

AUS DEM INSTITUT FÜR GESUNDHEITS- UND PFLEGEWISSENSCHAFT
AN DER MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG
(DIREKTOR: PROF. DR. PHIL. HABIL. JOHANN BEHRENS)

**„Schwanger wohlfühlen“:
Psychometrische Erfassung des
aktuellen subjektiven Wohlbefindens und Copings
in der Schwangerschaft**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)

für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Gertrud Maria Ayerle MSN
geboren am 31.3.1959 in Böhen/Unterallgäu

Gutachter: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Gutachterin: Prof. Dr. med. Beate A. Schücking
Eröffnung: 07.04.2009
Verteidigung: 19.11.2009

Kurzreferat

Zielsetzung: In der Literatur existiert bisher kein valides und reliables standardisiertes Inventar zur Erhebung der Konstrukte ‚Subjektives Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ in der Schwangerschaft. Ein auf Grund empirischer Erkenntnisse in affirmativer Form konstruiertes Erhebungsinstrument soll der validen Erfassung und dem reliablen Monitoring der Konstrukte in der fachlichen, gesundheitsfördernden Begleitung von Schwangeren dienen.

Methoden: Die Zielpopulation stellen schwangere Frauen in der Betreuung durch Hebammen dar. Mittels einer auf Grund empirischer Erkenntnisse zusammengestellten Itemliste, die die Dimensionen ‚Affektives‘ und ‚Körperliches Wohlbefinden‘ sowie ‚Bewältigungsreaktionen‘ umfasst, werden systematisch zunächst 362 schwangere Frauen in der Zeit zwischen Wahrnehmung der Kindsbewegungen und Geburt befragt. In einer zweiten konsekutiven Befragung werden die durch Itemanalyse und -selektion sowie Faktorenanalyse eruierten Skalen weiteren 247 schwangeren Frauen im dritten Trimenon vorgelegt. Erneute teststatistische Analysen der Itemskalen belegen deren Dimensionen, Validität und Reliabilität. Ihre konvergente Validität wird durch standardisierte und konstruktnahe Vergleichsinventare belegt.

Ergebnisse: Das endgültige heterogene Erhebungsinstrument ‚Schwanger wohlfühlen‘ beinhaltet insgesamt 38 Items, die sich auf fünf Hauptdimensionen verteilen. Davon entfallen 21 schwangerschaftsspezifische Items auf das aktuelle positive ‚Affektive Wohlbefinden‘, das die Komponenten ‚Schwangersein/Kind‘, ‚Mutter-Werden‘, ‚Partner‘ und ‚Geburt‘ enthält, die untereinander überwiegend hoch signifikante Beziehungen und zusammen eine interne Konsistenz von 0,90 aufweisen. Die sieben Items umfassende Skala ‚Positive Körperwahrnehmung‘ erzielt ein Cronbachs Alpha von 0,83 und die Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ mit drei Items einen Korrelationskoeffizienten von 0,78. Die sieben Items zu Bewältigungsreaktionen operationalisieren die beiden Dimensionen ‚Akkomodatives‘ und ‚Assimilatives Coping‘. Ihre Reliabilität wird durch einen Korrelationskoeffizienten von 0,77 bzw. 0,75 ausgewiesen. Eine konvergente Validität lässt sich bzgl. des ‚Affektiven‘ und ‚Körperlichen Wohlbefindens‘ weitgehend belegen, jedoch auf Grund unterschiedlicher Konzeptionen nicht ausnahmslos für die Bewältigungsreaktionen.

Schlussfolgerungen: Mit dem empirisch fundierten Erhebungsinstrument ‚Schwanger wohlfühlen‘ können das subjektive Wohlbefinden und Coping von schwangeren Frauen erstmalig in der Praxis und Forschung valide und reliabel erfasst werden. Es dient der affirmativen und ressourcenorientierten Begleitung von schwangeren Frauen im dritten Trimenon. Eine weitere Entwicklung wird insbesondere bzgl. des ‚Körperlichen Wohlbefindens‘ und ‚Copings‘ angestrebt.

Ayerle, Gertrud M.: ‚Schwanger wohlfühlen‘: Psychometrische Erfassung des aktuellen subjektiven Wohlbefindens und Copings in der Schwangerschaft. Halle, Univ., Med. Fak., Diss., 169 Seiten, 2009.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Die Schwangerschaft	3
2.1	Die Schwangerschaft als individueller emotionaler Entwicklungsprozess, psychosozialer Übergang und Lebensereignis	3
2.1.1	Die Perspektive der psychologischen Entwicklungstheorien und der Psychoanalyse	3
2.1.2	Die Perspektive der Lebensübergangsforschung	4
2.1.3	Die Perspektive der Lebensereignis- und Stressforschung	5
2.1.4	Die feministische Perspektive	7
2.1.5	Die Perspektive der vorliegenden Arbeit	7
2.2	Körperbezogene Veränderungen während der Schwangerschaft	7
2.2.1	Physiologie der schwangeren Frau und potenzielle Schwangerschaftsbeschwerden	8
2.2.2	Körperwahrnehmung und Körperbild in der Schwangerschaft	9
3	Subjektives Wohlbefinden und seine Bedeutung in der Schwangerschaft	11
3.1	Das Konstrukt ‚Subjektives Wohlbefinden‘	11
3.2	Psychometrische Konzeptionen des ‚Subjektiven Wohlbefindens‘	14
3.2.1	Subjektives ‚Affektives Wohlbefinden‘	14
3.2.2	Aktuelles versus habituelles affektives Wohlbefinden	15
3.2.3	Subjektives ‚Körperliches Wohlbefinden‘	16
3.3	Das aktuelle ‚Subjektive Wohlbefinden‘ und seine psychometrische Erfassung hinsichtlich der Schwangerschaft	17
3.3.1	Aktuelles ‚Affektives Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft	17
3.3.2	Aktuelles ‚Körperliches Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft	21
4	‚Coping‘ als Mediator von Wohlbefinden	31
4.1	‚Coping‘ in der transaktionalen Stresstheorie	31
4.2	Psychometrische Konzeptionen von ‚Coping‘	34
4.3	Situatives ‚Coping‘ in der Schwangerschaft	35
5	Ausgangspunkte, Ziel und Fragestellungen dieser Arbeit	41
5.1	Zentrale Erkenntnisse zum aktuellen ‚Subjektiven Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘	41
5.2	Zielsetzung, Fragestellungen und Hypothesen	41
6	Initiale Konstruktion des schwangerschaftsspezifischen Erhebungsinstruments	44
6.1	Items zum aktuellen ‚Subjektiven Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ in der Schwangerschaft	45
6.2	Antwortformat der Items	47
6.3	Items zur Beschreibung der Stichprobe	48
6.4	Testanweisung, Expertenrating und Pretests	49

7	Erste Befragung	51
7.1	Setting und Zugang zur ersten Stichprobe	51
7.2	Merkmale der ersten Stichprobe	52
7.3	Itemanalyse und -selektion	55
7.4	Validität und Dimensionalität der ersten Version des Erhebungsinstruments	62
7.5	Reliabilität der ersten Version des Erhebungsinstruments	66
7.6	Veränderungen am Erhebungsinstrument und vorläufige Konstrukt Darstellung	66
8	Zweite Befragung	70
8.1	Setting und Zugang zur zweiten Stichprobe	70
8.2	Merkmale der zweiten Stichprobe	70
8.3	Itemanalyse und Itemselektion	73
8.4	Validität und Dimensionalität der zweiten Version des Erhebungsinstruments	78
8.4.1	Dimensionen des Erhebungsinstruments	78
8.4.2	Kennwerte und innere Konsistenz ausgewählter konstruktnaher Vergleichsinventare	82
8.4.3	Konvergente Validität des Erhebungsinstruments hinsichtlich der Vergleichsinventare	85
8.4.4	Reliabilität des Erhebungsinstruments	88
8.5	Endgültiges Modell des Erhebungsinstruments	89
9	Das Erhebungsinstrument ‚Schwanger wohlfühlen‘	91
9.1	Zielsetzung und Fragestellungen	91
9.2	Hauptgütekriterien des Erhebungsinstruments ‚Schwanger wohlfühlen‘	92
9.2.1	Validität	92
9.2.2	Reliabilität	94
9.2.3	Objektivität	95
9.3	Nebengütekriterien des Erhebungsinstruments ‚Schwanger wohlfühlen‘	95
9.4	Anwendung des Erhebungsinstruments ‚Schwanger wohlfühlen‘ in der Praxis	97
9.5	Unterschiedliches schwangerschaftsspezifisches ‚Subjektives Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ bei unterschiedlichen Merkmalen der Teilnehmerinnen	100
9.5.1	‚Subjektives Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ in der Schwangerschaft hinsichtlich soziodemografischer und anamnestic-geburtshilflicher Merkmale	101
9.5.2	‚Affektives Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft und psychosoziale Merkmale	102
9.5.3	‚Körperliches Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft und körperbezogene Merkmale	102
9.5.4	‚Coping‘ in der Schwangerschaft und psychosoziale Merkmale	103
10	Diskussion	104
10.1	Methodik	104
10.1.1	Stichproben	104
10.1.2	Antwortskalen und -verhalten	105
10.1.3	Itemselektion und Faktorenanalyse	106

10.2	Die Konstrukte schwangerschaftsspezifisches ‚Subjektives Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘	107
10.2.1	Aktuelles, Affektives Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft	108
10.2.2	‚Körperliches Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft	109
10.2.3	‚Coping‘ in der Schwangerschaft	111
10.3	Bedeutung des Erhebungsinstruments ‚Schwanger wohlfühlen‘	113
11	Beitrag zur fachlichen Begleitung von schwangeren Frauen und zur Forschung	115
12	Zusammenfassung	119
13	Literaturverzeichnis	120
14	Anlagen	129
14.1	Itemkonstruktion	129
14.2	Informationsbrief und Einverständniserklärung der Teilnehmerinnen	130
14.3	Erster Fragebogen (Erste Befragung)	132
14.4	Datenanalyse der ersten Befragung	138
14.5	Zweiter Fragebogen (Zweite Befragung)	142
14.6	Datenanalyse der zweiten Befragung	148
14.7	Itemkennwerte der Vergleich-Messinstrumente (Zweite Befragung)	153
14.7.1	Positive Affekt und Negative Affekt-Skala (PANAS)	153
14.7.2	State-Skala des State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	154
14.7.3	Short-Form 12 (SF-12)	155
14.7.4	Globales Item: Aktuelles Körperliches Befinden	155
14.7.5	Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)	156
14.8	Endgültiger Fragebogen ‚Schwanger wohlfühlen‘	157
14.9	Referenzpunkte für die Normierung	161
15	Thesen	162

Lebenslauf

Selbstständigkeitserklärung

Publikationen

Danksagung

Verzeichnis der Abkürzungen

AKK	Akkomodatives Coping
ASS	Assimilatives Coping
AW	Affektives Wohlbefinden
BS	Bewältigungsstrategien
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CISS	Coping Inventory for Stressful Situations
d. h.	das heißt
EC	Emotionsorientiertes Coping
HK	Hauptkomponente
KW	Körperliches Wohlbefinden
M	arithmetischer Mittelwert
MB	Mobilität/Behändigkeit
n	Anzahl (statistische Angabe)
NA	negativer Affekt
Nr	Nummer
PA	positiver Affekt
PANAS	Positive Affekt- und Negative Affekt-Skala
PC	Problemorientiertes Coping
PKW	positive Körperwahrnehmung
S.	Seite
SD	Standardabweichung
SF-12	Short-Form der Medical Outcomes Study SF-36
Ss	Schwangerschaft
SSW	Schwangerschaftswoche(n)
STAI	State-Trait-Angst-Inventar
SWB	Subjektives Wohlbefinden
Tn	Teilnehmerinnen
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Was ist neu am ‚Wohlbefinden in der Schwangerschaft‘? War dies nicht schon immer das Ziel der Hebammentätigkeit? – Überraschenderweise findet sich im Hebammenstandpunkt ‚Schwangerenvorsorge‘ des Deutschen Hebammenverbandes (2002) kein expliziter Hinweis auf das Wohlbefinden von schwangeren Frauen, jedoch wird die Vorsorge durch die Hebamme als Primärversorgung und Gesundheitsförderung in der Schwangerschaft verstanden. Jedoch betont die International Confederation of Midwives (2005) in ihrem Statement zur Philosophie und zum Modell der Hebammenbetreuung die vorausschauende und flexible Betreuung von Hebammen und deren auf die jeweilige Frau ausgerichtete Informationsvermittlung und Beratung. Wörtlich heißt es in der deutschen Übersetzung unter Punkt 8: ‚Hebammenbetreuung fördert und schützt aktiv das Wohlbefinden der Frauen und steigert den Gesundheitszustand des Kindes.‘

Die klinische und außerklinische Praxis der Hebammentätigkeit in Deutschland kennt bislang keine standardisierten Assessment- oder Monitoring-Verfahren zum Wohlbefinden in der Schwangerschaft, die mit der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al. 1987) vergleichbar wäre, die neben zwei anderen Inventaren vom National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) in der britischen Richtlinie ‚Antenatal and postnatal mental health‘ empfohlen wird. Richtlinien wie diese haben bisher wenig Auswirkung auf die Hebammentätigkeit in Deutschland gehabt; auch ersetzt die Bereitstellung eines übersetzten EPDS-Fragebogens auf der Webseite des Deutschen Hebammenverbandes e.V. (2002) keine allgemein gültige Empfehlung für Hebammen. Außer diesem gibt es in Deutschland keinerlei reliable und validierte schwangerschaftsspezifische Erhebungsinstrumente, die im Sinne eines Assessments oder Monitoring von Hebammen in der fachlichen Begleitung von schwangeren Frauen verwendet werden könnten. Der Mangel an Instrumenten einerseits und die Befremdung von Hebammen hinsichtlich einer Anwendung von standardisierten quantitativen Verfahren andererseits mag insbesondere damit zusammenhängen, dass der Prozess der Professionalisierung von Hebammen in Deutschland erst in den 90er Jahren begonnen hat und es von insgesamt über 15.000 Hebammen in Deutschland bislang nur etwa ein Dutzend promovierte Forscherinnen gibt (zu Sayn-Wittgenstein 2007, S. 179-181).

In einer phänomenologischen Studie zum Erleben und zur Bedeutung von subjektivem Wohlbefinden in der Schwangerschaft lernten die Autorin und ihre Kolleginnen ein breitgefächertes Panorama von individuellen Erlebnisweisen kennen (Ayerle et al. 2004, 2005), das zugleich die vielfältigen Interaktionen zwischen dem Wohlbefinden der Frauen und ihren Bewältigungsweisen sowie den Unterstützungs- bzw. Vorsorgeleistungen durch Hebammen und Ärztinnen/Ärzten aufzeigte. Das machte neugierig! So ist in dieser empirischen Arbeit

zum einen die psychometrische Erfassung des schwangerschaftsspezifischen subjektiven Wohlbefindens von schwangeren Frauen von Interesse, d.h. ihr Wohlbefinden während und hinsichtlich ihrer Schwangerschaft, und zum anderen ihre schwangerschaftsspezifischen Bewältigungsreaktionen, mit welchen sie ihr Wohlbefinden positiv zu beeinflussen suchen.

Das Besondere und Bedeutende dieser Arbeit ist der ‚affirmative‘ Ansatz: erstens die direkte positive oder salutogenetische Erfassung von Wohlbefinden statt einer indirekten Erfassung durch Konstrukte wie Depression, Sorge oder Angst, die im Sinne eines pathologieorientierten Screenings eingesetzt werden; und zweitens der Nutzen hinsichtlich eines Assessments und Monitorings in der gesundheitsfördernden Begleitung von überwiegend ‚low-risk‘ Schwangeren durch Hebammen und andere Professionelle. Um schwangere Frauen darin zu unterstützen und zu beraten, ihr Wohlbefinden auszuweiten, ihre Ressourcen wahrzunehmen und ihre kompensatorischen Bewältigungsreaktionen zu stärken, muss zuvor der aktuelle Zustand ihres subjektiven Wohlbefindens und situativen Copings standardisiert, objektiv, valide und reliabel erfasst werden. Ein solches Instrument muss – um in der Praxis tauglich zu sein – möglichst ökonomisch, anwendungs- und auswertungsfreundlich und für die Beratung didaktisch relevant aufbereitet sein.

Vor diesem Hintergrund möchte diese Arbeit einen wesentlichen Beitrag zur Professionalisierung der Hebammen in Deutschland leisten und ein valides und reliables Erhebungsinstrument zum Assessment von subjektivem Wohlbefinden und situativem Coping in der Schwangerschaft vorlegen, das sich für die empirische Forschung und evidence-basierte Begleitung (Behrens & Langer 2006) durch Hebammen und andere Professionen eignet. Es ist international und insbesondere im deutschen Sprachraum das erste Instrument, das die Konstrukte ‚Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ affirmativ im Zeitraum der Schwangerschaft erfasst und ein Monitoring von ‚low-risk‘ schwangeren Frauen ermöglicht.

2 Die Schwangerschaft

Die Schwangerschaft ist ein physiologisches, von der Natur vorgesehenes Ereignis im Leben einer Frau, das schwangerschaftstypische und sowohl zeitlich begrenzte Veränderungen als auch permanente Auswirkungen mit sich bringt. Es können emotionale bzw. psychosoziale und körperliche Veränderungen unterschieden werden, die durch die Konzeption eines Kindes in Gang kommen.

2.1 Die Schwangerschaft als individueller emotionaler Entwicklungsprozess, psychosozialer Übergang und Lebensereignis

Durch die Schwangerschaft entstehen neue psychosoziale Beziehungen, wie zwischen der Frau und ihrem Kind oder potenziell zu anderen schwangeren Frauen im Rahmen eines Geburtsvorbereitungskurses. Bestehende Beziehungen, wie diejenige zum Kindsvater bzw. dem Partner/der Partnerin, verändern sich durch die zunehmende Gegenwart des Kindes als dritte Person im intim-persönlichen Austausch von Empfindungen, Wahrnehmungen, Gedanken und Handlungen. Wie nachfolgend dargelegt wird, können je nach Sichtweise die Herausforderungen durch die Schwangerschaft an die psychosoziale Entwicklung der Frau, die Auswirkungen auf ihren sozialen und beruflichen Lebenslauf oder Belastungen durch Stress assoziierte Krisen im Vordergrund stehen.

2.1.1 Die Perspektive der psychologischen Entwicklungstheorien und der Psychoanalyse

Psychologische Entwicklungstheorien beschreiben Entwicklungsphasen typischerweise als Abschnitte oder Prozesse, die sich durch ontogenetische Novität und distinkte, qualitativ unterschiedliche strukturelle Veränderungen sowie verschiedene Grade von Synchronie der Kognition, des Verhaltens und der Fähigkeiten auszeichnen. Die Übergänge zwischen den Entwicklungsphasen können abrupt oder eher graduell erfolgen, wobei erworbene Fähigkeiten in die nächsten Entwicklungsstufen hinübergenommen werden können (Lerner 1997). So beschreibt Gloger-Tippelt (1988) den Übergang zur Elternschaft im Sinne einer vorläufigen Heuristik als eine Sequenz von Entwicklungsphasen. Während der Schwangerschaft sind diese: eine Verunsicherungsphase ca. bis zur 12. SSW, in der die Frau sich für die Schwangerschaft entscheidet und die damit einhergehenden Beschwerden der Frühschwangerschaft akzeptiert; eine Anpassungsphase ca. bis zur 20. SSW, die durch eine Abnahme von Beschwerden und stärkere körperliche Veränderungen gekennzeichnet ist; eine Konkretisierungsphase ca. bis zur 32. SSW, in der sich das Kind durch fühlbare Kindsbewegungen zunehmend als eigenständiges Wesen manifestiert; und eine Antizipations- bzw. Vorbereitungsphase ca. nach

der 32. SSW, in der sich Kognition, Affekt und Verhalten zunehmend auf die bevorstehende Geburt und die zukünftige Mutterrolle fokussieren. Cowan (1991) jedoch kritisiert die Übertragung des Modells von kognitiv-emotionalen Entwicklungsphasen der Kindheit auf das Erwachsenenleben, da Übergänge, wie Heirat, berufliche Karriere oder das Elternwerden, aus seiner Sicht – im Gegensatz zur Kindheit – überwiegend durch willentliche Entscheidungen ausgelöst und mitbestimmt werden.

Aus psychoanalytischer Sicht stellt die Schwangerschaft eine Entwicklungskrise dar, in der unbewusste und ungelöste Konflikte und Entwicklungsphasen reaktiviert werden (Ablon 1994, Bibring & Valenstein 1976). Diese können sich beispielsweise in einer Ambivalenz dem Kind gegenüber und symptomatisch in Schwangerschaftserbrechen äußern oder in einer narzisstisch erlebten Ausweitung des (körperlichen) Ichs (Jarka 1995). Der Schwangeren stellen sich drei Aufgaben: ihr Kind als eigenständiges Objekt zu akzeptieren und zu lieben, so dass die Geburt als Gewinn (und nicht als Verlust) erlebt werden kann; eine neue Rolle als Partnerin und Mutter auszufüllen; und die Beziehung zur eigenen Mutter als Tochter mit gleichwertigem Status neu zu gestalten (Bibring & Valenstein 1976).

2.1.2 Die Perspektive der Lebensübergangsforschung

Die Forschung zu Lebensübergängen (life transition) beleuchtet normative und nicht-normative Veränderungen im Lebensverlauf und deren Auswirkungen auf persönliche und soziale Gegebenheiten. Während normative Lebensübergänge, wie beispielsweise der Übergang ins Erwachsenenleben, als Teil einer Biografie erwartet werden, stellen überraschende oder untypische Ereignisse, wie z.B. eine Teenager-Schwangerschaft, nicht-normative Übergänge dar. Durch Statusübergänge, wie der von der Kinderlosigkeit zur Elternschaft, werden sozialstrukturelle Positionen verändert und neue psychosoziale Zusammenhänge geschaffen, die einen mehr oder weniger krisenhaft erlebten Transformations- und Anpassungsprozess erforderlich machen können, der typischerweise durch Bilanzierungs- und Biografisierungsdynamiken gekennzeichnet ist (Behrens & Voges 1996). Heinz & Behrens (1991) betonen, dass Statuspassagen dem Individuum – neben den implizierten Veränderungen – anderweitige Umorientierungen ermöglichen und erlauben, die dem gesellschaftlichen Wandel entsprechen oder davon abweichen können. Die Familiengründung, die überwiegend kein zweckrationales, sondern traditionales Handeln darstellt, kann Konsequenz frühzeitiger Vorstellungen und Planungen sein, eine von der beruflichen oder persönlichen Entwicklung abhängige bzw. resultierende Entfaltung darstellen oder einen Bruch im Lebenslauf bedeuten (Schaeper & Kühn 2000).

Cowan (1991) argumentiert für ein Konzept des Übergangs, das nicht vorwiegend das ‚Ereignis‘ an sich fokussiert, sondern einen Prozess beschreibt, der einerseits eine Neustrukturierung des psychologischen Selbst und der ‚Welt der Annahmen‘ und Erklärungsversuche sowie der persönlichen Kompetenz umfasst und andererseits eine Veränderung der sozialen Rollenfunktionen und Beziehungen bedeutet. In diesem Sinne beschreiben Frauen ihre Schwangerschaft als einen ‚Übergang zum Unbekannten‘. Lundgren & Wahlberg (1999) fassen deren Erfahrungen im ersten Trimenon im Thema ‚Begegnung mit der eigenen Lebenssituation‘ zusammen; das zweite Trimenon ist durch die ‚Begegnung mit etwas Unausweichlichem‘ gekennzeichnet und das dritte durch die ‚Vorbereitung auf das Unbekannte‘.

Typisch für den Übergang von der Kinderlosigkeit in die Elternschaft ist u. a. die Änderung des Selbst- und Rollenverständnisses, die Aufnahme einer Beziehung zu dem ungeborenen Kind, die emotionale Vorbereitung auf die Geburt, die Neugestaltung der Partnerbeziehung und der Entwicklung einer Triade sowie die Vorbereitung auf das alltäglich-praktische Leben mit dem Kind (Ayerle et al. 2004). McMahon (1995) dokumentiert diesbezüglich ein unterschiedliches Erleben von Frauen, die der Mittel- bzw. Arbeiterschicht zugeordnet werden können: Frauen der Arbeiterschicht sehen ihr Kind als eine Möglichkeit an persönlich zu reifen (vor ihrer weiteren beruflichen Laufbahn), sich als Erwachsene zu erleben und sich durch die Übernahme von Verantwortung für das Kind zu verändern. Frauen der Mittelschicht bewerten ihr Mutter-Werden als persönliche Errungenschaft nach einer befriedigenden Berufskarriere. Sie sind – im Gegensatz zu Ersteren – überrascht davon, wie unvorbereitet sie sind, was ihr Kind in ihrem Leben bedeutet und wie sie sich durch ihr Mutter-Sein verändern.

Nach Gauda (1990) ist die Entwicklung einer Mutteridentität ein wichtiger Teil des Übergangs, wobei der entscheidende Prozess entsprechend ihrer längsschnittlich mehrfach durchgeführten Tiefeninterviews das In-Einklang-Bringen von Kognition und Emotion ist. Während die emotionale Komponente unmittelbar durch die körperliche Erfahrung des Kindes beeinflusst zu werden scheint, hat die Kognition keinen Einfluss auf die Vorstellung von sich selbst als Mutter. Schwangere Frauen reflektieren über die Bedeutung des Übergangs ‚Schwangerschaft‘ für sich selbst, ihre Unsicherheitsgefühle sowie Fragen zur Bewältigung der Gefühle und der Schwangerschaft überhaupt (Affonso & Sheptak 1989). Darüber hinaus denken sie über die neue Lebenssituation nach der Geburt und mögliche Schwierigkeiten rund um die Partnerschaft nach, die sie aber retrospektiv gesehen unterschätzen (Huwiler 1995).

2.1.3 Die Perspektive der Lebensereignis- und Stressforschung

In der Lebensereignisforschung wird die Schwangerschaft als ein ‚kritisches Lebensereignis‘ oder eine ‚normative Krise‘ betrachtet (Bleich 1997, Brüderl 1988, Davies-

Osterkamp 1991, Filipp 1995a, 1995b, Wimmer-Puchinger 1992). Kritische Lebensereignisse werden als ‚positive‘ oder ‚negative‘ raum- und zeitbezogene Ereignisse im Leben einer Person charakterisiert, die die bisherige Homöostase (d. h. Selbstregulation; Peters 2000) im Leben einer Person stören, affektive Reaktionen auslösen und eine Neuorientierung im psychosozialen Erleben und Verhalten erforderlich machen (Filipp 1995a, Schwarzer 2000, S. 22-23). Neben objektiven Parametern, wie das Auftreten der Schwangerschaft innerhalb des gebärfähigen Alters, und dem objektivierten Merkmal, dass sie einen Reifungsprozess darstellt, spielen subjektive Ereignisparameter (Filipp 1995a) hinsichtlich des Schwangerschaftserlebens, wie die Erwünschtheit der Schwangerschaft, die Vorhersehbarkeit, die Wahrnehmung und Bedeutung des Ereignisses für das Individuum, eine große Rolle. Ähnlich der Lebensübergangsforschung, unterscheidet auch die Lebensereignis- und Stressforschung zwischen normativen und nicht-normativen Ereignissen: Wenn eine Schwangerschaft im ‚üblichen‘ Alter bzw. nach der Ausbildung oder einigen Berufsjahren eintritt und wenn sie geplant ist oder als positive Herausforderung erlebt wird, sich selbst weiter zu entwickeln und zu bewähren, kann sie als wenig belastend, ‚normal‘ und somit als ‚nicht-kritisches‘ und weniger stressreiches Lebensereignis empfunden werden (Schwarzer 2000, S. 22). Gleiches gilt, wenn sich körperliche Beschwerden, alltägliche Lebensprobleme, Frustrationen und Konflikte in Grenzen halten.

Dagegen können eine Teenager- oder Hoch-Risiko-Schwangerschaft, starke Schwangerschaftsbeschwerden oder ein mangel- bzw. fehlentwickeltes Kind (bzw. eine diesbezügliche Verdachtsdiagnose) eine non-normative Lebenskrise (Hultsch & Cornelius 1995) mit starken Stressreizen auslösen, der gegenüber die werdende Mutter möglicherweise auf keine ausreichenden Ressourcen als Schutzfaktoren zurückgreifen kann. Filipp (1995b) kritisiert jedoch an der Stressforschung, dass sie Stress durch eine Lebenskrise mehr oder weniger streng getrennt vom Stress durch alltägliche Widrigkeiten (‚daily hassles‘) untersucht, obwohl sich kritische Lebensereignisse aus subjektiver Sicht typischerweise in einer Kumulation von Alltagswidrigkeiten manifestiert.

Antonovsky (1997), der von einem Grundzustand der Heterostase (d.h. Ungleichgewicht) ausgeht, beschreibt im Zusammenhang mit extremen Lebenskrisen die Notwendigkeit eines Kohärenzsинns als protektive globale Orientierung und ein Regulativ, um sich den inneren und äußeren Stress erzeugenden Einflüssen immer wieder zu stellen und Lebenszusammenhänge im Sinne der Salutogenese neu zu organisieren. Die drei Komponenten des Kohärenzsинns, nämlich Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, entsprechen zum Teil den subjektiven Ereignisparametern von Filipp (1995a), die eine kognitive Einschätzung und Bewertung der Lebensereignisse sowie eine emotionale Reaktion auf sie berücksichtigen.

2.1.4 Die feministische Perspektive

In der feministischen Reflexion spielen Aspekte sowohl im Sinne eines Übergangs als auch eines Lebensereignisses eine Rolle, jedoch vor dem Hintergrund frauenrechtlicher Themen, wie Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung über ihren Körper. So wird die Schwangerschaft einerseits als ‚verkörperte Mutwilligkeit‘ oder als Ausdruck ihres transformierenden Selbst gesehen, einschließlich ihrer positiven, negativen und ambivalenten Gefühle (Ruddick 1994). Andererseits wird eine Frau durch ihren schwangeren Körper, dem neuen ‚Sitz des Wissens‘, und den Fötus zur Reflexion und intellektuellen Transformation angeregt. Die Schwangerschaft wird als zeitlich begrenztes, sozial eingebettetes ‚Projekt‘ betrachtet, das durch aktives, rezeptives Warten und durch intrinsische Einsamkeit geprägt ist. Es wird thematisiert, dass sich eine Frau während der Schwangerschaft zum einen der Herausforderung stellt muss, zwischen ihrem Selbst und dem Anderen (Fötus) zu unterscheiden. Zum anderen aber muss sie den körperlichen Kontrollverlust (z.B. auf Grund von Schwangerschaftsveränderungen) bewältigen und eine verantwortliche Kontrolle über Körperfunktionen (wie z.B. Appetit) und Emotionen (wie beispielsweise Angst) ausüben (Ruddick 1994).

2.1.5 Die Perspektive der vorliegenden Arbeit

Für die Erarbeitung eines psychometrischen Instruments zum ‚Subjektiven Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft fußt die vorliegende Arbeit zum einen auf dem Konzept des Übergangs und zum anderen auf dem Verständnis der Schwangerschaft als bedeutendes, wenn nicht kritisches bzw. Stress auslösendes, Lebensereignis bzw. einen Prozess, der Veränderungen auf physischer, kognitiver, affektiver und sozialer Ebene mit sich bringt. Ereignisse während der Schwangerschaft, die sich auf die Umstellung des Körpers, die Entwicklung des Kindes und das psychosoziale Umfeld der Frau beziehen, können möglicherweise insgesamt bzw. in den alltäglichen Erfahrungen zu ihrem Wohlbefinden beitragen oder auch Stress induzierend sein. In beiden Fällen werden von der schwangeren Frau ‚Anpassungsleistungen‘ in kognitiv-affektiven und verhaltensorientierten Prozessen eingefordert.

2.2 Körperbezogene Veränderungen während der Schwangerschaft

Für diese Arbeit werden zwei Aspekte der körperbezogenen Veränderungen als wichtig und relevant erachtet: zum einen die rein physiologischen Prozesse während der Schwangerschaft, die zum Teil für Schwangerschaftsbeschwerden verantwortlich sind, und zum anderen subjektiv wahrnehmbare und für die soziale Umwelt äußerlich erkennbare Veränderungen des Körperbildes bzw. der Körperform.

2.2.1 Physiologie der schwangeren Frau und potenzielle Schwangerschaftsbeschwerden

Der Körper einer Frau passt sich während der Schwangerschaft nicht nur an die Bedürfnisse des heranwachsenden Fötus hinsichtlich seiner Entwicklung und Ernährung an (Bikas et al. 2006), sondern bereitet den Körper zugleich auf die bevorstehende Geburt und postpartale Ernährung des Kindes vor (Höfer 2005a). Körperliche Veränderungen, die typische Schwangerschaftsbeschwerden verursachen können, beziehen sich sowohl auf das innere und äußere Genitale, das Brustgewebe und die Haut als auch auf sämtliche andere Organsysteme (Bikas et al. 2006, Höfer 2005a).

Beginnend in den ersten Wochen der Schwangerschaft und parallel zur Erhöhung des Nährstoff- und Sauerstoffbedarfs des Fötus kommt es auf Grund komplizierter hormoneller Regelkreisläufe zu einer ca. 40%-igen Steigerung des Herzzeitvolumens und ab der 12. SSW zu einer bis zu 40%-igen Zunahme des Blutvolumens sowie zu einer Senkung des peripheren Gefäßwiderstandes (Bikas et al. 2006). Diese Anpassungsreaktionen nimmt die schwangere Frau manchmal mittels Palpationen, einer orthostatischen Hypotonie oder hervortretende, weit gestellte Venen sowie die Bildung von Varizen wahr (Bobak 1993c). Labortechnisch können ein relativer Hämatokrit- und Hämoglobinabfall festgestellt werden (Bikas et al. 2006), der die Müdigkeit der Schwangeren teilweise erklärt. Im Verlauf der Schwangerschaft steigt der Sauerstoffbedarf des mütterlichen und kindlichen Organismus um ca. 25%, das Atemminutenvolumen um mehr als 40% und die alveoläre Ventilation um ca. 70%. Diesbezüglich lassen sich häufig eine Hyperventilation und insbesondere bei körperlicher Belastung Kurzatmigkeit beobachten (Bikas et al. 2006).

Durch hormonelle Aktivität des Trophoblasten in der Frühschwangerschaft und andere ungeklärte Zusammenhänge kommt es häufig zu Übelkeit und Erbrechen (Bikas et al. 2006). Der erhöhte Stoffwechsel erfordert insbesondere während der zweiten Hälfte der Schwangerschaft pro Tag zusätzlich 300 Kilokalorien und äußert sich in gesteigertem Appetit. In der ersten Hälfte der Schwangerschaft imponiert eine erhöhte Insulinempfindlichkeit, die zu einem physiologisch erniedrigten Nüchternblutzucker und somit zu Schwindel- und Schwächegefühlen führen kann. Anstelle der Glucose dient eine erhöhte Lipidkonzentration der Energieverwertung und Fetteinlagerung im Gewebe des mütterlichen Organismus. Die zweite Hälfte der Schwangerschaft ist durch eine zunehmende Resistenz gegenüber Insulin gekennzeichnet, um dem Fötus ausreichend Nährstoffe bereit zu stellen (Bikas et al. 2006). Durch eine erhöhte Nierenausscheidung sinkt der Kalziumspiegel im Blut, was u. a. für Muskelkrämpfe in den Beinen verantwortlich ist (Bikas et al. 2006, Bobak & Starn 1993). Diese und andere Ursachen, wie beispielsweise Kindsbewegungen, Pollakisurie oder Dyspnoe, können für Einschlaf- und Durchschlafstörungen verantwortlich sein (Bobak & Starn 1993).

Weitere Beschwerden in der Schwangerschaft lassen sich durch eine Kombination von hormonell bedingten Organsystemumstellungen und ergonomisch-physikalisch wirksamen Kräften erklären. Gestagene senken die Kontraktilität der glatten Muskulatur, was den Tonus des unteren Ösophagusphinkters und die Darmtätigkeit erniedrigt. Daraus resultieren im Zusammenspiel mit dem wachsenden abdominellen Druck Sodbrennen und Obstipation (Bikas et al. 2006). Eine Auflockerung des Skelett- und Bindegewebsystems begünstigt die bevorstehende Geburt, kann aber auf Grund einer starken Lendenlordose in der Spätschwangerschaft oder eines gelockerten Iliosakralgelenks (Höfer 2005b) sowohl Rückenschmerzen als auch Sensibilitätsstörungen im Schulter-Nacken-Bereich und in den Armen hervorrufen (Bobak 1993a) und zu Striae gravidarum an Bauch, Oberschenkel und Brüsten führen (Höfer 2005a). Durch eine höhere Melaninbildung in der Schwangerschaft werden Brustwarzen und -vorhöfe, die Linea alba und das Genitale verstärkt pigmentiert; bei vielen Frauen bildet sich im Gesicht das Chloasma uterinum (Höfer 2005a).

Das Wachstum der Gebärmutter auf etwa das 100-fache Volumen ist möglich durch Hypertrophie der Muskelzellen, insbesondere im Bereich des Fundus uteri und der Plazentahaftstelle, und durch Vermehrung von Bindegewebe (Bikas et al. 2006). Bereits in der Frühschwangerschaft und im 2. Trimenon fordert die Gebärmutter im kleinen Becken so viel Raum – in der Spätschwangerschaft ist es dann der Kopf des Kindes – dass die Harnblase sich nicht mehr ausreichend füllen kann und eine Pollakisurie die Folge ist (Bikas et al. 2006). Die starke Dehnung der Bänder, die den Uterus stabilisieren, können als Ziehen im Rücken, in der Leistengegend und im Bauch wahrgenommen werden (Bobak 1993c). Der in der Spätschwangerschaft stark vergrößerte Uterus und sein schwerer Inhalt führen häufig über physikalische Kräfte zu einer Stauung des Blutflusses in den Beckenvenen und somit zu Ödemen in den Beinen (Höfer 2005b, Bobak & Starn 1993). Durch Druck des Uterus auf den Magen und eine Höherverlagerung des Zwerchfells können ein ösophagealer Reflux des Mageninhalts und Dypnoe resultieren (Bikas et al. 2006).

2.2.2 Körperwahrnehmung und Körperbild in der Schwangerschaft

Zur Körperwahrnehmung bzw. zum Körperbild von schwangeren Frauen existieren nur rudimentäre Ansätze einer Grundlagenforschung. Deshalb muss auf Sekundärliteratur in Form von literaturgestützten Lehrbüchern und die eigene Studie zum subjektiven Erleben in der Schwangerschaft zurückgegriffen werden.

Veränderungen der Haut, insbesondere im Gesicht, beispielsweise durch Pigmentation, Akne oder Aufgedunsensein, können das Erscheinungsbild einer schwangeren Frau erheblich verändern (Höfer 2005a) und in ihr ein Entfremdungsgefühl auslösen (Ayerle et al. 2004); andere

Frauen, deren Haut sich während der Schwangerschaft bessert, erleben sich dagegen als besonders schön (Ayerle et al. 2004).

Weitere körperliche Veränderungen, wie zum Beispiel die Vergrößerung des Brustgewebes und die Zunahme des Hüft- und Oberschenkelumfangs, ändern typischerweise im zweiten und dritten Trimenon das äußere Erscheinungsbild einer schwangeren Frau und unterstreichen ihre frauliche Figur (Bikas et al. 2006, Höfer 2005a). Am offensichtlichsten aber ist die Zunahme der Körpermitte durch den wachsenden Bauch (bis über 100 Zentimeter Umfang), der zum Ende der Schwangerschaft ein zusätzliches Gewicht von etwa 5,5 bis 8 Kilogramm auf Grund des Kindes, der vergrößerten Gebärmutter, der Plazenta und des Fruchtwassers trägt (Höfer 2005a). Infolge des größeren und wachsenden Bauches und der Verlagerung des Körpermitelpunkts nach vorne, resultiert ein breitbeinigerer Gang (Bobak 1993a).

Die Frau nimmt insgesamt wahr, dass ihr Körper bzw. sie mehr Platz einnimmt (Bobak 1993b) und ihre Körpergrenzen bis zu einem gewissen Punkt zunehmend unklar werden, d.h. sie Schwierigkeiten hat, sich selbst und ihren Körper als ‚eins‘ zu erleben bzw. das Kind von sich abzugrenzen (Bobak 1993c, Fawcett 1978). Jedoch werden insbesondere die wahrgenommenen Kindsbewegungen als Lebenszeichen des ‚Anderen‘ in ihnen erlebt (Ayerle et al. 2004). Durch die Gewichtszunahme, Anpassungsreaktionen des Kreislaufs und Höherverlagerung des Zwerchfells erleben sich schwangere Frauen darüber hinaus als behäbiger, weniger mobil und weniger belastbar wie beispielsweise beim Treppensteigen oder Bücken (Ayerle et al. 2004). Manche Frauen fühlen sich wie ‚Mutter Erde‘, was über ihre Behäbigkeit hinaus auch ihr Bewusstsein reflektiert, körperlich und psychisch für ihr Kind zu sorgen und es zu (er-)nähren (Bobak 1993c, Ayerle et al. 2004).

Die körperlich wahrnehmbaren Bewegungen des Kindes ab Anfang des zweiten Trimenons können die Tatsache, ‚in anderen Umständen‘ zu sein, sehr deutlich besiegeln. Sie werden darüber hinaus sowohl als Zeichen gewertet, dass es dem Kind gut geht, als auch als eine Einladung, in einen inneren Dialog mit dem Kind einzutreten (Ayerle et al. 2004).

