, die eine medizinische Ausbildung anbieten. Die hohen Kosten der Ausbildung, das relativ gesehen sehr hohe Einkommen der medizinischen Fachkräfte, sowie der Mangel an Ausbildungsplätzen und Ärzten im Land Brasilien und vor allem in der ländlichen Gegend hat zur Folge, dass die medizinische Berufe bis heute ein hohes Ansehen genießen. Die soziale Ungleichheit Brasiliens zeigt sich auch in der ungleichen Verteilung des Einkommens und anderer sozial und politisch relevanter Faktoren. Dazu gehört unter anderem auch die ärztliche Versorgung der Bevölkerung, die aus der geographischen Verteilung der Ärzte auf das Land ersichtlich wird. Mehr als die Hälfte der Ärzte befinden sich im südöstlichen Teil des Landes zwischen Rio und São Paulo, während im Norden und Nordosten, und damit dem Gebiet der vorliegenden Studie, ein großer Mangel an Ärzten herrscht (Veras et al. 1983).

Für die Gynäkologie und Geburtshilfe sind folgende Entwicklungen bedeutsam.¹⁰ Im Jahre 1943 bot die staatliche FSESP (*Fundação de Serviços Especiais Publicas*) erstmals Weiterbildungskurse für traditionelle Hebammen an. In den 70er Jahren wurde die durch

¹⁰ Die Ausführungen dieses Abschnittes beruhen in großen Teilen auf Dias 2002.

Hebammen begleitete Hausgeburt von politischer Seite kritisiert. Man suchte nach einer sicheren Möglichkeit, Kinder zur Welt zu bringen. Zu dieser Zeit begann man, in den physiologischen Prozess der Geburt mit modernen Medikamenten einzugreifen. Andererseits entstand in dieser Zeit eine die Geburt betreffende nennenswerte Initiative, die sich für eine Berücksichtigung der regionalen Traditionen einsetzte. So wurde als Folge einer ethnomedizinischen Studie, in der Hebammen die Geburtsweise auf dem Land beschrieben, durch den Universitätsprofessor José Galba de Araújo der staatlichen Universität des Bundesstaates Ceará ein besonderes Geburtskrankenhaus gegründet. Er setzte sich dafür ein, dass in der *Maternidade Assis Chateaubriand* die Geburt in vertikaler Position durchgeführt wurde und die Mütter anschließend gemeinsam mit den Neugeborenen zusammen untergebracht wurden. Außerdem setzte er sich für die Integration weitergebildeter traditioneller Hebammen in das öffentliche Gesundheitssystem ein. Er ist bis heute als großer Verfechter der natürlichen Geburt bekannt. Seit dem 4. Juni 1998 wird der nationale Preis Professor José Galba an Krankenhäuser mit einer humanen Geburtshilfe verliehen (vgl. http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/popup/info/premio_galba.htm, Abruf 12.01.09).

Für eine Verbesserung der Geburt bemühten sich auch Nichtregierungsorganisationen, ebenso wie nationale und internationale Organisationen. In Zusammenarbeit mit diesen verschiedenen Gruppen entwickelte der brasilianische Staat in den folgenden Jahren viele Verbesserungsvorschläge und führte einige neue Gesetze ein. So schuf das Gesundheitsministerium im Jahre 1975 das Programm der Mutter-Kind-Gesundheit (*Programma da Saúde Materna-Infantil*). Während früher eher die Gesundheit des Kindes im Vordergrund stand, wurde nun auch der Gesundheit der Mutter mehr Beachtung gegeben. Entsprechend wurden die Hebammen von den Ärzten unterwiesen. Unter anderem wurde den Geburtshelferinnen nahe gelegt, dass der ideale Platz der Geburt das Krankenhaus sei.

1996 wurde in einer Studie festgestellt, dass die meisten Geburten in den Geburtskrankenhäusern stattfanden (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Anteil der Krankenhausgeburten 1996

Region	Anteil Krankenhausgeburten
Norden	81,8 %
Nordosten	83,4 %
Südosten	95,1 %
Zentralosten	97,1 %
Süden	97,4 %

Quelle: Ministério da Saúde 2001: 19

Trotz der Entwicklung hin zur Klinikgeburt ergab eine Studie des brasilianischen Gesundheitsministeriums, dass die Kindersterblichkeit im Jahr 1998 noch immer bei 31 bis 33 pro 1000 Lebendgeburten lag. Im Nordosten des Landes wurde die Quote sogar auf 74 bis 82 pro 1000 Lebendgeburten geschätzt (Szwarcwald et al. 2002).

So wurde in einem Bericht der *Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia* (Brasilianischer Dachverband gynäkologischer und obstetrischer Verbände, FEBRASGO) im März 2005 berichtet, dass nach Meinung des Präsidenten *Lula da Silva* die hohe Anzahl der Kinder- sowie Müttersterblichkeit nicht dem allgemeinen Standard und Entwicklung Brasiliens entspreche. Es sei beschämend für das Land, dass pro Jahr ca. 2000 Frauen an der Geburt oder ihren Folgen und fast 38000 Kinder vor ihrem 28. Lebensstag stürben. Aus diesem Grund nahm er am 8. März 2004, dem internationalen Tag der Frauen, den Vorschlag des internationalen Paktes für die Verringerung der Mütter- und Neugeborenensterblichkeit an. Ziel des Paktes ist es, die Kindersterblichkeitsrate bis Ende des Jahres 2006 um mindestens 15 % zu reduzieren. Dieser Pakt wurde von mehreren nationalen und internationalen Organisationen, unter anderem der UNICEF (United Nations Children's Fund), ausgearbeitet und unterstützt.

Außerdem garantiert ein im Jahre 2005 neu eingeführtes Gesetz allen Frauen die Betreuung während der Schwangerschaft bis nach der Geburt in einem Krankenhaus, das ein Abkommen mit dem *Sistema Único de Saúde* (einheitliches Gesundheitssystem, SUS) hat. Ein weiteres Gesetz wurde 2006 erlassen, um den hohen Anteil der Geburten mittels Kaiserschnitt wieder zu reduzieren und eine normale Geburt zu empfehlen. Grund für die Erlassung dieses Gesetzes war die Tatsache, dass im Jahr 2000 fast 24% der Mütter durch einen Kaiserschnitt

entbanden (Ministério da Saúde 2001). Neben den erwähnten wurden noch viele andere Gesetze in Brasilien eingeführt, um die Geburt und alles was mit ihr verbunden ist, zu verbessern (www.saude.gov.br).

4.2. Riten und Traditionen

Auch hinsichtlich der Geburtstraditionen und -riten ist Brasilien ein Land der Vielfalt. Dies liegt sicherlich an der Größe des Landes, in dem sich viele ethnische Gruppen über Jahrhunderte hinweg unabhängig voneinander entwickeln konnten und sich daher sprachlich und auch kulturell unterscheiden. In dieser Arbeit gehe ich nur sehr beschränkt auf diesen kulturanthropologischen Aspekt ein und gebe im Folgenden einen kurzen Überblick.

Traditionen des Sertão

Manche dieser überlieferten Traditionen sind auch in schriftlicher Form dokumentiert. Ein ausgezeichnetes Beispiel hierfür ist die Monographie von Dias (2002) „*Mãos que acolhem vidas*“¹¹. Das zentrale Thema sind Geburtstraditionen der Menschen in der Kleinstadt *Lagoa de Dentro*, die ebenso wie *Araruna* im Bundesstaat Paraíba gelegen ist. Aufgrund der geographischen Nähe und den daraus resultierenden sehr ähnlichen klimatischen und sozialen Bedingungen kann davon ausgegangen werden, dass sich das Wissen und die Anwendung der Traditionen der beiden Gegenden ähnlich sind. In beiden Fällen handelt es sich um die spärlich besiedelte und sehr trockene Region im brasilianischen Hinterland (*Sertão*). Der überwiegende Teil der untersuchten Stichprobe lebt von der Landwirtschaft in kleinen Siedlungen, Dörfern und Kleinstädten. Bildung und finanzielle Situation liegen unter dem nationalen Durchschnitt (www.ibge.gov.br).

Folgende Traditionen werden in dem genannten Buch (Dias 2002) aus dieser Region berichtet. Bei Eintritt der Wehen lief der Ehemann oder ein Verwandter los, um eine bekannte Hebamme herbeizuholen. Die Gebärende musste auf den Boden spucken, und die Hebamme sollte eintreffen, bevor die Spucke am Boden getrocknet war. Ab dem Zeitpunkt der Benachrichtigung begann für die Hebamme die Arbeit. Von Anfang an bis lange nach der Geburt wurden Gebete zu Heiligen gesprochen, um Unterstützung für die Gebärende und ihr Kind zu erhalten. Bei ihrer Ankunft im Geburtshaus begann die Hebamme, Vorbereitungen zu treffen. So fing sie an, in der Küche heiße Teegetränke zuzubereiten, die den Geburtsablauf

¹¹ Ü. d. A.: Hände, die Leben in Empfang nehmen.

unterstützen sollten. Erwähnt sei hier ein spezielles Getränk, in das mehrere Pfefferkörner gestampft wurden, damit das Kind während der Geburt wach bleibe. Außerdem rieb die Hebamme die Oberschenkel der Gebärenden mit Alkohol ein, was auch eine den Geburtsvorgang unterstützende Funktion haben sollte. Es fand im Normalfall keine manuelle vaginale Untersuchung statt. Während des gesamten Verlaufes der Geburt waren die Hebamme und eventuell andere weibliche Familienmitglieder anwesend. Die Geburtsposition wurde von der Mutter selbst ausgesucht. Oft wurde von einer vertikalen Geburtsstellung berichtet. Einerseits in kniender Position, andererseits konnte die Mutter sich in aufgespannte Stricke setzen oder sich an diesen festhalten. Sofort nach der Geburt wurde das Neugeborene von der Hebamme mit lauwarmem Wasser gewaschen, da es selbst noch heiß und blutig war. Daher kommt auch die traditionelle Bezeichnung der Hebamme als „Wäscherin des Kindes“ (*lavadeira de menino*). Nach der Geburt des Kindes musste mit Geduld auf die Plazenta gewartet werden, was durch ein spezielles Gebet an die heilige Margarethe unterstützt werden konnte. Ohne die Ausstoßung der Plazenta bestand die Gefahr einer Nachblutung oder sogar des Todes der Mutter. Kam es vor, dass die Plazenta trotz vieler Gebete und Geduld nicht ausgestoßen wurde, so wurde berichtet, dass eine spezielle Tradition angewandt werden musste. Hierbei kniete die Gebärende über einer Schüssel, musste einen Hut aufsetzen, ein altes Hemd ihres Mannes anziehen und stark in die gefalteten Hände oder eine Flasche blasen, um diesen wichtigen Prozess der Ausstoßung der Plazenta herbeizuführen. In manchen Fällen wurde auch ein Gürtel eng um den Bauch geschnallt, wodurch man sich eine Beschleunigung der Austreibung der Plazenta erhoffte. Die ausgeschiedene Plazenta musste sogleich aus dem Zimmer gebracht werden, weil ihr Anblick und ihre Anwesenheit im Zimmer der Mutter Schmerzen bereiten konnte. Die Plazenta spielte auch weiterhin noch eine wichtige Rolle. Im Falle eines weiblichen Nachkommens, wurde sie unter dem Küchenherd vergraben, da dies für das Mädchen in Zukunft einen wichtigen Platz darstellte. Bei männlichem Nachwuchs wurde sie im Freien, z.B. auf dem Felde, vergraben, weil dieser Ort die zukünftige Arbeitsstätte des Bauern war. Das Vergraben der Plazenta diente auch dem Zweck, sie vor dem Auffressen der Ratten zu schützen, was nach allgemeiner Überzeugung Unglück brachte. Außerdem wurde an dieser Vergrabungsstelle ein Baum gepflanzt, der dem Kind im Leben Glück bringen sollte. Wenn die Frau den Wunsch hatte, in naher Zukunft wieder schwanger zu werden, wurde die Plazenta nicht so tief vergraben. Frauen ohne Kinderwunsch ließen die Plazenta tiefer und mit der Innenseite nach unten vergraben.

Neben der Entsorgung der Plazenta war auch die korrekte Versorgung des Nabels des Kindes wichtig. Der Nabel wurde mit einem alkoholdurchtränktem Stück Tuch bedeckt. Sollte sich

der Nabel dennoch entzünden, wurde ein Teil eines Bananenblattes verbrannt und die Asche auf den entzündeten Nabel gestreut.

Die Hebamme blieb von Anfang bis Ende der Geburt und half bei der Reinigung der Geburtsstätte und war anschließend in andere Aktivitäten eingebunden. Beispielsweise wurde oft ein spezielles Gericht aus Hühnerfleisch (*pirão de galinha*) zubereitet, das der Mutter wieder Kraft geben sollte.

Nach der Geburt beginnt¹² die Zeit des *resguardo*, die noch eine sehr gefährliche Zeit für Mutter und Kind darstellt. Erkrankt oder verstirbt Kind oder Mutter in den folgenden 40 Tagen, wird dies als Folge der Geburt oder auf die Nichteinhaltung des traditionellen *resguardo* zurückgeführt. Die dazugehörigen Rituale und Bräuche sind oft und auf viele verschiedene Arten und Weisen von den Hebammen beschrieben. Bezüglich der Hauptmerkmale dieser besonderen Zeit ist jedoch eine starke Tendenz erkennbar. Dazu gehört beispielsweise die Vorschrift, dass die Mutter den ersten Tag post partum liegend verbringen muss. Ihr Körper, nicht aber der Kopf, darf an diesem Tag mit lauwarmem Wasser gewaschen werden. Am Folgetag darf sie sitzen und am dritten Tag bereits dreimal um das Haus gehen. Bestimmte Verbote und Waschregeln für die Wöchnerinnen sind in vielen unterschiedlichen Formen beschrieben. Diese unterscheiden sich einerseits in der Länge der einzuhaltenden Fristen und andererseits in der genauen Spezifizierung der Vorschriften der Körperwaschungen. Die Waschung des Kopfes wird, im Gegensatz zum restlichen Körper, mit mehr Vorsicht gehandhabt. Außerdem darf die Mutter keinerlei Arbeiten verrichten, keine schlechten Nachrichten hören, sich nicht erschrecken, keinen Geschlechtsverkehr mit dem Mann haben oder schwere Mahlzeiten zu sich nehmen. Des Weiteren kann diese notwendige Schutzzeit durch Naturelemente wie Sonne, Wind, Regen sowie die Nichteinhaltung einiger kulturellen Regeln und Verbote gestört werden, was für Mutter und Kind eine Gefahr bedeutet. In diesem Fall kann das Neugeborene erkranken und z.B. an Bauchschmerzen leiden. Die Wöchnerin kann alle möglichen Arten von Krankheiten, wie Schüttelfrost, Fieber, Kopfschmerzen und vieles mehr bekommen. Es wird sogar beschrieben, dass sie den Verstand verlieren kann. Eine Hebamme erzählte, dass die Mutter ganz verschwinden oder schwarz werden kann („*desaparece ou fica preta*“) (Dias 2002: S.88). Im Falle einer Unterbrechung des *resguardo* kann dieser auf komplizierte Art und Weise, durch Medikamente, Gebete oder durch Heiler wieder hergestellt werden. Die Tradition des

¹² Anm. d. Verf.: Hier wird absichtlich Präsens verwendet, da diese Tradition, wie im Teil 4.3 noch genauer erwähnt, bis heute sehr stark erhalten ist und angewandt wird

resguardo hatte eine Dauer von 40 Tagen und ist in fast allen Quellen über traditionelle Geburtsrituale enthalten und als besonders wichtig hervorgehoben. Auf im Rahmen dieses Projektes beobachtete Riten und Zeremonien wird auf S. 41f genauer eingegangen.

5. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

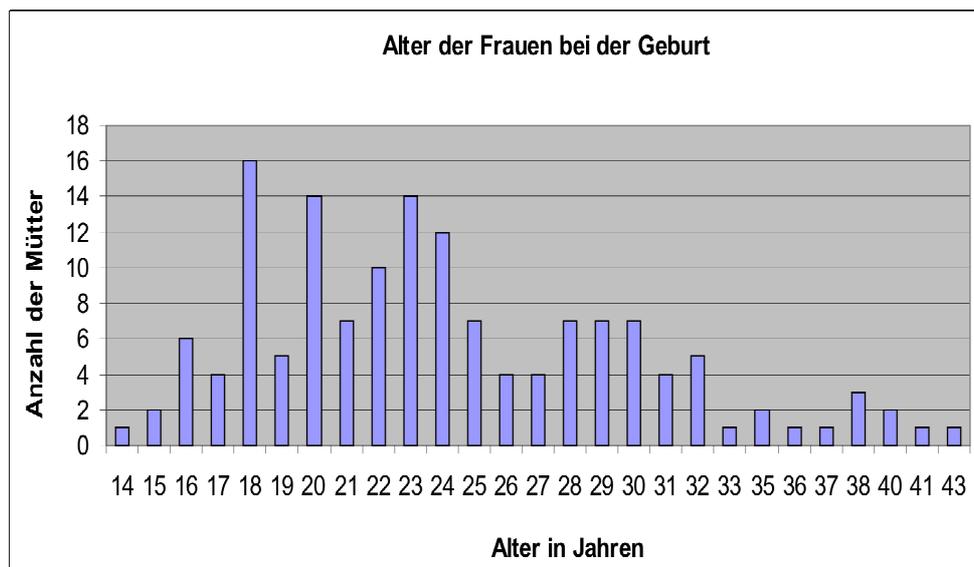
5.1. Darstellung der Ergebnisse

5.1.1. Persönliche Daten

Alter und Partnerschaft

Die Mütter hatten ein Durchschnittsalter von 24,2 Jahren, wobei die jüngste 14 und die Älteste 43 Jahre alt war (vgl. Grafik 1).

Grafik 1: Alter der Frauen bei der Geburt



91,9% (n=136) der Frauen hatten einen festen Partner, mit dem sie zusammen lebten. Davon waren 75,7% (n=112) ledig und nur 24,3% (n=36) verheiratet. Dies dürfte auf die mit einer Hochzeit verbundenen Kosten zurückzuführen sein, da die kirchliche und zivile Eheschließung an die 170 Euro (450 Reais) kostet, was ohne das anschließende Fest bereits mehr als ein guter Monatslohn ist.¹³ Aus diesem Grund leben viele Paare ein Leben lang zusammen und bezeichnen sich als Mann und Frau, während der offizielle Zivilstatus *ledig* bleibt. 5,4% (n=8) der Frauen hatten keinen festen Partner und die verbleibenden 2,7% (n=4) der Frauen lebte getrennt von ihrem festen Partner.

¹³ Persönliche Mitteilung von Pater Nilson Nunes, Stadtpfarrer von Araruna, an den Autor.

Der Großteil der Mütter war mit der momentanen Partnerschaft zufrieden (n=138, 93,2%).

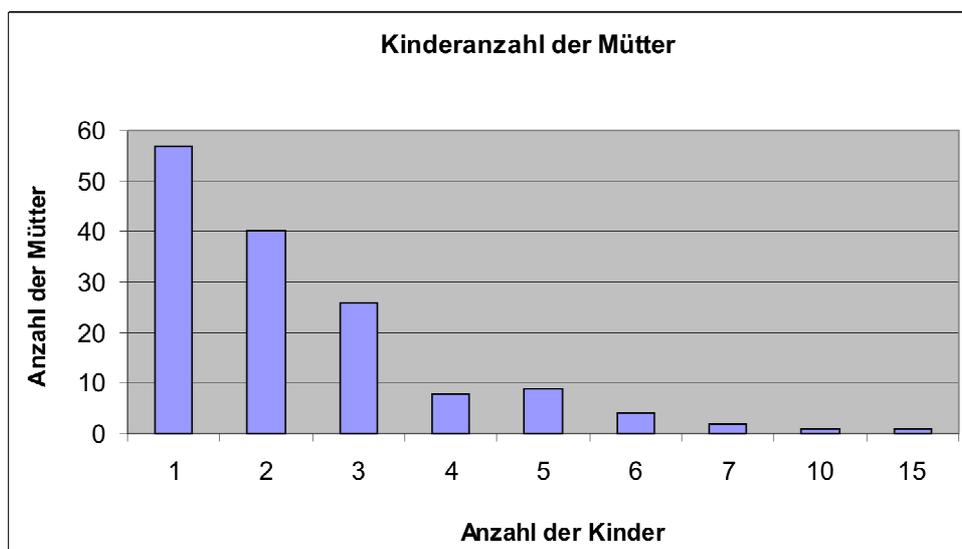
Zehn der Mütter (6,8%) waren unzufrieden. Während drei dieser Frauen die Ursache hierfür nicht angaben, begründeten zwei weitere ihre Unzufriedenheit darin, dass sie von ihrem Partner getrennt wohnten. In einem Fall wohnte der Vater des Kindes mit einer anderen Frau und Familie zusammen, in einem weiteren Fall zeigte der woanders lebende Vater keinerlei Interesse an seinem Kind. Eine weitere Mutter hatte sich von ihrem Partner getrennt, wollte den Grund aber nicht angeben. In den letzten beiden Fällen der mit der Partnerschaft unzufriedenen Mütter, fehlte es in einer Partnerschaft dem Mann an Verantwortung aufgrund von Alkoholismus und ein Mann, zeigte, nach Ansicht der Mutter, keinerlei Verantwortung für die Kinder und das Haus.

In 66% (n=98) der Fälle lebte die Mutter zusammen mit einem weiteren Erwachsenen im Haushalt, in 32% (n=47) der Fälle mit zwei oder mehreren Erwachsenen. Drei Mütter (2%) waren alleinerziehend. 39,2% (n=58) der Frauen leben mit einem, 30,4% (n=45) mit zwei und die verbleibenden 30,4% (n=45) mit drei oder mehr Kindern im Haushalt.

Kinder

Bei 38,5% (n=57) der Mütter handelte es sich bei dem Neugeborenen um das einzige Kind, 27,0% (n=40) hatte zwei Kinder, 17,6% (n=26) drei Kinder und die restlichen 16,9% (n=25) vier oder mehr Kinder. Eine Mutter hatte sogar 15 Kinder. Im Durchschnitt ergaben sich damit 2,4 Kinder pro Mutter (vgl. Grafik 2).

Grafik 2: Kinderanzahl der Mütter



4% (n=6) der Mütter hatten bereits Kinder zur Welt gebracht, die aus nicht erfragten Gründen gestorben sind. Eines starb nach sechs Tagen, eines nach 30 Tagen, drei starben nach 90 Tagen, eines starb nach einem Jahr und eines nach 2,5 Jahren (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Kindersterblichkeit

Nach wie vielen Tagen ist das Kind verstorben?	Häufigkeit	Prozent
6	1	0,7
30	1	0,7
90	3	2,0
365	1	0,7
910	1	0,7
nicht verstorben	141	95,3
Total	148	100,0

Anamnese und Krankengeschichte

74,3% (n=110) der Frauen hatten keine besonderen Krankheiten in der Familie. 20,9% (n=31) der Frauen hatten einen Familienteil mit einer besonderen Krankheit, wobei von Down-Syndrom, Epilepsie bis zu angeblichem Wahnsinn (*louco*) etc. berichtet wurde. Da im Landesinneren des Bundesstaates Paraíba fast jegliche psychiatrische Grundversorgung fehlt, ist eine genaue Identifikation der tatsächlich vorhandenen Probleme nicht möglich. Für die Zwecke dieser Studie ist dies aber auch nicht notwendig. 4,8% der Frauen hatten einen Familienangehörigen, der an Depression litt, was mit großer Wahrscheinlichkeit auch eine Selbstdiagnose war. Bei der Befragung zur persönlichen Krankheitsgeschichte gaben 19,6% (n=29) der Frauen frühere gynäkologische Probleme an. Weitere 4,1% (n=6) erwähnten psychische Probleme und 2,0% (n=3) „andere“ Probleme. Fünf der sechs psychisch vorerkrankten Mütter berichteten von einer durchgestandenen Depression, und eine machte keine Angabe. Die Frauen mit besonderen Problemen berichteten von einer Extrauterin gravidität und einem Gestationsdiabetes. Eine Mutter erwähnte als besonderes Problem das Symptom Erschöpfung (*cansaço*), wobei auf diese Erschöpfung nicht genauer eingegangen wurde.

Ausbildung

Wie bereits im Abschnitt über das traditionelle Wochenbett berichtet, wird die Rolle der Frauen seit langem hauptsächlich über ihre Aufgaben im Hause und bei der Kinderbetreuung definiert. Vielleicht ist dies zusammen mit der Armut in der untersuchten Region der Grund dafür, dass Schulbildung und berufliche Ausbildung auf einem sehr niedrigen Niveau sind und viele Frauen weder richtig lesen noch schreiben können. So waren 58,8% (n=87) mindestens in der ersten Schulklasse, schlossen jedoch nicht die vierte Klasse ab. 16,9% (n=25) der Frauen beendeten die Schulbildung mit dem Abschluss der vierten Klasse (*primario*). 1,4% (n=2) der Frauen schlossen die achte Klasse ab (*primeiro grau*, vergleichbar mit dem qualifizierendem Hauptschulabschluss im deutschen System). 16,2% (n=24) erreichten den *segundo grau*, der in etwa dem Bestehen der 12. Klasse entspricht. Um in Brasilien jedoch in eine Universität aufgenommen zu werden, müssen sich die Schüler einer separaten, landesweit einheitlichen Prüfung, die in etwa dem deutschen Abitur entsprechen sollte, unterziehen. Bemerkenswert ist hierbei, dass zwar von einem Schulabschluss gesprochen wird, jedoch fast keinerlei schwere Schulaufgaben oder andere Art von Notenvergabe für das Fortkommen in die nächste Klasse notwendig sind. Es handelt sich somit nicht unbedingt um eine qualifizierende Ausbildung innerhalb der ersten 12 Jahre, sondern Grossteils eher um eine körperliche Anwesenheit über die Jahre hinweg. 2,0% (n=3) hatten einen Hochschulabschluss. 4,1% (n=6) besuchten eine andere Art von Schule, wonach aber nicht genauer gefragt wurde. Eine Frau (0,7%) war noch nie in der Schule. Somit hatten 59,5% (n=88) und damit weit über die Hälfte keinerlei Schulabschluss und können vermutlich nicht oder schlecht lesen und schreiben (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Schulbildung der Mütter

Grad der Schulbildung	Häufigkeit	Prozent
1.-4. Klasse begonnen	87	58,8
4. Klasse abgeschlossen (<i>primario</i>)	25	16,9
8. Klasse abgeschlossen (<i>primeiro grau</i>)	2	1,4
12. Klasse abgeschlossen (<i>segundo grau</i>)	24	16,2
Hochschulabschluss	3	2,0
Sonstiges (<i>outras escolaridades</i>)	6	4,1
Nie eine Schule besucht	1	0,7
Total	148	100,0

Der größte Teil der Frauen (91,2%, n=135) hatte keinerlei Berufsausbildung, 4,1% (n=6) befanden sich noch in der Berufsausbildung, während 2,7% (n=4) diese bereits abgeschlossen hatten (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Berufsausbildung der Mütter

Berufsausbildung	Häufigkeit	Prozent
noch in Berufsausbildung	6	4,1
abgeschlossene Berufsausbildung	4	2,7
Universität	3	2,0
ohne Abschluss	135	91,2
Total	148	100,0

Berufstätigkeit

Fast 74,3% (n=110) der Frauen war noch nie berufstätig. 14,2% (n=21) Frauen konnten eine ausgeschriebene Stellung für den Staat, wie z.B. Lehrerin oder Sekretärin, bekommen und arbeiteten somit in einem festen angemeldetem Arbeitsverhältnis. Für deutsche Verhältnisse mag das der Normalfall sein. Für Frauen im brasilianischen Nordosten ist es etwas Besonderes, da viele Arbeitgeber die Mitarbeiter nicht offiziell anstellen, um so Renten- und Krankengelder etc. nicht zusätzlich bezahlen zu müssen. Des Weiteren kann man ohne festes Arbeitsverhältnis (*carteira assinada*) zu jedem Augenblick willkürlich entlassen werden.

Zum Zeitpunkt der Befragung arbeitete nur eine der Frauen (0,7%) Vollzeit und sieben weitere (4,7%) Teilzeit. Fünf (3,5%) waren arbeitslos, zwei (1,4%) waren noch in Schulausbildung, vier (2,7%) gaben sonstige Tätigkeiten an. Mit 129 Frauen (87,2%) war die überwiegende Mehrheit der Befragten im Haushalt tätig (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Derzeitige Berufstätigkeit der Mütter

Berufstätigkeit	Häufigkeit	Prozent
Vollzeit berufstätig	1	0,7
Teilzeit berufstätig	7	4,7
arbeitslos	5	3,4
Schülerin / Studentin	2	1,4
Hausfrau	129	87,2
sonstiges	4	2,7
Total	148	100,0

30,4% (n=45) der Frauen hatten einen arbeitslosen Partner, der von einer Woche bis zu fünf Jahren ohne Beschäftigung war. Hierzu ist anzumerken, dass sich viele Kleinbauern nicht als arbeitslos ansehen, da sie wenige Wochen im Jahr das Feld bestellen. Es stellt sich die Frage, ob solche Kleinbauern und Tagelöhner mit kurzfristiger Beschäftigung von nur einigen Wochen pro Jahr nicht doch zu den Arbeitslosen gezählt werden sollten. Damit ergäbe sich eine stark erhöhte Arbeitslosenquote, die die eigentliche finanzielle Situation der untersuchten Bevölkerung besser repräsentieren würde. In den meisten Fällen ist das generierte Einkommen so gering, dass ein Grossteil der Familien, somit auch der befragten Mütter, durch das Projekt *Fome Zero*¹⁴ unterstützt werden. Die im Rahmen dieser Initiative unterstützten Familien erhalten vom Staat zwischen 18 und 35 Euro (je nach Familiengröße) pro Monat, um sich die Grundernährung kaufen zu können. Die ökonomische Situation dieser Familien ist also durchaus vergleichbar mit arbeitslosen Haushalten. Nach deutschem Standard würde man eine derartige Situation wahrscheinlich auch als arbeitslos bezeichnen.

Religion

Fast alle Frauen (95,3%, n=141) waren katholisch. In der brasilianischen Gesamtbevölkerung waren laut einer Studie 73,6% katholisch (Ministério do Planejamento 2000: 53). 3,4% (n=5) der befragten Mütter waren evangelisch und 1,4% (n=2) der Frauen konfessionslos (vgl. Tabelle 8). 42,6% der Gläubigen gab an, bewusst religiös zu sein.

Tabelle 8: Konfession der Mütter

Konfession	Häufigkeit	Prozent
keine	2	1,4
evangelisch	5	3,4
katholisch	141	95,3
Total	148	100,0

¹⁴ Ü.d.A.: Null Hunger. Dabei handelt es sich um ein staatliches Projekt der Regierung Lula aus dem Jahr 2002 zur Unterstützung des an unter Hunger leidenden ärmsten Teils der Bevölkerung. Vgl. www.fomezero.gov.br.

5.1.2. Schwangerschaft

Planung

Die Anzahl der Schwangerschaften der Wöchnerinnen reichte von der ersten bis zur 18. Schwangerschaft bei einem Durchschnitt von 2,65 Schwangerschaften pro Mutter. Die Mutter mit 15 Kindern gab an, bereits drei Totgeburten gehabt zu haben. In 60,8% (n=90) der Fälle war die aktuelle Schwangerschaft nicht geplant und über die Hälfte der Mütter gab an, sich auch kein Kind gewünscht zu haben (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Erwünschtheit der Schwangerschaft

Schwangerschaft erwünscht	Häufigkeit	Prozent
nein	77	52,0
eher nicht	2	1,4
neutral	12	8,1
eher schon	28	18,9
sehr	29	19,6
Total	148	100,0

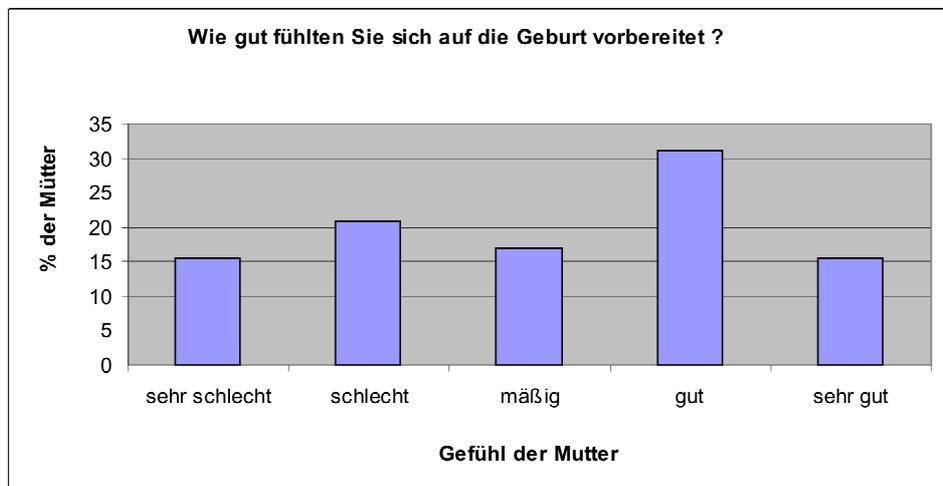
87,8% (n=130) der Frauen gaben an, nicht auf die Schwangerschaft gewartet zu haben. 12,2% (n=18) der Mütter mussten auf ihre Schwangerschaft warten, wobei Zeiträume von einem Monat bis zu vier Jahren angegeben wurden. Erwartungsgemäß war Verhütung und Familienplanung kein großes Thema für den Großteil der untersuchten Frauen. Keine einzige der Befragten hatte sich einer Sterilitätsbehandlung unterzogen. Außerdem erzählten viele der Frauen im Laufe des Gespräches, dass sie kein Geld für Verhütungsmittel gehabt hätten, und deshalb schwanger geworden seien. Aufgrund der beschriebenen schlechten ökonomischen Situation und des geringen Bildungsstandes der Frauen stellen diese Ergebnisse keine Überraschung dar, auch weil sie ohnehin als generelles Problem in Entwicklungsländern bekannt sind.

Vorbereitung

98,6% (n=146) der Befragten gaben an, regelmäßig an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen zu haben. Hierbei ist anzumerken, dass „regelmäßig“ (*regularmente*, vgl. S. 150) nicht definiert ist und somit eine subjektive Empfindung der Frauen darstellt.

Obwohl keine einzige der Frauen an einem Vorbereitungskurs teilgenommen hatte und auch bei keiner der Mütter während der Schwangerschaft eine spezielle Untersuchung durchgeführt wurde, fühlten sich nur 36,5% (n=54) schlecht bis sehr schlecht auf die Schwangerschaft vorbereitet (vgl. Grafik 3).

Grafik 3: Geburtsvorbereitung



Probleme

Bei früheren Schwangerschaften hatten mehrere Mütter bereits Probleme (vgl. Tabelle 10). Fast zwei Drittel (n=98) der Wöchnerinnen litten unter dem prämenstruellem Syndrom. Dieser Anteil entspricht den Erwartungen, die weltweit für Frauen unabhängig vom sozialen Hintergrund angenommen werden (Singh et al. 1998).

83,1% (n=123) ging es während früherer Schwangerschaften seelisch gut.

