



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Risikofaktoren der postpartalen Depression
unter Berücksichtigung der Arbeit
der FEM-Elternambulanz

Verfasserin

Michaela Österreicher

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Februar 2010

Studienkennzahl: A 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt in erster Linie Herrn Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck, der die Umsetzung dieser Diplomarbeit erst ermöglicht hat und jederzeit für meine Fragen erreichbar war.

Ein besonderer Dank gilt Primarius Univ.-Prof. Dr. Heinrich Salzer, der die Durchführung dieser Diplomarbeit unterstützt und mir den Zugang zu den Daten des Wilhelminenspitals problemlos ermöglicht hat.

Ich bedanke mich herzlich bei Mag.^a Franziska Pruckner, der Leiterin der FEM-Elternambulanz, die mich mit ihrer fachlichen Kompetenz jederzeit unterstützt und mir Einblicke in die wertvolle Arbeit der FEM-Elternambulanz gewährt hat.

Zudem möchte ich mich bei Mag.^a Daniela Kern bedanken, die mir die Relevanz dieses Themas aufgezeigt hat und mir ebenfalls jederzeit hilfreich zur Seite stand.

Der größte Dank gilt meiner Familie, insbesondere meiner Mutter Edith Österreicher und meinem Freund und Partner Christian Kurta, die mir durch ihre großzügige und liebevolle Unterstützung auf allen Ebenen mein Studium und diese Diplomarbeit möglich gemacht haben und immer hinter mir stehen.

Meinen Studienkolleginnen und Freundinnen Daniela Schmidt und Veronika Strobl gilt mein besonderer Dank für das akribische Korrekturlesen dieser Arbeit. Danke für eure Zeit, eure konstruktiven Anmerkungen und unsere interessanten Gespräche, die mich immer wieder neu motiviert haben.

Nicht zuletzt gilt mein herzlicher Dank all meinen Freundinnen, die mich nicht nur während des Schreibens meiner Diplomarbeit, sondern vor allem auch im Laufe meines Studiums begleitet, motiviert, immer wieder aufgebaut und unterstützt haben. Allen voran möchte ich mich bei Cornelia Bergmann bedanken, die immer ein offenes Ohr für mich hatte und mir vom ersten Tag an zur Seite stand.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	7
THEORETISCHER TEIL	9
1 SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT	11
1.1 Der Übergang zur Elternschaft.....	11
1.1.1 Das Phasenmodell des Übergangs zur Elternschaft nach Gloger-Tippelt (1988)...	11
1.1.1.1 Die Verunsicherungsphase (bis zur 12. SSW)	12
1.1.1.2 Die Anpassungsphase (ca. 12. bis 20. SSW).....	13
1.1.1.3 Die Konkretisierungsphase (ca. 20. bis 32. SSW)	14
1.1.1.4 Die Phase der Antizipation und Vorbereitung (ca. 32. bis 40. SSW)	15
1.1.1.5 Bedeutung des Modells	16
1.2 Die Geburt	16
1.2.1 Geburtserleben	16
1.2.2 Geburtsdauer	17
1.2.3 Geburtsangst und Geburtsschmerz.....	17
1.2.4 Kaiserschnitt, Zange, Vakuumextraktion.....	18
1.3 Das Wochenbett	19
2 DIE POSTPARTALE DEPRESSION (PPD)	21
2.1 Definition	21
2.2 Häufigkeit.....	22
2.3 Symptomatik	22
2.4 Verlauf und Folgen.....	24
2.5 Therapie.....	26
2.6 Ätiologie und Pathogenese.....	29
3 DIE FEM-ELTERNAMBULANZ.....	34
3.1 Exkurs: PPD-Projekt in Wien (Wimmer-Puchinger, 2006)	34
3.2 Das Konzept der FEM-Elternambulanz (Kern & Pruckner, 2008).....	37
3.3 Angebot	38
3.4 Zuweisung	39
3.5 Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit	40
3.6 Inanspruchnahme im Jahr 2008.....	40
3.7 Zusammenfassung	41

EMPIRISCHER TEIL.....	43
4 UNTERSUCHUNGSPLAN.....	45
4.1 Ausgangslage	45
4.2 Zielsetzung der Untersuchung.....	45
4.3 Fragestellungen	46
4.4 Durchführung der Untersuchung.....	46
4.5 Beschreibung der Erhebungsinstrumente	47
4.5.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	47
4.5.2 Der Soziodemographische Fragebogen.....	48
5 STATISTISCHE AUSWERTUNG	49
5.1 Methodik der Auswertung.....	49
5.2 Stichprobenbeschreibung	50
5.2.1 Nationalität	50
5.2.2 Alter.....	50
5.2.3 Religion	51
5.2.4 Beruf.....	51
5.2.5 Familienstand	52
5.2.6 Medizinische Erhebungsdaten.....	52
6 HYPOTHESEN UND ERGEBNISDARSTELLUNG	54
7 DISKUSSION, KRITIK UND AUSBLICK.....	70
7.1 Diskussion	70
7.1.1 Diskussion der Ergebnisse der ersten Fragestellung	70
7.1.2 Diskussion der Ergebnisse der zweiten Fragestellung	73
7.2 Kritik	74
7.3 Ausblick	75
8 ZUSAMMENFASSUNG	76
LITERATURVERZEICHNIS	78
TABELLENVERZEICHNIS	84
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	84
ANHANG	86

EINLEITUNG

Das Erleben einer Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes stellen für viele Frauen ein beglückendes und überwältigendes Erlebnis dar. Meist wird der Übergang zur Elternschaft, mit all seinen Anforderungen auf psychischer, physischer und sozialer Ebene, mit eigenen Ressourcen bewältigt. Nicht immer erleben Frauen diese Periode aber als glückliche Zeit und häufig sind Anzeichen dafür bereits in der Schwangerschaft erkennbar.

Die postpartale Depression (PPD), die sich im ersten Jahr nach einer Geburt entwickeln kann, stellt eine schwerwiegende Erkrankung dar, die aufgrund der Lebenssituation von Mutter und Kind besondere Beachtung erfordert. Sie kann weit reichende Folgen für die Betroffene selbst, ihr Kind und oftmals auch für das soziale Umfeld haben und die frühe Mutter-Kind-Beziehung nachhaltig beeinträchtigen (Riecher-Rössler, 2001).

Zahlreiche Studien haben sich bereits mit der Ätiologie und Pathogenese der postpartalen Depression befasst, jedoch zeigt sich hinsichtlich spezifischer Risikofaktoren ein sehr uneinheitliches Bild.

Obwohl etwa 10-15 % aller Frauen betroffen sind, wird diese Erkrankung häufig nicht erkannt. Einerseits wird die Symptomatik oftmals auf die belastende Veränderung der Lebenssituation zurückgeführt, andererseits verschweigen die betroffenen Frauen aus Schuld- und Schamgefühlen ihre Beschwerden.

Als eine Folge der im Zeitraum von Dezember 2001 bis Dezember 2003 an drei Wiener Projektkrankenhäusern durchgeführten Studie des Wiener Frauengesundheitsprogramms zur Prävention von postpartalen Depressionen, wurde im Jahr 2006 im Wiener Wilhelminenspital die Elternambulanz des Frauengesundheitszentrums (FEM) gegründet. Im Sinne der Prävention von peri- und postpartalen Depressionen hat sich die FEM-Elternambulanz zum Ziel gesetzt, psychisch belastete Frauen, Frauen mit psychiatrischen Anamnesen sowie Frauen, die gefährdet sind, im Laufe ihrer Schwangerschaft eine psychische Befindlichkeitsstörung auszubilden, zu entlasten und ihnen Begleitung und Unterstützung zu bieten.

Aufgrund der seit 2006 durchgeführten Beratungen entstand eine Fülle an Daten von schwangeren Frauen, die die Möglichkeit zur Überprüfung von Risikofaktoren für eine postpartale Depression boten. Dies nahmen Primarius Univ.-Prof. Dr. Heinrich Salzer (Vorstand der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Wilhelminenspitals) sowie Mag.^a Daniela Kern (Leiterin des Frauengesundheitszentrums FEM) und Mag.^a Franziska Pruckner (Leiterin der FEM-Elternambulanz) zum Anlass, eine empirische Untersuchung im Rahmen dieser Diplomarbeit durchführen zu lassen.

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit werden theoretische Grundlagen zum Thema Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und vor allem zur postpartalen Depression erläutert. Es folgt ein Exkurs zum Pilotprojekt des Wiener Programms für Frauengesundheit von Univ.-Prof. Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger (2006) und zuletzt wird das Konzept, der Aufbau und die Arbeit der FEM-Elternambulanz vorgestellt.

Ziel dieser Arbeit ist es, soziodemographische und geburtsmedizinische Risikofaktoren zu identifizieren, von denen angenommen wird, dass sie Einfluss auf die Ausbildung einer postpartalen Depression haben. Der empirische Teil widmet sich daher der Identifikation möglicher Risikofaktoren bzw. der Frage, ob die Beratung der FEM-Elternambulanz Einfluss auf das Auftreten der postpartalen Depression hat. Der Untersuchungsplan wird erläutert, die Ergebnisse werden dargestellt und in der Folge ihre Aussagekraft und Relevanz für die FEM-Elternambulanz diskutiert.

THEORETISCHER TEIL

1 SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

1.1 Der Übergang zur Elternschaft

Wenn Eltern erfahren, dass sie ein Kind erwarten, beginnt eine Zeit der Neuorientierung auf mehreren Ebenen. Das Erleben einer Schwangerschaft ist für viele Frauen von ambivalenten Gefühlen geprägt (Pruckner, 2009).

Sie sind in dieser Phase vielfältigen physischen und psychischen Veränderungen ausgesetzt. Einerseits beziehen sich diese auf qualitative Veränderungen äußerlicher Form (beispielsweise im Sinne eines Wandels der Rollenbilder oder auf eine Neuorganisation der Paarbeziehung), andererseits verändert sich auch das Welt- und Selbstbild der schwangeren Frauen (Reichle & Werneck, 1999).

Zusätzlich können eine fehlende Vorbereitung auf die Elternschaft, wenig Erfahrung im Umgang mit Kindern und der erlebte kulturelle Druck den Übergang zur Elternschaft erschweren. Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Stadien der Schwangerschaft stellt für manche Frauen eine große Herausforderung dar und kann daher zu Krisen führen (Pruckner, 2009; Wimmer-Puchinger, 2006).

1.1.1 Das Phasenmodell des Übergangs zur Elternschaft nach Gloger-Tippelt (1988)

Die Anpassung an die sich verändernden Lebensumstände im Laufe der Schwangerschaft kann nach Gloger-Tippelt (1988) in mehrere Phasen zusammengefasst werden:

- Verunsicherungsphase (bis zur 12. Schwangerschaftswoche, im Folgenden SSW genannt)
- Anpassungsphase (ca. 12. bis 20. SSW)
- Konkretisierungsphase (ca. 20. bis 32. SSW)
- Antizipationsphase und Vorbereitung auf Geburt und Kind (ca. 32. SSW bis zur Geburt)
- Geburtsphase
- Erschöpfungsphase trotz erstem Glück über das Kind (bis ca. 2. Lebensmonat, im Folgenden LM genannt)
- Phase der Herausforderung und Umstellung (ca. 2. bis 6. LM)
- Gewöhnungsphase (ca. 6. bis 12. LM)

Da die Teilnehmerinnen dieser Forschungsarbeit zwischen der 12. und 24. Schwangerschaftswoche untersucht wurden, werden im Folgenden die ersten Phasen des Modells von Gloger-Tippelt (1988) genauer vorgestellt.

1.1.1.1 Die Verunsicherungsphase (bis zur 12. SSW)

Die Verunsicherungsphase ist einerseits durch die kognitive und emotionale Beschäftigung mit Informationen über die Schwangerschaft, sowie andererseits durch körperliche Signale gekennzeichnet. Diese kognitive Auseinandersetzung löst eine Welle von Erwartungen und Vorstellungen hinsichtlich der Schwangerschaft, Geburt und Veränderungen im Selbstkonzept der Frau aus. Themen wie die Unterbrechung der Berufstätigkeit, Annahmen über Veränderungen in der Paarbeziehung und im Alltagsleben rücken in den Vordergrund.

Die Verunsicherung hinsichtlich dieser Informationen wirkt sich bei ungeplanten Schwangerschaften stärker aus, sie ist jedoch auch bei geplanten Schwangerschaften vorhanden (Gloger-Tippelt, 1988).

Körperliche Signale und Beschwerden wie Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Energiemangel oder Konzentrationsstörungen werden zum Teil als sehr belastend empfunden (Pschyrembel & Dudenhausen, 1986; Rhode, 2004). Andererseits werden diese Symptome als sicheres Anzeichen für eine Schwangerschaft erlebt (Gloger-Tippelt, 1988).

Eine gute Gesprächsbasis zwischen den werdenden Eltern ist notwendig, da der Vater die körperlichen Signale nur indirekt miterleben kann. Durch die kognitive Konfrontation mit der Schwangerschaft setzt auch er sich mit Erwartungen hinsichtlich seines sozialen Rollenbildes (wie etwa der Ernährer der Familie zu sein) und der Veränderung der alltäglichen Lebensgewohnheiten auseinander (Gloger-Tippelt, 1988).

Nach Gröhe (2003) ist es sinnvoll die Angst vor einer möglichen Fehlgeburt, die viele Frauen in dieser Phase begleitet, mit zu berücksichtigen. Bei entsprechender Vorerfahrung behalten sie die Nachricht der Schwangerschaft länger für sich und zeigen – selbst bei störungsfreiem Verlauf – vermehrt Ängste, Reizbarkeit und ein vermindertes Wohlbefinden (Beutel, 1996).

Frauen bzw. Paare, die von der Nachricht einer Schwangerschaft überrascht wurden, müssen in diesen Wochen die Entscheidung über deren Aufrechterhaltung treffen. Die Erwünschtheit des Kindes muss nun überdacht und diskutiert werden.

Doch auch eine hohe Erwünschtheit kann Besorgnis, depressive Verstimmungen und Ambivalenzen gegenüber der Schwangerschaft und der zukünftigen Elternrolle nicht verhindern. Das Selbstbild von Frau und Mann kann ins Wanken geraten und die eigene Kompetenz als Elternteil in Frage gestellt werden (Gloger-Tippelt, 1988).

1.1.1.2 Die Anpassungsphase (ca. 12. bis 20. SSW)

Die Anpassungsphase ist dadurch charakterisiert, dass das Wohlbefinden der Frau steigt. Eine Abnahme von ambivalenten Gefühlen, Ängsten und depressiven Verstimmungen ist zu beobachten. Die neue Situation wurde in den letzten Wochen durch beide Partner von allen Seiten betrachtet und reflektiert, die körperlichen Beschwerden lassen nach und das Risiko einer Fehlgeburt sinkt (Gloger-Tippelt, 1988).

Nach Wimmer-Puchinger (1992) wird das Gefühl schwanger zu sein nun sukzessive in das Selbstkonzept der Frau integriert. Weiters erfolgt in diesem Zeitraum die Bekanntgabe der Schwangerschaft an das soziale Umfeld des Paares. Diese Mitteilung hat viele Rückmeldungen aus dem Verwandtschafts- und Freundeskreis zur Folge. Positive Wertschätzungen, Unterstützungsangebote sowie die soziale Behandlung als werdende Eltern erleichtern die Anpassung an die neue Situation. Wenn die Schwangerschaft allerdings unter nicht akzeptierten Gegebenheiten auftritt, können Verhaltensweisen von Freunden und Verwandten eine Anpassung erschweren (Gloger-Tippelt, 1988).

Durch sichtbare Zeichen der Schwangerschaft fühlt sich die werdende Mutter als etwas Besonderes - sie ist stolz auf ihren wachsenden Bauch. Gleichzeitig wird sozialer Druck auf sie ausgeübt, da sie verschiedensten Regeln bezüglich ihrer Gesundheit und Verhaltensvorschriften entsprechen soll. Die schwangere Frau wird oftmals einzig auf die Rolle der werdenden Mutter reduziert, welche zwiespältige Gefühle in ihr auslösen kann (Gloger-Tippelt, 1988).

Routineuntersuchungen und pränataldiagnostische Methoden wie der Ultraschall begünstigen die psychische Anpassung an die Schwangerschaft. Diese akustische und visuelle

Wahrnehmung verdeutlicht den Eltern, dass ihr Kind real existiert. Die Herausbildung des eigenen Kindkonzeptes wird dadurch gefördert. Dies kann unter anderem dazu führen, dass das Verantwortungsgefühl der Mutter gestärkt wird und sie sich gesundheitsfördernder verhält (Davies-Osterkamp, 1991). Das gemeinsame Erleben der Ultraschalluntersuchungen ist häufig von großer emotionaler Bedeutung und fördert die Entwicklung der elterlichen Identität (Gloger-Tippelt, 1988).

1.1.1.3 Die Konkretisierungsphase (ca. 20. bis 32. SSW)

Nach Gloger-Tippelt (1988) interpretiert die schwangere Frau die regelmäßigen Kindesbewegungen, die zwischen der 19. und 22. SSW auftreten, als sicheren Beweis dafür, dass Leben in ihr heranwächst. Sie kann diese Bewegungen zunächst nur schwach, dann immer stärker und regelmäßiger spüren. Dadurch wird die Phantasiebildung der Mutter angeregt und der innere Dialog mit dem Kind gefördert (Wimmer-Puchinger, 1992).

Auch die unübersehbaren körperlichen Veränderungen der Frau zeigen, dass sich das Kind immer weiter entwickelt. Die werdende Mutter kann nun durch eigenes Ertasten das Wachstum ihres Kindes verfolgen. Die Ultraschalldarstellungen, zusammen mit dem Abhören der Herztöne und den gefühlten Kindesbewegungen helfen dabei, das Kind als selbstständiges Wesen anzunehmen und ihm einen eigenen Willen zuzuschreiben (Gloger-Tippelt, 1988).

Zu diesem Zeitpunkt der Schwangerschaft ist das niedrigste Angstniveau erreicht. Die Abnahme von psychosomatischen Beschwerden führt zu einer angenehmen Grundstimmung und auch die Paarbeziehung wird als zufriedenstellender erlebt. Dies kann sich positiv auf den weiteren Verlauf der Schwangerschaft sowie auf die Geburt auswirken (Gloger-Tippelt, 1988).

Allerdings können Frauen, die zu Beginn der Schwangerschaft keine Probleme hatten, aufgrund der Auseinandersetzung mit ihren Aufgaben nun Schwierigkeiten aufweisen. Es kann zur Abnahme von ihrem vitalen Antrieb sowie ihrer Arbeits- und Konzentrationsleistungen kommen (Hertz & Molinski, 1981).

Gleichzeitig wirken sich Phantasien über sich selbst als zukünftige Mutter bzw. als zukünftiger Vater auf das eigene Selbstbild aus. Dieses wird auch durch Rückmeldungen der sozialen Umgebung geprägt und bestätigt. Aufgrund der körperlichen Veränderung ist die

Schwangerschaft meist nun für jeden sichtbar. Arzttermine, die Anmeldung zu Geburtsvorbereitungskursen und Gespräche mit anderen Eltern bereiten die schwangere Frau und ihren Partner langsam auf den Geburtstermin vor (Gloger-Tippelt, 1988).

1.1.1.4 Die Phase der Antizipation und Vorbereitung (ca. 32. bis 40. SSW)

In der letzten Phase vor der Entbindung steigen die körperlichen Beschwerden der Frau stark an und sie wird als „Zeit, die noch bis zur Geburt verbleibt“ (Gloger-Tippelt, 1988, S.88) erlebt. Es werden vermehrt Informationen über verschiedene Geburtsmethoden, Krankenhäuser und Ernährungsweisen eingeholt und letzte Vorbereitungen erledigt (zB. Einrichtung des Kinderzimmers). Weiters haben nun beinahe alle Frauen ihre Erwerbstätigkeit eingestellt.

Vorstellungen und Phantasien der werdenden Eltern über Aussehen und Merkmale ihres Kindes sowie über die erste gemeinsame Begegnung sind nun oftmals sehr ausgeprägt. Diese können als Vorbote für mütterliche und väterliche Feinfühligkeit (Erkennen der Bedürfnisse des Kindes) interpretiert werden (Gloger-Tippelt, 1988).

Nach Pines (1997) steigt am Ende der Schwangerschaft die Ungeduld hin zur Entbindung und die erzwungene passive Rolle möchte abgegeben werden. Ambivalente Gefühle wie Vorfreude, Stolz, Unsicherheit und Angst bestehen nebeneinander.

Die Ängste beziehen sich großteils auf die unausweichlich herannahende Entbindung (Angst vor Schmerzen und Komplikationen, Angst vor Kontrollverlust oder Missbildungen des Kindes) und können in weiterer Folge zu negativen Gefühlen wie erhöhte Reizbarkeit, Labilität oder Stimmungsschwankungen führen. Das Bedürfnis nach Kontrolle über diese Empfindungen wird von beiden Partnern verstärkt wahrgenommen (Gloger-Tippelt, 1988).

Die Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen, welche die Aneignung verschiedenster Atem- und Entspannungstechniken, das Einholen fehlender Auskünfte (bezüglich Körpervorgänge, medikamentöse Hilfsmittel, Wochenbett etc.) und auch praktische Übungen beinhaltet, kann ein Gefühl der aktiven Einflussnahme vermitteln. Eine angenehme und geschützte Atmosphäre im Kurs soll dazu beitragen, auch Ängste und Befürchtungen hinsichtlich der herannahenden Geburt anzusprechen und diese in der Gruppe zu bearbeiten (Hertz & Molinski, 1981).

1.1.1.5 Bedeutung des Modells

Das Modell von Gloger-Tippelt stellt einen ausführlichen Versuch dar, die psychischen Verarbeitungsprozesse im Übergang zur Elternschaft aufzuzeigen. Man erhält einen Eindruck über die komplexen Anforderungen, denen werdende Eltern in der Zeit der Schwangerschaft ausgesetzt sind (Gauda, 1990; Gröhe, 2003).