3 Subjektives Wohlbefinden und seine Bedeutung in der Schwangerschaft

Bevor auf das aktuelle subjektive Wohlbefinden während der Schwangerschaft eingegangen werden kann, wird zunächst das Konstrukt des subjektiven Wohlbefindens, wie es in den verschiedenen Wissenschaften konzipiert ist, erläutert und anschließend für diese Arbeit definiert. Daran schließen sich psychometrische Aspekte zur Erfassung des Konstrukts an.

3.1 Das Konstrukt ‚Subjektives Wohlbefinden‘

Der Begriff ‚Subjektives Wohlbefinden‘ (SWB) bezeichnet im Gegensatz zu objektiv erfassbaren Zuständen, wie Gesundheit und Wohlstand, ein positives Erleben aus der persönlichen Sicht eines Menschen. Die Wurzeln zum Verständnis dieses Begriffs sind sowohl in der Philosophie, den Sozialwissenschaften und der Psychologie zu suchen, deren Sicht hier skizziert wird.

In der Tradition der Philosophie wird das SWB vor dem Hintergrund des Konzepts ‚Glück‘ reflektiert, das sowohl aus der individuellen und gemeinschaftsbezogenen Befriedigung von wesentlichen Bedürfnissen und Wünschen resultiert als auch aus der Aktualisierung der Möglichkeiten, die durch das Selbst und die Umwelt gegeben sind. Das SWB wäre in diesem Kontext ein Ziel und Ergebnis des menschlichen Lebens (Becker 1994). Cloninger (2004, S. 313-352) beschreibt das SWB darüber hinaus als Qualität des Erlebens, das durch die drei Fakultäten der Psyche ermöglicht und beeinflusst wird: 1. die Erinnerung, die sich aus Gedanken, Informationen und der Weltsicht speist; 2. das Verstehen, das die intuitive Wahrnehmung von Selbst und Umwelt sowie die Einschätzung von Bedürfnissen und deren Befriedigung umfasst; und 3. die Willensfreiheit, die flexible adaptive Reaktionen ermöglicht, die Kohärenz herstellen, jedoch von früheren Bedingungen unabhängig sind. Basierend auf der Sicht Heideggers kann ‚Wohlbefinden‘ als Teil des Da-Seins-mit, des Ganz-Seins und Authentisch-Seins betrachtet werden. Es besteht nicht unabhängig von Lebensereignissen und -zusammenhängen und ist verflochten mit dem Involviertsein des Subjekts mit den Menschen, der Natur, den Gegenständen der (Um-)Welt und seinem täglichen Leben (Sarvimäki 2006).

Die Wohlbefindensforschung in den Sozialwissenschaften bezieht sich auf die Wohlfahrt von Bevölkerungsgruppen, die überwiegend objektive Indikatoren, wie Einkommen, Wohnsituation, Freizeitgestaltung oder Gesundheit, heranzieht, aber auch zunehmend die Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, das Glück und das SWB berücksichtigt. Dabei werden diese Begriffe mehr oder weniger explizit synonym verwendet oder unterschiedlich definiert, wie an zwei

Beispielen demonstriert werden soll. Zapf (1984) zum Beispiel schlägt vier graduell unterschiedliche Wohlfahrtspositionen oder ‚Typen der Lebensqualität‘ vor, deren positivste das ‚well-being‘ ist, das gutes SWB und gute objektive Lebensbedingungen umfasst. Adaptation liegt nach Zapf vor, wenn ungeachtet schlechter Lebensbedingungen ein gutes SWB möglich ist; Dissonanz bei einem schlechten SWB trotz guter Lebensumstände; und Deprivation bei einem schlechten SWB angesichts schlechter objektiver Lebensbedingungen.

In Veenhovens Taxonomie der Lebensqualität (2001) wird das SWB dagegen unabhängig von äußeren Gegebenheiten als ‚Innere Qualität‘ und als ‚Outcome‘ (‚Life Results‘; ‚Life Chances‘) konzipiert. Das SWB wird maßgeblich durch die ‚Wertschätzende Lebenswahrnehmung‘ einer Person repräsentiert (‚Inner Quality‘ und ‚Life Results‘) und teilweise durch die ‚Lebensfähigkeit einer Person‘ (‚Inner Quality‘ und ‚Life Chances‘) ergänzt (S. 6).

Bezüglich der Lebensqualität wird das Phänomen des ‚Zufriedenheits- oder Wohlbefindensparadox‘ beobachtet, d.h. dass sich positive oder negative Veränderungen in der eigenen Lebenssituation oder Lebensqualität nur geringfügig in subjektiven Messwerten widerspiegeln, solange existentielle Mindestanforderungen erfüllt werden. Selbst dann, wenn alle Grundbedürfnisse gedeckt sind und die Lebenssituation von optimalen Voraussetzungen gekennzeichnet ist, werden keine Höchstwerte erzielt (vgl. Diener & Diener 1996, Herschbach 2002, Staudinger 2000).

Auch in der Emotionsforschung der Psychologie, die sich dem subjektiven Befinden explizit widmet, gibt es keine einheitliche Klassifizierung. Subjektives Wohlbefinden wird als überwiegend emotionales Konstrukt beschrieben, das ‚Gefühle‘, ‚Emotionen‘, ‚Affekte‘, ‚Stimmungen‘, aber auch kognitive Anteile beinhalten kann (Becker 1994). Das Peters Lexikon (2000) definiert ‚Gefühle‘ als Grundbefindlichkeit des Erlebens, die nicht auf anderes zurückführbar ist, ‚Emotion‘ als Gemütsbewegung und ‚Affekt‘ als eine heftige Gefühlswallung (wie beispielsweise Freude), die meist von körperlich-vegetativen Symptomen begleitet ist. Die ‚Stimmung‘, wie z.B. Traurigkeit, ist im Gegensatz zum ‚Affekt‘ durch einen länger andauernden Gefühlszustand gekennzeichnet, ‚durch den alle übrigen Erlebnisinhalte eine besondere Färbung erfahren‘ (S. 534). Im Englischen werden die Begriffe ‚feeling‘, ‚affect‘ und ‚emotion‘ mehr oder weniger identisch verwendet, wobei laut Webster’s New World Dictionary (Agnes & Agnes 2003) ‚affect‘ eher ‚an emotion or feeling attached to an idea, object, etc.‘ meint (S. 22), während ‚emotion‘ ein starkes Gefühl oder ‚arousal of feelings‘ bezeichnet (S. 445).

Schwarz (1987) betrachtet in seiner Arbeit den deutschen Begriff ‚Emotion‘ und den englischen Begriff ‚affect‘ als synonym und verwendet sie als ‚Sammelbegriff für innere Zustände von Stimmungen über Gefühle bis hin zu starken Affekten‘ (S. 1), wie sie von Peters (2000) als ‚Affektivität‘ bezeichnet werden (S. 10). ‚Stimmung‘ ist in der Konzeption von Schwarz

(1987) eine Form der Emotion; sie ist eher ‚atmosphärisch diffus‘, nicht auf ein bestimmtes Objekt gerichtet und von geringer Intensität. Stimmungen beziehen sich laut Schwarz (1987) auf eine ‚momentane, subjektiv erfahrene Befindlichkeit‘ zwischen den Polen Wohlsein und Unwohlsein (S. 2). Ciompi (1997) dagegen beschreibt die Begriffe ‚Emotion‘ und ‚Stimmung‘ als klarer von einander abgegrenzt. ‚Emotionen‘ sind aus seiner Sicht Gemütsbewegungen, die mehr die energetische und motivationale Seite betonen und kurzfristig von einem Affekt zum anderen wechseln können. Unter ‚Stimmung‘ versteht er dagegen eine lang andauernde psychosomatische Befindlichkeit (S. 68).

Wegen seiner Ungenauigkeit, wird in dieser Arbeit von dem Begriff ‚Gefühl‘ ganz abgesehen. Da diese Arbeit darüber hinaus das *aktuelle* SWB (also nicht eine über längere Zeit anhaltende Stimmung) fokussiert, werden die Begriffe ‚Emotion‘ und ‚Affekt‘ (im Sinne des englischen ‚affect‘) herangezogen und synonym gebraucht. Dabei orientiert sich ihre Definition an derjenigen zum ‚Affekt‘, den Ciompi als ‚eine von inneren oder äußeren Reizen ausgelöste, ganzheitliche psycho-physische Gestimmtheit von unterschiedlicher Qualität, Dauer und Bewusstseinsnähe‘ beschreibt (S. 67), bei der sich keine definitive Abgrenzung des psychischen bzw. physischen Geschehens vornehmen lässt.

In den Gesundheitswissenschaften kommen die Begriffe der ‚Subjektiven Gesundheit‘ (Vogt 1998) und ‚Seelischen Gesundheit‘ (Becker 2001) dem Konzept des Wohlbefindens am nächsten. Ersterer spielt zum einen im salutogenetischen Modell von Antonovsky (1997) im Kontext des subjektiv erlebten Kohärenzgefühls eine zentrale Rolle. Zum anderen stellt der subjektive Gesundheitsgewinn das Ziel vielfältiger Ansätze der Gesundheitsförderung dar. Darüber hinaus widmen sich die Gesundheitswissenschaften der physischen Gesundheit, die jedoch nicht mit ‚Körperlichem Wohlbefinden‘ gleichgesetzt werden kann, da selbst bei Krankheit körperliches Wohlfühl erlebbar ist (Frank 1994, S. 72). Sowohl psychisch als auch physisch orientierten Gesundheitsstudien ist zu eigen, dass eine strenge Abgrenzung zwischen psychischem und physischem Wohlbefinden auf Grund der ‚psychosomatischen‘ Wirkung von Hormonen (beispielsweise der Endorphine) und anderen neurochemischen Prozessen nur schwer vorgenommen werden kann (Frank 1994, S. 73-74).

Nahe liegende, aber deutlich abweichende Begriffe wie ‚Fitness‘ und ‚Wellness‘ werden in der Literatur wenig von ‚Körperlichem Wohlbefinden‘ abgegrenzt. ‚Fitness‘ bezieht sich auf die Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit des physischen Bewegungsapparates und ist überwiegend Gegenstand der Sportwissenschaften, die u. a. deren Auswirkungen auf das emotionale SWB untersuchen (Abele & Becker 1994, S. 279-296), während ‚Wellness‘ sich meist im Bereich der Heilkunde- und Populärliteratur findet.

In dieser Arbeit wird der Begriff ‚Subjektives Wohlbefinden‘ als Konstrukt verstanden, das einerseits durch eine emotionale Befindlichkeit bzw. überwiegend positive Affekte charakterisiert ist (‚Affektives Wohlbefinden‘) und andererseits die Dimension des ‚Körperlichen Wohlbefindens‘ beinhaltet, das jedoch von der ‚Subjektiven Gesundheit‘ zu differenzieren ist.

3.2 Psychometrische Konzeptionen des ‚Subjektiven Wohlbefindens‘

Um ein Konstrukt valide psychometrisch zu erfassen, muss das Konstrukt genau beschrieben und inhaltlich analysiert werden (Nunnally & Bernstein 1994, S. 83-113). Im Folgenden werden für das ‚Subjektive Wohlbefinden‘ zunächst unabhängig von der Zeit der Schwangerschaft verschiedene psychometrische Konzeptionen des ‚Affektiven‘ und ‚Körperlichen Wohlbefindens‘ sowie ihre ‚state‘- und ‚trait‘-Eigenschaften diskutiert.

3.2.1 Subjektives ‚Affektives Wohlbefinden‘

Sehr früh schon haben Bradburn (1969) und später Watson et al. (1988) das SWB als Balance bzw. Differenz zwischen den beiden relativ unabhängigen Dimensionen ‚Positiver Affekt‘ und ‚Negativer Affekt‘ formuliert, wonach gutes SWB bzw. Glück/Glücklichsein durch einen überwiegenden positiven Affekt gekennzeichnet ist (Myers & Diener 1995). Russell & Carroll (1999) widersprechen dieser Auffassung und postulieren eine bipolare Dimension des SWB mit den Polen ‚Wohlbefinden‘ versus ‚Missbefinden‘ oder ‚gehobene‘ versus ‚gedrückte Stimmung‘ (Becker 1988, 2001, Eid et al. 1994). Tellegen et al. (1999) gehen von einem dreidimensionalen hierarchischen Konstrukt aus, auf dessen höchster Ebene die bipolare Dimension ‚Glücklichsein-versus-Unglücklichsein‘ angesiedelt ist, während auf der mittleren Ebene sich die relativ unabhängigen Dimensionen ‚Positive‘ und ‚Negative Aktiviertheit‘ befinden. Die Basis wird durch unterschiedliche spezifische Emotionen repräsentiert.

Andere Forscher haben diese inkongruenten Konzeptionen von SWB weiter differenziert. Nach Diener et al. (1985a) werden die beiden von einander unabhängigen emotionalen Komponenten des SWB durch eine kognitive Komponente, die Lebenszufriedenheit, ergänzt, die reflexiv eine Bewertung der subjektiven Befindlichkeit bzgl. eines vergangenen Lebensabschnitts vornimmt. Becker (1982) betrachtet das SWB als Teil des übergeordneten Begriffs ‚Seelische Gesundheit‘ und entwirft auf Grund seiner Untersuchungen ein integratives, räumliches Strukturmodell der emotionalen Befindlichkeit, das sich aus den Faktoren ‚Positive versus negative Stimmung‘, ‚Aktiviertheit‘ und ‚Hohes versus niedriges Erregungsniveau‘ zusammensetzt. Allerdings räumt er ein, dass die Unterscheidung zwischen ‚Aktiviertheit‘ und ‚Erregbarkeit‘ schwierig und teilweise spekulativ sei (Becker 2001, S. 532).

Becker (1986, 1994) schlägt vor, das SWB nicht nur bzgl. einer aktuellen und habituellen Komponente zu unterscheiden, sondern die psychisch-affektive Komponente mit einer körperlichen zu ergänzen, die sich zwar wesentlich unterscheidet, ihr aber auch in einigen Aspekten entspricht. Körperliches Wohlbefinden ist jedoch nicht mit physischer Gesundheit gleichzusetzen, da die subjektive Erlebnisqualität nicht mit der Funktionstüchtigkeit des Körpers identisch ist oder zwingend durch Einschränkungen (wie z.B. Krankheit, Behinderung) negativ beeinflusst wird (Argyle 2001, Ayerle 2004, Frank 1994).

Ein dreidimensionales Modell wird von Abele & Brehm (1989) vorgeschlagen, das zwischen dem psychischen, körperlichen und sozialen Wohlbefinden unterscheidet. Letzteres umfasst Emotionen, wie ‚sich geliebt fühlen‘ oder ‚sich gebraucht fühlen‘. Mayring (1994) dagegen benennt vier Faktoren des Wohlbefindens: Belastungsfreiheit bzw. Abwesenheit von subjektiven Belastungen, Symptomen und negativen Gefühlen; Freude, die ein Erleben kurzfristiger positiver Gefühle im Alltag bezeichnet; Zufriedenheit, welche ein kognitives Abwägen positiver und negativer Lebensaspekte (habituelle Komponente) darstellt; sowie Glück, das ein längerfristiges positives Lebensgefühl meint. Ryff (1989), die Kritik daran übt, dass die Konzeptionen von ‚Wohlbefinden‘ wenig theoriegeleitet seien, zeigt anhand der Kernaussagen von Theorien zur psychischen Funktion eine gänzlich andere Perspektive auf. Sie operationalisiert das SWB als mehrdimensionales Konstrukt aus den Dimensionen Selbstakzeptanz, positive soziale Beziehungen, Autonomie, Kompetenz bzgl. der Umwelt, Sinn im Leben und persönliches Wachstum. Hier liegt jedoch der Einwand nahe, dass es sich nicht um Dimensionen des Konstrukts ‚Subjektives Wohlbefinden‘ handelt, sondern um eigenständige Konzepte bzw. Faktoren, die mit dem SWB korrelieren.

3.2.2 Aktuelles versus habituelles affektives Wohlbefinden

Das aktuelle ‚Affektive Wohlbefinden‘, das in dieser Arbeit thematisiert wird, kann vom habituellen SWB hinsichtlich seines zeitlichen Andauerns von Befindenswahrnehmungen unterschieden werden (Becker 1994, Dalbert 1992, Sölva et al. 1995). Während das habituelle SWB (‚trait‘) einen Durchschnitt der aggregierten emotionalen Erfahrungen über einen Zeitraum von mehreren Wochen oder länger darstellt, erfasst das aktuelle SWB (‚state‘) das momentane Erleben einer Person. Während die Messungen der ‚trait‘-Komponente von Affekten erwartungsgemäß stabil bleiben, ist die ‚state‘-Komponente veränderungssensitiv (Diener & Emmons 1984). So eignet sich der Indikator ‚habituelles SWB‘ eher (aber nicht ausschließlich) für Querschnittstudien, während sich die Erfassung des aktuellen SWB für Längsschnittstudien anbietet. Generell kann gesagt werden, dass Fragen zum momentanen oder zeitpunktbezogenen SWB einfacher zu beantworten sind, als Fragen nach dem habituellen SWB (Schwarz & Strack 1999), bei welchem die Frage auftaucht, ob z.B. der überwie-

gende Affekt oder die Intensität als durchschnittlicher positiver oder negativer Affekt pro Tag gemeint ist (Diener et al. 1985b).

Sowohl beim aktuellen als auch habituellen SWB sind Vergleiche von Forschungsergebnissen oft dadurch limitiert, dass unterschiedlich große Zeitfenster in den Testinstruktionen angegeben werden (Diener & Emmons 1984). Es ist davon auszugehen, dass Korrelation zwischen dem veränderungssensitiven *aktuellen* ‚Affektiven Wohlbefinden‘ und Persönlichkeitseigenschaften, soziodemografischen Merkmalen, sozialen Beziehungen bzw. objektiven Indikatoren (wie Wohlfahrt, Gesundheit, Lebensereignisse) geringer ausfallen als zwischen diesen und dem *habituellen* emotionalen SWB (Diener 1984).

3.2.3 Subjektives ‚Körperliches Wohlbefinden‘

Im Vergleich zum affektiven Wohlbefinden ist das subjektive ‚Körperliche Wohlbefinden‘ in wesentlich geringerem Umfang erforscht. Seine Konzeptionen reichen von der Wahrnehmung von Körper- und Sinnesreizen (Gosztonyi 1972) bis hin zur Bewertung des eigenen Körpers (Mrazek 1983). Eine strikte Trennung von physischem von psychischem Wohlbefinden scheint unmöglich, da beide auf physiologischen und neurochemischen Prozessen im zentralen und peripheren Nervensystem beruhen und sich wechselseitig beeinflussen (Frank 1994). Dies spiegelt sich in der Operationalisierung von Grunddimensionen, wie z.B. ‚Zufriedenheit mit dem Körperzustand‘, ‚Ruhe/Muße‘, ‚Vitalität/Lebensfreude‘, ‚Genussfreude/Lustempfinden‘ oder ‚Belastbarkeit‘, wider. Sie erfassen das körperliche Wohlbefinden global als aktuellen oder habituellen Zustand (Frank 1994, Schumacher et al. 2003). Andere Maße fragen gezielt körperliche Beschwerden ab oder beziehen sich auf Aspekte des Gesundheits, wobei lediglich eine mäßige Übereinstimmung von objektiven Gesundheitskriterien mit ‚Körperlichem Wohlbefinden‘ vorliegt, das durch subjektive Attributionen gekennzeichnet ist (Argyle 1987, Bullinger & Kirchberger 1998, Frank 1994). Auch hier greift das ‚Zufriedenheits- oder Wohlbefindensparadox‘ dahingehend, dass gesundheitlich eingeschränkte Personen nicht in dem Maße niedrige Wohlbefindenswerte angeben, wie es von Außenstehenden zu erwarten wäre (Herschbach 2002, Staudinger 2000).

Körperliches Wohlbefinden kann sich als begleitender Zustand einer Aktivität, z.B. während des Sports – ähnlich einem flow-Zustand – oder nach körperlicher Anstrengung einstellen. Weitere Bedingungen oder Auslöse-Ereignisse können beispielsweise die Partnerschaft, Geselligkeit, Konsumgenuss, Freizeit und intellektuelle oder körperbezogene Aktivitäten (Frank 1994) sowie Attraktivität fördernde Maßnahmen mittels Kosmetika und Schmuck sein (Diener et al. 1995). Inwieweit sich die Konstrukte ‚Körperliches Wohlbefinden‘ und ‚Körperliche Attraktivität‘ überschneiden, scheint bisher nicht erforscht zu sein, jedoch gibt es Hinweise,

dass die subjektiv empfundene körperliche Attraktivität bei nicht schwangeren Individuen sowohl mit ihrer objektiven Attraktivität als auch ihrem subjektiven emotionalen Wohlbefinden schwach, aber hoch signifikant korreliert (Diener et al. 1995). Im Falle einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper fällt durch einen sozialen Vergleich mit dem körperlichen (attraktiven) Erscheinungsbild anderer Frauen die subjektive Bewertung des eigenen Körpers signifikant negativer aus (Trampe et al. 2007)

3.3 Das aktuelle ‚Subjektive Wohlbefinden und seine psychometrische Erfassung hinsichtlich der Schwangerschaft

Mit dem Fokus auf die Schwangerschaft soll nachfolgend nicht nur eruiert werden, wie das aktuelle ‚Subjektive Wohlbefinden‘ während und hinsichtlich der Schwangerschaft in bisherigen Studien operationalisiert und erfasst wurde, sondern auch berichtet werden, welche Ergebnisse diese Untersuchungen gezeitigt haben. Dabei wird das aktuelle ‚Affektive Wohlbefinden‘ getrennt vom aktuellen ‚Körperlichen Wohlbefinden‘ erläutert.

3.3.1 Aktuelles ‚Affektives Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft

Bei einer Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE¹, PsycINFO² und CINAHL² im Dezember 2007 zu den Suchbegriffen ‚well-being/feeling well/emotional/affective/psychological‘ und ‚pregnancy/pregnant/expectant/expecting‘ (im Titel/Abstract), finden sich insgesamt 286 Artikel. Es wurden nur solche Studien herangezogen, die das affektive Wohlbefinden von schwangeren Frauen affirmativ (entsprechend der obigen Konstruktdefinitionen) untersuchten (siehe Tabelle 3.3-1). Somit wurden alle Studien ausgeschlossen, die keine relevanten Themen untersuchten, wie z.B. das soziale Umfeld, besondere Risikosituationen (z. B. HIV, Hyperemesis gravidarum, Frühgeburt) oder Eigenschaften des Partners der Schwangeren, sowie ausschließlich einen negativen Affekt bzw. psychiatrische Symptome (Angst/Depression) erhoben. Während Arbeiten, die mit Hilfe des heterogenen Psychological General Well-Being Index eine psychische Befindenskomponente beinhalten, berücksichtigt wurden, wurden solche, die z.B. den General Health Index/Health Index einsetzten, bei dem das emotionale SWB nur eine geringe Rolle spielt, nicht einbezogen. Es verblieben zehn Arbeiten, die sich im engeren Sinne auf das ‚Affektive Wohlbefinden‘ (im affirmativen Sinn)

¹ Mit den Einschränkungen: Humans, Female, Clinical Trial, Meta-Analysis, Review, Classical Article, Comparative Study, Controlled Clinical Trial, Evaluation Studies, Validation Studies, Core clinical journals, Nursing journals, Adolescent: 13-18 years, Adult: 19-44 years, 1988-2007.

² Mit den Einschränkungen: Female, Adolescence, Adulthood, Journal-Article, Dissertation-Abstract, Electronic-Collection, Journal, Peer-reviewed Journal, Peer-reviewed status unknown, 1988-2007.

während der Schwangerschaft beziehen. Davon konnten jedoch zwei qualitative Studien zum Wohlbefinden von jugendlichen Schwangeren auf Grund der spanischen bzw. portugiesischen Sprache sowie ein Artikel wegen seiner mangelhaften methodischen Qualität bzw. unzureichenden Dokumentation (Drake et al. 1988) nicht näher berücksichtigt werden. Bei einer ergänzenden Suche u. a. in der Datenbank MIDIRS (Internationale Fachdatenbank für Hebammen) und in den drei deutschen Hebammenzeitschriften wurden drei weitere relevante, primäre Veröffentlichungen im Zeitraum 1988 bis 2007 gefunden.

Tabelle 3.3-1: Studien, die das affektive Wohlbefinden von schwangeren Frauen affirmativ untersuchen

Autorinnen/ Autoren	hermeneutisch-interpretativ	quantitativ	Instrument zum affektiven SWB
Ayerle et al. 2004	X		
Bleich (1996)		X	Bradburn Affect Balance Scale
Côté-Arsenault (2007)		X	Multiple Affect Adjective Checklist-Revised
Durkin et al. (2001)		X	PANAS
Giurgescu et al. (2006)			Psychological General Well-Being Index
Hatmaker und Kemp (1998)		X	PANAS
Hjelmstedt et al. 2003	X		
Kleiverda et al. (1990)		X	Bradburn Affect Balance Scale
Robb et al. (2005)	(X)		
Wimmer-Puchinger (1992)		X	?
Zachariah (1994, 1996)		X	Psychological General Well-Being Index

1. Zur Erfassung des subjektiven emotionalen Wohlbefindens werden in den Studien verschiedene Instrumente eingesetzt. Hatmaker und Kemp (1998) und Durkin et al. (2001) nutzen beispielsweise die ‚Positive and Negative Affect Schedule‘ (PANAS) von Watson, Clark und Tellegen (1988), während Giurgescu et al. (2006) und Zachariah (1994, 1996) den heterogenen ‚Psychological General Well-Being Index‘ von DuPuy (1984) verwenden, der neben Items zu Wohlbefinden auch solche zu Angst, Depression und Gesundheit enthalten. Darüber hinaus setzt Côté-Arsenault (2007) die ‚Multiple Affect Adjective Checklist-Revised‘ von Lubin & Zuckerman (1999) ein. Kleiverda et al. (1990) sowie Bleich (1996) verwenden die Bradburn Affect Balance Scale (ABS) von Bradburn (1969), letztere in einer deutschen Fassung nach Badura et al. (1985). Kleiverda et al. (1990) konnten jedoch die Unabhängigkeit der ‚Positiven und Negativen Affektskala‘ bei ihrer schwangeren Klientel nicht nachweisen. Wimmer-Puchinger (1992) macht keinerlei Angaben zur Verwendung von standardisierten Instrumenten.

Neben diesen quantitativen Verfahren explorieren zwei hermeneutisch-interpretative Arbeiten das Erleben und die Bedeutung von subjektivem Wohlbefinden in der Schwangerschaft (Ayerle et al. 2004, Hjelmstedt et al. 2003). Robb et al. (2005) befragen als Teil ihrer Studie jüngere und ältere Schwangere mit einer schriftlichen offenen Frage zu ihren Gefühlen bzgl. der Schwangerschaft.

2. Die oben benannten Studien kommen zu den folgenden Ergebnissen: Durkin et al. (2001) untersuchten in einer Gelegenheitsstichprobe von 327 Paaren mittels explorativer und konfirmatorischer Faktorenanalyse die Merkmale des psychosozialen Erlebens ihrer ersten Schwangerschaft. Neben der Partnerbeziehung, der sozialen Unterstützung und der Qualität der Kindheitsbeziehungen stellte die ‚Psychologische Funktion‘ den größten Faktor dar, der überwiegend negative Affektskalen, aber auch eine positive Affektskala in umgekehrter Valenz umfasst, und knapp 27% der Varianz ausmacht. In ‚Persönlichen Gesprächen‘ berichten die 24 schwangeren Frauen über sehr unterschiedliche Erfahrungen bzgl. ihres subjektiven Wohlbefindens (Ayerle et al. 2004), wie freudige Emotionen ihrem Kind gegenüber, angenehm und lustvoll erlebte Veränderungen ihres Körpers, positive Erfahrungen in ihrem sozialen Umfeld, aber auch Sorgen über den weiteren Schwangerschaftsverlauf und ambivalente Regungen bzgl. der bevorstehenden Geburt.

Etwa zwei Fünftel der 54 von Robb et al. (2005) randomisiert ausgewählten Schwangeren beschreiben ihre Gefühle bzgl. ihrer Schwangerschaft als ‚erfreut‘ oder ‚übergücklich‘, knapp ein Drittel äußert sich besorgt über mögliche Risiken oder die bevorstehenden Wehen und die anderen geben eher ambivalente oder negative Gefühle an. Etwa 2/3 der knapp 600 konsekutiv selektierten Frauen freuen sich spontan über ihre Schwangerschaft, während 23% kürzer oder länger an einen Schwangerschaftsabbruch denken (Wimmer-Puchinger 1992). Insgesamt machen sich im 2. Trimenon nur 5% und im 3. Trimenon etwas über 10% der Frauen Sorgen bzgl. des Verlaufs und Ausgangs ihrer Schwangerschaft (Wimmer-Puchinger 1992). Jedoch beschäftigen sich viele Frauen stark oder sehr stark mit Gedanken, ob ihr Kind gesund sein wird (90%), ob sie eine gute Mutter sein werden (44%), wie sich der Partner als Vater verhalten wird (36%) und über die zusätzliche große Verantwortung durch das Kind (34%) (Wimmer-Puchinger 1992). Insbesondere sind den ca. 50 Schwangeren nach in-vitro Fertilisation mögliche Gesundheitsrisiken äußerst bewusst, sodass sie sich nicht allzu sehr freuen können, obwohl sie sehr glücklich über die Schwangerschaft sind (Hjelmstedt et al. 2003).

Im prospektiven und ergänzenden retrospektiven Vergleich von 105 Ersteltern und 51 kinderlosen Kontrollpaaren fühlen sich die Frauen der Erstelterngruppe insgesamt stärker psychisch belastet. In der späteren Phase der Schwangerschaft berichten sie über höhere Belastungen ihrer Paarbeziehung, jedoch nicht von geringerem Wohlbefinden oder höherer psychischer Belastung (Bleich 1996). In gleicher Weise stellen Kleiverda et al. (1990) bei 170 erstmals Schwangeren mittels eines prospektiven, zweizeitigen Designs sowohl ein insgesamt positives SWB als auch positive Korrelationen zwischen dem SWB (‚positiv‘/‚negativ‘) und dem Selbstwertgefühl (‚hoch‘/‚niedrig‘), der Partnerbeziehung (‚positiv‘/‚negativ‘) und Zufrieden-

heit mit der Erwerbstätigkeit (,hoch'/,niedrig') fest. Das SWB korreliert allerdings nicht mit schwangerschaftsbedingten physischen Variablen, außer mit Müdigkeit, die einerseits eine physiologische Begleiterscheinung der Schwangerschaft ist, andererseits aber häufig als Teil einer depressiven Symptomatik erfasst wird. Schlussfolgernd weisen Kleiverda et al. (1990) darauf hin, dass diesbezüglich eine sorgfältige Überprüfung von Instrumenten zur Erfassung von SWB in der Schwangerschaft notwendig ist.

In zwei querschnittlichen Korrelationsstudien einschließlich Pfadanalysen mit 105 nicht randomisierten Risikoschwangeren (Giurgescu et al. 2006) bzw. 70 nicht randomisierten Schwangeren mit einem früheren Schwangerschaftsverlust (Côté-Arsenault 2007) berichten 46% der Schwangeren von positivem SWB, während die anderen mäßigen oder starken negativen Stress angeben (Giurgescu et al. 2006). Côté-Arsenault (2007) stellt eine signifikante Beziehung zwischen ,Positivem' bzw. ,Negativem Affekt' und ,Besorgnis bzgl. des Schwangerschaftsverlaufs' fest. Positives affektives SWB korreliert positiv mit ,Sozialer Unterstützung' und der Bewältigungsform ,Positive Interpretation', aber negativ mit ,Unsicherheit' und der Copingreaktion ,Vermeidung' (Giurgescu et al. 2006). Aus der Perspektive der Bewältigung lässt sich ,Negativer Affekt' durch ,Emotionsfokussiertes Coping' vorhersagen, jedoch werden weder ,Positiver' noch ,Negativer Affekt' durch das ,Problemorientierte Coping' bedingt (Côté-Arsenault 2007). Zwischen dem Gestationsalter und dem SWB besteht keine signifikante Beziehung (Côté-Arsenault 2007, Giurgescu et al. 2006), jedoch berichten Frauen, die jünger und weniger Schulbildung haben, über ein geringeres SWB (Giurgescu et al. 2006).

Hatmaker & Kemp (1998) jedoch stellen bei einer zweizeitig angelegten Studie mit nicht randomisierten 82 bzw. 61 Schwangeren mit geringem bzw. hohem Risiko fest, dass sich der ,Positive Affekt' bei beiden Gruppen von t1 zu t2 verbessert, während der ,Negative Affekt' nur bei Risikoschwangeren eine Abschwächung erfährt. Zu beiden Zeiten besteht eine signifikante negative Beziehung zwischen der Stärke der subjektiv empfundenen Bedrohung durch Risiken und dem ,Positiven Affekt' sowie eine signifikante positive Beziehung ersterer zum ,Negativen Affekt'. In den beiden nicht randomisierten Querschnittsstudien mit 115 bzw. 118 Schwangeren von Zachariah (1994, 1996) besteht eine signifikante positive Beziehung zwischen der Mutter-Tochter-Beziehung bzw. der Qualität der Partnerschaft und dem ,Psychologischen Wohlbefinden'. Außerdem sind Lebensstress, emotionale Unterstützung und Anzahl der Netzwerkpersonen signifikante Prädiktoren (Zachariah 1996).

3. Insgesamt kann kritisch festgestellt werden, dass sich überraschend wenige Studien mit dem affirmativen SWB bzw. ,Positiven Affekt' befassen. Im überwiegenden Teil der Studien werden Instrumente zum Screening hinsichtlich eines pathologischen psychischen Befindens

bzw. eines ‚Negativen Affekts‘ verwendet. Bis auf die ‚Bradburn Affect Balance Scale‘ in der Studie von Kleiverda et al. (1990) wurden die verwendeten Instrumente nicht auf ihre Validität und Reliabilität während der Schwangerschaft getestet. Außerdem schränkt die begrenzte methodische Qualität der Studien die Aussagekraft deren Ergebnisse beträchtlich ein. Eine Reihe von Studien kann keine randomisierten Stichproben aufweisen (Côté-Arsenault 2007, Hatmaker & Kemp 1998, Giurgescu et al. 2006, Zachariah 1994, 1996), macht keine Aussage über die Rekrutierung der Teilnehmerinnen (Kleiverda et al. 1990) oder hat zu kleine Stichproben für quantitative Auswertungen (Côté-Arsenault 2007, Hatmaker & Kemp 1998, Robb et al. 2005) bzw. einen hohen Drop-out (Wimmer-Puchinger 1992). In anderen Studien befindet sich fast ein Drittel der Schwangeren bereits in der 34. SSW (Giurgescu et al. 2006) oder bestehen die Stichproben vornehmlich aus Teilnehmerinnen der mittleren und höheren Mittelschicht, die überwiegend hoch gebildet sind (Hatmaker & Kemp 1998, Kleiverda et al. 1990, Zachariah 1994, 1996).

3.3.2 *Aktuelles ‚Körperliches Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft*

Zum aktuellen ‚Körperlichen Wohlbefinden‘ während der Schwangerschaft finden sich bei einer Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE³, PsycINFO⁴ und CINAHL⁵ im Dezember 2007 unter den Suchbegriffen ‚physical/body/somatic‘, ‚well-being/feeling‘ und ‚pregnancy/pregnant/expectant/expecting‘ (im Titel/Abstract) insgesamt 235 Studien. Studien, die sich z.B. auf sportliche Aktivitäten, den ‚body mass index‘, körperliche Gewalt oder spezifische Pathologien (z.B. Frühgeburt, Symphysenlockerung) beziehen, werden ausgeschlossen. Ebenso bleiben Studien unberücksichtigt, die eine psychiatrische Somatisierung abbilden (z.B. Hopkins/Derogatis Symptom Checklist); jedoch werden Studien mit Instrumenten, die eine klare körperbezogene Subskala aufweisen (z.B. SF-36) beibehalten. Somit resultieren siebzehn Arbeiten. Zwei Artikel davon können auf Grund der italienischen bzw. portugiesischen Veröffentlichung inhaltlich nicht herangezogen werden; ein Artikel wird wegen seiner methodisch äußerst mangelhaften Qualität ausgeschlossen (Drake et al. 1988). Weitere sechs relevante Studien werden für den gleichen Zeitraum durch eine Recherche in MIDIRS und in den drei deutschen Hebammenzeitschriften gefunden. Darüber hinaus werden auf Grund ihrer Relevanz die Studien von Huwiler (1995) und Wimmer-Puchinger (1992) berücksichtigt (siehe Tabelle 3.3-2).

³ Mit den Einschränkungen: Humans, Female, Clinical Trial, Meta-Analysis, Review, Classical Article, Comparative Study, Controlled Clinical Trial, Evaluation Studies, Validation Studies, Core clinical journals, Nursing journals, Adolescent: 13-18 years, Adult: 19-44 years, 1988-2007.

⁴ Mit den Einschränkungen: Female, Adolescence, Adulthood, Journal-Article, Dissertation-Abstract, Electronic-Collection, Journal, Peer-reviewed Journal, Peer-reviewed status unknown, 1988-2007.

Tabelle 3.3-2: Studien, die das körperliche Wohlbefinden von schwangeren Frauen affirmativ untersuchen

Autorinnen/ Autoren	hermeneutisch-interpretativ	quantitativ	Instrument zur Einstellung zum eigenen Körper	Instrument zu Beschwerden in der Schwangerschaft
Ayerle et al. (2004)	X			
Chang et al. (2006)	X			
Drescher et al. (2003)		X		SF-36
Fox & Yamaguchi (1997)	X	X	Body Shape Questionnaire Body Cathexis Scale	
Goodwin et al. (2000)				
Hueston & Kasik-Miller (1998)		X		SF-36
Huwiler (1995)		X		eigene Skala
Jackson et al. (1996)		X		eigene Skala
Kelly et al. (2001)		X		PRIME-MD Patient-Health-Questionnaire
Koniak-Griffin (1994)		X		Physical Discomfort Checklist
Matsushashi & Felice (1991)		X	Tennessee Self-Concept Scale	
McKee et al. (2001)		X		SF-36
Nicholls & Grieve (1992)	X			niederländische Skala
Paarberg et al. (1996)		X		strukturiertes Interview
Richardson (1990)	(X)	(X)		eigene Skala
Rofé et al. (1993)		X		
Schmied & Lupton (2001)	X			
Skouteris et al. (2005)		X	Body Attitudes Questionnaires	
Smith et al. (2000)		X		SF-36
Stenberg & Blinn (1993)	X			
Striegel-Moore et al. 1996)	(X)	(X)		strukturiertes Interview
Wimmer-Puchinger (1992)		X	?	?

1. Das Konstrukt ‚Körperliches Wohlbefinden in der Schwangerschaft‘ erfassen die Forscherinnen und Forscher auf unterschiedliche Weise. Zum einen liegen Arbeiten zu Körperveränderungen vor und zum anderen zu Beschwerden in der Schwangerschaft bzw. dem funktionalen Gesundheitsstatus. Die phänomenologischen Studien eruieren mittels offener Interviews das körperliche Wohlbefinden (Ayerle et al. 2004) oder das Körperbild (Chang et al. 2006, Fox & Yamaguchi 1997, Schmied & Lupton 2001). Stenberg & Blinn (1993) reflektieren das körperliche Selbst anhand von Tagebuchaufzeichnungen. In strukturierten Interviews beleuchten andere die körperlichen Veränderungen und deren subjektive Bewertung im Verlauf der Schwangerschaft (Richardson 1990), die Frequenz von sechs typischen Schwangerschaftsbeschwerden zu drei verschiedenen Zeitpunkten (Striegel-Moore et al. 1996) und die subjektive Belastung durch Übelkeit und Erbrechen im ersten Trimenon (Smith et al. 2000). Nicholls & Grieve (1992) nutzen halbstrukturierte Interviews, um Gründe für eine Einschränkung bei 46 körperlichen Tätigkeiten, wie Arbeit am Schreibtisch, Treppensteigen oder Bügeln, zu eruieren.

Fox & Yamaguchi (1997) fokussieren insbesondere das subjektive Körpererleben bzgl. der Nahrungsaufnahme, der Kleidung und Kontakten mit anderen Menschen und verwenden neben der qualitativen Befragung zur Einstellung zum eigenen Körper auch den ‚Body Shape Questionnaire‘ (Cooper et al. 1987), der vorwiegend Items zur emotional-kognitiven Reaktion auf Übergewicht bzw. Adipositas enthält. Mit Hilfe des ‚Body Attitudes Questionnaires‘ (BAQ) von Ben-Tovim & Walker (1991) eruieren Skouteris et al. (2005) die Einstellung zur eigenen Körperform im Verlauf der Schwangerschaft. Für Matsuhashi & Felice (1991) ist das körperbezogene Selbstbewusstsein von jugendlichen Schwangeren von Interesse (Subskala der ‚Tennessee Self-Concept Scale‘; Fitts 1965), während Goodwin et al. (2000) den Schwerpunkt auf die (Un-)Zufriedenheit der Schwangeren mit verschiedenen Körperteilen legen (‚Body Cathexis Scale‘; Secord & Jourard 1953). Wimmer-Puchinger (1992) benennt die Dimensionen ‚Körperbild‘ und ‚Reaktion auf die Schwangerschaft‘ als Interessengegenstände, gibt aber keine Auskunft zu diesbezüglich eingesetzten Skalen.