Tabelle 10: Bisherige Schwangerschaften der Mütter

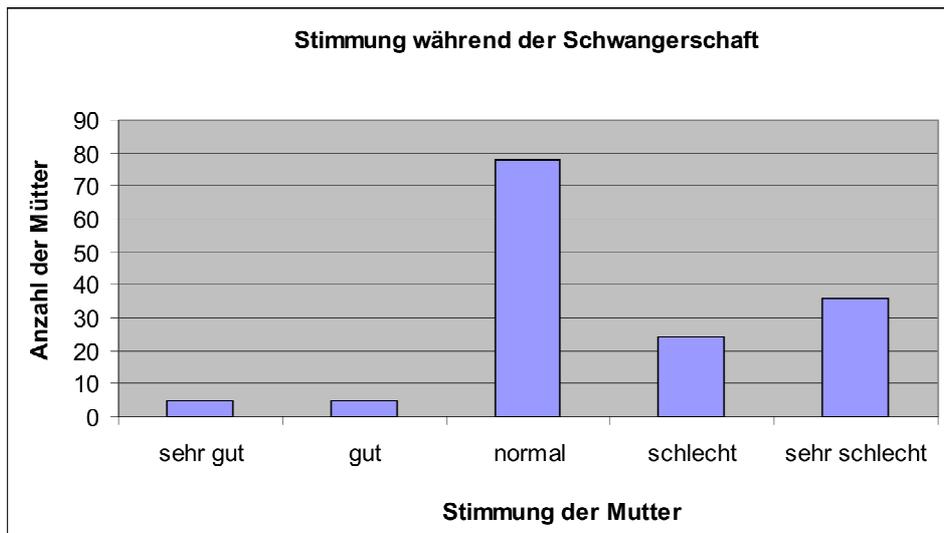
Ereignis	Häufigkeit des Ereignisses unter den befragten Frauen				
	Einmal	Zweimal	Dreimal	Viermal oder mehr	Summe
Schwangerschaft	54	39	23	32	148
Schwangerschaftsunterbrechung	1	0	0	0	1
Fehlgeburt / Abtreibung	17	3	1	0	21
Totgeburt	3	1	1	0	5

Im Verlauf der letzten Schwangerschaft hatten 71,6% (n=106) keine Probleme. Die verbleibenden 28,4% (n=42) der Frauen beschrieben Probleme körperlicher oder psychischer Art. Die körperlichen Beschwerden bestanden in leichten bis sehr starken Schmerzen mit verschiedenen Ursachen. Außerdem trat bei 56,8% (n=84), also mehr als der Hälfte der Frauen, im Laufe der Schwangerschaft vermehrtes Erbrechen auf.

Die Stimmung der Mütter während der Schwangerschaft war eher schlecht. Nur 6,8% (n=10) der Frauen hatten eine positive Stimmung während der Schwangerschaft, 52,7% (n=78) hatten eine normale Stimmung und 40,5% (n=60) waren schlecht bis sehr schlecht gelaunt (vgl. Grafik 4).

12,8% (n=18) der Mütter konnten die Ursache ihrer Stimmung nicht erklären, und die restlichen Mütter berichtete von körperlichen und psychischen Problemen. Eine Frau berichtete sogar von Todesangst.

Grafik 4: Stimmung der Mutter während der Schwangerschaft



Da sich trotz der beschriebenen zahlreich aufgetretenen Probleme nur bei 8,8% (n=13) der Frauen die Partnerschaft im Laufe der Schwangerschaft negativ verändert hatte (vgl. Tabelle 11), scheint dies nicht der ausschlaggebende Grund für die schlechte Stimmung gewesen zu sein.

Tabelle 11: Veränderung der Partnerschaft im Laufe der Schwangerschaft

Bewertung der Veränderung	Häufigkeit	Prozent
sehr positiv	39	26,4
positiv	32	21,6
gleich	64	43,2
negativ	11	7,4
sehr negativ	2	1,4
Total	148	100,0

5.1.3. Geburt

Verlauf

Die Geburt fand zwischen der 34. und 42. Schwangerschaftswoche statt. 77,7% (n=115) der Schwangeren brachten ihre Kinder vaginal in einem Gebärbett zur Welt, dessen Rückenteil aufgerichtet werden kann. 16,2% (n=24) wurden durch ihren ersten, 6,1% (n=9) der Frauen

bereits durch einen wiederholten Kaiserschnitt entbunden. 1,4% (n=2) der Geburten waren Hausgeburten, auf die im Folgenden noch näher eingegangen wird. 98% (n=145) der Frauen gaben an, dass ihre Wünsche im Verlauf der Geburt ausreichend berücksichtigt wurden. 27% (n=40) der Gebärenden empfanden die Dauer der Geburt als lang oder sehr lang (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Empfinden der Geburtsdauer

Empfinden	Häufigkeit	Prozent
sehr lang	25	16,9
lang	15	10,1
normal	15	10,1
kurz	74	50,0
sehr kurz	19	12,8
Total	148	100,0

Anästhesie und Schmerz

Bei mehr als der Hälfte der Frauen (51,4%, n=76) wurde eine Pudendusblockade gesetzt, während 26,4% (n=39) der Frauen angaben, keinerlei Mittel zur Schmerzbekämpfung bekommen zu haben. Bei allen Frauen, die durch einen Kaiserschnitt entbunden, wurden eine Periduralanästhesie (PDA) durchgeführt (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Schmerzbekämpfung

Art der Schmerzbekämpfung	Häufigkeit	Prozent
keine	39	26,4
PDA	33	22,3
Pudendusblock	76	51,4
Total	148	100,0

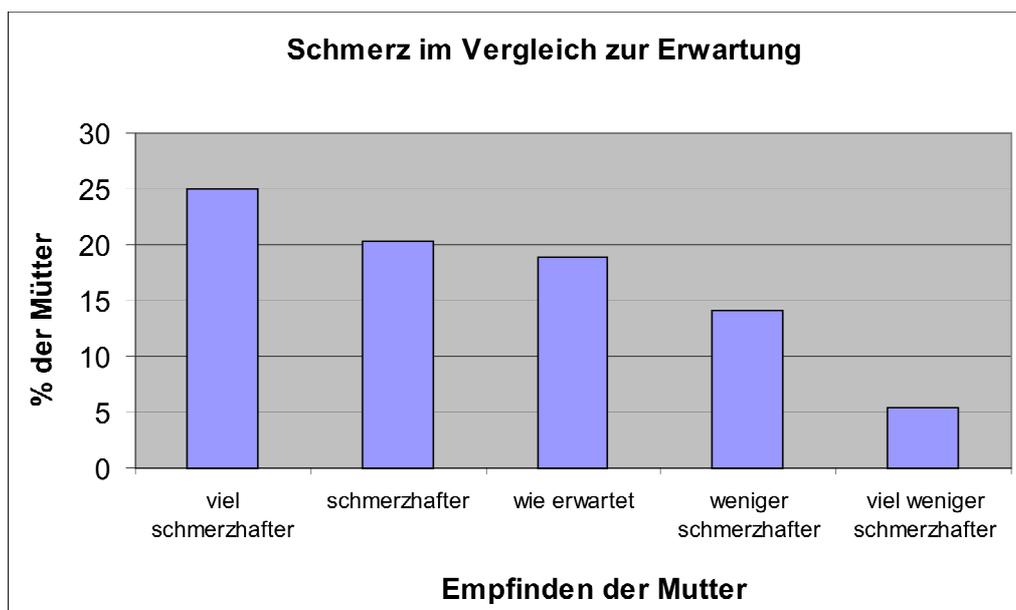
Obwohl die Durchführung des Dammschnittes heutzutage eher kritisch gesehen wird (Lam et al. 2006) wurde dieser bei 41,2% (n=61) vorgenommen. Bei 47,3% (n=70) wurde kein Schnitt vorgenommen, bei 10,8% (n=16) kam es zu einem Dammriss (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Dammverletzung während der Geburt

Dammverletzung	Häufigkeit	Prozent
nein	70	47,3
Schnitt	61	41,2
Riss	16	10,8
keine Angabe	1	0,7
Total	148	100,0

Die Mehrheit der Frauen empfand die Geburt schmerzhafter als erwartet (vgl. Grafik 5).

Grafik 5: Schmerzhaftigkeit der Geburt im Vergleich zur Erwartung



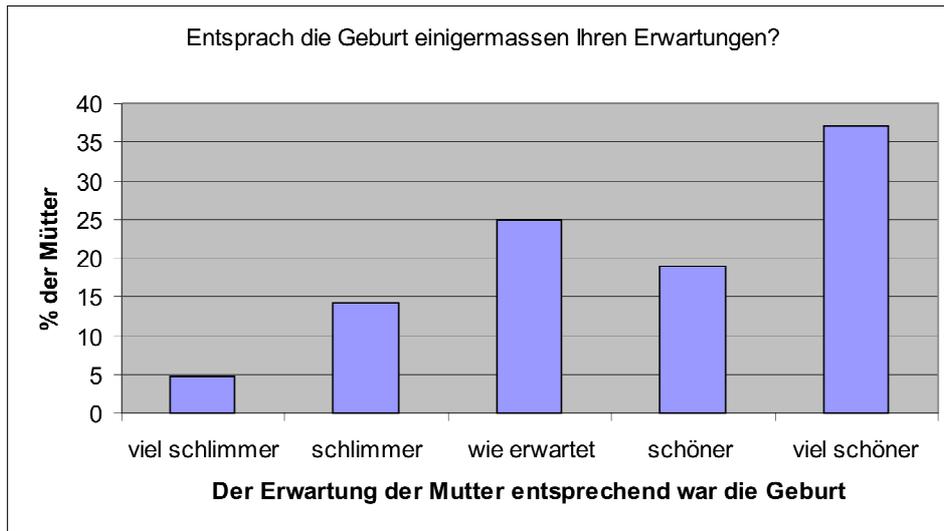
Geburtsbegleitung

In 96,0% (n=142) der Fälle war eine Hebamme oder Krankenschwester anwesend, in 66,2% (n=98) der Fälle ein Arzt. Obwohl 37,8% (n=56) sich eine Geburtsbegleitung von einem Angehörigen gewünscht hätten, wurde die Präsenz einer Begleitperson nur in 2% (n=3) der Fälle von der verantwortlichen Person des Krankenhauses gewährt. In zwei dieser Fälle war die Mutter der Gebärenden anwesend, im dritten Fall der Ehemann.

In 6,1% (n=9) Fällen wurde die Anwesenheit eines Arztes und in 6,8% (n=10) der Fälle die Anwesenheit der Krankenschwester als störend empfunden. Obwohl nur 57,4% (n=85) der Mütter das Team vor der Entbindung kannte, vertrauten alle außer einer der Mütter dem Arzt

und 94,6% (n=140) der Hebamme. 91,2% (n=135) der Frauen fühlten sich ernst genommen und in einem Großteil der Fälle war die Empfindung der Geburt schöner als erwartet. Nur 18,9% (n=28) der Frauen hatten eine schlimmere oder sehr viel schlimmere Geburt als erwartet (vgl. Grafik 6).

Grafik 6: Entsprach die Geburt einigermaßen Ihren Erwartungen?



5.1.4. Kind

Daten

Bei den 148 untersuchten Geburten erblickten 50,7% (n=75) Mädchen und 49,3% (n=73) Jungen die Welt. Das Geburtsgewicht lag zwischen 2200 und 4850 Gramm bei einem Durchschnittsgewicht von 3392 Gramm.

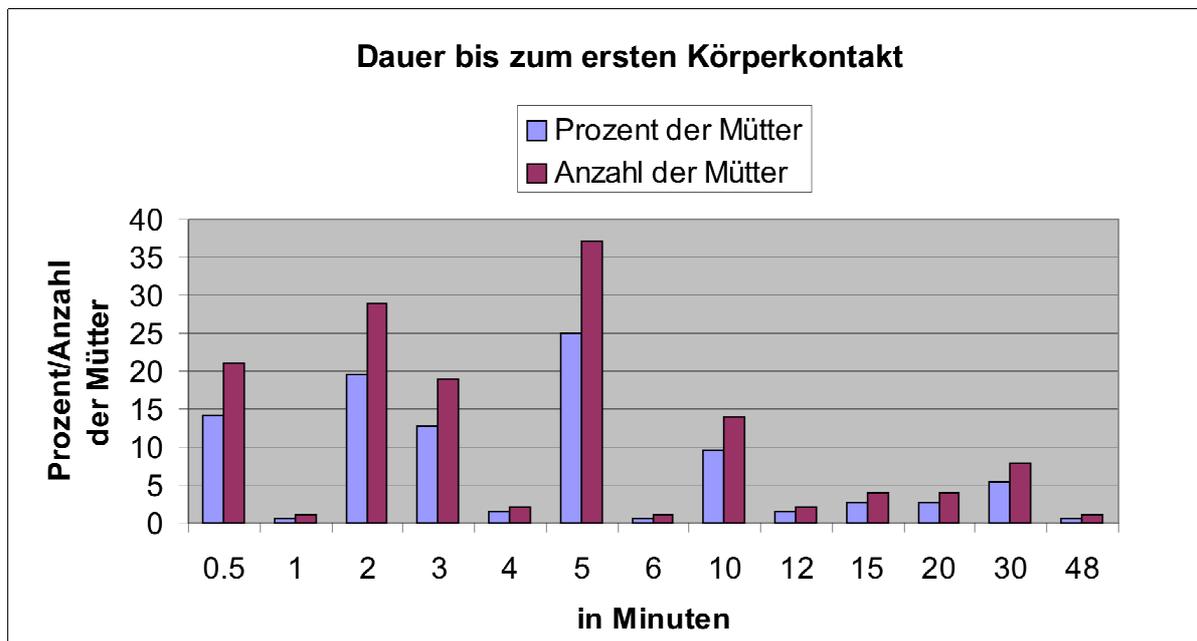
91,9% (n=136) der Mütter wussten bereits während der Schwangerschaft aufgrund eines Ultraschalls das Geschlecht ihres Nachwuchses. Dieses sehr hohe Mass der medizinischen Betreuung in der Schwangerschaft ist auf das öffentliche Gesundheitssystem zurückzuführen, dass den Frauen, auch auf dem Lande, eine Schwangerschaftsüberwachung garantiert. 14,2% (n=21) der Mütter und 13,5% (n=20) der Väter waren laut Aussage der Mutter bezüglich des Geschlechtes enttäuscht.

Alle außer einer Mutter (99,3%, n=147) fühlten sich sicher im Umgang mit dem Kind. Von der sich unsicher fühlenden Mutter wurde hierfür keine Begründung angegeben.

Körperkontakt

73,7% (n=109) der Mütter hatten innerhalb der ersten fünf Minuten Körperkontakt mit ihrem Kind. 7,4% (n=11) der Mütter mussten 30 oder mehr Minuten auf diesen glücklichen Augenblick warten. In zwei dieser Fälle traten unvorhergesehene Probleme auf, und die Mütter mussten bis zu fünf Stunden auf diesen Moment warten (vgl. Grafik 7). Zur besseren Übersicht wurden diese beiden Fälle nicht in Grafik 7 berücksichtigt.

Grafik 7: Mutter-Kind Körperkontakt



Keine der Frauen hätte sich den ersten Körperkontakt weniger intensiv gewünscht und 70,3% (n=104) der Mütter hätten ihn gerne noch intensiver bis sehr viel intensiver gehabt. 29,7% (n=44) der Mütter empfanden die Intensität des Körperkontaktes als passend. Vier Kinder (2,7%) mussten nach der Geburt behandelt werden und eines (0,7%) musste sogar auf die Kinderstation. Im Wochenbett waren alle Kinder im Zimmer der Mutter untergebracht, 26,4% (n=39) davon sogar im selben Bett. Im Durchschnitt hatten die Mütter 7,8 Stunden pro Tag Körperkontakt mit ihrem Kind. Hier besteht eine kleine Ungenauigkeit im Fragebogen (vgl. S. 133). Es wurde nicht spezifiziert, ob Körperkontakt auch durch die Kleidung gegeben ist oder nur bei direkter Hautberührung. Mit Ausnahme von zwei Müttern (1,4%) waren alle mit der Dauer des Körperkontaktes zufrieden oder wünschten sich sogar mehr (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Wunsch bezüglich der Dauer des Körperkontaktes

Erwünschter Körperkontakt	Häufigkeit	Prozent
viel mehr	11	7,4%
mehr	19	12,8%
zufrieden	116	78,4%
weniger	2	1,4%
viel weniger	0	0%
Total	148	100%

5.1.5. Soziales Umfeld

Herkunft und Kontakt

62,2% der Mütter und 60,1% der Väter sind im Dorf aufgewachsen (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Herkunft der Eltern

Herkunft	Elternteil	
	Mutter	Vater
Dorf	62,2% (n=92)	60,1% (n=89)
Kleinstadt	37,2% (n=55)	39,2% (n=58)
Grosstadt	0,7% (n=1)	0,7% (n=1)
Total	100% (n=148)	100% (n=148)

In 95,3% (n=141) der Fälle wohnen die Eltern und in 93,9% (n=139) die Schwiegereltern weniger als 100 Kilometer entfernt. 24,3% (n=36) der Mütter haben mit den eigenen Eltern selten Kontakt, wofür die schlechten Straßenverhältnisse und das Fehlen der finanziellen Mittel mit einen Grund darstellen dürften (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Kontakt zu Eltern und Schwiegereltern

Intensität des Kontaktes	Eltern*	Schwiegereltern*
täglich	55,1	52,9
wöchentlich	20,4	24,6
selten	24,5	22,5
Total	100,0	100,0

*Angaben in % der gültigen Antworten

Trotz des teilweise seltenen Kontaktes erwartet der Großteil der Wöchnerinnen familiäre Unterstützung (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Unterstützung von Eltern und Schwiegereltern

Unterstützung erwartet	von Eltern	von Schwiegereltern
Ja	91,2% (n=134)	84,8% (n=117)
Nein	8,8% (n=13)	15,2% (n=21)
Total	100% (n=147)	100% (n=138)

Tätigkeiten

31,8% (n=47) der Frauen übte während der Schwangerschaft ihren Beruf aus um Geld zu verdienen, während 68,2% (n=101) der Frauen angaben, nicht arbeitstätig zu sein.

93,2% (n=138) der Frauen berichtet, während der Schwangerschaft Hausarbeiten erledigt zu haben, wobei 52,7% (n=78) aller Mütter dabei Kinder oder Verwandte betreute. Daraus könnte man schließen, dass Hausarbeiten oder das Hüten von Kindern anscheinend nicht als Arbeit im eigentlichen Sinne angesehen wird.

Unterstützung durch persönliches Umfeld

Nur 6,1% (n=9) der Mütter fühlten sich während der Schwangerschaft nicht ausreichend von ihrem persönlichem Umfeld unterstützt. 87,2% (n=129) der Mütter gaben an, durch das persönliche Umfeld viel oder sehr viel unterstützt worden zu sein. (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19: Unterstützung vom persönlichen Umfeld

Bewertung der Unterstützung	Häufigkeit	Prozent
keine	3	2,0
wenig	6	4,1
normal	10	6,8
viel	37	25,0
sehr viel	92	62,2
Total	148	100,0

Wirtschaftliche Lage

Im Durchschnitt lebten in jedem Haushalt 2,72 Erwachsene und 2,20 Kinder. 13,5% (n=20) der Mütter bezeichneten ihre Wohnsituation als schlecht bis sehr schlecht. 18,9% (n=28) der Frauen machten sich viele und 48,6% (n=72) sehr viele Sorgen um ihre wirtschaftliche Situation (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20: Sorgen bezüglich der wirtschaftlichen Situation

Intensität der Sorgen	Häufigkeit	Prozent
sehr viele	72	48,6
viele	28	18,9
normal	13	8,8
wenig	9	6,1
gar keine	26	17,6
Total	148	100,0

5.1.6. Wochenbett

Persönliche Lage

Im Normalfall verbrachten die Mütter zwischen 24 und 48 Stunden post partum im Krankenhaus, wobei sich dort die meisten Mütter zufrieden zeigten (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Zufriedenheit im Krankenhaus

Zufriedenheit	Klinik	Zimmer	Nachbarinnen
sehr zufrieden	30,4% (n=45)	25,0% (n=37)	30,2% (n=38)
zufrieden	58,8% (n=87)	54,7% (n=81)	61,1% (n=77)
normal	6,8% (n=10)	11,5% (n=17)	7,1% (n=9)
leicht unzufrieden	2,0% (n=3)	2,7% (n=4)	0,8% (n=1)
sehr unzufrieden	2,0% (n=3)	6,1% (n=9)	0,8% (n=1)
Total	100% (n=148)	100% (n=148)	100% (n=126)

Obwohl fast alle Frauen zu Hause Hilfe erwarteten, versetzte der Gedanke an zu Hause 47,3% (n=70) in Sorge und 16,2% (n=24) in große Sorge (vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22: Gefühl der Mutter beim Gedanken an zu Hause

Gefühl	Häufigkeit	Prozent
sehr besorgt	24	16,2
besorgt	70	47,3
normal	19	12,8
zuversichtlich	6	4,1
sehr zuversichtlich	29	19,6
Total	148	100,0

62,8% (n=93) der Frauen hatten Befürchtungen, dass sie überfordert sein könnten und 58,8% (n=87) der Frauen, hatten Angst vor Einsamkeit.

Arbeit

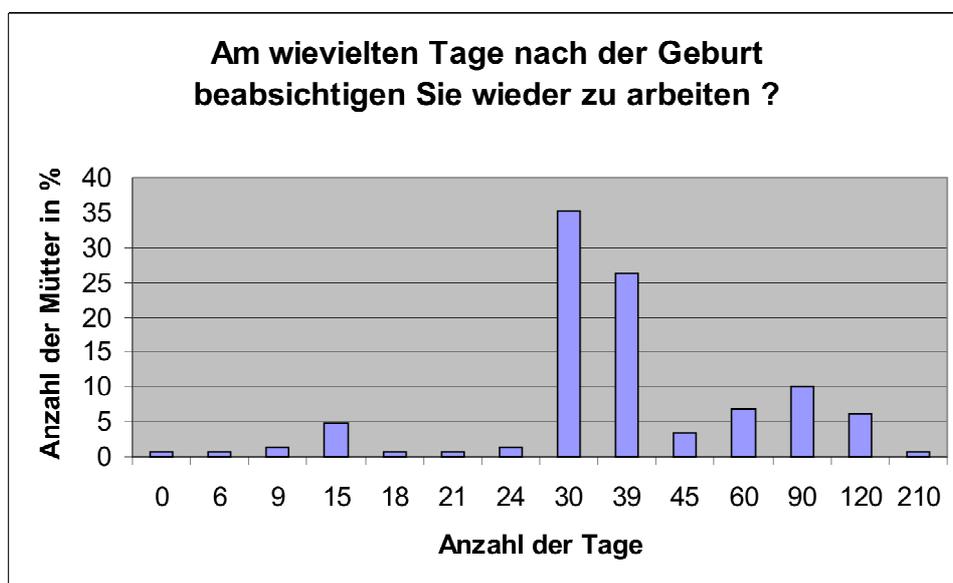
71,7% der Frauen hatten den starken Wunsch, wieder zu arbeiten (vgl. Tabelle 23). Ob die Wöchnerinnen darunter Arbeit im Haushalt oder im Beruf verstehen, ist aufgrund der Fragestellung nicht erkenntlich.

Tabelle 23: Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit

Interesse an Wiederaufnahme	Häufigkeit	Prozent
sehr gerne	104	70,3
gerne	2	1,4
neutral	1	0,7
eher nicht	0	0
überhaupt nicht	41	27,7
Total	148	100,0

Als voraussichtlichen Termin für die Wiederaufnahme ihrer Arbeit gaben die Mütter einen Zeitraum von bis zu sieben Monate an. Hierbei war auffällig, dass nur 10,8% (n=16) der Frauen innerhalb der ersten dreißig Tage nach der Geburt vorhatten eine Arbeit aufzunehmen. 64,9% (n=96) der Frauen planten, dies im Zeitraum zwischen dem 30. und 45. Tag post partum zu tun (vgl. Grafik 8). Dies deutet auf die Einhaltung des oben bereits beschriebenen *resguardo* während des Wochenbettes hin.

Grafik 8: Voraussichtlicher Beginn der Arbeit



Besuch

Die Anzahl der Besucher pro Tag im Wochenbett variierte von null bis zwanzig Personen, wobei die Dauer des Besuches zwischen null und sechs Stunden lag. Der Durchschnitt betrug 5,0 Besucher pro Tag mit einer Gesamtaufenthaltsdauer von 2,0 Stunden. Die Wöchnerinnen wurden von vielen verschiedenen Menschen besucht (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24: Besucher

Besuch von	Anteil der Wöchnerinnen
Partner	75,7%
Familie	82,4%
Freunden	64,9%
anderen Personen	73,6%

Trotzdem gaben viele der Mütter (68,9%, n=102) eine Reihe von Personen an, deren Besuch sie vergeblich erwartet hatten, angefangen vom Taufpaten über Freundinnen bis hin zu bestimmten Familienangehörigen.

Das subjektive Empfinden der Mütter über die Menge und Dauer des Besuches war individuell sehr unterschiedlich (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Subjektives Empfinden des Besuches

Empfindung	Menge in %*	Dauer in %*
zu viel	7,5	2,7
viel	15,6	11,6
neutral	40,8	35,3
wenig	17,7	32,0
zu wenig	18,4	18,4
Total	100,0	100,0

Angaben in % der gültigen Antworten

Stillen

99,3% (n=147) der Frauen stillten ihr Kind. 14,2% (n=21) der Wöchnerinnen beschrieben beim Stillen verschiedene Arten und Intensitäten körperlicher Beschwerden, wie

beispielsweise verletzte oder entzündete Brustwarzen oder Schwindel. Weitere Probleme wurden in drei Fällen (2%) beschrieben. Bei diesen fanden zwei der Neugeborenen die Brustwarze nicht, das dritte verweigerte die linke Brustwarze.

Von der Gesamtzahl der beim Stillen mit Problemen behafteten Frauen, empfanden dies 19 Frauen (90,5%) als nicht belastend, eine Frau (4,8%) als mäßig belastend und eine Mutter (4,8%) als leicht belastend. Diese Tatsache lässt sich dadurch erklären, dass den Müttern trotz der Probleme das Stillen gelang. Nur zwei Mütter (1,4%) hätten das Kind gerne gestillt und konnte diesem Verlangen aus nicht erfragtem Grund nicht nachkommen, wobei nur eine der beiden Mütter dadurch enttäuscht war.

5.1.7. Psychische Befindlichkeit

Im Rahmen der Befragung wurden verschiedene international anerkannte Instrumente angewandt, um die psychische Befindlichkeit der Mütter zu erforschen. Hierfür wurden 62 Fragen gestellt, von denen sich einige wiederholten, weil sie Teil verschiedener Instrumente sind. Die Beschreibung und Gewichtung der einzelnen Fragen und ihre Punkteverteilung ist im Methodikteil (S. 24ff) beschrieben.

Im Folgenden werden die einzelnen Instrumente und die erreichten Werte der befragten Wöchnerinnen dargestellt. Die erreichte Punktzahl gibt Aufschluss über die psychische Befindlichkeit der Wöchnerin. Je höher die Punktezahl ist, desto schlechter ist ihre momentane psychische Befindlichkeit (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Punktezahlin den einzelnen Instrumenten

Summe des Kennerley-Fragebogens 0-27 Punkte möglich		Summe des Stein-Fragebogens 0-28 Punkte möglich		Summe des EPDS-Fragebogens 0-30 Punkte möglich	
Punktzahl	Häufigkeit in %	Punktzahl	Häufigkeit in %	Punktzahl	Häufigkeit in %
2	0,7	0	23,6	2	15,5
3	11,5	1	23,6	3	6,8
4	12,2	2	12,8	4	11,5
5	16,2	3	7,4	5	5,4
6	8,1	4	10,1	6	15,5
7	10,8	5	1,4	7	2,7
8	6,8	6	4,1	8	2,0
9	6,1	7	4,1	9	2,0
10	5,4	8	2,0	10	2,0
11	4,1	9	0,7	11	0,7
12	4,7	10	2,7	12	0,7
13	2,7	11	2,7	13	1,4
14	0,7	12	0,7		
15	2	14	1,4		
16	2,7	16	0,7		
17	1,4	17	0,7		
18	1,4	18	1,4		
19	1,4				
20	1,4				
Total	100	Total	100,0	Total	100,0

Persönlicher Eindruck der Interviewerin

Aufgrund der Komplexität des menschlichen Wesens und seiner Gefühlswelt ist eine objektive Einschätzung des tatsächlichen Gefühlszustandes einer Person trotz Angabe aller erfragten Gefühle und Empfindungen schwer. Aus diesem Grund wurde am Ende auch der persönliche Eindruck der Interviewerin festgehalten. Die Hoffnung war, dass sie im Laufe des Gespräches mit all ihren Sinnen mehr Informationen aufgenommen hatte, als die begrenzten Antwortmöglichkeiten und die Notwendigkeit der Dokumentation im Rahmen des Fragebogens auf dem Papier es zulassen. Dieser subjektive Eindruck wurde am Ende der Befragung mit positiv, negativ oder nicht beurteilbar dokumentiert (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27: Eindruck der Interviewerin

Eindruck	Häufigkeit	Prozent
Positiv (eher glücklich)	112	75,7
Negativ (eher traurig)	33	22,3
Kein Eindruck	3	2,0
Total	148	100,0

5.1.8. Riten und Zeremonien

Bei der Durchführung der Feldstudie wurde während der ersten Befragungen festgestellt, dass die Frauen traditionelle Verhaltensweisen erwähnten. Aus diesem Grund wurde beschlossen, diese Traditionen genauer zu erfragen. Daher wurde am Ende jedes Interviews in einem offenen Gespräch noch auf die traditionellen Verhaltensweisen eingegangen. Wenn die Wöchnerin eine rituelle Handlung oder eine andere Besonderheit berichtete, wurde diese schriftlich festgehalten und genauer beschrieben. Die beobachteten Ergebnisse dieses Teiles sind im Folgenden zusammengefasst (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28: Angewandte Zeremonien

Name der Zeremonie	Anwendung unter den befragten Müttern
Traditioneller <i>resguardo</i> , Einhaltung der Verbote	99,3% (n=147)
Anwendung weiterer Zeremonien außer dem <i>resguardo</i>	46,6% (n=69)
Spezielles Waschverhalten	24,3% (n=36)
Mittel zur Verbesserung der Narbenheilung	15,5% (n=23)
Spezielle Speisen oder Getränke	14,2% (n=22)
Benutzung neuer Seifen (<i>sabão virgem</i>)	7,4% (n=11)
Socken zum Schutz vor Wind	1,4% (n=2)
Andere Zeremonien	3,4% (n=5)

99,3% (n=147) hielten sich an den bereits beschriebenen *resguardo*. Hierbei wurden Zeiträume von einer Woche bis sieben Monate nach der Geburt angegeben. Besonders auffällig war die bereits erwähnte Tatsache, dass 88,5% (n=131) der Frauen beabsichtigten, mindestens die ersten 30 Tage des *resguardo* einzuhalten und während dieser Zeit keinerlei Arbeiten oder sonstige Tätigkeiten zu verrichten. Dies zeigt, wie weit verbreitet und konsequent diese Tradition bis heute noch eingehalten wird. Der *resguardo* wurde von ihnen nicht als altmodische Tradition eingestuft, sondern als normales Verhalten im Wochenbett.

Bei der genaueren Frage nach anderen Zeremonien am Ende des Interviews, gaben 46,6% (n=69) der Frauen an, dies getan zu haben oder noch zu beabsichtigen.

Ein besonderes Waschverhalten wurde von 24,3% (n=36) eingehalten. Dieses wurde von den Frauen sehr detailliert und unterschiedlich beschrieben. Die Dauer des Waschverbots des Körpers war ebenso unterschiedlich, wie die Erlaubnis der Kopf- und Haarwaschung. Neben der Temperatur des Wassers spielte die Einhaltung eines bestimmten Zeitplans hier eine wichtige Rolle.

15,5% (n=23) der Frauen wandten eine bestimmte Zeremonie zur Verbesserung der Narbenheilung an. 14,2% (n=22) der Frauen nahmen eine spezielle Speise oder ein Getränk zu sich. 7,4% (n=11) der Mütter berichteten, nur neue, nicht benutzte Seifen (*sabão virgem*, wörtlich: jungfräuliche Seife) zu verwenden, und 1,4% (n=2) zogen Socken an, um ihre Füße vor Wind zu schützen. Hierbei ist anzumerken, dass es in der Region das ganze Jahr über heiß ist und normalerweise Frauen keine Socken tragen, da der Großteil der weiblichen Bevölkerung Sandalen trägt.

Selten angewandte Zeremonien

3,4% (n=5) der Frauen wandten seltene Zeremonien an, die keiner der bereits erwähnten ähnlich waren und im Folgendem kurz beschrieben werden.

In zwei Fällen wurde der *resguardo* ungewollt unterbrochen. Eine Mutter wurde durch einen Albtraum sehr stark erschreckt. Die Folge davon war, dass sie keinerlei Lärm mehr hören konnte, viel weinte, schrie, sehr starke Kopfschmerzen und sogar Fieber hatte. Die zweite Mutter bekam eine schlechte Nachricht und beklagte daraufhin Kopfschmerzen, starkes Fieber und große Kälte. Beide Mütter stellten den *resguardo* durch Anwendung einer speziellen Tradition wieder her. Eine trank hierfür einen Tee, der mit den Holzspänen des Dachbalkens ihres Hauses angesetzt war. Ihrem Kind gab sie ein Glas Wasser zu trinken, in dem vorher der Ehering mit einem Schlüssel geschüttelt wurde. Der Schlüssel wurde nicht

näher beschrieben, aber vermutlich handelte es sich um den Hausschlüssel. Die zweite Mutter trank Wasser, das ebenfalls mit dem Ehering und einem Schlüssel geschüttelt wurde und außerdem noch drei sehr scharfe rote Peperoni enthielt.

Eine Wöchnerin wusch ihre Wunde mit einem bestimmten Gemisch aus Tee und Essig, um die Narbenheilung zu verbessern. Außerdem legte sie lauwarme Kompressen auf ihre harten und geschwollenen Brüste.

In den übrigen beiden Fällen hatten die Wöchnerinnen Probleme mit der Muttermilch. Eine Mutter setzte ihre Brüste der Sonne aus und belegte sie mit lauwarmen Kompressen, um mehr Milch zu produzieren (*soltar leite*)¹⁵. Aus demselben Grund legte die andere Mutter ebenfalls warme Kompressen auf ihre Brüste und kämmte sie. Ob das Kämmen durch einen Haarkamm geschah, wurde nicht näher beschrieben.

Bemerkenswert ist bei näherer Betrachtung, dass sich die beschriebenen Zeremonien vor allem auf die Zeit vor oder nach der Geburt beziehen. Dies ist vielleicht dadurch zu erklären, dass während der Geburt des Kindes die Mütter dem medizinischen System im Krankenhaus ausgeliefert sind. Die Geburten werden, dem westlichen Standard entsprechend, im Liegen vollzogen. Das Krankenhauspersonal schenkt, soweit zu erfahren war, den traditionellen Verhaltensweisen wenig bis keinerlei Beachtung.