Diese vielfältigen Aufgaben auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene werden von den meisten Schwangeren mit eigenen Ressourcen bewältigt. Jedoch gibt es auch Frauen, die in ihrer Biografie psychische Krisen aufweisen und/oder schwierigen emotionalen und sozialen Gegebenheiten ausgesetzt sind. Ohne Unterstützung fühlen sie sich nicht in der Lage, die Anpassung an Schwangerschaft und Geburt zu bewältigen (Wimmer-Puchinger, 1992, 2006). Cutrona und Troutman (1986) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass die soziale Unterstützung in der präpartalen Phase einen großen Stellenwert hat. Sie steht im Zusammenhang mit dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie in die Kompetenz als zukünftige Mutter. Eine gute soziale Einbettung kann depressive Symptome in der Schwangerschaft sowie in der ersten Zeit danach reduzieren.

1.2 Die Geburt

Das Ereignis der Geburt wird häufig als Übergang zwischen Phantasie und Realität beschrieben. Die Entbindung stellt einerseits das Ende der Schwangerschaft dar, andererseits tritt nun das Kind als eigenständiges Wesen in das Leben der Eltern. Frauen haben verschiedenste Phantasien und Vorstellungen hinsichtlich des Geburtsvorganges, sie müssen sich jedoch auf einen unbestimmbaren Prozess einlassen (Pruckner, 2009).

1.2.1 Geburtserleben

Das Geburtserleben von Frau und Mann wird unter anderem von der Geburtssituation und dessen Rahmenbedingungen (Kreißsaal, ambulante Geburt oder Hausgeburt) geprägt. Die Frau kann zwischen verschiedensten Geburtsmethoden wie beispielsweise der Badewanne, dem Gebärhocker oder dem Rad wählen. Je nachdem, in welcher Position sie sich am wohlsten fühlt, kann sie die Geburt sitzend, liegend oder in stützenden Seilen hängend erleben (Gebauer-Sesterhenn & Villinger, 2006).

Die Anwesenheit und Teilnahme des Vaters an der Geburt, sofern diese von beiden Partnern erwünscht, wird in vielen Studien überwiegend positiv beurteilt (McFarlane, 1977; McKee, 1980; Pawson & Morris, 1971; Richman & Goldthorp, 1978; Schneider, 1976; Wimmer-Puchinger, 1982, zitiert nach Fthenakis, 1988). Die Aufgaben des Vaters im Kreißsaal sind vielfältig: Er bietet der Mutter Unterstützung, Zuwendung und Ermutigung, dient als Vermittler bei Problemen und hält den Kontakt zu Familie und Außenwelt (Fthenakis, 1988).

Eine große Herausforderung für die werdende Mutter stellt die Schaffung eines Gleichgewichts zwischen aktiven und passiven Impulsen dar. Die Frau fühlt sich dem Naturgeschehen hilflos ausgeliefert und ist auf Hilfe von außen angewiesen. Ihre Aufgabe besteht darin, innere Signale wahrzunehmen und diese in Übereinstimmung mit Anweisungen der Hebamme und des Arztes zu bringen. Mit dem Fortschreiten der Geburt können Veränderungen in der Wahrnehmung und der Bewusstseinslage auftreten. Diese haben eine Verminderung von Individualität, Selbstkontrolle und Selbstständigkeit der Frau zur Folge (Hertz & Molinski, 1981).

1.2.2 Geburtsdauer

Pschyrembel und Dudenhausen (1986) geben eine durchschnittliche Geburtsdauer bei Erstgebärenden mit 12 Stunden, bei Mehrgebärenden mit 8 Stunden an, wobei die Varianz allerdings sehr groß ist.

1.2.3 Geburtsangst und Geburtsschmerz

Da keinerlei vergleichbare Vorerfahrungen – zumindest bei Erstgebärenden – hinsichtlich Schmerzwahrnehmung und erlebter körperlicher Grenzen existieren, schwankt die emotionale Befindlichkeit der Frau zwischen überwältigender Angst, Schmerzerleben, Hilflosigkeit, bedrohlichen Befürchtungen sowie Optimismus (Davies-Osterkamp, 1991).

Eine Untersuchung von Geissbühler und Eberhard (1996) zeigte, dass die drei am häufigsten genannten Ängste der Frauen die Gesundheit des Kindes, das Schmerzerleben und unerwartete Komplikationen im Laufe des Geburtsvorganges betreffen.

In der Literatur wird vermehrt auf eine Verbindung zwischen mütterlichen Ängsten und dem Verlauf der Geburt hingewiesen (Dannenbring, Stevens & House, 1997; Klusman, 1975; Lowe, 1989, 1996; Lukesch, 1981; McDonald, Gynther & Christakos, 1963; Ringler, 1985).

Klusman (1975) sowie Lowe (1989) zeigten, dass starke Geburtsangst eine erhöhte Schmerzwahrnehmung auslösen kann - ängstliche Frauen erlebten somit auch schmerzhaftere Geburten. In anderen Studien konnten Zusammenhänge zwischen Angst und Geburtskomplikationen gefunden werden (McDonald & Christakos, 1963; McDonald, Gynther & Christakos, 1963; Lukesch, 1981). Beck et al. (1980) konnten einen Zusammenhang zwischen Angst und Geburtskomplikationen allerdings nicht bestätigen.

Nach der Theorie des Angst-Spannungs-Schmerz-Kreislaufs von Dick-Read (1950) haben Ängste Einfluss auf eine verlängerte Geburtsdauer: Diese Theorie besagt, dass sich Angst vorwiegend auf den Schmerz bezieht und in Folge zu einer starken Spannung führt. Wenn dieser Schmerz eintritt, verstärkt sich wiederum die Angst und es kann zu einer verzögerten, eventuell auch komplizierteren Geburt kommen. Die erlebte Dauer der Geburt hängt also nicht nur vom Grad der Erschöpfung ab. Auch Dannenbring, Stevens und House (1997) konnten den Einfluss der Ängste auf die Geburtsdauer bestätigen.

Auch fötaler Stress, niedrige APGAR-Werte (Punkte-Schema bezüglich Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen und Reflexe des Kindes, welches unmittelbar nach der Geburt festgestellt wird) und ein niedriges Geburtsgewicht konnten in einigen Studien mit mütterlichen Ängsten in Verbindung gebracht werden (Barnett & Parker, 1986; Crowe & Baeyer, 1989; Raphael & Martinek, 1994, zitiert nach Morel-Köhler, 2004).

1.2.4 Kaiserschnitt, Zange, Vakuumextraktion

Nach Davies-Osterkamp (1991) kann eine operative Geburtsbeendigung bei den betroffenen Frauen das Wahrwerden ihrer Befürchtungen und ein Gefühl des persönlichen Versagens auslösen. Verschiedenste Faktoren wie die Sorge um das Kind, fehlende Sachinformationen, Hektik im Kreißsaal oder Abbruch der Kommunikation führen zu einer Verstärkung des Angsterlebens. Lukesch (1981) konnte zeigen, dass die Mutter-Kind-Beziehung nach komplizierten Geburten oder nach einem Kaiserschnitt häufig durch Schuldgefühle belastet ist.

Bei geplanten Kaiserschnitten (beispielsweise aufgrund einer Beckenendlage oder uterusbedingten Komplikationen) hat die Frau bereits im Vorfeld die Möglichkeit sich auf die Operation vorzubereiten. Sie kann sich mit der gegebenenfalls vorhandenen Enttäuschung, keine natürliche Geburt erleben zu dürfen, auseinandersetzen und diese aufarbeiten (Davies-

Osterkamp, 1991). Bei Wunschkaiserschnitten ist eine Enttäuschung dahingehend nicht zu erwarten, da sich die betroffenen Frauen bewusst für einen Kaiserschnitt entschieden, und somit bereits zuvor alle positiven und negativen Aspekte abgewogen haben.

1.3 Das Wochenbett

Die postpartale Phase ist zunächst durch eine Zeit der Erschöpfung und Ruhe gekennzeichnet. Umfangreiche anatomische und physiologische Umstellungen in dieser Phase können allerdings einen biologischen Stress für die junge Mutter bedeuten (Hertz & Molinski, 1981). Der „postpartale Blues“ oder auch umgangssprachlich die „Heultage“ genannt, setzt typischerweise in der ersten Woche nach der Geburt ein und klingt in den meisten Fällen innerhalb von Stunden oder wenigen Tagen von selbst wieder ab. Er stellt die mildeste Form der Wochenbettreaktionen dar und bedarf keiner medizinischen Behandlung. Es wird davon ausgegangen, dass mindestens ein Viertel bis die Hälfte der jungen Mütter diese Phase erlebt (Riecher-Rössler, 2001).

Der „postpartale Blues“ ist durch Symptome wie eine subdepressive Stimmungslage, häufiges Weinen, Ängstlichkeit und Sorgen über die Gesundheit des Kindes, sowie durch Schlaf- und Appetitstörungen charakterisiert (Stein, 1982, zitiert nach Riecher-Rössler, 2001).

Nach Unger und Rammsayer (1996) orientiert sich der biologische Erklärungsansatz für den „postpartalen Blues“ an den hormonellen Veränderungen des Körpers nach der Geburt. Ein abrupter Abfall des Östrogen- und Progesteronspiegels kann bei den jungen Müttern die erwähnte Symptomatik auslösen.

Eine rein biologisch orientierte Sichtweise wird diesem Phänomen allerdings keinesfalls gerecht. Sauer (1993) gibt an, dass das Stimmungstief auch als eine Reaktion auf bestimmte psychosoziale Faktoren (wie eine ungeplante Schwangerschaft, Probleme in der Partnerbeziehung oder Stillschwierigkeiten) aufgefasst werden kann. Zudem sollten die psychischen Anpassungsleistungen an den veränderten Zustand miteinbezogen werden (Unger & Rammsayer, 1996; Sauer 1993).

Nach Pines (1997) folgt der Entbindung nach einem anfänglichen Hochgefühl eine Phase der Neuorientierung. Das Kind ist nicht mehr lediglich in schönen Schwangerschaftsphantasien vorhanden – es existiert nun real und zeigt eigenständige Reaktionen und Forderungen, die

beachtet und erfüllt werden müssen. Das Neugeborene rückt in den Mittelpunkt und für die eigenen Bedürfnisse ist nur wenig Raum vorhanden (Hertz & Molinski, 1981). Gleichzeitig erleben manche Frauen in dieser Zeit ein Gefühl des Hohl- oder Leerseins, sie fühlen sich einsam und unvollständig. Das Körperbild der Mutter muss sich nun erneut verändern. Erst dann ist es ihr möglich, sich mit der erlebten Geburt auseinanderzusetzen und ihr Kind als eigenständiges Individuum anzuerkennen (Pines, 1997).

Obwohl kein unmittelbarer Therapiebedarf besteht, ist eine Aufklärung der Eltern über Häufigkeit und Symptome dieser kurzfristigen Störung zB. durch ihre(n) Gynäkologen/in oder im Rahmen eines Geburtsvorbereitungskurses von großer Bedeutung. Die Unterstützung der jungen Mutter durch das Krankenhauspersonal und ihr soziales Umfeld (Partner, Familie, Freunde) kann sie von Schuldgefühlen entlasten und die Anpassung an die neue Lebenssituation erleichtern (Riecher-Rössler, 2001).

Der „postpartale Blues“ wird nicht als Krankheit definiert, dennoch wird er von O'Hara (1995) sowie von Henshaw, Foreman & Cox (2004) als ein möglicher Risikofaktor für die postpartale Depression angesehen.

2 DIE POSTPARTALE DEPRESSION (PPD)

2.1 Definition

“Als postpartale Depression werden im Allgemeinen alle schweren, länger dauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen im ersten Jahr nach einer Entbindung bezeichnet“ (Riecher-Rössler, 2001, S. 25).

Gröhe (2003) betont, dass man in Abgrenzung zu postpartalen Psychosen exakterweise von „postpartalen nichtpsychotischen Depressionen“ sprechen sollte.

Die postpartale Psychose stellt die schwerste Form von postpartalen Störungen dar und ist durch depressive, manische und schizoaffektive Erscheinungsbilder (beispielsweise Realitätsverlust, Wahnvorstellungen und/oder Halluzinationen) gekennzeichnet. Sie tritt sehr selten auf (0,1 bis 0,2 Prozent) und erscheint vorwiegend in den ersten Wochen nach der Geburt. Eine Hospitalisierung der betroffenen Frauen ist meist unumgänglich (Sauer, 1993, S. 84).

Nach Dalton (1984) unterscheidet sich die postpartale Depression in ihrer Symptomatik von der typischen Depression und wird daher als „atypisch“ bezeichnet. Eine typische Depression (auch Major Depression genannt) ist nach folgenden DSM-IV Kriterien definiert:

1. Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben Zweiwochenperiode: depressive Verstimmung an fast allen Tagen; deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages; deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen; Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen; psychomotorische Unruhe oder Verlangsamungen an fast allen Tagen; Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige Schuldgefühle an fast allen Tagen; wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizidvorstellungen oder Planung eines Suizids.
2. Klinisch bedeutsame Leiden oder Beeinträchtigung (Comer, 2008, S. 217).

Die postpartale Depression ist in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV nicht als eigenständiges Krankheitsbild angeführt. In den ICD-10 Klassifikationen fällt die PPD unter „Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, die anderenorts nicht klassifiziert sind und innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt auftreten“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2010). Nach DSM-IV definiert sich die PPD

„entsprechend der Major Depression mit der Zusatzcodierung mit postpartalem Beginn, wobei der Beginn der Episode innerhalb von vier Wochen nach der Entbindung liegt“ (Bitzer & Alder, 2006, S. 65).

Bei der postpartalen Depression handelt es sich um eine schwerwiegende Erkrankung, die aufgrund der Lebenssituation von Mutter und Kind besondere Beachtung und ein speziell ausgearbeitetes Behandlungskonzept erfordert (Riecher-Rössler, 2001). Sie kann weitreichende Folgen für die Betroffene selbst, ihr Kind und oft auch für das soziale Umfeld haben und die frühe Mutter-Kind-Beziehung, die für die weitere Entwicklung ausschlaggebend ist, nachhaltig schwer beeinträchtigen (Cooper & Murray, 1998; Klier & Muzik, 2001; Riecher-Rössler, 2001).

2.2 Häufigkeit

Die Prävalenz der postpartalen Depression liegt nach Angaben von Riecher-Rössler (2001) zwischen 6 und 22 %. Die breite Streuung der Häufigkeiten ergibt sich aufgrund der Anwendung verschiedener diagnostischer Verfahren sowie aus den unterschiedlichen Messzeitpunkten. O'Hara und Swain (1996) konnten in ihrer Metaanalyse, die 59 methodisch zuverlässige Studien umfasst, eine durchschnittliche Häufigkeitsrate von 13 % ermitteln.

Generell weist ein Großteil der Autoren darauf hin, dass etwa 10-15 % aller Frauen im ersten Jahr nach der Entbindung von der Ausbildung einer postpartalen Depression betroffen sind (Cooper & Murray, 1998; Dalton, 1984; Dix, 1987; O'Hara, Zekoski, Philipps & Wright, 1990).

2.3 Symptomatik

Bei einer postpartalen Depression können sowohl psychische, psychosomatische, als auch physische Beschwerden auftreten. Sie ist charakterisiert durch (Dalton, 1984; Gröhe, 2003; Riecher-Rössler, 2001; Rohde, 2004):

- Antriebsmangel
- Energielosigkeit
- Niedergeschlagenheit
- Lust- und Interesselosigkeit

- Müdigkeit
- sozialer Rückzug
- Apathie
- innere Leere
- erhöhte Reizbarkeit
- häufiges Weinen
- Schlaf- und Appetitlosigkeit
- Denk- und Konzentrationsstörungen
- Angstzustände
- Panikattacken
- Nervosität, innere Unruhe
- Verdauungsstörungen
- Kopfschmerzen, Schwindelgefühle
- Zwangsgedanken und Zwangsimpulse (zB. sich und/oder dem Kind etwas anzutun)
- Versagens- und Schuldgefühle
- als unzureichend empfundene Mutter-Kind-Gefühle
- Ablehnung des Neugeborenen
- Suizidgedanken

Nach Dalton (1984) und Sauer (1993) äußert sich der Beginn der postpartalen Depression schleichend, durch extreme Müdigkeit und Energielosigkeit. Die jungen Mütter zeigen einen unstillbaren Schlafdrang, sie leiden aber dennoch an Ein- und Durchschlafstörungen.

Hinsichtlich der Essgewohnheiten können sich Unterschiede zur typischen Depression zeigen: Anstelle von Appetitlosigkeit kann sich aufgrund von Unzufriedenheitsgefühlen und innerer Leere ein Esszwang entwickeln – die betroffenen Frauen nehmen innerhalb kürzester Zeit rapide zu. Dieser Zustand kann auch in eine postpartale Fettsucht übergehen.

Die postpartale Depression ist auch durch das Auftreten von starker Reizbarkeit gekennzeichnet, die bei einer typischen Depression fehlen kann. Das Ausmaß dieser Reizbarkeit variiert von Frau zu Frau und ist mit starker Ungeduld und Streitsucht verbunden. Diese kann sich sowohl in körperlicher als auch in verbaler Form äußern und endet häufig mit unkontrollierbaren Weinanfällen, verbunden mit starken Schuld- und Schamgefühlen, wie im folgenden Fallbeispiel von Valentina, einer 22 jährigen Mutter, ersichtlich wird:

Ich bin so gereizt und streitsüchtig wie immer, mein Repertoire reicht da vom kleinen Zank bis zu gelegentlichen, sehr heftigen Ausbrüchen, die unser Familienleben tagelang beeinträchtigen. Ich fühle mich deswegen wirklich schuldig, aber damit kriege ich die Gereiztheit auch nicht in den Griff. Im Hause bleibt alles unerledigt liegen, mein Bücherstudium leidet, ich kann mich nicht konzentrieren und bin oft so zerfahren. Ich verkrieche mich vor Scham und bin überzeugt, dass jede andere Frau auf der Welt ihre Sache großartig macht, bloß mir gelingt es nicht. (Dalton, 1984, S.47)

Gröhe (2003) betont, dass die betroffenen Frauen immer wieder von stark ausgeprägten Ambivalenzen oder mangelnden Gefühlen ihrem Kind gegenüber berichten. Gleichzeitig leiden sie an großen Ängsten bezüglich der Gesundheit ihres Kindes und sind überzeugt davon, den mütterlichen Aufgaben nicht gerecht zu werden. Rohde (2004) geht davon aus, dass bei etwa zwei Drittel der erkrankten Frauen Versagens- und Minderwertigkeitsgefühle im Vordergrund stehen.

Dalton (1984) gibt an, dass der mit der Depression verbundene soziale Rückzug, Angst- sowie Panikanfälle dazu führen, dass die betroffenen Frauen ihr Selbstvertrauen und ihre Zuversicht verlieren. Sie ängstigen sich vor sich selbst und ihrem Verhalten und möchten keinesfalls alleine gelassen werden. Kurstjens & Wolke (2002) weisen zudem darauf hin, dass verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeiten vorherrschen und Suizidgedanken bzw. Suizidpläne bestehen können.

Abneigungen und Feindseligkeiten dem Kind gegenüber sind mit besonders starken Schuld- und Schamgefühlen verbunden und werden daher oftmals auch vor engsten Vertrauten geheim gehalten. Der Umgang mit dieser Problematik erfordert viel Einfühlungsvermögen und Verständnis von Seiten des Partners sowie des sozialen Umfelds (Dalton, 1984).

2.4 Verlauf und Folgen

Die postpartale Depression erstreckt sich meist über mehrere Monate, sie kann allerdings auch länger als ein Jahr andauern (Cox et al., 1984; Kumar & Robson, 1984, zitiert nach Riecher-Rössler, 2001). Nach Gröhe (2003) scheinen aber im Gegensatz zu anderen depressiven Störungen die Zeitspanne der Krankheitsepisoden sowie die Gefahr eines Rückfalls günstiger zu verlaufen.

Riecher-Rössler (2001) betont, dass die Merkmale einer postpartalen Depression charakteristischerweise erst dann auftreten, wenn die Mutter mit ihrem Kind wieder zuhause ist. Sie steht zwar im regelmäßigen Kontakt mit diversen Ärzten (GynäkologIn, Kinderarzt/-

ärztin), verschweigt aber dennoch häufig aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen ihre Problematik. Hinzu kommt auch die Angst, wieder stationär aufgenommen und dadurch von ihrem Kind getrennt zu werden.

Dalton (1984) und Riecher-Rössler (2001) weisen darauf hin, dass das Risiko eines Suizides bzw. eines Infantizides (Tötung des Kindes) bei der postpartalen Depression nicht unterschätzt werden darf. Die meisten Suizidversuche stellen Hilfeschreie der betroffenen Frauen dar. Sie machen auf diesem Wege auf ihre Notlage aufmerksam und benötigen sofortige professionelle Unterstützung sowie ein angemessenes Behandlungskonzept (Dalton, 1984).

Mehrere Autoren betonen, dass mütterliche Depressionen oft erhebliche Auswirkungen auf die junge Mutter-Kind-Beziehung haben (Campell, Cohn & Meyers, 1995; Cooper & Murray, 1998; Hofecker Fallahpour, 2005; Klier, Lenz & Lanczik, 2001; Riecher-Rössler, 2001).

Die Symptomatik der Depression wirkt sich negativ auf die sozialen Beziehungen der betroffenen Mutter, vor allem aber auf ihren Säugling aus, da dieser in besonderer Weise von ihr abhängig ist (Klier & Muzik, 2001). So konnte in Untersuchungen gezeigt werden, dass depressive Frauen weniger liebevoll im Umgang mit ihren Kindern sind, seltener positive Emotionen zeigen und nur wenig mit ihnen spielen oder sprechen (Fleming, Ruble, Flett & Shaul, 1988; Hofecker Fallahpour, 2005). Auch die Reaktionen der Kinder auf ihre depressiven Mütter können sehr unterschiedlich ausfallen. Manche Babys schreien viel, lächeln wenig und haben selten Blickkontakt zur Mutter. Andere scheinen Reize aus der Umgebung kaum wahrzunehmen, beschäftigen sich vorwiegend mit sich selbst und sind in ihren Verhaltensweisen still und passiv (Hofecker Fallahpour, 2005).