Das Vorhandensein von Beschwerden in der Schwangerschaft wird gleichfalls mit Hilfe verschiedener Instrumente erhoben: einer ‚Physical Discomfort Checklist‘ von Wallace et al. (1986) durch Koniak-Griffin (1994) bzw. einer abgeänderten niederländischen Skala von Vierhout & Out (1983) durch Paarlberg et al. (1996), die zuvor bereits bei Schwangeren eingesetzt wurde. In anderen Studien werden selbst konstruierte Skalen zur Häufigkeit und Intensität von typischen Schwangerschaftssymptomen verwendet (Huwiler 1995, Rofé et al. 1993). Jackson et al. (1996) entwickeln zum Zweck der Erfassung von leichten Schwangerschaftsbeschwerden eine spezifische Skala, die einen Konsistenzkoeffizienten von 0,85 aufweist, jedoch nur 18% der Varianz erklärt.

In weiteren Studien werden Fragebögen eingesetzt, die primär nicht für die Schwangerschaft konstruiert wurden, wie die Subskala des ‚PRIME-MD Patient-Health-Questionnaire‘ von Spitzer et al. (1999), die sich auf zwölf unspezifische somatische Beschwerden (wie Kreuzschmerzen, Kurzatmigkeit oder Übelkeit) bezieht (Kelly et al. 2001). Der ‚Medical Outcomes Survey – Short Form 36‘ (SF-36; Ware et al. 1993), der von Drescher et al. (2003), Hueston & Kasik-Miller (1998), McKee et al. (2001) und Smith et al. (2000) verwendet wird, erfasst über vier körperbezogene Teilskalen den funktionalen Gesundheitsstatus. Dieser ist einerseits als Einschätzung der körperbezogenen Gesundheit und andererseits als funktionale Einschränkung durch körperliche Beschwerden operationalisiert. In einer konfirmatorischen Faktorenanalyse des SF-36 bei einer Klientel in der ersten Schwangerschaftshälfte zeigte sich als bestes passendes Modell – abweichend von der originären Struktur mit acht Faktoren, die zwei Subskalen zugeordnet werden – eine nicht gänzlich unabhängige zwei- bzw. drei Kom-

ponentenstruktur zweiter Ordnung mit ‚Gesundheit‘ als gemeinsamem Faktor dritter Ordnung (Jomeen & Martin 2005).

Bei der Bewertung der vorliegenden Studien ist nicht nur ihre methodische Qualität zu berücksichtigen (siehe S. 29-30), sondern eine ausreichende Validität und Reliabilität der eingesetzten Instrumente. Zum Beispiel ist die ‚Physical Discomfort Checklist‘ (Koniak-Griffin 1994) ausschließlich durch ‚face validity‘ gestützt. Die abgeänderte niederländische Skala von Vierhout & Out (1983) weist in der aktuellen Studie nur einen Konsistenzkoeffizienten von 0,42 auf, weshalb drei Items (Übelkeit, Müdigkeit, Kreuzschmerzen) von Paarlberg et al. (1996) schließlich einzeln ausgewertet werden.

Auch die speziell für die jeweilige Studie erstellten Fragebögen weisen entsprechende Mängel auf. Die selbst konstruierte heterogene Skala von Rofé et al. (1993) ist zur Häufigkeit und Intensität von Schwangerschaftssymptomen (überraschenderweise als Teil der emotionalen Erfahrung in der Schwangerschaft!) faktorenanalytisch untersucht worden mit dem Ergebnis, dass ein Item zu generellem Schmerz eine geringe Ladung auf den emotionalen Faktor, nicht aber auf die zwei körperbezogenen Faktoren mit jeweils zwei Items aufweist (Übelkeit/Erbrechen und Kopfschmerz/Schwindel). Die zwei körperbezogenen Faktoren zusammen erklären für alle drei Trimenen zwischen 35% und 40% der Varianz; Konsistenz- bzw. Reliabilitätskoeffizienten werden aber nicht angegeben. Die 36 Items der ebenfalls eigens konstruierten einfaktoriellen ‚Maternal Physical Discomfort Scale‘, die unter deutsch- oder englischsprachigen Studien offensichtlich nur einmal Verwendung fand, weisen zwar ein Cronbachs Alpha von 0,85 und eine Reliabilitätsschätzung von 0,78 auf, erklären aber nur eine Varianz von 18% (Jackson et al. 1996).

Die Notwendigkeit der Überprüfung der Validität und Reliabilität ergibt sich auch bei Fragebögen, die für eine nicht-schwangere Klientel erstellt wurden (Body Shape Questionnaire, BAQ, Tennessee Self-Concept Scale, Body Cathexis Scale, PRIME-MD Patient-Health-Questionnaires, SF-36). Denn die Schwangerschaft ist ein transienter Zustand, der durch charakteristische physiologische Körperveränderungen gekennzeichnet ist. Der starke Zuwachs der Körpermitte bzw. des Bauchumfangs, der überwiegend durch das Wachstum des Kindes bedingt ist und nach einigen Monaten ein absehbares Ende haben wird, kann sich z.B. auf das Körpererleben einer (jugendlichen) Schwangeren anders auswirken als Übergewicht, das über mehrere Jahre besteht. So ist es für eine valide Erhebung unerlässlich, dass Skalen, wie die ‚Tennessee Self-Concept Scale‘, anhand derer die körperbezogene Selbstwahrnehmung von schwangeren und nicht-schwangeren Jugendlichen verglichen werden soll (Matsushashi & Felice 1991), für eine schwangere Zielgruppe validiert wird. Das gleiche gilt für die ‚Body Cathexis Scale‘, die Goodwin et. al. (2000) heranziehen. Um die Relevanz und Validität für

die Schwangerschaft zu erhöhen, haben Fox & Yamaguchi (1997) im ‚Body Shape Questionnaire‘, der eigentlich für die Erfassung von Körperbildstörungen bei Übergewicht bzw. Adipositas intendiert ist, drei Items modifiziert, jedoch die innere Konsistenz der Skala anscheinend nicht erneut überprüft oder dokumentiert.

Die Erfassung von schwangerschaftsspezifischem Körpererleben – und hier insbesondere von Beschwerden in der Schwangerschaft – wird dadurch erschwert, dass Schwangerschaftsbeschwerden bzw. ihre subjektiv empfundene Belastung durch psychische Verstimmtheit ausgelöst oder verstärkt werden können (wie z. B. Müdigkeit und Abgeschlagenheit während einer Depression oder Kurzatmigkeit und Schlaflosigkeit bei Angststörungen). Das zeigt die Korrelationsstudie von Kelly et al. (2001). Sie wenden die körpersymptomorientierte Subskala des ‚PRIME-MD Patient-Health-Questionnaires‘ an, die zwölf unspezifische somatische Beschwerden (wie Kreuzschmerzen, Kurzatmigkeit, Schwindel oder Übelkeit) erfragt, die nicht ausschließlich schwangerschaftsspezifisch sind und als Skala nicht auf ihre Validität in der Schwangerschaft überprüft wurde. Sie stellen ein verstärktes Auftreten von körperlichen Symptomen bei gleichzeitigen Angst- oder Depressionsstörungen fest, wobei hier nicht zwischen schwangerschaftsbedingten bzw. unspezifischen Symptomen unterschieden wird. Es ist nicht geklärt, ob dies aus subjektiver Sicht der Frauen einen Unterschied macht. Außerhalb einer Korrelationsstudie ist für das klinische Setting zu bedenken, dass Screeninginstrumente für Depression fälschlicherweise z.B. nur die schwangerschaftsspezifische Müdigkeit und Schlaflosigkeit aufspüren könnten, statt depressionsbedingte Symptome zu erfassen (Kleiverda et al. 1990).

2. Im Folgenden werden die Ergebnisse der in Tabelle 3.3-2 aufgeführten Studien dargestellt. In den Studien, die das Körperbild und das Erleben des schwangeren Körpers phänomenologisch untersuchen, berichten die Teilnehmerinnen über die Unähnlichkeit ihres jetzigen Körpers mit der früheren Körperform und den schwangeren Bauch als Anzeichen für die Gesundheit und das Wachstum des Kindes (Ayerle et al. 2004, Chang et al. 2006). Dies kann Schwangere mit Stolz erfüllen und beträchtlich zu ihrer Selbstsicherheit, ihrem Wohlbefinden und ihrem Vertrauen in ihren Körper bzw. die Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse beitragen (Ayerle et al. 2004). Andere thematisieren die Schwierigkeit der Abgrenzung des Kindes vom eigenen Körper, die Freude, neues Leben in sich zu tragen, oder eine Abneigung gegen das sich unkontrollierbar im Bauch manifestierende Kind (Schmied & Lupton 2001). Schwangere geben im Verlauf der Schwangerschaft insgesamt eine positive Körperzufriedenheit an, jedoch berichten Sport ausübende Schwangere von einer signifikant größeren Zufriedenheit mit ihrem Hüftumfang (Goodwin et al. 2000). Laut Skouteris et al. (2005) wird das Körperbild bzgl. der eigenen Attraktivität, dem Gefühl dick zu sein, der Auffälligkeit und Stärke/Fitness

in der Spätschwangerschaft signifikant durch das entsprechende Körperbild vor Eintritt der Schwangerschaft vorhergesagt. Im Vergleich zur Mitte der Schwangerschaft fühlen sich Frauen gegen Ende nicht so ‚dick‘ und sind weniger unzufrieden mit ihrem Körper, was mit der Annäherung des idealen Körperbilds an den realen schwangeren Körper im Verlauf der Schwangerschaft zusammenhängen kann.

Adipöse Frauen sind signifikant besorgter über ihr Körperbild, auch wenn sie während des Schwangerschaftsverlaufs eine signifikant stärkere positive Veränderung erleben als ihre nicht adipöse schwangere Kontrollgruppe (Fox & Yamaguchi 1997). Amerikanische Jugendliche verschiedener ethnischer Herkunft mit einem niedrigen sozialen Status geben ein signifikant positiveres Körperbewusstsein an als ihre nicht schwangeren Peers (Matuhashi & Felice 1991). Jedoch reflektieren die dreizehn europäisch-amerikanischen Jugendlichen einer Pilotstudie, die zur Hälfte unter bzw. über sechs Monate schwanger sind, ihr Körpererleben während Tagebuchaufzeichnungen über sechs Wochen überwiegend negativ hinsichtlich ihrer Gewichtszunahme, ihres Aussehens und ihrer Kleidung (Stenberg & Blinn 1993).

Kindsbewegungen werden von Schwangeren sehr positiv und beruhigend erlebt (Ayerle et al. 1994, Wimmer-Puchinger 1992); ein überwiegender Teil (90% der knapp 500 konsekutiv selektierten Frauen) achtet darauf (Wimmer-Puchinger 1992). Etwa 40% der Frauen im zweiten Trimenon und 50% im dritten Trimenon erschrecken sehr, wenn sie das Kind länger nicht spüren. Erst zwei Wochen vor dem errechneten Geburtstermin erleben 30% sie als unangenehm bzw. störend. Dann wird etwa ein Viertel der Frauen sehr ungeduldig und sehnt sich das Ende der Schwangerschaft herbei, während ein Viertel geduldig abwartet und ca. 15% am liebsten den Geburtstermin hinausschieben würden (Wimmer-Puchinger 1992).

Eine Vielzahl der insgesamt 22 Studien berichtet über unterschiedliche Ausprägungen der Schwangerschaftsbeschwerden in Häufigkeit und subjektivem Erleben. In den ‚Persönlichen Gesprächen‘ von Ayerle et al. (2004) thematisieren die Teilnehmerinnen zum einen das Ausbleiben von körperlichen Veränderungen im Verlauf der Schwangerschaft und zum anderen die Beeinträchtigung durch Beschwerden. Müdigkeit scheint die 180 befragten Schwangeren verhältnismäßig mehr zu belasten als eine übermäßige Gewichtszunahme oder Verdauungsbeschwerden (Huwiler 1995). Jedoch berichten Frauen darüber, sich nicht notwendigerweise und in einem entsprechenden Maße durch diese Beschwerden in ihrem Wohlbefinden eingeschränkt zu fühlen, wie es zu erwarten wäre. Manche Frauen betrachten sie als zur Schwangerschaft gehörend oder können sie aufgrund ihres transienten Charakters relativ problemlos akzeptieren. Andere können sie in bestimmten Situationen durch entsprechende Maßnahmen positiv beeinflussen und modulieren oder sie antizipatorisch vermeiden (Ayerle et al. 2004). Außerdem betonen einige Frauen in den Gesprächen, wie gänzlich unterschiedlich ihre

Schwangerschaft im Vergleich zu einer vorherigen sei (Ayerle et al. 2004), was die Erkenntnis von Wimmer-Puchinger (1992) kontrastiert, dass die zweite und dritte Schwangerschaft meist ähnlich wie die erste erlebt werden.

Jeweils mehr als die Hälfte der schwangeren Frauen fühlt sich in den drei Trimenen vergleichbar gut oder schlecht wie vorher. Im 1. Trimenon fühlen sich 40% und im 3. Trimenon 30% schlechter als vorher, während sich im 2. Trimenon die Hälfte der Frauen wohler fühlt im Vergleich zu früher (Wimmer-Puchinger 1992). Zwei Drittel der erfragten 46 Alltagstätigkeiten werden von 200 europäisch-amerikanischen, nicht-randomisierten Erstgebärenden als signifikant schwieriger im dritten Trimenon erlebt als vor der Schwangerschaft oder vier Monate postpartum. Als Gründe dafür werden Rückenschmerzen und Müdigkeit angegeben sowie mangelnde Beweglichkeit und Reichweite, Instabilität und Sichteinschränkungen. Während die Anzahl der eingeschränkten Tätigkeiten signifikant mit dem zunehmenden Alter der Frauen bzw. ihrer Körpergröße korreliert, existiert keine Beziehung zum Gewicht, der Gewichtszunahme oder dem ‚body-mass-index‘ (Nicholls & Grieve 1992).

Etwa 70% der 463 Erfahrungsepisoden aus 63 semi-strukturierten Interviews berichten über Körperveränderungen in Bezug auf das Gewicht, den Appetit und die Aktivität bzw. Beweglichkeit während der Schwangerschaft. Überwiegend handelt es sich dabei um eine Gewichtszunahme und Appetitzunahme (84% bzw. 56%), während sich 76% auf eine Beweglichkeitsabnahme beziehen (Richardson 1990). Von knapp 400 Teilnehmerinnen berichten während der gesamten Schwangerschaft mehr als die Hälfte über Müdigkeit und mehr als ein Drittel über Rückenschmerzen; Übelkeit betrifft mehr als ein Sechstel aller Frauen (Paarlberg et al. 1996). Den Ergebnissen der Teilauswertung einer randomisiert-kontrollierten Studie von Smith et al. (2000) zufolge, stellen Übelkeit und Erbrechen als vorrangige Beschwerden des ersten Trimenons eine erhebliche Einschränkung des Wohlbefindens der Frauen dar, auch im Hinblick auf die Ausübung von Haushaltstätigkeiten, ihrer Arbeit und ihrer Elternfunktion. Häufigkeit und Anzahl der physiologischen Schwangerschaftsbeschwerden nehmen bei 35 nicht-randomisierten Jugendlichen, die regelmäßig Aerobic-Übungen während der Schwangerschaft machen, nicht signifikant zu, während dies in der Kontrollgruppe der Fall ist (Koniak-Griffin 1994).

Was die Funktionsfähigkeit angeht, so haben jugendliche Schwangere eine im Vergleich zu Normwerten signifikante Einschränkung der ‚Körperlichen Funktionsfähigkeit‘, aber keine in den anderen Subskalen des SF-36 (Drescher et al. 2003). Während sich depressive Schwangere einer städtischen Minderheitenklientel hoch signifikant durch niedrigere Werten bzgl. ihrer ‚Körperlichen Rollenfunktion‘ und ihrem ‚Schmerz‘ (in umgepolter Form) von nicht depressiven unterscheiden, besteht bzgl. der ‚Körperfunktion‘ an sich kein bedeutender Unterschied

(McKee et al. 2001). Darüber hinaus berichten mehrere Studien über eine signifikante positive Korrelation zwischen Schwangerschaftsbeschwerden und Depressionssymptomen (siehe S. 25) (Kelly et al. 2001, Koniak-Griffin 1994, McKee et al. 2001, Paarlberg et al. 1996).

Im Verlauf der Schwangerschaft verändert sich die Ausprägung der einzelnen Symptome mehr oder weniger stark, wie Striegel-Moore et al. (1996) in ihrer quasi-experimentellen Längsschnittstudie bei 70 Schwangeren feststellen. Im ersten Trimenon treten im Vergleich zum präkonzeptionellen Erhebungszeitpunkt hoch signifikant mehr Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen und Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme als auch Müdigkeit auf, die sich im zweiten Trimenon wiederum hoch signifikant verringern. Nur Müdigkeit bleibt gegenüber dem Ausgangswert deutlich erhöht und Sodbrennen nimmt im zweiten und dritten Trimenon weiter hoch signifikant zu. Müdigkeit und Übelkeit haben auch in der Studie von Paarlberg et al. (1996) ihren Höhepunkt im ersten Trimenon (bei knapp drei Viertel bzw. der Hälfte) und nehmen danach ab; Rückenschmerzen dagegen sind im zweiten und dritten Trimenon bei mehr als einem Drittel der Schwangeren prävalent. Schwangere Frauen berichten in einer postpartal-retrospektiven Studie über hoch signifikant häufigere Übelkeit und Erbrechen sowie signifikant mehr Veränderungen des Appetits im Vergleich zu den nachfolgenden Trimenen (Rofé et al. 1993). Im dritten Trimenon kommt es hoch signifikant häufiger zu Schlaflosigkeit (Rofé et al. 1993), verstärkten Schlafproblemen und Alpträumen (Wimmer-Puchinger 1992). Während des Schwangerschaftsverlaufs geben 33% der Frauen eine Zunahme bzw. 13% eine Abnahme der Schlafdauer an (Wimmer-Puchinger 1992).

Nach Richardson (1990) ist die erste Schwangerschaftshälfte durch eine Gewichtsabnahme charakterisiert; in der Zeit von der 21. bis 32. SSW überwiegt die Gewichtszunahme. Die Wochen vor der Geburt können sich entweder durch eine Zu- oder Abnahme des Gewichts auszeichnen. Während nur die 21. bis 26. SSW durch eine Zunahme an Beweglichkeit gekennzeichnet ist, dominiert zu Beginn und am Ende der Schwangerschaft eine Beweglichkeitseinschränkung. Hueston & Kasik-Miller (1998) stellen darüber hinaus bei Schwangeren eine signifikante Korrelation zum Schwangerschaftsalter fest: eine starke Abnahme der ‚Körperlichen Funktionsfähigkeit‘, des ‚Körperlichen Schmerzerlebens‘ und der ‚Rollenfunktionseinschränkung‘ in den ersten beiden Trimenen und ein geringerer Rückgang zum dritten Trimenon hin.

Körperliche Schwangerschaftsveränderungen können im Bereich des Physiologischen ein Kontinuum von ‚nicht vorhanden/nicht belastend‘ bis ‚stark ausgeprägt/äußerst belastend‘ beschreiben. So haben Ayerle et al. (2004) in ihren Gesprächen mit schwangeren Frauen erfahren, dass körperliche Veränderungen von einem Teil der Frauen freudig begrüßt werden und sie sie genießen. Andere tolerieren sie einfach als temporär auftretende Erschwernisse.

Richardson (1990) berichtet, dass von 305 Episoden bzgl. Körperveränderungen etwa 76% als zufriedenstellend und 24% als beunruhigend erlebt werden. Viele Frauen können sie durch ihre Einstellung und Bewältigungsweisen deutlich modulieren und somit handhabbar machen. Manche Schwangere berichtet von zum Teil erheblichen körperlichen Beschwerden, fühlt sich aber dennoch nicht immer oder nicht proportional in ihrem Wohlbefinden eingeschränkt. Eine Besonderheit stellen jedoch Symptome dar, die auf ein ernstes Risiko hindeuten und mit Unsicherheit und Besorgnis über die Kindesentwicklung einhergehen (Ayerle et al. 2004).

3. Insgesamt ergeben sich für Forscherinnen und Forscher mehrere Schwierigkeiten bzgl. der Erfassung des Konstrukts ‚Körperliches Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft und der Interpretation der Ergebnisse. In den meisten Studien haben die eingesetzten standardisierten oder speziell für die jeweilige Studie erstellten Instrumente keine ausreichende Validität bzw. wurden für eine Klientel mit Adipositas, Essstörungen oder anderen unspezifischen somatischen Beschwerden entwickelt. Andere erfassen die körperbezogene Gesundheit oder funktionale Einschränkung. In vielen Fällen werden keine Konsistenz- und Reliabilitätskoeffizienten angegeben oder die Skalen weisen nur einen geringen Beitrag zur Varianz auf.

Überwiegend werden Schwangerschaftsbeschwerden erfasst, die zwar verstärkte Ausprägungen in den einzelnen Trimenen aufweisen, aber insgesamt sehr unterschiedlich in ihren Merkmalen erfragt werden (Häufigkeiten, Intensität, subjektive Belastung und Bewertung). Eine klar konzipierte Differenzierung von physiologischen und pathologischen Symptomen, wie z.B. bei Erbrechen oder Rückenschmerzen, wird in keiner der Studien dokumentiert und ist besonders kompliziert durch einen ähnlichen Phänotypus von Schwangerschaftsbeschwerden und Depressionsmerkmalen. Darüber hinaus kann nicht der Rückschluss gezogen werden, dass die Anzahl oder Intensität von Schwangerschaftsbeschwerden ein direkter bzw. ausschließlicher Indikator für das körperliche Wohlbefinden der Frauen ist. Unabhängig von Beschwerden wird das Körpererleben zum einen als Wahrnehmung von Veränderungen, positives Körperbewusstsein bzw. körperliches Selbstbild oder Zufriedenheit mit dem Erscheinungsbild thematisiert und zum anderen als Hinweis auf die erwartungsgemäße Kindesentwicklung. Allerdings werden hierbei keine schwangerschaftsspezifischen Erhebungsinstrumente verwendet.

Aus einer kritischen Perspektive stellt sich das Problem der Verlässlichkeit und Generalisierbarkeit der angegebenen Ergebnisse auf Grund eines möglichen Selektionsbias bei nicht randomisierten (Drescher et al. 2003, Goodwin et al. 2000, Hueston & Kasik-Miller 1998, Huwiler 1995, Koniak-Griffin 1994, Nicholls & Grieve 1992, Richardson 1990, Striegel-Moore et al. 1996) bzw. ausschließlich sozial hoch stehenden Teilnehmerinnen (Skouteris et al. 2005), einer mangelhaften Beschreibung der Teilnehmerinnenselektion (Matsushashi & Felice

1991) bzw. einer unsicheren Vollerhebung innerhalb einer bestimmten Institution oder eines Zeitraums (Paarlberg et al. 1996, Rofé et al. 1993, Wimmer-Puchinger 1992) und fehlenden Angaben zu den jeweiligen Stichprobengrößen der multiplen Erhebungszeitpunkte bei hohem Drop-out (Wimmer-Puchinger 1992). Bei einer Reihe von Studien liegen nur sehr kleine Vergleichsgruppen (zum Teil unter 30) vor, fehlt die Angabe einer Powerberechnung (Drescher et al. 2003, Goodwin et al. 2000, Koniak-Griffin 1994, Matuhashi & Felice 1991, Striegel-Moore et al. 1996) oder wurden multiple Analysen ohne Korrektur des Alpha-Niveaus durchgeführt (Rofé et al. 1993). Weitere Verzerrungen sind in der retrospektiven Befragung (Rofé et al. 1993, Skouteris et al. 2005) zu vermuten oder in einer Teilnehmerate von 74%, bei welcher keine Überprüfung der Merkmale der teilnehmenden und ablehnenden Klientel vorgenommen wurde (McKee et al. 2001).

4 ‚Coping‘ als Mediator von Wohlbefinden

Das subjektive Wohlbefinden kann nicht als statischer oder autonom wechselnder, in sich geschlossener Zustand aufgefasst werden, den das Subjekt passiv als gegeben hinnimmt. Insbesondere zu Zeiten, wenn eine Person ihr affektives und körperliches Befinden nicht als ausreichend gut erlebt, scheint die Interaktion mit der Umgebung, das eigene Verhalten oder die persönliche Sinnggebung so gestaltet zu werden, dass eine Optimierung des subjektiven Wohlbefindens möglich erscheint oder realisierbar ist. Diese besonderen und individuellen Verhaltensweisen der Bewältigung von Veränderungen oder Stresssituationen werden ‚Copingverhalten‘ genannt (Peters 2000). ‚Coping‘ wirkt gleichsam als Mediator von Wohlbefinden und wird deshalb in dieser Arbeit als unverzichtbares, ergänzendes Konstrukt betrachtet.

4.1 ‚Coping‘ in der transaktionalen Stresstheorie

Das Konzept der Bewältigung („Coping“) wird als zentrales Element derjenigen Stresstheorien gesehen, zu denen insbesondere das kognitiv-transaktionale Stressmodell von Richard S. Lazarus und die Theorie der Ressourcenerhaltung nach Stevan Hobfoll zählen (Schwarzer 2000). Beide Theorien unterscheiden sich laut Starke (2000) hauptsächlich bzgl. ihrer Schwerpunktsetzung: Lazarus und Folkmann (1984) definieren Stress aus der Perspektive des Subjekts hinsichtlich interner oder externer Anforderungen bzw. der Einschätzung von Alltagswidrigkeiten, während Hobfoll (2004) Stress als eine Reaktion auf objektive Ereignisse bzw. Zustände (z.B. den Verlust von Ressourcen) beschreibt. Während Lazarus und Folkmann zwischen persönlichen und situativen Ressourcen unterscheiden, entwickelt Hobfoll eine Klassifikation von vier verschiedenen objektivierbaren Ressourcen und berücksichtigt gemeinschaftliche Bewältigungsstrategien.

Für diese Arbeit wird die kognitiv-transaktionale Stresstheorie von Richard S. Lazarus als Ausgangspunkt herangezogen, da sie die subjektive Perspektive und die Interaktion von Person-Umwelt-Ereignis bei der Einschätzung und Ressourcenwahrnehmung betont. Sie definiert psychologischen Stress als

‘... a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being’ (Lazarus & Folkman 1984, S. 19).

Dabei erfolgt die subjektive kognitive Bewertung einer aktuellen Situation, die das eigene Wohlbefinden bedroht bzw. die eigenen Ressourcen übersteigt, mittels Wahrnehmungs- und Interpretationsprozessen. Diese Einschätzung stellt die Ausgangslage für einen kontinuierli-

chen trans-aktionalen Prozess zwischen der Person und ihrer Umwelt dar, der durch persönlichkeits- und umweltspezifische Variablen beeinflusst wird. Persönlichkeitsspezifische Faktoren sind z.B. die Motivation sowie Überzeugungen, die für das subjektive Wohlbefinden von Bedeutung sind (Lazarus & Folkman 1984, S. 55-81). Umweltspezifische Faktoren sind nicht unabhängig von der Person und ihrer subjektiven Einschätzung und sind charakterisiert durch Eigenschaften wie Novität, Vorhersehbarkeit, Uneindeutigkeit als auch zeitliche Eigenschaften. Lazarus und Folkman (1984) weisen darauf hin, dass markante Ereignisse des Lebenslaufs (wie beispielsweise eine Schwangerschaft) auch dann Stress induzieren können, wenn sie entgegen der individuellen oder gesellschaftlichen Erwartung zu früh, zu spät oder in Zusammenhang mit anderen potenziell negativen Ereignissen auftreten (S. 82-116). Die Person-Umwelt-Transaktion wird einerseits gestaltet durch die Bewertung der Situation (appraisal) und andererseits durch das Coping. Erstere besteht aus mehreren Komponenten, die sich gegenseitig beeinflussen, jedoch zeitlich nicht streng abgrenzen lassen: die primäre Bewertung, die sekundäre und die Neubewertung. Die Primäre Bewertung ist eine Einschätzung der Umweltreize bzw. Situation hinsichtlich ihrer Relevanz, positiven Auswirkung oder Gefährlichkeit (Ereigniswahrnehmung), während die sekundäre Bewertung unterschiedliche Reaktionsoptionen in den Blick nimmt (Ressourcenwahrnehmung) und die Wahrscheinlichkeit erwägt, dass eine Bewältigungsreaktion nicht nur an sich effektiv ist, sondern auch effektiv eingesetzt werden kann. Bei der Neubewertung, die sich im Wesentlichen nicht von der Primären Bewertung unterscheidet, wird über einen Feed-back-Prozess die durch die eingesetzte Bewältigungsaktivität veränderte Situation bzgl. ihrer subjektiven Belastung und der Effektivität des Coping neu bewertet (S. 32-38).

Der Bewältigungsprozess wird von Lazarus und Folkman (1996) beschrieben als:

‘... constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person’ (S. 141).

Diese stimulusspezifischen Gedanken und Handlungen, die sich in einem konkreten Kontext ereignen, variieren entsprechend dem Auslöse-Ereignis oder der durch die Bewältigungsreaktion modifizierten Situation. Ressourcen für das Coping einer Person stellen ihre Gesundheit, eine positive Einstellung, die Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Problemlösungs- und soziale Fähigkeiten, soziale Unterstützung sowie materiellen Mittel dar. Je nach Erfordernis sind laut Lazarus und Folkman (1996) Bewältigungsreaktionen entweder mehr problem- oder emotionsorientiert: erstere Bewältigungsform richtet sich auf die Lösung eines Problems bzw. die Modifikation der Situation, während sich die zweite auf die Regulation von (negativen) Emotionen bezieht (S. 142-143). Beide Arten sind konzeptuell nicht unabhängig voneinander

(Folkman & Lazarus 1980) und können je nach Gewichtung in der Informationssuche, in direktem Handeln, im Aktionsaufschub oder in der intrapsychischen Verarbeitung Ausdruck finden (Lazarus und Folkman 1996, S. 150-157; Schwarzer 2000, S. 29, 40). Ziel und Outcome des Bewältigungsprozesses sind neben einer zufriedenstellenden sozialen Funktionsfähigkeit der Person auch die kurz- bzw. langfristige Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit und des emotionalen Wohlbefindens („morale“) (Lazarus und Folkman 1996, S. 181-225).

Brandstädter (1992), der sich vornehmlich mit Selbstwirksamkeit als personale protektive Ressource beschäftigt hat, unterscheidet zwischen dem assimilativen und akkomodativen Bewältigungsmodus, die insbesondere bei Lebenskrisen oder beim Übergang von einer psychosozialen Entwicklungsstufe zur nächsten zum Tragen kommen. Eine „assimilative Orientierung“ kann demnach bedeuten, ein Ereignis oder eine Lebenssituation zu meistern, indem die Gegebenheiten an die eigenen kognitiven Schemata oder Bedürfnisse angepasst und aktiv verändert werden. Eine „Akkomodative Orientierung“ dagegen charakterisiert jene Reaktionsweisen, einem nicht zu verändernden Ereignis oder einer Lebenssituation eine neue Bedeutung zu geben, d.h. kognitiv-emotional den Gegebenheiten gleichsam entgegen zu kommen und die eigenen kognitiven Schemata zu verändern. Während die „Assimilative Bewältigung“ (wie das „Problemzentrierte Coping“) eher einen verhaltensorientierten Schwerpunkt hat, beschreibt die „Akkomodative Bewältigung“ sowohl psychische als auch kognitive Prozesse (und unterscheidet sich somit vom „Emotionszentrierten Coping“, das vorwiegend emotionsbezogene Reaktionsweisen erfasst).

Laut Schwarzer (2000, S. 41) ist besonders die Funktion der Neubewertung einer im Grunde unveränderlichen Situation als Teil des akkomodativen Bewältigungsmodus bisher psychometrisch wenig berücksichtigt worden, obwohl sie gerade in denjenigen Lebenssituationen von tragender Bedeutung ist, die an sich nicht verändert werden können. Subjektives Wohlbefinden kann nach Brandstädter (1992) demnach erreicht bzw. bewahrt werden, indem zum einen der jeweiligen Situation entsprechend prozesshaft neue Sinnbegründungen und -zusammenhänge gefunden werden (S. 138) – andere Autoren sprechen von bewertungsorientierter Bewältigung (Moos 1988) – und zum anderen die Umgebung bzw. das eigene Verhalten bedürfnisorientiert verändert wird. Diese beiden Bewältigungsweisen scheinen aus Sicht der Autorin insbesondere bei einer Schwangerschaft relevant zu sein, die (abgesehen von einem Schwangerschaftsabbruch) nicht als „Problem“ an sich gelöst werden kann. Sie fordert neben der Anpassung an schwangerschaftstypische Körperveränderungen eine zunehmende Beziehungsaufnahme zum ungeborenen Kind und antizipatorische Einstellung auf Veränderungen im psychosozialen Bereich ein, die – auch wenn es sich „nur“ um einen physiologischen Verlauf der Schwangerschaft handelt – eine beachtliche Anforderung an eine Frau dar-

stellen und vielfältige, im Verlauf wiederholte kognitiv-affektive und aktionale Bewältigungsreaktionen verlangen, um ein Gleichgewicht des emotionalen, sozialen und physischen Wohlbefindens so weit wie möglich zu erreichen.

4.2 Psychometrische Konzeptionen von ‚Coping‘

Bei Messverfahren sind Inventare zu zeitkonsistenten dispositionellen (d.h. kontextfreien) Bewältigungsstilen von solchen zu unterscheiden, die situationsspezifische intrapsychische, aktionale und expressive Bewältigungsprozesse erfassen, ganz abgesehen von ihrem Ergebnis oder Erfolg (Lazarus & Folkman 1984, Laux & Weber 1990, Schwarzer 2000, S. 36-38). Im Hinblick auf schwangerschaftsspezifisches ‚Coping‘ sind hier situationsspezifische Bewältigungsweisen von Interesse. Während es zahlreiche Forschungsarbeiten im Hinblick auf Messverfahren zu dispositionellem Coping⁵ gibt, sind es nur wenige im Bereich des ‚state‘-Coping (Parker & Endler 1992). Von diesen beziehen sich die ‚Berner Bewältigungsformen‘ (BEFO) von Heim et al. (1991) auf die Selbst- oder Fremdbeurteilung der Krankheitsbewältigung und der Fragebogen zum ‚Umgang mit Belastungen im Verlauf‘ (UBV) von Reicherts & Perrez (1993) auf hypothetische alltagsnahe Situationen, während sich der ‚Ways of Coping Questionnaire‘ (WCQ) von Folkman & Lazarus (1988) auf reale, kürzlich erlebte Situationen richtet. Seine 50 Kernitems verteilen sich auf acht Subskalen, die eine innere Konsistenz von 0,61 bis 0,79 haben und durch 16 Füllitems ergänzt werden; ein Test-Retest-Koeffizient wird im Manual nicht angegeben. Parker & Endler (1992) kritisieren bei diesem und den meisten anderen Instrumenten deren psychometrische Unzulänglichkeiten, unterschiedliche Coping-Konstrukte und limitierte Übertragbarkeit auf unterschiedliche Populationen.⁶

Unabhängig von Forderungen nach wenigen reliablen Coping-Instrumenten, die das ‚gleiche‘ Konstrukt operationalisieren, argumentieren Carver et al. (1989) hinsichtlich der großen Variabilität von Copingreaktionen auf unterschiedliche Situationen für eine Vielfalt von Inventaren. Insbesondere für die spezielle Situation einer Schwangerschaft, die weder mit Krankheitsbewältigung noch mit dem Coping im normalen Alltag vergleichbar ist, gibt es keine

⁵ Z.B. die Strategic Approach to Coping Scale (SACS) von Hobfoll & Buchwald (1994) bzw. in der deutschen Version das multiaxiale Stressbewältigungsinventar (SBI) von Schwarzer et al. (2004), der Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) von Janke & Erdmann (1997), die COPE-Skalen von Carver et al. (1989) oder das Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) von Endler und Parker (1990)

⁶ Um dieses Desiderat zu überwinden haben sie in mehrfachen Studien das Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) mit drei Subskalen entwickelt, deren jeweiliges Cronbachs Alpha über 0,83 liegt (Endler & Parker 1990a). Allerdings legen die Itemkonstruktion, Testinstruktion sowie die Test-Retest-Reliabilitätskoeffizienten (6-Wochen) von über 0,51 einen dispositionellen Charakter nahe.

situationssensiblen Inventare. Auch wenn der WCQ bisher in vielen Studien verwendet wurde, so muss bei unterschiedlichen Populationen mit jeweils variierenderen Faktorenstrukturen gerechnet werden, was die inhaltliche Eindeutigkeit der Skalen in Frage stellt (Endler & Parker 1990b). Darüber hinaus genügen die existierenden Inventare vornehmlich auf der Item-Ebene nicht den schwangerschaftsspezifischen Besonderheiten.

4.3 Situatives ‚Coping‘ in der Schwangerschaft

Unter den Suchbegriffen ‚coping/cope/adaptation/adjustment‘ und ‚pregnancy/pregnant/expectant/expecting‘ finden sich bei einer Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE⁷, PsycINFO⁸ und CINAHL⁷ im Dezember 2007 insgesamt 172 Studien. Ausgeschlossen werden einerseits Studien bezüglich der Anpassung an spezifische Organerkrankungen oder nicht ausgetragene Schwangerschaften; andererseits werden eine portugiesisch veröffentlichte Studie nicht eingeschlossen sowie solche Arbeiten, die sich auf eine (nicht-situative, d. h. habituelle) Anpassung im Sinne von Einstellungs-, Verhaltens- oder Persönlichkeitseigenschaften oder einer Problemeinschätzung (aber nicht Bewältigungsform) beziehen. Damit verbleiben insgesamt zwölf Arbeiten, die durch eine zusätzliche Arbeit aus der Datenbank MIDIRS ergänzt werden. Darüber hinaus werden auf Grund ihrer Relevanz die Studien von Brüderl (1989) und Arnold (1999) hinzugezogen (siehe Tabelle 4.3-1).

Tabelle 4.3-1: Studien, die das Coping von schwangeren Frauen untersuchen

Autorinnen/ Autoren	hermeneutisch-interpretativ	quantitativ	Instrument zu Bewältigungsweisen (Coping)
Arnold (1999)	X		
Ayerle et al. (2004)	X		
Bernstein et al. (1994)		X	Revised Jalowiec Coping Scale
Brisch et al. (2003)		X	Berner Bewältigungsformen
Brüderl (1989)	X		
Côté-Arsenault (2007)		X	Ways of Coping Checklist-Revised
de Anda et al. (1991)		X	eigene Skala
Giurgescu et al. (2006)		X	Prenatal Coping Inventory
Huizink et al. (2002)		X	Utrecht Coping List
Melender (2002)	X		
Morling et al. (2003)		X	eigene Skala
Myors et al. (2001)		X	Revised Jalowiec Coping Scale
Sjöström et al. (2004)		X	Sense of Coherence Scale
Stern & Alvarez (1992)		X	Ways of Coping Style-Revised
Wells et al. (1997)		X	Strategic Approach to Coping Scale

⁷ Mit den Einschränkungen: Humans, Female, Clinical Trial, Meta-Analysis, Review, Classical Article, Comparative Study, Controlled Clinical Trial, Evaluation Studies, Validation Studies, Core clinical journals, Nursing journals, Adolescent: 13-18 years, Adult: 19-44 years, 1988-2007.

⁸ Mit den Einschränkungen: Female, Adolescence, Adulthood, Journal-Article, Dissertation-Abstract, Electronic-Collection, Journal, Peer-reviewed Journal, Peer-reviewed status unknown, 1988-2007.

1. Neben den phänomenologischen Arbeiten von Arnold (1999), Ayerle et al. (2004), Brüderl (1988) und Melender (2002) nähern sich andere Studien dem Konzept ‚Bewältigung‘ mittels selbst konstruierter Fragebögen, die zum einen den Einfluss einer Person auf die Umwelt, das Vertrauen in das soziale Netz sowie dessen Akzeptanz erfassen. Zum anderen werden adaptive und maladaptive Bewältigungsweisen von Jugendlichen und deren subjektiver Erfolg operationalisiert (de Anda et al. 1991). Die interne Konsistenz der von Morling et al. (2003) verwendeten Skalen bewegen sich zwischen einem Cronbachs Alpha von 0,44 und 0,84, während die interne Konsistenz der Skala von de Anda et al. (1991) auf 0,94 geschätzt wird. Jedoch wird in beiden Arbeiten nicht genauer über eine Faktorenanalyse zur Darstellung der vorhandenen Dimensionen oder deren Beitrag zur Varianz berichtet.

In den Studien liegen unterschiedlich konzipierte, standardisierte Erhebungsinstrumente zu ‚Coping‘ vor, die zwar bei schwangeren Teilnehmerinnen Verwendung finden, aber überwiegend nicht für die Schwangerschaft validiert sind. Die ‚Ways of Coping Style-Revised‘ (WCS-R) von Folkman & Lazarus (1988), die Stern & Alvarez (1992) verwenden, hat acht Subskalen zu emotions- bzw. problembasierten Bewältigungsreaktionen, die sich auf einen zielgruppenspezifischen internen oder externen Stressor beziehen und mehr oder weniger handlungsorientiert sind; ihr Cronbachs Alpha liegt zwischen 0,61 und 0,79. Die ebenso auf der Transaktionstheorie von Lazarus beruhende Ways of Coping Checklist-Revised (WCCL-R) von Vitaliano et al. (1985) bildet fünf Komponenten ab, wovon vier dem ‚Emotionsfokussierten‘ und eine dem ‚Problemfokussierten‘ ‚Coping‘ zugeordnet werden können und eine interne Konsistenz von 0,82 bzw. 0,83 aufweisen (Côté-Arsenault 2007). Die validierte Revised Jalowiec Coping Scale (JCS-R) von Jalowiec (1988), die Bernstein et al. (1994) und Myors et al. (2001) einsetzen, bezieht sich in ähnlicher Weise auf ‚Emotionsbasiertes‘ bzw. ‚Problembasiertes Coping‘. Sie ist zuvor bei Jugendlichen, jedoch nicht bei Schwangeren, auf deren Validität und Reliabilität überprüft worden. Das Cronbachs Alpha des aus den einzelnen Subskalen berechneten Häufigkeits- bzw. Effektivitätsindex beträgt 0,85 bzw. 0,90 (in der aktuellen Studie: 0,86 bzw. 0,91) (Myors et al. 2001).