5.1.9. Besondere Geburten

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden zwei Hausgeburten und zwei Zwillingsgeburten untersucht. Da die Anzahl dieser interessanten Sonderfälle zu klein ist, um wissenschaftlich relevante Schlüsse aus ihren Ergebnissen ziehen zu können, sollen sie im Folgenden lediglich kurz dargestellt werden.

Hausgeburten

Die erste Hausgeburt war als solche nicht geplant, sondern eher die Folge fehlender Transportmöglichkeit ins nächste Krankenhaus. In der 40. Schwangerschaftswoche setzten die Wehen der 22-jährigen Mutter ein, und aufgrund fehlender Transportmittel wurde das Mädchen mit 3450 g zu Hause geboren. Anwesend war dabei nur die Mutter der Gebärenden.

¹⁵ Die wörtliche Übersetzung wäre „Milch herauslassen“, was in diesem Zusammenhang als Milchproduzieren zu verstehen ist, damit das Kind besser gestillt werden kann.

Die Gebärende gab im Nachhinein an, dass ihr während der Geburt auch niemand fehlte. Später am selben Tag wurde die 22-Jährige mit ihrem Kind ins Krankenhaus gebracht, wo noch einmal eine Nachuntersuchung stattfand. Mit dem Krankenhaus und der Belegschaft war sie zufrieden. Es gab keinerlei Dammriss oder andere Verletzungen, die speziell versorgt hätten werden müssen. Auf Nachfrage gab die junge Mutter an, die Schmerzen während der Geburt als solche nicht als besonders schlimm empfunden zu haben. Die Frau hatte mit ihrem festen Partner bereits fünf Kinder. Eine Besonderheit dieses Falles war, dass ein Kind am 15. Tag nach der Geburt verstorben war. Außerdem war auffällig, dass die Mutter erst nach drei Stunden den ersten Kontakt mit ihrem Kind hatte, und trotz dieser großen Zeitspanne sich keinen intensiveren ersten Kontakt gewünscht hatte. Bei den untersuchten Krankenhausgeburten wünschten sich 70,3% (n=104) einen intensiveren ersten Körperkontakt, obwohl 73,6% (n=109) nur eine Zeitspanne von fünf Minuten bis zum ersten Körperkontakt hatten. Im Laufe eines Experteninterviews mit einer älteren Krankenschwester namens Maria Magdalena de Medeiros Pontes ist dies darauf zurückzuführen, dass bei Hausgeburten sich die Hebamme sofort nach der Geburt um das Kind kümmert, es wickelt und versorgt. Die Mütter bekommen ihr Kind angeblich erst zu sehen, wenn dieses zum ersten Mal länger weint und gestillt werden soll. Was bei dieser Hausgeburt anscheinend erst nach drei Stunden der Fall war. Auffällig war auch die extreme Armut dieser Familie. Die Mutter hatte noch nie eine Schule besucht, keinerlei Ausbildung genossen und außer als Hausfrau noch nie irgendwo gearbeitet. Ihr Mann ist Zeitarbeiter, was auch Zeichen großer Armut ist, da diese meist kein eigenes Land besitzen, das sie bestellen können. Im Laufe der Befragung berichtete die Frau auch, dass ihr Mann und sie noch nie Verhütungsmittel benutzten, da sie Angst hätten, davon krank zu werden. Sie sagte, dass sie einen *resguardo* von etwa 30 Tagen einhalten würde, berichtete aber von keiner anderen Zeremonie. Am vierten Tag nach der Geburt war es für die Interviewerin nicht möglich, sich im Laufe des Gespräches einen persönlichen Eindruck über das Befinden der Mutter zu machen, was nur in drei (2%) weiteren Befragungen der Fall war. Bei Auswertung ihrer Angaben erreicht sie im Rahmen des Kennerley-Fragebogens acht Punkte. Damit würde definitionsgemäß gerade noch in die PPB-Gruppe fallen.

Die zweite Hausgeburt war die einer 24-jährigen verheirateten Mutter, die in der 38. Woche ihre Wehen bekam. Während ihr Mann das Haus verließ, um ein Transportmittel zu finden, fand die schnelle Geburt des 3300g schweren Mädchens in Anwesenheit einiger Nachbarinnen und einer Freundin statt. Die Gebärende erzählte, dass sie sich die Anwesenheit

ihrer Mutter gewünscht hätte. Auffällig war, dass auch hier der erste Körperkontakt erst nach 90 Minuten stattfand, was die Mutter nicht störte. Obwohl es bereits ihre dritte Geburt war, fand ein Dammriss statt, der im Krankenhaus unter einer lokalen Betäubung versorgt wurde. Auch in diesem Fall war der Bildungsstand niedrig, da die vierte Klasse nicht abgeschlossen und keinerlei Ausbildung vorhanden war. Die Mutter hatte bisher ausschließlich als Hausfrau gearbeitet. Auffällig war auch das Ausmaß des traditionellen Waschverhaltens, das die Mutter vorhatte anzuwenden. So war geplant, dass sie sich vom ersten bis zum elften Tag nach der Geburt vom Hals abwärts kalt, am zwölften Tag den Kopf lauwarm, vom zwölften bis zum 24. Tag den ganzen Körper lauwarm wäscht und dann wieder eine spezielle Kopfwaschung durchführt. Auch diese Mutter plante, ihre Arbeit nach einer Pause von 30 Tagen wieder aufzunehmen. Mit einem Wert von fünf Punkten im Kennerley-Fragebogen wäre sie nicht in die PPB-Gruppe eingestuft worden. Die persönliche Beobachtung der Interviewerin war jedoch, dass die Mutter einen traurigen Eindruck machte.

Zwillingsgeburten

In der 39. Schwangerschaftswoche brachte die 27-jährige ledige Mutter Zwillinge zur Welt. Die beiden normalgewichtigen Mädchen wurden im Laufe einer normalen vaginalen Geburt geboren, welche durch einen Dammschnitt unterstützt wurde. Da die Kinder in einen Inkubator mussten, hatte die Mutter erstmals nach drei Stunden Körperkontakt mit ihren Neugeborenen. Dieser erste Kontakt hätte ihrer Ansicht nach viel intensiver sein sollen. Nach der Geburt ihrer bereits ein und sechs Jahren alten Kinder fühlte sie sich nicht gut. Auch nach dieser Zwillingsgeburt war das Befinden der Mutter nicht besonders gut, weil sie sich unter anderem große Sorgen um ihre finanzielle Situation machte. Des Weiteren war sie schon während der Schwangerschaft schlechter Laune, weil ihr Mann und sie kein eigenes zu Hause hatten, sondern bei den Schwiegereltern wohnten. Die Mutter empfand es als Belastung, während der Schwangerschaft und auch jetzt mit ihrem Mann und den Kindern keinerlei Privatsphäre zu besitzen. Trotz dieser Umstände und vieler Besuche im Wochenbett (zehn Personen mit durchschnittlicher Gesamtaufenthaltsdauer von ca. fünf Stunden pro Tag), hätte sich die Mutter mehr Besuch gewünscht. Das Stillen bereitete ihr aufgrund entzündeter Brustwarzen große Schmerzen. Auch in diesem Fall hatte die Mutter eine geringe Schulausbildung lediglich bis zur vierten Klasse, keinerlei Ausbildung und ausschließlich als Hausfrau und Mutter gearbeitet. Außer dem *resguardo* wurden keinerlei Traditionen angesprochen.

Besonders interessant war diese Stichprobe nicht nur aufgrund der Zwillingsgeburt, sondern auch aufgrund des Gefühlszustandes der Mutter. Die Kennerley-Summe war mit 22 von 27 Punkten auffällig hoch, da bei den 148 Einzelgeburten die Höchstsumme nur 20 von 27 Punkten betrug. Somit hätte diese Mutter, aus welchem Grund auch immer (Zwillingsgeburt, finanzielle Sorgen oder der Unzufriedenheit mit der Wohnsituation), den Höchstwert innerhalb der vorliegenden Studie erreicht. Dies gilt auch für den EPDS, wo die Wöchnerin mit 22 von 30 Punkten den höchsten Wert erreicht. Die Höchstsumme der 148 untersuchten Einzelgeburten betrug nur 13 von 30 Punkten. Diesbezüglich hätte diese Frau eventuell auch ein höheres Risiko, eine postpartale Depression zu bekommen. Ebenso hatte sie mit 15 von 30 Punkten im Steinfragebogen eines der höchsten Ergebnisse und lag damit höher als 97% der restlichen Stichproben. Der Durchschnittswert lag bei 3,2 Punkten und den Höchstwert hatte eine Mutter mit 18 Punkten. Ob dieses außergewöhnliche Ergebnis der Mutter der Zwillinge Zufall oder auf die Zwillingsgeburt zurückzuführen ist, kann leider aufgrund der mit nur einer weiteren Zwillingsgeburten sehr kleinen Vergleichsbasis nicht untersucht werden.

In der zweiten untersuchten Zwillingsgeburt brachte eine 20-jährige ledige Mutter durch einen Kaiserschnitt zwei normalgewichtige Jungen zur Welt. Außer der Tatsache, dass diese Mutter Zwillinge zur Welt brachte, gab es keinerlei Besonderheiten oder andere erwähnenswerte Ereignisse. Im Vergleich mit den untersuchten Einzelgeburten lagen bei dieser Mutter in jeglicher Hinsicht ähnliche Verhältnisse vor. Trotzdem hatte die Mutter 12 von 27 Punkten nach dem Kennerley-Fragebogen, womit sie weit über dem Durchschnitt von 7,7 Punkten der Einzelgeburten liegt. Somit wäre auch sie nach diesem Instrument als PPB-Fall einzustufen gewesen.

5.2. Diskussion der Ergebnisse

In diesem Teil wird ausschließlich mit den Daten gearbeitet, die am Nachmittag des fünften Tages post partum erfragt wurden. Grund hierfür ist die Tatsache, dass in Brasilien ein vermehrtes Auftreten des PPB innerhalb der ersten Tage, hauptsächlich am fünften Tag, festgestellt wurde (Rohde, Busnello et al. 1997). Interviews des dritten oder vierten Tages post partum werden nicht in die Stichprobe eingeschlossen, weil der PPB noch an den Tagen danach hätte auftreten können, ohne erfasst zu werden. Ebenso wird in der Diskussion ein Interview des sechsten Tages verworfen, um eine einheitliche Gruppe zu bilden. Die zwei Hausgeburten und die zwei Zwillingsgeburten, die im vorangehenden Kapitel beschrieben

sind, werden in diesem Teil ebenfalls nicht berücksichtigt. Sie stellen zwar interessante Sonderfälle dar, sind jedoch als Stichprobe zu klein, um relevante Schlüsse zu ermöglichen. Damit ergibt sich eine Grundgesamtheit von 128 Wöchnerinnen, die zur Auswertung der Ergebnisse verwendet werden.

5.2.1. Einteilung des PPB durch standardisierte Instrumente

Um eine internationale Vergleichbarkeit dieser Studie zu gewährleisten, werden die in der PPB-Forschung üblichen Instrumente und deren Schwellenwerte angewendet. Die Einteilung der Befragten in „Mütter mit Blues“ und „Mütter ohne Blues“ wird dabei mit Hilfe dieser in Kapitel 3.3. beschriebenen Instrumente vorgenommen.

Skala zur Messung des PPB (Stein 1981)

Bei Einteilung durch den Fragebogen nach Stein werden bei einem Cut-Off Wert von 8 Punkten 14,1% (n=18) der Wöchnerinnen dieser Studie als Mütter mit Blues eingestuft, da sie einen Wert von 8 oder mehr Punkten hatten (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 29: PPB nach Stein

PPB nach Stein	Häufigkeit	Prozent
Mütter ohne Blues	110	85,9
Mütter mit Blues	18	14,1
Gesamt	128	100,0

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox/ Holden/ Sagovsky 1987)

Der Schwellenwert dieser Studie für die EPDS beträgt 9,5 Punkte (vgl. S. 28). In der vorliegenden Stichprobe lagen 3,9% (n=5) der Wöchnerinnen über diesem Wert. Für Mütter mit einem Wert oberhalb des Grenzwertes besteht in den folgenden Wochen ein erhöhtes Risiko einer postpartalen Depression (Yamashita et al. 2000). In dieser japanischen Studie konnten durch die Anwendung der EPDS innerhalb des ersten Monats und einem Cut-Off Wert von 8,5 alle Mütter mit postpartaler Depression identifiziert werden. Aus diesem Grund wird die EPDS als nützliches Screening-Instrument für früh einsetzende postpartale Depression empfohlen. Würde man den Cut-Off Wert der EPDS auf acht oder neun Punkte herabsetzen, dann hätten 7,8% (n=10) bzw. 5,5% (n=7) der Mütter in der untersuchten Stichprobe ein erhöhtes Risiko oder eventuell eine bereits früheinsetzende postpartale Depression (vgl. Tabelle 30).

Tabelle 30: Mütter mit erhöhtem Risiko einer postpartalen Depression

EPDS Score	Häufigkeit	Prozent
EPDS \geq 8 Punkte	10/128	7,8
EPDS \geq 9 Punkte	7/128	5,5
EPDS* \geq 9,5 Punkte	5/128	3,9

* Cut-Off Wert der MPPP

Kennerley und Gath (1989a)

Der Schwellenwert dieses Instruments liegt bei sieben Punkten (vgl. S. 26). Probandinnen mit einem Wert von sieben oder mehr Punkten werden damit als PPB-Mütter eingestuft. Nach diesem Kriterium hat fast die Hälfte der untersuchten Wöchnerinnen (48,4%, n=62) den PPB. Wird ein Cut-Off Wert von sechs Punkten angesetzt, so leiden 57,8% (n=74) der Wöchnerinnen an PPB. Bei einem Cut-Off Wert von fünf Punkten gilt dies für 74,2% (n=95) der brasilianischen Wöchnerinnen. Nach dem in der letzten veröffentlichten Dissertation des MPPP (Delius 2005) angewandtem Cut-Off Wertes von acht Punkten hatten 39,8% (n=51) der kurdischen und türkischen Wöchnerinnen in München einen PPB. Somit schwankt der Anteil der Wöchnerinnen mit PPB abhängig von der Festlegung des Grenzwertes zwischen 39,8% bis 74,2% (vgl. Tab 31). Wie auch im Falle des EPDS ist für Studien im Rahmen des MPPP der Grenzwert einheitlich festgelegt, in diesem Falle bei sieben oder mehr Punkten (vgl. S. 25f).

Tabelle 31: Mütter mit PPB (1.-5.Tag) nach Kennerley und Gath I

Kennerley und Gath Cut-Off Score	Häufigkeit	Prozent
\geq 5 Punkte	95/128	74,2
\geq 6 Punkte	74/128	57,8
\geq 7 Punkte *	62/128	48,4
\geq 8 Punkte	51/128	39,8

* Cut-Off Wert der MPPP

Schließt man alle untersuchten Wöchnerinnen (n=148) unabhängig vom Tag des Interviews in die Statistik mit ein, so erhält man geringfügig unterschiedliche Häufigkeitswerte des PPB

(vgl. Tabelle 32). 40,5% (n=60) bis 75,7% (n=112) der Wöchnerinnen litten, je nach angewandten Grenzwert, innerhalb der ersten 5 Tage an einem PPB.

Tabelle 32: Mütter mit PPB (1.-5.Tag) nach Kennerley und Gath II

Kennerley und Gath Cut-Off Score	Häufigkeit	Prozent
≥ 5 Punkte	112/148	75,7
≥ 6 Punkte	88/148	59,5
≥ 7 Punkte*	76/148	51,4
≥ 8 Punkte	60/148	40,5

* Cut-Off Wert der MPPP

Korrelation zwischen dem Tag des Interviews und dem Auftreten des PPB

Um wissenschaftlich interessante Schlüsse ziehen und den genauen Tag des Auftretens des PPB feststellen zu können, müsste man die Methodik der Befragung ändern. Hierfür könnte man eine tägliche Befragung innerhalb der ersten fünf Tage durchführen. Alternativ könnte bei einer Befragung am fünften Tag, wie es bei dieser Studie praktiziert wurde, festgehalten werden, an welchem Tag die psychische Befindlichkeit der Wöchnerin am schlechtesten war. Da im Rahmen dieser Feldstudie fast alle Befragungen am fünften Tag post partum durchgeführt wurden und der Tag der schlechtesten Befindlichkeit nicht erfragt wurde, kann aufgrund der geringen Stichprobe der anderen Tage (vgl. Tabelle 33) keine Korrelation zwischen dem Tag des Interviews und dem Auftreten des PPB ermittelt werden.

Tabelle 33: Korrelation Tag des Interviews und PPB

Tag des Interviews*	Kennerleyscore		Anteil mit PPB
	Punkte < 7	Punkte ≥ 7	
3	1	2	2/3 (66,7 %)
4	5	11	11/16 (68,8 %)
5	66	62	62/128 (48,4 %)
6	0	1	1/1 (100,0 %)
Total	72	76	76/148 (51,4 %)

* gezählt ab Geburt. „3“ entspricht also dem dritten Tag post partum

Im Folgenden ist eine Gesamtübersicht abgebildet, in der die einzelnen Punktwerte der Wöchnerinnen bei den in dieser Studie verwendeten Instrumenten sowie eine Einteilung in

Mütter mit PPB (*) und Mütter ohne PPB dargestellt sind (vgl. Tabelle 34). Wie bereits erwähnt, wird die Prüfung der Hypothesen durch die Ergebnisse der am fünften Tag interviewten Wöchnerinnen (n=128) durchgeführt.

Tabelle 34: Übersicht der erreichten Punkte in den einzelnen Instrumenten¹⁶

Stein-Fragebogen			EPDS-Fragebogen			Kennerley-Fragebogen		
Punkte	Häufigkeit (in %)		Punkte	Häufigkeit (in %)		Punkte	Häufigkeit (in %)	
	relativ	kumuliert		relativ	kumuliert		relativ	kumuliert
0	22,7	22,7	0	28,1	28,1	2	0,8	0,8
1	24,2	46,9	1	14,8	42,9	3	11,7	12,5
2	12,5	59,4	2	17,2	60,1	4	13,3	25,8
3	8,6	68,0	3	6,3	66,4	5	16,4	42,2
4	10,2	78,2	4	12,5	78,9	6	9,4	51,6
5	1,6	79,8	5	4,7	83,6	7 *	8,6	60,2
6	3,1	82,9	6	6,3	89,9	8 *	7,0	67,2
7	3,1	86,0	7	2,3	92,2	9 *	6,3	73,5
8 *	2,3	88,3	8	2,3	94,5	10 *	3,9	77,4
9 *	0,8	89,1	9	1,6	96,1	11 *	4,7	82,1
10 *	3,1	92,2	10 *	1,6	97,7	12 *	3,9	86,0
11 *	2,3	94,5	11 *	0,8	98,5	13 *	2,3	88,3
12 *	0,8	95,3	12 *	0,8	99,3	14 *	0,8	89,1
14 *	1,6	96,9	13 *	0,8	100,1	15 *	1,6	90,7
16 *	0,8	97,7				16 *	3,1	93,8
17 *	0,8	98,5				17 *	1,6	95,4
18 *	1,6	100,1				18 *	1,6	97,0
						19 *	1,6	98,6
						20 *	1,6	100,2
Total**	100,1	100,1		100,1	100,1		100,2	100,2

* Die mit * gekennzeichneten Punktwerte bedeuten, dass bei Anwendung dieses Instruments ein PPB festgestellt wurde. Die grau hinterlegten Felder stellen daher den Anteil der Frauen mit PPB dar.

** Aufgrund von Rundungen ergeben sich für die kumulierten Häufigkeiten geringe Abweichungen bei den Gesamtwerten.

Die Einteilung der Mütter in Gruppen mit und ohne PPB fällt bei den drei verwendeten Instrumenten sehr unterschiedlich aus. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in den ersten beiden Fällen (Stein, EPDS) die psychische Befindlichkeit am fünften Nachmittag post partum festgestellt wurde, im dritten Fall (Kennerley) jedoch der schlechteste der ersten fünf Tage post partum erfragt wurde. Dadurch erklärt sich die erhöhte Inzidenz des PPB im Rahmen der Feststellung durch das Messinstrument nach Kennerley.

¹⁶ Die mit * gekennzeichneten Punktwerte bedeuten, dass bei Anwendung dieses Instruments ein PPB festgestellt wurde. Die grau hinterlegten Felder stellen daher den Anteil der Frauen mit PPB dar.

Ausserdem empfehlen manche Studien, die EPDS als Screeninginstrument für PPD zu verwenden. Die PPD ist nicht Untersuchungsgegenstand dieser Studie. Die Daten wurden aber trotzdem für das MPPP gesammelt, um sie in evtl. Folgestudien verwenden zu können. Das Ergebnis von 3,9% nach EPDS weist somit lediglich auf eine höhere Wahrscheinlichkeit dieser Mütter hin, noch in der Folgezeit eine PPD zu entwickeln.¹⁷

Im Gegensatz zu den ersten beiden Instrumenten wurde im Fragebogen nach Kennerley und Gath nur die Stimmung des fünften Tages erfasst, nicht die Summe der ersten fünf Tage. Im Fragebogen von Kennerley und Gath wurden die Mütter nach ihrem Gemütszustand zum schlechtesten Zeitpunkt seit der Geburt gefragt, unabhängig davon, an welchem der ersten fünf Tage dieser aufgetreten war. Dadurch ergibt sich der höchste Anteil von Müttern mit PPB bei dieser Einteilung. Denn bei der vorliegenden Anwendung dieses Instrumentes sind alle Mütter erfasst, die in den ersten fünf Tagen an PPB litten. Daher ist hier auch mit einem höheren Anteil an Müttern mit PPB zu rechnen. Mütter, die bei der Befragung nicht unter PPB litten, jedoch zu einem früheren Zeitpunkt davon betroffen waren, werden nämlich durch die beiden anderen Instrumente nicht erfasst.

Somit ist durch dieses Instrument der PPB unabhängig vom Tag des Auftretens erfasst. Bei den festgestellten 48,4 % handelt es sich also um die Summe der Mütter, bei denen an einem der ersten fünf Tage anhand des Fragebogens von Kennerley und Gath ein PPB auftrat.

5.2.2. Abhängigkeit der Entstehung des PPB von verschiedenen Faktoren

Im folgenden Abschnitt wird die Einteilung in Gruppen Mütter ohne Blues und mit Blues durch das Instrument von Kennerley und Gath dargestellt. Grund hierfür ist die Tatsache, dass bei der Erstellung und Ausarbeitung des angewandten Fragebogens der vorliegenden Studie großer Wert auf dieses Instrument gelegt wurde (Delius 2005).

Die als relevant erachteten Faktoren sind folgendermaßen in Gruppen eingeteilt. Zunächst werden bereits vor der Geburt bestehende Faktoren dargestellt. Sie stellen eine Prädisposition für das Auftreten des PPB dar und sind im Grunde schwierig zu beeinflussen. Im Anschluss

¹⁷ Es sei nochmals explizit darauf hingewiesen, dass aufgrund der im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Daten die Diagnose einer PPD nicht möglich ist. Die ersten Symptome der postpartalen Depression treten frühestens zwei Wochen nach der Entbindung auf (Bloch et al 2006, s. S. 14). Die EPDS wurde lediglich aufgrund ihrer Eignung als Screening Instrument für die PPD herangezogen (Teissedre und Chabrol 2004). In den Folgestudien des MPPP wurde auf dieses Instrument bereits verzichtet.

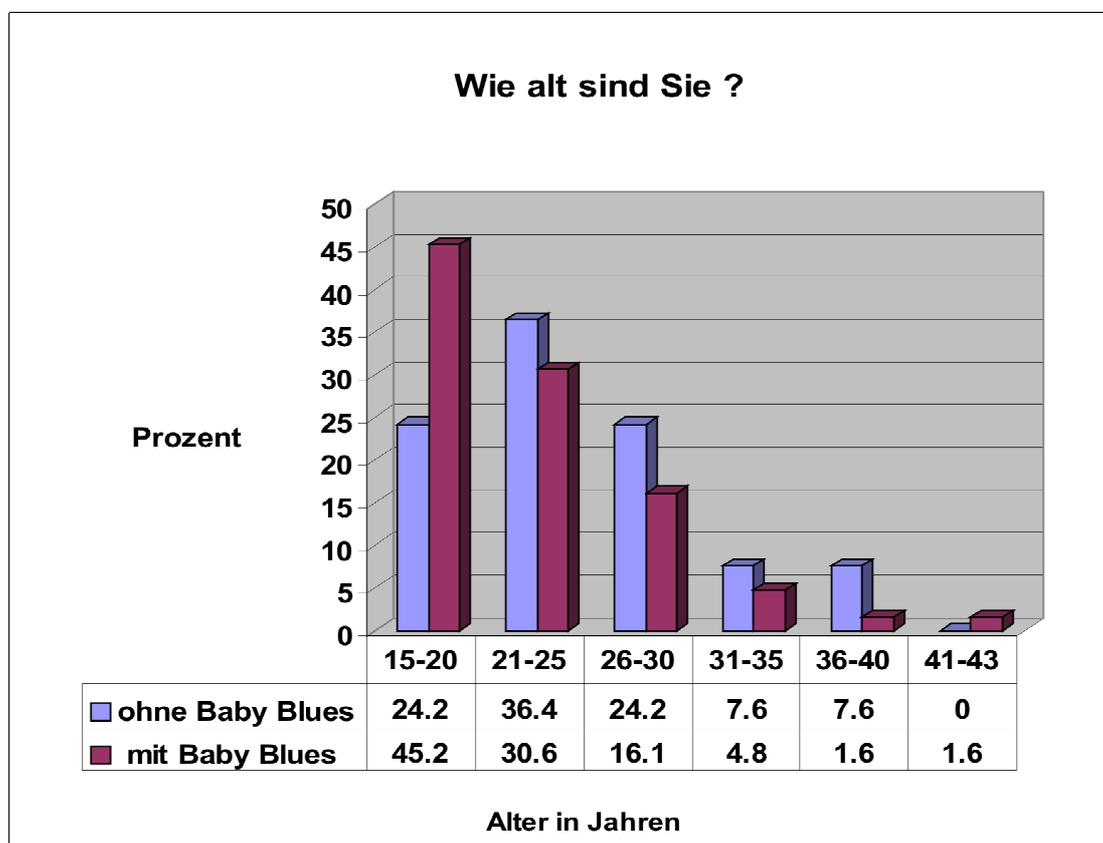
werden die Faktoren, die während der Geburt und im anschließenden Wochenbett auftreten, erläutert. Geburtshelfer, Ärzte, die Angehörigen oder andere Personen, die in Kontakt mit der Mutter treten, können auf diese Faktoren durchaus Einfluss nehmen. Sie stellen eventuelle Ansatzpunkte einer Verbesserung des Geburtsvorganges und seiner Begleitung dar. Zuletzt werden die Faktoren gezeigt, die das späte Wochenbett und die Zukunftsperspektiven der Mütter betreffen.

Vor und während der Geburt

Alter der Mutter

In signifikantem Zusammenhang mit der Entstehung des PPB steht das Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt. Es ist festzustellen, dass jüngere Mütter signifikant häufiger an PPB leiden (M-W-U-Test: $p=0,026$, $n=128$, vgl. Grafik 9), dieser Effekt scheint unabhängig davon zu sein, dass natürlicherweise mehr erstgebärende unter den jüngeren Frauen sind; Erstgebärende hatten aber in meiner Studie kein höheres Risiko für den PPB (s.u.). Für eine übersichtliche Darstellung sind die Mütter mit und ohne Blues in Altersgruppen von jeweils fünf Jahren eingeteilt

Grafik 9: Alter der Mütter

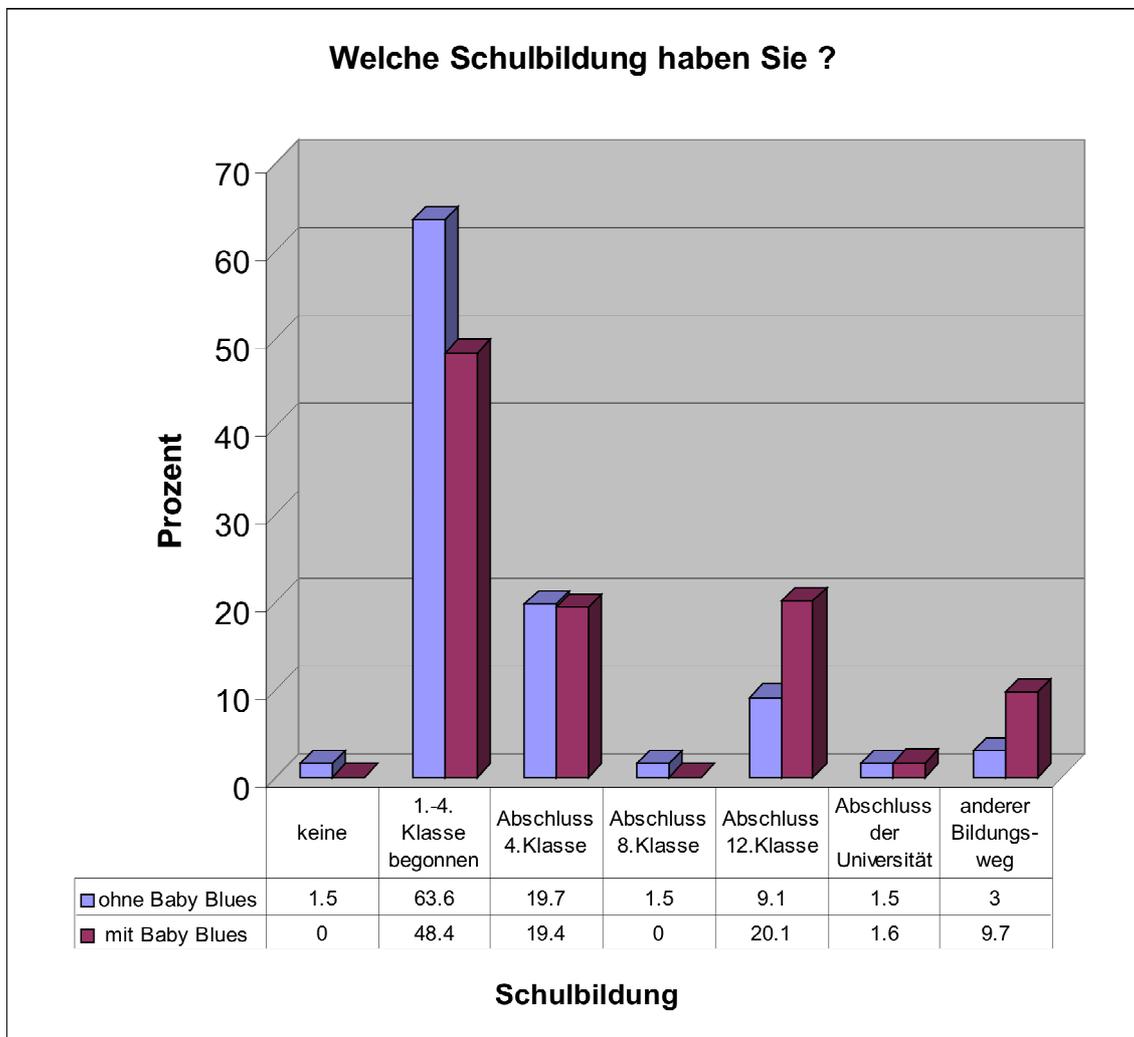


Das Durchschnittsalter aller Mütter lag bei 23,9 Jahren. Mütter ohne PPB waren im Durchschnitt 24,9 Jahre, Mütter mit Blues dagegen nur 22,8 Jahre alt.

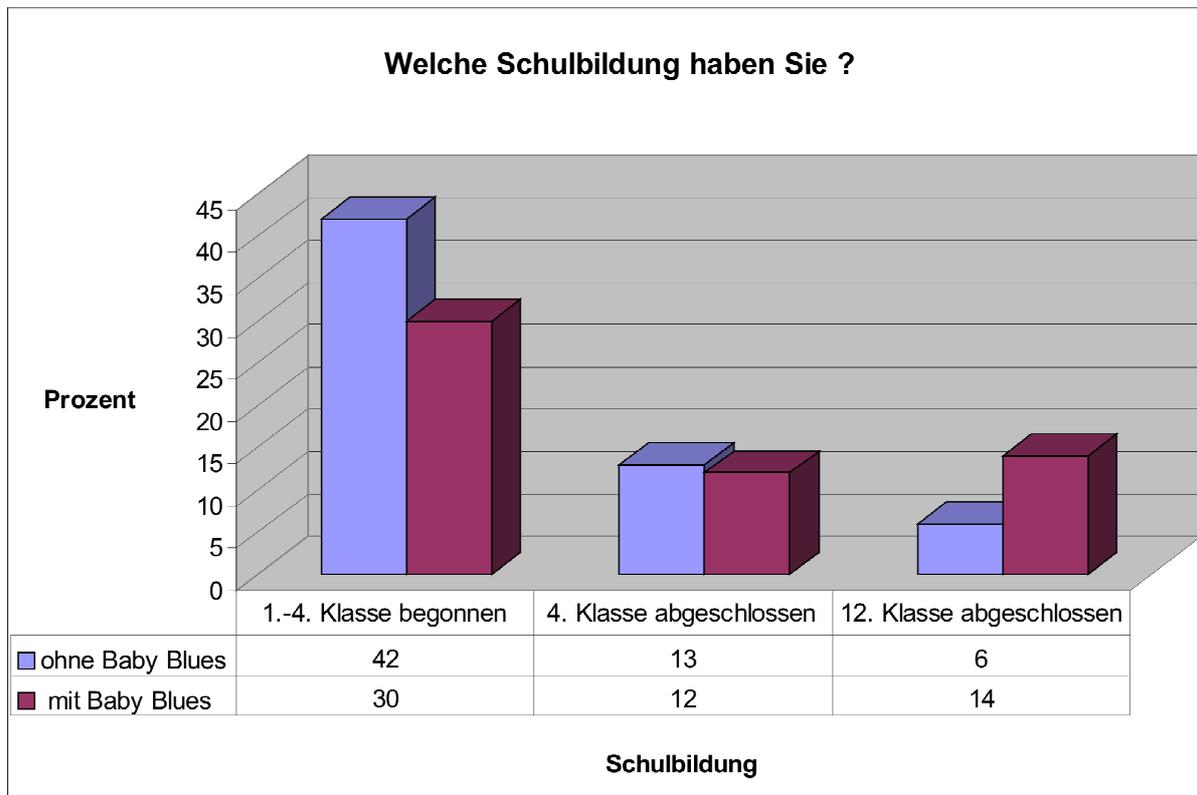
Schulbildung

Ein weiterer signifikanter Einflussfaktor für die Genese des PPB ist die Schulbildung. Mütter mit einem höheren Bildungsniveau leiden häufiger an PPB als Mütter mit einer geringeren Schulausbildung (M-W-U-Test: $p=0,048$, $n=128$ vgl. Grafik 10). Von den Müttern, die sich noch in der ersten bis vierten Klasse befinden, haben 41,7% (30/72) den PPB. Mütter mit Grundschulabschluss (*primario*) haben in 48,0% (12/25) der Fälle den PPB. Bei den Müttern, die die 12. Klasse abgeschlossen haben (*segundo grau*), sind hiervon sogar 70% (14/20) betroffen (vgl. Grafik 11).