Insgesamt haben depressive Mütter Schwierigkeiten damit, die Signale ihres Kindes zu deuten und angemessen sowie zeitgerecht darauf zu reagieren (Hofecker Fallahpour, 2005). Dies kann beim Kind zur Ausbildung sekundärer Regulationsstörungen führen (zB. Schlaf- oder Fütterungsprobleme, vermehrtes Schreien), was wiederum starke Schuldgefühle bei der Mutter auslösen kann. Der Kreislauf der Depression verstärkt sich somit immer weiter (Klier, Lenz & Lanczik, 2001).

Längerfristige Auswirkungen auf das Kind, wie emotionale und Verhaltensauffälligkeiten und/oder kognitive Entwicklungsprobleme, sind vor allem dann zu erwarten, wenn die

mütterliche Depression über einen längeren Zeitraum anhält, sie erneut auftritt oder weitere schwere Belastungen vorhanden sind, welche die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen (Hofecker Fallahpour, 2005).

2.5 Therapie

„Weniger als ein Drittel der Frauen mit postpartum Depression suchen professionelle Hilfe auf, und nur die Hälfte der betroffenen Frauen spricht überhaupt mit einer anderen Person über ihren Zustand“ (Klier, Lenz & Lanczik, 2001, S. 42).

Riecher-Rössler (2006) weist darauf hin, dass in der Therapie eine umfassende Aufklärung über die Entstehung und den Verlauf der Krankheit von besonderer Bedeutung ist. Die betroffene Mutter, aber auch der Vater und das nähere soziale Umfeld müssen miteinbezogen werden und verstehen, dass es hier nicht um die Folgen des Versagens der jungen Mutter geht. Es handelt sich um eine ernstzunehmende Erkrankung, die einer schnellstmöglichen Behandlung bedarf. Die therapeutischen Empfehlungen bei postpartalen Depressionen werden in Abbildung 1 ersichtlich.

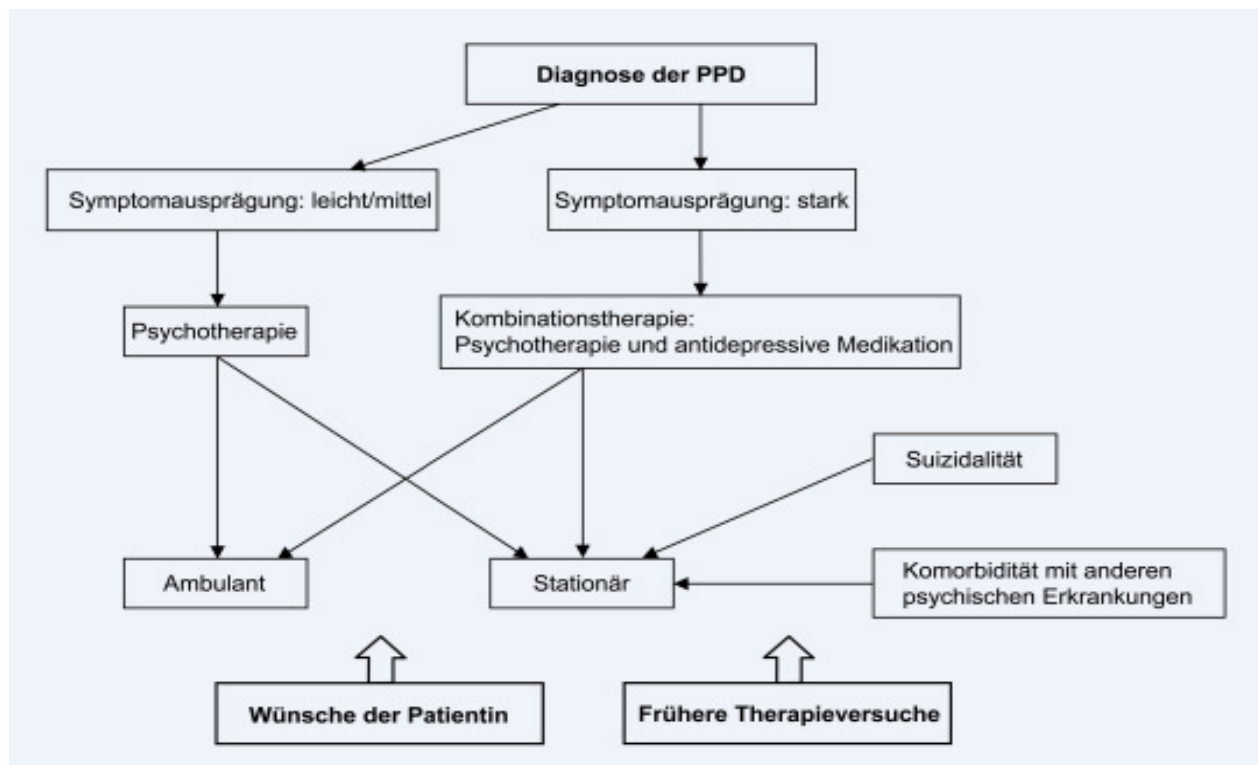


Abbildung 1: Therapeutische Empfehlungen bei Wochenbettdepressionen (Härtl, Müller & Friese, 2006)

Zu Beginn der Therapie sollte gemeinsam mit der Familie nach Möglichkeiten und Hilfestellungen gesucht werden, die der jungen Mutter Entlastung verschaffen. Sie muss verstehen, dass sie nun Ruhe und Erholung benötigt und Hilfe annehmen *darf*. Häufig ist es auch notwendig, eine zusätzliche Betreuung von Außerhalb (zB. im Sinne einer Hebamme oder Sozialarbeiterin) einzubinden (Riecher-Rössler, 2001).

Nach Fiegl (2006) zielt die psychotherapeutische Arbeit darauf ab, der betroffenen Frau Raum für sich selbst zu geben, sie emotional zu stützen und die Suche nach praktischen Ressourcen anzuregen sowie diese weitergehend zu fördern. Im geschützten Rahmen ermöglicht das Aussprechen heftiger Schuld- und Schamgefühle, sowie die Aufarbeitung individueller Themen und Konflikte die dringend notwendige Entlastung. Die junge Mutter muss in kleinen Schritten motiviert werden, sich eine neue Tagesstruktur zu schaffen und lernen, die eigenen Bedürfnisse von den Bedürfnissen ihres Kindes zu unterscheiden. Eine weitere therapeutische Aufgabe besteht darin, das eventuell vorhandene übersteigerte (perfekte) Mutterbild zu hinterfragen und herauszufinden, wodurch dieses zustande gekommen ist. Die Angleichung zwischen Idealvorstellung und Realität sollte im Sinne der Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung, beispielsweise durch entspannte Mutter-Kind-Kontakte, Spieltherapie oder praktischen und hilfreichen Anleitungen für die Mutter, von Beginn an miteinbezogen werden.

Der Prozess der Psychotherapie benötigt viel Verständnis, Einfühlungsvermögen und Ermutigung von Seiten des Partners und der wichtigsten Bezugspersonen. Durch eine hilfreiche Unterstützung ist es der betroffenen Frau möglich, ihr Selbstbewusstsein aufzubauen und Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten zu entwickeln (Fiegl, 2006).

Nach Riecher-Rössler (2006) und Klier, Schäfer & Lanczik (2006) sollte bei schweren Formen der postpartalen Depression die betroffene Mutter unbedingt bei einem/einer Facharzt/-ärztin vorstellig werden. Meist wird zur Psychotherapie eine zusätzliche medikamentöse Behandlung in Form von Antidepressiva eingeleitet. Da alle Psychopharmaka in die Muttermilch übertreten, sollte eine gute Aufklärung erfolgen und der Nutzen sowie die Risiken für Mutter und Kind individuell abgewogen werden.

Die meisten Mütter wissen, dass die Muttermilch die beste Ernährungsform für ihr Kind in der ersten Zeit nach der Geburt darstellt. Aufgrund des Abstillens können sich deshalb die Schuldgefühle der jungen Mutter gegenüber ihrem Kind noch verstärken. Wird das Weiterstillen von der Mutter ausdrücklich erwünscht, dann sind jene Psychopharmaka

anzuwenden, die einen geringen Serumspiegel beim Säugling erreichen. Diese Indikation sollte allerdings auf schwere Fälle beschränkt bleiben und der Säugling im Hinblick auf Nebenwirkungen engmaschig überwacht werden.

Der Verzicht auf eine medikamentöse Behandlung kann das Risiko einer stationären Aufnahme und in weiterer Folge auch das Suizidrisiko erhöhen. Nach derzeitiger Lehrmeinung werden die Auswirkungen einer postpartalen Depression für Mutter und Kind als viel schwerwiegender angesehen als die möglichen Folgen einer Psychopharmakaeinnahme (Riecher-Rössler, 2006).

Bei besonders schweren Formen der Depression, insbesondere wenn ein Suizidrisiko besteht und/oder die Mutter körperlich und seelisch vollkommen erschöpft ist, ist eine Behandlung der betroffenen Frauen im stationären Rahmen unvermeidlich. Es kann vorkommen, dass das Krankenhauspersonal aufgrund des starken Erschöpfungszustandes der Mutter die Aufnahme ihres Kindes als ungeeignet erachtet (Hofecker Fallahpour, 2005). Die Trennung von Mutter und Kind wird allerdings nur schwer verkräftet und verhindert die Herstellung einer guten Mutter-Kind-Beziehung. In einigen psychiatrischen Krankenhäusern wurden deshalb bereits spezielle Mutter-Kind-Abteilungen eingerichtet, in denen die Mütter gemeinsam mit ihren Kindern aufgenommen werden können (Riecher-Rössler, 2006).

Fiegl (2006) weist eindringlich darauf hin, dass psychotherapeutische Unterstützung bereits in der Schwangerschaft beginnen muss. In Geburtsvorbereitungskursen oder bei Mutter-Kind-Untersuchungen sollte auf die Möglichkeit der Ausbildung einer postpartalen Depression hingewiesen werden. Informationen über die Krankheit selbst sowie über Anlaufstellen und Beratungsangebote müssen präventiv zur Verfügung gestellt werden.

„Es ist nötig, das Thema postpartale Depression zu enttabuisieren, den Mythos der uneingeschränkten Mutterliebe vom ersten Augenblick an und der ungetrübten Freude an dem Neuankömmling zu „enttarnen“ und daraus ein realistisch lebbares Bild zu entwerfen“ (Fiegl, 2006, S. 106).

2.6 Ätiologie und Pathogenese

Jede Frau, unabhängig von Alter, Kultur, Familienstand oder Anzahl der vorausgegangenen Geburten kann an einer postpartalen Depression erkranken. Bisher konnten in der Literatur spezifische Risikofaktoren allerdings nicht eindeutig identifiziert werden.

Laut Rohde (2004) spricht man von einer „multifaktoriellen Verursachung“. Man geht davon aus, dass sowohl biologische, psychische als auch soziale Faktoren bei der Auslösung dieser Erkrankung beteiligt sind. Je mehr belastende Einflussfaktoren zusammen spielen, desto tiefer kann dies in eine postpartale Depression führen (Abbildung 2).



Abbildung 2: Die Spirale der postnatalen psychischen Störung (zB. Depression) (Rhode, 2004)

Eine vorbestehende Prädisposition der betroffenen Frauen konnte am eindeutigsten als Risikofaktor aufgezeigt werden: In mehreren Untersuchungen wurde sichtbar, dass eine Depression in der eigenen Vorgeschichte sowie eine familiäre Belastung zu affektiven Erkrankungen Hauptrisikofaktoren für die Ausbildung einer postpartalen Depression darstellen (Ballestrem, Strauss, Häfner & Kächele, 2001; O'Hara et al., 1990, 1995; O'Neil, Murphy & Greene, 1990; Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004). Auch Riecher-Rössler (2001, 2006) betont, dass etwa ein Drittel aller Frauen mit PPD bereits vor der Schwangerschaft mindestens einmal von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen war.

Psychische Faktoren

Die körperlichen und psychischen Anstrengungen einer Entbindung sowie die darauf folgenden Umstellungen der Lebenssituation stellen für die junge Mutter einschneidende Veränderungen dar, mit denen sie sich nun auseinander setzen muss. Gerade beim ersten Kind können verschiedenste Themen wie die Beschäftigung mit der eigenen Identität, Stress bei der Versorgung des Kindes und/oder Befürchtungen hinsichtlich dessen Gesundheit starke Gefühle der Unsicherheit und Ängste auslösen (Hofecker Fallahpur, 2005; Sauer, 1993; Wimmer-Puchinger, 2006).

Biologische Faktoren

Mehrere Studien haben sich mit den starken hormonellen Umstellungen nach einer Geburt als Ursache für die postpartale Depression beschäftigt, jedoch zeigten sich beispielsweise hinsichtlich der Rolle des Östrogen- und Progesteronspiegels keine einheitlichen Ergebnisse (Bloch et al., 2000; Gregoire, Kumar, Everitt, Henderson & Studd, 1996; O'Hara, 1995).

Nach Hofecker Fallahpour (2005) steht heutzutage fest, dass psychische Störungen postpartum nicht auf einen Anstieg oder Abfall *eines einzigen* Hormons zurückzuführen sind. Es muss hingegen von einem komplexen Zusammenspiel der Hormone ausgegangen werden, welche eine bedeutsame Rolle bei neuromodulatorischen Effekten in der Schwangerschaft, in der Postpartalzeit sowie im Menstruationszyklus spielen.

Gröhe (2003) gibt an, dass die Erschöpfung nach der Geburt sowie der darauf folgende Schlafentzug weitere biologische Faktoren darstellen, die ebenfalls nicht unterschätzt werden dürfen.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Atkinson und Rickel (1984), O'Hara (1990), Robertson et al. (2004) sowie Whiffen (1988), konnten in ihren Untersuchungen feststellen, dass depressive Symptome während der Schwangerschaft die Ausbildung einer postpartalen Depression begünstigen. Auch der Einfluss von kritischen Lebensereignissen konnte vermehrt nachgewiesen werden (O'Hara & Swain, 1996; Robertson et al., 2004; Wilson et al., 1996).

Hinsichtlich der Bedeutung von Geburtskomplikationen zeigen sich in der Literatur widersprüchliche Ergebnisse. Mehrere Autoren fanden diesbezüglich einen Zusammenhang (Campbell & Cohn, 1991; Dalton, 1984; O'Hara & Swain, 1996). Stein et al. (1989) konnten

diesen nicht bestätigen und auch keine Verbindung bezüglich medizinischer Komplikationen des Kindes und einer postpartalen Depression feststellen.

Eine Verbindung zwischen Geburtsmodus (Spontan/Saugglocke/Kaiserschnitt) und der Ausbildung einer postpartalen Depression konnte von Ballestrem et al. (2001) sowie von Herz et al. (1997) und Kim, Hur, Kim, Oh und Shin (2008) nicht gefunden werden. Gröhe (2003) gibt diesbezüglich zu bedenken, dass häufig die persönliche Einschätzung der Mutter eine wesentliche Rolle bei der Entstehung depressiver Symptome spielt. Beispielsweise kann eine komplikationsfreie Spontangeburt von der betroffenen Frau als sehr traumatisch erlebt werden, da Gefühle von Angst und Einsamkeit dominieren.

Bezüglich des Geschlechts des Kindes konnte von Hopkins, Campbell & Marcus (1987) sowie von Kim et al. (2008) kein Einfluss auf die Entwicklung einer postpartalen Depression nachgewiesen werden. Probleme im Umgang mit dem Kind wurden als weiterer potentieller Risikofaktor zahlreich untersucht (Cutrona & Troutman, 1986; Hopkins et al., 1987; O'Hara, 1986). Die depressiven Mütter beurteilen ihre Kinder häufig als schwierig, wenig vorhersehbar und schlecht zu beruhigen. Sauer (1993) betont, dass diesbezüglich allerdings unklar ist, ob die Babys wirklich mehr Schwierigkeiten machten oder ob die Auffälligkeiten der Kinder bereits eine Folge der mütterlichen Depression darstellen.

Auch ein Zusammenhang zwischen dem Stillen bzw. der Stlldauer und der postpartalen Depression wurde in der Literatur nicht eindeutig bewiesen (Dalton, 1984; Kim et al., 2008; O'Neil et al., 1990). In einigen Studien konnte hingegen das Vorhandensein eines „Babyblues“ als Risikofaktor identifiziert werden (Henshaw, Foreman & Cox, 2004; O'Hara 1995).

Soziodemographische und Psychosoziale Faktoren

Laut mehreren Autoren scheint das Alter der Mutter keinen Einfluss auf das Auftreten einer postpartalen Depression zu haben (Dalton, 1984; Kim et al., 2008; Klier et al., 2008; Kurstjens & Wolke, 2001; O'Neil et al., 1990). Segre, O'Hara, Arndt und Stuart (2007) konnten allerdings in ihrer Untersuchung eine eindeutige Verbindung zwischen Alter und PPD nachweisen, die vor allem bei jüngeren Müttern (unter 20 Jahren) sichtbar wurde. Mit zunehmendem Alter nahm die Depressivität der untersuchten Frauen ab.

Bezüglich des Bildungsniveaus und des Sozialstatus der betroffenen Mütter konnten von Kim et al. (2008) sowie von Kurstjens und Wolke (2001) keine signifikanten Ergebnisse gezeigt werden. In der multizentrischen Studie von Herz et al. (1997) fand sich allerdings ein Zusammenhang zwischen Ausbildungsniveau unter Abitur und einem erhöhten Depressivitätsscore. Auch O'Hara (1986) konnte zeigen, dass depressivere Frauen einen niedrigeren Bildungsstand aufweisen.

Hinsichtlich des Familienstandes sind die Ergebnisse in der Literatur relativ uneindeutig. Herz et al. (1997) sowie Segre et al. (2007) zeigten eine Verbindung zwischen ledigen Frauen und erhöhtem Depressivitätsscore, Ballestrem et al. (2001) sowie Kim et al. (2008) konnten diese nicht feststellen.

Segre et al. (2007) konnten weiters zeigen, dass eine steigende Anzahl bereits geborener Kinder einen signifikanten Einfluss auf das Depressivitätsrisiko hat. Andere Autoren stellten keine Beziehung diesbezüglich fest (Herz et al., 1997; Kurstjens & Wolke, 2001) und auch hinsichtlich Einkommen, finanzieller Zufriedenheit und Berufstätigkeit der Mutter finden sich sehr uneinheitliche Ergebnisse (Herz et al., 1997; Kim et al., 2008; Segre et al., 2007; Wimmer-Puchinger, 2006).

Eine schlechte Partnerschaftsbeziehung sowie fehlende soziale Unterstützung scheinen hingegen bei der Ausbildung einer postpartalen Depression eine große Rolle zu spielen (Herz et al., 1997; O'Hara & Swain, 1996; Robertson et al., 2004; Wilson et al., 1996). Beispielsweise zeigte sich in der Studie von Ballestrem et al. (2001), dass Mütter mit postpartaler Depression signifikant häufiger über eine eingeschränkte oder fehlende Unterstützung des Partners und über das Gefühl, nicht verstanden zu werden, klagten. Nach Sauer (1993) können für die Frau starke Gefühle der Vernachlässigung entstehen, wenn der Partner seine Zuwendung vermehrt auf das Kind richtet bzw. seine Frau nur mehr als Hausfrau und Mutter wahrnimmt. Demzufolge kommt es zwischen den Partnern häufig zu Missverständnissen und Auseinandersetzungen und oftmals fehlt auch die Zeit bzw. die Kraft für ein klärendes Gespräch.

Durch eine emotionale und praktische Unterstützung des Partners kann die Anpassung an die neuen Lebensumstände für die junge Mutter erleichtert werden. Weiters kann das Vorhandensein eines sozialen Netzwerks (Freunde, Eltern, Verwandte) für gefährdete Frauen

einen gewissen Schutzfaktor vor der Ausbildung einer postpartalen Depression bieten (Sauer, 1993). Cutrona & Troutman (1986) betonen, dass eine gute soziale Einbettung das Selbstvertrauen der betroffenen Frauen stärken und ihre Einstellung zur Mutterrolle verbessern kann.

Transkulturelle Vergleiche und Religion

Mehrere Studien konnten zeigen, dass postpartale Depressionen eine kulturübergreifende Erkrankung darstellen: Die höchste Auftrittsrate konnte in Südamerika festgestellt werden, gefolgt von mittleren Raten in Europa und Nordamerika. Asien zeigte in den Untersuchungen die niedrigste Anzahl postpartaler Erkrankungen (Simon et al., 2002; Üstun & Sartorius, 1995, zitiert nach Hofecker Fallahpour, 2005).

Danaci, Dinc, Deveci, Sen und Icelli (2002) ermittelten in ihrer Studie beispielsweise eine Prävalenzrate von 14 % für die Türkei (Manisa). Die Autoren fassten weiters zusammen, dass ebenfalls Südamerika (Chile mit 36,7 %) die höchste Auftrittsrate aufwies, jedoch wurden auch im Mittleren Osten (Saudi Arabien, Israel) sehr hohe Werte (18 bis 22,6 %) gefunden.

Posmontier und Horowitz (2004) betonen, dass depressive Symptome nach einer Entbindung ein weltweit bekanntes Phänomen darstellen, der Umgang mit diesen allerdings sehr kulturabhängig sei. Es konnte auch gezeigt werden, dass Frauen, die vor kurzem in westliche Länder immigrierten, eine höhere Rate an postpartalen Depressionen aufwiesen. Dies wurde vor allem durch den Verlust der traditionellen sozialen Unterstützung durch Familie und Freunde bzw. aufgrund der eventuell schwierigen Anpassung (Sprachprobleme, Heimweh, Diskriminierung) an die neue Kultur interpretiert.

Hinsichtlich der Religionszugehörigkeit (Protestanten, Juden, Katholiken) konnten nach Dalton (1984) keine Verbindungen zur Ausbildung einer postpartalen Depression gefunden werden.

3 DIE FEM-ELTERNAMBULANZ

3.1 Exkurs: PPD-Projekt in Wien (Wimmer-Puchinger, 2006)

Bezugnehmend auf den Projektbericht von Univ.-Prof. Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger (2006) wird in diesem Kapitel das Pilotprojekt des Wiener Programms für Frauengesundheit genauer vorgestellt.