Desgleichen wurden die Strategic Approach to Coping Scale (SACS) von Hobfoll et al. (1994) und die Sense of Coherence Scale von Antonovsky (1993) zwar in Vorarbeiten validiert und auf ihre Retest-Reliabilität geprüft, aber nicht mit einer schwangeren Klientel. Erstere besteht aus acht Subskalen, die sich – abgesehen von einer passiven – überwiegend auf pro- bzw. antisoziale Handlungsweisen beziehen und deren Reliabilität zwischen 0,54 und 0,88 in früheren bzw. 0,41 und 0,87 in der aktuellen Stichprobe liegt (Wells et al. 1997). Die Sense of Coherence Scale setzt sich aus den drei Komponenten ‚Verstehbarkeit‘, ‚Handhabbarkeit‘ und

‚Sinnhaftigkeit‘ zusammen, die in der Arbeit von Sjöström et al. (2004) ein Cronbachs Alpha von 0,80 bis 0,85 aufweisen.

Ein bei einer schwangeren Hochrisiko-Klientel eingesetzter Fragebogen ist das Prenatal Coping Inventory von Yali & Lobel (2002), das die vier Subskalen ‚Vorbereitung‘, ‚Vermeidung‘, ‚Positive Interpretation‘ und ‚Gebet‘ umfasst, deren Cronbachs Alpha zwischen 0,69 und 0,80 liegt (Giurgescu et al. 2006). Huizink et al. 2002 überprüften an Schwangeren mit ‚normalem Risiko‘ über die drei Trimena hinweg die Komponentenstruktur der niederländischen Utrecht Coping List (UCL-19) von Schreurs et al. (1988), die die Häufigkeit von Bewältigungsweisen erfasst, aber ursprünglich nicht explizit auf die Schwangerschaft bezogen ist. Dabei ergibt sich statt der originalen drei Faktoren nur eine 2-Faktorenlösung (ohne ‚Vermeidung‘), die im Verlauf der Schwangerschaft relativ stabil bleibt. Die internen Konsistenzkoeffizienten liegen beim ‚Emotionsfokussiertem Coping‘ bei 0,78 bis 0,80 und beim ‚Problemfokussiertem Coping‘ bei 0,71 bis 0,87. Desgleichen lässt sich auch die Faktorenstruktur der deutschsprachigen Berner Bewältigungsformen (BEFO; Heim et al., 1991) nicht replizieren: statt der ursprünglichen drei Faktoren bilden sich sowohl bei Schwangeren mit hohem als auch normalem Risiko drei alternative heraus, die eine ‚Positive‘ und ‚Negative emotionale Einstellung‘ sowie ‚Aktives Coping‘ beschreiben (Brisch et al. 2003).

2. Die fünfzehn Studien berichten über die folgenden Erkenntnisse: In den ‚Persönlichen Gesprächen‘ von Ayerle et al. (2004) tauchen als Bewältigungsformen intrapsychische Dynamiken auf, wie z.B. die Suche nach Bedeutung und Erklärungen, Verhandeln, Akzeptanz, Abschirmung, Übervorsicht zur Vermeidung von Risiken, Vergleich mit früheren Schwangerschaften oder anderen Schwangeren, antizipierendes Denken, positiver Zuspruch oder Selbstbestätigung durch die Schwangerschaft. Bezogen auf das psychomotorische Handeln werden Erholung und Entspannung, Berücksichtigung der körperlichen Bedürfnisse und Belastbarkeitsgrenzen oder alternative kompensatorische Handlungsweisen bei Unwohlsein angeführt. Auch Rückzug, Ablenkung sowie eine Entlastung durch das soziale Netz werden benannt (Ayerle et al. 2004). Laut Melender (2002) greifen Frauen zur Bewältigung von Ängsten in der Schwangerschaft auf Gespräche zurück, holen Informationen ein, reflektieren und denken über Ereignisse nach und suchen Unterstützung durch andere. Sie wenden sich an ihr soziales Netz, an Hebammen und anderes Fachpersonal des Gesundheitswesens oder erweitern ihr Wissen eigenständig über Sachbücher und Zeitschriften. Neben der Erinnerung an positive Erfahrungen und verschiedenen medizinischen Untersuchungen hilft ihnen auch die Wahrnehmung der Kindsbewegungen, angstbezogenen Stress zu überwinden.

Arnold (1999) basiert die Analyse ihrer leitfadengestützten Interviews mit 24 alleinstehenden Schwangeren/Müttern sowie 15 Schwangeren/Müttern mit Partnern auf das von Brüderl

(1989) entwickelte Kategoriensystem von leistungsbezogenen, abwehrenden und anpassungsorientierten Bewältigungsstrategien. Bei Teilnehmerinnen mit Partner haben ‚Bewältigungs-episoden hinsichtlich der Schwangerschaft‘ auf Grund ihrer Nennungshäufigkeit die größte Bedeutung, während sie bei alleinstehenden Teilnehmerinnen an zweiter Stelle stehen und durch ‚Bewältigungsepisoden aus dem Bereich Partnerschaft‘ übertroffen werden. Brüderl (1989) konstatiert, dass für Schwangere, die ihr erstes Kind erwarten, der primäre Anforderungsbereich die ‚Partnerschaft/Ehe und Haushalt‘ ist (und erst sekundär ‚Schwangerschaft/Geburt/Kind‘), während für Frauen, die ihr zweites Kind bekommen, der Anforderungsbereich ‚Schwangerschaft/Geburt/Kind‘ eindeutig im Vordergrund steht. Die abwehrende Bewältigung scheint in der Schwangerschaft eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Eine Vergleichsstudie von Morling et al. (2003) bzgl. zweier unterschiedlichen ethnischen Gruppen kann als Hinweis gewertet werden, dass das erfasste ‚Kognitive Coping‘ nicht nur von persönlichen, sondern auch sozial-kulturellen Faktoren abhängt. ‚Akzeptanz‘ ist bei den 56 US-amerikanischen Schwangeren die häufigste Bewältigungsweise, während 94 japanische Schwangere am häufigsten ‚Vertrauen in ihr soziales Netz‘ angeben (Morling et al. 2003). Jugendliche Schwangere verwenden als häufigste Bewältigungsformen optimistische Gedanken, Selbststeuerung und konfrontativen Umgang mit der Situation (Myors et al. 2001) oder adaptives Coping (de Anda 1991). Im Vergleich zu nicht-schwangeren Jugendlichen setzen sie aber nicht mehr Strategien ein (Stern & Alvarez 1992).

In zwei längsschnittlichen Korrelationsstudien mit 120 Schwangeren mit unterschiedlicher Belastung durch Komplikationen (Sjöström et al. 2004) bzw. mit 82 Schwangeren, die früher einen unglücklichen Schwangerschaftsausgang erlitten hatten (Côté-Arsenault 2007), erscheint das Coping im Verlauf der Schwangerschaft unverändert. In der erstgenannten Studie haben Erstgebärende vier bis sechs Wochen vor der Geburt geringere Copingwerte als Mehrgebärende (Sjöström et al. 2004). Bernstein et al. (1994) berichten bei 25 Schwangeren mit unterschiedlichen Fertilitäts- und Konzeptionserfahrungen über Optimismus, Konfrontieren, Selbstständigkeit und Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung als deren häufigstes Copingverhalten. Knapp 500 Schwangere mit einer Diagnose von fetaler Fehlbildung führen signifikant mehr positives emotionales bzw. sich positiv distanzierendes Coping und signifikant weniger aktives Coping an als Schwangere ohne eine solche Diagnose (Brisch et al. 2003). In einer anderen Studie geben 105 durch ein gesundheitliches Risiko bedrohte Schwangere am häufigsten ‚Gebet‘ und am wenigsten ‚Vermeidung‘ als Bewältigungsform an (Giurgescu et al. 2006). In der Pfadanalyse von Giurgescu et al. (2006) ist ‚Vermeidung‘ ein signifikanter Modifikator der Wirkung von ‚Unsicherheit‘ auf das psychologische Wohlbefinden der Schwangeren. Jedoch lässt sich über mehrere Wochen keine Wirkung der Copingformen

‚Vermeidung‘, ‚Positive Einschätzung‘ und ‚Vorbereitung‘ auf Stress feststellen, auch wenn zum ersten Messzeitpunkt in der ersten Schwangerschaftshälfte eine signifikante positive Korrelation zwischen ‚Vermeidung‘ bzw. ‚Vorbereitung‘ und ‚Stress‘ sowie zwischen ‚Positiver Einschätzung‘ und ‚Optimismus‘ besteht (Yali & Lobel 2002).

Signifikante positive Beziehungen bestehen zu allen drei Erhebungszeitpunkten zwischen generellem Coping und höchstem Ausbildungsabschluss der Teilnehmerinnen und in der frühen Schwangerschaft zwischen Coping und internalem ‚Locus of control‘ (Huizink et al. 2002). Weiterhin besteht eine signifikant positive Beziehung sowohl zwischen ‚Emotionsorientiertem Coping‘ (EC) als auch ‚Problemfokussiertem Coping‘ (PC) und ‚Negativem Affekt‘ (Côté-Arsenault 2007). Das ‚Relative Problemorientierte Coping‘ (Beziehung von PC zu PC+EC), das in der Studie von Côté-Arsenault (2007) zu allen Erhebungszeitpunkten die dominante Bewältigungsform ist, korreliert zwar signifikant positiv mit ‚Positivem Affekt‘, jedoch lässt sich in der Pfadanalyse – entgegen der theoretischen Annahme – kein signifikanter Effekt des ‚Relativen PC‘ auf den ‚Positiven Affekt‘ oder ‚Negativen Affekt‘ feststellen.

Eine signifikant negative Beziehung zwischen ‚Aktivem Pro-sozialem Coping‘ und Depression wird in der Korrelationsstudie von Wells et al. (1997) mit 92 überwiegend europäisch-amerikanischen, gut situierten Teilnehmerinnen gefunden bzw. zwischen einer depressiven Verstimmung und dem Kohärenzsinn von schwedischen Schwangeren (Sjöström et al. 2004). Bei japanischen Schwangeren weist Stress im zweiten Trimenon eine signifikant negative Korrelation zu den Coping-Subskalen ‚Akzeptanz‘, ‚Persönlicher Einfluss‘ und ‚Vertrauen‘ auf, die bei US-amerikanischen Schwangeren dagegen nur zu ‚Akzeptanz‘ besteht (Morling et al. 2003). Körperliche Beschwerden während der Schwangerschaft weisen eine signifikant positive Korrelation zu ‚Problemfokussiertem Coping‘ (PC) und eine signifikant negative zu ‚Emotionsfokussiertem Coping‘ auf (Huizink et al. 2002).

3. Insgesamt kann gesagt werden, dass die vorhandenen Studien zu Bewältigungsreaktionen in der Schwangerschaft durch die verwendeten Messinstrumente verschiedene Konzepte von ‚Coping‘ erfassen, die sich schwerpunktmäßig zum einen entweder auf emotionale oder psychisch-mentale Prozesse beziehen oder sich zum anderen auf mehr oder weniger aktive bzw. soziale Handlungsweisen richten. Diejenigen Fragebögen, die bereits in Studien zur Schwangerschaft überprüft wurden, beziehen sich nicht explizit auf die Schwangerschaft oder ihre ursprüngliche Faktorenstruktur kann auf Grund der Andersartigkeit der Zielgruppe (u. a. Hoch-Risiko-Schwangere) nicht bestätigt werden. Interessant ist der Hinweis, dass ‚Vermeidung‘ als Bewältigungsform – außer eventuell bei Jugendlichen – in der Schwangerschaft weniger relevant zu sein scheint.

Bei den meisten der vorliegenden Studien ist ein Mangel an Aussagekraft wegen eingeschränkter methodischer Qualität anzumerken: unklare Ein- und Ausschlusskriterien (de Anda 1991), eine fehlende Randomisierung (Bernstein et al. 1994, Côté-Arsenault 2007, de Anda 1991, Giurgescu et al. 2006, Morling et al. 2003, Stern & Alvarez 1992), kleine Stichproben (Bernstein et al. 1994, de Anda 1991, Morling et al. 2003, Stern & Alvarez 1992), ein potenzieller Selektionsbias auf Grund von 65% oder weniger der potenziellen Teilnehmerinnen (Myors et al. 2001, Wells 1997) sowie ein Nicht-Erreichen der pro Parameter der Pfadanalyse errechneten Stichprobenzahl (Giurgescu et al. 2006).

Ähnlich wie in der Grundlagenforschung zu ‚Coping‘, ist auch bzgl. der Schwangerschaft bislang unklar, inwieweit persönlichkeitsstypische oder dispositionelle Copingstile von Schwangeren ihre situationsabhängigen Bewältigungsweisen beeinflussen. In der vorliegenden Arbeit wird deshalb in Anlehnung an Brandstädter (1992) der Versuch unternommen, ein schwangerschaftsspezifisches situationsabhängiges Coping zu erfassen, das eine aktive umweltorientierte Bewältigung (‚Assimilatives Coping‘) sowie eine psychische bzw. kognitive Bewältigungsform (‚Akkomodatives Coping‘) berücksichtigt.

5 Ausgangspunkte, Ziel und Fragestellungen dieser Arbeit

Einem validen psychometrischen Instrument muss ein klares, theorie- und forschungsgestütztes Konstrukt zu Grunde liegen, das auf der Itemebene möglichst umfassend und spezifisch operationalisiert wird. In Folge der Literaturrecherche und Studienbewertung werden die wichtigsten Einsichten und Fragestellungen zum SWB und zu Bewältigungsreaktionen thematisiert, die während der Schwangerschaft von Bedeutung sind bzw. sein könnten. Diese werden die Konstruktion und Validierung des Erhebungsinstruments leiten.

5.1 Zentrale Erkenntnisse zum aktuellen ‚Subjektiven Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘

Hinsichtlich der inhaltlichen Entwicklung eines Fragebogens zum schwangerschaftsspezifischen subjektiven Wohlbefinden und Coping lassen sich vor dem Hintergrund der Literatur folgende Erkenntnisse und Postulate festhalten:

- das aktuelle SWB in der Schwangerschaft wird überwiegend affirmativ durch einen positiven Affekt abgebildet;
- das aktuelle SWB und Coping reflektieren die Besonderheiten des Übergangs und der subjektiven Novität, die durch die Schwangerschaft entstehen;
- die soziale Komponente des SWB in der Schwangerschaft drückt sich durch affektive Items aus, die sich auf das heranwachsende Kind und den Partner oder andere signifikante Personen beziehen;
- das aktuelle SWB bezieht sich hinsichtlich typischer Körperänderungen durch die Schwangerschaft sowohl auf eine positive Körperwahrnehmung und das Körperbild als auch auf phasenspezifische und -unspezifische Schwangerschaftsbeschwerden sowie körperliche Funktionseinschränkungen;
- Bewältigungsstrategien in der Schwangerschaft zeichnen sich durch psychisch-kognitive (akkomodative) und aktionale umweltbezogene (assimilative) Bewältigungsreaktionen aus, die mit dem affektiven und körperlichen SWB in Interaktion stehen.

5.2 Zielsetzung, Fragestellungen und Hypothesen

Diese Arbeit verfolgt das Ziel, das schwangerschaftsspezifische Wohlbefinden, das die Situation einer Frau im Hinblick auf ihre Schwangerschaft und daraus resultierende Veränderungen, ihr Kind, ihre soziale Umwelt und die bevorstehende Geburt berücksichtigt, im Bereich der Affekte, der Körperveränderungen und -einschränkungen sowie die Bewältigungsre-

aktionen abzubilden und empirisch messbar zu machen. Sie geht von der Annahme aus, dass die Schwangerschaft einen besonderen situationsspezifischen Kontext für das aktuelle SWB einschließlich des Bewältigungsverhaltens einer Frau darstellt. Sie will die folgenden Forschungsfragen beantworten:

- a. Lässt sich ein Fragebogen zum SWB für die Zeit ab Wahrnehmung von Kindsbewegungen konstruieren?
- b. Welche positiven (und negativen) Affekte repräsentieren das aktuelle affektive SWB in der Schwangerschaft?
- c. Welche Körperveränderungen und Schwangerschaftsbeschwerden tragen zum aktuellen SWB in der Schwangerschaft bei?
- d. Welche Bewältigungsformen werden in der Schwangerschaft als wirkungsvoll im Hinblick auf die Erhaltung bzw. Verbesserung des SWB erlebt?

Trotz der Annahme, dass die Schwangerschaft eine besondere Situation darstellt, die sich auf der Ebene der Instruktionen bzw. Items darstellt, ist zu erwarten, dass ähnliche Konstrukte – auch wenn die Zielgruppen andere sind – signifikante Beziehungen zu einander aufweisen. Da keine entsprechenden validierten Fragebögen vorliegen, die für das schwangerschaftsspezifischen Wohlbefinden relevant sind, muss die Validität des zu erstellenden Instruments mit Hilfe konstruktnaher Inventare gestützt werden. Deshalb schließt sich die Frage an:

- e. Wie verhält sich bzgl. der zweiten Stichprobe die Validität des erstellten Fragebogens zum aktuellen SWB und Coping in der Schwangerschaft im Vergleich zu
 - den folgenden vier standardisierten Fragebögen: Positiver Affekt und Negativer Affekt-Skala (PANAS) in der deutschen Fassung von Krohne et al. (1996); State-Skala des State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in der deutschen Version von Laux et al. (1981); Short-Form 12 (SF-12) von Bullinger et al. (1998); und Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) in der deutschen 24-Item Kurzform von Kälin (1995a, 1995b) sowie
 - einem globalen Item zum aktuellen ‚Körperlichen Wohlbefinden‘?

Die entsprechenden Hypothesen lauten:

- a. Das aktuelle affektive SWB in der Schwangerschaft wird durch positiven Affekt abgebildet. Aktiviertheit bildet keinen eigenständigen Faktor.
- b. Es tragen sowohl positiv erlebte körperliche Veränderungen als auch beeinträchtigende Schwangerschaftsbeschwerden zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens bei.

- c. Die Bewältigungsformen in der Schwangerschaft werden repräsentiert durch aktive Handlungen zur Verbesserung des Wohlbefindens („Assimilatives Coping“) und durch psychisch-kognitive Verarbeitung („Akkomodatives Coping“).
- d. Das schwangerschaftsspezifische Erhebungsinstrument zum SWB weist die folgende Übereinstimmungsvalidität (konvergente Validität) mit den zur zweiten Stichprobe herangezogenen validierten Inventaren auf:
- Die Items zum affektiven schwangerschaftsspezifischen SWB korrelieren
 - signifikant positiv ($p < 0,01$) mit der Subskala ‚Positiver Affekt‘ der PANAS und der ‚Psychischen Summenskala‘ der SF-12;
 - signifikant negativ ($p < 0,01$) mit der Subskala ‚Negativer Affekt‘ der PANAS und der ‚state‘-Komponente des STAI.
 - Die Items zum körperbezogenen schwangerschaftsspezifischen SWB korrelieren signifikant positiv ($p < 0,01$) mit
 - dem globalen Item zum aktuellen ‚Körperlichen Wohlbefinden‘ und
 - der ‚Körperlichen Summenskala‘ der SF-12.
 - Die Items des schwangerschaftsspezifischen Coping korrelieren
 - signifikant positiv ($p < 0,05$) mit den Subskalen ‚Aufgabenorientiertes‘ und ‚Emotionsorientiertes Coping‘ des CISS;
 - signifikant negativ ($p < 0,05$) mit der Subskala ‚vermeidungsorientiertes Coping‘ des CISS.

6 Initiale Konstruktion des schwangerschaftsspezifischen Erhebungsinstrumentes

Die Grundlage der Fragebogenkonstruktion bildet die Klassische Testtheorie. Das Vorgehen zielt darauf ab, eine ‚möglichst quantitative Aussage über den relativen Grad der individuellen Merkmalsausprägung... eines oder mehrerer empirisch abgrenzbarer Persönlichkeitsmerkmale‘ zu machen (Lienert & Ratz 1998, S. 1). Um die wahre Merkmalsausprägung so genau wie möglich zu erfassen und die Quellen für Messfehler weitestgehend zu minimieren, wird das Messinstrument systematisch und mit Hilfe von Maßnahmen zur Erreichung bestmöglicher Objektivität¹ in zwei konsekutiven Phasen einer Gruppe von Zielpersonen vorgelegt und durch teststatistische Analysen der Itemskalen deren Reliabilität² und Validität³ belegt (Lienert & Ratz 1998, S. 7-10).

Die Fragebogenkonstruktion gründet sich auf folgende grundlegende Annahmen:

- Das aktuelle SWB und Coping lässt sich durch ein selbst auszufüllendes Erhebungsinstrument erfassen und messen.
- Da das aktuelle Wohlbefinden und Coping subjektiv erlebt und bewertet wird, sind subjektive Aussagen dazu verlässlich (im Gegensatz zu externen Aussagen oder Bewertungen).
- Die Antworten verschiedener Schwangerer zum subjektiven Wohlbefinden und Coping sind auf Ordinal- bzw. Intervall-Niveau vergleichbar.

Aus der Definition des spezifischen Validitätsbereichs (hier: ‚Subjektives Wohlbefinden in der Schwangerschaft‘) speist sich die Zusammenstellung des Itempools für die erste Befragung. Der Geltungsbereich wird auf den Zeitraum der wahrgenommenen Kindsbewegungen festgelegt, da die ersten Kindsbewegungen ein signifikantes Moment im Schwangerschaftserleben darstellen (siehe S. 10) und Items, die sich auf das Kind beziehen, unerlässlich für ein schwangerschaftsspezifisches Erhebungsinstrument sind. Nach der anschließenden Itemanalyse werden die selektierten Items für eine zweite Befragung verwendet. Der Befragung bzw.

¹ Die Objektivität umfasst die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität. (Lienert & Ratz 1998, S. 8).

² Die Reliabilität eines Messinstruments beschreibt „den Grad der Genauigkeit, mit dem er ein bestimmtes Persönlichkeits- oder Verhaltensmerkmal misst“ (Lienert & Ratz 1998, S. 9) und wird mit Hilfe eines Reliabilitätskoeffizienten bestimmt.

³ Die Validität eines Messinstruments „gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem dieser Test dasjenige Persönlichkeitsmerkmal oder diejenige Verhaltensweise, das/die er messen oder vorhersagen soll, tatsächlich misst oder vorhersagt“ (Lienert & Ratz 1998, S. 10). Sie kann unterschieden werden in inhaltliche Validität, Konstruktvalidität und kriterienbezogene Validität.

Analyse der teststatistischen Kennwerte und Überprüfung der Dimensionalität folgt die Bestimmung der Reliabilität und Validität des Erhebungsinstruments.

6.1 Items zum aktuellen ‚Subjektiven Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ in der Schwangerschaft

Um die inhaltliche Validität des Erhebungsinstruments zur emotionalen Befindlichkeit auf eine theoriegeleitete Basis zu stellen (Mummendey 1995, S. 59), werden für den Itempool Grundgefühle verschiedener Emotionstheorien (Roth 2003, S. 285-309) und der Affektlogik (Ciompi 1997, S. 62-70, 78-84) miteinander verglichen und diejenigen fünf Emotionen als Ausgangspunkte für die Itemkonstruktion gewählt, die am meisten Übereinstimmungen aufweisen und in der Literatur anerkannte Grundgefühle repräsentieren (Ciompi 1997, S. 79-81; Larsen & Buss 2005, S. 406-413; siehe Anlage 14.1.). Dabei werden sowohl positive als auch negative Affekte berücksichtigt (siehe Kapitel 3.1, 3.2 und 3.3.1). Von den entsprechenden Adjektivbündeln⁴ ausgehend, werden mit Hilfe des Thesaurus von Microsoft WORD 6.0 weitere Adjektive gesucht. In einem zweiten Schritt werden für diejenigen Adjektive, die sich am meisten unterscheiden, weitere Synonyme ermittelt und durch solche ergänzt, die zum einen noch nicht berücksichtigte Emotionstypen der oben genannten Emotionstheorien und der Affektlogik und zum anderen eine ruhigere bzw. ausgeglichene positive Affektivität sowie minder repräsentiertes Missbefinden (Becker, 2001), wie z. B. Anspannung, innere Distanz, Selbstunzufriedenheit und Hilflosigkeit/Unzulänglichkeit, widerspiegeln. Die Gesamtzahl aller Adjektive wird entsprechend ihrem unterschiedlichen Grad von Aktiviertheit bzw. Erregbarkeit in drei Gruppen eingeteilt, um eine möglichst ausgewogene Selektion für die Items zu gewährleisten (hohe, mittlere und niedrige Aktiviertheit/ Erregbarkeit). Dabei wird aus Gründen der international unterschiedlichen Benennung sowie Differenzierungs- und Interpretationsproblemen nicht zwischen beiden Qualitäten der Emotionsempfindung bzw. -äußerung unterschieden (Becker 1988). Aus den drei Gruppen werden gleichmäßig verteilt Adjektive ausgewählt (siehe Tabelle 6.1-1) und die Items Nummer 21 bis 82 für das ‚Affektive Wohlbefinden‘ bzgl. der folgenden sieben Bereiche des Schwangerschaftserlebens Sinn entsprechend konstruiert: als schwangere Frau, im Hinblick auf Lebensveränderungen, in Bezug auf den Partner, andere wichtige Bezugspersonen, das Kind, die Schwangerenvorsorge und bevorstehende Geburt (siehe Anlage 14.3 und Abbildung 6.1-1).

⁴ freudig/glücklich/selig; interessiert/aufmerksam/neugierig; ängstlich/furchtsam; traurig/bedrückt/schweremütig/melancholisch; wütend/zornig/empört/erbittert

Tabelle 6.1-1: Adjektive positiven und negativen Affekts, mit welchen Items zu emotionalem Erleben der Schwangerschaft in sieben Bereichen gebildet werden

	Hohe Aktiviertheit / Erregbarkeit		Mittlere Aktiviertheit / Erregbarkeit		Niedrige Aktiviertheit / Erregbarkeit	
	Positiver Affekt	Negativer Affekt	Positiver Affekt	Negativer Affekt	Positiver Affekt	Negativer Affekt
Schwangerschaft	lebenslustig	wütend	selbtsicher	sorgenvoll	geborgen	traurig
	unternehmungslustig glücklich	verzweifelt	stolz	ängstlich	friedvoll ausgeglichen	niedergeschlagen
Veränderungen	begeistert	panische Gefühle	zuversichtlich selbstsicher	missgestimmt	gelassen	hilflos mutlos
Partner	begeistert	aufgewühlt	stolz	unter Druck	geliebt zufrieden	belastet verzagt
Soziales Netz	beschwingt	überreizt	zuversichtlich	unzufrieden	verstanden	allein gelassen bedrückt
Kind	in Hochstimmung glücklich	gestresst aufgewühlt	liebervoll	bekümmert beunruhigt		betrübt
Schwangeren-vorsorge		verärgert verwirrt	hoffnungsvoll guter Dinge	besorgt beunruhigt	sicher zufrieden	enttäuscht
Geburt	gespannt	angsterfüllt nervös	zuversichtlich selbstsicher	besorgt	gelassen	entmutigt

Die Items Nummer 83 bis 108 zum ‚Körperlichen Wohlbefinden‘ werden auf Grund der Theorien zum ‚Subjektiven Wohlbefinden‘ sowie der aktuellen evidence-basierten Literatur (Behrens & Langer 2004) formuliert (siehe Kapitel 3.1, 3.2.3 und 3.3.2). Sie operationalisieren sowohl positive körperliche Veränderungen als auch Schwangerschaftsbeschwerden (siehe Abbildung 6.1-1). Erstere umfassen den schwangeren Bauch, dessen Wachstum als Zeichen für die gesunde Entwicklung und die Nähe des Kindes gewertet wird, der eine Ressource für ein positives Selbstbewusstsein als Frau und Mutter darstellt und wiederholt Anlass gibt für eine gesteigerte Körperwahrnehmung. Als Beschwerden werden typische körperliche Veränderungen im Verlauf der Schwangerschaft berücksichtigt, wie z.B. gastroenterale Symptome, Müdigkeit, Schmerzen in Rücken und Beinen sowie Atembeschwerden und Schlaf- oder Bewegungseinschränkungen wegen des großen Bauches. Die Auswirkung von körperlichen Symptomen auf das ‚Körperliche Wohlbefinden‘ wird realisiert durch eine eigene Erhebung des Grades der Beeinträchtigung (siehe Anlage 14.3).

Zu Bewältigungsreaktionen werden die Items 109 bis 122 formuliert (siehe Kapitel 4). Psychisch-kognitive Dynamiken (‚Akkomodatives Coping‘) werden repräsentiert durch Trost auf Grund der transienten Natur der Schwangerschaft, Fokussierung auf das persönliche Ziel bzw. zu bewältigende Etappenziele, Liebe zum Kind, Akzeptanz, Ignorierung oder Ablenkung von

Beschwernissen sowie Mitgefühl mit sich selbst (siehe Abbildung 6.1-1). Das körper- und umweltbezogene Handeln („Assimilatives Coping“) wird operationalisiert durch Items zu Wohlbefinden steigernden Handlungsweisen, zur Berücksichtigung körperlicher Bedürfnisse und zur Suche nach Information bzw. Unterstützung durch das soziale Netz. Darüber hinaus wird der Grad erfragt, in welchem das subjektive Befinden dadurch beeinflusst wird (siehe Anlage 14.3). Somit umfasst der Kern des Fragebogens 62 Items zum ‚Affektiven Wohlbefinden‘, 26 Items zum ‚Körperlichen Wohlbefinden‘ und 14 Items zum ‚Coping‘.

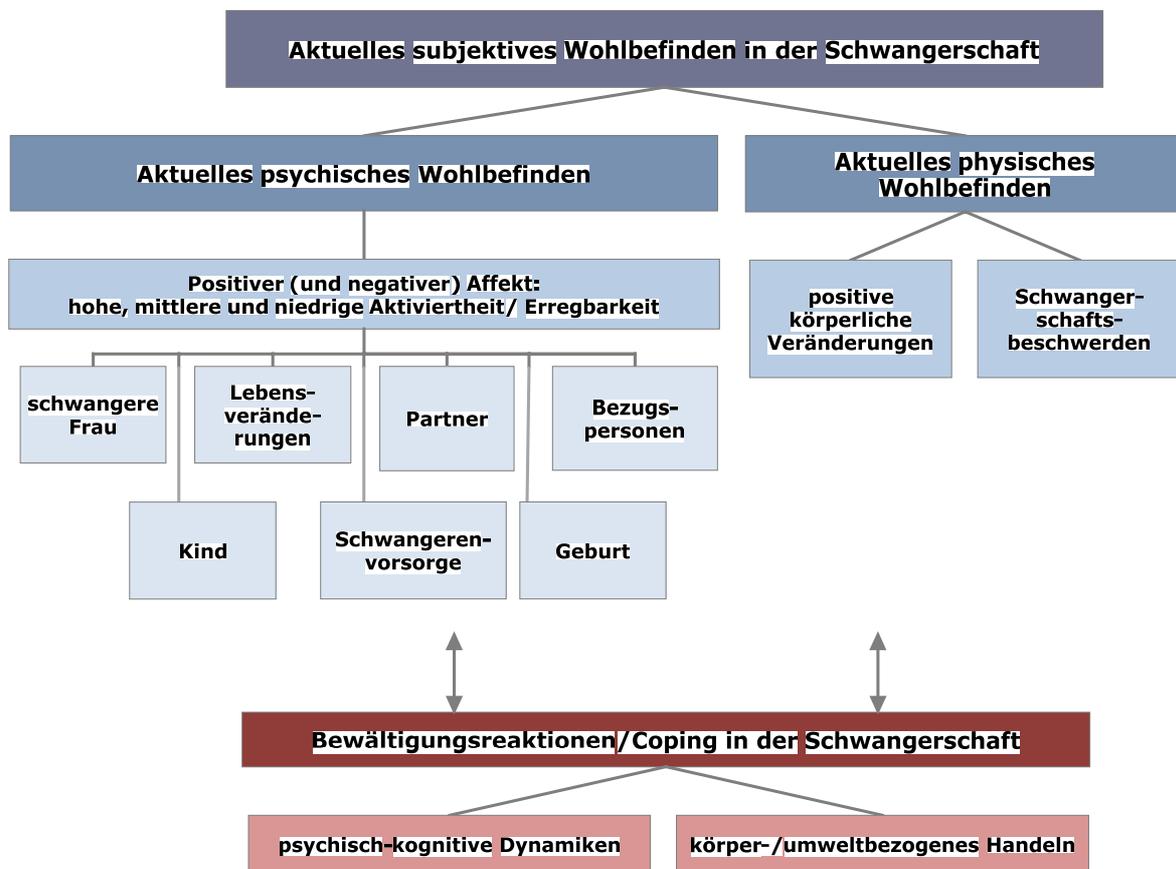


Abbildung 6.1-1: Modell zum aktuellen subjektiven Wohlbefinden und Coping in der Schwangerschaft

6.2 Antwortformat der Items

Für die Items zum SWB wird für die erste Befragung das Antwortformat einer nicht verankerten, ordinalskalierten Rating-Skala mit vier verbalen Antwortkategorien gewählt (Latz 1993, S. 139; Mummendey 1995, S. 55), das insofern von den Annahmen der klassischen Testtheorie abweicht, dass dieses vom Wesen her nicht binär kodierbar ist und somit

nicht nur eine Lösung die Richtige ist (Stier 1996, S. 30). Eine geradzahlige Antwortskala soll die schwer zu interpretierende mittlere Kategorie vermeiden (Laatz 1993, S. 133-134; Mummendey 1995, S. 56; Stier 1996, S. 71-72), die eine Fehlerquelle im Sinne eines ‚response sets‘ (z. B. Vermeidung der extremen Kategorien) darstellen kann (Jäger & Petermann 1992). Der Nachteil ist jedoch das fehlende Angebot einer Ausweichkategorie für neutrale (z.B. ‚weder-noch‘) oder pseudo-neutrale Positionen (z.B. ‚weiß nicht‘) (Stier 1996, S. 71-72).

Die vier Antwortmöglichkeiten mit den annähernd äquidistanten Kategorien ‚Überhaupt nicht‘, ‚Ein wenig‘, ‚Ziemlich‘ und ‚Sehr‘ messen innerhalb der Affekt-Skala die Intensität der Gefühle, die im aktuellen Moment vorhanden sind – ähnlich der ‚state‘-Komponente des STAI (Laux et al. 1981). Die körperlichen Veränderungen und typischen Schwangerschaftsbeschwerden, die je nach Schwangerschaftsverlauf, -zeitpunkt und Konstitution individuell vorhanden oder abwesend sein können, werden mit dem Antwortformat ‚unfolding technique‘ (Ryff & Keyes 1995) versehen, das zunächst das jeweilige Item mit einer Ja/Nein-Option abfragt. Daran schließt sich entweder die Aussage ‚Das war mir sehr angenehm‘ (positive körperliche Veränderungen) oder ‚Dies beeinträchtigte mein Befinden‘ (körperliche Beschwerde) mit der gleichen vierstufigen Antwortskala wie oben an. Die ‚unfolding technique‘ trägt wesentlich zur Klarheit und Beantwortbarkeit der Items bei (siehe Kapitel 6.4), kann aber bei Ermüdung oder weniger motivierten Teilnehmerinnen zur Vermeidung der zweiten 4-stufigen Antwortskala führen. Auch bei den Items zu ‚Coping‘ in der Schwangerschaft findet die ‚unfolding technique‘ Anwendung, da nicht jede schwangere Frau Strategien zur Bewältigung von Beschwerden benötigt oder die vorgegebenen zum Einsatz bringt. Wegen des Mangels an Literatur zu schwangerschaftsspezifischen Bewältigungsformen wird ein offenes Item zur Generierung zusätzlicher Items für die zweite Befragung vorgesehen.

6.3 Items zur Beschreibung der Stichprobe

Zur besseren Vergleichbarkeit der vorliegenden Stichproben mit anderen (auch zukünftigen) Erhebungen, werden die soziodemografischen Items und ihre Antwortkategorien denjenigen des Sozioökonomischen Panels (SOEP)⁵ angeglichen. Außerdem werden Fragen zur geburtshilflichen und psychosozialen Anamnese formuliert (wie z.B. Erkrankung oder ärztliches Beschäftigungsverbot und seelische Belastung im Beruf), die im Sinne der Evi-

⁵ Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin). Webseite: <http://www.diw.de/deutsch/sop/uebersicht/index.html>
#1.3 (Stand: 18.11.2008)

denzbasierung (Behrens & Langer, 2004) markante Faktoren berücksichtigen, welche im Zusammenhang mit Wohlbefinden und Gesundheit von schwangeren Frauen stehen. Auf eine objektiv belegte Beschreibung der Stichprobe durch Heranziehung von Daten aus dem Mutterpass wird verzichtet, da deren Vollständigkeit kritisch betrachtet werden muss (Schmill 1998, Behrens 1981) und ähnlich wie im SOEP subjektive Angaben zur Gesundheit und zu Gesundheitsfaktoren von Interesse sind.

6.4 Testanweisung, Expertenrating und Pretests

Der Fragebogen wird in sechs inhaltlich getrennte Abschnitte (A-G) gegliedert, um eine angemessene Durchführungsobjektivität zu erreichen (Stier 1996, S. 183-186). Durch eine Begrenzung des Umfangs auf maximal 12 Seiten und einen dynamischen Aufbau sollen Ermüdungserscheinungen minimiert werden (Jäger & Petermann 1992). Der Abschnitt A (Items 1-19) beinhaltet schwangerschaftsbezogenen Fragen, während das Item 20 zur momentanen Stimmung (Abschnitt B) der Bewusstmachung der aktuellen emotionalen Befindlichkeit und als Einstimmung auf die darauf folgenden Items dient (siehe Anlage 14.3). Im Mittelteil folgen die Items zum aktuellen (Abschnitt C: Items 21-82) und körperlichen Wohlbefinden (Abschnitt D: Items 83-108) sowie Items zum Coping (Abschnitt E: 109-122), denen abschließend Fragen zurzeit vor der Schwangerschaft (Abschnitt F: 123-128) und soziodemografischen Items (Abschnitt G: 129-137) folgen.

Die Testanweisungen zum Ausfüllen des Fragebogens sind eingangs und pro Abschnitt deutlich markiert und mit Beispielen entsprechend der verwendeten Antwortformate versehen (Lienert & Raatz 1998, S. 45-46). Die zeitlichen Instruktionen zur Beantwortung der Items bzgl. des ‚Affektiven Wohlbefindens‘ lautet ‚im Moment‘, bzgl. des ‚Körperlichen Wohlbefindens‘ ‚die vergangenen 7 Tage (einschließlich heute)‘ und bzgl. des ‚Coping‘ ‚in der vergangenen Woche (einschließlich heute)‘. Im Begleitschreiben an die Teilnehmerinnen wird auf die Prinzipien der Freiwilligkeit, Anonymität und Nachteilsfreiheit hingewiesen (siehe Anlage 14.2). Diese können – unabhängig vom ethischen Anspruch – als mögliche Kontrollmethoden betrachtet werden, die dem Verzerrungseffekt der ‚sozialen Erwünschtheit‘ entgegen wirken (Mummendey 1995, S. 159-206).

Die Objektivität und inhaltliche Validität (‚face validity‘) des Fragebogens werden vor der ersten Befragung mit Hilfe eines Ratings durch sieben ExpertInnen überprüft, die das Erscheinungsbild, die Testinstruktion, Items (insbesondere Verständlichkeit, Abfolge, inhaltliche Umsetzung und Antwortformate) sowie Nützlichkeit und Ökonomie des Fragebogens beurteilen. Die ExpertInnen sind zwei Hochschullehrer mit Fachkompetenz in psychologi-

scher Diagnostik, ein Fachmann in Fragebogenkonstruktion des Zentrums für Umfragen, Methoden und Analysen in Mannheim⁶ und vier erfahrene Hebammen mit Zusatzqualifikationen in Psychologie oder Pädagogik. Das Rating gibt wertvolle Hinweise zur Verbesserung der Fragebogenstruktur, der inhaltlichen Validität und Präsentation der Antwortformate.

Mit fünf schwangeren Frauen unterschiedlichen Bildungsstandes wird jeweils ein kognitiver Pretest durchgeführt (Kurz et al. 1999, S. 87), der die Verfahren ‚comprehension-probing‘ (‚Was verstehen Sie unter...?‘), ‚category selection probing‘ (‚Was hat Sie bewegt, ... anzukreuzen?‘) und ‚confidence-rating‘ (‚Wie sicher waren Sie sich bei der Antwort?‘) im Anschluss an das Ausfüllen des Fragebogens umfasst. Um den Fragebogen inhaltlich und strukturell weiter zu optimieren, wird ein klassischer Pretest mit 17 Teilnehmerinnen aus Halle und Göttingen durchgeführt, der die Verständlichkeit, Probleme bzgl. der Beantwortung der Items, deren Abfolge, das Interesse an bestimmten Items sowie die Zeitdauer des Ausfüllens erfragt. Durch die Pretests wird das Verfahren der ‚unfolding technique‘ bestätigt, das den Teilnehmerinnen entgegenkommt, die Items zu körperlichen Veränderungen und Beschwerden sowie Bewältigungsformen bzgl. ihres Auftretens und ihrer Auswirkung auf ihr Wohlbefinden eindeutig zu beantworten.