Grafik 10: Schulbildung der Mütter I



Grafik 11: Schulbildung der Mütter II

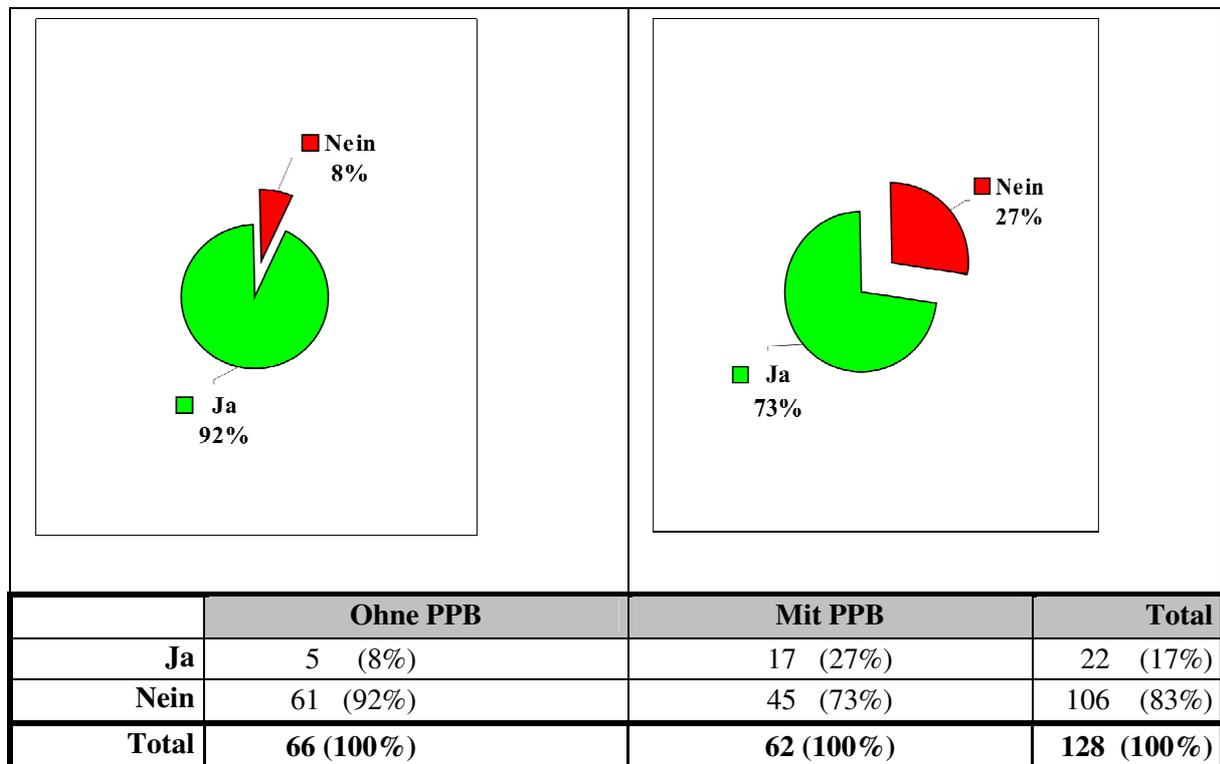


Frühere Schwangerschaften

Als hochsignifikanter Einfluss auf die Genese des PPB stellte sich die psychische Befindlichkeit während vergangener Schwangerschaften heraus. Mütter, denen es während vorheriger Schwangerschaften nicht gut ging, hatten hochsignifikant häufiger einen PPB als Mütter ohne dieses Problem (Vierfeldertafel, Chi-Quadrat-Test: $p=0,003$, $n=128$, vgl. Grafik 12).

Grafik 12: Seelischer Zustand während früherer Schwangerschaften

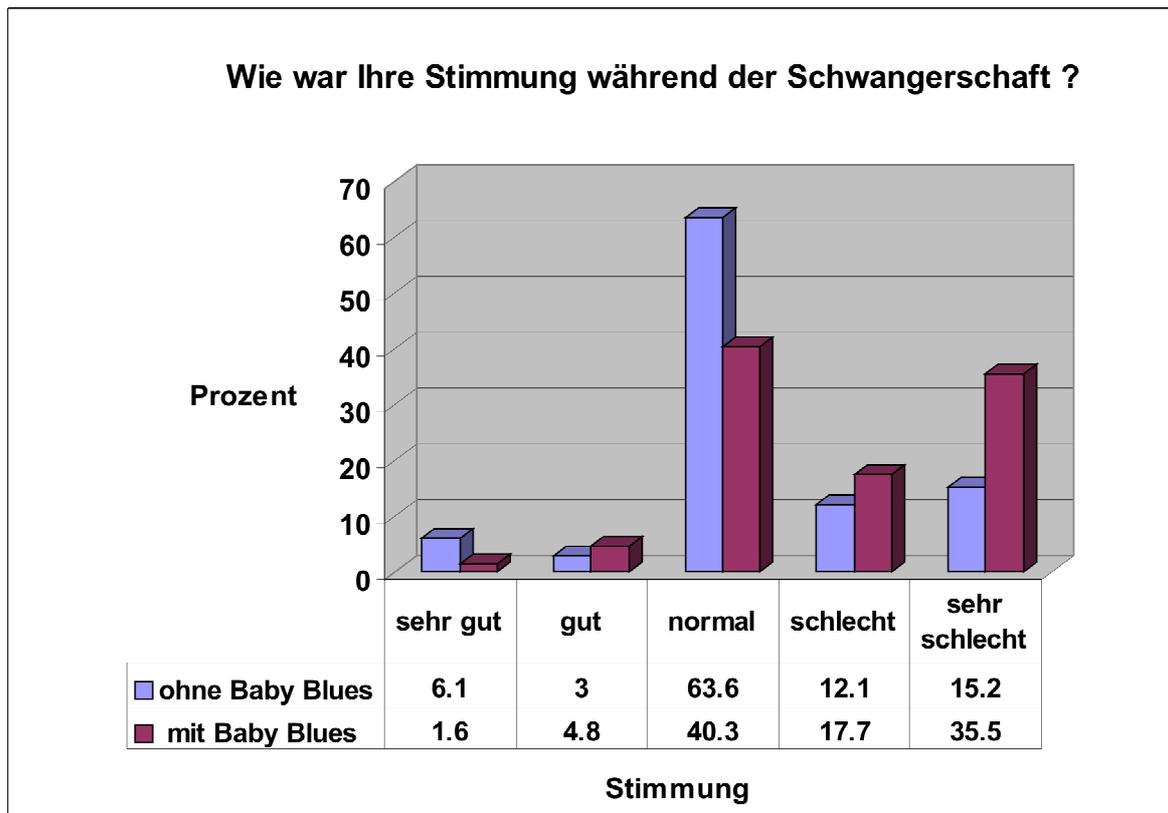
Ging es Ihnen während früherer Schwangerschaften immer seelisch gut ?



Stimmung während der Schwangerschaft

Ebenso bestand ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der Stimmung während dieser letzten Schwangerschaft und einer Ausprägung des PPB im frühen Wochenbett. Mütter, deren Stimmung während der Schwangerschaft eher schlecht bis sehr schlecht war, tendierten dazu, in den ersten Tagen nach der Geburt einen PPB entwickeln (M-W-U-Test: $p=0,004$, $n=128$, vgl. Grafik 13).

Grafik 13: Stimmung während der Schwangerschaft

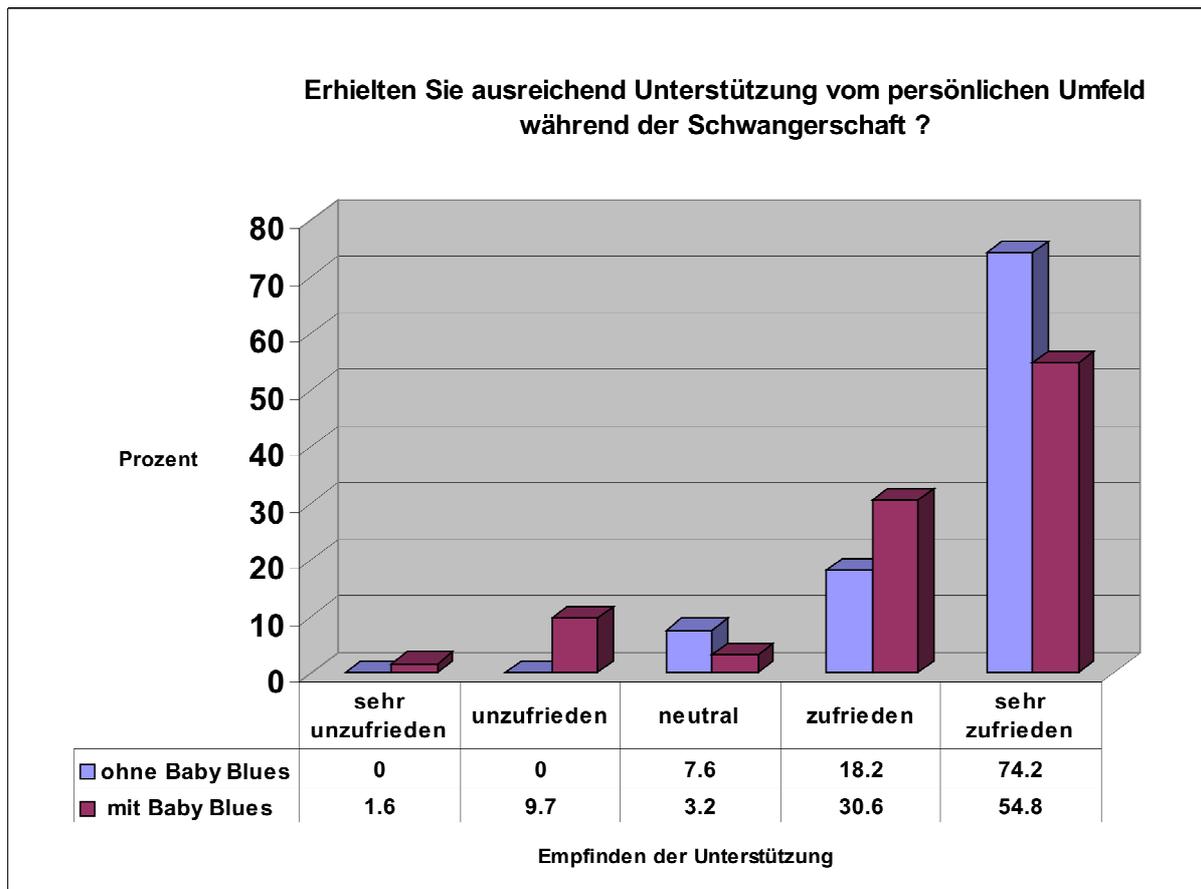


Bei Bewertung der Skala von eins (sehr gut) bis fünf (sehr schlecht), ergibt sich für die Mütter mit Blues damit ein Durchschnittswert von 3,80, während der Durchschnittswert der Mütter ohne PPB bei 3,27 liegt

Unterstützung während der Schwangerschaft

Ein signifikanter Unterschied der Mütter mit Blues und ohne Blues besteht in der Unterstützung durch das soziale Umfeld während der Schwangerschaft. Mütter, die sich während dieser Zeit mehr durch ihre Familie und ihre Eltern unterstützt fühlten, entwickelten signifikant seltener einen PPB. Alle Wöchnerinnen, die keine zufriedenstellende Unterstützung durch ihr persönlichen Umfeldes erhielten, hatten einen PPB (M-W-U-Test: $p=0,017$, $n=128$, vgl. Grafik 14).

Grafik 14: Unterstützung durch das persönliche Umfeld

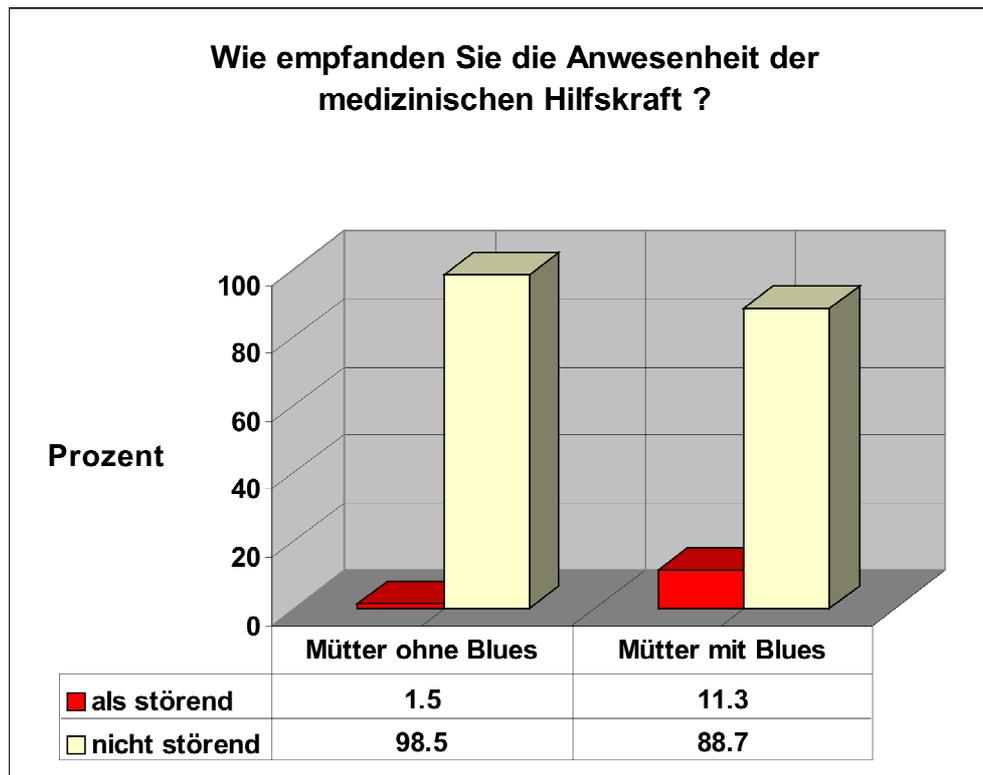


Bei Bewertung der Skala von eins (sehr unzufrieden) bis fünf (sehr zufrieden) ergibt sich für Frauen ohne Blues ein Durchschnittswert von 4,67, während er bei den Frauen mit PPB bei 4,27 liegt.

Anwesenheit der Geburtshilfe leistenden Krankenschwester bzw. medizinischen Hilfskraft während der Geburt

Das Empfinden der Anwesenheit der Krankenschwester während der Geburt hatte einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung des PPB. Sieben der acht Mütter (87,5%), die sich durch die Anwesenheit der medizinischen Hilfskraft während der Geburt gestört fühlten, hatten in den Folgetagen den PPB (Vierfeldertafel, Chi-Quadrat-Test, $p=0,023$, $n=128$, vgl. Grafik 15). Bemerkenswert ist, dass nur zwei dieser acht Mütter angaben, dass die Geburt schlimmer als erwartet verlief. Die als unangenehm empfundene Anwesenheit der Krankenschwester allein scheint somit nicht allein für das subjektive Empfinden eines negativen Geburtserlebnisses verantwortlich zu sein.

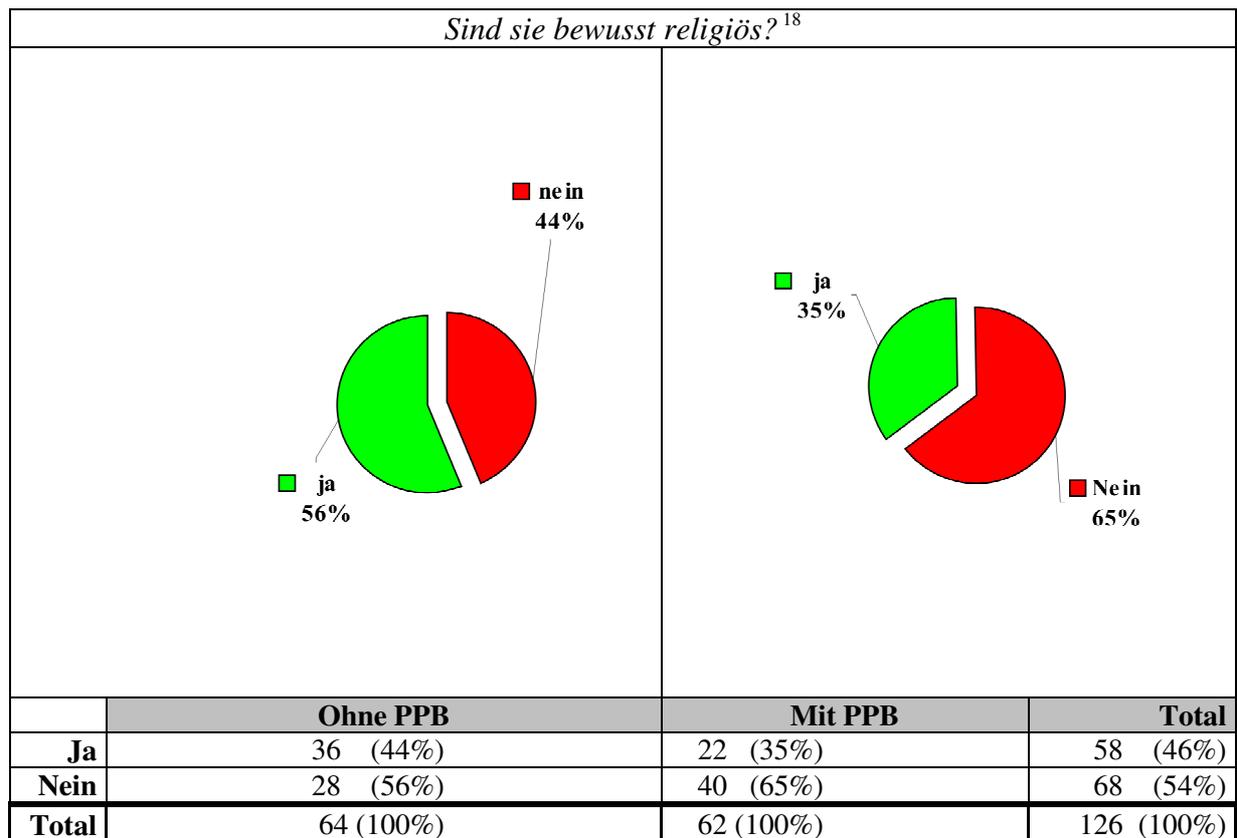
Grafik 15: Empfindung der Anwesenheit der medizinischen Hilfskraft



Religion

Die Auswirkungen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Glaubensrichtung können im Rahmen dieser Studie nicht überprüft werden. Da der Großteil der brasilianischen Bevölkerung katholisch ist, trifft das auch für die Mütter in der untersuchten Stichprobe zu. Die Anzahl der Mütter mit anderer Religionszugehörigkeit ist daher zu klein, um Schlüsse ziehen zu können (vgl. S. 50). Einen entscheidenden Einfluss spielt dagegen die Intensität der Ausübung der Religion. Mütter, die bewusst ihre Religion praktizierten, hatten signifikant seltener den PPB als Mütter, die dies nicht taten (Vierfeldertafel, Chi-Quadrat-Test: $p=0,02$, $n=126$, vgl. Grafik 16).

Grafik 16: Religiosität



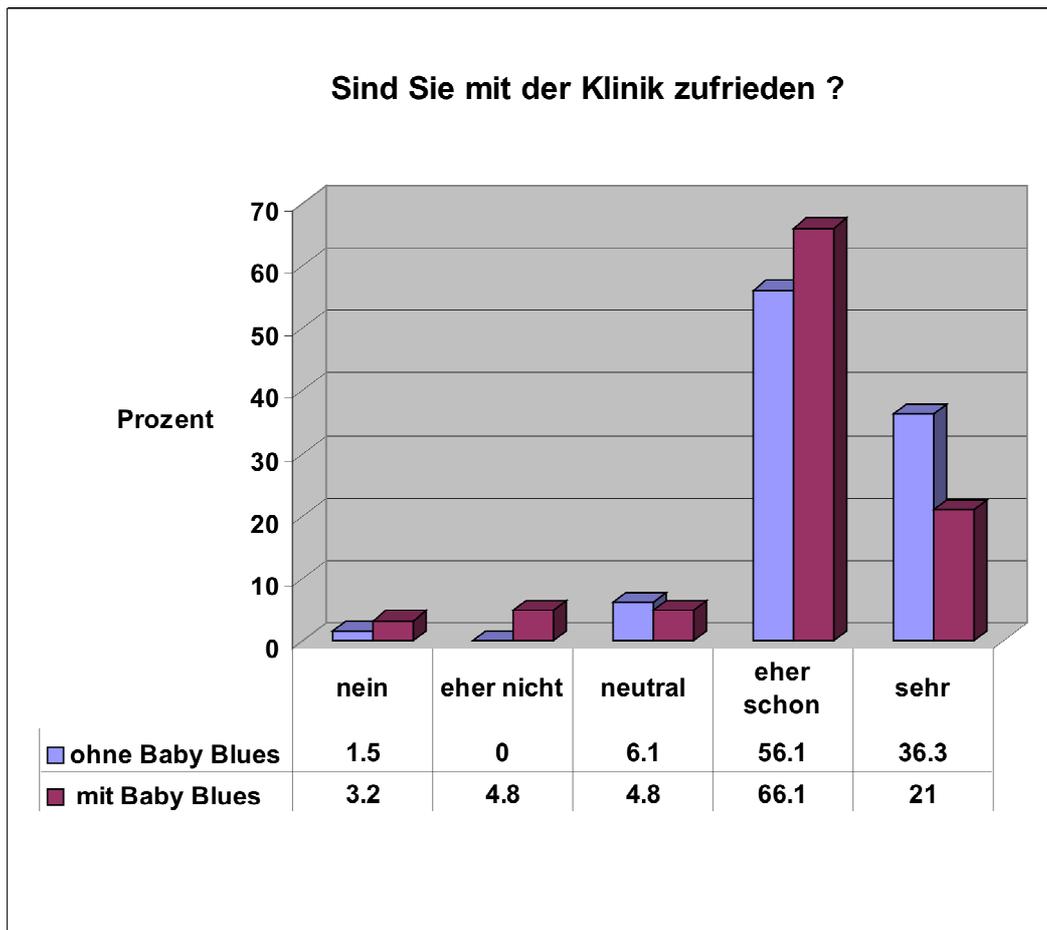
Nach der Geburt

Zufriedenheit mit dem Geburtskrankenhaus

Die Zufriedenheit mit den Bedingungen des Geburtskrankenhauses stellt einen signifikanten Faktor für die Entwicklung des PPB dar. Mütter mit Blues waren signifikant seltener mit der Klinik (M-W-U-Test: $p=0,043$, $n=128$, vgl. Grafik 17) und mit dem Zimmer (M-W-U-Test: $p=0,033$, $n=128$, vgl. Grafik 18) zufrieden. Außerdem waren sie hochsignifikant seltener mit den Zimmernachbarinnen zufrieden (M-W-U-Test: $p=0,001$, $n=128$, vgl. Grafik 19).

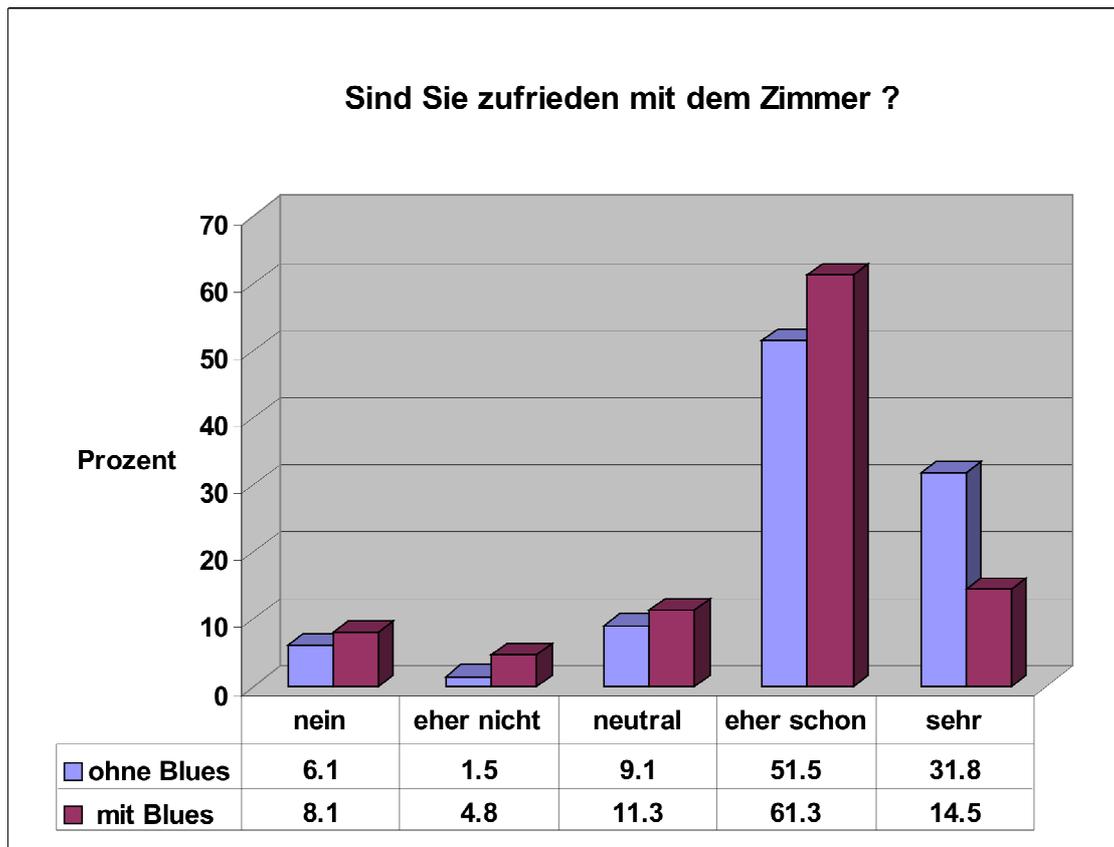
¹⁸ Die beiden Mütter, die angaben Atheisten zu sein, haben diese Frage nicht beantwortet.

Grafik 17: Zufriedenheit mit der Klinik



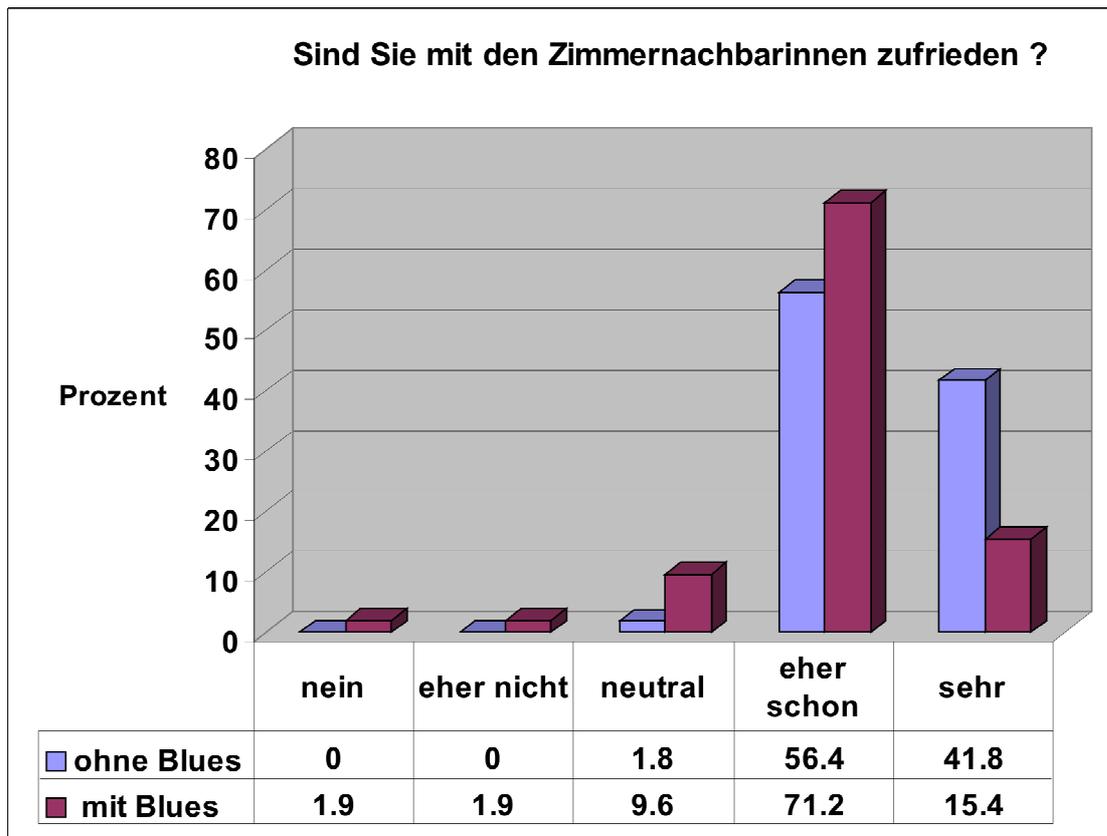
Bei Bewertung der Skala von eins (nein) bis fünf (sehr) ergibt sich für Frauen ohne Blues ein Durchschnittswert von 4,26, während er bei den Frauen mit PPB bei 3,97 liegt.

Grafik 18: Zufriedenheit mit dem Zimmer



Bei Bewertung der Skala von eins (nein) bis fünf (sehr) ergibt sich für Frauen ohne Blues ein Durchschnittswert von 4,01, während er bei den Frauen mit PPB bei 3,69 liegt.

Grafik 19: Zufriedenheit mit den Zimmernachbarinnen

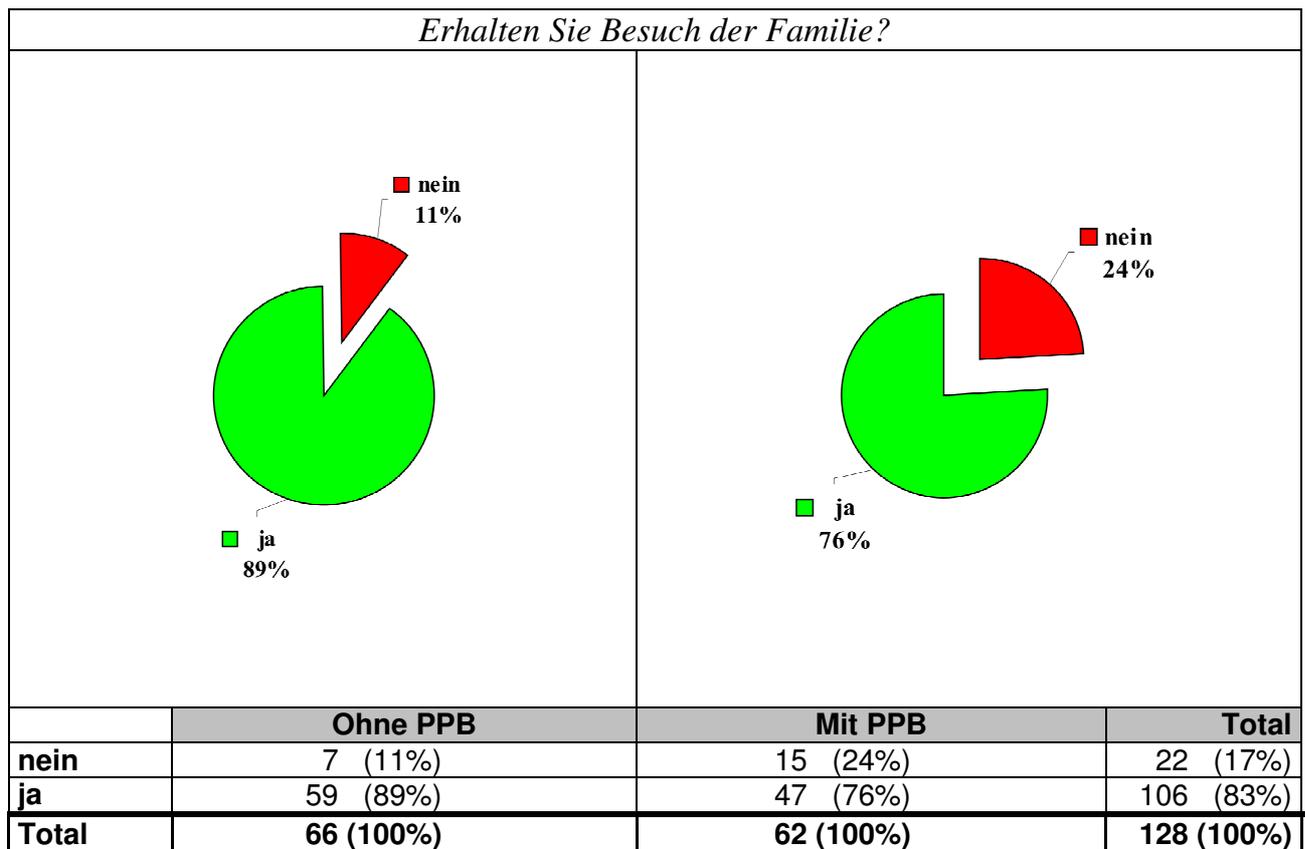


Bei Bewertung der Skala von eins (nein) bis fünf (sehr) ergibt sich für Frauen ohne Blues ein Durchschnittswert von 4,40, während er bei den Frauen mit PPB bei 3,96 liegt.

Besuch im Krankenhaus

Wöchnerinnen, die im Krankenhaus von ihrer Familie öfter besucht wurden, hatten signifikant seltener den PPB als Wöchnerinnen, die nicht von ihrer Familie besucht wurden (Vierfeldertafel, Chi-Quadrat-Test: $p=0,043$, $n=128$, vgl. Grafik 20). Die Intensität des Besuches von Freunden und anderen Bekannten ist dagegen insignifikant. Die Anzahl der Besucher und die Dauer des täglichen Besuches ebenso wie dessen subjektives Empfinden seitens der Wöchnerin erwiesen sich als irrelevant für die Ausprägung des PPB.