Im Zeitraum von Dezember 2001 bis Dezember 2003 wurde an drei Wiener Projektkrankenhäusern (Sammelweis-Frauenklinik, Kaiser Franz Josef Spital und Sozialmedizinisches Zentrum Ost) eine Studie des Wiener Frauengesundheitsprogramms zur Prävention von postpartalen Depressionen bei schwangeren Frauen durchgeführt.

Ziele des Projekts stellten neben der Reduktion der im internationalen Vergleich relativ hohen Inzidenzrate (21 % in Wien), eine stärkere Thematisierung der Krankheit bei schwangeren Frauen sowie die Sensibilisierung der geburtshilflichen Betreuungsteams dar. Weiters sollten psychosozial vorbelastete Frauen durch Angebote sozialer, medizinischer und psychologisch/psychotherapeutischer Betreuung in der Schwangerschaft sowie in der ersten Zeit nach der Geburt unterstützt werden.

Die wissenschaftlichen Kernfragen des Projekts befassten sich damit, welche psychosozialen und sozioökonomischen Faktoren Einfluss auf das PPD-Risiko haben bzw. ob durch primäre und sekundäre Prävention das Risiko, eine PPD auszubilden, reduziert werden kann.

Die schwangeren Frauen wurden in zwei Gruppen unterteilt: Frauen mit und Frauen ohne PPD-Risiko. Weiters erfolgte eine randomisierte Zuweisung der Frauen mit PPD-Risiko in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe.

In der Interventionsgruppe wurden psychosozial belastete Frauen einzeln, teilweise auch bis zur Geburt von einem multiprofessionellen Betreuungsteam (beispielsweise durch Familienhebammen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und/oder PsychotherapeutInnen) unterstützt und begleitet. Die Kontrollgruppe erhielt ein detailliertes Gespräch mit einer Projekthebamme sowie eine Vielzahl an Informationen bezüglich verschiedenster Einrichtungen und Geburtsvorbereitungskursen.

Es fanden vier Erhebungszeitpunkte statt (Erstanmeldung, drei Wochen vor der Geburt, drei Monate sowie sechs Monate nach der Geburt), an denen die Frauen zu ihrem emotionalen Befinden (mittels EPDS-Fragebogen¹) sowie zu ihrer sozialen Situation (dieser Fragebogen wurde erstellt vom Institut für höhere Studien, IHS, Dr. Müller) befragt wurden. Zeitgleich wurde die Zufriedenheit mit den gesetzten Maßnahmen für die Interventionsgruppe evaluiert.

Bezüglich psychosozialer und sozioökonomischer Einflussfaktoren stimmten die gefundenen Ergebnisse weitgehend mit der Literatur überein (Herz et al., 1997; Kim et al., 2008; Segre et al. 2007; vgl. Kapitel 2.6).

Es wurde zudem ersichtlich, dass es sich um eine sehr bedeutsame Problematik handelt: Viele Frauen wiesen psychosoziale Belastungen auf, fühlten sich einsam und äußerten erhöhten Betreuungsbedarf. Es fehlte sowohl bei den schwangeren Frauen, als auch bei den involvierten Berufsgruppen und in der breiten Öffentlichkeit an Informationen zum Thema „Postpartale Depression“. Die Untersuchung lieferte wichtige Erkenntnisse über das Erleben einer Schwangerschaft und konnte deutlich die Notwendigkeit einer engmaschigen, umfassenden und interdisziplinären Schwangerenbetreuung in Wiens Krankenhäusern aufzeigen.

Im Sinne der Nachhaltigkeit des Projekts wurden unter anderem Fortbildungen zum Thema „Postpartale Depression“ an geburtshilflichen Abteilungen in Wiens Spitälern angeboten und professionelle Fortbildungsunterlagen erarbeitet.

Zudem hat sich ein nach wie vor bestehendes Netzwerk entwickelt, welches sich aus ExpertInnen verschiedenster Professionen und Einrichtungen zusammensetzt, um den Austausch einer flächendeckenden Kooperation besser gewährleisten zu können. Die Vernetzung der verschiedenen Einrichtungen, das Kennenlernen der zuständigen Ansprechpartner sowie der gegenseitige Austausch über die Bedürfnisse der betroffenen Frauen und hinsichtlich jeweiliger Lösungsansätze, sollen der Verbesserung einer umfassenden Schwangerenbetreuung dienen.

¹ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) von Cox, Holden & Sagovsky (1987), Screening-Instrument zur Erfassung des Depressionsschweregrades

Für Frauen und deren Angehörige wurde weiters eine Informationsbroschüre erarbeitet, die über die postpartale Depression informiert und zu ihrer Enttabuisierung beitragen soll. Ziel ist es, Frauen und deren Angehörige über mögliche Veränderungen und Schwierigkeiten bei Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft aufzuklären sowie praktische Hilfestellungen zu bieten. Im Anhang dieser Broschüre findet sich zudem eine Adressenliste mit Beratungsstellen, Ambulanzen und anderen Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen, die bei Bedarf zur Verfügung stehen. Das Deckblatt dieser 31-seitigen Informationsbroschüre wird im Anhang A ersichtlich.

Nach Pruckner (2009) stellt eine weitere Folge dieses Projekts die Gründung der FEM²-Elternambulanz dar, welche möglichst präventiv, schnell und unbürokratisch Frauen im Verlauf der Schwangerschaft sowie rund um die Geburt ihres Kindes mittels Informationen und Beratungen bis hin zu Kurzzeittherapien unterstützen und begleiten soll.

² Frauengesundheitszentrum (Frauen, Eltern, Mädchen), in der Semmelweis-Frauenklinik seit 1992

3.2 Das Konzept der FEM-Elternambulanz (Kern & Pruckner, 2008)

Obwohl in Wien flächendeckend qualitativ hochwertige Betreuungseinrichtungen für schwangere Frauen zur Verfügung stehen, erreichen diese Angebote häufig nur einen Teil derer, die Hilfe benötigen.

Vor allem Frauen, die in ihrer Biografie psychische Krisen aufweisen, Frauen mit Migrationshintergrund oder Frauen, die unter schwierigen sozialen Bedingungen leben, benötigen oftmals eine besonders intensive Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Im März 2006 wurde im Wiener Wilhelminenspital die FEM-Elternambulanz, eine Spezialambulanz für *psychosoziale* Risikoschwangerschaften, gegründet. Sie hat es sich zum Ziel gesetzt, psychisch belastete Frauen, Frauen mit psychiatrischen Anamnesen sowie Frauen, die gefährdet sind, im Laufe ihrer Schwangerschaft eine psychische Befindlichkeitsstörung auszubilden, zu entlasten und ihnen Begleitung und Unterstützung zu bieten. Sie stellt auch eine Anlaufstelle für Mütter/Eltern in der ersten Zeit nach der Entbindung dar.

Die FEM-Elternambulanz ergänzt die medizinische Betreuung der Frauen mittels Abklärungen, Beratungen, psychotherapeutischen Interventionen sowie durch Begleitung und gegebenenfalls Weitervermittlung an längerfristige Betreuungseinrichtungen. Die enge Zusammenarbeit mit dem Team des Krankenhauses ermöglicht einen unbürokratischen, raschen und niederschweligen Betrieb dieser Einrichtung.

Träger der FEM-Elternambulanz ist das Frauengesundheitszentrum FEM, Institut für Frauen- und Männergesundheit. Das Team setzt sich aus Mag.^a Franziska Pruckner (Leitung des Ambulanzbetriebs) sowie Mag.^a Zeliha Özlü (türkischsprachige psychosoziale Betreuung) zusammen.

Die FEM-Elternambulanz finanziert sich derzeit über die Wiener Gesundheitsförderung (WiG) und Eigenmittel des Frauengesundheitszentrums FEM (Kern & Pruckner, 2008).

3.3 Angebot

Als Umsetzung einer umfassenden Prävention von peri- und postpartalen Störungen sollen psychische Belastungen sowohl während der Schwangerschaft als auch in der ersten Zeit nach der Geburt frühzeitig erkannt und diagnostiziert werden.

Mittels Abklärungs- und Entlastungsgesprächen, Kriseninterventionen und Kurzzeittherapien wird im ambulanten Rahmen versucht, gemeinsam die vorhandenen Ressourcen zu stärken und Lösungswege für verschiedenste Problemstellungen zu entwickeln.

Die kostenlosen Gespräche dauern im Allgemeinen zwischen 50 und 60 Minuten. Pro Person können bis zu zehn, maximal 15 Beratungsstunden, vor und ebenso viele nach der Geburt in Anspruch genommen werden.

Insgesamt stehen der FEM-Elternambulanz 21 Wochenstunden zur Verfügung. Diese werden auf vier Tage verteilt, um eine gute Erreichbarkeit für die Frauen bzw. auch für das gesamte Team gewährleisten zu können. Für die Leitung der Ambulanz, deutschsprachige Betreuung sowie deren Dokumentation werden 15 Wochenstunden benötigt. Der Rest (sechs Wochenstunden) wird der türkischsprachigen Beratung inklusive Dokumentation zugedacht.

Türkischsprachige Beratung

Da ein hoher Anteil der schwangeren Frauen im Wiener Wilhelminenspital türkischer Herkunft ist, werden für diese eigens auch muttersprachliche Beratungsgespräche angeboten. Dabei wird vor allem auf mögliche Doppelbelastungen (beispielsweise Migrationshintergrund und Probleme in der Schwangerschaft sowie in der ersten Zeit nach der Geburt) geachtet. Zudem wird ein im Krankenhaus empfohlenes Beratungsangebot von Seiten des Ehemanns bzw. von anderen Familienangehörigen als weniger bedrohlich erlebt und auch von den betroffenen Frauen selbst leichter in Anspruch genommen.

Türkischen Frauen fehlt es häufig an ausreichenden Sprachkenntnissen sowie an Basiswissen bezüglich diverser Gesundheitsthemen, wodurch eine problematische Arzt-Patientenbeziehung entstehen kann. Hinzu kommen eventuell verstärkte Schamgefühle männlichen Ärzten gegenüber und auch kulturspezifische Symptombeschreibungen können eine Diagnosestellung erschweren. Nicht alle Migrantinnen nehmen regelmäßig

Vorsorgeuntersuchungen oder Informationsveranstaltungen in Anspruch. Demzufolge können Unruhe, Ratlosigkeit und Überforderung von Seiten der Patientinnen, aber auch seitens des medizinischen Personals (Hebammen, Pflegepersonal, Ärzte) auftreten.

Die bisherigen Erfahrungen der Elternambulanz mit türkischsprachigen Beratungen sprechen für sich: Sie wird sowohl von den Frauen selbst, als auch vom Krankenhauspersonal als sehr hilfreich und unterstützend evaluiert. Die muttersprachliche Schilderung der jeweiligen Situation gibt den betroffenen Frauen Sicherheit und Missverständnisse mit dem Krankenhauspersonal können reduziert werden (Kern & Pruckner, 2008).

3.4 Zuweisung

Die Zuweisung zur Elternambulanz soll unbürokratisch und empfehlend ablaufen. Sie erfolgt vorwiegend über die geburtshilfliche Ambulanz des Wilhelminenspitals, aber auch eine direkte Empfehlung nach der Geburt, über die Wochenbettstation bzw. über das Neugeborenenzimmer ist möglich. Zudem können die Frauen auch persönlich Terminvereinbarungen treffen.

Das Angebot wird mündlich in der Schwangerenambulanz vorgestellt und auch Informationsfolder sowie Plakate weisen auf die Präsenz der Einrichtung hin. Der Ambulanzbetrieb ist an die Zeiten der Schwangerenambulanz (bei der deutschsprachigen Beratung auch an die Zeiten der medizinischen Risikoambulanz) gekoppelt, wodurch eine direkte Empfehlung und Terminvereinbarungen vor Ort ermöglicht werden. Die türkischsprachige Beratung ist mit der Anwesenheit einer türkischsprachigen Hebamme koordiniert, um eine ausreichende Vernetzung und Abstimmung der Betreuungsmaßnahmen gewährleisten zu können.

In der Schwangerenambulanz wird den Frauen im Rahmen ihrer Routineuntersuchungen ein Befindlichkeitsfragebogen (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) vorgelegt, den sie auf freiwilliger Basis ausfüllen können. Dieser Fragebogen dient der Früherkennung postpartaler Depressionen und besteht aus zehn kurzen Fragen zum psychischen Befinden der schwangeren Frauen. Die Auswertung dieses Befindlichkeitsfragebogens erfolgt durch die Mitarbeiterinnen der FEM-Elternambulanz und verlangt in einigen Fällen nach einer raschen telefonischen Kontaktaufnahme mit der jeweiligen Patientin (Kern & Pruckner, 2008).

3.5 Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit

Die ersten beiden Jahre wurden dem Aufbau sowie der Eingliederung der Elternambulanz in die geburtshilfliche Abteilung und der Vernetzung innerhalb des Wilhelminenspitals gewidmet.

Im Jahr 2008 konnte die Vernetzung mit externen Stellen (beispielsweise mit Eltern-Kind-Zentren oder anderen Stellen, die mit dem Themenschwerpunkt PPD arbeiten) sowie die Öffentlichkeitsarbeit aufgenommen bzw. verstärkt werden. Weiters wurden Vorträge und Workshops im Wilhelminenspital, aber auch auf Messen und Kongressen, abgehalten und gestaltet.

Im Jänner 2009 wurde zudem ein neuer, zweisprachiger Informationsfolder entworfen (siehe Anhang A), welcher in sämtlichen Abteilungen und Stationen des Wilhelminenspitals sowie bei Vernetzungs- und KooperationspartnerInnen aufliegt (Kern & Pruckner, 2008).

3.6 Inanspruchnahme im Jahr 2008

Insgesamt fanden im Jahr 2008 762 Beratungskontakte, davon 556 deutschsprachige und 206 türkischsprachige, statt.

Diese beinhalten – neben der persönlichen Beratung (257 Kontakte) – auch Informationsvermittlungen bezüglich der FEM-Elternambulanz (181), persönliche Erstkontakte (59), telefonische Erstkontakte (97), telefonische Beratungen (141) sowie diverse Weitervermittlungen zB. spitalsintern, an externe Stellen bzw. an das Frauengesundheitszentrum FEM, insgesamt 195 Kontakte (Kern & Pruckner, 2008).

Von den 257 persönlichen Beratungen stellten 28 % Informationsberatungen und ebenfalls 28 % akute Kriseninterventionen dar. 12 % wurden der Kategorie Psychotherapie und 19 % klinisch-psychologischer Behandlung zugewiesen. Die häufigsten Themen stellten intrapsychische Konflikte (beispielsweise Anpassungs- und Belastungsstörungen, Depressionen, Burnout, Angststörungen) dar, aber auch Beziehungsprobleme und Familienthemen wurden oftmals gemeinsam bearbeitet.

Neben Schwangerschaft und Geburt standen bei der türkischsprachigen Beratung Themenschwerpunkte wie der Kulturschock, soziale Isolation, Einsamkeit/Entwurzelung oder Orientierungs- und Perspektivenlosigkeit im Mittelpunkt.

Mehr als die Hälfte der Frauen nahm ein bis zwei Beratungstermine in Anspruch. Bei den türkischsprachigen Frauen war dieser Anteil noch höher (bis zu 62 %). Bei mittelfristigen Beratungsprozessen zeigte sich kaum ein Unterschied zwischen deutsch- und türkischsprachiger Beratung, jedoch nahm keine einzige türkischstämmige Frau über zehn Termine in Anspruch (Kern & Pruckner, 2008).

3.7 Zusammenfassung

Der große Erfolg der FEM-Elternambulanz nach vier Jahren zeigt eindeutig, dass das Konzept dieses Projekts den Bedürfnissen der Frauen, die im Laufe ihrer Schwangerschaft bzw. in der ersten Zeit mit ihrem Kind aufgrund verschiedenster Einflüsse Unterstützung benötigen, optimal angepasst ist. Durch eine frühzeitige Intervention und teils längerfristige Begleitung über die Geburt hinaus wird versucht, belastende Faktoren zu identifizieren und die Ausbildung postpartaler Störungen zu verhindern.

Durch die sorgfältige Eingliederung der Elternambulanz in die geburtshilfliche Abteilung des Wilhelminenspitals sowie durch das große Engagement und die tatkräftige Unterstützung des Krankenhausteams wurde eine Anlaufstelle für schwangere Frauen ins Leben gerufen, welche sehr gut ausgelastet ist. Auch die Einführung von muttersprachlichen Betreuungsgesprächen hat sich für die türkischstämmigen Frauen als sinnvoll und entlastend erwiesen.

Ein Schwerpunkt für die Arbeit der nächsten Jahre stellt weiterhin die Vernetzung mit verschiedensten Einrichtungen sowie eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit dar. Vor allem Beratungsstellen für Migrantinnen sind von besonderem Interesse.

EMPIRISCHER TEIL

4 UNTERSUCHUNGSPLAN

4.1 Ausgangslage

Wie bereits in Kapitel 3.4 erörtert, können alle Frauen, die sich im Wiener Wilhelminenspital für eine Geburt angemeldet haben, auf freiwilliger Basis in der Schwangerenambulanz einen Fragebogen zu ihrem psychischen Befinden (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) ausfüllen.

Dies findet entweder bei der Nackenfaltenmessung (11. bis 14. Schwangerschaftswoche) oder im Rahmen des Organscreenings (20. bis 23. Schwangerschaftswoche) statt. Die Mitarbeiterinnen der FEM-Elternambulanz werten diese Fragebögen innerhalb kurzer Zeit aus und treten gegebenenfalls rasch mit der jeweiligen Patientin telefonisch in Kontakt, um (wenn erwünscht) einen Gesprächstermin zu vereinbaren.

In den Jahren 2006 bis 2008 wurden von den schwangeren Frauen bereits über 800 EPDS-Fragebögen ausgefüllt. Dies nahmen Primarius Univ.-Prof. Dr. Heinrich Salzer (Vorstand der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Wilhelminenspitals) sowie Mag.^a Daniela Kern (Leiterin des Frauengesundheitszentrums FEM) und Mag.^a Franziska Pruckner (Leiterin der FEM-Elternambulanz) zum Anlass, eine empirische Untersuchung im Rahmen dieser Diplomarbeit in Auftrag zu geben.

4.2 Zielsetzung der Untersuchung

Ziel dieser Untersuchung ist, die vorhandenen Befindlichkeitsfragebögen mit den soziodemographischen Daten, die ebenfalls in der Schwangerenambulanz erfasst wurden, sowie mit geburtsmedizinischen Daten der schwangeren Frauen in Verbindung zu setzen.

Es wird präpartal versucht, soziodemographische und geburtsmedizinische Risikofaktoren zu identifizieren, von denen angenommen wird, dass sie Einfluss auf die Ausbildung einer postpartalen Depression (PPD) haben.

Weiters wird in einer zweiten Fragestellung untersucht, ob sich Frauen mit hohen Werten im Befindlichkeitsfragebogen (≥ 13 Punkte) *und* Beratung durch die FEM-Elternambulanz hinsichtlich der jeweiligen Risikofaktoren von Frauen mit ebenfalls hohen Punkten im Fragebogen (≥ 13 Punkte) *ohne* Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden.

4.3 Fragestellungen

Die zugrunde liegenden Fragestellungen dieser Untersuchung lauten somit wie folgt:

1. Unterscheidet sich der Depressivitätsscore schwangerer Frauen hinsichtlich verschiedener soziodemographischer und geburtsmedizinischer Faktoren?
2. Unterscheiden sich Frauen mit hohem Depressivitätsscore *und* Beratung durch die FEM-Elternambulanz hinsichtlich verschiedener soziodemographischer und geburtsmedizinischer Faktoren von Frauen mit ebenfalls hohem Depressivitätsscore *ohne* Beratung durch die Elternambulanz?

4.4 Durchführung der Untersuchung

Zu Beginn dieser Untersuchung mussten den vorhandenen 818 Befindlichkeitsfragebögen, die in den Jahren 2006, 2007 und 2008 in der Schwangerenambulanz des Wilhelminenspitals ausgefüllt wurden, die jeweiligen soziodemographischen Fragebögen sowie die medizinischen Daten der Patientinnen zugeordnet werden.

Primarius Univ.-Prof. Dr. Heinrich Salzer ermöglichte die Aushebung der benötigten Krankenakten aus dem Archiv des Wilhelminenspitals und auch der Zugang zu den geburtsmedizinischen Daten konnte problemlos hergestellt werden.

Aufgrund von Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüchen oder durch den Umstand, dass einige schwangere Frauen eventuell in ein Geburtshaus oder ein anderes Krankenhaus wechselten, ergab sich für diese Untersuchung eine Stichprobe von 661 Frauen.

Diese 661 Frauen haben im Zeitraum von 2006 bis 2008 im Wiener Wilhelminenspital entbunden und die benötigten Fragebögen im Verlauf ihrer Schwangerschaft ausgefüllt.

Alle Frauen wurden hinsichtlich ihres Depressivitätsscores analysiert. Frauen mit hohen Werten (> 13 Punkte) wurden für die zweite Fragestellung isoliert betrachtet, um Unterschiede hinsichtlich der Frauen mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz feststellen zu können. Insgesamt wurden 58 Frauen für diese zweite Stichprobe herangezogen, wovon 28 Frauen eine Beratung durch die FEM-Elternambulanz erhielten.

Die gesammelten Daten wurden computertechnisch erfasst und ausgewertet. Für die statistischen Berechnungen wurde das Statistikprogramm SPSS (Version 14.0 für Windows) verwendet.

4.5 Beschreibung der Erhebungsinstrumente

Im folgenden Kapitel sollen die beiden Fragebögen, die den schwangeren Frauen vorgegeben wurden, genauer vorgestellt und beschrieben werden.

4.5.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Die Edinburgh Postnatal Depression Scale wurde 1987 von Cox, Holden und Sagovsky als spezifisches Instrument zur Erfassung des Depressionsschweregrades entwickelt. Aufgrund ihrer einfachen Anwendbarkeit sowie durch ihre Übersetzung in zahlreiche Sprachen, stellt sie das weltweit am häufigsten verwendete Screening-Instrument für postpartale Depressionen dar. Sie kann im Verlauf der Schwangerschaft, im Wochenbett, aber auch mehrere Jahre nach einer Geburt eingesetzt werden und wird aufgrund ihrer kurzen Bearbeitungsdauer (etwa fünf Minuten) von den Frauen weitgehendst akzeptiert (Hofecker Fallahpour, 2005).