⁶ ZUMA: Postfach 122155, 68072 Mannheim; Webseite: <http://www.gesis.org/ZUMA/index.htm> (Stand: 20.11.2008)

7 Erste Befragung

Um Verzerrungseffekten und einer Einschränkung des Merkmals ‚Subjektives Wohlbefinden‘ (SWB) entgegenzuwirken, wird eine heterogene Stichprobe von ca. 350 schwangeren Frauen anvisiert, deren Merkmalsvariation gegenüber der Population uneingeschränkt und typisch für sie ist (Rost 1996, S. 78).

Als Einschlusskriterien für die Stichprobe gelten ausreichende Deutschkenntnisse und wahrgenommene Kindsbewegungen. Das Gestationsalter wird auf Grund der unterschiedlichen Forschungsergebnisse zum Wohlbefinden in der Schwangerschaft (siehe Kapitel 3.3) und deren unklare Bedeutung für die Konstruktion eines schwangerschaftsspezifischen Fragebogens a priori nicht auf ein kleineres Zeitfenster eingeschränkt.

Der Untersuchungsplan dieses Vorhabens wird von den Ethik-Kommissionen der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen genehmigt. Die Leiter der Universitätsklinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin in Halle und der Universitätsklinik der Gynäkologie und Geburtshilfe in Göttingen sind darüber hinaus mit der Befragung von ambulanten und stationären Schwangeren einverstanden.

7.1 Setting und Zugang zur ersten Stichprobe

Da das zukünftige Erhebungsinstrument vor allem für Hebammen und deren Begleitung von schwangeren Frauen intendiert ist, erfolgt der Zugang über freiberufliche und angestellte Hebammen, die in der Schwangerenvorsorge und Geburtsvorbereitung im Raum Halle und Göttingen tätig sind und entweder Mitglied des Bundes Deutscher Hebammen e.V. sind oder ihre Kontaktadresse im Telefonbuch veröffentlicht haben. Nach einer schriftlichen Vorabinformation werden für die erste Befragung insgesamt 780 Fragebögen per Post an 37 Hebammen in Halle (Deutschland-Ost; Stadt) und Umgebung (Land; ca. 35 km Radius) sowie an 50 Hebammen in Göttingen (Deutschland-West; Stadt) und Umgebung (Land; ca. 35 km Radius) geschickt. Sie werden gebeten, diese im Rahmen ihrer Geburtsvorbereitungskurse oder der Schwangerenvorsorge an schwangere Frauen weiterzugeben, alleine in Ruhe ausfüllen zu lassen und gesammelt im beigelegten frankierten Rückumschlag zurückzusenden. Darüber hinaus werden über die Schwangerenambulanz und -station des Uniklinikums Halle Fragebögen an Schwangere verteilt und in verschlossenen Umschlägen an die Autorin weitergeleitet.

Die Schwangeren erhalten im Umschlag einen Informationsbrief, der das Ziel dieser Studie erklärt, auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hinweist und Kontakthinweise zur Verfügung

stellt, und werden um eine schriftliche Einverständniserklärung gebeten (siehe Anlage 14.2). Die Anonymität ist gewährleistet, indem die Teilnehmerinnen den ausgefüllten Fragebogen in dem dazugehörigen Umschlag verschlossen an die Hebammen zurückgeben, die diese ungeöffnet an die Autorin weitersenden.

7.2 Merkmale der ersten Stichprobe

Im Zeitraum Mai bis November 2004 zählt der Rücklauf nach einer telefonischen Nachfass-Kontaktierung aller 87 Hebammen insgesamt 385 Fragebögen (49,4%), von denen drei auf Grund mangelnder Vollständigkeit nicht verwertbar sind. Drei Fragebögen werden wegen der fehlenden Angabe zum Schwangerschaftsalter und 17 wegen unsicherer Kindsbewegungen ausgeschlossen. Der Prozentsatz verwertbarer Fragebögen von 46,4% kann als gut betrachtet werden angesichts des 12 Seiten umfassenden Fragebogens und postalischen Rücklaufs. Die verwertbare Stichprobe umfasst 362 Teilnehmerinnen (siehe Tabelle 7.2-1).

Tabelle 7.2-1: Verteilung der Stichprobe nach Gestationsalter (n=362)

Schwangerschaftswochen (SSW)	n	%
begonnene 15. SSW bis vollendete 21. SSW	8	2,2
begonnene 22. SSW bis vollendete 28. SSW	57	15,7
begonnene 29. SSW bis vollendete 35. SSW	169	46,7
begonnene 36. SSW bis vollendete 42. SSW	128	35,4
Gesamt	362	100,0

Da zum einen die Verteilung des Gestationsalters in der Stichprobe ungleich ist und sich nur 18% im zweiten Trimenon (15.-28. SSW) befinden (was höchst wahrscheinlich der Verteilung von Schwangeren entspricht, die in Betreuung von Hebammen sind) und zum anderen entsprechend des zweiten bzw. dritten Trimenons unterschiedliche Items (insbesondere zum ‚Körperlichen Wohlbefinden‘) selektiert werden müssten (siehe Tabelle 7.3-1), wird die Stichprobe auf das dritte Trimenon begrenzt (n=297). Sie weist eine zufriedenstellende Heterogenität in Bezug auf soziodemografische, geburtshilfliche und psychosoziale Merkmale auf. Etwas mehr als die Hälfte der Frauen hat einen Hauptschulabschluss oder Mittlere Reife, ist unter 30 Jahre alt, ist verheiratet oder in einer Lebenspartnerschaft, arbeitet in einer Anstellung und nimmt Mutterschutz in Anspruch. Knapp 98% sind deutscher Nationalität und knapp 70% fühlen sich finanziell abgesichert (siehe Tabelle 7.2-2).

Tabelle 7.2-2: Soziodemografische Charakteristika der ersten Stichprobe

Wohnort (n=294*)	n	(%)	Schulbildung (n=296)	n	(%)
Halle (Stadt)	124	42,2	Ohne Abschluss	4	1,4
Halle (Umgebung)	42	14,3	Hauptschulabschluss	15	5,1
Göttingen (Stadt)	60	20,4	Mittlere Reife	138	46,6
Göttingen (Umgebung)	68	23,1	Fachhochschulreife	33	11,1
Gesamt	294	100,0	Abitur	105	35,5
			Sonstige	1	0,3
			Gesamt	296	100,0
Alter (n=296)	n	(%)	Berufstätigkeit (n=288)	n	(%)
< 20 Jahre	11	3,7	Arbeiterin	18	6,2
20-24 Jahre	56	18,9	Angestellte	156	54,2
25-29 Jahre	97	32,8	Beamtin	16	5,5
30-34 Jahre	89	30,1	Selbstständige	12	4,2
35-39 Jahre	37	12,5	Nicht erwerbstätig	86	29,9
> 39 Jahre	6	2,0	Gesamt	288	100,0
Gesamt	296	100,0			
Familienstand (n=294)	n	(%)	Mutterschutz/Elternzeit (n=296)	n	(%)
Ledig	137	46,6	Mutterschutz	157	53,0
Verheiratet/ Lebenspartner- schaft	148	50,3	Elternzeit	18	6,1
Geschieden	9	3,1	Nein	121	40,9
Gesamt	294	100,0	Gesamt	296	100,0
Lebenssituation (n=295)	n	(%)	Finanzielle Unterstützung (n=296)	n	(%)
Allein lebend	18	6,1	Ja	71	24,0
Mit Partner	265	89,8	Nein	225	76,0
Getrennt	4	1,4	Gesamt	296	100,0
Mit anderen	8	2,7			
Gesamt	295	100,0			
Staatsangehörigkeit (n=290)	n	(%)	Finanzielle Absicherung (n=296)	n	(%)
deutsch	283	97,6	Ja	206	69,6
andere	7	2,4	Nein	90	30,4
Gesamt	290	100,0	Gesamt	296	100,0

* Anzahl der Teilnehmerinnen, die dazu Angaben gemacht haben

Etwas mehr als 40% waren früher bereits einmal schwanger und 27% haben bereits ein oder mehrere Kinder. Etwa zwei Drittel besuchten einen Geburtsvorbereitungskurs, fast drei Viertel waren berufstätig und 42% waren nicht krank in ihrer Schwangerschaft. Etwa ein Viertel der Frauen berichtet über ein besonders negatives Lebensereignis oder eine erhebliche Stresssituation und 22% über eine Krise, die ihre Schwangerschaft oder ihr Kind betraf (Tabelle 7.2-3). Mehr als drei Viertel der Schwangerschaften sind geplant gewesen und ein Großteil fühlte sich vor der Schwangerschaft körperlich und seelisch gut. 79% bzw. 84% der schwangeren Frauen berichten über keine oder nur eine gelegentliche körperliche bzw. seelische Belastung im Beruf (Tabelle 7.2-4).

Tabelle 7.2-3: Geburtshilfliche und psychosoziale Charakteristika der ersten Stichprobe

	Ja	(%)	Nein	(%)
Mehrlinge (n=297*)	11	3,7	286	96,3
Frühere Schwangerschaft (n=294)	120	40,8	174	59,2
frühere Risikoschwangerschaft (n=117)	23	19,7	94	80,3
Kinder (n=294)	80	27,2	214	72,8
Geburtsvorbereitungskurs (n=296)	184	62,2	112	37,8
Frühere Teilnahme an Kurs (n=295)	120	40,7	175	59,3
Früherer Kurs (Mehrgebärende) (n=80)	64	80,0	16	20,0
Erkrankung in Schwangerschaft (n=296)	171	57,8	125	42,2
Zurzeit stationär (n=285)	9	3,2	276	96,8
Negatives Lebensereignis (n=294)	76	25,9	218	74,1
Negatives Ereignis (Schwangerschaft/Kind) (n=297)	64	21,5	233	78,5
Haushaltshilfe (n=296)	5	1,7	291	98,3
Berufstätigkeit in Schwangerschaft (n=296)	220	74,3	76	25,7

* Anzahl der Teilnehmerinnen, die dazu Angaben gemacht haben

Tabelle 7.2-4: Psychosoziale und gesundheitsbezogene Charakteristika der ersten Stichprobe

	n	%		n	%
Kinderwunsch (n=296*)			Betreuung (n=297)		
Eher ungeplante Ss	69	23,3	Nur Hebamme	5	1,7
Eher geplante Ss	210	70,9	Überwiegend Hebamme	23	7,7
Medizinisch unterstützt	17	5,7	Nur Ärztin/Arzt	67	22,6
Gesamt	296	100,0	Gemeinsam	202	68,0
			Gesamt	297	100,0
Körperliche Anstrengung in Beruf (n=218)			Seelische Belastung in Beruf (n=218)		
Nie/fast nie	81	37,2	Nie/fast nie	118	54,1
Manchmal	90	41,3	Manchmal	65	29,8
Oft/immer	47	21,6	Oft/immer	35	16,1
Gesamt	218	100,0	Gesamt	218	100,0
Zufriedenheit mit Beruf (n=218)			Momentane Stimmung (n=296)		
Zufrieden	140	64,2	Positiv	215	72,6
Unentschieden	55	25,2	Unentschieden	64	21,6
Unzufrieden	23	10,6	Negativ	17	5,7
Gesamt	218	100,0	Gesamt	296	100,0
Körperliches Befinden vor Ss (n=290)			Seelisches Befinden vor Ss (n=288)		
Gut	281	96,9	Gut	254	88,2
Schlecht	9	3,1	Schlecht	34	11,8
Gesamt	290	100,0	Gesamt	288	100,0

* Anzahl der Teilnehmerinnen, die dazu Angaben gemacht haben; Ss = Schwangerschaft

Die Stichprobe erfüllt bei 101 (noch unselektierten) Items die Voraussetzung einer Größe (für die Faktorenanalyse), die knapp der dreifachen Variablenzahl bzw. mindestens der Anzahl der Variablen entspricht (Backhaus et al. 1990, S. 108). Darüber hinaus hat sie die notwendige Größe für eine Schätzung und Sicherung der ersten Dezimalstelle der Reliabilitätskoeffizienten, die von Lienert & Raatz (1998, S. 174) mit 200 bis 500 Probanden angegeben wird. Von 297 Teilnehmerinnen befinden sich 199 in der begonnenen 29. SSW bis zur vollendeten 35. SSW und 98 in der begonnenen 36. SSW bis zur vollendeten 40. SSW.

Um im Hinblick auf das schwangerschaftsspezifische SWB der Teilnehmerinnen eine nach Wohnort und Parität (Variablen ohne erwartete Korrelation mit dem SWB) ungleich verteilte Stichprobe zu erkennen, werden die Mittelwerte (M) pro Skala⁷ pro Teilnehmerin berechnet und die Variablen am Median des arithmetischen Mittels dichotomisiert (,Affektives Wohlbefinden': 2,92; ,Körperliches Wohlbefinden': 3,20; ,Coping': 2,40). Bei der Kreuztabellierung kann kein signifikanter Unterschied bzgl. des Wohnorts mittels Chi-Quadrat-Test nachgewiesen werden, mit Ausnahme der Bewältigungsskala, bei welcher wesentlich mehr Teilnehmerinnen aus Halle und Umgebung hohe Werte aufweisen als diejenigen aus dem Raum Göttingen (siehe Anlage 14.4: Tabelle 14.4-1 und Tabelle 14.4-2).

7.3 Itemanalyse und -selektion

Die Dateneingabe erfolgt in eine Matrix des Statistikprogramms SPSS 11.5.1. Neben einer Plausibilitätskontrolle der Eingabequalität werden zusätzlich 10% der Fragebögen doppelt eingegeben und auf Abweichungen überprüft. Die Fehlerquote pro Variablen- und Teilnehmerinnenzahl liegt unter 0,001%; ermittelte Eingabefehler werden korrigiert. Vor der Itemanalyse werden Items zu körperlichen Veränderungen mit negativer Polung (Items 88 und 100) und alle Items zu körperlichen Beschwerden umgepolt.

Da das Gestationsalter ungleich repräsentiert ist, wird eine erste Itemanalyse vergleichend zwischen dem zweiten Trimenon (≤ 28 . SSW) und dem dritten Trimenon (≥ 29 . SSW) durchgeführt. Die unterschiedlichen Itemkennwerte und eine daraus resultierende differierende Selektion von Items (siehe Tabelle 7.3-1) werden als Hinweis darauf gewertet, dass das SWB – vor allem das ,Körperliche Wohlbefinden' – mit Hilfe der formulierten Items nicht für die gesamte Zeit der wahrgenommenen Kindsbewegungen erfassbar ist. Andererseits scheint eine beträchtliche Anzahl von affekt- und bewältigungsrelevanten Items sowohl im zweiten als auch im dritten Trimenon von Bedeutung zu sein. Die Alternative, nur die Trimenon übergreifenden Items zu selektieren, wird einerseits nicht in Erwägung gezogen, weil schwangere Frauen, die den Fragebogen im 2. Trimenon beantwortet haben, weit unterrepräsentiert sind. Andererseits soll aber auch die inhaltliche Validität bzgl. des ,Körperlichen Wohlbefindens' nicht eingeschränkt werden.

⁷ Der Begriff Skala ist hier auf Grund theoretischer Überlegungen gewählt und lässt sich durch die Faktorenanalyse zusätzlich begründen. Der Ausschluss von Rohwerten von Teilnehmerinnen aus der Berechnung des Mittelwerts wurde vorgenommen, wenn weniger als 80% der Items zum ,Affektiven' und ,Körperlichen Wohlbefinden' sowie zum ,Coping' beantwortet wurden.

Tabelle 7.3-1: Itemselektion im Vergleich zweier Gruppen von unterschiedlichem Gestationsalter (n=65; n=297)

Affektives Wohlbefinden		Körperliches Wohlbefinden		Bewältigungsreaktionen	
< 28. SSW	≥ 28. SSW	< 28. SSW	≥ 28. SSW	< 28. SSW	≥ 28. SSW
lebenslustig	lebenslustig		Platz im Bauch	Zeitlich begrenzt	Zeitlich begrenzt
geborgen	stolz-1 geborgen			Sich selbst	Sich selbst
selbstsicher-1	selbstsicher-1			Gutes tun	Gutes tun
friedvoll	friedvoll	Verstopfung/ Durchfall*	langsame Bewegung		
unternehmungslustig	unternehmungslustig				Aus Liebe zum Kind
ausgeglichen	ausgeglichen				
glücklich-1	glücklich-1				
gelassen-1	gelassen-1				
begeistert-1	begeistert-1		unförmig*		
	zuversichtlich-1			Sich ans Ziel erinnern	
selbstsicher-2	selbstsicher-2	Ziehen*	Ziehen*		
	stolz-2				
begeistert-2	begeistert-2		Druck im Bauch*	Sich bequem machen	Sich bequem machen
zuversichtlich-2					
	beschwingt		Schlaf*		
in Hochstimmung guter Dinge	in Hochstimmung				
	zuversichtlich-3		außer Atem*		
	gelassen-2				
selbstsicher-3	selbstsicher-3				
sorgenvoll*					
niedergeschlagen*					
ängstlich*	ängstlich*				
aufgewühlt-1*					
	angsterfüllt*				
	nervös*				
besorgt-2*	besorgt-2*				

* umgepolt; Item-1, Item-2, Item-3 = Kennzeichnung verschiedener Items mit gleichen Adjektiven

Bei ca. 20 Fragebögen fallen gehäuft fehlende Angaben insbesondere bei den Items zum ‚Körperlichen Wohlbefinden‘ und zum ‚Coping‘ auf, die als Anzeichen einer Ermüdung auf Grund der ‚unfolding technique‘ interpretiert werden können. Als Reaktion darauf wird eine Revision der Antwortformate für die zweite Befragung in Erwägung gezogen (siehe Kapitel 7.6). Die darüber hinaus häufiger vorkommende Verneinung von Items (z.B. bei nicht vorhandenen Merkmalen) wird bzgl. der Itemanalyse so gelöst, dass das ‚Nein‘ im Sinne eines unbeeinträchtigten Wohlbefindens kodiert wird (d.h. als ‚Überhaupt nicht‘ bzw. ‚Sehr‘), wodurch es zu größeren Häufigkeiten (,n‘) unter den genannten Antwortkategorien kommt und infolgedessen auch zu extremeren Mittel- und Medianwerten (z.B. Items 89, 106 und 112) (siehe Anlage 14.4: Tabelle 14.4-4 und Tabelle 14.4-5). Bei den Items zum positiven Körpererleben ist eine inhaltliche Gleichstellung von nicht vorhandenen Körperveränderungen und deren Auswirkung auf das SWB nicht möglich. Daher liegt hier das ‚n‘ zum Teil unter 200.

Zu Beginn der Itemanalyse werden der arithmetische Mittelwert und Median pro Item und die Häufigkeitsverteilungen pro Antwortkategorie der Skalen ermittelt (siehe Anlage 14.4: Tabelle 14.4-3, Tabelle 14.4-4 und Tabelle 14.4-5). Die Mittelwerte der Items liegen insbesondere bei der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ und ‚Körperliches Wohlbefinden‘ überwiegend über

dem Mittel der Antwortskalenpunktzahl (2,5) im positiven Bereich, vergleichbar den Mittelwerten in Stichproben mit gesunden Menschen, die aus der Wohlbefindensforschung bekannt sind (Diener & Diener 1996, Staudinger 2000).

Da die Items einerseits keine extreme Decken- und Bodeneffekte und andererseits mittlere bis hohe Trennschärfe aufweisen sollen, wird als Akzeptanzkriterium für die Selektion von Items ein Schwierigkeitsindex⁸ P von über 10 und unter 90 sowie ein Trennschärfe-Koeffizient⁹ $r_{j(t-j)}$ von mindestens 0,4 gewählt (vgl. Lienert & Raatz, 1998). So können auf Grund ihres Schwierigkeitsindexes 22 Items zum positiven Affekt, aber nur fünf zum negativen Affekt selektiert werden (siehe Tabelle 7.3-2). Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass das ‚Affektive Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft überwiegend durch Items zum positiven Affekt erfassbar ist. Darüber hinaus wird angestrebt, eine möglichst große Bandbreite von Wohlbefindensmerkmalen möglichst differenziert zu erfassen.

Tabelle 7.3-2: Kennwerte der Items zum ‚Affektiven Wohlbefinden‘: Positiver und Negativer Affekt

Nr	Item	n	M	SD	P	Nr	Item	n	M	SD	P
21	lebenslustig	297	2,97	0,721	77,1	22	sorgenvoll	295	2,17	0,765	22,4
24	stolz-1	296	3,47	0,810	86,5	23	niedergeschlagen	294	1,51	0,649	5,1
25	geborgen	297	3,24	0,810	83,8	26	wütend	296	1,17	0,442	1,4
27	selbstsicher-1	297	2,86	0,686	75,4	28	traurig	294	1,36	0,595	4,8
29	friedvoll	291	2,96	0,730	78,7	31	verzweifelt	296	1,18	0,469	2,4
30	unternehmungslustig	297	2,50	0,863	50,5	32	ängstlich	297	1,81	0,743	12,5
33	ausgeglichen	295	2,77	0,796	71,2	36	mutlos	293	1,22	0,512	3,1
34	glücklich-1	297	3,39	0,704	89,9	38	missgestimmt	297	1,25	0,504	2,0
35	gelassen-1	296	2,77	0,722	73,0	39	panisch	296	1,25	0,492	2,0
37	begeistert-1	296	2,91	0,756	74,7	41	hilflos	296	1,28	0,505	2,7
40	zuversichtlich-1	295	3,17	0,660	88,1	43	aufgewühlt-1	296	1,41	0,673	7,1
42	selbstsicher-2	296	2,82	0,661	75,3	46	belastet	294	1,47	0,760	9,5
44	zufrieden-1	296	3,23	0,844	86,1	47	verzagt	290	1,18	0,461	2,4
45	geliebt	296	3,58	0,727	91,2	49	unter Druck	295	1,19	0,534	3,7
48	stolz-2	291	3,30	0,849	84,2	52	überreizt	293	1,48	0,670	6,5
50	begeistert-2	294	3,10	0,919	79,3	54	unzufrieden	291	1,45	0,690	7,9
51	zuversichtlich-2	293	3,21	0,654	90,4	56	allein gelassen	293	1,17	0,471	2,7
53	beschwingt	289	2,28	0,809	45,7	57	bedrückt	293	1,34	0,561	3,8
55	verstanden	292	3,03	0,705	80,1	58	beunruhigt-1	295	1,60	0,625	6,1
59	glücklich-2	292	3,70	0,511	97,6	60	gestresst	295	1,52	0,627	6,4
63	liebepoll	295	3,72	0,533	97,3	61	aufgewühlt-2	294	1,67	0,657	7,1
65	in Hochstimmung	296	2,73	0,877	65,9	62	bekümmert	296	1,47	0,663	6,8

Fortsetzung

⁸ „Der Schwierigkeitsindex einer Aufgabe ist gleich dem prozentualen Anteil P der auf diese Aufgaben entfallenden richtigen Antworten in einer Analysenstichprobe von der Größe N...“ (Lienert & Raatz 1998, S. 73). Im Falle der vorliegenden Intervallskalen wird entschieden, als „richtige Antworten“ diejenigen Werte zu betrachten, die jenseits des mittleren Skalenwerts (z.B. 4 bei einer Skala von 1-7) in der Richtung des zu erfassenden Merkmals liegen (z.B. positives SWB).

⁹ „Der Trennschärfe-Koeffizient einer Aufgabe j ist gleich der Korrelation zwischen dem Aufgabenpunktwert – meist 0 oder 1 – und dem Rohwert eines jeden von N Pbn [Probanden, Anmerkung der Autorin] der Analysenstichprobe.“ (Lienert & Raatz 1998, S. 78)

Tabelle 7.3-2 (Fortsetzung): Kennwerte der Items zum ‚Affektiven Wohlbefinden‘: Positiver und Negativer Affekt

Nr	Item	n	M	SD	P	Nr	Item	n	M	SD	P
66	sicher	297	3,29	0,619	92,6	64	betrübt	296	1,22	0,428	0,7
69	guter Dinge	295	3,18	0,641	90,8	67	besorgt-1	297	1,47	0,604	4,4
72	zufrieden-2	296	3,34	0,618	92,9	68	enttäuscht	293	1,23	0,518	3,8
73	hoffnungsvoll	296	3,28	0,617	92,6	70	ärgerlich	295	1,19	0,481	3,7
76	zuversichtlich-3	297	2,91	0,641	78,1	71	verwirrt	294	1,25	0,545	3,4
79	gelassen-2	297	2,42	0,878	53,5	74	beunruhigt-2	297	1,46	0,667	5,7
80	selbstsicher-3	295	2,48	0,782	53,2	75	angsterfüllt	297	1,95	0,841	21,5
81	gespannt	296	3,36	0,738	87,2	77	nervös	297	2,28	0,897	32,7
						78	entmutigt	297	1,21	0,515	4,4
						82	besorgt-2	296	2,02	0,720	18,9

Nr = Itemnummer; Item-1, Item-2, Item-3 = Kennzeichnung verschiedener Items mit gleichen Adjektiven; n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert; SD = Standardabweichung; P = Schwierigkeitsindex

Bei der Errechnung der korrigierten Item-Skala-Korrelation, in die positive und negative Affekt-Items insgesamt eingehen, weisen die Items des negativen Affekts eine geringe negative Beziehung zum positiven Affekt auf (siehe Tabelle 7.3-3). Dies kann einerseits Ausdruck zweier unterschiedlicher Affektmerkmale sein, aber auch umgekehrt gepolter Valenzen. Zunächst werden die positiven und negativen Affekt-Items in ihrem Originalzustand (nicht umgepolt) auf ihre Trennschärfe untersucht; eine getrennte Berechnung ermöglicht eine genauere Analyse der Trennschärfe jeweils unter homogenen Items (siehe Tabelle 7.3-4 und Tabelle 7.3-5). Eine zukünftige Umpolung der negativen Affekt-Items für die Itemanalyse der zweiten Befragung wird auf Grund der Erkenntnisse durch die Faktorenanalyse (siehe Kapitel 7.4: Tabelle 7.4-3) in Betracht gezogen, in der deutlich wird, dass die negativen Items keine eigenständige Affektkomponente repräsentieren. Allerdings ist die inhaltliche Umkehrung – beispielsweise von ‚angsterfüllt‘ – nicht eindeutig zu bestimmen (es könnte ‚gelassen‘ oder ‚zuversichtlich‘ sein).

Tabelle 7.3-3: Korrigierte Item-Skala-Korrelation der Items ($r_{i(t-j)}$) zum ‚Affektiven Wohlbefinden‘: Positiver und negativer Affekt (fett gedruckt) nach Selektion

Nr	Item	$r_{i(t-j)}$ *	Nr	Item	$r_{i(t-j)}$ *	Nr	Item	$r_{i(t-j)}$ *
21	lebenslustig	0,628	37	begeistert-1	0,598	76	zuversichtlich-3	0,373
24	stolz-1	0,430	40	zuversichtlich-1	0,533	79	gelassen-2	0,303
25	geborgen	0,633	42	selbstsicher-2	0,580	80	selbstsicher-3	0,426
27	selbstsicher-1	0,480	44	zufrieden-1	0,414	81	gespannt	0,203
29	friedvoll	0,580	48	stolz-2	0,559	22	sorgenvoll	-0,251
30	unternehmungslustig	0,426	50	begeistert-2	0,639	32	ängstlich	-0,293
33	ausgeglichen	0,612	53	beschwingt	0,546	75	angsterfüllt	-0,230
34	glücklich-1	0,713	55	verstanden	0,433	77	nervös	-0,233
35	gelassen-1	0,349	65	in Hochstimmung	0,540	82	besorgt-2	-0,266

Nr = Itemnummer; Item-1 = Kennzeichnung eines Items dessen Adjektiv auch in anderen Items vorkommt; $r_{i(t-j)}$ = korrigierter Trennschärfe-Koeffizient der Items; * n = 265 auf Grund listenweisem Fallausschluss

Auf Grund der Trennschärfekoeffizienten werden von 22 Items zum positiven Affekt 20 selektiert (siehe Tabelle 7.3-4): acht zum Bereich ‚Schwangersein‘ (21-34), vier Items zum

‚Mutter-Werden‘ (35-42), zwei Items zum ‚Partner‘ (48+50), zwei Items zu ‚Anderen Bezugspersonen‘ (53+55), ein Item zum ‚Kind‘ (65) und drei Items zur ‚Geburt‘ (76-80). Von allen fünf verbleibenden Items zum negativen Affekt beziehen sich zwei auf das ‚Schwangersein‘ (22+32) und drei auf die ‚Geburt‘ (75-82). Im Bereich ‚Schwangerenvorsorge‘ hält kein Item den Selektionskriterien stand. Für die Erfassung des ‚Affektiven Wohlbefindens‘ bleiben folglich sieben positive Affekt-Items mit hoher, sieben Items mit mittlerer und sechs Items mit niedriger Aktiviertheit/Erregbarkeit. Bei den negativen Affekt-Items verbleiben alle fünf Items (siehe Tabelle 7.3-5): es sind zwei Items mit hoher sowie drei Items mit mittlerer Aktiviertheit/Erregbarkeit.

Tabelle 7.3-4: Trennschärfekoeffizienten ($r_{i(t-j)}$) der Items zum ‚Affektiven Wohlbefinden‘: Positiver Affekt

Nr	Items	$r_{i(t-j)}$ *	VI (95%)*	Nr	Items	$r_{i(t-j)}$ *	VI (95%)*
21	lebenslustig	0,639	0,562-0,705	42	selbstsicher-2	0,654	0,579-0,718
24	stolz-1	0,429	0,325-0,522	44	zufrieden-1	0,391	0,284-0,488
25	geborgen	0,644	0,568-0,709	48	stolz-2	0,523	0,430-0,605
27	selbstsicher-1	0,535	0,443-0,616	50	begeistert-2	0,621	0,541-0,690
29	friedvoll	0,606	0,524-0,677	53	beschwingt	0,554	0,465-0,632
30	unternehmungslustig	0,472	0,373-0,561	55	verstanden	0,415	0,310-0,510
33	ausgeglichen	0,685	0,615-0,744	65	in Hochstimmung	0,588	0,503-0,662
34	glücklich-1	0,700	0,633-0,757	76	zuversichtlich-3	0,491	0,394-0,577
35	gelassen-1	0,446	0,344-0,538	79	gelassen-2	0,457	0,356-0,547
37	begeistert-1	0,600	0,517-0,672	80	selbstsicher-3	0,546	0,456-0,625
40	zuversichtlich-1	0,555	0,466-0,633	81	gespannt	0,185	0,066-0,299

Nr = Itemnummer; Item-1 = Kennzeichnung eines Items dessen Adjektiv auch in anderen Items vorkommt; $r_{i(t-j)}$ = korrigierter Trennschärfe-Koeffizient der Items; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; * n= 267 auf Grund listenweisem Fallausschluss

Tabelle 7.3-5: Trennschärfekoeffizienten ($r_{i(t-j)}$) der Items zum ‚Affektiven Wohlbefinden‘: Negativer Affekt

Nr	Items	$r_{i(t-j)}$ *	VI (95%)*
22	sorgenvoll	0,441	0,344-0,529
32	ängstlich	0,636	0,562-0,700
75	angsterfüllt	0,674	0,606-0,732
77	nervös	0,569	0,486-0,642
82	besorgt-2	0,615	0,538-0,682

Nr = Itemnummer; Item-2 = Kennzeichnung eines Items dessen Adjektiv auch in anderen Items vorkommt; $r_{i(t-j)}$ = korrigierter Trennschärfe-Koeffizient der Items; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; * n=267 auf Grund listenweisem Fallausschluss

Von den Items zu ‚Positiven körperlichen Veränderungen‘ können auf der Basis ihres Schwierigkeitsindexes neun von zehn Items selektiert werden, bei den Items zu Schwangerschaftsbeschwerden sind es zwölf von sechzehn (siehe Tabelle 7.3-6). Die Errechnung der Trennschärfekoeffizienten erweist sich bei den Items 83, 89, 95, 97 und 103 als wenig sinnvoll, da es wegen der relativ wenigen Ja-Antworten (erste Stufe des zwei-stufigen Antwortformats) und des berechnungstechnischen listenweisen Ausschlusses zu sehr geringen Fallzahlen ($n < 50$) kommt. Somit wird die Berechnung auf Items mit $n > 200$ beschränkt und ge-

plant, bei der zweite Befragung auf die ‚unfolding technique‘ zu verzichten sowie inhaltlich ähnliche, aber neu konzipierte Items hinzuzufügen. Es ergeben sich akzeptable Trennschärfekoeffizienten für nur fünf Items, die sich im Wesentlichen auf Einschränkungen des Wohlbefindens durch den großen schwangeren Bauch im dritten Trimenon beziehen.

Tabelle 7.3-6: Kennwerte der Items zu Körperlichem Wohlbefinden

Nr	Item	n	M	SD	P	$r_{i(t-j)}$ **	VI (95%)**
Positive körperliche Veränderungen:							
82	langsame Bewegung	218	1,65	0,820	16,5	0,208	0,067-0,341
83	Brüste	148	2,15	0,836	37,8	–	–
88	unförmig*	291	3,33	0,903	81,4	0,503	0,388-0,603
89	sexuelle Reaktion	121	2,06	0,969	33,1	–	–
90	Platz (Bauch)	252	2,07	0,888	31,7	0,184	0,042-0,319
95	bewusst als Frau	172	3,18	0,747	83,1	–	–
97	attraktiv	171	2,99	0,837	73,1	–	–
100	Gewicht*	293	3,65	0,826	89,1	0,356	0,224-0,475
103	körperliche Bedürfnisse	127	2,61	0,874	58,3	–	–
105	Nähe zu Kind	274	3,69	0,517	97,4	–	–
Schwangerschaftsbeschwerden:							
84	Verstopfung/Durchfall*	293	3,52	0,805	89,1	0,353	0,221-0,472
85	Ziehen*	292	3,21	0,842	79,1	0,427	0,302-0,537
86	Wadenkrämpfe*	292	3,32	0,915	82,2	0,168	0,026-0,304
87	Druck im Bauch*	292	3,07	0,822	77,1	0,405	0,278-0,518
91	Ödeme*	292	3,38	0,943	81,8	0,291	0,154-0,417
93	Rückenschmerzen*	293	2,92	1,063	63,1	0,293	0,157-0,418
94	Schlaf*	291	2,70	1,028	57,7	0,494	0,378-0,595
96	Kindsbewegungen*	292	3,74	0,588	94,5	–	–
98	aktive Bewegung*	294	3,56	0,802	87,1	0,395	0,267-0,509
99	Schmerzen in Beinen*	292	3,61	0,736	90,4	–	–
101	Hitze*	294	3,54	0,790	87,4	0,148	0,005-0,285
102	Sodbrennen*	293	3,13	0,983	75,1	0,215	0,074-0,347
104	außer Atem*	291	2,86	0,877	66,7	0,405	0,278-0,518
106	unangenehmer Sex*	293	3,93	0,368	98,0	–	–
107	Wasser lassen*	289	2,82	0,914	65,7	0,216	0,075-0,348
108	Beengung durch Kind*	294	3,71	0,591	94,2	–	–

* umgepolt; Nr = Itemnummer; n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert der Items; SD = Standardabweichung der Items; P = Schwierigkeitsindex der Items; $r_{i(t-j)}$ = korrigierter Trennschärfe-Koeffizient der Items; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; ** n = 187 auf Grund listenweisem Fallausschluss

Die Trennschärfekoeffizienten dieser fünf Items werden auf Grund der durch die Selektion veränderten individuellen Rohwerte erneut berechnet (Lienert & Raatz 1998, S. 133) (siehe Tabelle 7.3-7). Obwohl drei der Trennschärfekoeffizienten niedriger als 0,4 ausfallen, werden diese Items wegen ihrer inhaltlichen Validität nicht verworfen.

Tabelle 7.3-7: Trennschärfekoeffizienten ($r_{i(t-j)}$) der Items zu Körperlichem Wohlbefinden nach Selektion

Nr	Item	$r_{i(t-j)}$ **	VI (95%) **
85	Ziehen*	0,421	0,320-0,512
87	Druck im Bauch*	0,445	0,346-0,534
88	unförmig*	0,339	0,232-0,438
94	Schlaf*	0,376	0,271-0,472
104	außer Atem*	0,394	0,291-0,488

* umgepolt; Nr = Itemnummer; $r_{i(t-j)}$ = korrigierter Trennschärfe-Koeffizient der Items; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; ** n= 284 auf Grund listenweisem Fallausschluss

Im Anschluss an die Selektion auf Grund ihres Schwierigkeitsindex weisen fünf von zwölf Items zu ‚Bewältigungsreaktionen‘ einen Trennschärfeindex $>0,4$ auf (siehe Tabelle 7.3-8). Von diesen beziehen sich drei auf ‚Akkomodatives Coping‘ und zwei auf ‚Assimilatives Coping‘. Somit sind beide Bewältigungsarten vertreten, wenn auch in geringer Itemanzahl.

Tabelle 7.3-8: Kennwerte der Items zu Bewältigungsreaktionen

Nr	Items	n	M	SD	P	$r_{i(t-j)}$ *	VI (95%)*
109	Zeitlich begrenzt	272	2,43	0,894	46,1	0,363	0,252-0,465
110	Hausmittel anwenden	277	1,52	0,866	15,2	0,266	0,148-0,376
111	Mitgefühl mit sich selbst	278	1,38	0,721	11,1	0,170	0,049-0,286
112	Ignorieren	276	1,26	0,613	7,1		
113	Hilfe durch andere	276	1,80	0,962	25,9	0,280	0,163-0,389
114	Sich selbst Gutes tun	277	2,52	0,998	54,9	0,493	0,394-0,580
115	Aus Liebe zum Kind	274	2,68	0,929	55,6	0,538	0,445-0,620
116	Ans Ziel erinnern	271	2,36	1,066	46,5	0,514	0,418-0,599
117	Jeweils ein Tag	273	1,66	0,950	22,2	0,356	0,244-0,458
118	Ablenkung	272	1,97	0,962	32,3	0,396	0,288-0,494
119	Informationssuche	277	1,80	0,957	25,6	0,385	0,276-0,485
120	Sich bequem machen	273	2,80	0,898	65,7	0,541	0,448-0,622
121	Sich gut zureden	272	1,90	1,013	29,3	0,492	0,393-0,579

Nr = Itemnummer; n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert der Items; SD = Standardabweichung der Items; P = Schwierigkeitsindex der Items; $r_{i(t-j)}$ = korrigierter Trennschärfe-Koeffizient der Items; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; * n=257 auf Grund listenweisem Fallausschluss

Die Trennschärfekoeffizienten, die auf Grund der Selektion von nur ca. 40% der Items und der dadurch veränderten Rohwerte neu berechnet werden, liegen alle höher als der Wert 0,4 (siehe Tabelle 7.3-9).

Tabelle 7.3-9: Trennschärfen ($r_{i(t-j)}$) der Items zu Bewältigungsreaktionen nach Selektion

Nr	Item	$r_{i(t-j)}$ *	VI (95%)*
114	Sich selbst Gutes tun	0,419	0,318-0,511
115	Aus Liebe zum Kind	0,621	0,544-0,688
116	Ans Ziel erinnern	0,518	0,427-0,598
120	Sich bequem machen	0,535	0,446-0,613
121	Sich gut zureden	0,439	0,340-0,528

Nr = Itemnummer; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; * n=268 auf Grund listenweisem Fallausschluss

7.4 Validität und Dimensionalität der ersten Version des Erhebungsinstruments

Die inhaltliche Validität der Items zum SWB in der Schwangerschaft wird gestützt durch ein systematisches und logisches Vorgehen bei der Itemkonstruktion und die konstruktive Kritik durch ExpertInnen. Mit Hilfe der Faktorenanalyse kann die faktorielle Validität der Skalen eruiert werden (Lienert & Raatz 1998, S. 225, 227).

Die Überprüfung der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin (KMO-Test) ergibt für die positiven Affekt-Items des ‚Affektiven Wohlbefindens‘ einen Wert von 0,890 (‚recht gut‘) und für die negativen Affekt-Items einen Wert von 0,796 (an der Grenze von ‚mäßig gut‘ zu ‚recht gut‘). Für die Skala ‚Körperliches Wohlbefinden‘ resultiert ein Wert von 0,739 und für die Skala ‚Bewältigungsreaktionen‘ ein Wert von 0,753 (beide ‚mäßig gut‘) (Brosius 2004, S. 781-782). Bei Betrachtung der Maße der Stichprobeneignung (MSA) pro Item liegen die Maße der positiven Affekt-Items zwischen 0,806 und 0,946 mit Ausnahme der Items ‚stolz-2‘ (0,774) und ‚gelassen-2‘ (0,783) und sind damit ‚recht gut‘, während sie bei den negativen Affekt-Items zwischen 0,756 und 0,830 liegen und somit ‚mäßig‘ bis ‚recht gut‘ sind. Bei der Skala ‚Körperliches Wohlbefinden‘ fallen die Werte nur in den Bereich von 0,714 bis 0,778 und bei der Skala ‚Bewältigungsreaktionen‘ zwischen 0,725 und 0,815, wofür vermutlich das zusammengefasste zweistufige Antwortformat mit verantwortlich ist. Der Barlett-Test auf Sphärizität gibt für alle drei Skalen eine Signifikanz von 0,000 an und weist somit auf eine Faktorenanalyse als sinnvollen nächsten Schritt hin (Brosius 2004, S. 778-781).