Grafik 20: Besuch der Familie

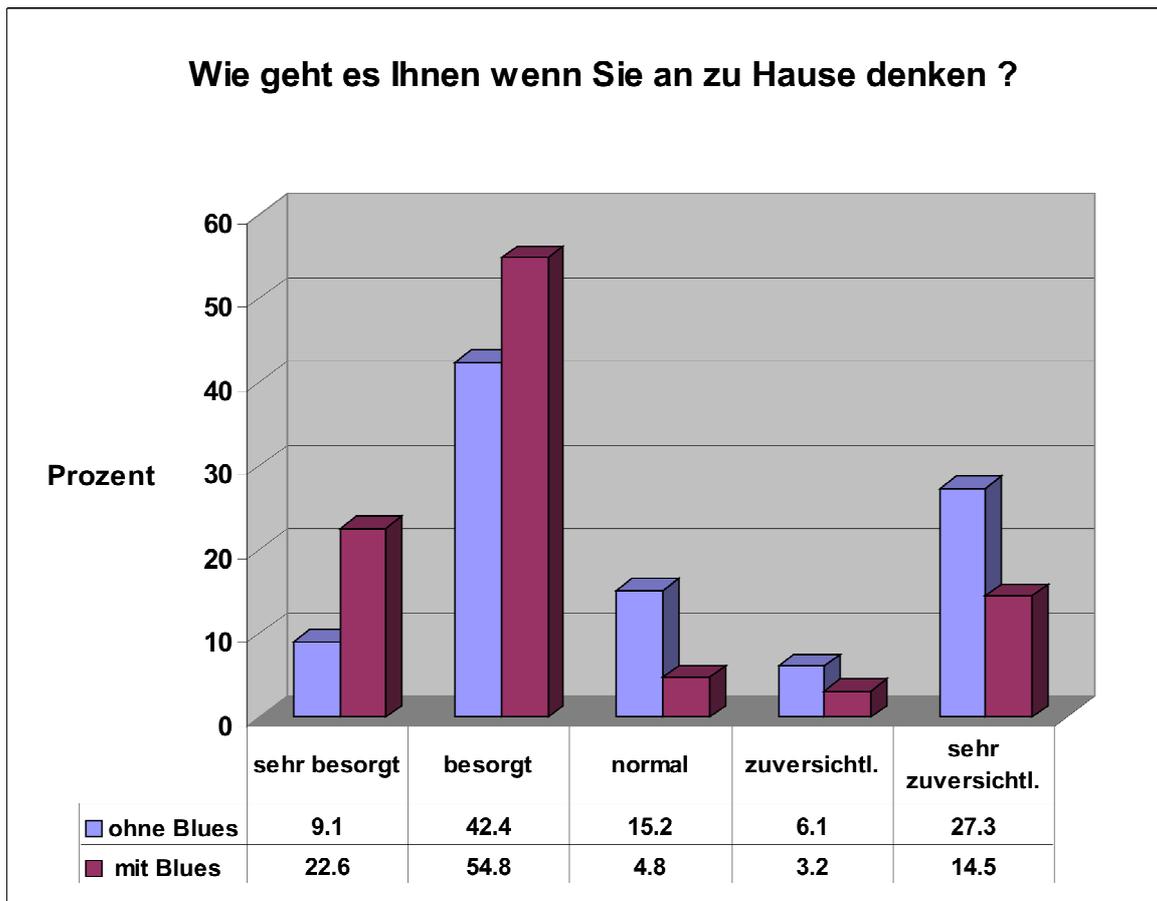


Wochenbett

Gedanke an zu Hause

Als hochsignifikanter Einflussfaktor auf die psychische Befindlichkeit der Wöchnerin zeigt sich der Gedanke an zu Hause. Frauen, die sich um ihre Situation zu Hause Sorgen machten, entwickelten mit größerer Wahrscheinlichkeit einen PPB als diesbezüglich zuversichtliche Mütter (M-W-U-Test: $p=0,002$, $n=128$, vgl. Grafik 21). 77,4% ($n=48$) der Mütter mit PPB waren besorgt oder sehr besorgt. Bei den Müttern ohne PPB waren dies nur 51,5% ($n=34$).

Grafik 21: Gedanke an zu Hause

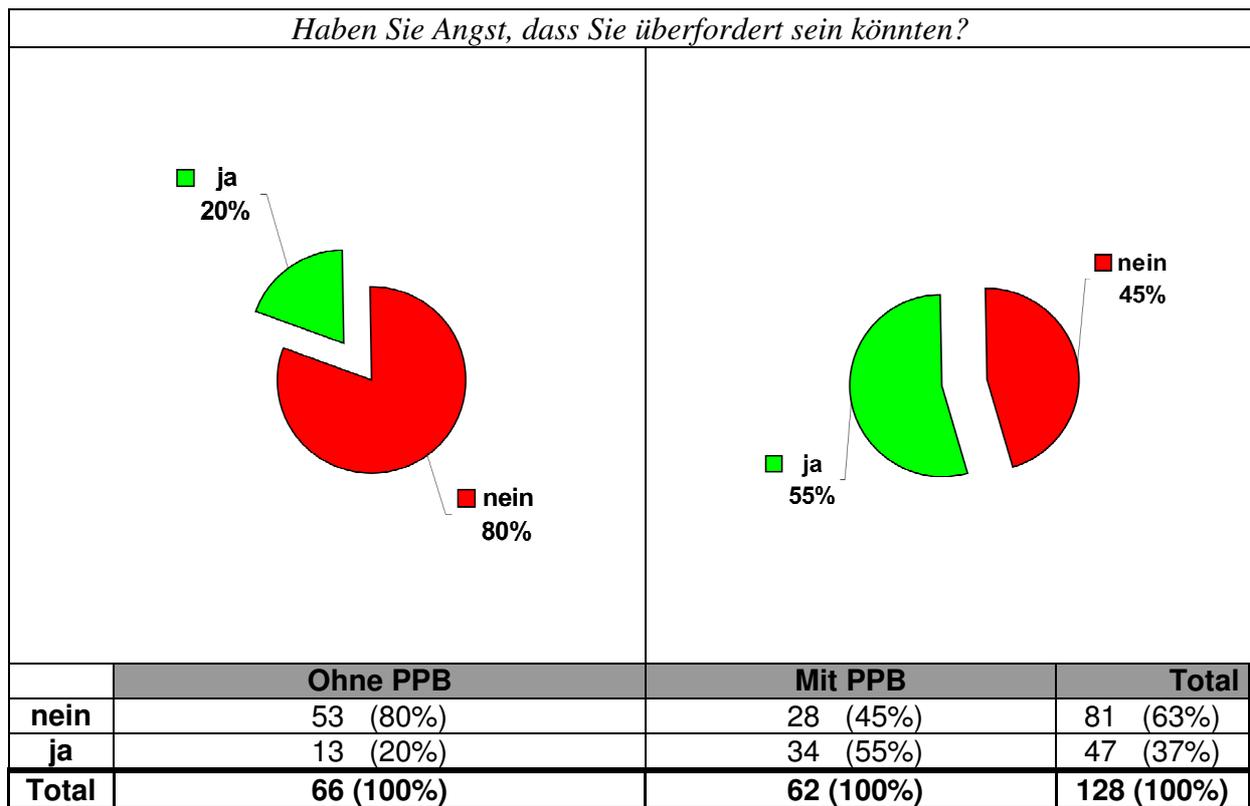


Bei Bewertung der Skala von eins (sehr besorgt) bis fünf (sehr zuversichtlich) ergibt sich für Frauen ohne Blues ein Durchschnittswert von 3,00, während er bei den Frauen mit PPB bei 2,31 liegt.

Ängste

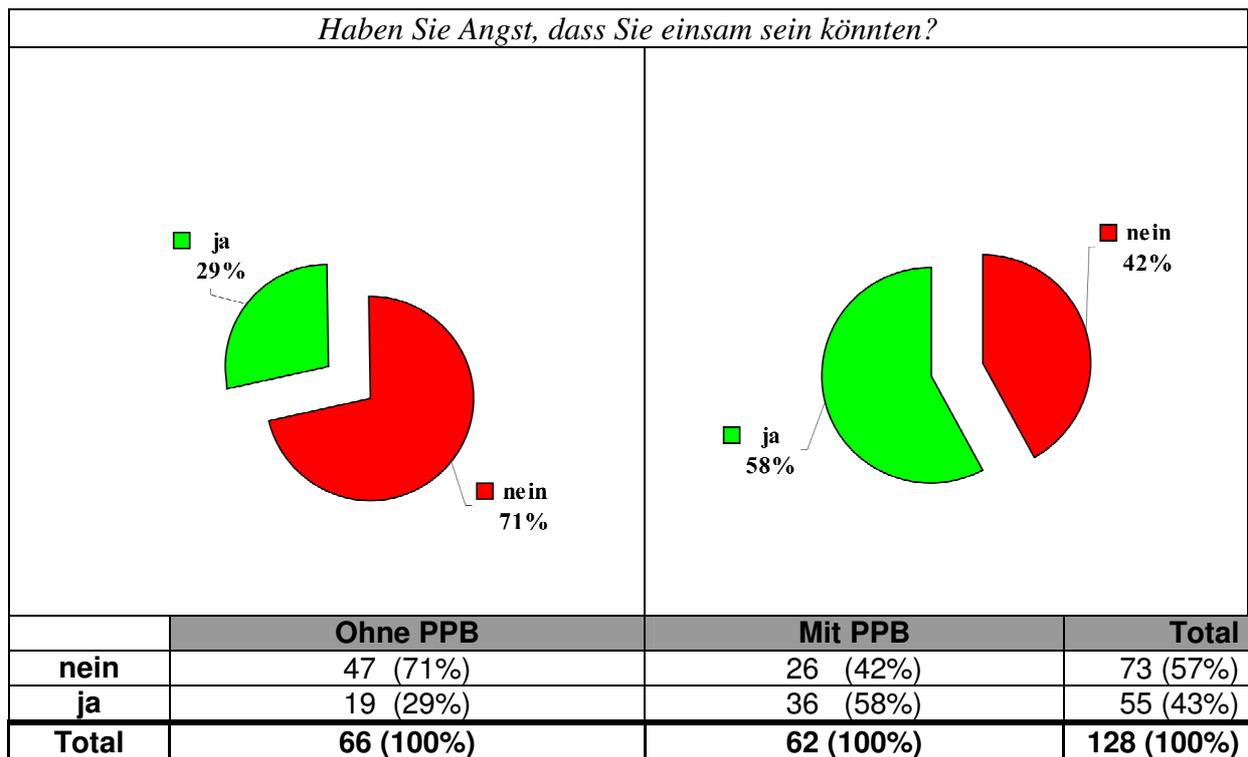
Mütter, die Angst vor Überforderung mit der durch die Geburt des Kindes entstandenen Situation hatten, entwickelten hochsignifikant häufiger einen PPB als Mütter, die diese Angst nicht hatten (Vierfeldertafel, Chi-Quadrat-Test: $p=0,000$, $n=128$, vgl. Grafik 22).

Grafik 22: Angst vor Überforderung



Ein ähnliches Ergebnis lieferte die Frage nach Angst vor Einsamkeit. Mütter, die hiervon betroffen waren, entwickelten öfter einen Blues. Der Zusammenhang ist hochsignifikant (Vierfeldertafel, Chi-Quadrat-Test: $p=0,001$, $n=128$, vgl. Grafik 23).

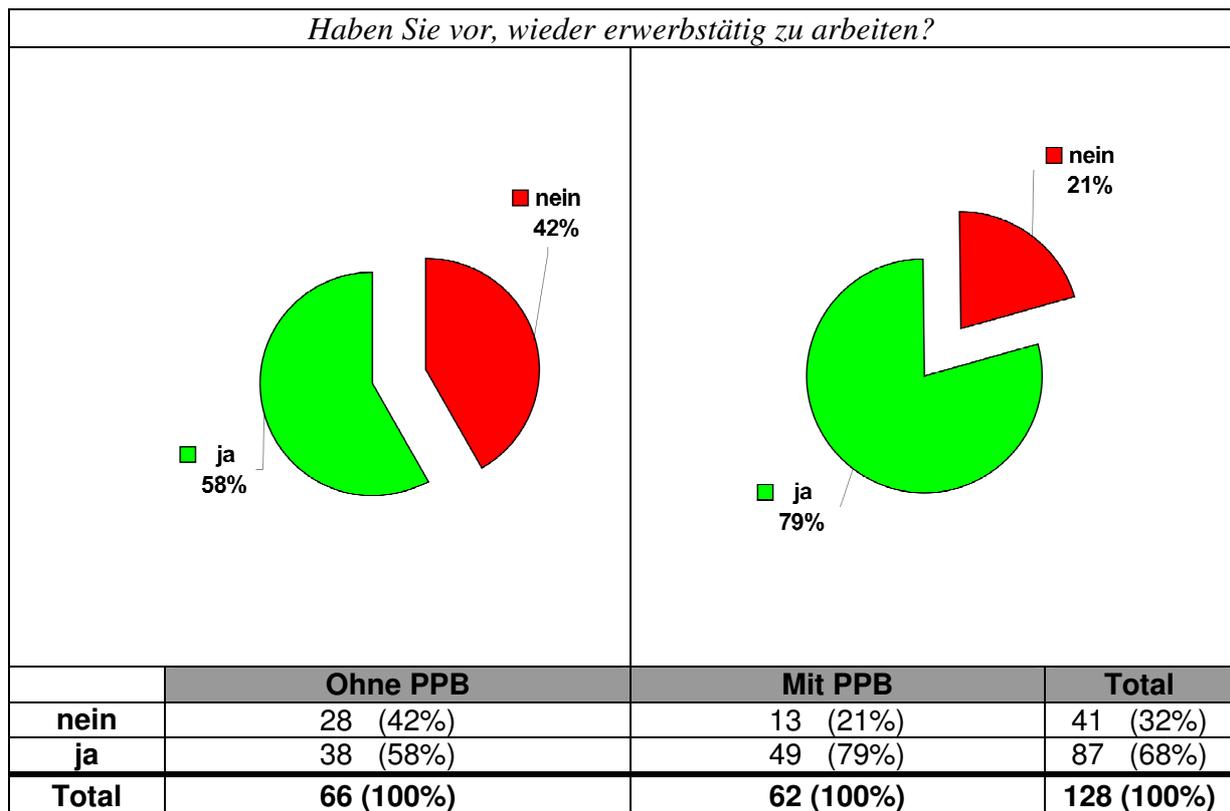
Grafik 23: Angst vor Einsamkeit



Arbeit

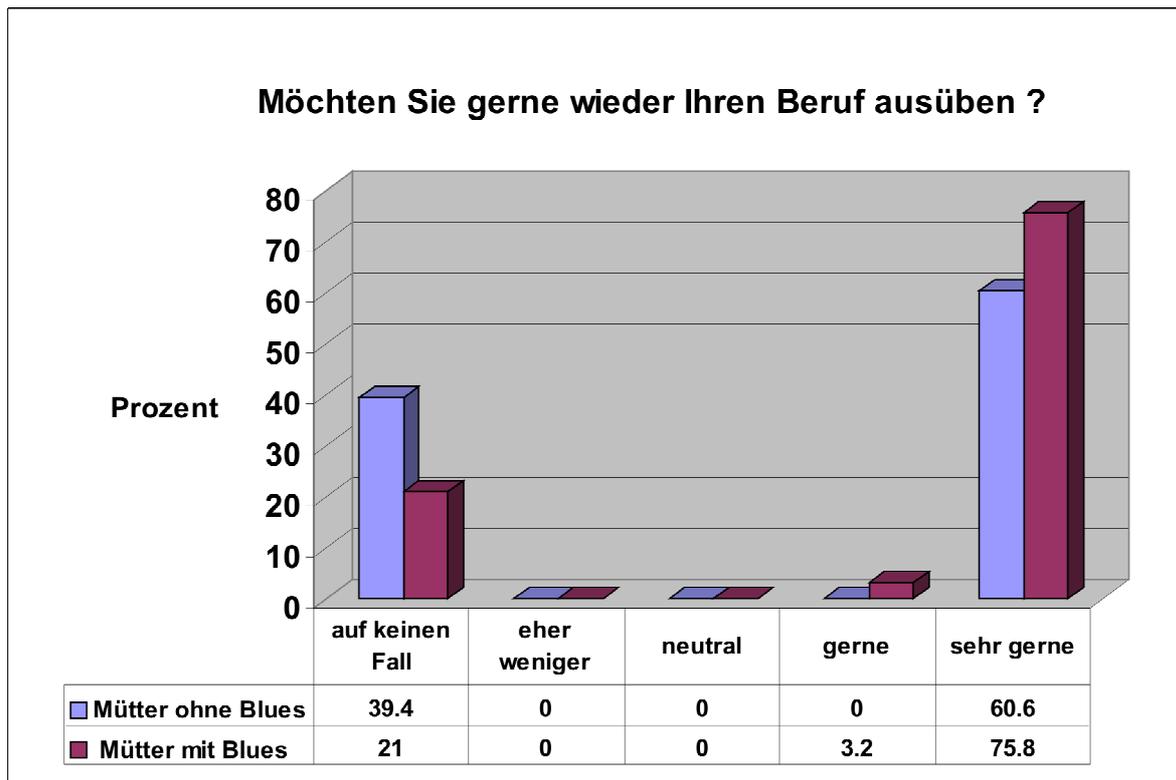
Das Vorhaben wieder erwerbstätig zu arbeiten spielt eine bedeutende Rolle für die Ausbildung des PPB im Wochenbett. Mütter, die wieder erwerbstätig arbeiten wollten, wiesen signifikant häufiger den PPB auf (M-W-U-Test: $p=0,010$, $n=128$, vgl. Grafik 24).

Grafik 24: Absicht wieder erwerbstätig zu arbeiten



Mütter, die zukünftig wieder berufstätig arbeiten wollten, hatten signifikant häufiger einen PPB als Mütter ohne diese Absicht (Vierfeldertafel, Chi-Quadrat-Test: $p=0,008$, $n=128$, vgl. Grafik 25).

Grafik 25: Absicht den Beruf wieder ausüben

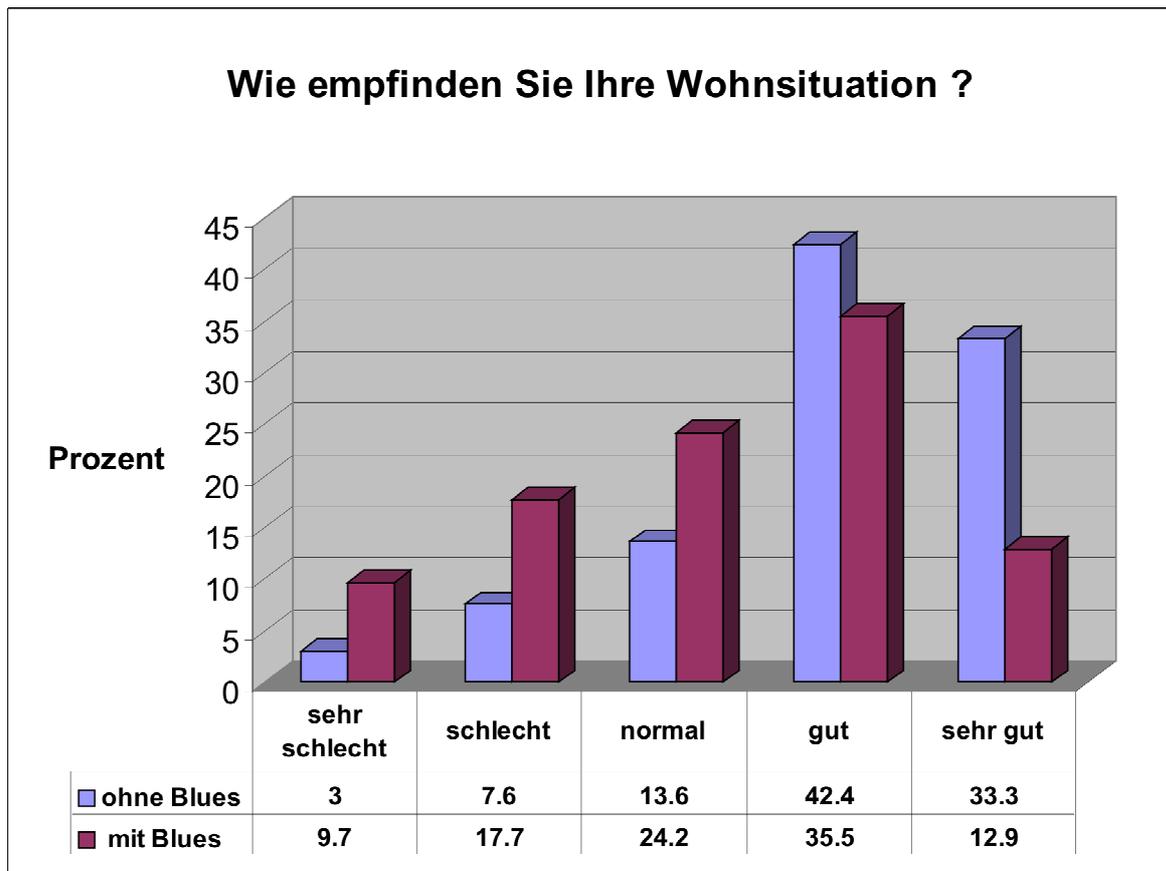


Besonders bemerkenswert ist die Verteilung der Antworten auf diese Frage. Mit Ausnahme von zwei Fällen gaben alle Frauen eine Extremantwort. Da dies bei den übrigen Fragen nicht zu beobachten war, lässt sich daraus schließen, dass sich die Frauen in diesem Bereich sehr sicher waren. Die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit oder zumindest der Wunsch hierzu scheint somit bereits zum Zeitpunkt der Befragung relativ sicher festzustehen. Da die Frauen im ländlichen Gebiet wohnen, liegt die Vermutung nahe, dass es sich bei denjenigen ohne diesen Wunsch vermehrt um Hausfrauen handeln könnte. Dass diese Gruppe signifikant seltener einen Blues hat, stellt damit ein besonders interessantes Ergebnis dar.

Empfinden der Wohnsituation

Einen hochsignifikanten Einflussfaktor stellt das Empfinden der Wohnsituation dar. Frauen, die ihre Wohnsituation als positiv betrachteten, entwickelten hochsignifikant seltener den PPB (M-W-U-Test: $p=0,000$, $n=128$, vgl. Grafik 26).

Grafik 26: Empfindung der Wohnsituation

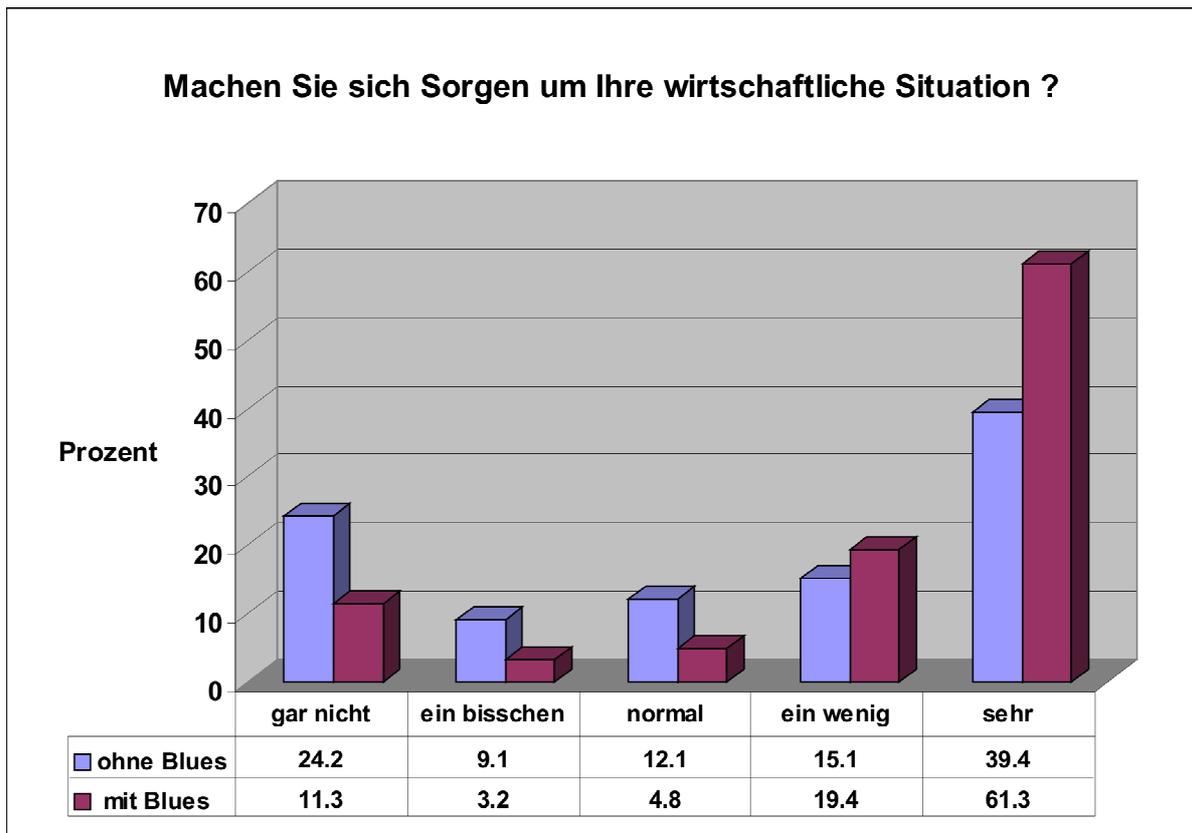


Bei Bewertung der Skala von eins (sehr schlecht) bis fünf (sehr gut) ergibt sich für Frauen ohne Blues ein Durchschnittswert von 3,95, während er bei den Frauen mit PPB bei 3,24 liegt.

Wirtschaftliche Situation

Mütter mit Blues machten sich im Vergleich zu Müttern ohne Blues hochsignifikant häufiger Sorgen um ihre wirtschaftliche Situation. 80,6% (n=50) der Stichprobe der Mütter mit Blues waren ein wenig oder sehr um ihre wirtschaftliche Situation besorgt. Bei den Müttern ohne Blues waren dies nur 54,4% (n=36) (M-W-U-Test: $p=0,004$, $n=128$ vgl. Grafik 27).

Grafik 27: Sorge um die wirtschaftliche Situation

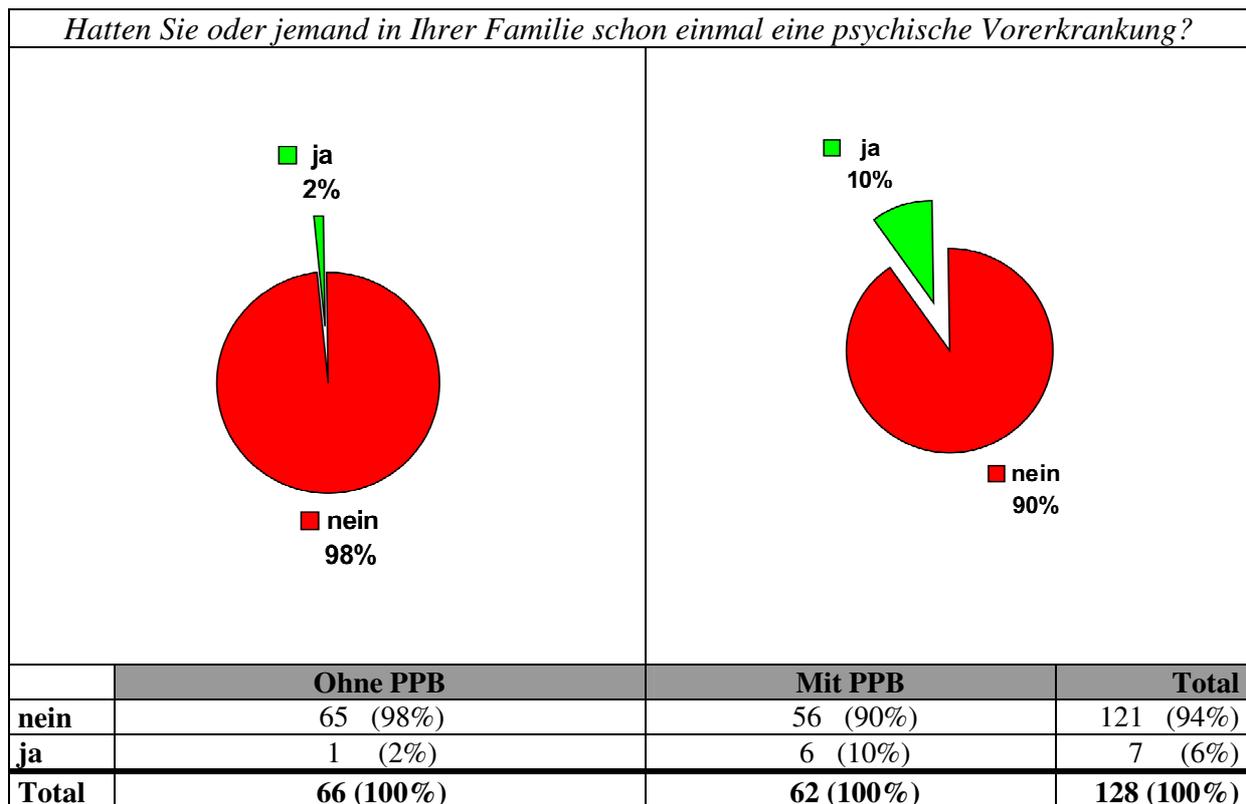


Bei Bewertung der Skala von eins (gar nicht) bis fünf (sehr) ergibt sich für Frauen ohne Blues ein Durchschnittswert von 2,96, während er bei den Frauen mit PPB bei 4,16 liegt.

Psychische Krankenvorgeschichte innerhalb der Familie

Sieben Mütter der Stichprobe (n=128) hatten entweder selbst oder in der Familie eine psychische Vorerkrankung. Diese Wöchnerinnen hatten eine signifikant größere Wahrscheinlichkeit, an PPB zu erkranken als Wöchnerinnen ohne jegliche Krankenvorgeschichte (Vierfeldertafel, Chi-Quadrat-Test: $p=0,043$, $n=128$, vgl. Grafik 28).

Grafik 28: Psychische Vorerkrankung



5.2.3. Auswertung der Hypothesen

Mit den im Rahmen meiner Feldstudie erarbeiteten und oben dargestellten Daten werden im folgenden Teil die auf S. 19ff aufgestellten Hypothesen geprüft.

Mutter

Alter

Junge Mütter leiden häufiger an PPB als ältere (Paykel et al. 1980).

In einer Studie wurden Mütter sechs Wochen nach der Geburt untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass einer der Einflussfaktoren für die postpartale Depression unter anderem das jüngere Alter der Mutter war (Paykel et al. 1980). Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Mütter und den Heultagen festgestellt werden. Mütter, die eine Symptomatik des PPB zeigten, waren im Durchschnitt fast zwei Jahre jünger als Mütter ohne PPB (M-W-U-Test: $p=0,026$, $n=128$, vgl. S. 78). Erstgebärende hatten in dieser Studie (s.u.) kein höheres Risiko einen PPB zu entwickeln,

daher ist die hier gefundene höhere Vulnerabilität jüngerer Frauen offenbar ein von der Parität unabhängiger Faktor.

Die Hypothese, dass jüngere Mütter häufiger den PPB haben, kann also durch die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigt werden.

Depression

Frauen, die früher bereits an Depressionen litten oder deren Familienmitglieder Depressionen hatten, haben häufiger den PPB als Mütter ohne depressive Krankengeschichte (Bloch et al. 2006).

Die eigene oder innerhalb der Familie bestehende psychische Vorerkrankung der untersuchten Mütter stand in signifikantem Zusammenhang mit der Entstehung eines PPB. Durch eine Umcodierung wurden Familien mit einem oder mehreren Mitgliedern mit psychischer Krankheitsgeschichte in eine Gruppe zusammengefasst. In meiner Studie zeigte sich, dass eine psychische Vorerkrankung auf die Stimmung in den ersten Tagen nach der Geburt einen negativen Einfluss hat. Mütter dieser Gruppe litten signifikant häufiger an einem PPB (M-W-U-Test: $p=0,043$, $n=128$, vgl. S. 98).

Somit bestätigen die Ergebnisse meiner Studie diese Hypothese.

Probleme bei früheren Schwangerschaften

Frauen mit Komplikationen bei früheren Schwangerschaften, Kaiserschnitt und Geburtskomplikationen der Mutter oder des Neugeborenen haben verstärkt Symptome des PPB (Yamashita und Yoshida 2003).

In der internationalen Literatur wird eine signifikante Abhängigkeit des PPB zu Kaiserschnitt, Schwangerschaftsverlust und Komplikationen des Neugeborenen beschrieben (Yamashita und Yoshida 2003). Im Laufe der vorliegenden Studie kann kein Zusammenhang von Komplikationen bei früheren Schwangerschaften, wie Totgeburt oder Abtreibung, und der Genese eines PPB gezeigt werden. Ebenso zeigt sich keinerlei signifikante Korrelation des Kaiserschnitts oder Geburtskomplikationen zu einem PPB. Dagegen entwickelten Mütter, denen es während früherer Schwangerschaften seelisch nicht gut ging, hochsignifikant häufiger einen PPB (M-W-U-Test: $p=0,003$, $n=128$, S. 81f). Somit zeigt sich, dass eine Unterteilung der Komplikationen in eine körperliche und psychische Ebene sinnvoll wäre. Danach hätten Mütter mit psychischen Problemen häufiger einen PPB als psychisch gesunde Mütter. Im Gegensatz dazu haben körperliche Komplikationen keinen Einfluss auf die Entstehung eines PPB.

Da im Rahmen dieser Studie weder die Frage im Interviewbogen noch die Hypothese eine Differenzierung der Art der Komplikationen voraussetzt, wird die Hypothese angenommen.

PMS

Mütter mit prämenstruellem Syndrom haben häufiger den PPB (Bloch et al. 2006; Singh et al. 1998).

Es konnte kein Zusammenhang zwischen PMS und einem häufigeren Auftreten des PPB festgestellt werden. Der in Israel festgestellte Einflussfaktor der Menstruationsprobleme auf die psychische Wohlbefindlichkeit im Wochenbett (Bloch et al. 2006) konnte in dieser Studie nicht nachgewiesen werden.

Die Hypothese wird abgelehnt.

Schwangerschaft

Komplikationen

Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett begünstigen die Entstehung der Wochenbettstörungen (Strobl 2002).

Anhand der gesammelten Daten ist festzustellen, dass Probleme während der Schwangerschaft, während der Geburt und beim Stillen im Wochenbett keinen signifikanten Einfluss auf eine Genese des PPB zeigen. In diesem Bereich liefert weder die Überprüfung der Einzelergebnisse, noch einer durch Umcodierung erstellten kombinierten Variablen, ein signifikantes Ergebnis.

Die Hypothese wird abgelehnt.

In einer retrospektiven Studie in den USA (Bryan et al. 1999) wurde ein Zusammenhang von Hyperemesis Gravidarum zur PPD gezeigt. Ein entsprechender Zusammenhang kann im Rahmen dieser Studie nicht bestätigt werden. Ebenso weist eine brasilianische Studie (Padovani et al. 2004) darauf hin, dass Mütter von stark untergewichtigen Frühgeborenen häufig klinische Symptome einer Dysphorie zeigen. In meiner Studie kann kein Zusammenhang zwischen Müttern frühgeborener oder untergewichtiger Kinder und dem Auftreten des PPB festgestellt werden. Aufgrund der geringen Anzahl der Mütter mit untergewichtigen oder frühgeborenen Kindern, sind im Rahmen dieser Studie jedoch hierzu wissenschaftlich relevante Aussagen nicht möglich.

Schlechte Laune

Mütter, deren Stimmung während der Schwangerschaft schlecht war, leiden häufiger an einem PPB als Mütter mit einer besseren Stimmung während der Schwangerschaft (Bernazzani et al. 1997).

In einer kanadischen Studie wurde festgestellt, dass Mütter mit pränatalen Stimmungstiefs stärker zu einer depressiven Symptomatik postpartal neigten (Bernazzani et al. 1997). In meiner Studie zeigten Wöchnerinnen, deren Stimmung während der Schwangerschaft eher schlechter war, hochsignifikant häufiger eine PPB Symptomatik (M-W-U-Test: $p=0,000$, $n=128$, vgl. S. 82)

Somit bestätigen die Ergebnisse meiner Studie diese Hypothese.

Ungeplante Schwangerschaft

Mütter mit einer ungeplanten oder ungewollten Schwangerschaft haben häufiger den PPB (Rich-Edwards et al. 2006).