Aufbau und Auswertung

Der Fragebogen stellt ein aus zehn Einzelfragen bestehendes Selbstbeurteilungsverfahren mit vier vorgegebenen Antwortmöglichkeiten dar, welches einen Bewertungszeitraum der letzten sieben Tage umfasst. Die Antworten werden mit Punkten auf einer Skala von 0 bis 3 bewertet und letztendlich summiert. Es können somit maximal 30 Punkte erreicht werden, wobei dieser Wert als eine stark ausgeprägte Symptomatik zu interpretieren ist. Die EPDS ist sehr rasch auszuwerten und auch neben medizinischen Einrichtungen (geburtshilfliche Abteilungen, Hebammensprechstunden etc.) in diversen Beratungsstellen für betroffene Frauen flexibel einsetzbar (Hofecker Fallahpour, 2005).

In der deutschen Version als „Befindlichkeitsfragebogen“ (Herz, 1996) werden folgende Grenzwerte angegeben:

- 0-9 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist *gering*
- 10-12 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist *mäßig vorhanden*
- > = 13 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist *hoch*

Diese Version liegt auch in der Schwangerenambulanz des Wilhelminenspitals auf und ist in Anhang B ersichtlich.

4.5.2 Der Soziodemographische Fragebogen

Die Erhebung der soziodemographischen Daten erfolgte anhand eines ausführlich gestalteten Fragebogens der geburtshilflichen Ambulanz des Wilhelminenspitals. Folgende, für diese Erhebung relevanten Merkmale wurden routinemäßig chronologisch erfasst:

- Alter
- Geburtsland
- Nationalität
- Religion
- Beruf
- Familienstand (ledig/verheiratet/verwitwet/geschieden)
- verheiratet seit
- Haben Sie bereits Kinder geboren? (Wenn ja: Jahr/Gewicht/Spital/Geburtsmodus)
- Gab es bei einer der vorangegangenen Schwangerschaften Besonderheiten? (Wenn ja: Welche?)
- Hatten Sie jemals Fehlgeburten? (Wenn ja: Wie viele? In welcher Schwangerschaftswoche?)
- Hatten Sie jemals Abtreibungen (Wenn ja: Wie viele?)
- Gibt es in Ihrer Familie oder der Familie Ihres Partners behinderte Kinder/Personen? (Wenn ja: Welche?)
- Gibt es in Ihrer Familie oder der Familie Ihres Partners Erbkrankheiten? (Wenn ja: Welche?)
- Gibt es in Ihrer Familie zuckerkrank Personen? (Wenn ja: Welche?)
- Hatten oder haben Sie schwere Krankheiten? (Wenn ja: Welche?)
- Waren oder sind Sie derzeit wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung? (Wenn ja: Welche?)
- Nehmen Sie derzeit Medikamente? (Wenn ja: Welche?)
- Rauchen Sie? (Wenn ja: Wie viele Zigaretten pro Tag?)

5 STATISTISCHE AUSWERTUNG

5.1 Methodik der Auswertung

Folgende Verfahren wurden für die Auswertung dieser Untersuchung herangezogen:

- t-Tests
- Varianzanalysen
- Korrelationen
- Regressionen
- Kreuztabellen

Eine kurze Beschreibung der verwendeten Verfahren wurde zur Gänze von Zöfel (2003) entnommen.

Der t-Test nach Student dient dem Vergleich zweier unabhängiger Stichproben bezüglich ihrer Mittelwerte. Eine Normalverteilung der beiden Stichproben muss dafür gegeben sein.

Bei Varianzanalysen handelt es sich um den Vergleich von mehr als zwei unabhängigen bzw. abhängigen Stichproben hinsichtlich ihrer Mittelwerte. Sie analysieren die Abhängigkeit einer intervallskalierten Variable oder mehrerer abhängiger Variablen von mehreren unabhängigen Variablen.

Korrelationen und Regressionen dienen der Analyse eines Zusammenhangs zwischen zwei Variablen. Der dabei ermittelte Korrelationskoeffizient beschreibt den Zusammenhang zweier Merkmale. Die beteiligten Variablen müssen mindestens ordinalskaliert oder aber dichotom sein.

Kreuztabellen können zwei nominalskalierte oder ordinalskalierte Variablen miteinander in Beziehung setzen. Anhand einer Chi-Quadrat-Analyse wird überprüft, ob signifikant auffällige Kategorienkombinationen vorhanden sind.

Für alle angewendeten Verfahren gilt ein α von 5% als vereinbart.

5.2 Stichprobenbeschreibung

Wie bereits in Kapitel 4.4 erläutert, konnten insgesamt die Daten von 661 Frauen für die vorliegende Untersuchung herangezogen werden.

5.2.1 Nationalität

In dieser Erhebung wurde die Nationalität der schwangeren Frauen erfragt, woraus 44 verschiedene Länder resultierten. Um eine Interpretation der Ergebnisse gewährleisten zu können, wurden die unterschiedlichen Nationalitäten in drei Gruppen zusammengefasst:

- Südosteuropa (Rumänien, Kroatien, Bosnien, Serbien, Bulgarien, Albanien, Mazedonien, Griechenland, Moldawien, Slowenien, Ungarn, Türkei): 174 Frauen
- Mitteleuropa (Österreich, Deutschland): 402 Frauen
- Restkategorie: 112 Frauen

In gleicher Weise erfolgte die Kodierung der Variable Geburtsland.

Eine vollständige Liste der Nationalitäten inklusive Häufigkeiten ist in Anhang C ersichtlich.

5.2.2 Alter

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Alter der Frauen und ihrer Depressionsneigung zu überprüfen, erfolgte eine Einteilung in drei Altersklassen.

Die Klasse der jüngsten Mütter reicht von 16 bis 23 Jahre (159 Frauen), die mittlere Klasse von 23 bis 32 Jahre (334 Frauen) und die älteste Klasse reicht von 32 bis 46 Jahre (168 Frauen). Die Verteilung der Frauen in Altersklassen kann aus Abbildung 3 entnommen werden.

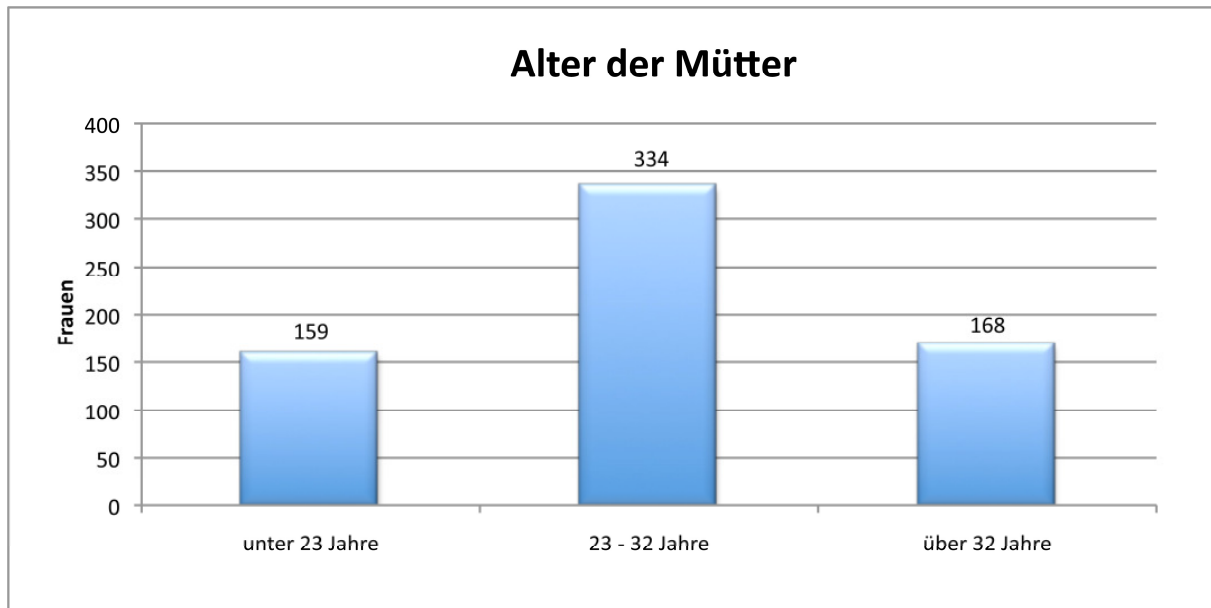


Abbildung 3: Verteilung der Frauen in Altersklassen

5.2.3 Religion

Hinsichtlich der Religionszugehörigkeit wurden die Angaben der Frauen ebenfalls im Sinne der Interpretierbarkeit wie folgt zusammengefasst:

- Christentum (römisch-katholisch, alt-katholisch, evangelisch, evangelische Kirche A.B., orthodox, russisch-orthodox, serbisch-orthodox sowie griechisch-orthodox): 382 Frauen
- Islam: 137 Frauen
- Ohne Bekenntnis und Kategorie Sonstiges: 64 Frauen

5.2.4 Beruf

Bei der Erhebung des Berufs ergab sich das Problem, dass die Frauen entweder den Beruf selbst (zB. Sekretärin) oder die Kategorie (Selbständig, Angestellte etc.) angaben.

Da oftmals nicht nachvollziehbar war, zu welcher Kategorie manche Berufe gehörten, wurde letztendlich eine Unterteilung in „berufstätig“ (478 Frauen) und „nicht berufstätig“ (131 Frauen) vorgenommen. Eine Liste aller Berufe inklusive Häufigkeiten wird in Anhang C dargestellt.

5.2.5 Familienstand

Die Aufteilung der Frauen hinsichtlich ihres Familienstandes wird in Abbildung 4 ersichtlich.

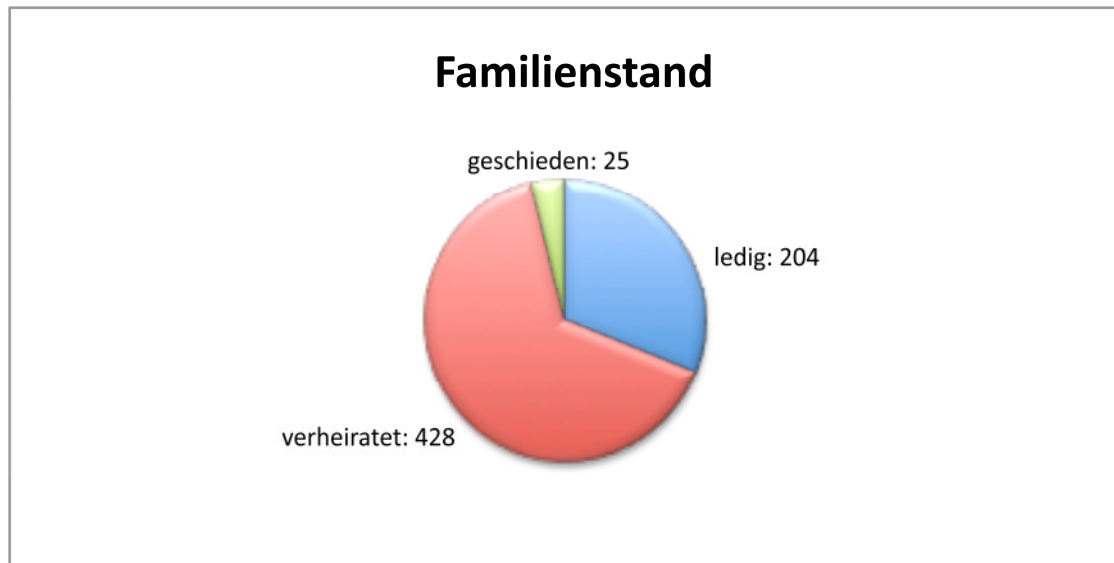


Abbildung 4: Familienstand der untersuchten Frauen

5.2.6 Medizinische Erhebungsdaten

384 Frauen hatten bereits Kinder geboren, davon gaben 64 Frauen an, Besonderheiten in vorausgegangenen Schwangerschaften (erhöhter Blutdruck, erhöhter Blutzucker, Frühgeburt etc.) erlebt zu haben. Weiters zeigte sich, dass 104 Frauen in ihrer Vergangenheit Fehlgeburten hatten und 110 Frauen Abtreibungen durchführen ließen.

32 Frauen gaben an, aufgrund einer psychischen Erkrankung in Behandlung (gewesen) zu sein. Vier Frauen litten an Angststörungen, fünf Frauen an Depressionen und zwei Frauen an Panikattacken. Fehlgeburten, Mobbing und Reaktionen auf Todesfälle wurden ebenfalls angegeben. Die Liste der psychischen Erkrankungen inklusive Häufigkeiten wird in Anhang C dargestellt.

Hinsichtlich geburtsmedizinischer Daten konnte gezeigt werden, dass 479 Frauen mittels Spontangeburt, 133 Frauen mittels Kaiserschnitt und 49 Frauen mittels Vakuum/Saugglocke entbunden haben (siehe Abbildung 5). 13 Frauen entschieden sich für einen Wunschkaiserschnitt.

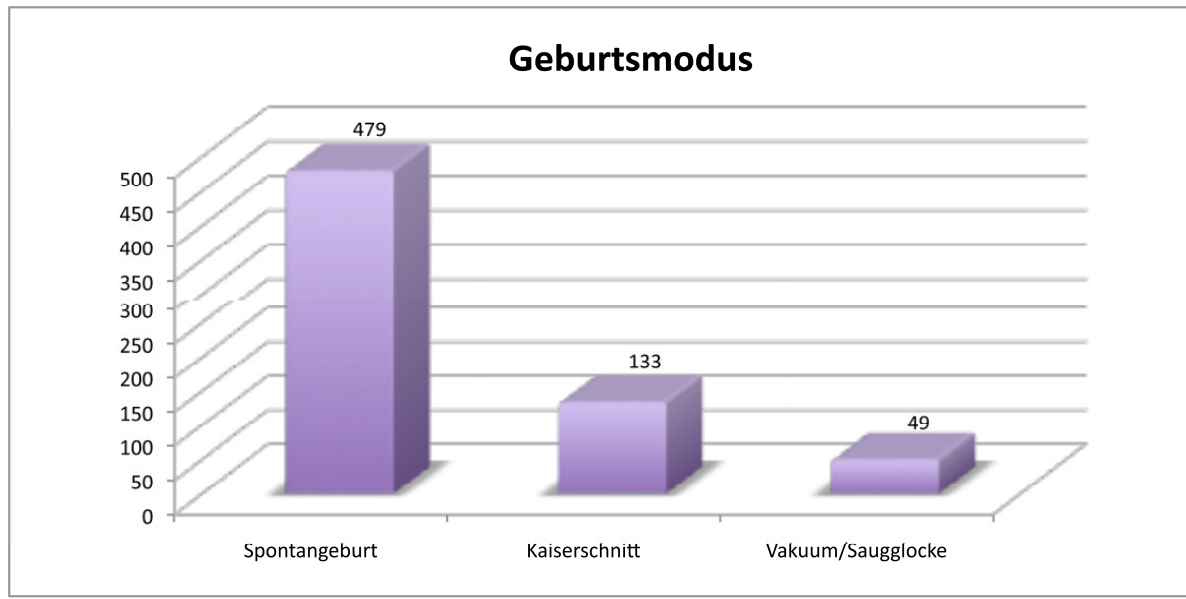


Abbildung 5: Geburtsmodus der Frauen

Die Geburtsdauer der untersuchten Frauen erstreckte sich insgesamt zwischen einer und fünfundfünfzig Stunden, wobei die Geburtsdauer von 476 Frauen in einem Zeitraum zwischen einer und vierzehn Stunden lag.

Von den 661 Frauen brachten 350 einen Buben und 311 ein Mädchen zur Welt. Der APGAR-Wert, welcher ein Punkte-Schema bezüglich Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen und Reflexe des Kindes darstellt, wird unmittelbar nach der Geburt des Kindes festgestellt. Der höchst erreichbare Wert der Gesundheit stellt 30 Punkte dar. 557 Kinder erreichten zwischen 29 und 30 Punkten. Eine vollständige Liste der APGAR-Summenwerte inklusive ihrer Häufigkeiten ist in Anhang C ersichtlich.

6 HYPOTHESEN UND ERGEBNISDARSTELLUNG

Folgende Hypothesen wurden aus den Fragestellungen (vgl. Kapitel 4.3) abgeleitet:

Hypothese 1: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich bezüglich verschiedener soziodemographischer und geburtsmedizinischer Faktoren.

Hypothese 2: Frauen mit hohem Depressivitätsscore und Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich hinsichtlich verschiedener soziodemographischer und geburtsmedizinischer Faktoren von Frauen mit ebenfalls hohem Depressivitätsscore ohne Beratung durch die Elternambulanz.

Die Hypothesen werden im Folgenden einzeln ausformuliert, wobei es in diesem Fall eine Beschränkung auf ungerichtete Alternativhypothesen geben wird, da bisherige Forschungsarbeiten teilweise sehr widersprüchliche Ergebnisse erbrachten (vgl. Kapitel 2.6) bzw. zu manchen Hypothesen noch keine Untersuchungen vorliegen.

Die Nullhypothese besagt jeweils, dass kein Unterschied zwischen den jeweiligen Gruppen besteht.

H₁1: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich bezüglich ihres Geburtslandes.

Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse der für diese Fragestellung durchgeführten Varianzanalyse. Anhand der Mehrfachvergleiche wird ersichtlich, dass sich Frauen aus Südosteuropa hinsichtlich ihres Depressivitätsscores von Frauen aus Mitteleuropa hochsignifikant unterscheiden ($p = .005$). Dies bedeutet, dass südosteuropäische Frauen (Mittelwert = M 6.62, vgl. Tabelle 2) ein höheres Depressivitätsrisiko aufweisen als mitteleuropäische Frauen (M 5.28). Die Vergleiche hinsichtlich der Restkategorie zeigen keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 1: Ergebnisse der Varianzanalyse der Variable Geburtsland hinsichtlich des Depressivitätsscores**Mehrfachvergleiche**

Abhängige Variable: EPDS

Scheffé-Prozedur

(I) GebLand_cod2	(J) GebLand_cod2	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Südosteuropa	Mitteuropa	1,348*	,416	,005	,33	2,37
	Rest	,543	,531	,593	-,76	1,84
Mitteleuropa	Südosteuropa	-1,348*	,416	,005	-2,37	-,33
	Rest	-,805	,473	,235	-1,96	,35
Rest	Südosteuropa	-,543	,531	,593	-1,84	,76
	Mitteleuropa	,805	,473	,235	-,35	1,96

*. Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Tabelle 2: Deskriptive Kennwerte der Variable Geburtsland**ONEWAY deskriptive Statistiken**

EPDS

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
Südosteuropa	178	6,62	4,690	,352	5,93	7,32	0	26
Mitteleuropa	359	5,28	4,248	,224	4,83	5,72	0	20
Rest	124	6,08	5,094	,457	5,18	6,99	0	27
Gesamt	661	5,79	4,568	,178	5,44	6,14	0	27

Wertebereiche EPDS:

0-9 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist gering

10-12 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist mäßig vorhanden

> = 13 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist hoch

H₁₂: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich bezüglich ihrer Nationalität.

Anhand der Mehrfachvergleiche dieser Varianzanalyse (Tabelle 3) wird ersichtlich, dass sich Frauen aus Südosteuropa hinsichtlich ihres Depressivitätsscores von Frauen aus Mitteleuropa signifikant unterscheiden ($p = .034$). Dies bedeutet, dass südosteuropäische Frauen (M 6.63, vgl. Tabelle 4) ein höheres Depressivitätsrisiko aufweisen als mitteleuropäische Frauen (M 5.48). Die Vergleiche hinsichtlich der Restkategorie zeigen keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 3: Varianzanalyse der Variable Nationalität hinsichtlich des Depressivitätsscores**Mehrfachvergleiche**

Abhängige Variable: EPDS

Scheffé-Prozedur

(I) Nationalität_cod2	(J) Nationalität_cod2	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Südosteuropa	Mitteuropa	1,146*	,439	,034	,07	2,22
	Rest	,822	,571	,355	-,58	2,22
Mitteleuropa	Südosteuropa	-1,146*	,439	,034	-2,22	-,07
	Rest	-,323	,486	,802	-1,52	,87
Rest	Südosteuropa	-,822	,571	,355	-2,22	,58
	Mitteleuropa	,323	,486	,802	-,87	1,52

*. Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Tabelle 4: Deskriptive Kennwerte der Variable Nationalität**ONEWAY deskriptive Statistiken**

EPDS

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
Südosteuropa	147	6,63	4,729	,390	5,86	7,40	0	26
Mitteleuropa	402	5,48	4,452	,222	5,04	5,92	0	27
Rest	112	5,80	4,669	,441	4,93	6,68	0	19
Gesamt	661	5,79	4,568	,178	5,44	6,14	0	27

Wertebereiche EPDS:

0-9 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist gering

10-12 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist mäßig vorhanden

> = 13 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist hoch

H₁₃: Das Alter hat einen Einfluss auf den Depressivitätsscore schwangerer Frauen.

Wie in Kapitel 5.2.2 dargestellt, wurde das Alter für eine leichtere Interpretierbarkeit in drei Kategorien eingeteilt.

Die Mehrfachvergleiche zeigen (vgl. Tabelle 5), dass ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Gruppen jung und alt besteht ($p = .001$). Betrachtet man die Mittelwerte (vgl. Tabelle 6) wird ersichtlich, dass der Depressivitätsscore mit steigendem Alter sinkt (jung: M 6.73; mittel: M 5.80; alt: M 4.89).