Die Dimensionsreduktion und Ermittlung der Faktoren erfolgt durch eine Hauptkomponentenanalyse. Die Anzahl der Komponenten wird mittels Parallelanalyse nach Horn mit gleicher Variablenzahl und Stichprobengröße eruiert (Zwick & Velicer 1986), bei deren Vergleich die relevanten Komponenten über dem Schnittpunkt des flachen Eigenwerteverlaufs einer eigens erstellten Zufallsmatrix (mit gleicher Stichprobengröße und Itemanzahl, aber zufälligen Itemwerten) und der steiler verlaufenden Eigenwertekurve der aktuell zu extrahierenden Faktoren liegen. Auch wenn die Faktoren anzahlmäßig geringer ausfallen als mittels Screeplot oder Kaiserkriterium (Bühner 2004, S. 161-164, 189), so ist die Parallelanalyse doch gekennzeichnet von größerer Genauigkeit bzgl. der Faktorenanzahl (weniger Über- oder Unterschätzungstendenzen) und weniger beeinflusst durch die Variablenanzahl oder Stichprobengröße (Zwick und Velicer 1986).

Auf dieser Grundlage können bei der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ (positiver Affekt) mit 20 Items zwei Faktoren extrahiert werden, die über dem Schnittpunkt (1,4) der oben genannten Eigenwertverläufe liegen. Sie tragen 37,0% bzw. 10,1% zur Gesamtvarianz von 47,1% bei (siehe Anlage 14.4: Tabelle 14.4-6). Die erste Hauptkomponente mit mindestens drei substan-

ziellen Ladungen (Zwick & Velicer 1986) umfasst positive Affekte von sowohl geringer als auch mittlerer und hoher Aktiviertheit/Erregbarkeit und lässt sich als glückliche ‚Harmonie/Begeisterung‘ interpretieren. Dagegen ist die zweite Hauptkomponente mehrheitlich von positiven Affekten mit geringer und mittlerer Aktiviertheit/Erregbarkeit bestimmt, die inhaltlich ‚Selbstsicherheit/Gelassenheit/Zuversicht‘ umfassen (siehe Tabelle 7.4-1). Alle Ladungen auf dem ersten und zweiten Faktor sind höher als 0,5.

Tabelle 7.4-1: Hauptkomponentenanalyse der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ (positiver Affekt) mit Varimaxrotation und Kaisernormalisierung

Nr	Items	Komponente 1	Komponente 2
21	lebenslustig	.564	.396
24	stolz-1	.548	.068
25	geborgen	.731	.171
27	selbstsicher-1	.346	.528
29	friedvoll	.570	.358
30	unternehmungslustig	.287	.476
33	ausgeglichen	.558	.497
34	glücklich-1	.716	.281
35	gelassen-1	.088	.702
37	begeistert-1	.572	.314
40	zuversichtlich-1	.384	.498
42	selbstsicher-2	.390	.645
48	stolz-2	.707	-.071
50	begeistert-2	.751	.029
53	beschwingt	.521	.325
55	verstanden	.450	.170
65	in Hochstimmung	.600	.322
76	zuversichtlich-3	.142	.674
79	gelassen-2	-.017	.778
80	selbstsicher-3	.115	.800

n = Anzahl; Item-1, Item-2, Item-3 = Kennzeichnung verschiedener Items mit gleichen Adjektiven.

Die fünf Items der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ (negativer Affekt), die insgesamt mit Werten über 0,6 auf einer Hauptkomponente laden, spiegeln ‚Angst/Sorge/Nervosität‘ wider (siehe Tabelle 7.4-2) und klären 56,5% der Varianz auf (siehe Anlage 14.4: Tabelle 14.4-7).

Tabelle 7.4-2: Hauptkomponentenanalyse der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ (negativer Affekt)

Nr	Items	Komponente 1
22	sorgenvoll	.613
32	ängstlich	.789
75	angsterfüllt	.824
77	nervös	.743
82	besorgt-2	.773

Bei der Faktorenanalyse der kombinierten Items (positiver und negativer Affekt) lassen sich zwei Hauptkomponenten eruieren und sinnvoll interpretieren, die 45,6% der Varianz aufklä-

ren (siehe Anlage 14.4: Tabelle 14.4-8). Die erste Dimension ist im Wesentlichen durch 12 positive Items bestimmt, die ‚Glück/Begeisterung/Geborgenheit‘ beschreiben und sich auf das Schwangersein, Mutter-Werden, das Kind und den Partner beziehen (siehe Tabelle 7.4-3). Die zweite Dimension wird durch fünf positive und vier negative Affekte charakterisiert, die überwiegend dem Bereich ‚Geburt‘ angehören und sowohl einen entspannten (Gelassenheit/Selbstsicherheit) als auch einen angespannten Zustand (Angst/Nervosität/Sorge) beschreiben. Interessant ist, dass die negativen Items keinen eigenständigen Faktor bilden und daher als ‚Umpolung‘ von positiven Items zur Geburt aufgefasst werden können. So werden die Items vorläufig als zwei Teilaspekte der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ verstanden, die sich zum einen auf die Schwangerschaft, das Kind, Mutter-Werden und den Partner und zum anderen auf die Geburt beziehen. Diese Annahme muss sich allerdings in der Analyse der zweiten Befragung bestätigen (mit umgepolten negativen Affekt-Items und 7-stufigem Intervall-Antwortformat).

Tabelle 7.4-3: Hauptkomponentenanalyse der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ (positiver und negativer Affekt) mit Varimaxrotation und Kaisernormalisierung

Nr	Items	Komponente 1	Komponente 2
21	lebenslustig	.643	.250
24	stolz-1	.529	.025
25	geborgen	.708	.140
27	selbstsicher-1	.453	.414
29	friedvoll	.634	.241
30	unternehmungslustig	.405	.324
33	ausgeglichen	.625	.427
34	glücklich-1	.748	.169
35	gelassen-1	.229	.612
37	begeistert-1	.630	.182
40	zuversichtlich-1	.497	.349
42	selbstsicher-2	.517	.518
48	stolz-2	.628	-.076
50	begeistert-2	.699	-.005
53	beschwingt	.599	.177
55	verstanden	.490	.062
65	in Hochstimmung	.648	.225
76	zuversichtlich-3	.240	.640
79	gelassen-2	.101	.763
80	selbstsicher-3	.250	.728
22	sorgenvoll	-.175	-.483
32	ängstlich	-.143	-.713
75	angsterfüllt	.017	-.799
77	nervös	-.005	-.716
82	besorgt-2	-.094	-.704

n = Anzahl; Item-1, Item-2, Item-3 = Kennzeichnung verschiedener Items mit gleichen Adjektiven;

Bei der Faktorenanalyse der verbliebenen fünf Items zu schwangerschaftsspezifischen ‚Körperlichen Veränderungen‘ und ‚Schwangerschaftsbeschwerden‘ ergibt sich ein einziger Faktor, der 41,3% der Varianz erklärt und alle Items umfasst (siehe Anlage 14.4: Tabelle 14.4-9).

Sie laden auf diesem Faktor alle höher als 0,5 (siehe Tabelle 7.4-4). Die Dimension ‚Körperliches Wohlbefinden‘ zeichnet sich somit genauer durch ‚Beschwerlichkeiten durch den stark angewachsenen Bauch‘ aus und repräsentiert somit entgegen der Erwartung kein positives Körpererleben.

Tabelle 7.4-4: Hauptkomponentenanalyse der Skala ‚Körperliches Wohlbefinden‘ (unrotiert)

Nr	Items	Komponente 1
85	Ziehen*	.672
87	Druck im Bauch*	.698
88	unförmig*	.570
94	Schlaf*	.624
104	außer Atem*	.640

* umgepolt

Auch bei den fünf Items zu ‚Bewältigungsreaktionen‘ ergibt sich eine Hauptkomponente, die 49,2% der Varianz erklärt (siehe Anlage 14.4: Tabelle 14.4-10). Die Items, die auf diesem Faktor alle eine hohe Ladung über 0,6 zeigen, repräsentieren entweder assimilative oder akkomodative Bewältigungsweisen, die angesichts der ‚unabänderlichen‘ Schwangerschaft bzw. deren Auswirkungen plausibel sind (siehe Tabelle 7.4-5). Die selektierten Items bilden somit eine einfaktorielle Skala ‚Coping‘ von psychisch-kognitiven Intentionen und körper- bzw. umweltbezogenem Handeln, welche das eigene Wohlbefinden im Hinblick auf das Kind bzw. die Schwangerschaft unterstützen.

Tabelle 7.4-5: Hauptkomponentenanalyse der Skala ‚Coping‘ (unrotiert)

Nr	Items	Komponente 1
114	sich selbst Gutes tun	.612
115	aus Liebe zum Kind	.801
116	ans Ziel erinnern	.726
120	sich bequem machen	.710
121	sich gut zureden	.642

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich mit Hilfe der Faktorenanalyse zwei Hauptkomponenten zum ‚Affektiven Wohlbefinden‘ aus überwiegend positiven und wenigen negativen Affekten eruieren lassen. Die erste bringt ‚Glück/Zuversicht‘ (positiver Affekt) in Bezug auf das Schwangersein, Mutter-Werden, das Kind und den Partner zum Ausdruck. Die zweite vermittelt sowohl einen entspannten (positiver Affekt: Zuversicht) als auch einen angespannten Zustand (negativen Affekt: Sorge/Angst) im Hinblick auf die Geburt. Das schwangerschaftsspezifische ‚Körperliche Wohlbefinden‘ bildet eine einfaktorielle Skala, die Beschwerlichkeiten durch den großen Bauch umfasst. Die Items zu ‚Coping‘ bilden eine Ska-

la mit einem Faktor, der sowohl psychisch-kognitive als auch handlungsorientierte Bewältigungsreaktionen einschließt.

7.5 Reliabilität der ersten Version des Erhebungsinstruments

Die Analyse der inneren Konsistenz der selektierten Items wird mit Hilfe des Alpha-Koeffizienten von Cronbach (Lienert & Raatz 1998, S.192) je Skala durchgeführt, da dieser definitionsgemäß Homogenität voraussetzt. Das Cronbachs Alpha der 12 selektierten Affekt-Items zu ‚Glück/Begeisterung/Geborgenheit‘ (bei $n=272^{10}$) beträgt 0,891 und der neun Affekt-Items zu ‚Selbstsicherheit/Gelassenheit‘ (bei $n=292$ und umkodierten negativen Items) ist 0,884. Diese Koeffizienten belegen eine relativ hohe bzw. ausreichende innere Konsistenz (Lance et al. 2006, Nunnally & Bernstein 1994). Sowohl der Alpha-Koeffizient von 0,639 der fünf körperbezogenen Items (bei $n=284$) als auch derjenige von 0,740 der fünf Items zu Bewältigungsreaktionen (bei $n=268$) weisen eine unzureichende innere Konsistenz auf. Diese lässt sich in gewissem Maße auf die begrenzte Anzahl von Items zurückführen. So wird bei der zweiten Befragung angestrebt, die Reliabilität dieser Skalen durch eine mindestens gleiche Anzahl von zusätzlichen, den vorhandenen Inhalten ähnelnden Items mittlerer Schwierigkeit (Testverlängerung) und optimierter Formulierung zu verbessern (Lienert & Raatz 1998, S. 208-213).

7.6 Veränderungen am Erhebungsinstrument und vorläufige Konstruktdarstellung

In der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ werden alle selektierten Items bis auf folgende Abweichungen übernommen: Das ursprüngliche Item 33 wird negativ formuliert (‚unausgeglichen‘) und jeweils ein negativ formuliertes Item wird in den Itemgruppen bzgl. ‚Mutter-Werden‘, ‚Partner‘ und ‚Kind‘ ergänzt (‚beunruhigt‘; ‚steigt ein kleiner Hauch von Sorge auf‘, ‚regt sich ein kleiner Zweifel‘), um einem ‚response set‘ entgegen zu wirken, das durch den Wegfall von zahlreichen negativen Items begünstigt werden könnte (siehe Anlage 14.5). Darüber hinaus werden die Bereiche ‚Partner‘ und ‚Kind‘, in denen nur zwei bzw. ein Items verblieben sind, um jeweils zwei ähnliche positive Items ergänzt (‚glücklich‘ und ‚im siebten Himmel‘; ‚die Welt umarmen‘ und ‚ausgelassen vor Glück‘). Die beiden Itemgruppen werden getauscht, um die Abfolge inhaltlich passender zu gestalten. Der Bereich ‚Bezugspersonen‘

¹⁰ listenweiser Fallausschluss von fehlenden Werten (vorgegeben von SPSS V.12)

wird auf Grund der explorativen Faktorenanalyse, die eine Zuordnung der Items zu verschiedenen Komponenten zeigt, nicht aufrechterhalten und durch eine Frage zur sozialen Unterstützung unter den soziodemografischen Fragen substituiert, zumal die Unterstützung durch den Partner durch ein Item im Bereich ‚Partner‘ abgedeckt ist. In der Itemgruppe ‚Geburt‘ wird ein ähnliches, positives Item (‚in fröhlicher Stimmung‘) zusätzlich aufgenommen, um mehr positive als negative Affekte anzubieten. Der Bereich der Schwangerenvorsorge ist ganz weggefallen und scheint somit für das ‚Affektive Wohlbefinden‘ nicht relevant zu sein.

Die wenigen verbleibenden Items zu ‚Beschwerlichkeiten durch den großen Bauch‘ werden stärker zu subjektiven Empfindungen umformuliert und durch Items zur positiven Körperwahrnehmung ergänzt (siehe Anlage 14.5). Ebenso werden zu den verbleibenden Schwangerschaftsbeschwerden zwei Items zur Bewegungseinschränkung hinzugefügt (‚schwerfällig‘ und ‚nicht flink bewegen‘). In der Anordnung werden die Items zur positiven Körperwahrnehmung insgesamt von den Items zu körperlichen Einschränkungen getrennt.

Bezüglich der Bewältigungsreaktionen sind alle Items weggefallen, die sich auf eine ‚instrumentelle‘ Bewältigung beziehen, wie beispielsweise durch Hausmittel, Informationen aus Büchern, konkrete Hilfe durch andere Personen. Ebenso scheint die Bewältigungsweise der Vermeidung oder des Ignorierens für das schwangerschaftsspezifische Coping irrelevant zu sein. Auf der Basis der Angaben im offenen Item 122, die die Teilnehmerinnen mehrfach gemacht haben, werden fünf Items zu Bewältigungsweisen, davon drei handlungsorientierte, (‚Pausen eingelegt‘, ‚Alltag umgestaltet‘, ‚gelacht/geweint‘) und zwei psychisch-kognitive (‚getröstet‘, ‚hoffnungsvolle Gedanken‘) ergänzt.

Somit umfasst das Erhebungsinstrument insgesamt 54 konstruktrelevante Items. Es ergibt sich das in Abbildung 7.6-1 veranschaulichte, vorläufige Modell des schwangerschaftsspezifischen ‚Subjektiven Wohlbefindens‘ und ‚Coping‘.

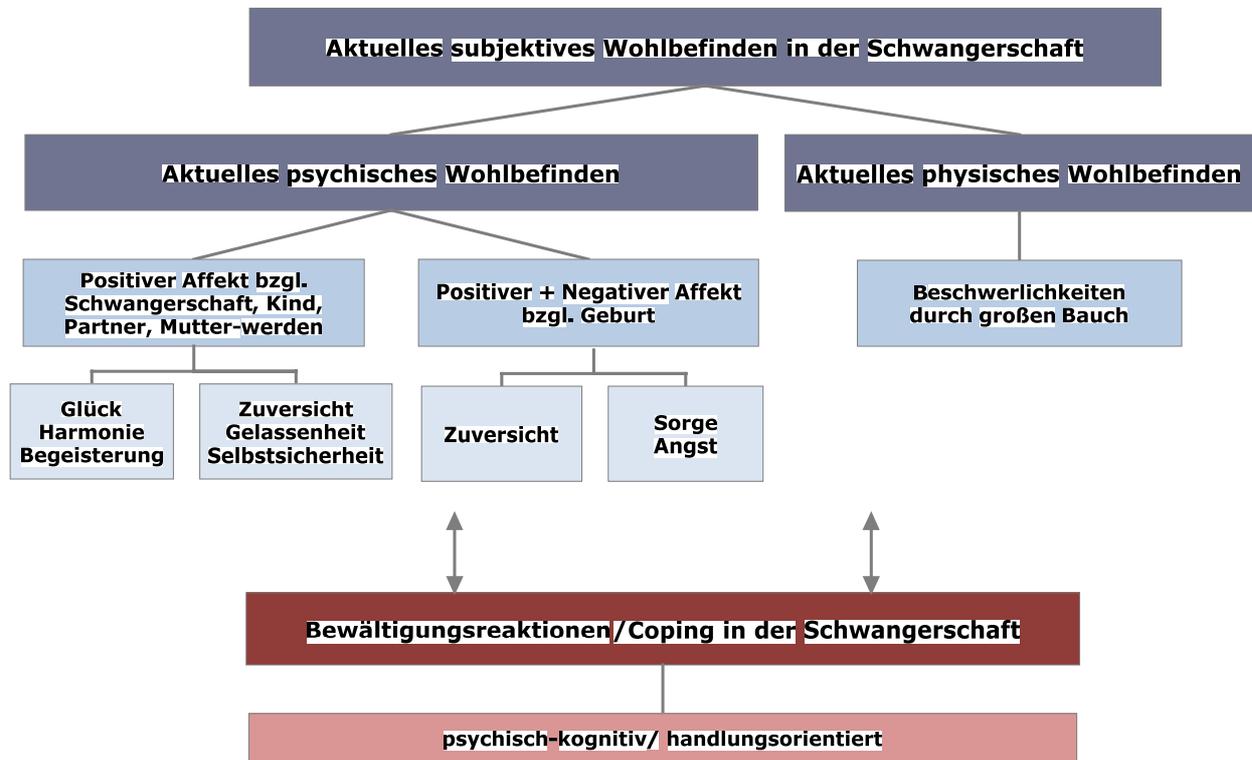


Abbildung 7.6-1: Vorläufiges Modell zum aktuellen subjektiven Wohlbefinden und Coping in der Schwangerschaft

Die Anweisungen zur Beantwortung der Items ändern sich dahingehend, dass bzgl. der positiven Körperwahrnehmung nun die Angabe ‚zurzeit‘ statt ‚in der vergangenen Woche‘ und bzgl. der Bewältigung ‚Ihr Verhalten in der Schwangerschaft‘ statt ‚Umgang mit Beschwerden‘ verwendet wird.

Das Antwortformat der Skalen ‚Körperliches Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ wird im Sinne einer optimierten Interpretationsobjektivität zu einer einheitlichen siebenstufigen, endpunkt-benannten Intervallskala (‚Trifft überhaupt nicht zu‘ bis ‚Trifft voll und ganz zu‘) umgestaltet. Darüber hinaus wird dieses Format für die Items zum ‚Affektiven Wohlbefinden‘ übernommen, auch wenn dadurch die explizite Erfassung der Gefühlsintensität aufgegeben wird und stattdessen der Grad erfragt wird, in dem die jeweilige Aussage zum aktuellen Affekt zutrifft. Diese Entscheidungen kommen einer gesteigerten Durchführungsobjektivität zugute und bieten den Teilnehmerinnen mehr Differenzierungsmöglichkeiten, einschließlich einer (pseudo-)neutralen Angabe. Es ist anzunehmen (und in der Analyse der zweite Befragung zu bestätigen), dass die interne Konsistenz und Validität davon unberührt bleiben.

Unter den geburtshilflich-anamnestischen Fragen werden Items zur Zufriedenheit mit der Schwangerenvorsorge (Items 18-21) eingefügt und in Anlehnung an die Angaben der Teilnehmerinnen zu offenen Fragen die Erläuterungen der Items 8 und 9 zu negativen Ereignissen bzw. Stresssituationen spezifischer formuliert. Es erfolgt eine Ergänzung durch Fragen zum positiven Erleben der Schwangerschaft und Geburt (Item 156 bzw. 159) und eine Streichung von zweitrangigen Items auf Grund der Bemühung, den Fragebogenumfang auf 12 Seiten zu begrenzen (z.B. frühere Teilnahme am Geburtsvorbereitungskurs).

Die Items zu psychosozialen Faktoren werden durch eine Frage zu Stress in der Schwangerschaft ergänzt (Item 7), der mit ungünstigen Outcomes assoziiert ist (Hedegaard et al. 1996, Levin & DeFrank 1988, Norbeck & Tilden 1983, Rondo et al. 2003, Rostad et al. 1995, Whitehead et al. 2003). Weitere schwangerschaftsrelevante Items werden eingefügt: zum Rauchverhalten (Item 13; Kirschner & Kirschner, 2003), zur körperlichen Bewegung (Item 14; Goodwin et al. 2000), zur sozialen Unterstützung (Item 15; Bernazzani et al. 1997; Thorpe et al. 1992) und zur Extraversion (Item 169). Letztere sind als Soziabilität und Impulsivität operationalisiert (Larsen & Buss 2005, S. 74-78).

8 Zweite Befragung

Wie bei der ersten Befragung gelten als Einschlusskriterien ausreichende Deutschkenntnisse. Jedoch wird das Zeitfenster für die Befragung und den Dateneinschluss a priori auf die Zeit nach der vollendeten 28. SSW bis zur Geburt festgelegt (siehe Seite 55-56). Die Teilnehmerinnen werden wie bei der ersten Befragung mittels eines Informationsbriefes auf das Ziel der Forschung, ihre Rechte und den Datenschutz hingewiesen und um eine schriftliche Einverständniserklärung gebeten (siehe Anlage 14.2).

8.1 Setting und Zugang zur zweiten Stichprobe

Die zweite Befragung findet von Juni bis Dezember 2005 statt. Es werden insgesamt 400 Fragebögen an schwangere Frauen verteilt: über freiberufliche Hebammen in den Städten Halle (27) und Göttingen (19) und deren Umkreis (25 km) sowie über die Schwangerenambulanzen der Uni-Frauenkliniken in Halle und Göttingen. Um die Rücklaufquote zu erhöhen (Porst 2001), werden die Titelseite des Fragebogens und die Umschläge mit demselben Bild eines schwangeren Bauchs bedruckt. Durch diesen optischen Stimulus wird beabsichtigt, die Teilnehmerinnen an das Ausfüllen und Absenden des Fragebogens zu erinnern. Das Rücklaufprotokoll wird dahingehend verändert, dass die schwangeren Frauen gebeten werden, die ausgefüllten Fragebögen im beigelegten adressierten Antwort-Umschlag direkt an die Autorin zu senden, die das Porto übernimmt.

8.2 Merkmale der zweiten Stichprobe

Von 400 Fragebögen werden 257 zurückgesandt (Rücklauf 64%), von welchen 9 nicht eingeschlossen werden können, da das Gestationsalter unter der 28. vollendeten SSW liegt oder nicht angegeben ist und ein Fragebogen nur zur Hälfte ausgefüllt ist. Somit können 247 Fragebögen ausgewertet werden. Zwei Drittel der Frauen sind in der 28.+1 bis 35.+0 SSW, während sich ein Drittel in der 35.+1 bis 42.+0 SSW befindet (siehe Tabelle 8.2-1).

Tabelle 8.2-1: Verteilung der Stichprobe nach Gestationsalter (n=247)

Schwangerschaftswochen (SSW)	n	%
begonnene 29. SSW bis vollendete 35. SSW	172	69,6
begonnene 36. SSW bis vollendete 42. SSW	75	30,4
Gesamt	247	100,0

Jeweils etwa die Hälfte der Teilnehmerinnen ist unter 30 Jahre alt, hat Abitur bzw. Fachhochschulreife, ist beruflich angestellt und wohnt in der Stadt Halle (siehe Tabelle 8.2-2). Fast 41% sind ledig, etwa 52% befinden sich im Mutterschutz oder in der Elternzeit und 68% fühlen sich finanziell abgesichert.

Tabelle 8.2-2: Soziodemografische Charakteristika der zweiten Stichprobe

Wohnort (n=246*)	n	(%)	Schulbildung (n=247)	n	(%)
Halle (Stadt)	127	51,6	Hauptschulabschluss	8	3,2
Halle (Umgebung)	53	21,5	Mittlere Reife	104	42,1
Göttingen (Stadt)	24	9,8	Fachhochschulreife	22	8,9
Göttingen (Umgebung)	42	17,1	Abitur	111	44,9
Gesamt	246	100,0	Sonstiger Abschluss	2	0,8
			Gesamt	247	100,0
Alter (n=247)	n	(%)	Berufstätigkeit (n=245)	n	(%)
< 20 Jahre	3	1,2	Arbeiterin	4	1,6
20-24 Jahre	47	19,0	Angestellte	132	53,9
25-29 Jahre	77	31,2	Beamtin	14	5,7
30-34 Jahre	80	32,4	Selbstständige	17	6,9
35-39 Jahre	35	14,2	Mithelfende Familienangehörige	2	0,8
> 39 Jahre	5	2,0	Nicht erwerbstätig	76	31,0
Gesamt	247	100,0	Gesamt	245	100,0
Familienstand (n=247)	n	(%)	Mutterschutz/Elternzeit (n=247)	n	(%)
Ledig	101	40,9	Mutterschutz	118	47,8
Getrennt/geschieden/verwitwet	11	4,5	Elternzeit	10	4,0
Verheiratet/Lebenspartnerschaft	135	54,7	Nein	119	48,2
Gesamt	247	100,0	Gesamt	247	100,0
Staatsangehörigkeit (n=240)	n	(%)	Finanzielle Absicherung (n=242)	n	(%)
Deutsch	235	97,9	Ja	164	67,8
Andere	5	2,1	Nein	78	32,2
Gesamt	240	100,0	Gesamt	242	100,0

* Anzahl der Teilnehmerinnen, die dazu Angaben gemacht haben

Über ein Drittel der Teilnehmerinnen sind Mehrgebärende. Zwischen 10% und 20% der Frauen weisen Risikofaktoren hinsichtlich ihrer Lebensweise (Rauchen, Bewegungsmangel, nicht ausreichende soziale Unterstützung) auf (siehe Tabelle 8.2-3). Knapp 31% sind während der Schwangerschaft krank gewesen, von welchen 43% ein ärztliches Beschäftigungsverbot erhielten. Während etwa 58% der Frauen ein negatives Lebensereignis (wie z.B. Hausbau/Umzug, Arbeitsstress oder Arbeitslosigkeit) während der vergangenen 12 Monate angeben, berichten 37% von erheblichen Stressauslösern bzgl. ihrer Schwangerschaft (wie z.B. vorzeitige Wehen, Blutungen oder den Verdacht einer ernsten Erkrankung). Über 45% der Frauen geben an, eine frühere Schwangerschaft positiv erlebt zu haben und 40% negativ; damit vergleichbar berichten 47% der Schwangeren von einem früheren positiven Geburtserlebnis, und 30% von einem negativen. Knapp drei Viertel aller Teilnehmerinnen deuten eine Tendenz zur Extraversion an.

Tabelle 8.2-3: Geburtshilfliche und psychosoziale Charakteristika der zweiten Stichprobe

	Ja	(%)	Nein	(%)
Frühere Schwangerschaft (n=240*)	108	45,0	132	55,0
Frühere Geburten (n=240)	88	36,7	152	63,3
Mehrlinge (n=247)	4	1,6	243	98,4
Frühere Totgeburt (n=108)	3	2,8	106	97,2
Rauchen in Schwangerschaft (n=247)	29	11,7	218	88,3
Körperliche Bewegung in der Ss (n=246)	197	80,1	49	19,9
Soziale Unterstützung in der Ss (n=245)	221	90,2	24	9,8
Geburtsvorbereitungskurs (n=247)	159	64,4	88	35,6
Erkrankung in der Ss (n=247)	76	30,8	171	69,2
Beschäftigungsverbot (n=76)	33	43,4	43	56,6
Berufstätigkeit in der Ss (n=247)	176	71,3	71	28,7
Negatives Lebensereignis (n=247)	142	57,5	105	42,5
Negatives Ereignis bzgl. Ss/Kind (n=246)	91	37,0	155	63,0
Frühere Ss: positives Erleben (n=108)	49	45,4	59	54,6
Frühere Ss: negatives Erleben (n=108)	43	39,8	65	60,2
Frühere Geburt: positives Erleben (n=88)	40	46,5	46	53,5
Frühere Geburt: negatives Erleben (n=88)	26	29,9	61	70,1
Extraversion (n=225)	166	73,8	59	26,2

* Anzahl der Teilnehmerinnen, die dazu Angaben gemacht haben; Ss = Schwangerschaft

Während der Anteil der Frauen mit Kinderwunsch, positiver momentaner Stimmung und Betreuung durch die Hebamme bzw. die Ärztin/den Arzt vergleichbar ist mit der ersten Stichprobe, weist ein höherer Prozentsatz der aktuell Befragten körperliche und seelische Belastungen durch den Beruf auf (siehe Tabelle 8.2-4).

Tabelle 8.2-4: Psychosoziale und gesundheitsbezogene Charakteristika der zweiten Stichprobe

	n	%		n	%
Kinderwunsch (n=247*)			Stressiger Alltag (n=247)		
Eher ungeplante Ss	53	21,5	Selten/wenig	109	44,1
Eher geplante Ss	183	74,0	Zu 50%	51	20,6
Med. unterstützt	11	4,5	Sehr oft/häufig	87	35,2
Gesamt	247	100,0	Gesamt	247	100,0
Körperliche Anstrengung in Beruf (n=176)			Seelische Belastung in Beruf (n=176)		
Selten/wenig	93	52,8	Selten/wenig	99	56,3
Zu 50%	25	14,2	Zu 50%	20	11,4
Sehr oft/häufig	58	33,0	Sehr oft/häufig	57	32,4
Gesamt	176	100,0	Gesamt	176	100,0
Momentane Stimmung (n=247)			Betreuung (Hebamme/Ärztin/Arzt) (n=247)		
Gut	180	72,9	Überwiegend Heb.	20	8,1
Weder gut noch schlecht	44	17,8	Nur Ärztin/Arzt	58	23,5
Schlecht	23	9,3	Zu gleichen Teilen	168	68,0
Gesamt	247	100,0	Von niemandem	1	0,4
			Gesamt	247	100,0
Information durch Hebamme (n=188)			Information durch Ärztin/Arzt (n=246)		
Ausreichend	172	91,5	Ausreichend	198	80,5
Teils-teils	10	5,3	Teils-teils	26	10,6
Nicht ausreichend	6	3,2	Nicht ausreichend	22	8,9
Gesamt	188	100,0	Gesamt	246	100,0
Berücksichtigung von Bedürfnissen durch Hebamme (n=185)			Berücksichtigung von Bedürfnissen durch Ärztin/Arzt (n=246)		
Umfassend	178	96,2	Umfassend	212	86,2
Teils-teils	5	2,7	Teils-teils	17	6,9
(Fast) gar nicht	2	1,1	(Fast) gar nicht	17	6,9
Gesamt	185	100,0	Gesamt	246	100,0

* Anzahl der Teilnehmerinnen, die dazu Angaben gemacht haben; Ss = Schwangerschaft

Etwas über 35% geben an, sehr häufig einen stressigen Alltag zu haben. Insgesamt schätzen die Teilnehmerinnen die Informationen bzw. die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse durch die Hebamme etwas positiver ein als durch Ärztinnen/Ärzte.

Bei der Überprüfung der Verteilung des Merkmals SWB in der Stichprobe bzgl. des Wohnorts werden die Mittelwerte (M) pro Skala¹¹ pro Teilnehmerin berechnet. Eine Einteilung in zwei Gruppen wird mit Hilfe der Mediane des arithmetischen Mittels vorgenommen: ‚Affektives Wohlbefinden‘: 5,10; ‚Körperliches Wohlbefinden‘: 3,64; ‚Coping‘: 5,00). Es besteht kein Hinweis darauf, dass die Wohlbefindenseinschätzung der Stichprobe hinsichtlich des Wohnorts ungleich verteilt ist (siehe Anlage 14.6: Tabelle 14.6-1 und Tabelle 14.6-2).

8.3 Itemanalyse und Itemselektion

Die Daten werden in eine Matrix von SPSS 12 eingegeben und wie bei der ersten Erhebung auf Implausibilitäten geprüft. Nach doppelter Eingabe von 10% zufällig ausgewählter Fragebögen werden ersichtliche Fehler (deren Rate bei 0,004% der eingegebenen Werte liegt) korrigiert. Insgesamt weisen die Fragebögen eine sehr geringe Quote von ‚missings‘ auf, die sich wahrscheinlich durch die verbesserte Durchführungsobjektivität auf Grund des vereinfachten Antwortmodus erklären lässt. Die ‚negativen‘ Items 27, 30, 36, 39, 45, 48, 50 und 52 der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ sowie die Items 81, 82 und 84 bis 89 der Skala ‚Körperliches Wohlbefinden‘ werden anschließend umgepolt.

Mit Ausnahme der Items 36, 39, 48 und 49 liegen die Mittelwerte der Items über 4,0 und beschreiben somit eine überwiegende Zustimmung der Teilnehmerinnen zu einer positiven Affektlage (siehe Anlage 14.6: Tabelle 14.6-3). Bei 9 von 14 Items der Skala ‚Körperliches Wohlbefinden‘ liegen die Mittelwerte unter 4,0 und beschreiben eine Tendenz zum beeinträchtigten körperlichen Wohlbefinden (siehe Anlage 14.6: Tabelle 14.6-4). Alle Mittelwerte der Items zur Bewältigung liegen über 4,0 und deuten auf eine überwiegende Zustimmung bzgl. des schwangerschaftsspezifischen Coping hin (siehe Anlage 14.6: Tabelle 14.6-5).

Die schrittweise Selektion erfolgt auf der Basis von drei Kriterien, wobei auf Grund der großen Itemanzahl von affektiven Items eher kritisch vorgegangen wird: ein Schwierigkeitsindex >20 und <80 , ein mittlerer Trennschärfekoeffizient $\geq 0,3$ (Fisseni 2004, S. 124) und ein Bei-

¹¹ Der Ausschluss von Rohwerten der Teilnehmerinnen aus der Berechnung des Mittelwerts wurde vorgenommen, wenn weniger als 80% der selektierten Items beantwortet wurden

trag zur Varianzaufklärung (R^2) $>0,4$. Somit werden die Items 27, 29, 31, 36, 45 und 46 ausgeschlossen. Bei erneuter Berechnung der Itemkennwerte nach Selektion fällt der Beitrag des Items 39 zur Varianz unter 0,3, worauf auch dieses Item entfernt wird (siehe Tabelle 8.3-1).

Tabelle 8.3-1: Kennwerte der Items der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ (AW)

Items	n	M	SD	P	$r_{i(t-i)}$ **	VI (95%)**	R^2 **
23-lebenslustig	247	5,28	1,579	71,7	0,600	0,510-0,677	0,642
24-stolz-1	246	5,99	1,472	83,3	0,522	0,420-0,611	0,613
25-geborgen	246	5,30	1,698	73,6	0,535	0,435-0,622	0,668
26-friedvoll	246	5,17	1,573	71,1	0,575	0,481-0,656	0,669
27-unausgeglichen*	246	4,73	2,092	60,2	0,315	0,193-0,428	0,276
28-selbstsicher-1	246	5,01	1,645	65,0	0,575	0,481-0,656	0,584
29-unternehmungslustig	247	4,40	1,739	52,2	0,363	0,244-0,471	0,395
30-ängstlich*	247	4,65	1,804	52,2	0,462	0,353-0,559	0,445
31-glücklich-1	247	6,14	1,162	88,7			
32-gelassen-1	247	4,81	1,672	61,1	0,529	0,428-0,617	0,690
33-begeistert-1	247	5,47	1,390	76,9	0,616	0,528-0,691	0,647
34-zuversichtlich-1	247	5,81	1,200	83,8	0,586	0,493-0,665	0,633
35-selbstsicher-2	247	4,98	1,595	67,6	0,580	0,486-0,660	0,721
36-beunruhigt*	247	3,77	2,014	35,2	0,332	0,211-0,443	0,329
37-in Hochstimmung	247	5,83	1,294	83,8	0,569	0,474-0,651	0,703
38-Welt umarmen	246	5,57	1,599	76,4	0,520	0,418-0,609	0,766
39-Hauch von Sorge*	246	3,51	2,087	29,7	0,426	0,313-0,527	0,404
40-ausgelassen	246	5,35	1,431	72,0	0,588	0,496-0,667	0,645
41-begeistert-2	239	5,91	1,358	86,2	0,348	0,228-0,458	0,778
42-stolz-2	239	6,01	1,451	87,0			
43-glücklich-2	238	5,91	1,590	84,9	0,335	0,214-0,446	0,730
44-siebter Himmel	239	5,49	1,608	74,9	0,367	0,249-0,475	0,750
45-kleiner Zweifel*	238	4,35	3,337	57,6	0,229	0,102-0,349	0,340
46-gelassen-2	245	4,15	1,858	45,3	0,594	0,503-0,672	0,717
47-zuversichtlich-3	247	5,08	1,587	69,2	0,634	0,549-0,706	0,697
48-nervös*	247	3,51	1,942	32,0	0,401	0,286-0,505	0,566
49-fröhlich	246	3,94	1,813	37,4	0,543	0,444-0,629	0,511
50-angsterfüllt*	245	4,45	2,312	51,8	0,503	0,399-0,594	0,631
51-selbstsicher-3	246	4,02	1,724	39,4	0,583	0,490-0,663	0,684
52-besorgt-2*	247	4,07	1,834	39,7	0,542	0,443-0,628	0,621

n = Anzahl; Item-1, Item-2, Item-3 = Kennzeichnung verschiedener Items mit gleichen Adjektiven; M = arithmetischer Mittelwert der Items; SD = Standardabweichung der Items; P = Schwierigkeitsindex der Items; $r_{i(t-i)}$ = korrigierter Trennschärfekoeffizient der Items; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; R^2 = quadrierte multiple Korrelation; * umgepolt; ** n=226 auf Grund listenweisem Fallausschluss

Basierend auf der Faktorenanalyse (siehe Kapitel 8.4-1) werden schließlich noch die Items 28 und 30 eliminiert, so dass die Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ letztlich durch die Items 23 bis 26 zum Schwangersein, die Items 32 bis 35 zum Mutter-Werden, die Items 37, 38 und 40 zum Kind, die Items 41, 43 und 44 zum Partner sowie die Items 46 bis 52 zur Geburt gebildet wird (siehe Tabelle 8.3-2).

Tabelle 8.3-2: Kennwerte der selektierten Items der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ (AW) nach Selektion und Faktorenanalyse

Items	$r_{i(t-j)}$ **	VI (95%)**	R^2 **
23-lebenslustig	0,556	0,459-0,640	0,536
24-stolz-1	0,556	0,459-0,640	0,561
25-geborgen	0,548	0,450-0,633	0,648
26-friedvoll	0,581	0,488-0,661	0,647
32-gelassen-1	0,487	0,381-0,580	0,664
33-begeistert-1	0,621	0,534-0,695	0,625
34-zuversichtlich-1	0,569	0,474-0,651	0,614
35-selbstsicher-2	0,546	0,448-0,631	0,688
37-in Hochstimmung	0,596	0,505-0,674	0,682
38-Welt umarmen	0,553	0,456-0,637	0,748
40-ausgelassen	0,613	0,525-0,688	0,635
41-begeistert-2	0,365	0,246-0,473	0,772
43-glücklich-2	0,346	0,226-0,456	0,722
44-siebter Himmel	0,400	0,285-0,504	0,741
46-gelassen-2	0,619	0,532-0,693	0,704
47-zuversichtlich-3	0,666	0,587-0,733	0,686
48-nervös*	0,387	0,270-0,492	0,547
49-fröhlich	0,567	0,472-0,649	0,487
50-angsterfüllt*	0,508	0,405-0,599	0,622
51-selbstsicher-3	0,579	0,485-0,660	0,652
52-besorgt-2*	0,518	0,416-0,607	0,592

Item-1, Item-2, Item-3 = Kennzeichnung verschiedener Items mit gleichen Adjektiven; $r_{i(t-j)}$ = korrigierter Trennschärfe-Koeffizient der Items; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; R^2 = quadrierte multiple Korrelation; * umgepolt; ** n=228 auf Grund listenweisem Fallausschluss

Die Items 76 bis 83 (positives Körpererleben) bilden zusammen mit den Items 84 bis 89 (Beeinträchtigungen) eine vorläufige gemeinsame Skala ‚Körperliches Wohlbefinden‘ (siehe Tabelle 8.3-3). Das Item 78 ist eher leicht, während die umgepolteten Items 77 und 85 bis 89 überwiegend schwierig zu beantworten sind. Da sich die Trennschärfekoeffizienten und die quadrierten multiplen Korrelationen je Item zum positiven Körpererleben und den Beeinträchtigungen auffällig unterscheiden, werden die beiden Itemgruppen getrennt analysiert.