In einer 2006 in Boston durchgeführten Studie wurde festgestellt, dass unter anderem eine ungewollte Schwangerschaft einen Einfluss auf signifikant häufigeres Auftreten einer depressiven Symptomatik vor und nach der Geburt hat (Rich-Edwards et al. 2006). Einige der in Boston festgestellten Einflussfaktoren, wie z.B. das geringe Alter (vgl. S. 78) und eine depressive Krankenvorgeschichte (vgl. S. 98) können im Rahmen meiner Studie bestätigt werden. Es ist jedoch kein signifikanter Zusammenhang der Planung, des Wunsches oder der Wartezeit auf das Eintreten der Schwangerschaft und dem Auftreten des PPB feststellbar.

Die Hypothese wird abgelehnt.

Kind

Körperkontakt

Die Häufigkeit und die Intensität des Körperkontakts zwischen Mutter und Kind, ebenso wie das Stillen des Kindes und Stillprobleme, sind Faktoren in der Entstehung von Wochenbettstörungen (Fellacher 2005).

In diversen Studien wird über den signifikanten Zusammenhang der Entstehung depressiver Symptome und des Körperkontaktes zwischen Mutter und Kind (Delius 2005), Stillen (Hatton et al. 2005) und Stillproblemen (Fellacher 2005) berichtet. In meiner Studie steht keiner dieser Faktoren in signifikantem Zusammenhang mit der Genese des PPB im Wochenbett. Im Falle des Körperkontaktes könnte es auch daran liegen, dass alle außer fünf Müttern angaben,

gleich nach der Geburt Körperkontakt mit ihrem Kind gehabt zu haben und somit die Stichprobe der Mütter ohne sofortigen Körperkontakt sehr klein war. Vier der fünf Mütter (80%) ohne baldigen Körperkontakt hatten einen PPB. Damit lässt sich ein signifikanter Zusammenhang vermuten, der sich jedoch aufgrund der zu geringen Anzahl an betroffenen Müttern nicht beweisen lässt. Außerdem gelang es allen außer einer Mutter, trotz auftretender Probleme ihr Kind zu stillen. Aussagen über einen Zusammenhang von Stillproblemen und der Entstehung des PPB sind damit ebenso wenig möglich. Die Einflussfaktoren Körperkontakt und Stillen können im Rahmen dieser Studie nicht als relevant festgestellt werden.

Die Hypothese bleibt unbeantwortet.

Geschlecht des Kindes

Das Geschlecht des Kindes oder die Enttäuschung darüber führen zu einer häufigeren Entstehung des PPB (Goldbort 2006).

Das ideale Familienbild ist in den Kulturen unterschiedlich. So zeigte sich im Gegensatz zu anderen Kulturen, dass die Enttäuschung über das Geschlecht des Nachwuchses, z.B. in Indien, in signifikantem Zusammenhang mit dem Auftreten des PPB stand (Laner 2006). Im Rahmen dieser brasilianischen Studie zeigte sich weder die Ausprägung des Geschlechtes noch die Enttäuschung eines der Elternteile als signifikanter Einflussfaktor auf die Entstehung des PPB.

Die Hypothese wird abgelehnt.

Stillprobleme

Stillende Mütter leiden seltener unter PPB (Boutet et al. 2006).

In einer französischen Studie wird berichtet, dass sich bei Schafen während der Stillphase eine hormonelle Umstellung im Körper in Gang setzt (Boutet et al. 2006). Die Produktion von Oxytocin verringert die durch Stress induzierte Ausschüttung von ACTH und Cortisol. Das könnte sich nicht nur auf die physiologische, sondern auch auf die psychische Ebene des Muttertiers auswirken. Leider ist die Anzahl der nichtstillenden Mütter (n=2) in meiner Studie zu gering, um wissenschaftlich relevante Schlüsse zu ziehen. Ein Einfluss des Stillens und somit einer Veränderung des Hormonhaushaltes und der Ausprägung des PPB kann im Rahmen dieser Studie daher nicht festgestellt werden.

Die Hypothese bleibt unbeantwortet.

Familiäre Situation

Familienstand

Mütter, die ein uneheliches Kind zur Welt bringen, haben häufiger den PPB (Dankner et al. 2000).

Obwohl der Grad der Religiosität und der Familienstand der Mütter hochsignifikant korrelieren (M-W-U-Test: $p=0,009$, $n=128$) und die Ausübung der Religion signifikant mit der Entwicklung des PPB korreliert (vgl. S. 86), konnte kein signifikanter Zusammenhang einer Genese eines PPB und unehelicher Mutterschaft festgestellt werden.

Die Hypothese wird abgelehnt.

Unterstützung

Mütter, die mit der Unterstützung der Familie oder des Partners nicht zufrieden sind, haben häufiger den PPB (Chee et al. 2005).

In diversen Studien, u.a. in Singapur, wurde festgestellt, dass die emotionale Unterstützung ein signifikanter Einflussfaktor für die Ausbildung einer PPD ist (Chee et al. 2005). In meiner Studie wurden mehrere Fragen zum Thema Unterstützung gestellt. Diese waren aufgeteilt in Unterstützung während der Schwangerschaft, während der ersten Tage nach der Geburt im Geburtskrankenhaus (frühes Wochenbett) und die darauffolgende Zeit zu Hause (spätes Wochenbett).

Während der Schwangerschaft

Es zeigt sich, dass die Unterstützung des persönlichen Umfeldes (Familie, Eltern) während der Schwangerschaft ein signifikanter Einflussfaktor für die Entstehung des PPB ist. Mütter, die sich während dieser Phase ihres Lebens nicht ausreichend unterstützt fühlten, entwickelten signifikant häufiger einen PPB (M-W-U-Test: $p=0,017$, $n=128$, vgl. S. 84). In einer brasilianischen Studie (Da-Silva et al. 1998) wurde gezeigt, dass postpartal depressive Mütter weniger Unterstützung des Partners erhalten hatten. Die Entwicklung der Partnerschaft während der Schwangerschaft und die Entstehung des PPB zeigen im Rahmen meiner Studie keine signifikante Korrelation (M-W-U-Test: $p=0,713$, $n=128$). Besonders bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass sich nur bei neun der 128 Frauen die Partnerschaft negativ entwickelt hat, während in keinem Fall eine sehr negative Entwicklung angegeben wurde.

Im frühem Wochenbett

Als signifikanter Einflussfaktor wird der Besuch der Familie im Krankenhaus festgestellt. Wöchnerinnen, die im Krankenhaus von ihrer Familie besucht wurden, litten signifikant seltener (M-W-U-Test: $p=0,043$, $n=128$, vgl. S. 90) an einem PPB. Die bezüglich Anzahl der Besucher und Dauer des Besuches erhobenen Daten, sowie die Zufriedenheit mit dem Besuch stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Ausprägung eines PPB.

Im späten Wochenbett zu Hause

Ein neues Familienmitglied bringt für viele Mütter neue Sorgen zu den alten hinzu. Mütter mit PPB hatten hochsignifikant häufiger (M-W-U-Test: $p=0,002$, $n=128$, vgl. S. 91) ein schlechteres Gefühl beim Gedanken an zu Hause als Mütter ohne PPB. Außerdem zeigte sich, dass erstere hochsignifikant häufiger Angst vor Überforderung (M-W-U-Test: $p=0,000$, $n=128$, vgl. S. 92) oder Einsamkeit (M-W-U-Test: $p=0,001$, $n=128$, vgl. S. 93) hatten.

Die direkte Frage nach dem Vorhandensein familiärer Unterstützung wurde vom Großteil der Frauen bejaht. Da die Anzahl der Wöchnerinnen ohne ($n=3$) oder mit geringer ($n=6$) Unterstützung sehr klein ist, kann ein Zusammenhang dieses Faktors und der Genese des PPB anhand der Ergebnisse dieser Studie nicht nachgewiesen werden. Die erwähnten Faktoren korrelieren jedoch einzeln jeweils durchaus signifikant oder hochsignifikant mit der Entstehung des PPB. Diese Erkenntnisse deuten also auf einen indirekten Zusammenhang von familiärerer Unterstützung und PPB hin.

Die Hypothese wird angenommen.

Primiparae

Primiparae haben häufiger den PPB als Multiparae (Delius 2005).

In diversen Studien wurde ein Unterschied der Anfälligkeit von Primi- und Multiparae für Wochenbettstörung untersucht (Irfan 2003). Dabei wurde unter anderem festgestellt, dass Erstgebärende sich post partum häufiger in einer depressiveren Stimmung befinden (Fatoye et al. 2004), und dass Mütter mit weniger Geburten häufiger eine postpartale Depression entwickeln (Da-Silva et al. 1998). Die Resultate meiner Studie weisen auf keine signifikante Korrelation der Parität und der Wochenbettstörung PPB hin.

Die Hypothese wird abgelehnt.

Anzahl der Kinder

Die Anzahl der Kinder hat einen Einfluss auf die Häufigkeit des Auftretens des PPB (Faisal-Cury et al. 2004).

In einer brasilianischen Studie mit 113 Wöchnerinnen wurde festgestellt, dass die Mütter, die am 10. Tag post partum schlechter Stimmung waren, signifikant häufiger sowohl ein niedriges Bildungsniveau als auch eine größere Anzahl von Kindern hatten (Faisal-Cury et al. 2004). Ein signifikanter Zusammenhang der Anzahl der Kinder und der Entstehung des PPB kann in meiner Studie nicht festgestellt werden.

Die Hypothese wird abgelehnt.

Erziehung

Alleinerziehende Mütter erkranken häufiger an einem PPB als Mütter mit Unterstützung bei der Erziehung (Wickberg und Hwang 1997).

In einer schwedischen Studie (Wickberg und Hwang 1997) wurde gezeigt, dass alleinerziehende Mütter ein höheres Risiko hatten, an einer PPD zu erkranken. Ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der im Haushalt lebenden Erwachsenen und der Entstehung des PPB kann in meiner Studie nicht festgestellt werden. Die Frage, ob die Mutter ihr Kind allein erziehen würde, war nicht Teil des Fragebogens.

Die Hypothese kann durch diese Studie nicht bestätigt werden und wird verworfen.

Unzufriedenheit mit dem Geburtserlebnis

Die subjektive Unzufriedenheit der Mütter mit ihrer Situation während der Geburt führt zu einem häufigerem Auftreten des PPB im frühen Wochenbett (Strobl 2002).

Im Rahmen der MPPP wurde eine multifaktorielle Genese des PPB bestätigt. Anhand der Ergebnisse von 585 untersuchten Frauen konnte gezeigt werden, dass sowohl objektive als auch subjektive Faktoren Einfluss auf die Entstehung des PPB haben. Dabei wurden Komplikationen der Schwangerschaft und des Geburtsvorgangs als objektive begünstigende Faktoren gefunden. Außerdem konnte die subjektive Unzufriedenheit der Mutter in bestimmten Situationen um den Geburtshergang belegt werden (Strobl 2002). Im Rahmen meiner Studie zeigt die subjektive Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis keinerlei Einfluss auf eine Genese des PPB.

Die Hypothese wird abgelehnt.

Anzumerken ist hierbei noch, dass bei einzelnen als unangenehm empfundene Faktoren während und nach der Geburt durchaus ein Zusammenhang zur Genese eines PPB festzustellen ist. Erstens entwickelten Mütter, die sich durch die Anwesenheit der Krankenschwester gestört fühlten, interessanterweise signifikant häufiger einen PPB (M-W-U-Test: $p=0,023$, $n=128$, vgl. S. 85). Zweitens besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Entwicklung des PPB und der Unzufriedenheit mit der Klinik (M-W-U-Test: $p=0,043$, $n=128$, vgl. S. 87) oder dem Zimmer (M-W-U-Test: $p=0,033$, $n=128$, vgl. S. 88). Drittens war der Anteil von Müttern mit PPB, die mit den Zimmernachbarinnen nicht zufrieden waren, sogar hochsignifikant höher (M-W-U-Test: $p=0,001$, $n=128$, vgl. S. 89). Während also die Gesamteinschätzung des Geburtserlebnisses keinen signifikanten Zusammenhang aufweist, scheinen andere negative Erfahrungen während des Krankenhausaufenthaltes und der Geburt durchaus eine relevante Rolle zu spielen.

Soziokulturelle Faktoren

Medikalisierung

Die zunehmende Medikalisierung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beeinflusst das Befinden im Wochenbett (Delius 2005).

In einer finnischen Studie wurde ein Zusammenhang des Anästhesieverfahrens während der vaginalen Geburt und der PPD im anschließendem Wochenbett festgestellt (Hiltunen et al. 2004). Dies gibt Grund zur Annahme eines Zusammenhanges der Medikalisierung, des Geburtsschmerzes und des PPB. In meiner Studie kann kein signifikanter Zusammenhang des PPB zu vorgeburtlichen Untersuchungen und dem persönlichen Einschätzung der Geburtsvorbereitung seitens der Mutter festgestellt werden. Ebenso wenig ist eine Abhängigkeit des PPB mit der Art der Schmerzbehandlung, dem subjektiven Schmerzempfinden der Geburt oder einer nach der Geburt notwendigen Behandlung des Neugeborenen auf der Kinderstation nachweisbar. Die Hypothese, dass eine zunehmende Medikalisierung der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes einen Einfluss auf das psychische Befinden der Wöchnerin hat, kann im Rahmen meiner Studie nicht nachgewiesen werden.

Die Hypothese wird abgelehnt.

Bildung

Mütter mit geringer Schulbildung haben häufiger einen PPB als Mütter mit einem höherem Bildungsstand (Reck et al. 2008).

In der bereits erwähnten Studie von Faisal-Cury et al. (2004) wurde auch ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand der Mutter und der Entstehung des PPB festgestellt. Der Bildungsstand der Mütter stellt auch in meiner Studie einen signifikanten Einflussfaktor für die Genese des PPB dar. Interessanterweise sind jedoch im Gegensatz zu Faisal-Cury Wöchnerinnen mit höherem Bildungsniveau signifikant häufiger von PPB betroffen. Es hatten 84,8% (56/66) der Mütter ohne PPB und nur 67,7% (42/62) der Mütter mit PPB weniger als acht Jahre Schulbildung. Mütter mit einem höheren Bildungsniveau hatten signifikant häufiger einen PPB als Mütter mit einer geringeren Schulausbildung (M-W-U-Test: $p=0,048$, $n=128$, vgl. S. 79f).

Obwohl der Bildungsstand auch in meiner Studie ein signifikanter Einflussfaktor ist, wird die Hypothese in dieser Form abgelehnt.

Glaubensrichtung

Religionen, bzw. deren praktische Ausübung, haben einen Einfluss auf die Entstehung des PPB (Dankner et al. 2000).

In einer an 327 Müttern in Jerusalem durchgeführten Studie wurde festgestellt, dass das kulturelle Element der Religiosität einen signifikanten Einfluss auf die Entstehung depressiver Symptomatik im Wochenbett hat (Dankner et al. 2000). Da 94,5% (121/128) der in meiner Studie untersuchten Mütter katholisch waren, kann aufgrund der geringen Anzahl der nicht-katholischen Mütter der Einfluss der Glaubensrichtung nicht untersucht werden. Ein signifikanter Unterschied zeigt sich hingegen bei der Intensität, mit der die Mütter ihre Religion ausübten. Wöchnerinnen, die ihre Religion praktizierten, litten signifikant seltener an einem PPB (M-W-U-Test: $p=0,019$, $n=128$, vgl. S. 86).

Da ein signifikanter Zusammenhang der Ausübung der Religion und des Auftretens des PPB gezeigt werden konnte, wird die Hypothese angenommen.

Finanzielle Situation

Mütter mit finanziellen Problemen haben häufiger einen PPB als Mütter ohne finanzielle Sorgen (Rich-Edwards et al. 2006).

In einer früheren Studien in Boston wurde ein Zusammenhang eines erhöhten Auftretens depressiver Symptomatik bei Müttern in finanzieller Not festgestellt (Rich-Edwards et al.

2006). Der Einfluss von vier finanziell bedingten Faktoren kann auch im Rahmen dieser Studie nachgewiesen werden. Die Ergebnisse meiner Studie zeigen, dass erstens finanzielle Sorgen die Mütter mit PPB hochsignifikant häufiger plagten als Mütter ohne PPB (M-W-U-Test: $p=0,004$, $n=128$, vgl. S. 97). Zweitens war der Anteil an Frauen mit Wunsch nach Wiederaufnahme einer erwerbstätigen Beschäftigung in der Gruppe der Mütter mit PPB signifikant höher (M-W-U-Test: $p=0,010$, $n=128$, vgl. S. 95). Drittens war die Intensität des Wunsches in dieser Gruppe signifikant stärker ausgeprägt (M-W-U-Test: $p=0,048$, $n=128$, vgl. S. 95). Und viertens litten Wöchnerinnen, die mit ihrer Wohnsituation unzufrieden waren hochsignifikant häufiger an einem PPB (M-W-U-Test: $p=0,000$, $n=128$, vgl. S. 96).

Die Hypothese wird aufgrund dieser Ergebnisse angenommen.

Zeremonien

Die Anwendung von traditionelle Riten und Bräuchen während und nach der Schwangerschaft beeinflussen die Entstehung des PPB im Wochenbett.

Verschiedene Rituale haben unterschiedlich starke Auswirkungen auf die Entstehung des PPB (Delius 2005).

Auf kulturelle Besonderheiten und zeremonielle Handlungen wurde in vielen internationalen Studien bereits hingewiesen. Es wurde berichtet, dass unterschiedliche Manifestationen der Depression in verschiedenen Kulturen zu erwarten sind (Postmontier und Horowitz 2004). Andere Studien weisen auf eine eventuelle unterschiedliche Antworttendenz verschiedener Kulturen hin (Matthey et al. 1997).

In meiner Studie wird traditionellen Handlungen und Gebräuchen besondere Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. S. 41). Weder die Anwendung traditioneller Handlungen noch die verschiedenen Rituale im Vergleich untereinander zeigten eine signifikante Beeinflussung der Entstehung des PPB im Wochenbett. Da 99,2% ($n=127$) der Wöchnerinnen den *resguardo* einhielten, kann sein Einfluss auf die Befindlichkeit im Wochenbett nicht gemessen werden, da keine Vergleichsgruppe mit Müttern ohne Anwendung des *resguardo* vorliegt. Da weder die Anwendung von Riten und Zeremonien, noch die verschiedenen Rituale unterschiedliche Auswirkung auf eine Entstehung des PPB zeigen, wird die Hypothese aufgrund fehlender Signifikanz verworfen.

Eipo-Brasilien

Die traditionellen Handlungen und Zeremonien der Brasilianer und der Eipo sind ähnlich (Schiefenhövel 1995).

Vergleicht man die brasilianischen traditionellen Hausgeburten mit Berichten ethnischer Gruppen in anderen Ländern, so sind mehrere Parallelen erkennbar. Ausgehend von den Berichten von W. Schiefenhövel (1995) über die Eipo in West-Neuguinea, lassen sich folgende Ähnlichkeiten erkennen.

So wie die brasilianischen Hausgeburten in einer vertrauten Umgebung, den eigenen vier Wänden stattfindet, begeben sich die schwangeren Eipo-Frauen in die Nähe des Frauenhauses (*barye eik*). Dieses Frauenhaus steht am Rande des Dorfes, und ist ihnen wohlbekannt, da sie hier in der Vergangenheit Geburten beobachteten und sich außerdem während der Menstruationstage hier befinden. Eine weitere Ähnlichkeit stellt die Geburtsbegleitung älterer Frauen mit Geburtserfahrung dar (Schiefenhövel 1988). In beiden Fällen wird einerseits von Bauchstreicheln/-massieren berichtet und andererseits eine vaginale Untersuchung an der Gebärenden unterlassen. Eine weitere Ähnlichkeit der Geburtstradition ist, dass in beiden Fällen durch die Anrufung des Übernatürlichen um Unterstützung gebeten wird. Während die Brasilianer sich an Heilige wendeten, riefen die Eipo Geister um Hilfe an. Ebenso zeigt sich eine Parallele in der Symbolik der Kraft. In Brasilien wurde die Frau mit Hut und Hemd des Ehemannes bekleidet, um neue Kraft zu schöpfen. Analog verwenden die Eipo eine neue „aus Riedgrasstengeln (*Eleocharis dulcis*) gefertigte Schamschürze“ (Schiefenhövel 1995: 60), die ebenfalls symbolisch für neue Kraft steht. Wie auch in den Berichten diverser anderer Völker, ist weder in Brasilien noch bei den Eipo die Geburtsposition streng vorgegeben. Die Gebärende selbst entscheidet, wie sie ihr Kind zur Welt bringt. Die Beteiligten haben eher eine unterstützende als eine bestimmende Funktion. Meistens bevorzugen die Gebärenden eine vertikale Körperhaltung während der Austreibungsphase. Außerdem wird einheitlich berichtet, dass die weibliche Geburtsbegleitung von Anfang bis Ende des Geburtsvorganges anwesend ist. Ebenso ist bekannt, dass die Eipo, ähnlich der brasilianischen Tradition, Asche auf den Nabelstumpf des Neugeborenen streuen.

In Madagaskar wurden bei den Mahafaly auch Traditionen beobachtet, die den brasilianischen gleichen. Erwähnenswert sind hierunter beispielsweise Ähnlichkeiten bei den Waschtraditionen, sowie den Ge- und Verboten und der Tradition des Vergrabens der Nachgeburt etc. (Schomerus-Gernböck 1981).

Die in der internationalen Fachliteratur vorliegenden Studien zum Thema Geburtstraditionen bieten eine Großzahl weiterer illustrativer Beispiele verschiedener Völkergruppen, die sich in zentralen Aspekten ähneln und gleiche Bedeutung oder Symbolik verwenden. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, sollen obige Beispiele als Illustration dieser Tatsache genügen.

5.2.4. Lineares Regressionsmodell

1. Schritt: Ergebnisse des Gesamtansatzes unter Berücksichtigung aller signifikanter Variablen

Zunächst wird eine lineare Regression unter Berücksichtigung aller als signifikant festgestellten Variablen durchgeführt (vgl. Tabellen 35-37). Dabei ergibt sich ein Bestimmtheitsmaß R-Quadrat von 0,464, was bedeutet, dass 46,4% der Streuung des Blues-Scores durch dieses Regressionsmodell erklärt werden können. Das gesamte Modell hat einen sehr guten Erklärungsgehalt, welcher durch die Signifikanz der Varianzanalyse bestätigt wird. (Signifikanz 0,000). Jedoch ist zu beachten, dass der Ansatz bei einer nur sehr geringen Anzahl an Fällen relativ viele Regressoren enthält, was zu Ungenauigkeiten führen kann. Deshalb wird die Fragebatterie zur Zufriedenheit mit der Klinik, dem Zimmer und der Zimmernachbarin, die sich als äußerst insignifikant herausgestellt hat, aus dem Ansatz entfernt. Die Ergebnisse dieses Ansatzes werden im zweiten Schritt dargestellt.

Tabelle 35: Modellzusammenfassung Gesamtansatz

Modellzusammenfassung			
R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
,681(a)	0,464	0,349	3,27347

Tabelle 36: Analysis of Variables Gesamtansatz

Analysis of Variables (ANOVA)					
	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Regression	733,716	17	43,16	4,03	,000(a)
Residuen	846,531	79	10,716		
Gesamt	1580,247	96			

Tabelle 37: Übersicht Gesamtansatz

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta	Nullter Ordnung	Partiell
(Konstante)	15,488	4,264		3,632	0
Wie alt sind Sie?	-0,112	0,064	-0,165	-1,755	0,083
Schuljahre?	0,082	0,075	0,104	1,098	0,275
Depressive Vorerkrankung?	-0,509	1,832	-0,025	-0,278	0,782
Ging es Ihnen nach früheren Schwangerschaften seelisch gut?	-2,435	1,078	-0,212	-2,258	0,027
Sind Sie bewusst religiös?	0,418	0,792	0,051	0,527	0,6
Wie war Ihre Stimmung während der Schwangerschaft?	0,647	0,366	0,166	1,767	0,081
ausreichende Unterstützung vom persönlichen Umfeld?	-0,704	0,502	-0,146	-1,402	0,165
Machen Sie sich Sorgen um Ihre wirtschaftliche Situation?	0,122	0,244	0,048	0,5	0,618
Sind Sie zufrieden mit der Klinik?	0,372	0,612	0,077	0,608	0,545
Sind Sie zufrieden mit dem Zimmer?	-0,336	0,559	-0,078	-0,601	0,549
Sind Sie zufrieden mit den Nachbarinnen?	-0,471	0,793	-0,078	-0,594	0,554
Besucht Sie die Familie?	-0,917	1,196	-0,069	-0,766	0,446
Wie empfinden Sie Ihre Wohnsituation	-0,69	0,378	-0,2	-1,825	0,072
Wie geht es Ihnen, wenn Sie an zuhause denken?	-0,182	0,281	-0,059	-0,649	0,518
Haben Sie Angst, dass Sie überfordert sein können?	0,852	0,804	0,101	1,061	0,292
Haben Sie Angst, dass Sie einsam sein könnten?	1,171	0,762	0,143	1,536	0,129
Möchten Sie gerne wieder arbeiten?	0,341	0,215	0,151	1,584	0,117

2. Schritt: Verkleinerter Ansatz

In einem zweiten Schritt wurden einige Variablen ausgeschlossen. Ergebnisse des ersten verkleinerten Ansatzes sind im Folgenden dargestellt (vgl. Tabellen 38-40). Es wurden die Variablen Zufriedenheit mit Klinik, Zimmer und Nachbarin entfernt. Dies führt zu einer Vereinfachung des Modells mit weniger Variablen und gleichzeitig zu einer Vergrößerung der Fallzahl von 96 auf 115, da diese Fragen von mehreren Wöchnerinnen nicht beantwortet worden war. Dabei ergibt sich ein R-Quadrat von 0,426, was heißt, dass 42,6% der Streuung der PPB Scores durch dieses Regressionsmodell erklärt werden. Dies und die Signifikanz der

Varianzanalyse, welche wieder bei 0,000 liegt, signalisieren einen sehr guten Erklärungsgehalt des Modells. Zudem ist anzumerken, dass das Problem der Multikollinearität, also der linearen Abhängigkeit der Regressoren untereinander, trotz der Vielzahl an Einflussgrößen nicht in nennenswerter Weise auftritt: Varianzinflationsfaktor und Toleranz nehmen Werte an, die weit von den kritischen Schwellenwerten 10 bzw. 0,1 entfernt sind. Auch dies spricht für eine gute Modellanpassung.

Tabelle 38: Modellzusammenfassung verkleinerter Ansatz

Modellzusammenfassung			
R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
,653(a)	0,426	0,347	3,56166

Tabelle 39: Analysis of Variables verkleinerter Ansatz

Analysis of Variables (ANOVA)					
	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Regression	952,661	14	68,047	5,36	,000(a)
Residuen	1281,227	101	12,685		
Gesamt	2233,888	115			

Tabelle 40: Übersicht verkleinerter Ansatz

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz	Kollinearitätsstatistik	
	B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
(Konstante)	14,528	4,122		3,524	0,001		
Wie alt sind Sie?	-0,152	0,063	-0,195	-2,428	0,017	0,879	1,137
Schuljahre?	0,076	0,075	0,088	1,02	0,31	0,758	1,319
Depressive Vorerkrankung?	0,443	1,765	0,021	0,251	0,802	0,851	1,175
Ging es Ihnen nach früheren Schwangerschaften seelisch gut?	-2,05	1,011	-0,169	-2,028	0,045	0,817	1,224
Sind Sie bewusst religiös?	0,111	0,749	0,013	0,148	0,883	0,783	1,278
Wie war Ihre Stimmung während der Schwangerschaft?	0,653	0,361	0,157	1,807	0,074	0,755	1,325
ausreichende Unterstützung vom persönlichen Umfeld?	-0,573	0,465	-0,108	-1,232	0,221	0,742	1,347
Machen Sie sich Sorgen um Ihre wirtschaftliche Situation?	0,193	0,24	0,069	0,804	0,423	0,778	1,285
Besucht Sie die Familie?	-1,485	1,052	-0,114	-1,412	0,161	0,878	1,139
Wie empfinden Sie Ihre Wohnsituation	-0,482	0,346	-0,124	-1,393	0,167	0,715	1,399
Wie geht es Ihnen, wenn Sie an zuhause denken?	-0,615	0,263	-0,191	-2,335	0,022	0,846	1,182
Haben Sie Angst, dass Sie überfordert sein können?	0,878	0,771	0,097	1,14	0,257	0,79	1,267
Haben Sie Angst, dass Sie einsam sein könnten?	1,312	0,73	0,148	1,797	0,075	0,841	1,189
Möchten Sie gerne wieder arbeiten?	0,354	0,201	0,149	1,758	0,082	0,793	1,261

3. Schritt: Stepwise-Regression

In einem dritten Schritt wird eine schrittweise Regression (Stepwise Regression) durchgeführt (vgl. Tabellen 41-43) bei welcher lediglich die Variablen in den Ansatz aufgenommen werden, die Erklärungsgehalt haben.

Tabelle 41: Modellzusammenfassung Stepwise-Regression

Modellzusammenfassung				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,369(a)	0,137	0,129	4,11343
2	,445(b)	0,198	0,184	3,98079
3	,499(c)	0,249	0,229	3,87042
4	,548(d)	0,3	0,275	3,75325
5	,579(e)	0,336	0,306	3,67271
6	,600(f)	0,36	0,325	3,62174
7	,621(g)	0,386	0,346	3,56505

Tabelle 42: Analysis of Variables Stepwise-Regression

Analysis of Variables (ANOVA)						
Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
1	Regression	304,972	1	304,972	18,02	,000(a)
	Residuen	1928,916	114	16,92		
	Gesamt	2233,888	115			
2	Regression	443,209	2	221,604	13,98	,000(b)
	Residuen	1790,679	113	15,847		
	Gesamt	2233,888	115			
3	Regression	556,112	3	185,371	12,37	,000(c)
	Residuen	1677,776	112	14,98		
	Gesamt	2233,888	115			
4	Regression	670,246	4	167,561	11,9	,000(d)
	Residuen	1563,642	111	14,087		
	Gesamt	2233,888	115			
5	Regression	750,124	5	150,025	11,12	,000(e)
	Residuen	1483,764	110	13,489		
	Gesamt	2233,888	115			
6	Regression	804,136	6	134,023	10,22	,000(f)
	Residuen	1429,751	109	13,117		
	Gesamt	2233,888	115			
7	Regression	861,254	7	123,036	9,681	,000(g)
	Residuen	1372,634	108	12,71		
	Gesamt	2233,888	115			

Hier ist letztlich nur Modell 7 relevant, welches es alle relevanten Variablen enthält. Das R-Quadrat liegt bei 0,386. Es werden also 38,6 % der Streuung durch das Modell erklärt. Einflussstärkste hochsignifikante Variable ($p=0,004$) ist der Gedanke an zu Hause, gefolgt vom Alter der Wöchnerin ($p=0,010$) und der Angst vor Einsamkeit ($p=0,012$). Die Frage der Kausalität (Faktor erklärt den PPB oder PPB erklärt den Faktor) kann nicht abschließend geklärt werden.

Tabelle 43: Übersicht Stepwise-Regression

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz	Kollinearitätsstatistik	
		B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	12,965	1,306		9,929	0		
	Wie empfinden Sie Ihre Wohnsituation	-1,433	0,338	-0,369	-4,245	0	1	1
2	(Konstante)	14,695	1,393		10,551	0		
	Wie empfinden Sie Ihre Wohnsituation	-1,191	0,337	-0,307	-3,536	0,001	0,941	1,063
	Ging es Ihnen nach früheren Schwangerschaften seelisch gut?	-3,109	1,052	-0,256	-2,954	0,004	0,941	1,063
3	(Konstante)	16,286	1,473		11,057	0		
	Wie empfinden Sie Ihre Wohnsituation	-1,076	0,33	-0,277	-3,258	0,001	0,926	1,08
	Ging es Ihnen nach früheren Schwangerschaften seelisch gut?	-3,206	1,024	-0,265	-3,131	0,002	0,94	1,064
	Wie geht es Ihnen, wenn Sie an zuhause denken?	-0,729	0,265	-0,227	-2,745	0,007	0,984	1,016
4	(Konstante)	19,968	1,927		10,362	0		
	Wie empfinden Sie Ihre Wohnsituation	-0,901	0,326	-0,232	-2,765	0,007	0,893	1,12
	Ging es Ihnen nach früheren Schwangerschaften seelisch gut?	-3,262	0,993	-0,269	-3,284	0,001	0,939	1,065
	Wie geht es Ihnen, wenn Sie an zuhause denken?	-0,746	0,257	-0,232	-2,898	0,005	0,983	1,017
	Wie alt sind Sie?	-0,18	0,063	-0,23	-2,846	0,005	0,964	1,037
5	(Konstante)	18,247	2,014		9,06	0		
	Wie empfinden Sie Ihre Wohnsituation	-0,798	0,322	-0,206	-2,48	0,015	0,877	1,14
	Ging es Ihnen nach früheren Schwangerschaften seelisch gut?	-2,958	0,98	-0,244	-3,019	0,003	0,924	1,082
	Wie geht es Ihnen, wenn Sie an zuhause denken?	-0,707	0,252	-0,22	-2,802	0,006	0,979	1,021
	Wie alt sind Sie?	-0,169	0,062	-0,217	-2,732	0,007	0,959	1,042
	Haben Sie Angst, dass Sie einsam sein könnten?	1,731	0,711	0,195	2,433	0,017	0,942	1,062
6	(Konstante)	14,596	2,68		5,447	0		
	Wie empfinden Sie Ihre Wohnsituation	-0,577	0,336	-0,149	-1,72	0,088	0,785	1,274
	Ging es Ihnen nach früheren Schwangerschaften seelisch gut?	-2,677	0,976	-0,221	-2,743	0,007	0,905	1,104
	Wie geht es Ihnen, wenn Sie an zuhause denken?	-0,651	0,25	-0,202	-2,599	0,011	0,967	1,034
	Wie alt sind Sie?	-0,172	0,061	-0,221	-2,822	0,006	0,959	1,043
	Haben Sie Angst, dass Sie einsam sein könnten?	1,774	0,702	0,2	2,527	0,013	0,941	1,063
	Wie war Ihre Stimmung während der Schwangerschaft?	0,708	0,349	0,17	2,029	0,045	0,835	1,197
7	(Konstante)	12,306	2,85		4,317	0		
	Wie empfinden Sie Ihre Wohnsituation	-0,574	0,33	-0,148	-1,738	0,085	0,785	1,274
	Ging es Ihnen nach früheren Schwangerschaften seelisch gut?	-2,155	0,992	-0,178	-2,172	0,032	0,849	1,177
	Wie geht es Ihnen, wenn Sie an zuhause denken?	-0,732	0,249	-0,228	-2,935	0,004	0,944	1,059
	Wie alt sind Sie?	-0,159	0,06	-0,204	-2,629	0,010	0,948	1,055
	Haben Sie Angst, dass Sie einsam sein könnten?	1,76	0,691	0,198	2,547	0,012	0,941	1,063
	Wie war Ihre Stimmung während der Schwangerschaft?	0,776	0,345	0,186	2,25	0,027	0,828	1,208
	Möchten Sie gerne wieder arbeiten?	0,402	0,19	0,169	2,12	0,036	0,897	1,115

6. ZUSAMMENFASSUNG

Ziel des MPPP ist eine Erforschung der auslösenden Faktoren des PPB im frühen Wochenbett. In der vorliegenden Arbeit wurde eine Feldstudie in einer ländlichen Region im Nordosten Brasiliens durchgeführt. Spezielles Augenmerk wurde dabei auf die psychosozialen, kulturellen und traditionellen Faktoren des PPB gelegt.