Tabelle 5: Ergebnisse der Varianzanalyse der Variable Alter hinsichtlich des Depressivitätsscores**Mehrfachvergleiche**

Abhängige Variable: EPDS

Scheffé-Prozedur

(I) Alter_cod	(J) Alter_cod	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
jung	mittel	,933	,436	,102	-,14	2,00
	alt	1,843*	,501	,001	,61	3,07
mittel	jung	-,933	,436	,102	-2,00	,14
	alt	,910	,428	,106	-,14	1,96
alt	jung	-1,843*	,501	,001	-3,07	-,61
	mittel	-,910	,428	,106	-1,96	,14

* Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Tabelle 6: Deskriptive Kennwerte der Variable Alter**ONEWAY deskriptive Statistiken**

EPDS

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
jung	159	6,73	4,185	,332	6,07	7,39	0	18
mittel	334	5,80	4,654	,255	5,30	6,30	0	27
alt	168	4,89	4,588	,354	4,19	5,59	0	26
Gesamt	661	5,79	4,568	,178	5,44	6,14	0	27

Wertebereiche EPDS:

0-9 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist gering

10-12 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist mäßig vorhanden

> = 13 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist hoch

H₁₄: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich bezüglich ihrer Religion.

Tabelle 7 zeigt die Mittelwertsvergleiche der in drei Kategorien eingeteilten Religionszugehörigkeit in Bezug auf den Depressivitätsscore.

Muslimische Frauen unterscheiden sich hochsignifikant sowohl von Christinnen ($p < .001$) als auch von Frauen ohne Religionsbekenntnis ($p < .001$). Die Mittelwerte dieser drei Kategorien sind in Tabelle 8 dargestellt.

Muslimische Frauen weisen den höchsten Depressivitätsscore auf (M 7.33), gefolgt von Christinnen (M 5.44) und Frauen ohne Religionsbekenntnis (M 4.56).

Tabelle 7: Varianzanalyse der Variable Religion hinsichtlich des Depressivitätsscores

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: EPDS
Scheffé-Prozedur

(I) Religion	(J) Religion	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Christentum	Islam	-1,886*	,445	,000	-2,98	-,79
	ohne Bekenntnis	,880	,603	,346	-,60	2,36
Islam	Christentum	1,886*	,445	,000	,79	2,98
	ohne Bekenntnis	2,766*	,676	,000	1,11	4,42
ohne Bekenntnis	Christentum	-,880	,603	,346	-2,36	,60
	Islam	-2,766*	,676	,000	-4,42	-1,11

*. Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau .05 signifikant.

Tabelle 8: Deskriptive Kennwerte der Variable Religion

ONEWAY deskriptive Statistiken

EPDS

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
Christentum	382	5,44	4,342	,222	5,01	5,88	0	26
Islam	137	7,33	4,776	,408	6,52	8,14	0	21
ohne Bekenntnis	64	4,56	4,500	,563	3,44	5,69	0	19
Gesamt	583	5,79	4,546	,188	5,42	6,16	0	26

Wertebereiche EPDS:

0-9 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist *gering*

10-12 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist *mäßig vorhanden*

> = 13 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist *hoch*

H₁₅: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich je nachdem, ob sie erwerbstätig oder nicht erwerbstätig sind.

Diese Hypothese wurde mittels t-Test überprüft. Es zeigen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Frauen ($t = 0.652$; $p = .514$). Dies bedeutet, dass in Bezug auf den Depressivitätsscore kein Unterschied in Abhängigkeit von Erwerbstätigkeit feststellbar ist.

H₁₆: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich je nachdem, ob sie verheiratet oder ledig sind.

Anhand der Ergebnisse des durchgeführten t-Tests zeigen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen verheirateten und ledigen Frauen hinsichtlich des Depressivitätsscores ($t = 0.824$; $p = .410$).

H₁₇: Die Dauer der Ehe schwangerer Frauen hat einen Einfluss auf den Depressivitätsscore.

Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen den Ehejahren und dem Depressivitätsscore der Frauen wurde eine Regression herangezogen, die sich als nicht signifikant herausstellte ($p = .573$). Die Anzahl der Ehejahre stellt somit keinen Prädiktor für die Depressivität dar.

H₁₈: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich je nachdem, ob sie bereits Kinder geboren haben.

Die Ergebnisse des durchgeführten t-Tests zeigen keinen Unterschied bezüglich des Depressivitätsscores zwischen Frauen, die bereits Kinder geboren hatten und erstgebärenden Frauen ($t = 0.047$; $p = .962$).

H₁₉: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich je nachdem, ob Besonderheiten bei vorausgegangenen Geburten aufgetreten sind.

Es zeigen sich in einem berechneten t-Test keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Frauen, die Besonderheiten in vorausgegangenen Geburten erlebt hatten und

Frauen, die keine Besonderheiten aufwiesen ($t = 0.442$; $p = .659$). Dies bedeutet, dass in Bezug auf den Depressivitätsscore kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen feststellbar ist.

H₁₀: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich je nachdem, ob sie vorangegangene Fehlgeburten hatten.

Bezüglich des Auftretens vorangegangener Fehlgeburten zeigen sich in einem berechneten t-Test keine Unterschiede hinsichtlich des Depressivitätsscores zwischen den beiden Gruppen ($t = -1.424$; $p = .155$).

H₁₁: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich je nachdem, ob sie vorangegangene Abtreibungen hatten.

Die Analyse dieser Hypothese erfolgte mittels t-Test, welcher nicht signifikant ausfiel ($t = -1.421$; $p = .156$). In Bezug auf den Depressivitätsscore kann somit kein Unterschied in Abhängigkeit von vorangegangenen Abtreibungen festgestellt werden.

H₁₂: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich bezüglich des Auftretens von Erbkrankheiten in ihren Familien.

Es zeigen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede hinsichtlich des Depressivitätsscores zwischen Frauen mit und Frauen ohne Erbkrankheiten ($t = -1.224$; $p = .221$).

H₁₃: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich bezüglich des Auftretens von Zuckerkrankheiten in ihren Familien.

Für die Analyse dieser Fragestellung wurde ein t-Test herangezogen. Es zeigen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede hinsichtlich des Depressivitätsscores zwischen den beiden Gruppen ($t = 0.942$; $p = .346$).

H₁₄: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich bezüglich des Auftretens schwerer Krankheiten.

Die Analyse dieser Hypothese erfolgte mittels t-Test, welcher nicht signifikant ausfiel ($t = -0.693$; $p = .489$). In Bezug auf den Depressivitätsscore kann somit kein Unterschied in Abhängigkeit des Auftretens schwerer Krankheiten festgestellt werden.

H₁₅: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich bezüglich des Auftretens psychischer Erkrankungen.

Zur Beantwortung dieser Hypothese wurde ein t-Test berechnet, der aufgrund inhomogener Varianzen nicht direkt interpretierbar ist. Die korrigierte Signifikanz beträgt $p = .045$ und stellt somit einen signifikanten Unterschied dar ($t = -2.088$). Anhand der Mittelwerte kann erkannt werden, dass Frauen mit psychischen Vorerkrankungen einen höheren Depressivitätsscore aufweisen ($M 8.16$) als Frauen ohne psychische Vorerkrankungen ($M 5.67$).

Tabelle 9: t-Test der Variable psychische Erkrankungen

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	5% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere
EPDS Varianzen gleich	7,802	,005	-3,023	659	,003	-2,487	,823	-4,103	-,871
Varianzen nicht gleich			-2,088	32,396	,045	-2,487	1,191	-4,912	-,062

Tabelle 10: Deskriptive Kennwerte der Variable psychische Erkrankungen

Gruppenstatistiken

psych_Erkrankung	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
EPDS nein	629	5,67	4,409	,176
ja	32	8,16	6,663	1,178

Wertebereiche EPDS:

0-9 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist gering

10-12 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist mäßig vorhanden

> = 13 Punkte: Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist hoch

H₁₆: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich bezüglich ihres Rauchverhaltens.

Es zeigen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Raucherinnen und Nicht-Raucherinnen hinsichtlich ihres Depressivitätsscores ($t = -1.477$; $p = .140$).

H₁₇: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Depressivitätsscore schwangerer Frauen und der Dauer ihrer Schwangerschaft.

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Depressivitätsscore schwangerer Frauen und der Dauer ihrer Schwangerschaft ($r = -.051$, $p = .186$).

H₁₈: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich bezüglich des Geburtsmodus.

Eine geplante Varianzanalyse konnte aufgrund inhomogener Varianzen nicht herangezogen werden, daher erfolgte die Analyse mittels Kruskal-Wallis-Test, der nicht signifikant ausfiel ($p = .214$). Dies bedeutet, dass in Bezug auf den Depressivitätsscore kein Unterschied in Abhängigkeit verschiedener Geburtsmodi feststellbar ist (Spontan: $M 5.55$; Kaiserschnitt: $M 6.68$; Vakuum/Saugglocke: $M 5.71$).

H₁₉: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich je nachdem, ob sie einen Wunschkaiserschnitt hatten.

Für die Analyse dieser Hypothese wurde ein t-Test durchgeführt. Es zeigen sich keine Unterschiede hinsichtlich des Depressivitätsscores zwischen Frauen mit bzw. ohne Wunschkaiserschnitt ($t = -1.518$; $p = .129$).

H₂₀: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Geburtsdauer und dem Depressivitätsscore schwangerer Frauen.

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Geburtsdauer und dem Depressivitätsscore schwangerer Frauen ($r = .020$; $p = .639$).

H₁₂₁: Der Depressivitätsscore schwangerer Frauen unterscheidet sich bezüglich des Geschlechts des Kindes.

Hinsichtlich des Geschlechts des Kindes zeigen sich in einem berechneten t-Test keine Unterschiede bezüglich des Depressivitätsscores zwischen den beiden Gruppen ($t = 0.266$; $p = .790$).

H₁₂₂: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem APGAR-Wert des Kindes und dem Depressivitätsscore schwangerer Frauen.

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Depressivitätsscore schwangerer Frauen und dem APGAR-Wert des Kindes ($r = -.018$; $p = .651$).

Hypothese 2: Frauen mit hohem Depressivitätsscore *und* Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich hinsichtlich verschiedener soziodemographischer und geburtsmedizinischer Faktoren von Frauen mit ebenfalls hohem Depressivitätsscore *ohne* Beratung durch die Elternambulanz.

H₂1: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich hinsichtlich ihres Geburtslandes.

Die Berechnung eines Chi-Quadrat-Tests, in Bezug auf die Variablen Beratung und Geburtsland, konnte zeigen, dass die Verteilung der Depressivitätsscores nicht signifikant von der Zufallsverteilung abweicht ($p = .465$).

H₂2: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Nationalität.

Der berechnete Chi-Quadrat-Test zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen Frauen mit und Frauen ohne Beratung hinsichtlich ihrer Berufstätigkeit ($p = .155$).

H₂3: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich hinsichtlich ihres Alters.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde ein t-Test herangezogen. Es zeigen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Frauen mit und Frauen ohne Beratung hinsichtlich ihres Alters ($t = -0.598$; $p = .552$).

H₂4: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Religion.

Aufgrund der Zellenbesetzung (33,3 % der Zellen weisen einen Erwartungswert von < 5 auf) darf der im Normalfall folgende χ^2 -Test nicht interpretiert werden. In diesem Fall kommt der Exakte Test nach Fisher zur Anwendung. Mit einem $p = .912$ weist er keine Signifikanz auf.

H₂5: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich je nachdem, ob sie erwerbstätig oder nicht erwerbstätig sind.

Der berechnete Chi-Quadrat-Test zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen Frauen mit und Frauen ohne Beratung hinsichtlich ihrer Berufstätigkeit ($p = .413$).

H₂6: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich je nachdem, ob schwangere Frauen verheiratet oder ledig sind.

Die Berechnung eines Chi-Quadrat-Tests, in Bezug auf die Variablen Beratung und Familienstand der Frauen, konnte zeigen, dass die Verteilung der Depressivitätsscores nicht signifikant von der Zufallsverteilung abweicht ($p = .391$).

H₂7: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich je nachdem, ob sie bereits Kinder geboren haben.

Die Ergebnisse des berechneten Chi-Quadrat-Tests zeigen einen nicht signifikanten Unterschied zwischen Frauen mit und Frauen ohne Beratung hinsichtlich bereits geborener Kinder ($p = .180$).

H₂8: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich je nachdem, ob Besonderheiten bei vorausgegangenen Schwangerschaften aufgetreten sind.

Mittels Kreuztabelle wird der Zusammenhang der beiden Variablen Beratung und Besonderheiten in vorausgegangenen Schwangerschaften untersucht. Da allerdings mehr als 20 % aller Zellen innerhalb der Kreuztabelle einen Erwartungswert von < 5 aufweisen, ist es erforderlich, statt eines χ^2 -Tests den Exakten Test nach Fischer zu interpretieren. Dieser ergibt ein $p = .076$ und zeigt somit ein nicht signifikantes Ergebnis.

H₂9: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich je nachdem, ob sie vorausgegangene Fehlgeburten hatten.

Der berechnete Chi-Quadrat-Test zeigt einen nicht signifikanten Unterschied zwischen Frauen mit und Frauen ohne Beratung hinsichtlich des Auftretens vorausgegangener Fehlgeburten ($p = .561$).

H₂10: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich je nachdem, ob sie vorangegangene Abtreibungen hatten.

Die Berechnung eines Chi-Quadrat-Tests, in Bezug auf die Variablen Beratung und vorangegangene Abtreibungen, konnte zeigen, dass die Verteilung der Depressivitätsscores nicht signifikant von der Zufallsverteilung abweicht ($p = .804$).

H₂11: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich bezüglich ihres Rauchverhaltens.

Der berechnete Chi-Quadrat-Test zeigt einen nicht signifikanten Unterschied zwischen Frauen mit und Frauen ohne Beratung hinsichtlich ihres Rauchverhaltens ($p = .419$).

H₂12: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich hinsichtlich des Auftretens psychischer Erkrankungen.

Die berechnete Chi-Quadrat-Test weist einen erheblichen Anteil (50 %) von Zellen auf, deren Erwartungswert < 5 liegt. Aus diesem Grund darf der im Anschluss gerechnete χ^2 -Test nicht interpretiert werden. Stattdessen wird der Exakte Test nach Fisher herangezogen, welcher einen Wert von $p = .007$ ergibt. Dieses hoch signifikante Ergebnis deutet auf einen merklichen Zusammenhang zwischen der Variable Beratung und der Variable psychische Erkrankungen hin (siehe Tabelle 9).

Tabelle 11: Kreuztabelle Beratung * psychische Erkrankung

Beratung * psych_Erkrankung Kreuztabelle

Anzahl		psych_Erkrankung		Gesamt
		nein	ja	
Beratung	nein	35	0	35
	ja	18	5	23
Gesamt		53	5	58

Tabelle 12: Chi-Quadrat-Tests

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	8,326 ^b	1	,004	,007	,007
Kontinuitätskorrektur ^a	5,796	1	,016		
Likelihood-Quotient	9,981	1	,002		
Exakter Test nach Fisher					
Zusammenhang linear-mit-linear	8,183	1	,004		
Anzahl der gültigen Fälle	58				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 2 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,98.

H₂13: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich hinsichtlich der Dauer ihrer Schwangerschaft.

Diese Hypothese wurde mittels t-Test überprüft. Es zeigen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Frauen mit und Frauen ohne Beratung hinsichtlich der Dauer ihrer Schwangerschaft ($t = 0.946$; $p = .348$).

H₂14: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich hinsichtlich des Geburtsmodus.

Aufgrund der Zellenbesetzung (33,3 % der Zellen weisen einen Erwartungswert von < 5 auf) darf der im Normalfall folgende χ^2 -Test nicht interpretiert werden. Auch in diesem Fall kommt der Exakte Test nach Fisher zur Anwendung. Mit einem $p = .134$ weist er keine Signifikanz auf.

H₂15: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich je nachdem, ob sie einen Wunschkaiserschnitt hatten.

Die Kreuztabelle weist einen erheblichen Anteil (50,0 %) von Zellen auf, deren Erwartungswert < 5 liegt. Deshalb wird der Exakte Test nach Fisher zur Interpretation herangezogen. Mit einem $p = .153$ weist er keine Signifikanz auf.

H₂16: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich bezüglich der Geburtsdauer.

Die Analyse dieser Hypothese erfolgte mittels t-Test, welcher nicht signifikant ausfiel ($t = -0,481$; $p = .633$). Es zeigen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Frauen mit und Frauen ohne Beratung hinsichtlich ihrer Geburtsdauer.

H₂17: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich bezüglich des Geschlechts des Kindes.

Der berechnete Chi-Quadrat-Test zeigt ein nicht signifikantes Ergebnis. Ein $p = .620$ lässt darauf schließen, dass kein Unterschied zwischen Frauen mit und Frauen ohne Beratung hinsichtlich des Geschlechts des Kindes vorhanden ist.

H₂18: Frauen mit hohem Depressivitätsscore mit bzw. ohne Beratung durch die Elternambulanz unterscheiden sich bezüglich des APGAR-Wertes des Kindes.

Zur Beantwortung dieser Hypothese wurde ein t-Test berechnet, der aufgrund inhomogener Varianzen nicht direkt interpretierbar ist. Die korrigierte Signifikanz beträgt $p = .070$ und zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($t = -1.848$).

7 DISKUSSION, KRITIK UND AUSBLICK

7.1 Diskussion

In diesem Kapitel sollen die im Rahmen dieser Diplomarbeit erhaltenen Ergebnisse diskutiert und ein Bezug zur FEM-Elternambulanz hergestellt werden. Zudem soll die Wichtigkeit von Folgeuntersuchungen aufgezeigt und Maßnahmen bezüglich der Prävention von postpartalen Depressionen erörtert werden.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Beantwortung der Fragestellung, ob sich der Depressivitätsscore schwangerer Frauen hinsichtlich verschiedener soziodemographischer und geburtsmedizinischer Risikofaktoren unterscheidet. Zudem wurde erforscht, ob sich Frauen mit hohem Depressivitätsscore und Beratung durch die FEM-Elternambulanz hinsichtlich der jeweiligen Risikofaktoren von Frauen mit ebenfalls hohem Depressivitätsscore ohne Beratung durch die FEM-Elternambulanz unterscheiden.

Die Ätiologie und Pathogenese der postpartalen Depression wurde bereits zahlreich untersucht. Wie bereits in Kapitel 2.6 ausführlich erörtert, zeigen sich allerdings vor allem hinsichtlich soziodemographischer und geburtsmedizinischer Risikofaktoren in der Literatur sehr uneinheitliche Ergebnisse.

7.1.1 Diskussion der Ergebnisse der ersten Fragestellung

In der im Rahmen dieser Diplomarbeit durchgeführten Studie konnte ein signifikantes Ergebnis bezüglich des Alters und eines erhöhten Depressivitätsscores schwangerer Frauen festgestellt werden. Es wurde gezeigt, dass mit steigendem Alter der Depressivitätsscore schwangerer Frauen sinkt. Auch Segre, O'Hara, Arndt und Stuart (2007) konnten in ihrer Studie eine eindeutige Verbindung zwischen Alter und PPD feststellen, die vor allem bei jüngeren Müttern (unter 20 Jahren) sichtbar wurde.

Dieses signifikante Ergebnis lässt sich dahingehend interpretieren, dass eine Schwangerschaft bei älteren Frauen vermutlich eher erwünscht bzw. geplant wurde. Manche Frauen haben in ihrer Vergangenheit bereits Kinder geboren und wissen, welche Anforderungen auf körperlicher und emotionaler Ebene in den nächsten Monaten an sie gestellt werden. Andere

Frauen haben eventuell über einen längeren Zeitraum versucht schwanger zu werden und freuen sich nun darauf, diese Schwangerschaft erleben zu dürfen.

Eine weitere Überlegung ist, dass Frauen in dieser Altersgruppe (32 bis 46 Jahre) in der Regel ein gefestigteres Selbstkonzept im Gegensatz zu jüngeren Frauen aufweisen. Sie bereiten sich bewusster auf ihre Schwangerschaft vor, besuchen regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen, vermeiden Stress und ernähren sich gesund.

Zudem sind Frauen in dieser Altersstufe beruflich meist etabliert bzw. haben sich einige Frauen beruflich bereits selbst verwirklicht. Eine finanzielle Absicherung reduziert viele Sorgen schwangerer Frauen (beispielsweise bezüglich der Wohnsituation, Beaufsichtigung des Kindes, zukünftige Ausbildung) und häufig leben sie auch in einer festen Partnerschaft.

Aus diesen Überlegungen heraus lässt sich schließen, dass nicht das junge Alter der Frauen selbst einen Risikofaktor für die Ausbildung einer postpartalen Depression darstellt, sondern die Änderung der individuellen Lebenssituation über die Lebensspanne hinweg (geplante Schwangerschaft, feste Partnerschaft, finanzielle Absicherung, soziale Unterstützung) möglicherweise einen Schutzfaktor darstellt.

Weitere signifikante Ergebnisse dieser Untersuchung fanden sich hinsichtlich Geburtsland und Nationalität der schwangeren Frauen. Es konnte festgestellt werden, dass südosteuropäische Frauen im Vergleich zu mitteleuropäischen Frauen höhere Depressionswerte im Befindlichkeitsfragebogen erreichen. Zudem wiesen muslimische Frauen ein erhöhtes Depressivitätsrisiko im Gegensatz zu Christinnen und Frauen ohne Religionsbekenntnis auf.

Nach Kern und Pruckner (2008) sind Frauen mit Migrationshintergrund häufig Mehrfachbelastungen ausgesetzt. Zu den körperlichen und emotionalen Umstellungen, die eine Schwangerschaft mit sich bringt, kommen Sprachprobleme, Heimweh, Diskriminierungserfahrungen, finanzielle Probleme und ein geringes Wissen über das österreichische Gesundheitssystem. Zudem können kulturelle Barrieren auch zu problematischen Arzt-Patienten-Beziehungen führen. Nicht alle Migrantinnen nehmen regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen oder Informationsveranstaltungen in Anspruch. Überforderungen von Seiten der Patientinnen, aber auch seitens des medizinischen Personals (Hebammen, Pflegepersonal, Ärzte) können daher vermehrt auftreten. Zudem fehlen dem

Personal häufig kulturspezifische Informationen über Schwierigkeiten und Probleme, die Frauen und ihre Familien belasten.