Tabelle 8.3-3: Kennwerte der Items der vorläufigen Skala ‚Körperliches Wohlbefinden‘

Items	n	M	SD	P	$r_{i(t-j)}$ **	VI (95%)**	R^2 **
76-Brüste	247	4,30	1,837	48,6	0,361	0,246-0,466	0,288
77-Hüften	246	2,61	1,627	13,8	0,468	0,363-0,561	0,440
78-Bauch	246	5,75	1,631	79,3	0,384	0,271-0,487	0,485
79-Körper (schwanger)	247	4,40	1,776	47,0	0,606	0,519-0,680	0,735
80-Attraktivität	247	3,66	1,767	31,6	0,608	0,522-0,682	0,683
81-Gewicht*	246	4,79	2,205	58,5	0,480	0,377-0,572	0,513
82-Figur*	247	4,81	2,145	58,7	0,446	0,339-0,542	0,519
83-Körper (verändert)	247	3,64	1,864	30,0	0,508	0,408-0,596	0,460
84-Ziehen*	247	3,75	2,430	38,5	0,207	0,083-0,325	0,167
85-Druck im Bauch*	247	2,57	1,840	17,8	0,318	0,200-0,427	0,244
86-Schwerfälligkeit*	247	2,91	1,842	19,4	0,503	0,402-0,592	0,425
87-Schlaf*	247	2,56	2,083	19,8	0,281	0,160-0,393	0,183
88-außer Atem*	246	2,69	1,799	17,1	0,334	0,217-0,442	0,455
89-Beweglichkeit*	246	2,38	1,740	13,8	0,392	0,280-0,494	0,452

n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert der Items; SD = Standardabweichung der Items; P = Schwierigkeitsindex der Items; $r_{i(t-j)}$ = korrigierter Trennschärfe-Koeffizient der Items; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; R^2 = quadrierte multiple Korrelation; * umgepolt; ** n=243 auf Grund listenweisem Fallausschluss

Danach weisen die Items 77 bis 83 hohe Trennschärfen auf und ihr jeweiliger Beitrag zur Varianz liegt bei $>0,4$. Das Item 76 wird auf Grund seines deutlich geringeren Beitrags zur Varianz ausgeschlossen, während das Item 77 – trotz der Schwierigkeit von 13,8 – wegen seiner hohen Trennschärfe und seines Beitrags zur Varianz selektiert wird. Diese Gruppe der Items bildet nun die Skala ‚Positive Körperwahrnehmung‘ (PKW) (siehe Tabelle 8.3-4).

Tabelle 8.3-4: Kennwerte der Items der Skala ‚Positive Körperwahrnehmung‘ (PKW)

Items	n	M	SD	P	$r_{i(t-j)}$ **	VI (95%)**	R^2 **
77-Hüften	246	2,61	1,627	13,8	0,588	0,499-0,664	0,411
78-Bauch	246	5,75	1,631	79,3	0,522	0,424-0,608	0,466
79-Körper (schwanger)	247	4,40	1,776	47,0	0,711	0,643-0,768	0,703
80-Attraktivität	247	3,66	1,767	31,6	0,751	0,691-0,801	0,675
81-Gewicht*	246	4,79	2,205	58,5	0,461	0,356-0,554	0,463
82-Figur*	247	4,81	2,145	58,7	0,511	0,412-0,598	0,493
83-Körper (Veränderung)	247	3,64	1,864	30,0	0,600	0,513-0,675	0,442

n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert der Items; SD = Standardabweichung der Items; P = Schwierigkeitsindex der Items; $r_{i(t-j)}$ = korrigierter Trennschärfe-Koeffizient der Items; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; R^2 = quadrierte multiple Korrelation; * umgepolt; ** n=244 auf Grund listenweisem Fallausschluss.

Bei der Analyse der Itemkennwerte zu körperlichen Beeinträchtigungen weisen die umgepoltten Items 84 bis 89 eine überwiegend hohe Schwierigkeit und mittlere bis hohe Trennschärfe-koeffizienten auf (siehe Tabelle 8.3-5). Auf Grund der begrenzten Itemanzahl und ihrer inhaltlichen Relevanz werden zunächst Items mit Schwierigkeitsindices zwischen 0,1 und 0,9 sowie Trennschärfen $>0,3$ selektiert. Da jedoch die Items 84, 85 und 87 einen eher geringen Beitrag zur Varianz leisten, kann der Konsistenzkoeffizient (Cronbachs Alpha) durch deren Elimination verbessert werden.

Tabelle 8.3-5: Kennwerte der Items zu körperlichen Beeinträchtigungen

Items	n	M	SD	P	$r_{i(t-j)}$ **	VI (95%)**	R^2 **
84-Ziehen*	247	3,75	2,430	38,5	0,346	0,231-0,452	0,147
85-Druck im Bauch*	247	2,57	1,840	17,8	0,463	0,358-0,556	0,234
86-Schwerfälligkeit*	247	2,91	1,842	19,4	0,567	0,475-0,646	0,378
87-Schlaf*	247	2,56	2,083	19,8	0,364	0,250-0,468	0,144
88-außer Atem*	246	2,69	1,799	17,1	0,495	0,394-0,584	0,429
89-Beweglichkeit*	246	2,38	1,740	13,8	0,546	0,452-0,628	0,437

n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert der Items; SD = Standardabweichung der Items; P = Schwierigkeitsindex der Items; $r_{i(t-j)}$ = korrigierter Trennschärfe-Koeffizient der Items; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; R^2 = quadrierte multiple Korrelation; * umgepolt; ** n=246 auf Grund listenweisem Fallausschluss.

Die selektierten Items 86, 88 und 89 repräsentieren nun zusammen körperliches Wohlbefinden in Bezug auf die Körperfunktion und bilden nun die Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ (MB) (siehe Tabelle 8.3-6).

Tabelle 8.3-6: Kennwerte der Items der Skala 'Mobilität/Behändigkeit' (MB) nach Selektion

Items	n	M	SD	P	$r_{i(t-j)}$ **	VI (95%)**	R^2 **
86-Schwerfälligkeit*	247	2,91	1,842	19,4	0,559	0,466-0,640	0,312
88-außer Atem*	246	2,69	1,799	17,1	0,642	0,562-0,710	0,426
89-Beweglichkeit*	246	2,38	1,740	13,8	0,640	0,560-0,709	0,424

n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert der Items; SD = Standardabweichung der Items; P = Schwierigkeitsindex der Items; $r_{i(t-j)}$ = korrigierter Trennschärfe-Koeffizient der Items; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; R^2 = quadrierte multiple Korrelation; * umgepolt; ** n=246 auf Grund listenweisem Fallausschluss.

Die Items zu Bewältigungsreaktionen weisen durchgehend mittlere Schwierigkeitswerte auf. Wegen ihrer mittleren bis hohen Trennschärfekoeffizienten werden die Items 102 bis 107 und Item 109 selektiert (siehe Tabelle 8.3-7 und Tabelle 8.3-8). Diese werden mit ihrem je individuellen Beitrag zur Varianz von $\geq 0,3$ beibehalten, da sie bei der Faktorenanalyse hohe Ladungen aufweisen und sich die Reliabilität bei weiterer Elimination nicht verbessern würde (siehe Tabelle 8.4-4). Sie bilden die Skala ‚Coping‘ mit vier Items zur Komponente ‚Akkommodatives Coping‘ (psychisch-kognitive Anpassungsleistungen) und drei Items, die die Komponente ‚Assimilatives Coping‘ (körper- und umweltbezogene Anpassungsleistungen) repräsentieren.

Somit umfasst die Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ 21 Items, die Skala ‚Positive Körperwahrnehmung‘ 10 Items und die Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ 7 Items.

Tabelle 8.3-7: Kennwerte der Items der Skala ‚Coping‘

Items	n	M	SD	P	$r_{i(t-j)}$ *	VI (95%)*	R^2 *
100-zeitlich begrenzt	247	4,00	2,251	47,8	0,172	0,049-0,290	0,127
101-sich selbst Gutes tun	247	4,74	1,693	60,3	0,267	0,148-0,379	0,183
102-aus Liebe zum Kind	247	4,95	1,857	64,4	0,416	0,308-0,514	0,328
103-an Ziele erinnert	246	4,66	1,935	61,0	0,443	0,337-0,538	0,367
104-positive Gedanken	246	5,28	1,643	73,6	0,549	0,456-0,630	0,464
105-Pausen/ Entspannung	247	5,58	1,660	79,4	0,522	0,425-0,607	0,459
106-sich gut zugeredet	247	4,47	1,841	53,8	0,528	0,432-0,612	0,444
107-Alltag umgestaltet	247	4,93	1,852	62,8	0,447	0,342-0,541	0,351
108-gelacht/ geweint/ geteilt	247	5,41	1,771	76,1	0,280	0,161-0,391	0,215
109-sich bequem gemacht	247	5,50	1,492	76,9	0,395	0,285-0,495	0,393

n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert der Items; SD = Standardabweichung der Items; P = Schwierigkeitsindex der Items; $r_{i(t-j)}$ = korrigierter Trennschärfe-Koeffizient der Items; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; R^2 = quadrierte multiple Korrelation; * n=245 auf Grund listenweisem Fallausschluss.

Tabelle 8.3-8: Kennwerte der Items der Skala ‚Coping‘ nach Selektion

Items	n	M	SD	P	$r_{i(t-j)}$ *	VI (95%)*	R^2 *
102-aus Liebe zum Kind	247	4,95	1,857	64,4	0,416	0,307-0,515	0,285
103-an Ziele erinnert	246	4,66	1,935	61,0	0,456	0,351-0,550	0,358
104-positive Gedanken	246	5,28	1,643	73,6	0,578	0,488-0,656	0,433
105-Pausen/ Entspannung	247	5,58	1,660	79,4	0,513	0,414-0,600	0,445
106-sich gut zugeredet	247	4,47	1,841	53,8	0,567	0,475-0,646	0,421
107-Alltag umgestaltet	247	4,93	1,852	62,8	0,464	0,360-0,557	0,347
109-sich bequem gemacht	247	5,50	1,492	76,9	0,336	0,220-0,443	0,327

n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert der Items; SD = Standardabweichung der Items; P = Schwierigkeitsindex der Items; $r_{i(t-j)}$ = korrigierter Trennschärfe-Koeffizient der Items; VI (95%) = 95%-Vertrauensintervall; R^2 = quadrierte multiple Korrelation; * n=245 auf Grund listenweisem Fallausschluss.

8.4 Validität und Dimensionalität der zweiten Version des Erhebungsinstruments

Mit Hilfe der Faktorenanalyse soll zunächst die faktorielle Validität und Dimensionalität der Skalen eruiert werden (Lienert & Raatz 1998, S. 226-227). Darauf folgend wird ihre Konvergenz mit anderen Messinstrumenten dargestellt.

8.4.1 Dimensionen des Erhebungsinstruments

Die Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin fällt mit 0,871 für die Skala 'Affektives Wohlbefinden' und 0,809 für die Skala 'Körperliches Wohlbefinden' recht gut und mit 0,745 für die Skala 'Bewältigungsweisen' mäßig gut aus (Brosius 2004, S. 781-782). Laut Anti-Image-Matrix liegen die Korrelationen der AW-Items zwischen 0,837 und 0,939 – abgesehen von den Items 32, 41 und 43, die sich zwischen 0,764 und 0,797 befinden. Jene der Skala 'Positive Körperwahrnehmung' weisen Werte zwischen 0,659 und 0,913 auf und diejenigen der Skala 'Mobilität/Behändigkeit' Werte zwischen 0,666 und 0,756. Die Korrelationen der Skala 'Coping' betragen laut Anti-Image-Matrix 0,696 bis 0,790. Der Barlett-Test auf Sphärizität fällt für alle vier Skalen mit 0,000 signifikant aus. Es schließt sich eine Hauptkomponenten-Analyse an, deren Komponenten wie bei der ersten Befragung mittels Parallelanalyse nach Horn mit gleicher Variablenzahl und entsprechender Stichprobengröße eruiert werden (Zwick & Velicer 1986).

Bei der Überprüfung der Komponenten der Skala 'Affektives Wohlbefinden' laden die Items 28 ('selbstsicher'), 30 ('ängstlich') und 33 ('begeistert-1') nicht eindeutig auf einen Faktor (Faktor 3: 0,477 und Faktor 1: 0,400; Faktor 2: 0,441 und Faktor 3: 0,363; Faktor 1: 0,524 und Faktor 4: 0,633;). Da die Items 28 und 30 Korrelationskoeffizienten unter 0,5 aufweisen, werden diese ausgeschlossen; das Item 33 wird jedoch wegen seiner hohen Ladung auf Faktor 4 beibehalten (siehe Tabelle 8.4-1). Die verbleibenden 21 Items klären zusammen eine Varianz von 68,5% auf (siehe Anlage 14.6: Tabelle 14.6-6).

Dadurch entsteht (in Erweiterung der drei-Faktoren-Struktur der ersten Version des Instruments) eine Skala mit vier Komponenten zu 'Schwangersein/Kind' (SK), 'Mutterwerden' (M), 'Partner' (P) und 'Geburt' (G). Sie bestätigt somit die Items in ihrem inhaltlichen Bezug (siehe Anlage 14.5). Die erste (SK) wird überwiegend durch Hochgefühle in Bezug auf die Schwangerschaft und das Kind bestimmt, die zweite (G) durch Gelassenheit/Zuversicht/Selbstsicherheit bezüglich der Geburt, die dritte (P) durch Glücksgefühle, die sich auf den Partner beziehen, und die vierte Hauptkomponente (M) durch Gelassenheit/Zuversicht gegenüber der Mutterschaft. Die zusätzliche mittlere Ladung des Items 33 auf die Komponente 1 kann plausibel mit dem engen inhaltlichen Zusammenhang von der Begeisterung über die Mutterschaft und der Schwangerschaft bzw. den Glücksgefühlen bzgl. des Kindes erklärt

werden. Mit Ausnahme der dritten Komponente (P), die ausschließlich Items mit hoher Aktiviertheit/Erregbarkeit enthält, umfassen die anderen Komponenten Items unterschiedlicher Aktiviertheit/Erregbarkeit und repräsentieren somit ruhige als auch antriebsstarke Affekte. Da im Sinne von Omodei & Wearing (1990) auch die Schwangerschaft als ‚persönliches Projekt‘ interpretiert werden kann, das Befriedigung von Bedürfnissen und Involviertsein bedeutet, überrascht der überwiegende Anteil von Items zu positivem Affekt nicht. Es erscheint darüber hinaus plausibel, dass ein zukünftiges, zum großen Teil unbekanntes Ereignis, wie die Geburt, die einen schmerzhaften, nicht direkt kontrollierbaren Prozess darstellt (der zwar Involviertsein voraussetzt, aber Bedürfnisse nicht unmittelbar stillt), nicht nur durch positive Affekte, sondern wesentlich auch durch (umgepolte) Items zu negativem Affekt erfassbar ist.

Tabelle 8.4-1: Faktorenanalyse der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ mit Varimaxrotation und Kaisernormalisierung

Items	HK 1 = SK	HK 2 = G	HK 3 = P	HK 4 = M
23-lebenslustig	.615	.260	.187	-.003
24-stolz-1	.777	.165	.091	.013
25-geborgen	.650	.117	.436	.017
26-friedvoll	.643	.174	.402	.059
32-gelassen-1	.029	.227	.120	.849
33-begeistert-1	.524	.132	.087	.633
34-zuversichtlich-1	.224	.195	.142	.784
35-selbstsicher-2	.170	.312	-.041	.792
37-in Hochstimmung	.787	.070	.002	.284
38-Welt umarmen	.812	-.023	.069	.295
40-ausgelassen	.784	.114	.113	.206
41-begeistert-2	.141	.026	.919	.071
43-glücklich-2	.113	.019	.908	.102
44-siebter Himmel	.280	-.007	.859	.066
46-gelassen-2	.186	.794	.043	.180
47-zuversichtlich-3	.204	.741	.113	.273
48-nervös*	-.007	.787	-.051	.005
49-fröhlich	.417	.548	.014	.121
50-angsterfüllt*	.044	.802	.015	.132
51-selbstsicher-3	.189	.726	-.059	.239
52-besorgt-2*	.055	.757	.110	.123

Item-1, Item-2, Item-3 = Kennzeichnung verschiedener Items mit gleichen Adjektiven; * umgepolt; HK = Hauptkomponente; SK = Schwangersein/Kind; G = Geburt; P = Partner; M = Mutter-Werden.

Das Konstrukt ‚Körperliches Wohlbefinden‘ stellt sich auf Grund verbesserter Trennschärfen und einer höheren Varianzaufklärung als zwei distinkte Skalen dar. Die sieben Items zur ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ in der Schwangerschaft, die sich auf die Körperform, Attraktivität und das Körpergewicht beziehen, sind einer Komponente zuzuordnen, die eine Varianz von 52% erklärt (siehe Tabelle 8.4-2 und Anlage 14.6: Tabelle 14.6-7).

Tabelle 8.4-2: Hauptkomponentenanalyse der Skala 'Positive Körperwahrnehmung' (unrotiert)

Items	HK = PKW
77-Hüften	.720
78-Bauch	.690
79-Körper (schwanger)	.857
80-Attraktivität	.867
81-Gewicht*	.524
82-Figur*	.579
83-Körper (Veränderung)	.749

* umgepolt; HK = Hauptkomponente; PKW = Positive Körperwahrnehmung.

Die drei Items der Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ beziehen sich auf die durch die Schwangerschaftsveränderungen beeinträchtigte Körperfunktion hinsichtlich der Beweglichkeit. Sie erklären eine Varianz von 69,3% und bilden eine Hauptkomponente (siehe Tabelle 8.4-3 und Anlage 14.6: Tabelle 14.6-8).

Tabelle 8.4-3: Hauptkomponentenanalyse der Skala 'Mobilität/Behändigkeit' (unrotiert)

Items	HK = MB
86-Schwerfälligkeit*	.792
88-außer Atem*	.852
89-Beweglichkeit*	.851

* umgepolt; HK = Hauptkomponente; MB = Mobilität/Behändigkeit.

Die Skala ‚Coping‘ besteht nunmehr aus sieben Items, die eine Varianz von 62,9% aufklären (siehe Anlage 14.6: Tabelle 14.6-9). Sie ordnen sich zwei Komponenten zu, die einerseits das ‚Akkomodative Coping‘ (AKK) mit psychisch-kognitiven Bewältigungsweisen umfassen und andererseits das ‚Assimilative Coping‘ (ASS) mit körper- bzw. umweltbezogenen Bewältigungsreaktionen (siehe Tabelle 8.4-4).

Tabelle 8.4-4: Hauptkomponentenanalyse der Skala 'Coping' (unrotiert)

Items	HK 1 = AKK	HK 2 = ASS
102-aus Liebe zum Kind	.736	.002
103-Ziele	.793	-.001
104-positive Gedanken	.759	.237
105-Pausen/Entspannung	.186	.833
106-gut zureden	.719	.277
107-Alltag umgestaltet	.196	.761
109-bequem gemacht	-.031	.814

* umgepolt; HK = Hauptkomponente; AKK = Akkomodatives Coping; ASS = Assimilatives Coping.

In der Anlage 14.6 (Tabelle 14.6-10 bis Tabelle 14.6-13) sind die Inter-Item-Korrelationen der einzelnen Skalen ersichtlich.

Werden die Skalen bzw. Hauptkomponenten nach Pearson (Bortz 1999) miteinander korreliert, ergeben sich signifikante Beziehungen ($p < 0,01$) – mit Ausnahme der Korrelation zwischen den Komponenten ‚Partner‘ und ‚Geburt‘, die in keinem emotionsbezogenen Zusammenhang zu stehen scheinen (siehe Tabelle 8.4-5). Überraschenderweise korrelieren alle vier Komponenten der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ in schwacher bis mittlerer Stärke mit der Skala ‚Positive Körperwahrnehmung‘ ($p < 0,01$).

Die schwache positive Beziehung ($p < 0,01$) zwischen der Skala ‚Positive Körperwahrnehmung‘ und der Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ bringt eine bedingte Gegenseitigkeit einer hohen positiven Einschätzung der Körperveränderungen und einer geringen Beweglichkeitseinschränkung (umgepolt) zum Ausdruck. Die Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ ist im Wesentlichen unabhängig vom ‚Affektiven Wohlbefinden‘ mit Ausnahme der Subskala Geburt, während die ‚Positive Körperwahrnehmung‘ – wie bereits erwähnt – hoch signifikant mit allen vier Komponenten des affektiven Wohlbefindens in schwacher bis mittlerer Stärke korreliert.

Die beiden Komponenten der Skala ‚Coping‘ stehen in einer signifikanten, schwach positiven Beziehung zueinander. Beide zeigen einen schwach negativen, aber hoch signifikanten Zusammenhang mit der ‚Mobilität/Behändigkeit‘. Zwischen den Komponenten ‚Akkomodatives Coping‘ bzw. ‚Assimilatives Coping‘ und der Komponente ‚Schwangersein/Kind‘ bzw. ‚Mutter-Werden‘ bestehen (hoch) signifikante schwache bzw. sehr schwache Korrelationen.

Tabelle 8.4-5: Korrelationen der Mittelwerte der Hauptkomponenten (nach Pearson)

Affektives Wohlbefinden				Körperliches Wohlbefinden		Coping	
SK	G	P	M	PKW	MB	AKK	ASS
SK	.36**	.42**	.46**	.48**	.10	.26**	.15*
G		.11	.47**	.37**	.14*	-.04	.06
P			.20**	.18**	.05	.04	.04
M				.32**	.12	.19**	.17**
PKW					.24**	.05	.17**
MB						-.25**	-.23**
AKK							.31**
ASS							

SK = Schwangersein/Kind; G = Geburt; P = Partner; M = Mutter-Werden; PKW = Positive Körperwahrnehmung; MB = Mobilität/Behändigkeit; AKK = Akkomodatives Coping; ASS = Assimilatives Coping; Standard-Schrift: n = 245 bis 247; kursiv: n = 236 bis 238. Korrelationen innerhalb der Skalen grau hinterlegt; * auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant; ** auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

In der Zusammenfassung ergibt sich mittels der Daten der zweiten Befragung eine klare viergeteilte Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ mit den Komponenten ‚Schwangersein/Kind‘, ‚Mutter-Werden‘, ‚Partner‘ und ‚Geburt‘, die 21 Items umfassen und hoch signifikante Beziehungen untereinander aufweisen - mit Ausnahme der Korrelation zwischen den Komponenten ‚Partner‘ und ‚Geburt‘. Alle vier Komponenten korrelieren hoch signifikant mit der Skala ‚Positive Körperwahrnehmung‘, die aus sieben Items und einer Hauptkomponente gebildet

wird, die die Gestalt des Körpers und seine Attraktivität abbildet. Die Skala 'Mobilität/Behändigkeit' beinhaltet drei Items, die sich auf die schwangerschaftsbedingte Beeinträchtigung der Beweglichkeit beziehen. Zwischen der Skala 'Positive Körperwahrnehmung' und der Skala 'Mobilität/Behändigkeit' besteht eine hoch signifikante Korrelation. Die Skala 'Mobilität/Behändigkeit' korreliert bzgl. des 'Affektiven Wohlbefindens' nur mit der Komponente 'Geburt' signifikant. Ansonsten ist die Skala 'Mobilität/Behändigkeit' unabhängig von der Skala 'Affektives Wohlbefinden'. Die Skala 'Coping' wird aus sieben Items und den beiden Komponenten 'Akkomodatives Coping' und 'Assimilatives Coping' gebildet. Beide korrelieren hoch signifikant miteinander. Die Skala 'Akkomodatives Coping' weist zu den Komponenten 'Schwangersein/Kind' und 'Mutter-Werden' sowie zur Skala 'Mobilität/Behändigkeit' hoch signifikante Korrelationen auf, während das 'Assimilative Coping' mit der Komponente 'Mutter-Werden' und der Skala 'Positive Körperwahrnehmung' hoch signifikant positiv und mit der Skala 'Mobilität/Behändigkeit' hoch signifikant negativ korreliert.

8.4.2 Kennwerte und innere Konsistenz ausgewählter konstruktnaher Vergleichsinventare

Neben den oben benannten Item-Veränderungen im Erhebungsinstrument wurden vier zusätzliche standardisierte Skalen sowie ein globales Item zum augenblicklichen 'Körperlichen Befinden' eingeschlossen (siehe S. 42-43), die der Einschätzung der konvergenten Validität hinsichtlich des schwangerschaftsspezifischen SWB dienen. Die Skalen wurden auf Grund ihrer teststatistischen Qualitäten und ihrer Ökonomie ausgewählt. Alle vier Instrumente sind laut Angaben ihrer Autorinnen und Autoren für Erwachsene im nicht-klinischen Bereich geeignet.

Die Positive Affekt und Negative Affekt-Skala (PANAS) von Watson, Clark und Tellegen (1988) in der deutschen Fassung von Krohne et al. (1996) besteht aus zwei voneinander unabhängigen Subskalen aus je zehn Adjektiven mit fünfstufiger kategorialer Antwortskala, die jeweils den positiven bzw. negativen Affekt einer Person erfassen. In ihrer theoretischen Konzeption wird eine starke Ausprägung des positiven Affekts durch Energie und freudiges Engagement, eine niedrige Ausprägung durch Lethargie und Traurigkeit charakterisiert (S. 140). Negativer Affekt dagegen kann sich in Gereiztheit, Nervosität oder Angst (hohe Intensität) bzw. in Ruhe und Ausgeglichenheit (niedrige Intensität) äußern. Somit unterscheidet sich die theoretische Erfassung der Affektintensität von jener im vorliegenden Erhebungsinstrument, jedoch ist die Unterscheidung der primären Affektart identisch. Für die vorliegende Befragung wird für die PANAS die Zeitinstruktion 'im Moment' gewählt. Die beiden Subskalen weisen auch in der deutschen Fassung gute interne Konsistenzen von $\geq 0,84$ (Cronbachs Alpha) auf und korrelieren nicht signifikant miteinander (Krohne et al. 1996, S. 146). Die Retest-Reliabilität für die Skalen zum *aktuellen* Affekt fällt im Testabstand von einer Woche

erwartungsgemäß hoch signifikant geringer aus als zum habituellen Affekt (Krohne et al. 1996, S. 144).

Hinsichtlich der Kennwerte der PANAS weisen die Items zur positiven Affektivität bei der vorliegenden Stichprobe (zweite Befragung) einen mittleren Schwierigkeitsgrad auf und die Items zur negativen Affektivität einen hohen. Die Trennschärfekoeffizienten liegen insgesamt zwischen 0,33 und 0,69 (siehe Anlage 14.7: Tabelle 14.7-1). Allerdings kann die originäre zwei-Komponenten-Struktur mittels Parallelanalyse nach Horn (Zwick & Velicer 1986) nicht repliziert werden; es ergeben sich drei Komponenten, die eine interne Konsistenz von 0,68 bis 0,85 aufweisen.

Die State-Skala des State-Trait Anxiety Inventory (STAI) von Spielberger et al. (1981) in der deutschen Version von Laux et al. (1981) mit 20 Items misst die Intensität des augenblicklichen Angstzustands auf einer vierstufigen kategorialen Antwortskala. Für Frauen zwischen 15 bis 29 bzw. 30 bis 59 Jahren der Eichstichprobe liegt das Cronbach-Alpha bei 0,92 bzw. 0,91 (Laux et al. 1981). Validierungsuntersuchungen weisen auf eine empirische Unterscheidbarkeit von State- und Trait-Angst hin, auch wenn die Skalen bei neutraler Testsituation nicht unabhängig voneinander sind ($r=0,75$ bei Frauen der Eichstichprobe). Die Korrelationen zwischen der State-Skala und aktuellen Befindlichkeit-Eigenschaftswörterlisten (konvergente Validität) befinden sich zwischen 0,28 und 0,66. Bei gesunden Frauen wird ein sehr schwacher negativer Zusammenhang mit Extraversion (-0,14) und eine starke Korrelation mit Neurotizismus (0,67) dokumentiert (Laux et al. 1981). Die Schwierigkeit der Items des STAI (state), die auf der vorliegenden Stichprobe (zweite Befragung) basieren, ist etwa zur Hälfte hoch, überwiegend bei angstbezogenen Items. Die Trennschärfen sind fast ausschließlich hoch, nämlich zwischen 0,49 und 0,79 (siehe Anlage 14.7: Tabelle 14.7-2). Bei einer Faktorenanalyse mittels Parallelanalyse nach Horn (Zwick & Velicer 1986) ergeben sich – statt der originären zwei Dimensionen – drei Komponenten mit einer internen Konsistenz von 0,82 bis 0,92.

Der SF-12 (Bullinger et al. 1998) der Medical Outcomes Study Short-Form 36 (SF-36) von Ware et al. (1993) stellt eine Kurzform des Fragebogens SF-36 zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der jeweils vergangenen Woche dar, durch die eine körperliche und psychische Dimension mit je sechs Items erfasst werden. Erstere setzt sich aus je zwei Items zur körperlichen Funktionsfähigkeit und körperlichen Rollenfunktion sowie je einem Item zu Schmerz und zur allgemeinen Gesundheitswahrnehmung zusammen. Letztere wird durch je ein Item zur Vitalität und sozialen Funktionsfähigkeit und je zwei Items zur emotionalen Rollenfunktion und zum psychischen Wohlbefinden repräsentiert. Die kategorialen Antwortformate wurden international und in Deutschland auf Ordinalität überprüft, sind aber sehr unein-

heitlich (dichotome, Dreier-, Fünfer- und Sechser-Skalen). Das Cronbachs Alpha liegt bei den meisten Subskalen zwischen 0,80 und 0,94 mit Ausnahme der ‚Allgemeinen Gesundheitswahrnehmung‘ (0,76) und der ‚Sozialen Funktion‘ (0,74) (Bullinger & Kirchberger 1998, S. 33). Anhand von Normdaten aus Deutschland konnte der SF-12 die Summenskalen des SF-36 replizieren und 87% bis 94% der Varianz des SF-36 erklären (Bullinger & Kirchberger 1998, S. 69).

Die Itemschwierigkeiten des SF-12 befinden sich bei der vorliegenden Stichprobe (zweite Befragung) überwiegend im mittleren Bereich. Das Item 75 (‚nicht entmutigt/traurig‘) wird von den schwangeren Teilnehmerinnen als leicht, das Item 93 (‚mehrere Treppenabsätze: keine Einschränkung‘) als schwierig eingeschätzt. Die Trennschärfekoeffizienten liegen zwischen 0,40 und 0,58 (siehe Anlage 14.7: Tabelle 14.7-3). Die körperliche und psychische Dimension der SF-12 lassen sich in dieser Stichprobe bis auf eine unterschiedliche Itemzugehörigkeit replizieren. Sie weisen ein Cronbachs Alpha von 0,75 und 0,72 auf.

Um die Prüfung der Konvergenz bzgl. des körperlichen Wohlbefindens ökonomisch zu ergänzen, wurde ein globales Item zum augenblicklichen ‚Körperlichen Befinden‘ mit siebenstufiger Intervallantwortskala aufgenommen. Das Item hat einen arithmetischen Mittelwert von 5,02 mit relativ breiter Streuung und weist eine mittlere Itemschwierigkeit auf (siehe Anlage 14.7: Tabelle 14.7-4).

Das Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) von Endler und Parker (1990) in der deutschen 24-Item Kurzform von Kälin (1995a, 1995b) umfasst drei typische Arten der dispositionellen Bewältigung mit je acht Items: das aufgaben-, emotions- und vermeidungsorientierte Coping. Das ‚Aufgabenorientierte Coping‘ ist durch Items erfasst, die sich auf mentale Prozesse zu Problemen und deren Lösung beziehen. Während das ‚Emotionsorientierte Coping‘ ausschließlich negative Affekte zum Gegenstand hat, bezieht sich die Operationalisierung des ‚Vermeidungsorientierten Coping‘ auf angenehme soziale Aktivitäten. Die drei Skalen der englischen Originalfassung weisen bei Frauen ein Cronbach-Alpha von 0,82 bis 0,89 auf; in der deutschen Langfassung liegt es bei jungen Erwachsenen jeweils bei 0,85 für das ‚Aufgaben-‘ bzw. ‚Emotionsorientierte Coping‘ und 0,81 für das ‚Vermeidungsorientierte Coping‘ (n=532). Die Originalversion weist bei Frauen eine negative Korrelation zwischen der ‚Aufgaben-‘ und ‚Emotionsorientierten‘ (-0,20; $p < 0,01$) und einen positiven Zusammenhang zwischen der ‚Emotions-‘ und ‚Vermeidungsorientierten Copingskala‘ auf (0,27; $p < 0,01$). In der deutschen Fassung (Kälin 1995, S. 86) war bei Frauen lediglich die Beziehung zwischen letzteren beiden Skalen sehr schwach positiv (0,13; $p < 0,05$).

In der vorliegenden Stichprobe liegen die Itemschwierigkeiten überwiegend im mittleren Bereich; nur jeweils drei Items des emotions- bzw. vermeidungsorientierten Coping weisen eine

hohe Schwierigkeit auf (Item 113, 117, 123 bzw. 114, 120, 132). Die Items ‚Lieblingsspeise gönnen‘ und ‚Film anschauen‘ haben niedrige, alle anderen Items mittlere bis hohe Trennschärfen. Die drei Dimensionen der Copingstile weisen in dieser Stichprobe interne Koeffizienten von 0,81, 0,81 und 0,75 auf (siehe Anlage 14.7: Tabelle 14.7-5).

8.4.3 Konvergente Validität des Erhebungsinstruments hinsichtlich der Vergleichsinventare

Mit Hilfe der Vergleichsinventare und dem globalen Item wird eine Annäherung an eine Konstrukt-Validierung mit Hilfe mehrerer ‚Kriterien‘ angestrebt (Lienert & Raatz, 1998, S. 220-228). Für den Bereich des ‚Affektiven Wohlbefindens‘ bieten sich die Positive Affekt und Negative Affekt-Skala (PANAS) in der deutschen Fassung von Krohne et al. (1996), die State-Skala des State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in der deutschen Version von Laux et al. (1981) und die ‚Psychische Summenskala‘ der Short-Form 12 (SF-12) von Bullinger et al. (1998) an sowie zum ‚Körperlichen Wohlbefinden‘ die ‚Körperliche Summenskala‘ der SF-12 und das globale Item zum aktuellen ‚Körperlichen Befinden‘. Für das schwangerschaftsspezifische Coping wird die deutsche 24-Item Kurzform von Kälin (1995a, 1995b) des Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) herangezogen.

Im Gegensatz zu Skalenanalysen der PANAS auf Grund von Befragungen mit nichtschwangeren Teilnehmerinnen korrelieren bei dieser Stichprobe die Subskalen ‚Positiver Affekt‘ (PA) und ‚Negativer Affekt‘ (NA) in geringer Stärke negativ miteinander ($p < 0,01$) (siehe Tabelle 8.4-6). Die Komponente ‚PA‘ der PANAS steht erwartungsgemäß in signifikanter positiver Beziehung mit den vier Komponenten des ‚Affektiven Wohlbefindens‘ (die mehrheitlich alle unterschiedlichen Intensitäten von Aktiviertheit/Erregbarkeit beinhalten), wobei zwischen ihr und ‚Schwangersein/Kind‘ die stärkste Korrelation besteht. Die Komponente ‚NA‘ der PANAS zeigt dagegen – wie überwiegend erwartet – negative Korrelationen sehr schwacher bis mittlerer Stärke zu den vier Komponenten ($p < 0,01$). Am höchsten fallen diese zwischen ‚NA‘ und ‚Geburt‘ bzw. ‚Mutter-Werden‘ aus und am schwächsten in Bezug auf die Gefühle zum ‚Partner‘. Letzteres erklärt sich möglicherweise dadurch, dass eine niedrige Intensität des negativen Affekts entsprechend der Konzeption der PANAS ‚Ruhe und Ausgeglichenheit‘ (Krohne et al. 1996, S. 140) verkörpert.

Der ‚Positive Affekt‘ der PANAS korreliert darüber hinaus schwach positiv mit den Skalen ‚Positive Körperwahrnehmung‘ und ‚Akkomodatives Coping‘ ($p < 0,01$); der ‚Negative Affekt‘ der PANAS korreliert schwach bzw. sehr schwach negativ mit den Skalen ‚Positive Körperwahrnehmung‘ bzw. ‚Mobilität/Behändigkeit‘ ($p < 0,01$).

Tabelle 8.4-6: Korrelationen der Mittelwerte der Hauptkomponenten mit Mittelwerten der PANAS-Subskalen

	PANAS-PA	PANAS-NA	Affektives Wohlbefinden				Körperliches Wohlbefinden		Coping	
			SK	G	P	M	PKW	MB	AKK	ASS
PANAS-PA			.65**	.35**	.28**	.35**	.39**	.05	.26**	.14*
PANAS-NA	-.25**		-.33**	-.51**	-.18**	-.51**	-.31**	-.19**	.11	-.12

PANAS-PA = positive Affektskala der PANAS; PANAS-NA = negative Affektskala der PANAS; SK = Schwangersein/Kind; G = Geburt; P = Partner; M = Mutter-Werden; PKW = Positive Körperwahrnehmung; MB = Mobilität/Behändigkeit; AKK = Akkomodatives Coping; ASS = Assimilatives Coping; Standard-Schrift: n = 240 bis 244; kursiv: n = 232 bis 235. * auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant; ** auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Wie in den Hypothesen formuliert wurde, korrelieren hohe Werte auf dem STAI (state) signifikant mit niedrigen Werten der Komponenten zum ‚Affektiven Wohlbefinden‘ (siehe Tabelle 8.4-7) und zwar in geringer bis mittlerer Stärke ($p < 0,01$). Der STAI korreliert – ähnlich wie die Subskala PANAS-NA – signifikant negativ mit den Skalen ‚Positive Körperwahrnehmung‘ und ‚Mobilität/Behändigkeit‘ ($p < 0,01$).

Tabelle 8.4-7: Korrelationen der Mittelwerte der Hauptkomponenten mit dem Mittelwert des STAI (state)

STAI	Affektives Wohlbefinden				Körperliches Wohlbefinden		Coping	
	SK	G	P	M	PKW	MB	AKK	ASS
STAI	-.52**	-.52**	-.23**	-.47**	-.43**	-.21**	.04	-.22**

STAI = State-Trait-Anxiety Inventory (State); SK = Schwangersein/Kind; G = Geburt; P = Partner; M = Mutter-Werden; PKW = Positive Körperwahrnehmung; MB = Mobilität/Behändigkeit; AKK = Akkomodatives Coping; ASS = Assimilatives Coping. Standard-Schrift: n = 235 bis 236; kursiv: n = 227; * auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant; ** auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Die beiden Subskalen der SF-12 sind nach ihrem Interkorrelationswert zu urteilen auch in dieser Stichprobe voneinander unabhängig (siehe Tabelle 8.4-8). Wie zur positiven Affektskala der PANAS so stehen auch die vier Komponenten des ‚Affektiven Wohlbefindens‘ – wie postuliert – in einer signifikanten positiven Beziehung ($p < 0,01$) zur ‚Psychischen Summenskala‘ der SF-12 (SF-12-PS). Zwischen der ‚Mobilität/Behändigkeit‘ und der ‚Körperlichen Summenskala‘ (SF-12-KS) der SF12 zeigt sich erwartungsgemäß eine signifikante Korrelation mittlerer Stärke ($p < 0,01$). Die relativ schwache Beziehung ($p < 0,05$) zwischen der ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ und der ‚SF-12-KS‘ lässt sich durch deren Items erklären, die insbesondere körperliche Einschränkungen abfragen.

Die weiteren signifikanten positiven Korrelationen von sehr schwacher bis schwacher Stärke zwischen der ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ bzw. ‚Mobilität/Behändigkeit‘ und der ‚SF-12-PS‘ – vergleichbar der Beziehung zwischen der ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ und den Komponenten der Skala zum ‚Affektiven Wohlbefinden‘ (siehe Tabelle 8.4-5) – lassen sich

im Sinne der ‚psychosomatischen Wahrnehmung‘ bzw. durch die affektbezogene Formulierung der Items zur ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ erklären. Darüber hinaus weisen die Skalen ‚Akkomodatives Coping‘ und ‚Assimilatives Coping‘ eine signifikante negative Beziehung zur ‚SF-12-KS‘ auf, die in ähnlicher Weise auch zwischen ‚Akkomodativem Coping‘ bzw. ‚Assimilativem Coping‘ und ‚Mobilität/Behändigkeit‘ besteht (siehe Tabelle 8.4-5).

Tabelle 8.4-8: Korrelationen der Mittelwerte der Hauptkomponenten mit Mittelwerten der SF12-Subskalen

		Affektives Wohlbefinden				Körperliches Wohlbefinden		Coping	
SF12-PS	SF12-KS	SK	G	P	M	PKW	MB	AKK	ASS
SF12-PS		.36**	.29**	.23**	.35**	.25**	.17**	-.02	.10
SF12-KS	-.04	.03	.04	-.04	-.01	.13*	.51**	-.33**	-.23**

SF12-PS = Psychische Summenskala; SF12-KS = Körperliche Summenskala; SK = Schwangersein/Kind; G = Geburt; P = Partner; M = Mutter-Werden; PKW = Positive Körperwahrnehmung; MB = Mobilität/Behändigkeit; AKK = Akkomodatives Coping; ASS = Assimilatives Coping; Standard-Schrift: n = 243 bis 245; kursiv: n = 236. * auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant; ** auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

Zwischen dem globalen Item zum ‚Aktuellen Körperlichen Befinden‘ (AKB) und der Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ liegt – wie erwartet – eine positive Korrelation mittlerer Stärke ($p < 0,01$) vor, die eine übereinstimmende Erfassung der körperlichen Dimension des Wohlbefindens bestätigen (siehe Tabelle 8.4-9). Auch bzgl. der ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ ist die Beziehung hoch signifikant und positiv, aber von sehr geringer Stärke. Außerdem liegen schwache positive Zusammenhänge mit den Komponenten ‚Schwangersein/Kind‘ und ‚Geburt‘ vor ($p < 0,01$). Möglicherweise kann bei der Beantwortung des globalen (nicht differenzierten) körperlichen Befindens das affektive Befinden nicht ganz ausgeblendet werden und umgekehrt bei der Beantwortung der affektiven Items nicht das körperliche Wohlbefinden (psychosomatischer Effekt bzw. Reporting-Bias). Darüber hinaus steht das ‚AKB‘ in einem sehr schwachen negativen Zusammenhang ($p < 0,01$) mit dem ‚Akkomodativen Coping‘. Jedoch überrascht die Nullkorrelation zwischen dem ‚Assimilatives Coping‘ und dem ‚AKB‘, die die Annahme nicht unterstützt, dass bei schlechterem körperlichem Befinden Maßnahmen ergriffen werden, die für Pausen, Entspannung und mehr Bequemlichkeit sorgen.