Methodik

In zwei kleinen ländlichen Krankenhäusern des brasilianischen Bundesstaates Paraíba wurden im Laufe einer 14-monatigen Feldstudie 128 Wöchnerinnen untersucht. Die Befragung wurde unter Verwendung einer angepassten Version des Fragebogens des MPPP am fünften Tag post partum zu Hause durchgeführt. Durch Anwendung des international anerkannten Instrumentes zur Messung des PPB nach Kennerley und Gath wurden die Wöchnerinnen der Stichprobe in eine Gruppe mit und eine ohne PPB eingeteilt. Die Auswertung der Befragung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS. Durch Anwendung der gängigen statistischen Verfahren wurden signifikante und hochsignifikante Unterschiede der beiden Gruppen herausgearbeitet (vgl. S. 77ff).

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Mütter mit PPB sich in 19 Punkten des angewandten Fragebogens von Müttern ohne PPB signifikant oder hochsignifikant unterscheiden.

Folgende Faktoren korrelierten dabei mit dem Auftreten des PPB:

Prädisponierende Faktoren

- höherer Bildungsstand
- psychische Vorerkrankungen innerhalb der Familie
- geringes Alter der Mutter bei der Geburt
- schlechter seelischer Zustand während früherer Schwangerschaften
- keine bewusste Ausübung der Religion
- Stimmung während der Schwangerschaft
- mangelnde Unterstützung des sozialen Umfeldes während der Schwangerschaft
- schlechte finanzielle Situation

Geburt und Wochenbett

- Empfindung der Anwesenheit der Krankenschwester als Störfaktor
- Unzufriedenheit mit der Klinik, dem Zimmer oder den Zimmernachbarinnen

- mangelnder Besuch der Familie im frühen Wochenbett
- Wunsch nach Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit
- Angst vor Einsamkeit
- Angst vor Überforderung
- Situation zu Hause (Wohnsituation, wirtschaftliche Situation, generelle Sorgen)

Explizit wurde im Rahmen dieser Studie auf eine Untersuchung der Gegebenheiten des brasilianischen Wochenbettes Wert gelegt. Anhand von Literaturrecherche und Befragung der Wöchnerinnen kann das frühere und heute noch angewandte traditionelle Wochenbett des brasilianischen Bundesstaates Paraíba beurteilt werden. Es zeigt sich dabei, dass gewisse traditionelle Verhaltensweisen der Brasilianer mit Berichten von Traditionen entfernt gelegener Länder übereinstimmen oder ähnlich sind. Die traditionelle Anwendung des *resguardo*, der Wochenbett-Seklusion, eines traditionellen Schutzzeitraums und Schutzortes, wird bis heute von fast allen Müttern in der untersuchten Region eingehalten. Vereinzelt konnten andere Riten, wie z.B. ein besonderes Waschverhalten, beobachtet werden. Ein Zusammenhang des Auftretens des PPB und traditionellen Verhaltensweisen konnte jedoch nicht nachgewiesen werden (vgl. S. 108).

Schlussfolgerungen

Wie bereits frühere Studien liefert auch meine Untersuchung relevante Faktoren für die Entstehung des PPB in verschiedenen Bereichen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Die zugrundeliegende Annahme einer multifaktoriellen Genese des Phänomens wird dadurch bestätigt. Generelle Schlussfolgerungen sind daher schwierig. Der Versuch, die Entstehung eines PPB zu vermeiden, kann an den hier festgestellten Faktoren ansetzen.

Während die prädisponierenden Faktoren kurzfristig kaum oder gar nicht beeinflusst werden können, sollten im Rahmen der Geburt, sowie ihrer Vorbereitung und der anschließenden Betreuung im Krankenhaus die erörterten Risikofaktoren für PPB explizit berücksichtigt werden. Vorbeugende und verbessernde Maßnahmen sollten an diesen ansetzen. Die Ergebnisse meiner Studie liefern hierfür zahlreiche Ansatzpunkte. Generell erscheint eine besondere Berücksichtigung der Wünsche der Mutter innerhalb der ersten Tage nach der Geburt empfehlenswert, da die subjektive Zufriedenheit mit den äußeren Umständen sowohl der Klinik als auch des Besuches eine besondere Rolle spielen. Des Weiteren ist die Unterstützung des Umfeldes, sei es des Partners oder der Familie, von großer Bedeutung. Aus den Ergebnissen der Studie kann man schließen, dass eine emotionale und aktive Teilnahme der Angehörigen zu einem geringerem Auftreten des PPB führen sollte. Dies wäre z.B. durch

eine Strukturierung und Einbindung der Familie in die Zeit des Wochenbettes möglich, wie es in manchen Kulturen der Fall ist (Stern und Kruckman 1983). Natürlich ist die Beachtung der einzelnen Faktoren sinnvoller als diese generelle Empfehlung, die eher als allgemeine Schlußfolgerung zu verstehen ist. Insgesamt sei zuletzt noch angemerkt, dass für alle festgestellten Korrelationen die Richtung der Kausalität schwer oder gar nicht feststellbar ist. Ob also der PPB der Grund für oder die Folge des jeweils festgestellten Problems ist, lässt sich daher kaum sagen.

Empfehlung für weitere Studien

Die in dieser Arbeit gefundenen Ergebnisse und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen geben Grund zu der Vermutung, dass Studien dieser Art zu einem besseren Verständnis dieses bisher eher wenig beachteten Problems führen. Tiefgreifenderes Wissen über die auslösenden Faktoren ermöglicht die Verbesserung des medizinischen Beistandes im Rahmen dieses grundlegenden Erlebnisses im Leben vieler Frauen. Zum Verständnis der genaueren Umstände und für die Entwicklung von weiteren Verbesserungsvorschlägen, wären zusätzliche Studien hilfreich. Zusammenfassend sollen neben den erarbeiteten Ergebnissen daher auch noch sinnvoll erscheinende Empfehlungen für Folgestudien aufgelistet werden, die sich im Rahmen meiner Arbeit ergeben haben.

Folgende Faktoren konnten mit dem in dieser Studie zur Verfügung stehenden Datenmaterial nicht zufriedenstellend beantwortet werden und sollten daher in Folgestudien bei der Datenerhebung verstärkt beachtet werden.

Probleme bei früheren Schwangerschaften.

Es wird eine Unterscheidung in psychische und physische Faktoren empfohlen (vgl. S. 80f).

Heterogene Gruppe

Eine Reihe von Problemen ergab sich durch die Ähnlichkeiten innerhalb der vorliegenden Stichprobe. In zentralen Eigenschaften war sich die vorliegende Gruppe ähnlich. So waren z.B. nur zwei Frauen nicht katholisch, alle waren sich der Unterstützung der Familie sicher und hatten eine positive Entwicklung ihrer Partnerschaft während der Schwangerschaft und hielten den traditionellen *resguardo* ein. Aufgrund der Erhebung der Daten in zwei ländlichen Krankenhäusern, waren erwartungsgemäß auch die grundlegenden Eigenschaften des Grossteils der Stichprobe (Schulbildung, Lebensverhältnisse, etc.) ähnlich (vgl. S. 79f). Zwar

ermöglicht dieser Umstand die Erarbeitung relativ solider Ergebnisse im Rahmen der Gruppe. Gleichzeitig ist jedoch unter diesen Umständen die Vergleichbarkeit zu anderen Gruppen schwer oder gar nicht möglich. Empfehlenswert erscheint daher die Auswahl von zwei oder mehreren Stichproben. Idealerweise sind die Mitglieder einer Gruppe möglichst homogen und die Gruppen möglichst heterogen. Unter diesen Umständen sind solide Ergebnisse für die einzelnen Gruppen feststellbar und gleichzeitig ein Vergleich zu den anderen Gruppen möglich.

Körperkontakt und Stillen

Dieser relevant erscheinende Faktor konnte leider nicht genauer untersucht werden, da in meiner Erhebung zu wenige Frauen waren, die nicht stillten ($n=2$). In Folgestudien wäre dies bei ausreichend großer Stichprobe an Nichtstillerrinnen durchaus ein untersuchenswerter Punkt. Dabei sollte auch der genaue Zeitpunkt des ersten Stillens genauer festgestellt werden.

Unzufriedenheit mit dem Geburtserlebnis

Ein direkter Zusammenhang zwischen Geburtserlebnis und PPB konnte nicht festgestellt werden. Trotzdem waren Einflussfaktoren zu beobachten, die hier eine Rolle spielen (vgl. S. 85ff). Eine genauere Untersuchung könnte hier interessant sein.

Statistische Auswertung

Im Gegensatz zu früheren Studien wurde in der vorliegenden Arbeit zusätzlich zu der einzelnen Prüfung der Hypothesen noch ein Gesamtansatz in Form einer linearen Regression angewandt. Entscheidende Schwachpunkte werden dadurch vermieden. Daher ist dieser Ansatz auch für weitere Studien zu empfehlen.

7. LITERATUR

- Abou-Saleh, M. T., Ghubash, R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: A transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand* 95 (1997) 428-432
- Affonso, D., De, A., Horowitz, J., Mayberry, L. An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Res* 49 (2000) 207-216
- Ahrer, S. Postpartale Dysphorie- Eine Untersuchung von 51 Krankenhausgeburten in St. Veit/Glan. Diplomarbeit (2006), Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Leopold Franzens-Universität Innsbruck
- Azevedo, K., Arrais, A. O Mito da Mãe Exclusiva e seu Impacto na Depressão Pós-Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2006; 19 (2), 269-276.
- Bahlsa, S., Carvalho, G. A relação entre a função tireoidiana e a depressão: uma revisão. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(1):41-9
- Beck, C. T. A Meta-Analysis of Predictors of Postpartum Depression. *Nurs Res* 45 (1996) 297-303
- Bergant, A., Heim, K., Ulmer, H., Illmensee, K. Early Postnatal Depressive Mood: Associations with Obstetric and Psychosocial Factors. *J Psychosom Res* 46 (1999) 391-394
- Bernazzani, O., Saucier, J., David, H., Borgeat, F. Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *J Affect Disord* 46 (1997) 39-49
- Bloch, M., Schmidt, P., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., Rubinow, D. Effects of Gonadal Steroids in Women with a History of Postpartum Depression. *Am J Psychiatry* 157 (2000) 924-930
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., Klein, E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* (2006) 28(1): 3-8.
- Boutet, C., Vercueil, L., Schelstraete, C., Buffin, A., Legros, J. Oxytocin and maternal stress during the post-partum period. *Ann Endocrinol (Paris, 2006)* 67(3): 214-23.
- Bryan, T., Georgiopoulos, A., Harms, R., Huxsahl, J., Larson, D., Yawn B. Incidence of Postpartum Depression in Olmsted County, Minnesota. *J Reprod Med* 44 (1999) 351-358
- Chandran, M., Tharyan, P., Muliylil, J., Abraham, S. Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and risk factors. *Br J Psychiatr* 181 (2002) 499-504
- Chee, C., Lee, D., Chong, Y., Tan, L., Ng, T., Fones, C. Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *J Affect Disord* (2005) 89(1-3): 157-66
- Complojer, M. Die postpartale Dysphorie- Eine Untersuchung an Wöchnerinnen in Brixen / Südtirol. Diplomarbeit (2006), Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Leopold Franzens-Universität Innsbruck

- Cooper, P., Tomlinson, M., Swartz, L., Woolgar, M., Murray, L., Molteno, C. Postpartum depression and the mother – infant relationship in a south African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 175 (1999) 554-558
- Costa, R., Pacheco, A., Figueiredo, B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev. Psiqu. Clín* 34 (4); 157-165, 2007
- Cox, J. L. Postnatal Depression: A Comparison of African and Scottish Women. *Soc Psychiatry* 18 (1983) 25-28
- Cox, J. L., Holden J., Sagovsky, R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150 (1987) 782-786
- Cox, J. L. Perinatal mental disorder – a cultural approach. *Int Rev Psychiatry* 8 (1996) 9-16
- Cox, J. L. Perinatal mood disorders in a changing culture. A transcultural European and African perspective. *Int Rev Psychiatry* 11 (1999) 103-110
- Dammann, G., Schiefenhövel, W., Strobl, C. (1998) Post partum blues and depression - Culture bound syndromes in industrialized countries. *Homo* 49/Supplement: S17
- Dammann, G. Schiefenhövel, W. (2000) Die Münchner Postpartum Studie: Evolutionspsychologische Hypothesen und Design der Untersuchungen
- Dammann, G., Schiefenhövel, W. (2001) Wochenbettdepression und Heultage in anthropologisch-transkultureller Forschungsperspektive
- Dankner, R., Goldberg, R., Fisch, R., Crum, R. Cultural Elements of Postpartum Depression. A Study of 327 Jewish Jerusalem Women. *J Reprod Med* 45 (2000) 97-104
- Da-Silva, V., Moraes-Santos, A., Carvalho, M., Martins, M., Teixeira, N. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res* (1998) 31(6) 799-804.
- Delius, M. Befindlichkeitsstörungen im Wochenbett im kulturellen Kontext. Literaturanalyse und empirische Untersuchung mit Migrantinnen aus der Türkei in Deutschland, Dissertation, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Technische Universität München (2005)
- Dias, M. D. Mãos que acolhem vidas: as parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina (2002)
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Samuelsen, S. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 104 (2001) 243-249
- Edhborg, M. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. In: *Scand J Caring Sci.* 2008; 22(2):186-95
- Escribà, V., Más, R., Romito, A., Saurel-Cubizolles, M. Psychological distress of new Spanish mothers. *Eur J Public Health* 9 (1999) 294-299

- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., Golding, J. Cohort Study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 323 (2001) 257-260.
- Faisal-Cury, A., Tedesco, P., Kahalle, S., Menezes, P., Zugaib, M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Womens Ment Health* (2004) 7(2): 123-31.
- Faisal-Cury, A., Menezes, P., Tedesco, J., Kahalle, S., Zugaib, M. Maternity Blues: prevalence and risk factors. *Span J Psychol.* 2008; 11(2):593-9.
- Fatoye, F.O., Adeyemi, A.B, Oladimeji, B. Postpartum depression following normal vaginal delivery among Nigerian women. *Psychol Rep.* 2004; 94(3 Pt 2):1276-8.
- Fellacher, M. Baby Blues in Papua-Neuguinea. Diplomarbeit (2005), Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Leopold Franzens- Universität Innsbruck
- Ferber, S. G. The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: the contribution of parity. *Early Hum Dev* (2004) 79(1): 65-75.
- Fink, H., Eine empirische Untersuchung sozialer und kultureller Faktoren für die Entstehung des Baby Blues in Brasilien (unveröffentlichtes Manuskript)
- Ghubash, R., Abou-Saleh, M.T. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates. *In Br J Psychiatry* (1997), 171, 65-68
- Goldbort, J. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs* (2006) 31(2): 121-6.
- Gonidakis, F., Rabavilas, A., Varsou, E., Kreatsas, G., Christodoulou, G. Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. *J Affect Disord.* 2007 Apr;99(1-3):107-15.
- Guedeney, N., Fermanian, J., Guelfi, J., Kumar, R. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of Major depressive disorders in early postpartum: some concerns about false negatives. *J Affect Disord* 61 (2000) 107-112
- Hasselmann, M., Werneck, G., Silva, C., Cardim, C. Sintomas de depressão pós-parto e interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo nos dois primeiros meses de vida. *Cad. Saúde Pública* 2008, 24 Sup 2: 341-352
- Hatton, D., Harrison-Hohner, J., Coste, S., Dorato, V., Curet, L., McCarron, D. Symptoms of post partum depression and breastfeeding. *J Hum Lact.* 2005;21(4):444-9
- Herzog, H. Die Yanomami. In: Schiefenhövel W. et. al. *Im Spiegel der Anderen.* (1993) 36-45.
- Hiltunen, P., Raudaskoski, T., Ebeling, H., Moilanen, I. Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? *Acta Obstet Gynecol Scand* 83 (2004) 257-261
- Hohlgeschwandtner, M., Husslein, P., Klier, C., Ulm, B. Correlation between serum testosterone levels and peripartum mood states. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80 (2001) 326-330
- Holden, J. The role of health visitors in postnatal depression. *Int Rev Psychiatry* 8 (1996) 79-86
- Hrды, S.B. *Mother Nature. A History of Mothers, Infants, and Natural Selection.* Pantheon Books, New York, 1999

- ICD 10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification Version 2009
- Ijuin, T., Douchi, T., Yamamoto, S., Ijuin, Y., Nagata, Y. The relationship between maternity blues and thyroid dysfunction. *J Obstet Gynaecol Res.* 1998;24(1):49-55.
- Irfan, N., Bader, A. Determinants and pattern of postpartum psychological disorders in Hazara division of Pakistan, *J Ayub Med Coll Abbottabad* (2003); 15(3):19-23
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., Sydsjö, G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80 (2001) 251-255
- Josefsson, A., Angelsiöö, L., Berg, G., Ekström, C., Gunnervik, C., Nordin, C., Sydsjö, G. Obstetric, Somatic, and Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. *Obstet Gynecol* 99 (2002) 223-228
- Kennerley, H., Gath, D. Maternity Blues reassessed. *Psychiatr. Develop* 1 (1986) 1-17
- Kennerley, H., Gath D. Maternity Blues. I. Detection and Measurement by Questionnaire. *Br J Psychiatry* 155 (1989a) 356-362
- Kennerley, H., Gath, D. Maternity Blues. III. Associations with Obstetric, Psychological, and Psychiatric Factors. *Br J Psychiatry* 155 (1989b) 367-373
- Kosińska-Kaczyńska, K., Horosz, E., Wielgoś, M., Szymusik, I. Affective disorders in the first week after the delivery: prevalence and risk factors. *Ginekol Pol.* 2008; 79(3):182-5.
- Kumar, R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 29 (1994) 250-264
- Lam, K. W., Wong, H.S., Pun, T. The practice of episiotomy in public hospitals in Hong Kong. *Hong Kong Med J* (2006) 12(2): 94-8.
- Laner, B. Felduntersuchungen zu postpartaler Dysphorie in der Ethnie der Bhil, Zentralindien. Eine katamnestische Untersuchung an 36 indischen Frauen. Diplomarbeit (2005), Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Leopold Franzens-Universität Innsbruck
- Lopes, F., Nascimento, I., Zin, W., Valença, A., Mezzasalma, M., Nardi, A. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Braz J Med Biol Res* 2002; 35: 961-965
- MacArthur, C., Winter, H., Bick, D., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C., Lancashire, R., Braunholtz, D., Gee, H. Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 359 (2002) 378-58
- Mallikarjun, P., Oyebode, F. Prevention of postnatal depression. *J R Soc Health.* 2005;125(5):221-6.
- Mattar, R., Kochi Silva, E., Camano, L., Abrahão, A., Colás, O., Neto, J., Lippi, U. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2007; Vol. 29 No. 9.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., Waters, B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 60 (2000) 75-85

- Merighi, M., Gonçalves, R., Rodrigues, I. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(6): 775-9.
- Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde (2001).
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Censo demogr., Características gerais da população, Rio de Janeiro: p. 1-178. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2000)
- Mitchell, E., Thompson, J., Stewart, A., Webster, M., Taylor, B., Hassall, I., Ford, R., Allen, E., Scragg, R., Becroft, D. Postnatal depression and SIDS: A prospective study. *J Paediatr Child Health* 28, Suppl. 1 (1992) 13-16
- Murata, A., Nadaoka, T., Morioka, Y., Oiji, A., Saito, H. Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecol Obstet Invest.* 1998 Aug;46(2):99-104.
- Murray, L., Cooper, P. J. The impact of postpartum depression on child development. *Int Rev Psychiatry* 8 (1996) 55-63
- Murray, L, Hipwell, A. et al The cognitive development of 5 –Year-Old Children of Postnatally Depressed Mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 37 (1996) 927-935
- Nunes, Pater Nilson, seit 2002 Stadtpfarrer von Araruna
- Obrist van Eeuwijk, B. Richtige Ernährung in Papua Neu Guinea: Anspruch und Wirklichkeit. In Wolf, A. und Hörbst, V. (Hg.) *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche – lokale Antworten.* Lit Verlag, Münster, 2003
- O’Hara, M., Neunaber, D., Zekoski, E. Prospective Study of Postpartum Depression: Prevalence, Course, and Predictive Factors. *J Abnorm Psychol* 93 (1984) 158-171
- O’Hara, M. Social Support, Life Events, and Depression During Pregnancy and the Puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 43 (1986) 569-573
- O’Hara, M. Post-partum’ blues,’ depression, and psychosis: a review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 7 (1987) 205-227
- O’Hara, M. Psychologic and Biologic Factors in Postpartum Depression. In : *Premenstrual, Postpartum, and Menopausal Mood Disorders.* L. Demers, L., McGuire, J., Phillips, A., Rubinow, D. (Hrsg.) Urban und Schwarzenberg, Baltimore, München 1989
- O’Hara, M., Zekoski, E., Philipps, L., Wright, E. Controlled Prospective Study of Postpaartum Mood Disorders: Comparison of Childbearing and Nonchildbearing Women. *J Abnorm Psychol* 99 (1990) 3-15
- O’Hara, M., Schlechte, J., Lewis, D., Wright, E. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry.* 1991; 48(9):801-6.
- Padovani, F. H., Linhares, M.B., Carvalho, A., Duarte, G., Martinez, F. Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit, *Revista Brasileira Psiquiatria;* (2004) 26 (4):251-4.

- Parry, B., Newton, R. Chronobiological basis of female-specific mood disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2001; 25(5 Suppl): 102-108
- Pastrana Urueña, T. Baby-Blues. Untersuchung zu postpartalen psychischen Störungen in Kolumbien. Eine medizinische Analyse. Diss. LMU-München 2007
- Patel, V., Rodrigues, M., Souza, N. Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 159 (2002) 43-47
- Rahman, A., Iqbal, Z., Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med* 33 (2003) 1161-1167
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., Sohn, C., Mundt, C. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 118(6):459-6
- Rohde, L., Busnello, E., Wolf, A., Zomer, A., Shansis, F., Martins, S., Tramontina, S. Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr Scand* 95 (1997) 231-235
- Rich-Edwards, J., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B., McLaughlin, T., Joffe, H., Gillman, M. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health* (2006) 60(3): 221-7.
- Rohde, L., Busnello, E., Wolf, A., Zomer, A., Shansis, F., Martins, S., Tramontina, S. Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 95(3):231-5.
- Sack, A. Verlauf von 865 Hausgeburten im Münchner Raum von 1981 bis 1987. Diss. LMU-München (1990)
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., Halmesmäki, E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80 (2001) 39-45
- Saurel-Cubizolles, M., Romito, P., Ancel, P., Lelong, N. Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54, 185-191
- Schanie, C., Pinto-Foltz, M., Logsdon, M. Analysis of popular press articles concerning postpartum depression: 1998-2006. *Issues Ment Health Nurs*. 2008; 29(11):1200-16.
- Schiefenhövel, W. Geburtsverhalten und reproduktive Strategien der Eipo - Ergebnisse human-ethnologischer und ethnomedizinischer Untersuchungen im zentralen Bergland von Irian Jaya (West-Neuguinea), Indonesien. Reimer, Berlin (1988)
- Schiefenhövel, W. Transkulturelle und evolutionsbiologische Aspekte von Schwangerschaft und Geburt. *Sexuologie* 1 (1994) 27-37
- Schiefenhövel, W., Sich, D., Gottschalk-Batschkus, Ch. (Hrsg., 1995) Gebären-Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. curare Sonderband 8. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin

- Schiefenhövel, W. (1995) Geburten bei den Eipo. In: Schiefenhövel, W., Sich, D., Gottschalk-Batschkus, Ch. (Hrsg., 1995) Gebären-Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. curare Sonderband 8. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin: 55-67
- Schlöglhofer, K. Postpartale Dysphorie (Baby Blues) bei Vätern bzw. Reaktionen und Einstellungen der Väter auf Stimmungsveränderungen der Mütter im Wochenbett. Diplomarbeit (2006), Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Leopold Franzens-Universität Innsbruck
- Schomerus-Gernböck, L. (1995) Die traditionelle Geburtshilfe bei den Madegassen. In: Schiefenhövel, W., Sich, D., Gottschalk-Batschkus, Ch. (Hrsg., 1995) Gebären-Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. curare Sonderband 8. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin: 115-122
- Sousa Schwengber, D., Piccinini, C. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia* 2003, 8(3), 403-411
- Seyfried, L., Marcus, S. Postpartum mood disorders. *Int Rev Psychiatry*. 2003; 15(3):231-42.
- Silva Cruz, E., Simões, G., Faisal-Cury, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(4): 181-8
- Silva Moraes, I., Pinheiro, R., Silva, R., Horta, B., Sousa, P., Faria, A. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40(1): 65-70
- Stein, G. S. The Pattern of mental change and body weight change in the first post-partum week. *J Psychosom Res* 24 (1981) 1665-1671.
- Stern, G., Kruckman, L. Multi-Disciplinary Perspectives on Post-Partum Depression: An anthropological Critique. *Soc Sci Med* 17 (1983) 1027-1041
- Strobl, C. Postpartale Dysphorie (Baby-Blues) und Wochenbettdpression. Eine katamnestiche Untersuchung an 585 Müttern aus Kliniken in München und Starnberg. Diss. Techn. Univ. München, 2002
- Szwarcwald C. L., Leal, M., Andrade, C., Borges de Souza, P. Estimacão da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2002; 18(6):1725-1736
- Tanzer, S. Postpartum Blues- Unterschiede im postpartalen psychischen Befinden zwischen deutsch- und italienischsprachigen Frauen in Südtirol. Diplomarbeit (2008), Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Leopold Franzens-Universität Innsbruck
- Teissedre, F., Chabrol H. A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression. In: *Encephale*. 2004; 30 (4):376-81.
- Troisi, A., Moles, A., Panepuccia, L., Lo Russo, D., Palla, G., Scucchi, S. Serum cholesterol levels and mood symptoms in the postpartum period. *Psychiatry Res*. 2002;109(3):213-9.
- Ugarriza, D. Postpartum affective disorders: incidence and treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1992 May; 30(5):29-32.

- Veras, R. P., L. Ribeiro, D., Lima, C. The development of the medical school in Brazil. *Educ Med Salud* 1983; 17(4): 398-413.
- Wanker, M., Postpartales psychisches Befinden bei Frauen, mit besonderer Berücksichtigung der Wassergeburt. Diplomarbeit (2006), Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Leopold Franzens- Universität Innsbruck
- Wickberg, B., Hwang, C. Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 95 (1997) 62-66
- Yamashita, H., Yoshida, K., Nakano, H., Tashiro, N. Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *J Affect Disord.* 2000; 58(2): 145-54.
- Yamashita, H., Yoshida, K. Screening and intervention for depressive mothers of new-born infants. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2003; 105(9): 1129-35.

Anhang 1: Fragebogen im Wochenbett (deutsche Version)

Geburt:

Wann wurde das Kind geboren? Datum _____
Uhrzeit _____

Geschlecht des Kindes:

- Männlich
- Weiblich

In der wievielten Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt? _____

Geburtsgewicht: _____ Gramm

1. Wie lange hat die Geburt ab den 10-Minuten-Wehen gedauert? _____ Stunden
2. Hatten Sie den Eindruck, dass Ihre Wünsche in dieser Phase ausreichend berücksichtigt wurden?
 - ja
 - nein
3. Wie haben Sie den tatsächlichen Schmerz im Vergleich zu Ihrer Erwartung empfunden?
viel schmerzhafter 1 2 3 4 5 viel weniger schmerzhaft
4. Wie verlief die Geburt?
 - vaginal: normal
 anders wie? _____ (z.B. Zange etc.)
 - Sectio: primär
 sekundär
5. Wurde eine Schmerzbekämpfung durchgeführt?
 - Nein
 - ja: PDA
 Vollnarkose
 Infusion
 Homöopathie/Akupunktur
 Pudendus-Block
 sonstige (Bsp. Durchtrittsnarkose,...) _____

6. In welcher Stellung haben Sie entbunden (falls keine Sectio)?
- Rückenlage
 - Hocke
 - Gebärstuhl
 - Vierfüßlerstand
 - Anderes: _____(z.B. Wassergeburt)
7. Wurde ein Dammschnitt vorgenommen? Kam es zu einem Dammriss?
- Nein
 - Schnitt
 - Riss
8. Wie haben Sie die Dauer der Geburt empfunden?
sehr lang 1 2 3 4 5 sehr kurz
9. Wer war während der Geburt anwesend?
- Arzt
 - Hebamme/Krankenschwester
 - Ehemann
 - Mutter
 - weibliche Bezugsperson
 - Sonstige
- Wer? _____
10. Haben Sie die Anwesenheit einer bestimmten Person als störend empfunden?
- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| Arzt: | <input type="radio"/> ja |
| | <input type="radio"/> nein |
| Hebamme/Krankenschwester: | <input type="radio"/> ja |
| | <input type="radio"/> nein |
| Bezugsperson: | <input type="radio"/> ja |
| | <input type="radio"/> nein |
11. Haben Sie jemanden vermisst:

12. Haben Sie das Team vorher gekannt?
- Ja
 - Nein
13. Haben Sie der Hebamme vertraut?
- Ja
 - Nein

14. Haben Sie dem Arzt vertraut?
- Ja
 - Nein
15. Haben Sie sich ernst genommen gefühlt?
überhaupt nicht 1 2 3 4 5 sehr
16. Entsprach die Geburt einigermaßen Ihren Erwartungen?
viel schlimmer 1 2 3 4 5 viel schöner

Persönliche Daten

17. Wie alt sind Sie? _____ Jahre
18. Familienstand
- Ledig
 - geschieden/ getrennt lebend
 - Verheiratet
 - Verwitwet
19. Wie ist Ihre derzeitige Partnersituation?
- kein fester Partner
 - fester Partner - getrennt lebend
 - fester Partner - zusammen lebend
20. Wie viele Kinder haben Sie? _____
21. Alter und Geschlecht für jedes lebende Kind:

22. Die wievielte Schwangerschaft ist das? _____
 ____ Totgeburten
 ____ Fehlgeburten
 ____ Schwangerschaftsunterbrechungen
23. Ging es Ihnen nach früheren Schwangerschaften seelisch gut?
- Ja
 - Nein weil _____

Befindlichkeit (Kennerley & Gath, 1989)

Es wird nun eine Reihe von Begriffen aufgezählt, mit denen Mütter von Neugeborenen häufig ihre Gefühle beschreiben. Sagen Sie uns bitte, wie sie sich heute fühlen, indem Sie mit ja und nein antworten. Außerdem würde uns interessieren, wie stark die Veränderung, falls eine vorhanden, zu Ihrem gewohnten Zustand ist.

Wie fühlen Sie sich heute?

		nein	Ja
1.	Weinerlich		
2.	innerlich gespannt		
3.	Konzentrationsfähig		
4.	Entmutigt		
5.	gehobener Stimmung		
6.	Hilflos		
7.	kann Gefühle schlecht zeigen		
8.	Wachsam		
9.	vergesslich, durcheinander		
10.	Ängstlich		
11.	wäre lieber alleine		
12.	innerlich entspannt		
13.	Grübelnd		
14.	Selbstmitleidig		
15.	abgestumpfte Gefühle, empfindungslos		
16.	Deprimiert		
17.	emotional überreagierend		
18.	Glücklich		
19.	Zuversichtlich		
20.	Launisch		
21.	Müde		
22.	Reizbar		
23.	Kann nicht aufhören zu weinen		
24.	Lebhaft ¹⁹		
25.	Überempfindlich		
26.	Hochs und Tiefs in der Stimmung		
27.	Unruhig		
28.	ruhig, gelassen		

¹⁹ aufgrund eines Übersetzungsfehlers wurde diese Frage nicht gestellt

24. Worauf würden Sie diese Stimmungsveränderungen zurückführen?
- kein Grund
 - Grund: welcher: _____
25. Fühlen Sie sich traurig?
- Ja
 - Nein
26. Erschrecken Sie leicht?
- Ja
 - Nein
27. Fühlen Sie sich einsam und alleingelassen?
- Ja
 - Nein

Skala zur Messung des PPB (Stein, GS.,1980)

Im ersten Teil dieses Fragebogens finden Sie verschiedene Gruppen mit Aussagen. Kreuzen Sie bitte für jede Gruppe diejenige Aussage an, die am genauesten beschreibt, wie Sie sich heute, also in diesem Moment fühlen.

Wenn Sie der Meinung sind, dass in einer Gruppe zwei oder mehr Aussagen dem entsprechen, wie Sie sich momentan fühlen, dann kreuzen Sie bitte diejenige Aussage mit der höheren Zahl an.

Vergewissern Sie sich, dass Sie für jede Gruppe alle Aussagen gelesen haben, bevor Sie eine davon auswählen.

A

0: Heute fühle ich mich nicht niedergeschlagen.

1: Heute fühle ich mich ein wenig niedergeschlagen.

2: Heute fühle ich mich ziemlich niedergeschlagen.

3: Ich fühle mich so niedergeschlagen, dass es ziemlich schmerzlich ist.

B

0: Mir ist nicht nach Weinen zumute.

1: Ich fühle mich so, als könnte ich weinen, tatsächlich geweint habe ich aber nicht.

2: Heute habe ich ein paar Tränen verdrückt.

3: Ich habe heute mehrere Minuten lang geweint, insgesamt aber weniger lang als eine halbe Stunde.

4: Ich habe heute länger als eine halbe Stunde geweint.

C

0: Ich fühle mich nicht ängstlicher oder besorgter als gewöhnlich.

1: Heute war ich zeitweise ängstlich und besorgt.

2: Heute war ich zeitweise sehr ängstlich und besorgt.

3: Heute war ich zeitweise in einem panischen Zustand.

D

0: Ich fühle mich ruhig und entspannt.

1: Ich fühle mich etwas angespannt.

2: Ich fühle mich sehr angespannt.

E

0: Ich habe nicht das Gefühl, ruheloser zu sein als gewöhnlich.

1: Ich fühle mich ein wenig ruhelos.

2: Ich fühle mich sehr ruhelos und es fällt mir schwer, auf einer Sache zu verweilen.

F

0: Ich fühle mich nicht müder als gewöhnlich.

1: Ich habe weniger Energie als gewöhnlich.

2: Die meiste Zeit des Tages fühle ich mich ganz erschöpft.

G

0: In der letzten Nacht habe ich nicht geträumt.

1: In der letzten Nacht hatte ich einen Traum.

2: In der letzten Nacht hat mich mein Traum aus dem Schlaf geweckt.

H

0: Mein Appetit ist nicht schlechter als gewöhnlich.

1: Mein Appetit ist nicht so gut wie sonst.

2: Heute ist mein Appetit schlecht.

3: Heute habe ich überhaupt keinen Appetit.

Im nächsten Teil dieses Fragebogens werden Ihnen eine Reihe von Fragen gestellt, welche Sie bitte mit Ja oder Nein beantworten sollten.

Haben Sie heute eines der folgenden Symptome erlebt?