Auch der Verlust des sozialen Umfelds stellt für schwangere Migrantinnen oftmals ein großes Problem dar. Beispielsweise waren viele türkischstämmige Frauen in ihrer Heimat in die Struktur einer Großfamilie eingebettet. Während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie in der ersten Zeit mit dem Kind fehlt den Migrantinnen die familiäre Einbettung besonders stark. Dieser Umstand verstärkt häufig ihre Überforderung mit der jeweiligen Situation bzw. ihre soziale Isolation.

Im Rahmen einer Schwangerschaft traut sich die türkischsprachige Frau eventuell auch vermehrt Beratung in Anspruch zu nehmen, sie *darf* sich in diesem Kontext Unterstützung suchen. Zudem wird beispielsweise ein im Krankenhaus empfohlenes Beratungsangebot auch von Familienangehörigen als weniger bedrohlich empfunden.

Schwangerschaft und Geburt stellen für jede Frau, unabhängig von ihrem Glauben und kulturellen Hintergrund, eine für Krisen anfällige und sehr sensible Zeit dar. Sprachliche Barrieren und fehlende Verständigungsmöglichkeiten sowie kulturelle Unterschiede im Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett können zu Problemen führen und die betroffenen Frauen stark verunsichern.

Eine muttersprachliche, psychosoziale Beratung – wie beispielsweise die türkischsprachige Beratung der FEM-Elternambulanz – die Informationen zu verschiedensten Themen liefert (Kindergeld, Vorsorgeuntersuchungen, Informationsveranstaltungen etc.) und den Frauen Raum für die Aufarbeitung ihrer Erfahrungen, Ängste und Sorgen gibt, kann diese entlasten und depressive Verstimmungen reduzieren.

Das signifikante Ergebnis hinsichtlich des Auftretens psychischer Vorerkrankungen deckt sich weitgehend mit den Ergebnissen der Literatur (Ballestrem et al., 2001; O'Hara, 1990, 1995; O'Neil et al., 1990; Robertson et al., 2004). Frauen mit vorangegangenen psychischen Erkrankungen sind demnach vermehrt gefährdet, eine postpartale Depression zu entwickeln. Die Notwendigkeit, diese Frauen engmaschig und umfassend im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu betreuen, wurde bereits im Wiener Projekt zur Prävention postpartaler Depressionen (Wimmer-Puchinger, 2006, vgl. Kapitel 3.1) aufgezeigt.

Auch die Ergebnisse der im Rahmen dieser Diplomarbeit durchgeführten Untersuchung unterstreichen die Wichtigkeit einer kontinuierlichen und flächendeckenden Schwangerenbetreuung, um psychisch vorbelastete Frauen zu unterstützen und der Ausbildung einer postpartalen Depression entgegen zu wirken.

Alle anderen untersuchten soziodemographischen und geburtsmedizinischen Faktoren scheinen nicht signifikant mit dem Risiko, an einer postpartalen Depression zu erkranken, in Zusammenhang zu stehen.

7.1.2 Diskussion der Ergebnisse der zweiten Fragestellung

Als signifikantes Ergebnis konnte bei der zweiten Fragestellung ebenfalls aufgezeigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen Frauen mit erhöhtem Depressivitätsscore, die eine Beratung der Elternambulanz in Anspruch genommen haben, und psychischen Vorerkrankungen vorhanden ist. Es wurde zudem ersichtlich, dass *alle* Frauen mit psychischen Vorerkrankungen das Beratungsangebot der FEM-Elternambulanz auch genutzt haben.

Dieses Ergebnis bestätigt somit eindeutig das Konzept der FEM-Elternambulanz, welches darauf ausgerichtet ist, schwangere Frauen mit psychiatrischen Anamnesen, Frauen, die während der Schwangerschaft psychische Krisen aufweisen sowie Frauen, die gefährdet sind während oder nach der Schwangerschaft psychisch instabil zu werden, zu begleiten und gegebenenfalls über einen längeren Zeitraum zu unterstützen.

Mit allen Frauen, die in der FEM-Elternambulanz vorstellig waren, wurde zuvor telefonisch Kontakt aufgenommen und ihnen wurde ein Beratungstermin angeboten. Daher ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass keine Selektion der an der Untersuchung teilnehmenden Frauen stattgefunden hat. Es ist davon auszugehen, dass die Frauen, die eine Beratung bereitwillig in Anspruch genommen haben, offen und motiviert waren, ein gewisses Interesse an der Beratung zeigten, und sich davon ein positives Ergebnis erwarteten.

Der große Erfolg der FEM-Elternambulanz nach vier Jahren zeigt, dass das ausgearbeitete Konzept des Projekts den Bedürfnissen der Frauen optimal angepasst wurde und in Zukunft weiter ausgebaut werden sollte.

7.2 Kritik

Hinsichtlich der kritischen Reflexion der durchgeführten Untersuchung ist der soziodemographische Fragebogen des Wilhelminenspitals anzumerken. Dieser ist für die medizinische Anamnese optimal gestaltet, jedoch für eine psychologische Untersuchung noch nicht ausreichend differenziert. Beispielsweise würde eine Ergänzung der Kategorie „Familienstand“ durch den Unterpunkt „in fester Partnerschaft lebend“ diese verbessern, da viele Paare mittlerweile nicht mehr verheiratet sind, ihren Familienstand allerdings auch nicht als ledig bezeichnen.

Um das Problem der Vermischung von Berufsbezeichnungen und Berufskategorien zu umgehen, wäre eine Überlegung, diese in folgende Unterpunkte zu gliedern:

- | | |
|--|--|
| ☐ Arbeiter | ☐ arbeitslos |
| ☐ Angestellter | ☐ in Ausbildung |
| ☐ selbstständig | ☐ Ruhestand |

In zukünftigen Untersuchungen bezüglich Risikofaktoren der postpartalen Depression wäre weiters anzuraten, die „Schulbildung“ der Frauen sowie ihren „Sozialstatus“ bzw. ihre „wirtschaftliche Lage (Einkommen)“ in den soziodemographischen Fragebogen aufzunehmen, da es in der Literatur vermehrt Hinweise gibt, dass diese Faktoren in Zusammenhang mit der Ausbildung einer postpartalen Depression stehen (Herz et al., 1997; O'Hara, 1986; Wimmer-Puchinger, 2006). Zudem wäre anzuraten, die „Erwünschtheit/Geplantheit des Kindes“ im Fragebogen ebenfalls zu berücksichtigen.

Ein weiterer Kritikpunkt an dieser Studie bezieht sich darauf, dass bei der vorliegenden Untersuchung lediglich auf das Risiko, an einer postpartalen Depression zu erkranken, eingegangen wird. Anhand dieser Daten konnte nicht aufgezeigt werden, wie viele Frauen nach der Geburt ihres Kindes tatsächlich eine postpartale Depression ausgebildet haben.

Demzufolge wäre eine Folgestudie anzuraten, die schwangere Frauen, die in der Elternambulanz vorstellig werden, im Verlauf ihrer Schwangerschaft, kurz vor der Geburt und einige Monate nach ihrer Entbindung mittels EPDS-Fragebogen zu ihrem psychischen

Befinden befragt. Somit könnten Risikofaktoren der postpartalen Depression identifiziert und begleitend die Intervention durch die FEM-Elternambulanz evaluiert werden.

7.3 Ausblick

Resultierend aus den Erkenntnissen der durchgeführten Untersuchung wird eindeutig ersichtlich, dass besonders psychisch vorbelastete Frauen und Migrantinnen eine umfassende Betreuung im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie in der ersten Zeit mit ihrem Kind benötigen. Aber auch für alle anderen Frauen stellt die Zeit der Schwangerschaft eine Umstellung auf mehreren Ebenen dar, die mit ambivalenten Gefühlen und psychischen sowie physischen Veränderungen einhergeht.

Der flächendeckende Ausbau einer engmaschigen und interdisziplinären psychosozialen Schwangerenbetreuung könnte demnach Frauen in dieser sensiblen und für Krisen anfälligen Zeit große Unterstützung und Begleitung bieten.

Auch im Sinne der Prävention von postpartalen Depressionen sollte weiterhin vermehrt Aufklärungsarbeit geleistet werden. Diese sollte vor allem im Rahmen der Routineuntersuchungen bei FrauenärztInnen und Schwangerenambulanzen sowie in Geburtsvorbereitungskursen erfolgen. Beispielsweise könnten geschulte Hebammen in Geburtsvorbereitungskursen das Thema „Postpartale Depression“ aufgreifen und dadurch schwangere Frauen sowie deren Angehörige über Risiken, Symptome, Behandlungsmethoden und Anlaufstellen informieren.

Auch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungen zu diesem Thema sollen dazu beitragen, diese Erkrankung zu enttabuisieren und schwangere Frauen und deren Angehörigen aber auch das medizinische Personal vermehrt zu sensibilisieren. Eine frühzeitige Intervention sowie eine umfassende Betreuung durch ein multiprofessionelles Team können der Ausbildung einer postpartalen Depression entgegenwirken.

8 ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Beantwortung der Fragestellung, ob sich der Depressivitätsscore schwangerer Frauen hinsichtlich verschiedener soziodemographischer und geburtsmedizinischer Risikofaktoren unterscheidet. Zudem wurde erforscht, ob sich Frauen mit hohem Depressivitätsscore und Beratung durch die FEM-Elternambulanz hinsichtlich der jeweiligen Risikofaktoren von Frauen mit ebenfalls hohem Depressivitätsscore, aber ohne Beratung durch die FEM-Elternambulanz unterscheiden.

In den Jahren 2006, 2007 und 2008 wurden in der Schwangerenambulanz des Wiener Wilhelminenspitals über 800 Befindlichkeitsfragebögen (EPDS-Fragebögen) von schwangeren Frauen ausgefüllt. Dies erfolgte auf freiwilliger Basis und fand entweder im Rahmen der Nackenfaltenmessung (11. bis 14. Schwangerschaftswoche) bzw. beim Organscreening (20. bis 23. Schwangerschaftswoche) statt.

Zu Beginn dieser Untersuchung wurden den vorhandenen Befindlichkeitsfragebögen die jeweiligen soziodemographischen und geburtsmedizinischen Daten, die im Archiv des Krankenhauses aufbewahrt werden, zugeordnet. Insgesamt konnten die vollständigen Daten von 661 Frauen für diese Untersuchung herangezogen werden.

Alle Frauen wurden hinsichtlich ihres Depressivitätsscores analysiert. Frauen mit hohen Werten (≥ 13 Punkte im Fragebogen) wurden für die zweite Fragestellung zudem isoliert betrachtet. Insgesamt wurden 58 Frauen für diese zweite Stichprobe herangezogen, wovon 28 Frauen eine Beratung durch die FEM-Elternambulanz erhielten.

Es wurde ersichtlich, dass mit steigendem Alter der Depressivitätsscore schwangerer Frauen sinkt und Frauen mit psychischen Vorerkrankungen erhöhte Depressionswerte aufzeigen. Zudem konnte festgestellt werden, dass südosteuropäische Frauen im Vergleich zu mitteleuropäischen Frauen höhere Depressionswerte erreichen und auch muslimische Frauen ein erhöhtes Depressivitätsrisiko im Gegensatz zu Christinnen und Frauen ohne Religionsbekenntnis aufweisen.

Als signifikantes Ergebnis konnte bei der zweiten Fragestellung ebenfalls aufgezeigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen Frauen mit erhöhtem Depressivitätsscore, die eine Beratung der Elternambulanz in Anspruch genommen haben, und psychischen Vorerkrankungen vorhanden ist. Es wurde zudem ersichtlich, dass alle Frauen mit psychischen Vorerkrankungen das Beratungsangebot der FEM-Elternambulanz auch genutzt haben.

Aus den Ergebnissen der durchgeführten Untersuchung lässt sich schließen, dass besonders psychisch vorbelastete Frauen und Migrantinnen eine umfassende psychosoziale Betreuung im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie in der ersten Zeit mit ihrem Kind benötigen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Atkinson, A. K. & Rickel, A. U. (1984). Postpartum depression in primiparous parents. *Journal of Abnormal Psychology*, 31, 115–119.
- Ballestrem, v. C. L., Strauss, M., Häfner, S. & Kächele, H. (2001). Ein Modell für das Screening von Müttern mit postpartaler Depression. *Nervenheilkunde*, 20, 352-355.
- Beck, N. C., Siegel, L. J., Davidson, N. P., Kormeier, S., Breitenstein, A. & Hall, D. G. (1980). The prediction of pregnancy outcome: maternal preparation, anxiety and attitudinal sets. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 343-351.
- Beutel, M. (1996). *Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Fehlbildung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bitzer, J. & Alder, J. (2006). Postpartale Depression – Darauf sollten GynäkologInnen achten. In B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S. 65-78). Wien: Springer.
- Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L. & Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 924–930.
- Campbell, S. B. & Cohn, J. F. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 594-599.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F. & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31, 349-357.
- Comer, R. J. (2008). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Cooper, P. J. & Murray, L. (1998). Fortnightly review: Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316, 1884-1886.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cutrona, C. E. & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.

Dalton, K. (1984). *Mütter nach der Geburt: Wege aus der Depression*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Danaci, A. E., Dinc, G., Deveci, A., Sen, F. S. & Icelli, I. (2002). Postnatal depression in turkey: epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 125-129.

Dannenbring, D., Stevens, M. J., House, A. E. (1997). Predictors of childbirth pain and maternal satisfaction. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 127-142.

Davies-Osterkamp, S. (Hrsg.). (1991). *Psychologie und Gynäkologie*. Weinheim: Ed. Medizin, VCH.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2010). ICD-10-GM. Version 2010 [online]. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm> [24.01.2010].

Dick-Read, G. (1950). *Mutterwerden ohne Schmerz. Die natürliche Geburt*. Hamburg: Hoffmann & Campe.

Dix, C. (1987). *Eigentlich sollte ich glücklich sein. Hilfe und Selbsthilfe für überforderte Mütter*. Zürich: Kreuz Verlag.

Fiegl, J. (2006). Postpartale Depression aus psychotherapeutischer Sicht und Strategien der Behandlung. In B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S. 95-107). Wien: Springer.

Fleming, A. S., Ruble, D. N., Flett, G. L. & Shaul, D. L. (1988). Postpartum adjustment in first-time mothers: Relations between mood, maternal attitudes, and mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 24, 71-81.

Fthenakis, W. E. (1988). *Väter. Zur Psychologie der Vater-Kind-Beziehung*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Gauda, G. (1990). *Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität*. Frankfurt: Lang.

Gebauer-Sesterhenn, B. & Villinger, T. (2006). *Schwangerschaft und Geburt. Informieren, Orientieren, Begleiten*. Rheda-Wiedenbrück: RM-Buch-und-Medien-Vertrieb.

Geissbühler, V. & Eberhard, J. (1996). Alternative Gebärmethoden im Krankenhaus. In K. Vetter (Hrsg.), *Die Geburt – ein Ereignis zwischen Mythos und medizinischem Risiko* (S. 79-89). Stuttgart: Fischer.

- Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gregoire, A. J. P., Kumar, R., Everitt, B., Henderson, A. F. & Studd, J. W. W. (1996). Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *The Lancet*, 347, 926-929.
- Gröhe, F. (2003). *Nehmt es weg von mir. Depressionen nach der Geburt eines Kindes*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Härthl, K., Müller, M. & Friese K. (2006). Wochenbettdepression. Eine häufig spät oder nicht diagnostizierte psychische Erkrankung. *Der Gynäkologe*, 39, 813-819.
- Henshaw, C., Foreman, D. & Cox, J. (2004). Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25, 267-272.
- Hertz, D. G. & Molinski, H. (1981). *Psychosomatik der Frau. Entwicklungsstufen der weiblichen Identität in Gesundheit und Krankheit*. Berlin: Springer.
- Herz, E. (1996). *Befindlichkeitsbogen*. Deutsche Version des Edinburgh Postnatal Depression Scale von Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagowski, R. (1987).
- Herz, E., Thoma, M., Umek, W., Gruber, K., Linzmayer, L., Walcher, W., Philipp, T. & Putz, M. (1997). Nicht-psychotische postpartale Depression. Pilotstudie zur Epidemiologie und Risikofaktoren. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 57, 282-288.
- Hofecker Fallahpour, M. (2005). *Was Mütter depressiv macht...und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch*. Bern: 2005.
- Hopkins, J., Campbell, S. B. & Marcus, M. (1987). Role of infant-related stressors in postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 237-241.
- Kern, D. & Pruckner, F. (2008). *FEM-Elternambulanz. Schwangerschaft-Geburt-Elternschaft. Spezialambulanz für psychische Krisen rund um die Schwangerschaft*. Unveröff. Manuskript.
- Kim, Y.-K., Hur, J.-W., Kim, K.-H., Oh, K.-S. & Shin, Y.-C. (2008). Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 331-340.
- Klier, C. M., Lenz, G. & Lanczik, M. (2001). Psychotherapie bei Depressionen in Schwangerschaft und nach der Geburt. In C. M. Klier, U. Demal & H. Katschnig (Hrsg.), *Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression* (S. 39-54). Wien: Facultas.

Klier, C. M. & Muzik, M. (2001). Mutter-Kind-Interaktion in der postpartalen Periode. In C. M. Klier, U. Demal & H. Katschnig (Hrsg.), *Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression* (S. 91-102). Wien: Facultas.

Klier, C. M., Rosenblum, K. L., Zeller, M., Steinhardt, K., Bergemann, N. & Muzik, M. (2008). A mulirisk approach to predicting chronicity of postpartum depression symptoms. *Depression and Anxiety*, 25, 718-724.

Klier, C. M., Schäfer, M. & Lanczik, M. (2006). Die pharmakologische Therapie von postpartalen Depressionen. In B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S. 79-94). Wien: Springer.

Klusman, L. E. (1975): Reduction of pain in childbirth by the allivation of anxiety during pregnancy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 162-165.

Kurstjens, S. & Wolke, D. (2001). Postnatale und später auftretende Depressionen bei Müttern: Prävalenz und Zusammenhänge mit obstetrischen, soziodemographischen sowie psychosozialen Faktoren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 33-41.

Kurstjens, S. & Wolke, D. (2002). Mütterliche Depression und ihre Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes. In B. Rollett & H. Werneck (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie* (S.220-265). Göttingen: Hogrefe.

Lowe, N. K. (1989). Explaining the pain of active labor: The importance of maternal confidence. *Research in Nursing & Health*, 12, 237-245.

Lowe, N. K. (1996). The pain and discomfort of labor and birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 25, 82-92.

Lukesch, H. (1981). *Schwangerschafts- und Geburtsängste*. Stuttgart: Enke.

McDonald, R. L. & Christakos, H. C. (1963). Relationship of emotional adjustment during pregnancy to obstetric complications. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 86, 341-348.

McDonald, R. L., Gynther, M. D. & Christakos, A. C. (1963). Relation between maternal anxiety and obstetric complications. *Psychosomatic Medicine*, 25, 357-363.

Morel-Köhler, N. (2004). *Frühe Mutter-Kind-Beziehung und Depressivität*. Unveröff. Diss., Universität, Gießen.

O'Hara, M. W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43, 569-573.

- O'Hara, M. W. (1995). *Postpartum depression. Causes and consequences*. New York: Springer.
- O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H. & Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 3-15.
- O'Neil, T., Murphy, P. & Greene, V. T. (1990). Postnatal depression – aetiological factors. *Irish Medical Journal*, 83, 17-18.
- Pines, D. (1997). *Der weibliche Körper. Eine psychoanalytische Perspektive*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Posmontier, B. & Horowitz, J. A. (2004). Postpartum practices and depression prevalences: Technocentric and ethnokinship cultural perspectives. *Journal of Transcultural Nursing*, 15, 34-43.
- Pruckner, F. (2009). *Charlotte Ringlotte. Oder: Ein Kind kommt auf die Welt. Individualpsychologische Betrachtung der Zeit Schwangerschaft – Geburt – frühe Elternschaft*. Unveröff. Manuskript.
- Pschyrembel, W. & Dudenhausen, J. W. (1986). *Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen*. Berlin: de Gruyter.
- Reichle, B. & Werneck, H. (1999). Übergang zur Elternschaft und Partnerschaftsentwicklung: Ein Überblick. In B. Reichle & H. Werneck (Hrsg.), *Übergang zur Elternschaft. Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses* (S. 1-16). Stuttgart: Enke.
- Rhode, A. (2004). *Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Riecher-Rössler, A. (2001). Die Depression in der Postpartalzeit. In C. M. Klier, U. Demal & H. Katschnig (Hrsg.), *Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression* (S. 23-38). Wien: Facultas.
- Riecher-Rössler, A. (2006). Was ist postpartale Depression? In B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S. 11-20). Wien: Springer.

Ringler, M. (1985). *Psychologie der Geburt im Krankenhaus. Individuelle, kulturelle und soziale Aspekte der Geburtshilfe*. Weinheim: Beltz.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 24, 289-295.

Sauer, B. (1993). *Postpartale Depression. Die Geburt eines Kindes als kritisches Lebensereignis bei Frauen*. Hamburg: Lit Verlag.

Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S. & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression: The relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 316–321.

Stein, A., Cooper, P. J., Campbell, E. A., Day, A. & Altham, P. M. (1989). Social adversity and perinatal complications: their relation to postnatal depression. *British Medical Journal*, 298, 1073-1074.

Unger, U. & Rammsayer, T. (1996). „Himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt.“ Eine Literaturübersicht zum Post-Partum-Blues und Ergebnisse einer klinischen Studie. In E. Brähler & U. Unger, (Hrsg.), *Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft* (S. 153-173). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Whiffen, V. E. (1988). Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 467–474.

Wilson, L. M., Reid, A. J., Midmer, D. K., Biringer, A., Carroll, J. C. & Stewart, D. E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 154, 785–799.

Wimmer-Puchinger, B. (1992). *Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen*. Berlin: Springer.

Wimmer-Puchinger, B. (2006). Prävention von postpartalen Depressionen – Ein Pilotprojekt des Wiener Programms für Frauengesundheit. In B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S. 21-46). Wien: Springer.

Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen*. München: Pearson.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Ergebnisse der Varianzanalyse der Variable Geburtsland hinsichtlich des Depressivitätsscores
Tabelle 2:	Deskriptive Kennwerte der Variable Geburtsland
Tabelle 3:	Varianzanalyse der Variable Nationalität hinsichtlich des Depressivitätsscores
Tabelle 4:	Deskriptive Kennwerte der Variable Nationalität
Tabelle 5:	Ergebnisse der Varianzanalyse der Variable Alter hinsichtlich des Depressivitätsscores
Tabelle 6:	Deskriptive Kennwerte der Variable Alter
Tabelle 7:	Varianzanalyse der Variable Religion hinsichtlich des Depressivitätsscores
Tabelle 8:	Deskriptive Kennwerte der Variable Religion
Tabelle 9:	t-Test der Variable psychische Erkrankungen
Tabelle 10:	Deskriptive Kennwerte der Variable psychische Erkrankungen
Tabelle 11:	Kreuztabelle Beratung * psychische Erkrankung
Tabelle 12:	Chi-Quadrat-Tests
Tabelle C.1:	Häufigkeitstabelle der Variable Nationalität
Tabelle C.2:	Häufigkeitstabelle der Variable Art der psychischen Erkrankungen
Tabelle C.3:	Häufigkeitstabelle der Variable APGAR_Summe
Tabelle C.4:	Häufigkeitstabelle der Variable Beruf

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Therapeutische Empfehlungen bei Wochenbettdepressionen (Härtl, Müller & Friese, 2006)
Abbildung 2:	Die Spirale der postnatalen psychischen Störung (zB. Depression), (Rohde 2004)
Abbildung 3:	Verteilung der Frauen in Altersklassen
Abbildung 4:	Familienstand der untersuchten Frauen
Abbildung 5:	Geburtsmodus der Frauen
Abbildung A.1:	Ein Ratgeber für Mütter sowie deren Partner und Angehörige (Deckblatt)
Abbildung A.2:	Informationsfolder der FEM-Elternambulanz (2009)
Abbildung B.1:	EPDS-Fragebogen

ANHANG

Anhang A: Informationsfolder



Abbildung A.1: Ein Ratgeber für Mütter sowie deren Partner und Angehörige (Deckblatt)

FEM-Elternambulanz

im Wilhelminenspital
Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung
Montleartstraße 37, Pav. 28
A-1160 Wien

Sie erreichen uns mit den Linien: U3, 10, 46, 48A
Bize U3, 10, 46, 48A ile ulaşabilirsiniz

**Wir sind für Sie telefonisch
und persönlich erreichbar**
unter T: 01/491 50-4712
(deutschsprachig)
Mo, Di, Fr 8.30 – 12.30 Uhr
unter T: 0650/546 30 66.
Weitere Informationen
erhalten Sie auch in der
Schwangerenambulanz

**Bize şahsen veya telefon ile
ulaşabilirsiniz**
T: 0650/546 30 66. Pazar-
tesi, salı, cuma günleri
almanca 8.30 – 12.30 arası
Çarşamba günleri türkçe
saat 8.30 – 14.30 arası.
Ayrıca hamilelik Ambulan-
sından bilgi alabilirsiniz

Termine:

Tarih:

Impressum: Medieninhaber: Fonds Soziales Wien, Guglgasse 7-9, 1030 Wien, T: 05 05 379. Für den Inhalt verantwortlich: a.o. Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger, Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, Guglgasse 7-9, 1030 Wien. Redaktion: Mag. Franziska Pruckner, Institut für Frauen- und Männergesundheit, Bastiengasse 36-38, 1180 Wien. Grafische Gestaltung: Mag. Gisela Scheubmayr/subgrafik. Titelfoto: © Getty Images/Purestock. Druck: digiDruck.



StaDt Wien

Sie sind uns willkommen!

Hoşgeldiniz!

FEM-Elternambulanz

Schwangerschaft • Geburt • Elternschaft

Die Zeit der Schwangerschaft und der frühen Elternschaft ist eine Zeit großer Veränderungen und stellt in vielen Lebensbereichen hohe Anforderungen an die werdende/junge Mutter. Diese Zeit kann manchmal sehr belastend sein.

Eigentlich sollte ich glücklich sein ...

- Sie fühlen sich unsicher?
- Sie fühlen sich überfordert?
- Sie empfinden kaum mehr Freude und Lebenslust?
- Sie haben Schuldgefühle?
- Sie fühlen sich hilflos und alleine gelassen?

In der FEM-Elternambulanz werden angeboten

- Beratung und Information
- Orientierungsgespräche
- Begleitende Gespräche
- Gespräche in Krisensituationen



Mag. Franziska Pruckner

Die Angebote der FEM-Elternambulanz sind kostenlos.

FEM-Aile Ambulansı

Hamilelik • Doğum • Ebeveynlik

Hamilelik dönemi ve doğumdan sonraki ilk günler büyük değişikliklerin yaşandığı ve yaşamın her alanında taleplerin fazla olduğu, özellikle bebek bekleyen anneler için zorluklarla dolu bir dönem.

Aslında mutlu olmalıyım diye düşünüyorsanız ...

- kendinizden emin değilseniz?
- birşeylerin altından kalkamayacak haldeyseniz?
- kendinizi mutsuz hissediyorsanız?
- kendinizi suçlu hissediyorsanız?
- kendinizi yalnız ve çaresiz hissediyorsanız?

FEM-Aile Ambulansında aşağıdaki konularda yardımcı oluyoruz

- Danışma ve bilgilendirme
- Konu ile ilgili yönlendirme
- İlgili konularda destek olma
- Bunalım anında konuşarak rahatlatma

Mag. Saadet Tokay

FEM – Aile Ambulansında danışma ücretsizdir.



Abbildung A.2: Informationsfolder der FEM-Elternambulanz (2009)

Anhang B: EPDS-Fragebogen

Befindlichkeitsbogen (EPDS) (Cox / Holden / Sagovsky)



So fühlte ich mich während der letzten Woche:
(Scores in Klammer)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

Genauso oft wie früher ■ 0

Nicht ganz so oft wie früher ■ 1

Eher weniger als früher ■ 2

Überhaupt nie ■ 3

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

So oft wie früher ■ 0

Eher weniger als früher ■ 1

Viel seltener als früher ■ 2

Fast gar nicht ■ 3

3. Ich habe mich unberechtigterweise Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

Ja, sehr oft ■ 3

Ja, manchmal ■ 2

Nicht sehr oft ■ 1

Nein, nie ■ 0

4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:

Nein, nie ■ 0

Ganz selten ■ 1

Ja, manchmal ■ 2

Ja, sehr oft ■ 3

5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

Ja, ziemlich oft ■ 3

Ja, manchmal ■ 2

Nein, fast nie ■ 1

Nein, überhaupt nie ■ 0

6. Mir ist alles zuviel geworden:

Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen ■ 3

Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen ■ 2

Nein, ich wusste mir meistens zu helfen ■ 1

Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen ■ 0

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

Ja, fast immer ■ 3

Ja, manchmal ■ 2

Nein, nicht sehr oft ■ 1

Nein, nie ■ 0

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

Ja, sehr oft ■ 3

Ja, ziemlich oft ■ 2

Nein, nicht sehr oft ■ 1

Nein, nie ■ 0

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

Ja, sehr oft ■ 3

Ja, ziemlich oft ■ 2

Nur manchmal ■ 1

Nein, nie ■ 0

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

Ja, oft ■ 3

Manchmal ■ 2

Selten ■ 1

Nein, nie ■ 0

Gesamtscore

Edinburgh Postnatal Depression Scale (JL Cox, JM Holden, R Sagovsky, 1987).
Deutsche Version als „Befindlichkeitsbogen“ (Herz et al. 1996, Muzik et al. 1997).

Jede Frage bekommt 0–3 Punkte, was zu einem Wert zwischen 0–30 führt. **Wichtig:** Bei manchen Fragen werden die Punkte in der anderen Reihenfolge vergeben. Der gesamte Wert ergibt sich durch Addition der Einzelwerte. Wenn die Frau folgenden Score hat:

0–9	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression gering
10–12	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression mäßig vorhanden
≥13	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression hoch

Der Vorteil der EPDS ist auch, dass man sehr schnell Frauen identifiziert, die Selbstmordgedanken haben. Wenn die Frau bei Frage 10 Punkte aufweist, muss man in jedem Fall genau nachfragen, ob es sich um Selbstverletzung, Lebensüberdruß oder richtige Selbstmordgedanken handelt.

Wenn die Symptome weniger schwer sind, oder während einer Zeitdauer kürzer als 2 Wochen vorhanden sind, kann es sich um andere Diagnosen handeln, wie zum Beispiel Anpassungsstörungen, Minor Depression und/oder eine gleichzeitig auftretende Angststörung.

Andere Ursachen für Symptome wie Anämie, Schlafentzug, Schilddrüsenfunktionsstörung oder Trauerreaktion sollten bedacht werden, bevor eine Depression diagnostiziert wird. Diese Zustände können aber auch zusammen mit einer Depression vorliegen. Eine Gesamtwert von „0“ sollte noch genauer abgeklärt werden, denn dies kann auf eine „sozial erwünschte“ Beantwortung der Fragen hinweisen.

Abbildung B.1: EPDS-Fragebogen

Anhang C: Tabellarische Darstellungen der Stichprobe

Tabelle C.1: Häufigkeitstabelle der Variable Nationalität

		Nationalität			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ägypten	2	,3	,3	,3
	Albanien	7	1,1	1,1	1,4
	Bangladesch	1	,2	,2	1,5
	Bosnien	24	3,6	3,6	5,1
	Bulgarien	3	,5	,5	5,6
	China	3	,5	,5	6,1
	Dänemark	1	,2	,2	6,2
	Deutschland	10	1,5	1,5	7,7
	England	3	,5	,5	8,2
	Frankreich	6	,9	,9	9,1
	Griechenland	1	,2	,2	9,2
	Indien	1	,2	,2	9,4
	Iran	1	,2	,2	9,5
	Irland	1	,2	,2	9,7
	Israel	1	,2	,2	9,8
	Italien	2	,3	,3	10,1
	Jugoslawien	9	1,4	1,4	11,5
	Kroatien	1	,2	,2	11,6
	Kosovo	4	,6	,6	12,3
	Kroatien	12	1,8	1,8	14,1
	Lichtenstein	1	,2	,2	14,2
	Mazedonien	7	1,1	1,1	15,3
	Mexiko	1	,2	,2	15,4
	Moldawien	3	,5	,5	15,9
	Nigeria	1	,2	,2	16,0
	Österreich	392	59,3	59,3	75,3
	Pakistan	1	,2	,2	75,5
	Philippinen	2	,3	,3	75,8
	Polen	28	4,2	4,2	80,0
	Portugal	1	,2	,2	80,2
	Rumänien	8	1,2	1,2	81,4
	Russland	4	,6	,6	82,0
	Schweiz	2	,3	,3	82,3
	Serbien	56	8,5	8,5	90,8
	Slowakei	9	1,4	1,4	92,1
	Slowenien	1	,2	,2	92,3
	Südkorea	1	,2	,2	92,4
	Tschechien	1	,2	,2	92,6
	Tschetschenien	1	,2	,2	92,7
	Tunesien	1	,2	,2	92,9
	Türkei	34	5,1	5,1	98,0
	Ukraine	4	,6	,6	98,6
	Ungarn	7	1,1	1,1	99,7
	USA	2	,3	,3	100,0
	Gesamt	661	100,0	100,0	

Tabelle C.2: Häufigkeitstabelle der Variable Art der psychischen Erkrankungen

Art_psych_Erkr				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	640	96,8	96,8	96,8
2005 nach der Geburt meines Sohnes	1	,2	,2	97,0
Angststörung	4	,6	,6	97,6
Betreuung bei OP	1	,2	,2	97,7
Depression	5	,8	,8	98,5
Drogen	3	,5	,5	98,9
durch Mobbing am ehem. Arbeitsplatz	1	,2	,2	99,1
Morphiumabhängigkeit	1	,2	,2	99,2
nach Fehlgeburt	1	,2	,2	99,4
Panikattacken	2	,3	,3	99,7
Stress	1	,2	,2	99,8
Todesfall	1	,2	,2	100,0
Gesamt	661	100,0	100,0	

Tabelle C.3: Häufigkeitstabelle der Variable APGAR_Summe

APGAR_Summe				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 16	1	,2	,2	,2
17	3	,5	,5	,6
19	3	,5	,5	1,1
20	2	,3	,3	1,4
21	1	,2	,2	1,5
22	4	,6	,6	2,1
23	8	1,2	1,2	3,3
24	9	1,4	1,4	4,7
25	8	1,2	1,2	5,9
26	17	2,6	2,6	8,5
27	48	7,3	7,3	15,7
28	26	3,9	3,9	19,7
29	399	60,4	60,4	80,0
30	132	20,0	20,0	100,0
Gesamt	661	100,0	100,0	

Tabelle C.4: Häufigkeitstabelle der Variable Beruf

Beruf				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	52	7,9	7,9	7,9
AMS-Beraterin	1	,2	,2	8,0
Angestellte	109	16,5	16,5	24,5
Apothekerin	1	,2	,2	24,7
Arbeiterin	11	1,7	1,7	26,3
Arbeitslos	32	4,8	4,8	31,2
Architektin	1	,2	,2	31,3
Art Director	1	,2	,2	31,5
Ärztin	4	,6	,6	32,1
Assistentin	2	,3	,3	32,4
Bankangestellte	1	,2	,2	32,5
Beamte	7	1,1	1,1	33,6
Behindertenpädagogin	3	,5	,5	34,0
Betriebswirtin	1	,2	,2	34,2
Biologin	1	,2	,2	34,3
Biomed. Analytikerin	1	,2	,2	34,5
Buchhalterin	5	,8	,8	35,2
Büroangestellte	11	1,7	1,7	36,9
Callcenter Agent	2	,3	,3	37,2
Chemielaborantin	1	,2	,2	37,4
Consulterin	1	,2	,2	37,5
Dolmetscherin	1	,2	,2	37,7
Drogistin	1	,2	,2	37,8
Einzelhandelskauffrau	19	2,9	2,9	40,7
Erzieherin	1	,2	,2	40,8
Floristin	2	,3	,3	41,1
Flugbegleiterin	1	,2	,2	41,3
Fotolaborantin	1	,2	,2	41,5
Friseurin	12	1,8	1,8	43,3
Garteningenieurin	1	,2	,2	43,4
Gärtnerin	1	,2	,2	43,6
Hausfrau	77	11,6	11,6	55,2
Hausverwalterin	1	,2	,2	55,4
Hebamme	1	,2	,2	55,5
Heimhilfe	5	,8	,8	56,3
Horterzieherin	1	,2	,2	56,4
IT-Consultant	2	,3	,3	56,7
Journalistin	2	,3	,3	57,0
Karenz	22	3,3	3,3	60,4
Kassiererin	7	1,1	1,1	61,4
Kaufm. Angestellte	14	2,1	2,1	63,5
Kellnerin	9	1,4	1,4	64,9
Kindergartenhelferin	2	,3	,3	65,2
Kindergärtnerin	9	1,4	1,4	66,6
Kinderkrankenschwester	2	,3	,3	66,9
Köchin	3	,5	,5	67,3
Kosmetikerin	2	,3	,3	67,6

Tabelle C.4, Fortsetzung 1: Häufigkeitstabelle der Variable Beruf

Krankenschwester	22	3,3	3,3	71,0
Küchenhilfe	5	,8	,8	71,7
Künstlerin	2	,3	,3	72,0
Lehrerin	21	3,2	3,2	75,2
Lehrling	3	,5	,5	75,6
Lektorin	1	,2	,2	75,8
Lerngruppenbetreuerin	1	,2	,2	75,9
Logopädin	1	,2	,2	76,1
Managerin	1	,2	,2	76,2
Marketingassistentin	2	,3	,3	76,6
Modeberaterin	2	,3	,3	76,9
Musikerin	2	,3	,3	77,2
Musikpädagogin	1	,2	,2	77,3
Opersängerin	1	,2	,2	77,5
Ordinationshilfe	1	,2	,2	77,6
Personalistin	1	,2	,2	77,8
Pflegehelferin	5	,8	,8	78,5
Pharmazeutin	1	,2	,2	78,7
Physiotherapeutin	7	1,1	1,1	79,7
Polizistin	1	,2	,2	79,9
Postbedienstete	1	,2	,2	80,0
Programmiererin	1	,2	,2	80,2
Psychologin	3	,5	,5	80,6
Rechtsanwaltsanwärtin	2	,3	,3	80,9
Redakteurin	1	,2	,2	81,1
Reinigungskraft	18	2,7	2,7	83,8
Reisebüroangestellte	1	,2	,2	84,0
Rezeptionistin	2	,3	,3	84,3
Richterin	1	,2	,2	84,4
Schauspielerinnen	1	,2	,2	84,6
Schneiderin	2	,3	,3	84,9
Schuhverkäuferin	1	,2	,2	85,0
Schülerin	2	,3	,3	85,3
Sekretärin	5	,8	,8	86,1
Selbstständig	7	1,1	1,1	87,1
Shiatsu Praktikerin	1	,2	,2	87,3
Sozialarbeiterin	3	,5	,5	87,7
Sprachtrainiererin	1	,2	,2	87,9
Studentin	17	2,6	2,6	90,5
Tänzerin	1	,2	,2	90,6
Techn. Angestellte	1	,2	,2	90,8
Telefonistin	2	,3	,3	91,1
Tennislehrerin	1	,2	,2	91,2
Trainerin	1	,2	,2	91,4
U-Bahn-Fahrerin	1	,2	,2	91,5
Übersetzerin	1	,2	,2	91,7
Verkäuferin	40	6,1	6,1	97,7
Vertragsbedienstete	3	,5	,5	98,2
Wiss. Mitarbeiterin	1	,2	,2	98,3
Zahnarztassistentin	10	1,5	1,5	99,8
Zahnärztin	1	,2	,2	100,0
Gesamt	661	100,0	100,0	

ABSTRACT

Die postpartale Depression (PPD), die sich im ersten Jahr nach der Geburt eines Kindes entwickeln kann, stellt eine schwerwiegende Erkrankung dar, die aufgrund der Lebenssituation von Mutter und Kind besondere Beachtung erfordert. Die vorliegende Diplomarbeit widmet sich der Identifikation von Risikofaktoren der postpartalen Depression. Mittels Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) wurde der Depressivitätsscore schwangerer Frauen des Wiener Wilhelminenspitals ($n = 661$) untersucht und in Zusammenhang mit ihren soziodemographischen und geburtsmedizinischen Daten gesetzt. Zudem wurde erforscht, ob sich Frauen mit hohem Depressivitätsscore und Beratung durch die Elternambulanz des Frauengesundheitszentrums (FEM) hinsichtlich der jeweiligen Risikofaktoren von Frauen mit ebenfalls hohem Depressivitätsscore ohne Beratung durch die FEM-Elternambulanz unterscheiden ($n = 58$). Mittels t-Tests für unabhängige Stichproben, Varianzanalysen, Korrelationen, Regressionen und Kreuztabellen zeigten folgende Variablen einen statistisch signifikanten Einfluss auf den EPDS-Score: Geburtsland, Nationalität, Religionszugehörigkeit, Alter der Mutter sowie das Auftreten psychischer Vorerkrankungen. Als signifikantes Ergebnis der zweiten Fragestellung konnte gezeigt werden, dass alle Frauen mit psychischen Vorerkrankungen auch das Beratungsangebot der FEM-Elternambulanz in Anspruch nahmen. Aus den vorliegenden Ergebnissen lässt sich schließen, dass besonders psychisch vorbelastete Frauen und Migrantinnen eine umfassende psychosoziale Betreuung im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie in der ersten Zeit mit ihrem Kind benötigen.

Abstract

Postpartum depression is a severe illness, which can develop in the first year after child birth. This illness demands particular attention due to the circumstances of mother and child. This dissertation is dedicated to the identification of the risk factors of postpartum depression. The depression scores of pregnant women of the Vienna Wilhelminenspital ($n = 661$) have been examined using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and have been analysed in combination with their socio-demographic and post natal data. Additionally a secondary question seeks to determine if the advice by the Elternambulanz (Parental Outpatients Clinic) of the Women's Health Centre (FEM) has influence on the occurrence of postpartum depression ($n = 58$). Using t-Tests for independent random sampling, analysis of variances, correlations, regressions and crosstabulations the following variables showed a statistically significant influence of the EPDS-Score: country of birth, nationality, religious affiliation, the age of the mother and the presence of pre-existing mental conditions. As a significant result of the secondary question featured that all women with pre-existing mental conditions accessed the advice provided by the FEM-Elternambulanz (FEM parent outpatient clinic). The results conclude that women with pre-existing mental health conditions and migrants require comprehensive support throughout the duration of pregnancy, birth and confinement as well as in the months following child birth.

CURRICULUM VITAE

Name	Michaela Österreicher
Geburtsdatum	06.05.1982
Geburtsort	Horn, NÖ
Staatsbürgerschaft	Österreich
Adresse	Bonygasse 77/8, 1120 Wien
Telefon	0650 544 29 68
Mail	michi.oe@gmx.at

AUSBILDUNG

Studium der Psychologie Universität Wien Schwerpunkte Entwicklungspsychologie, Klinische- und Gesundheitspsychologie	September 2002 – Mai 2010
Matura Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe 2020 Hollabrunn	Juni 2001

PRAKTIKA/BERUFSERFAHRUNG

St. Anna Kinderspital Psychosomatische Ambulanz 1090 Wien, Praktikantin	Juli – September 2009
Frauengesundheitszentrum FEM in der Semmelweis-Frauenklinik 1180 Wien, Praktikantin	Juli – Oktober 2008
Sowhat – Institut für Menschen mit Essstörungen 1150 Wien, Praktikantin	Juli – August 2007
Family for you eine non-profit Organisation für Auslandsadoptionen 1010 Wien, Praktikantin	August – September 2006
Babysitterin zweier Kinder	Oktober 2005 – Juni 2008
Kinderkreis Weitersfeld 2084, Erzieherin in Ungarn/Plattensee	Juli 2004
Medtronic Österreich GmbH 1200 Wien, Sekretariatstätigkeit	Juli – August 2003
Rechtsanwälte Freimüller/Noll/Obereder/Pilz/Senoner 1080 Wien, Sekretariatstätigkeit/Assistentin	Juli 2001 – September 2002