I.	Kopfschmerzen	Ja	Nein
J.	Sich gereizt fühlen	Ja	Nein
K.	Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren	Ja	Nein
L:	Vergeßlichkeit	Ja	Nein
M:	Verwirrtheit	Ja	Nein
N:	Schmerzen, die nicht direkt auf die Geburt zurückzuführen sind	Ja	Nein
O:	Schlafstörungen	Ja	Nein

Körperkontakt

28. Hatten Sie gleich nach der Geburt Körperkontakt mit Ihrem Kind?

- Ja
- Nein

29. Wann hatten Sie den ersten Körperkontakt zu Ihrem Kind?
nach _____ h (45 Minuten = 0,75 h)

30. Wie intensiv hätte der Kontakt Ihrer Vorstellung nach aussehen sollen?
viel weniger intensiv 1 2 3 4 5 viel intensiver

Kind

31. Sind Sie bezüglich des Geschlechts enttäuscht

- Ja
- Nein

32. Ist Ihr Partner bezüglich des Geschlechts enttäuscht?

- Ja
- Nein

33. Wussten Sie schon vorher was es wird?

- Ja
- Nein

34. Musste Ihr Kind nach der Geburt behandelt werden?

- Ja
- Nein

35. Musste Ihr Kind auf die Kinderstation?

- Ja
- Nein

36. Fühlen Sie sich unsicher im Umgang mit Ihrem Kind?

- Nein
- Ja, weil _____

Schwangerschaft

37. War die Schwangerschaft geplant?

- Ja
- Nein

38. War sie dennoch erwünscht?
nicht 1 2 3 4 5 sehr

39. Haben Sie lange auf die Schwangerschaft gewartet?

- Nein
- Ja, ___ Monate ____ Jahre

40. Haben Sie sich einer Sterilitätsbehandlung unterzogen?
- Nein
 - Ja, ,welcher_____
41. Gab es im Verlauf der Schwangerschaft Probleme?
- Nein
 - Ja, welche_____
42. Trat im Verlauf der Schwangerschaft vermehrtes Erbrechen auf?
- Nein
 - Ja
43. Wie war Ihre Stimmung während der Schwangerschaft?
sehr gut 1 2 3 4 5 sehr schlecht,
schlecht weil: _____
44. Wie hat sich die Partnerschaft im Laufe der Schwangerschaft verändert?
sehr positiv 1 2 3 4 5 sehr negativ
45. Haben Sie regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen?
- Ja
 - Nein
46. Wurden bei Ihnen besondere Untersuchungen durchgeführt?
- Genetik: Ja Nein
 Andere (außer Ultraschall o. Blut), was: _____
47. Haben Sie an einem Vorbereitungskurs teilgenommen?
- Nein mit Partner ohne Partner
48. Wie gut fühlten sie sich insgesamt auf die Geburt vorbereitet?
sehr schlecht 1 2 3 4 5 sehr gut
49. Hatten Sie das Gefühl, dass sie während der Schwangerschaft von Ihrem persönlichen Umfeld (Familie, Eltern) ausreichend unterstützt wurden?
nicht 1 2 3 4 5 sehr
50. Haben Sie während der Schwangerschaft gearbeitet?
- Nein Ja
 - Beruf: _____
 - war es eine große Belastung? nicht 1 2 3 4 5_ sehr
 - Hausarbeit: Ja Nein
 - Betreuung von Kindern oder anderen Verwandten: Ja Nein

51. Gab es besonders erwähnenswerte Ereignisse während der Schwangerschaft?

- Nein
- Ja nämlich: _____

Wochenbett

52. Sind Sie zufrieden mit:

- der Klinik nicht 1 2 3 4 5 sehr
- dem Zimmer nicht 1 2 3 4 5 sehr
- den Nachbarinnen nicht 1 2 3 4 5 sehr
- der Betreuung nicht 1 2 3 4 5 sehr

53. Wer besucht sie?

- Partner: ja
 nein
- Familie: ja
 nein
- Freunde: ja
 nein
- Andere: ja
 nein

54. Wie viele Besucher kommen pro Tag? _____ (Anzahl Personen)

55. Wie viele Stunden pro Tag haben Sie Besuch? _____ Stunden

56. Wie haben Sie diese Besuche empfunden?

- viel zu viele Personen 1 2 3 4 5 viel zu wenige
- viel zu lange Besuche 1 2 3 4 5 viel zu kurze

57. Gibt es Leute, deren Besuch Sie erwartet hätten?

- Nein
- Ja Wen? _____

58. Stillen Sie Ihr Kind?

- Ja Nein

59. Haben Sie Probleme mit dem Stillen?

- Nein
- Ja, warum? _____

60. Sind diese Stillprobleme belastend für Sie?

- nicht 1 2 3 4 5 sehr

61. Hätten sie gerne gestillt?

- Ja Nein

62. Sind Sie enttäuscht, dass Sie nicht Stillen?
 Ja Nein
63. Wo ist Ihr Kind meistens untergebracht?
 Bedding-in
 Rooming-in
 anderes Zimmer
64. Wie viel Körperkontakt haben sie mit Ihrem Kind durchschnittlich pro Tag?
 _____ h
65. Würden Sie sich mehr oder weniger Körperkontakt wünschen?
 viel mehr 1 2 3 4 5 viel weniger
66. Wie geht es Ihnen, wenn Sie an zu Hause denken?/ Wie fühlen Sie sich zuhause?
 sehr besorgt 1 2 3 4 5 sehr zuversichtlich
67. Werden Sie zu Hause Hilfe haben?
 Nein
 Ja, von wem? _____
68. Haben Sie Angst, dass Sie überfordert sein könnten?
 Ja
 Nein
69. Haben Sie Angst, dass Sie einsam sein könnten?
 Ja
 Nein
70. Haben Sie vor, wieder erwerbstätig zu arbeiten?
 Ja
 Nein
71. Möchten Sie gerne wieder arbeiten?
 überhaupt nicht 1 2 3 4 5 sehr gerne
72. Wann werden Sie voraussichtlich beginnen? In:
 _____ Tagen
 _____ Wochen
 _____ Monaten
 _____ Jahren

73. Sind Sie mit Ihrer Partnerschaft zufrieden?

- Ja
- Nein, warum? _____

Krankengeschichte und gynäkologische Anamnese

74. Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen?

- Nein
- Ja Depression
- Andere

Wer leidet daran? _____

Waren Sie schon einmal ernsthaft krank?

psychisch

gynäkologisch

andere

welche Krankheit? _____

75. Hatten Sie vor der Schwangerschaft Beschwerden in den Tagen, bevor Ihre Menstruation einsetzte (PMS)?

- Nein
- Ja

Umfeld

76. Wo sind Sie aufgewachsen?

- Österreich/Südtirol Dorf
- anderes Land: _____ Kleinstadt
- Großstadt

77. Wo ist Ihr Mann aufgewachsen?

- Österreich/Südtirol Dorf
- anderes Land: _____ Kleinstadt
- Großstadt

78. Wo wohnen Ihre Eltern?

- Im gleichen Haus
- Im gleichen Ort
- Weniger als 100 km von Ihrem Wohnort entfernt
- Mehr als 100 km von Ihrem Wohnort entfernt

79. Wie oft haben Sie Kontakt?

- Täglich
- Wöchentlich
- Selten

80. Erwarten Sie Unterstützung?
- o Ja
 - o Nein
81. Wo wohnen die Eltern des Partners?
- o Im gleichen Haus
 - o Im gleichen Ort
 - o Weniger als 100 km von Ihrem Wohnort entfernt
 - o Mehr als 100 km von Ihrem Wohnort entfernt
82. Wie oft haben Sie Kontakt?
- o Täglich
 - o Wöchentlich
 - o Selten
83. Erwarten Sie Unterstützung?
- o Ja
 - o Nein

Falls keine Eltern/Schwiegereltern vorhanden, nach anderen Angehörigen fragen:

84. Wo wohnen andere Angehörige?
- o Im gleichen Haus
 - o Im gleichen Ort
 - o Weniger als 100 km von Ihrem Wohnort entfernt
 - o Mehr als 100 km von Ihrem Wohnort entfernt
85. Wie oft haben Sie Kontakt?
- o Täglich
 - o Wöchentlich
 - o Selten
86. Erwarten Sie Unterstützung?
- o Ja
 - o Nein
87. Wie empfinden Sie Ihre Wohnsituation?
sehr schlecht 1 2 3 4 5 sehr gut
88. Machen Sie sich Sorgen um Ihre wirtschaftliche Situation?
gar nicht 1 2 3 4 5 sehr

89. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt (Sie selbst eingeschlossen)?
 _____ Anzahl Erwachsene
 _____ Anzahl Kinder
90. Welche Konfession haben Sie?
- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Keine | <input type="radio"/> Katholisch |
| <input type="radio"/> Evangelisch | <input type="radio"/> Andere |
91. Sind Sie bewusst religiös?
- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|
92. Welchen (höchsten) Schulabschluss haben Sie? (Ggf. Antwort kulturspezifisch adaptieren)
- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> noch in der Schule | <input type="radio"/> Sonderschulabschluss |
| <input type="radio"/> Hauptschulabschluss | <input type="radio"/> Realschulabschluss, Mittlere Reife |
| <input type="radio"/> Abitur, Fachhochschulreife | <input type="radio"/> ohne Schulabschluss |
| <input type="radio"/> Sonstiges | |
93. Welchen (höchsten) Berufsabschluss haben Sie? (Ggf. Antwort kulturspezifisch adaptieren)
- | |
|--|
| <input type="radio"/> noch in Berufsausbildung als _____ |
| <input type="radio"/> Lehre |
| <input type="radio"/> Meister, Fachschule |
| <input type="radio"/> Fachhochschule, Universität |
| <input type="radio"/> ohne Abschluss |
94. In welcher Stellung arbeiten Sie bzw. haben Sie zuletzt gearbeitet?
- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Arbeiterin | <input type="radio"/> Facharbeiterin |
| <input type="radio"/> einfache Angestellte/Beamte | <input type="radio"/> mittlere Angestellte/Beamte |
| <input type="radio"/> höhere Angestellte/Beamte | <input type="radio"/> Selbständige |
| <input type="radio"/> Auszubildende | <input type="radio"/> noch nie berufstätig gewesen |
| <input type="radio"/> Sonstiges | |
95. Wie sind Sie zur Zeit beschäftigt? (Ggf. Antwort kulturspezifisch adaptieren)
- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Vollzeit berufstätig | <input type="radio"/> Teilzeit berufstätig |
| <input type="radio"/> arbeitslos/ohne Beschäftigung | <input type="radio"/> in Ausbildung |
| <input type="radio"/> Schülerin/Studentin | <input type="radio"/> Hausfrau |
| <input type="radio"/> sonstiges _____ | |
96. Falls Sie arbeitslos sind: Seit wie vielen Wochen?
 seit _____ Wochen
97. Falls Ihr Partner arbeitslos ist: Seit wie vielen Wochen?
 seit _____ Wochen

98. Möchten Sie selbst noch etwas ergänzen:

Eindruck der Untersucherin:

Anschrift der untersuchten Frau:

Name	
Strasse	
Ort	
Telefon	

Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS (Cox et al. 1987)

Bitte markieren Sie die Antwort durch ankreuzen, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich in **der letzten Woche einschließlich heute** gefühlt haben.

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:
 - Genauso oft wie früher
 - Nicht ganz so oft wie früher
 - Eher weniger als früher
 - Überhaupt nie

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:
 - So oft wie früher
 - Eher weniger als früher
 - Viel seltener als früher
 - Fast gar nicht

3. Ich habe mich unberechtigter Weise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging:
 - Ja, sehr oft
 - Ja, manchmal
 - Nicht sehr oft
 - Nein, nie

4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:
 - Nein, nie
 - Ganz selten
 - Ja, manchmal
 - Ja, sehr oft

5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:
 - Ja, ziemlich oft
 - Ja, manchmal
 - Nein, fast nie
 - Nein, überhaupt nie

6. Mir ist alles zuviel geworden:
 - Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
 - Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen
 - Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
 - Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen.

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:
 - Ja, fast immer
 - Ja, manchmal
 - Nein, nicht sehr oft
 - Nein, nie

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:
- Ja, sehr oft
 - Ja, ziemlich oft
 - Nein, nicht sehr oft/manchmal
 - Nein, nie
9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:
- Ja, sehr oft
 - Ja, ziemlich oft
 - Nur manchmal
 - Nein, nie
10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:
- Ja, oft
 - Manchmal
 - Selten
 - Nein, nie

Anhang 2: Fragebogen im Wochenbett (portug. Version)

Nascimento:

Quando nasceu a criança? Data _____
Hora _____

O sexo da criança:

- Masculino
 Feminino

Em que semana da gravidez nasceu a criança? _____

Peso da criança depois do parto: _____ Gramas.

1. Quanto tempo demorou o nascimento depois das contrações de 10 minutos?
_____ horas.
2. A Senhora teve a impressão, que durante esta fase os seus desejos foram levados satisfatoriamente à sério?
 SIM
 NÃO
3. Como a Sra. sentiu as dores do parto comparando-as com as suas expectativas?
Muito mais forte 1 2 3 4 5 muito menos forte
4. Como aconteceu o parto?
 vaginal: normal
 diferente _____ (p.ex. uso de fórceps)
 cesariano: primeiro
 segundo
5. Foi usado algum método contra as dores do parto?
 NÃO
 SIM: PDA (anestesia / injeção contra os dores na columna)
 anestesia total
 infusão
 homeopatia / acupuntura
 bloqueio dos pudendos (dos órgãos genitais)
 outros (p. ex. anestesia de passagem) _____
6. Em que posição a Sra. deu a luz (no caso em que não houve cesariana) ?
 deitada (de costas)
 de cócoras
 cadeira de parto
 de quatro pés
 diferente (p.ex. debaixo d'água) _____

7. Foi realizado um corte no períneo (parte mole entre os lábios vaginais e o anus) ?
Aconteceu um rompimento do mesmo?

- NÃO
- corte
- rompimento

8. Como a Sra. sentiu a duração do parto?

Muito longo 1 (mais do que longo), 2 (longo) 3 (razoável), 4 (curto) 5 (muito curto)

9. Quem estava presente durante o parto?

- o médico
- a parteira / a enfermeira
- o esposo
- a sua mãe
- uma pessoa amiga
- outros _____

10. A Sra. se sentiu incomodada com a presença de uma certa pessoa?

- | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| o médico | <input type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| a parteira / a enfermeira | <input type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| a pessoa amiga | <input type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |

11. A Sra. sentiu falta de alguém?

De quem? _____

12. A Sra. já conhecia a equipe (médico, enfermeira etc.) que realizou o parto antes?

- SIM
- NÃO

13. A Sra. teve confiança na parteira?

- SIM
- NÃO

14. A Sra. teve confiança no médico?

- SIM
- NÃO

15. A Sra. sentiu, que estava sendo levada à sério?

De modo nenhum 1 2 3 4 5 muito

16. O parto correspondeu às suas expectativas?

Foi muito pior 1 2 3 4 5 foi muito mais bonito

Dados Pessoais

17. Quantos anos a Sra. tem? _____ anos

18. Estado civil

- solteira
- casada
- divorciada? vive separada
- viúva

19. Como a Sra. vive no momento em relação a um companheiro ?

- não tem parceiro fixo
- tem parceiro fixo - vivem separadas
- tem parceiro fixo - vivem juntos

20. Quantos filhos a Sra. tem? _____

21. Idade e sexo de cada criança viva:

1 _____	5 _____
2 _____	6 _____
3 _____	7 _____
4 _____	8 _____

22. Quantas vezes a Sra. já engravidou incluindo a última gravidez?

_____ gravidez
_____ partos de crianças sem vida
_____ abortos
_____ interrupções da gravidez

23. Durante as suas gravidezes anteriores a Sra. sempre se sentiu espiritualmente bem?

- SIM
 NÃO, porque _____

O seu estado de saúde enquanto aos seus sentimentos

Em seguida aparecem algumas palavras, com as quais mães de recém-nascidos descrevem muitas vezes os seus sentimentos. A Sra. nos diga, por favor, como se sente hoje respondendo com sim ou não. Além disso gostaríamos de saber, se houve ou não uma mudança em relação aos seus sentimentos normais.

Como a Sra. se sente hoje?

		NÃO	SIM
1.	Com vontade de chorar		
2.	Interiormente tensa		
3.	Incapaz de me concentrar		
4.	Desanimada		
5.	Eufórica		
6.	Desamparada		
7.	Tenho dificuldades de mostrar os meus sentimentos		
8.	Atenta		
9.	Me esqueço das coisas. Ando distraída		
10.	Tenho medo		
11.	Gostaria de ficar sozinha		
12.	Interiormente tranqüila		
13.	Fico pensando nas dificuldades		
14.	Sinto pena de mim		

		NÃO	SIM
15.	Não sinto (quase) nada		
16.	Estou deprimida		
17.	Estou agindo muito pelas minhas emoções		
18.	Sinto-me feliz		
19.	Sinto-me confiante		
20.	Estou com mau humor		
21.	Estou cansada		
22.	Irrito-me com facilidade		
23.	Não paro de chorar		
24.	Estou sensível de mais		
25.	Às vezes sinto alegria e às vezes tristeza		
26.	Estou muito agitada		
27.	Estou muito tranqüila		

24. Quais seriam os motivos para esta mudança na sua vida sentimental?

nenhum motivo

o motivo é: _____

25. A Sra. se sente triste?

SIM

NÃO

26. A Sra. se assusta com facilidade ?

SIM

NÃO

27. A Sra. se sente sozinha e abandonada?

SIM

NÃO

Escala para medir os dias de choro após parto

Na primeira parte da entrevista a Sra. encontra diversos grupos com declarações. Faça, por favor, um X assinalando aquela declaração de cada grupo, que descreve mais exatamente como a Sra. se sente hoje ou melhor neste momento. Se a Sra. achar, que num grupo dois ou mais declarações possam estar de acordo com os seus sentimentos neste momento, então assinale aquela declaração com o número mais alto.

Mas leia primeiro com atenção todas as declarações antes que a Sra. escolha uma delas!

A

Hoje não me sinto deprimida.

1. Hoje me sinto um pouco deprimida.

2. Hoje me sinto bastante deprimida.

3. Eu me sinto tão deprimida, que sinto até dores.

B

Eu nao sinto vontade de chorar.

1. Eu estava com vontade de chorar, mas na verdade não chorei.

2. Hoje derramei algumas lagrimas.

3. Hoje chorei por alguns minutos, mas foi menos do que um meia hora.

4. Hoje chorei durante mais do que uma meia hora.

C

- Não sinto mais inquietação ou preocupação do que normalmente.
1. Hoje eu estive nervosa e preocupada durante alguns minutos.
 2. Hoje eu fiquei muito nervosa e preocupada durante um bom tempo.
 3. Hoje entrei durante um tempo em estado de pânico.

D

- Eu me sinto tranqüila e despreocupada.
1. Eu me sinto um pouco tensa.
 2. Eu me sinto muito tensa.

E

- Eu não tenho a impressão de estar mais inquieta do que como sempre.
1. Eu me sinto um pouco inquieta.
 2. Eu me sinto muito inquieta e tenho dificuldades de me concentrar em alguma coisa.

F

- Eu não me sinto mais sonolenta do que normalmente.
1. Eu tenho menos energia do que normalmente.
 2. Durante o maior tempo do dia me sinto totalmente cansada.

G

- Na noite passada não tive nenhum sonho.
1. Na noite passada tive um sonho.
 2. Na noite passada acordei por causa do meu sonho.

H

- Meu apetite não é menor que normalmente
1. Meu apetite não é tão bom como antes
 2. Hoje meu apetite foi muito pouco
 3. Hoje não estou com vontade de comer

Na próxima parte da entrevista são feitas algumas perguntas, que a Sra. deveria responder com Sim ou Não.

A Sra. sentiu hoje os seguintes sintomas?

I Dor de cabeça	SIM	NÃO
J Irritação	SIM	NÃO
K Dificuldades de se concentrar	SIM	NÃO
L Esquecimento	SIM	NÃO
M Confusão	SIM	NÃO
N Dores, que não vem diretamente do parto	SIM	NÃO
O Falta de sono	SIM	NÃO

CONTATOS FÍSICOS COM O RECÉM-NASCIDO

28. A Sra. teve logo depois do parto contato físico com o seu filho? SIM
 NÃO

29. Quando foi, que a Sra. teve o primeiro contato físico com o seu filho?
Depois de _____ horas (45 minutos = 0,75 horas)

43. Como foi o seu humor durante a gravidez?
 Muito bom 1 2 3 4 5 muito mau
 Mau, porque_____
44. Como mudou a sua convivência com o seu companheiro (marido) durante a gravidez?
 Muito positivamente 1 2 3 4 5 muito negativamente
45. A Sra. participou regularmente de exames de pré-natalinas?
 SIM
 NÃO
46. Foram feitas na Sra. exames especiais?
 Genética: SIM
 NÃO
 outros (fora de ultra-som ou de sangue)_____
47. A Sra. participou dum curso de preparação para o parto?
 NÃO
 SIM
 junto com o companheiro
 sem companheiro
48. Como a Sra. se sentiu em geral enquanto à preparação para o parto?
 muito mal 1 2 3 4 5 muito bem
49. A Sra. teve a impressão, que recebeu apoio suficiente através do seu ambiente pessoal (família, pais) ?
 não 1 2 3 4 5 muito
50. A Sra. exerceu algum trabalho durante a gravidez?
 NÃO
 profissão_____
- trabalho de casa: SIM NÃO
- cuidou dos filhos ou de outros parentes
51. Houve acontecimentos durante a gestação que valem apenas de ser mencionados ?
 NÃO
 SIM:_____

Os dias na maternidade

52. A Sra. está satisfeita
- | | |
|--|---------------------|
| <input type="radio"/> com o hospital | não 1 2 3 4 5 muito |
| <input type="radio"/> com o seu quarto | não 1 2 3 4 5 muito |
| <input type="radio"/> com as suas vizinhas de quarto | não 1 2 3 4 5 muito |
| <input type="radio"/> com o acompanhamento | não 1 2 3 4 5 muito |
53. A Sra. recebe a visita de quem?
- | | |
|-------------------------|--|
| Do companheiro (marido) | <input type="radio"/> SIM
<input type="radio"/> NÃO |
| Da família | <input type="radio"/> SIM
<input type="radio"/> NÃO |
| De amigas | <input type="radio"/> SIM
<input type="radio"/> NÃO |

De outras pessoas

SIM
 NÃO

54. Quantas pessoas visitam a Sra. por dia? _____(número das pessoas)
55. Quantas horas por dia a Sra. recebe visitas? _____ horas
56. Como a Sra. sentiu estas visitas?
Pessoas de mais 1 2 3 4 5 pessoas de menos
Visitas demoradas de mais 1 2 3 4 5 visitas muito curtas
57. Há pessoas, por cuja visita a Sra. ficou esperando, mas não vieram?
 NÃO
 SIM: Quem?_____
58. A Sra. amamenta o seu filho?
 SIM NÃO
59. A Sra. tem problemas com a amamentação?
 NÃO
 SIM Porque?_____
60. A Sra. gostaria de ter amamentada o seu filho?
 NÃO
 SIM
61. Estes problemas com a amamentação pesam na consciência da Sra.?
não 1 2 3 4 5 muito
62. A Sra. está decepcionada, porque não consegue amamentar o seu filho?
 NÃO
 SIM
63. Onde e que sua criança estava acomodado a maioria do tempo ?
 em camas separadas mas no mesmo quarto
 na mesma cama que a senhora
 outro quarto
64. Quanto tempo de contato corporal a Sra. tem com seu filho por dia?
_____horas
65. A Sra. desejaria ter mais ou menos contato corporal com o seu filho?
Muito mais 1 2 3 4 5 muito menos
66. Como a senhora se sente quando pensa em casa /Como a senhora se sente em casa?
Muito preocupada 1 2 3 4 5 muito confidente
67. A Sra. vai ter alguém, que vai lhe ajudar em casa?
 NÃO
 SIM. Quem?_____

68. A Sra. tem medo de estar sobrecarregada?

SIM

NÃO

69. A Sra. tem medo, de que poderia se sentir solitaria?

SIM

NÃO

70. A Sra. pretende trabalhar novamente de carteira assinada?

SIM

NÃO

71. A Sra. gostaria de trabalhar novamente numa profissão?

De maneira nenhuma 1 2 3 4 5 com muito gosto

72. Quando é que a Sra. começará provavelmente a trabalhar?

Dentro de _____ dias _____ semanas _____ meses _____ anos

73. A Sra. Esta contente na sua relacao (seja com marido o companheiro) ?

SIM

NÃO. Porque? _____

HISTÓRICO DE DOENÇAS E ANAMNÉSIA GINECOLÓGICA

74. Na sua família existem doenças mentais?

NÃO

SIM

depressão

outras doenças mentais _____

Quem da família sofre desta doença? _____

A Sra. já teve alguma doença séria?

Doença mental?

NÃO

SIM

Doença ginecológica

NÃO

SIM

Outras doenças

NÃO

SIM. Que doença foi? _____

75. A Sra. sentiu dores (mal estar) nos dias antes de começar a menstruação (PMS)?

NÃO

SIM

AMBIENTE (EM QUE A ENTREVISTADA VIVE)

76. Onde foi, que a Sra. passou a sua infância e juventude?

na Áustria/ no Tirol do Sul

num vilarejo (na zona rural)

na Turquia

numa cidade pequena

num outro país _____

numa cidade grande

88. A Sra. se preocupa com a sua situação financeira?
De jeito nenhum 1 2 3 4 5 muito
89. Quantas pessoas vivem na sua casa (incluída a Sra.)?
_____ número de adultos _____ número de crianças
90. Qual é a sua religião?
 nenhuma católica
 evangélica outra _____
91. A Sra. pratica a sua religião?
 SIM NÃO
92. Que grau de estudo a Sra. concluiu na escola?
 ainda estou na escola outras escolaridades
 terminei o primário terminei o primeiro grau
 terminei o segundo grau sem escolaridade
 outras escolaridades
93. Que formação profissional a Sra. tem?
 ainda estou me formando em _____
 sou aprendiz
 mestra (escola específica)
 Faculdade, Universidade
 sem conclusão / sem diploma
94. Em que emprego a Sra. trabalha ou trabalhou ultimamente?
 operária operária especializada
 funcionária / empregada simples funcionária / empregada concursada
 funcionária do alto escalão independente
 aprendiz nunca trabalhei profissionalmente
 outros
95. Como a Sra. está trabalhando no momento?
 em tempo integral em tempo parcial
 desempregada em formação profissional
 aluna / estudante universitária dona de casa
 outros trabalhos _____
96. No caso que a Sra. esteja desempregada: Faz quantas semanas? _____ semanas
97. No caso que o seu companheiro esteja desempregado: Faz quantas semanas?
_____ semanas
98. A Sra. gostaria de contar mais alguma coisa

EDPS / Escala da depressão após parto de Edinburgh

Por favor, a Sra. marque a resposta com um X, que descreve mais exatamente, como a Sra. se sentiu durante as últimas semanas inclusive no dia de hoje

1. Eu podia rir e enxergar a vida pelo seu lado positivo
 - tanto como antes (0)
 - não tanto como antes (1)
 - um pouco menos como antes (2)
 - em nenhum momento (3)

2. Existiam muitas coisas, que me alegraram
 - do mesmo jeito como antes (0)
 - um pouco menos do que antes (1)
 - mais raro do que antes (2)
 - quase nada (3)

3. Eu me senti culpada sem uma razão aparente, quando alguma coisa não deu certo:
 - Sim, muitas vezes (3)
 - Sim, algumas vezes (2)
 - Não muitas vezes (1)
 - Não, nunca

4. Eu estive com medo e me preocupei á toa:
 - Não, nunca (0)
 - Raramente (1)
 - Sim, algumas vezes (2)
 - Sim, muitas vezes (3)

5. Eu me senti amedrontada e entrei em pânico sem motivo algum:
 - Sim, bastante vezes (3)
 - Sim, algumas vezes (2)
 - Não, quase nenhuma vez (1)
 - Não, nunca (0)

6. Tudo foi de mais para mim:
 - Sim, eu não sabia mais como superar tudo isto (3)
 - Sim, só algumas vezes me senti assim (2)
 - Não, na maioria das vezes sabia como solucionar os meus problemas (1)
 - Não, eu suportei tudo tão bem como antes. (0)

7. Eu me senti tão infeliz, que quase não consegui dormir:
 - Sim, quase sempre (3)
 - Sim, algumas vezes (2)
 - Não, não muitas vezes (1)
 - Nunca (0)

8. Eu estava triste e me senti mal:
- Sim, muitas vezes (3)
 - Sim, bastante vezes (2)
 - Não, não muitas vezes / algumas vezes (1)
 - Não, nunca (0)
9. Eu estava me sentindo tão infeliz, que chorei
- Sim, muitas vezes
 - Sim, bastante vezes.
 - Somente algumas vezes
 - Não, nunca
10. De vez em quando pensei em fazer algo contra minha própria vida:
- Sim, muitas vezes (3)
 - Algumas vezes (2)
 - Raras vezes (1)
 - Não, nunca (0)

A impressão da entrevistadora:

Endereço da mulher entrevistada:

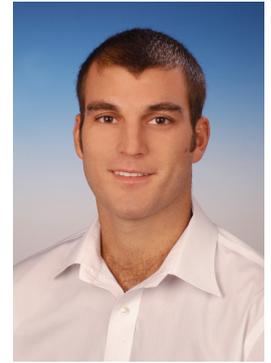
Nome	
Rua	
Lugar onde mora	
telefone	

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche erkenntlich gemacht habe.

Alexander Fink

Alexander Kyan Fink
(Dezember 2009)



Persönliche Angaben

Geburtsdatum: 20.07.1978 **Adresse:** Bahnhofstr. 15, 94469 Deggendorf
Geburtsort: München **Telefon:** 0991 7657
Familienstand: verheiratet **Email:** finksascha@hotmail.com

Ausbildung

seit 05/05	Zentrum für Angewandte Hypnose Ausbildung zum Hypnotherapeuten, Abschluss voraussichtlich 2009	MÜNCHEN
05/04 – 10/07	Süddeutsches Institut der Logotherapie, Ausbildung als Logotherapeut, zertifiziert durch DGLE (Deutsche Gesellschaft für Existenzanalyse e.V.)	MÜNCHEN
08/00 – 09/00	Universidade de Lisboa, Sprachkurs Portugiesisch	LISSABON, PORTUGAL
08/99 – 09/99	Centro Cooperativo de Idiomas, Sprachkurs Spanisch	MADRID, SPANIEN
08/96 – 07/97	Fremd High School, Schüleraustausch	CHICAGO, USA
09/90 – 06/99	St.-Michaels-Gymnasium der Benediktinerabtei Metten, Abitur	METTEN

Studium der Humanmedizin / Master of Public Health

Seit 10/09	Berlin School of Public Health an der Charité Vollzeitstudiengang Master of Public Health. Erwarteter Abschluss Juli 2010	Berlin
07/09 – 08/09	Harvard School of Public Health Sommerschule 2009 (10 credits Master of Public Health)	BOSTON, USA
08/08 – 06/09	Federal Universität von Paraíba (UFPB) Anerkennungsverfahren der Approbation als Arzt in Brasilien Erwartete Anerkennung im November 2009	JOÃO PESSOA, BRASILIEN
04/02 – 06/08	Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) Studium der Humanmedizin, Approbation als Arzt	MÜNCHEN
02/07 – 09/07	Hospital Universitario, UFPB Praktisches Jahr: Innere Medizin und Chirurgie Stipendiat des DAAD	JOÃO PESSOA, BRASILIEN
10/07– 01/08	Psychiatrische Klinik der LMU Praktisches Jahr: Psychiatrie und Psychotherapie	MÜNCHEN
11/04– 12/09	Max-Planck-Institut, Gruppe Schiefenhövel (Humanethologie) Dissertation im Rahmen des Munich Post Partum Project <i>Postpartale psychische Störungen bei brasilianischen Frauen</i> Betreuer: Prof. Dr. Wulf Schiefenhövel	ANDECHS
10/05 – 03/06	Universidade Federal de Roraima Austauschsemester in dem Fachgebiet operative Medizin Stipendiat im Rahmen des UNIBRAL-Programms	BOA VISTA, BRASILIEN
08/05 – 09/05	Hospital de Trauma e Emergência Famulatur: Chirurgie und Traumatologie	JOÃO PESSOA, BRASILIEN

03/05 – 04/05	Arbeitsmedizinisches Institut Deggendorf Famulatur: Ambulanz	DEGGENDORF
08/04 – 10/04	Kreiskrankenhaus Deggendorf Famulatur: Anästhesie und Radiologie	DEGGENDORF
08/02 – 09/02	Kreiskrankenhaus Deggendorf Krankenpflegepraktikum: Neurochirurgie	DEGGENDORF
03/02 – 04/02	Hospital Padre Zé Krankenpflegepraktikum: Geriatrie und Onkologie	JOÃO PESSOA, BRASILIEN

Praktische Erfahrungen und Engagement in der Entwicklungszusammenarbeit

02/07 – 09/07	LMU / Universidade Federal da Paraíba Planung und Organisation eines stipendiengeförderten deutsch-brasilianischen Austauschprogramms für Medizinstudenten	MÜNCHEN / JOÃO PESSOA, BRASILIEN
03/04 – 04/04	Caritas Senegal Assistenz des Projektleiters: Übersetzer, Mitarbeit bei Brunnenbau	LOUGA, SENEGAL
11/01 – 03/02	Steyler Missionare Missionar auf Zeit: Organisation, Durchführung von Projekten	ARARUNA, BRASILIEN
08/01 – 10/01	Salem Hilfsdörfer e.V. Freiwillige Mitarbeit: Leitung des Entwicklungsprojektes <i>Aldea Salem</i>	MINDO, ECUADOR
02/00 – 08/00	Salem Hilfsdörfer e.V. Freiwilliger Mitarbeit: (Konstruktion, Organisation) im Entwicklungsprojekt <i>Aldea Salem</i>	MINDO, ECUADOR
11/99 – 02/00	Centro de Arte Educacional Parsifal Lehrassistent: Sport und Englisch in der Grundschule	SANTIAGO, CHILE
seit 05/02	Projekte für arme Menschen e.V. Gründer und 1. Vorstand: Konzeption und Durchführung der Projekte in Brasilien, Vorträge über Entwicklungszusammenarbeit, Leitung und Fundraising in Deutschland (www.afink.org)	DEGGENDORF / ARARUNA, BRASILIEN
seit 07/99	Bosnienhilfe Deggendorf e.V. Spendensammlung: Organisation und Durchführung von Spendengütertransporten für Schulen und Waisenhäuser in Bosnien und Rumänien	ZENICA, BOSNIEN / ALBA IULIA, RUMÄNIEN

Sprachkenntnisse

Deutsch	Muttersprache	Portugiesisch	fließend
Englisch	fließend	Französisch	fortgeschrittene Grundkenntnisse
Spanisch	fließend	Latein	großes Latinum

Auszeichnungen

01/02	Ehrenmitglied der brasilianischen Missionarsgruppe <i>Amigos da Bíblia</i>
12/00	Ehrenmitglied des Roten Kreuzes Zenica, Bosnien
10/00	Ehrenbürger der Gemeinde Niederwinkling

Hobbies, Interessen

Sport (Fußball, Snowboarden, Kitesurfen, Karate), Entwicklungszusammenarbeit, Ministrant