Tabelle 8.4-9: Korrelationen der Mittelwerte der Hauptkomponenten mit dem ‚Aktuellen Körperlichen Befinden‘ (AKB)

		Affektives Wohlbefinden				Körperliches Wohlbefinden		Coping	
AKB		SK	G	P	M	PKW	MB	AKK	ASS
AKB		.29**	.23**	.14*	.16*	.28**	.43**	-.19**	.00

SK = Schwangersein/Kind; G = Geburt; P = Partner; M = Mutter-Werden; PKW = Positive Körperwahrnehmung; MB = Mobilität/Behändigkeit; AKK = Akkomodatives Coping; ASS = Assimilatives Coping; Standard-Schrift: n = 243 bis 245; kursiv: n = 236; * auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant; ** auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Zwischen den drei Subskalen des CISS besteht im Wesentlichen keine signifikante Beziehung, was auf relativ unabhängige Konstrukte in dieser Stichprobe hinweist (siehe Tabelle 8.4-10).

Das ‚Akkomodativen Coping‘ korreliert – wie erwartet – signifikant positiv ($p < 0,01$) mit dem eher mentalen ‚Aufgabenorientierten Coping (CISS-AC)‘. Das ‚Akkomodative Coping‘ weist eine sehr schwache positive Korrelation ($p < 0,05$) mit der ‚Vermeidungsorientierten Coping‘ (CISS-VC) auf. Jedoch liegt zwischen dem ‚Akkomodativen Coping‘ und der Subskala ‚Emotionsorientiertes Coping‘ (CISS-EC) keine signifikante Beziehung vor. Dies erklärt sich durch ihre unterschiedliche Konzeption: die Komponente ‚Akkomodativen Coping‘ wird von psychisch-kognitiv ausgerichteten Items dominiert, während die ‚CISS-EC‘ überwiegend Items enthält, die sich auf einen negativen Affekt beziehen (z.B. die Befürchtung haben, wütend werden). So verwundern auch nicht die schwachen negativen Korrelationen ($p < 0,01$) mit den Komponenten der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘.

Das ‚Assimilative Coping‘ lässt lediglich eine sehr schwache negative Korrelation ($p < 0,05$) mit dem ‚CISS-EC‘ erkennen, was nicht den Erwartungen entspricht, aber ebenso durch dessen Itemformulierung erklärbar ist.

Tabelle 8.4-10: Korrelationen der Mittelwerte der Hauptkomponenten mit Mittelwerten der CISS-Subskalen

	CISS-AC	CISS-EC	CISS-VC	Affektives Wohlbefinden				Körperliches Wohlbefinden		Coping	
				SK	G	P	M	PKW	MB	AKK	ASS
CISS-AC				.07	.05	.00	.03	.01	-.01	.20**	.08
CISS-EC	-.12			-.18**	-.21**	-.20**	-.25**	-.12	-.17**	.08	-.16*
CISS-VC	-.02	-.12		.10	.04	.08	.08	.10	.01	.13*	.11

CISS-AC = Aufgabenorientiertes Coping; CISS-EC = Emotionsorientiertes Coping; CISS-VC = Vermeidungsorientiertes Coping; SK = Schwangersein/Kind; G = Geburt; P = Partner; M = Mutter-Werden; PKW = Positive Körperwahrnehmung; MB = Mobilität/Behändigkeit; AKK = Akkomodatives Coping; ASS = Assimilatives Coping; Standard-Schrift: $n = 238$ bis 244 ; kursiv: $n = 231$ bis 235 ; * auf dem Niveau von $0,05$ (2-seitig) signifikant; ** auf dem Niveau von $0,01$ (2-seitig) signifikant

8.4.4 Reliabilität des Erhebungsinstruments

Die innere Konsistenz der gesamten Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ wird mit Hilfe des Alpha-Koeffizienten von Cronbach (Lienert & Raatz 1998, S.192) bei $n=228$ ¹² und 21 Items auf

¹² bei listenweisem Fallausschluss von fehlenden Werten (vorgegeben von SPSS V.12)

0,903 geschätzt und kann als hoch bezeichnet werden (Lance et al. 2006, Nunnally & Bernstein 1994). Der Konsistenzkoeffizient der ersten Hauptkomponente ‚Schwangersein/Kind‘ beträgt 0,887 (7 Items; n=242), der zweiten Hauptkomponente ‚Geburt‘ 0,884 (7 Items; n=242), der dritten Hauptkomponente ‚Partner‘ 0,918 (3 Items; n=238) und der vierten Hauptkomponente ‚Mutter-Werden‘ 0,855 (4 Items; n=247). Insbesondere der dritte Faktor ist mit nur drei Items äußerst homogen. Insgesamt beträgt das Cronbachs Alpha 0,903.

Die Skala ‚Positive Körperwahrnehmung‘ weist bei n=244 und sieben Items ein relativ gutes Cronbachs Alpha von 0,833 auf, die Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ bei n=246 und drei Items ein mäßig gutes Alpha von 0,777. Dieser Wert zur inneren Konsistenz wird jedoch gestützt durch die relativ hohen Inter-Item-Korrelationen, die sich zwischen 0,500 und 0,612 bewegen (siehe Anlage 14.6: Tabelle 14.6-12). Im Vergleich zu den ursprünglichen Items (erste Befragung) fallen diese beiden Koeffizienten wesentlich höher aus und bestätigen eine Verbesserung der internen Konsistenz. Interessant ist, dass sich der Inhalt der Skala etwas verschoben hat: es stehen nicht mehr Items im Mittelpunkt, die sich auf den großen Bauch beziehen, sondern Items, die neben der Einschränkung der Atmung eine Beeinträchtigung der Körperbeweglichkeit repräsentieren.

Die sieben Items der gesamten Skala ‚Coping‘ weisen bei n=245 einen Konsistenzkoeffizienten von 0,757 auf. Werden die beiden Hauptkomponenten in zwei homogene Subskalen geteilt und auf ihre interne Konsistenz geschätzt, beträgt das Cronbach-Alpha des ‚Akkomodativen Coping‘ mit nur vier Items immerhin 0,768 (n=245) und des ‚Assimilativen Coping‘ mit nur drei Items 0,746 (n=247). Diese mäßig guten Konsistenzkoeffizienten deuten auf weiteren Verbesserungsbedarf hin, sollen sie reliabel in der klinischen Praxis und Forschung eingesetzt werden.

8.5 Endgültiges Modell des Erhebungsinstruments

Das endgültige Erhebungsinstrument zum schwangerschaftsspezifischen SWB und Coping umfasst die Dimensionen ‚Affektives Wohlbefinden‘ und ‚Körperliches Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ (siehe Abbildung 8.5-1). Die Skala zum ‚Affektiven Wohlbefinden‘ wird überwiegend durch einen positiven Affekt und setzt sich zusammen aus den Items 23-29 zum ‚Schwangersein/Kind‘, den Items 30-33 zum ‚Mutter-Werden‘, den Items 34-36 zum ‚Partner‘ sowie den Items 37-43 zur ‚Geburt‘ (siehe Anlage 14.8). Das ‚Körperliche Wohlbefinden‘ wird durch die Skalen zur ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ (Items 44-50) und die Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ (Items 51-53) gebildet. Die Bewältigungsreaktionen werden durch das ‚Akkomodative Coping‘ (psychisch-kognitive Bewältigungsreaktionen) und das ‚Assimi-

lative Coping' (körper-/umweltbezogene Bewältigungsreaktionen) repräsentiert (Items 54-60).

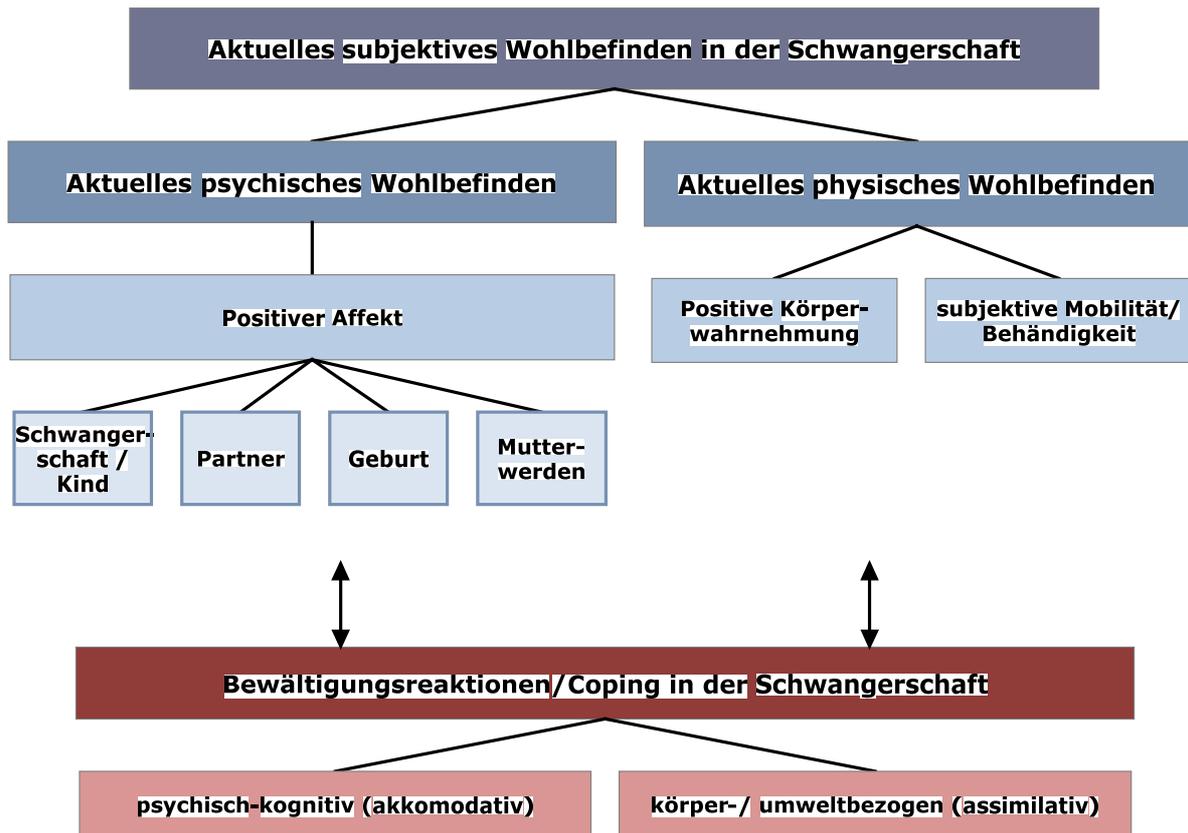


Abbildung 8.5-1: Abschließendes Modell zum aktuellen subjektiven Wohlbefinden und Coping in der Schwangerschaft

Die Iteminstruktionen bleiben bestehen wie sie sind; nur bzgl. der Bewältigung wird zur Präzisierung der Reaktionen in der Schwangerschaft der Zusatz ‚wenn es Ihnen nicht so gut ging‘ eingefügt. Bei den anamnestischen Fragen werden die Antwortmöglichkeiten zum Rauchen in fünf verschiedene differenziert, da sie ehrliches Antwortverhalten verbessern (Lumley et al. 2004, Mullen et al. 1991). Der Familienstand wird durch eine Zusatzaussage ergänzt, die sich auf die Lebenssituation mit bzw. ohne Partner/Partnerin bezieht. Die Frage nach der Nationalität wird durch die weniger sensible und vor dem Hintergrund der Komplexität von Migrationsrealitäten vereinfachte Frage ersetzt, ob die Teilnehmerin in Deutschland geboren ist. Die Frage zur ‚beruflichen Stellung‘ in der Schwangerschaft wird durch die Antwortmöglichkeiten ‚in Ausbildung befindlich‘ und ‚Mitarbeitende Familienangehörige‘ ergänzt (Abraham 2005). Bei den Items zur Extraversion wird das zweite (169-2) auf Grund seiner Inkonsistenz gestrichen und die anderen drei jeweils mit einer eigenen Nummer versehen (77-79).

9 Das Erhebungsinstrument ‚Schwanger wohlfühlen‘

Das durch den Konstruktions- und Validierungsprozess entstandene Erhebungsinstrument (siehe Anlage 14.8), welches das aktuelle schwangerschaftsspezifische SWB sowie Coping erfasst, wird nun mit dem Titel ‚Schwanger wohlfühlen‘ versehen. Nachfolgend werden die Zielsetzung und Fragestellungen sowie die Validität hinsichtlich der Hypothesen reflektiert (siehe S. 41-43). Seine Haupt- und Nebengütekriterien, einschließlich seiner Verwendbarkeit in der Praxis werden abschließend dargestellt.

9.1 Zielsetzung und Fragestellungen

Das Ziel und der Zweck dieser Arbeit, das aktuelle schwangerschaftsspezifische Wohlbefinden einer Frau durch eine affektive und physische Dimension sowie ihre schwangerschaftsspezifischen Bewältigungsreaktionen zu erfassen und empirisch messbar zu machen, ist durch die Konstruktion und Validierung des Erhebungsinstruments ‚Schwanger wohlfühlen‘ größtenteils erreicht worden.

Die **erste Forschungsfrage** kann damit beantwortet werden, dass für eine Stichprobe, wie die der ersten Befragung, kein Fragebogen zum aktuellen SWB für die Zeit ab Wahrnehmung von Kindsbewegungen bis zur Geburt ausreichend valide konstruiert werden konnte. In der zweiten Befragung ist das Vorhaben für den Zeitabschnitt des dritten Schwangerschaftstrimenons jedoch gelungen.

Um die **zweite Forschungsfrage** zu beantworten, kann bestätigend gesagt werden, dass das schwangerschaftsspezifische ‚Affektive Wohlbefinden‘ durch positive Affekte, wie z.B. ‚lebenslustig‘, ‚geborgen‘, ‚begeistert‘, ‚zuversichtlich‘ oder ‚gelassen‘, insbesondere hinsichtlich der Schwangerschaft und dem Kind, dem Partner sowie dem Mutter-Werden repräsentiert wird. Der positive Affekt bezüglich der Geburt äußert sich in Adjektiven wie ‚zuversichtlich‘ oder ‚gelassen‘, jedoch ebenso in negativen Affekten wie ‚nervös‘, ‚angsterfüllt‘ oder ‚besorgt‘. Letztere bilden bei der Hauptkomponentenanalyse weder einen eigenständigen noch unabhängigen Faktor und gehen als umgepolte Items vergleichbar hoher Korrelationsstärken in die Komponente ‚Geburt‘ mit ein (siehe Tabelle 8.4-1).

Das schwangerschaftsspezifische ‚Körperliche Wohlbefinden‘ wird im dritten Trimenon durch eine ‚Positive Körperwahrnehmung‘, insbesondere der Körpermitte (Bauch, Hüften) und der veränderten Figur und Attraktivität, aber auch durch Zufriedenheit mit dem eigenen Gewicht charakterisiert. Damit wird ein Teil der **dritten Forschungsfrage** beantwortet. Allerdings wird das ‚Körperliche Wohlbefinden‘ im dritten Trimenon überraschenderweise nicht

durch typische Schwangerschaftsbeschwerden beschrieben. Vielmehr stellt die Wahrnehmung der eigenen Mobilität bzw. Behändigkeit einen bedeutenden Teil des subjektiven physischen Wohlbefindens bzw. negativen Körpererlebens dar und repräsentiert eher den Aspekt der körperlichen Funktion.

Die **vierte Forschungsfrage** zielt auf die Art der Bewältigungsreaktionen ab, die in der Schwangerschaft als wirkungsvoll erlebt werden im Hinblick auf die Erhaltung bzw. Verbesserung des aktuellen SWB. Solche schwangerschaftsspezifischen Bewältigungsweisen sind zum einen psychisch-kognitive Bewältigungsreaktionen (akkomodativ), wie beispielsweise positiver bzw. ermutigender Zuspruch für sich selbst sowie Gedanken an das Kind und die eigenen Ziele. Zum anderen bewältigen Frauen ihr Leben während der Schwangerschaft durch häufigere Pausen und Handlungen, die ihre Behaglichkeit fördern, sowie eine adaptive Gestaltung ihres Alltags (assimilativ).

Die **fünfte und letzte Forschungsfrage** bzgl. der Validität des Fragebogens 'Schwanger wohlfühlen' im Vergleich zu anderen konstrukt-nahen standardisierten Fragebögen wird hinsichtlich der zweiten Stichprobe weiter unten (siehe S. 93: Hypothese d) ausführlich und überwiegend positiv beantwortet.

9.2 Hauptgütekriterien des Erhebungsinstruments ‚Schwanger wohlfühlen‘

Zu den Hauptgütekriterien eines Erhebungsinstruments zählen laut Lienert & Raatz (1998) die Validität, Reliabilität und Objektivität, die nachfolgend vor dem Hintergrund der Hypothesen erläutert werden (siehe S. 41-43). Da es sich im Falle des Fragebogens 'Schwanger wohlfühlen' um ein mehrdimensionales Inventar handelt, werden die Hauptgütekriterien der einzelnen Skalen separat betrachtet.

9.2.1 Validität

Die **Hypothese a)** postuliert, dass das aktuelle ‚Affektive Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft durch einen positiven Affekt abgebildet wird. Diese Hypothese wird gestützt durch die überwiegend positiven Affekt-Items, die am Ende des Konstruktions- und Validierungsprozesses die Skala 'Affektives Wohlbefinden' bilden. Aktiviertheit konnte – wie erwartet – nicht als eigenständiger Faktor extrahiert werden. Stattdessen bilden die Bereiche ‚Schwangerschaft/Kind‘, ‚Partner‘, die bevorstehende ‚Geburt‘ und ‚Mutter-Werden‘ die vier Hauptkomponenten der Skala.

Wie in **Hypothese b)** erwartet, tragen positiv erlebte körperliche Veränderungen zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens bei, deren Items die Skala 'Positive Körperwahrneh-

mung' bilden. Jedoch konnte in der Datenanalyse der zweiten Befragung kein Item zu typischen Schwangerschaftsbeschwerden selektiert werden. Der Grund dafür liegt möglicherweise in der inhaltlichen ‚Inkonsistenz‘ und dem zeitlich variablen Auftreten der sehr unterschiedlichen Schwangerschaftsbeschwerden. Das negative Körpererleben wird stattdessen vorwiegend durch eine Einschränkung der körperlichen Beweglichkeit charakterisiert, deren Itemwerte in umgepolter Form in die Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ eingehen.

Die **Hypothese c)** wird durch die Itemanalyse und -selektion der zweiten Befragung bestätigt. Die Bewältigungsformen in der Schwangerschaft zur Förderung und Stabilisierung des Wohlbefindens werden repräsentiert durch ‚Assimilatives Coping‘ (körper- bzw. umweltbezogene adaptive Handlungen) und ‚Akkomodatives Coping‘ (psychisch-kognitive Sinn- und Gedankenmodifikationen).

Analog **Hypothese d)** lässt sich die konvergente Validität des Fragebogens zum aktuellen schwangerschaftsspezifischen Wohlbefinden und Coping mit Hilfe von relevanten konstrukt-nahen Inventaren wie folgt belegen (siehe Tabelle 9.2-1):

Die Skala zum schwangerschaftsspezifischen ‚Affektiven Wohlbefinden‘ korreliert teils mit mittlerer, teils mit geringer Stärke signifikant positiv ($p < 0,01$) mit der Subskala ‚Positiver Affekt‘ der PANAS (Krohne et al. 1996) und mit geringer Stärke positiv mit der ‚Psychischen Summenskala‘ der SF-12 (Bullinger et al. 1998). Signifikant negative Korrelationen von teils mittlerer Stärke ($p < 0,01$) belegen eine divergierende Validität entsprechend der Hypothese bzgl. der Subskala ‚Negativer Affekt‘ der PANAS und der ‚state‘-Komponente des STAI (Laux et al. 1981).

Die konvergente Validität bzgl. des ‚Körperlichen Wohlbefindens‘ wird auf Grund der positiven Korrelation zwischen der Skala zur schwangerschaftsspezifischen ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ (die sich insbesondere auf die körperliche Attraktivität bezieht) und der ‚Körperlichen Summenskala‘ der SF-12 (die die Körperfunktion, die Vitalität bzw. das Körperbefinden erfasst) nur in sehr geringer Stärke bestätigt ($p < 0,05$). Die ‚Positive Körperwahrnehmung‘ und das globale Item zum augenblicklichen ‚Körperlichen Befinden‘ konvergieren in einer schwachen positiven Korrelation ($p < 0,01$). Die Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ zeigt dagegen eine deutlichere Konvergenz von mittlerer Stärke mit der ‚Körperlichen Summenskala‘ der SF-12 ($p < 0,01$) bzw. dem globalen Item zum aktuellen ‚Körperlichen Befinden‘ ($p < 0,01$), da sie überwiegend die körperliche Funktion bzw. Funktionseinschränkung fokussieren.

Die Beziehungen zwischen dem schwangerschaftsspezifischen Coping und den Subskalen ‚Aufgaben-‘, ‚Emotions-‘ und ‚Vermeidungsorientiertes Coping‘ der Kurzform des CISS (Kä-

lin 1995a, 1995b) fallen letztendlich anders aus als in den Hypothesen erwartet. Bzgl. ihrer inhaltlichen Validität konvergieren – entsprechend der Hypothese – ausschließlich das schwangerschaftsspezifische ‚Akkomodative Coping‘ und das ‚Aufgabenorientierte Coping‘ des CISS – und zwar in schwacher Stärke ($p < 0,01$). Die beiden anderen sehr schwachen Korrelationen ($p < 0,05$) erfüllen auf Grund ihrer inhaltlich differierenden Konzeption nicht die Erwartung der Hypothese (siehe S. 41-43 und S. 88).

Tabelle 9.2-1: Konvergente Validität mit überwiegend positiven Korrelationen (kV+) und divergierende Validität mit überwiegend negativen Korrelationen (dV-) Validität zwischen dem Erhebungsinstrument ‚Schwanger wohlfühlen‘ und den Vergleichsskalen

	Affektives Wohlbefinden	Körperliches Wohlbefinden		Coping	
		PKW	MB	AKK	ASS
PANAS-PA	kV+ **				
PANAS-NA	dV- **				
STAI (state)	dV- **				
SF12-PS	kV+ **				
SF12-KS		(kV+ *)	kV+ **		
AKW		kV+ **	kV+ **		
CISS-AC				kV+ **	0
CISS-EC				0	-Korr. *
CISS-VC				+ Korr. *	0

* auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant; ** auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant; fett = auf Grund der Hypothesen erwartete konvergente oder divergierende Validität; kursiv = die Hypothesen zurückweisende Korrelationen; +Korr. = positive Korrelation; -Korr. = negative Korrelation; 0= keine Korrelation.

9.2.2 Reliabilität

Die Reliabilität des Fragebogens ‚Schwanger wohlfühlen‘ wird in dieser Arbeit durch den Schätzwert seiner inneren Konsistenz bestimmt. Dieser fällt mit einem Cronbachs Alpha von 0,90 der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ sehr hoch aus. Insbesondere der Faktor ‚Partner‘ ist mit 0,92 bei nur 3 Items sehr homogen. Die anderen drei Hauptkomponenten der Skala weisen sich durch einen guten Korrelationskoeffizienten von über 0,85 aus. Dies bedeutet, dass das schwangerschaftsspezifische ‚Affektive Wohlbefinden‘ mit einem hohen Grad zuverlässig erfasst werden kann.

Die Reliabilität der Skalen der ‚Positive Körperwahrnehmung‘ und ‚Mobilität/Behändigkeit‘ ist mit einem Cronbachs Alpha von 0,83 bzw. 0,78 relativ gut bzw. mäßig gut. Insbesondere bei letzterem muss ein Verbesserungs- bzw. Ergänzungsbedarf im Sinne einer ‚Testverlängerung‘ vermerkt werden, um diese Dimension noch zuverlässiger zu erfassen. So könnte in diesem Fall durch eine Verdoppelung der Anzahl konstruktrelevanter Items ein Konsistenzkoeffizient von etwa 0,85 erzielt werden (Lienert & Raatz 1998, S. 209-213).

Bei den Skalen ‚Akkomodatives Coping‘ und ‚Assimilatives Coping‘, die einen mäßig guten Korrelationskoeffizienten von 0,77 bzw. 0,75 haben, stellt sich ebenso die zukünftige Aufgabe der Optimierung, die – wie erwähnt – durch eine Erhöhung der Itemanzahl erreicht werden könnte.

9.2.3 Objektivität

Hinsichtlich der Objektivität eines Inventars werden laut Lienert & Raatz (1998, S. 7-9, 29) die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität unterschieden. In der vorliegenden Endfassung des Fragebogens ‚Schwanger wohlfühlen‘ wird die Durchführungsobjektivität durch genaue Anweisungen zur Beantwortung der Items, die alternierend weiß bzw. grau unterlegten Items sowie die wiederholte Vorgabe der Endpunkte der 7-er Antwortskalen gestützt.

Bei der Auswertung gilt in allen Fällen: das Höchstmaß der Zustimmung (Wert 7 auf der Antwortskala) bedeutet das höchste Wohlbefinden bzw. das stärkste jeweilige Coping. Nur die Items 40, 42, 44, 49 und 50 sowie die Items 52 bis 54 müssen vor der Analyse umgepolt werden, da sie ‚negativ‘ dargeboten werden. Die Auswertung der Skalen über ihre jeweiligen Mittelwerte, wobei die beantworteten Items mindestens 80% der Gesamtzahl umfassen müssen, gewährleistet eine Aussage zu den einzelnen Skalen, die Vergleiche mit anderen Teilnehmerinnen bzw. Gruppen zulassen. Die durchgängig verwendeten endpunktbenannten, siebenstufigen Intervallskalen erleichtern die statistische Auswertung.

9.3 Nebengütekriterien des Erhebungsinstruments ‚Schwanger wohlfühlen‘

Zu den Nebengütekriterien gehören die Ökonomie, Vergleichbarkeit, Normierung und Nützlichkeit (Lienert & Raatz 1998, S. 7-14), die im Folgenden bzgl. des Fragebogens ‚Schwanger wohlfühlen‘ dargestellt werden.

Mit nur 38 Items ist dieser Fragebogen sehr ökonomisch, zumal er das ‚Affektive‘ und ‚Körperliche Wohlbefinden‘ sowie ‚Coping‘ mit insgesamt 8 Hauptkomponenten umfasst. Er kann in 5 bis 10 Minuten ausgefüllt werden. Die Vergleichbarkeit wurde bereits hinsichtlich seiner konvergenten Validität mit konstruktnahen Instrumenten belegt.

Um ein Punktwertsystem für die Einordnung der individuellen Skalenmittelwerte – im Sinne einer Normierung – anzubieten, schlägt die Autorin Folgendes vor: Beim Fragebogen ‚Schwanger wohlfühlen‘ handelt es sich nicht um ein diagnostisches Screening-Instrument, das eine möglichst niedrige Assessment-Schwelle bzgl. pathologischer Veränderungen vorweisen soll. Stattdessen ist intendiert, das aktuelle subjektive Wohlbefinden und Coping einer

schwangeren Frau so zu bewerten, dass diejenige, die kein *optimales* Wohlbefinden in den fünf Dimensionen aufweist, von Wohlbefinden fördernden Interventionen profitieren kann. Somit wird als oberer Referenzpunkt der arithmetische Mittelwert zuzüglich der Standardabweichung herangezogen (siehe Anlage 14.9). Dieser soll besagen, dass die Werte oberhalb dieser Marke ein gutes Wohlbefinden bzw. Coping repräsentieren. Als unterer Referenzpunkt wird der arithmetische Mittelwert abzüglich der Standardabweichung als Hinweis dafür gewertet, dass niedrigere Werte auf einen großen Optimierungsbedarf hinsichtlich des Wohlbefindens und Coping hinweisen. Werte zwischen dem unteren und oberen Referenzpunkt beschreiben ein relativ gutes Wohlbefinden und Coping, das jedoch potenziell verbessert und ausgeweitet werden kann. Die entsprechenden Referenzpunkte sind in Tabelle 9.3-1 aufgeführt. Die jeweiligen Dimensionen des ‚Körperlichen Wohlbefindens‘ und ‚Coping‘ werden beibehalten, während diejenige des ‚Affektiven Wohlbefindens‘ auf Grund ihrer relativ hohen Interkorrelationen zusammengefasst werden. Eine genauere Vorgabe zur Einordnung und Interpretation der individuellen Werte von schwangeren Frauen wird durch zukünftige Forschungsarbeiten angestrebt bzw. erleichtert werden.

Tabelle 9.3-1: Oberer und unterer Referenzpunkt für die jeweiligen Skalen (zweite Befragungsstichprobe)

Skalen	Mw + SD	Mw - SD
Affektives Wohlbefinden (n=247)	6,0	4,1
Körperliches Wohlbefinden: Positive Körperwahrnehmung (n=247)	5,6	2,9
Körperliches Wohlbefinden: Mobilität/Behändigkeit (n=246)	4,2	1,2
Bewältigungsreaktionen: Akkomodativ (n=247)	6,2	3,5
Bewältigungsreaktionen: Assimilativ (n=247)	6,7	4,0

n = Anzahl; Mw = arithmetischer Mittelwert der Skalen; SD = Standardabweichung vom Skalenmittelwert

Die Nützlichkeit des Fragebogens ‚Schwanger wohlfühlen‘ wird insbesondere in der standardisierten Erhebung des aktuellen schwangerschaftsspezifischen Wohlbefindens und Coping gesehen, die eine zuverlässige und valide Grundlage für die Beratung von schwangeren Frauen durch Hebammen bildet. Darüber hinaus beinhaltet das Erhebungsinstrument ‚Schwanger wohlfühlen‘ eine Reihe von zusätzlichen Items, die entweder die Klientel beschreiben oder als potenzielle Korrelate von SWB und Coping in Frage kommen: soziodemografische und geburtshilflich relevante Daten, Items zur psychosozialen Lebenssituation einschließlich Lebensstil, Berufstätigkeit und Stresserleben, Fragen zur subjektiven Erfahrung von früheren Schwangerschaften und Geburten sowie zur Betreuung im Rahmen der Schwangerenvorsorge (siehe Anlage 14.8). Somit müssen keine zusätzlichen Fragebögen oder Itemlisten eingesetzt werden, die durch eine potenzielle Unterschiedlichkeit in Inhalt oder Operationalisierung einen querschnittlichen Vergleich von Individuen oder Gruppen hinsichtlich relevanter Korrela-

te erschweren würden. Da die Anwendung des Fragebogens in der Praxis das eigentliche Ziel dieser Instrumentenkonstruktion ist, wird sie nachfolgend eigens ausgeführt.

9.4 Anwendung des Erhebungsinstruments ‘Schwanger wohlfühlen’ in der Praxis

Das Erhebungsinstrument ‚Schwanger wohlfühlen‘ kann grundsätzlich von allen schwangeren Frauen beantwortet werden, da es das aktuelle schwangerschaftsspezifische Wohlbefinden und Coping erfragt. Erste Erfahrungen in der Praxis haben gezeigt, dass schwangere Frauen diesen Fragebogen überwiegend gerne ausfüllen und ihn dahingehend hilfreich finden, sich ihres affektiven und körperlichen Wohlbefindens und ihrer Bewältigungsreaktionen bewusst zu werden.

Der Fragebogen verfolgt einen affirmativen Ansatz, d.h. es werden nicht Defizite oder pathologische Symptome im dritten Trimenon einer Schwangerschaft erhoben, sondern das aktuelle subjektive Wohlbefinden und Coping. Auf Grund der standardisierten Erfassung der Konstrukte können die Mittelwerte eines Individuums pro Dimension entsprechend der oben genannten Referenzwerte eingeordnet werden. Es ist intendiert, diese individuellen Werte einer bestärkenden und Wohlbefinden fördernden Beratung von schwangeren Frauen zu Grunde zu legen. Dabei kann der von der Frau erreichte Bereich des Wohlbefindens und Coping in fünf Dimensionen differenziert abgebildet werden (siehe Abbildung 9.4-1 bis Abbildung 9.4-5). Durch die grafische Darstellung mittels eines, wie Huber (2002, S. 21) es nennt, ‚wahrnehmungsnahen Zeichens‘ kann zum einen ein müheloses und unmittelbares Verstehen unabhängig vom Bildungsstand ermöglicht werden und zum anderen im Sinne der Gesundheitsförderung das Potenzial für einen weitergehenden Zugewinn an Wohlbefinden und Coping visuell deutlich gemacht werden.

Um dies zu veranschaulichen, werden nachfolgend die individuellen Werte von fünf Teilnehmerinnen der zweiten Befragung exemplarisch dargestellt. Die Teilnehmerin 50 (siehe Abbildung 9.4-1) weist insbesondere im Bereich des ‚Affektiven Wohlbefindens‘ einen Wert deutlich unterhalb des unteren Referenzpunktes auf, während sich die anderen Werte zwischen den jeweiligen Referenzpunkten bzw. über dem oberen Referenzpunkt befinden.

Bei der Teilnehmerin 109 befindet sich der Wert bzgl. der ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ zwischen dem oberen und unteren Referenzwert und weist somit auf ein entsprechendes Optimierungspotenzial hin, das sich in der grafischen Darstellung eindrücklich darstellt (siehe Abbildung 9.4-2). Der Wert zur Mobilität/Behändigkeit liegt dagegen weit über dem oberen Referenzwert.

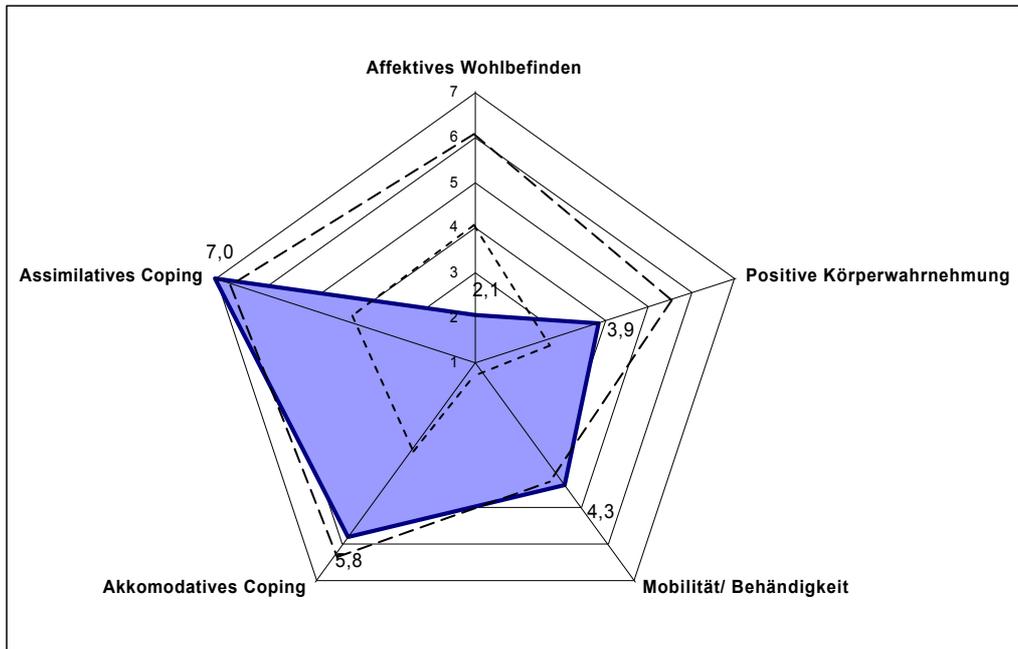


Abbildung 9.4-1: Wohlbefinden und Coping der Teilnehmerin 50

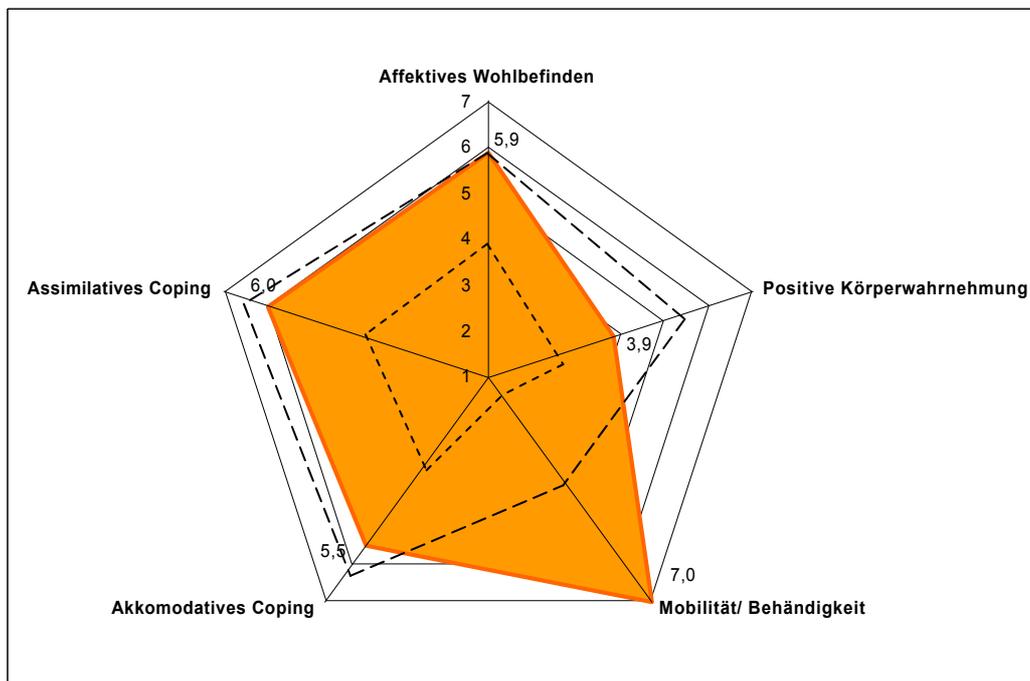


Abbildung 9.4-2: Wohlbefinden und Coping der Teilnehmerin 109

Bei Teilnehmerin 11 liegen alle Werte – bis auf einen – weit über dem unteren Referenzpunkt (siehe Abbildung 9.4-3). Bezüglich der ‚Mobilität/Behändigkeit‘ liegt ein beachtliches Potenzial für eine Verbesserung der körperlichen Funktion vor.

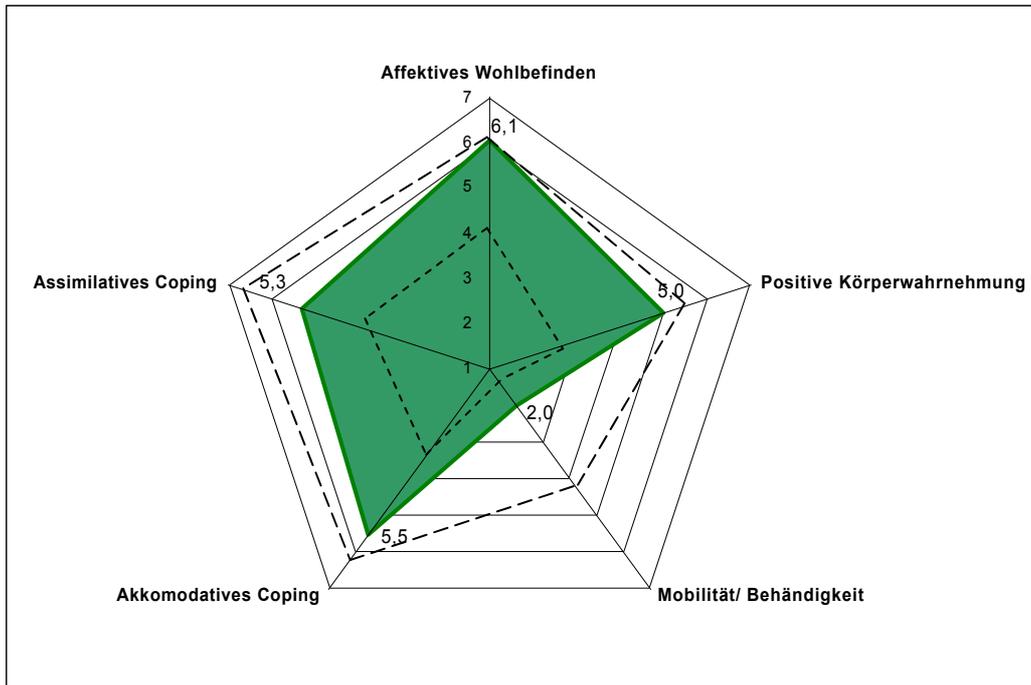


Abbildung 9.4-3: Wohlbefinden und Coping der Teilnehmerin 11

Kontrastierend könnte die Teilnehmerin 21 im Bereich des ‚Akkomodativen‘ und ‚Assimilativen Coping‘ von zusätzlicher Unterstützung profitieren (siehe Abbildung 9.4-4). Das Profil der Teilnehmerin 30 weist dagegen auf einen umfassenden Bedarf an einem Zugewinn von Wohlbefinden und einem effektiveren Einsatz ihrer Ressourcen hin (siehe Abbildung 9.4-5).

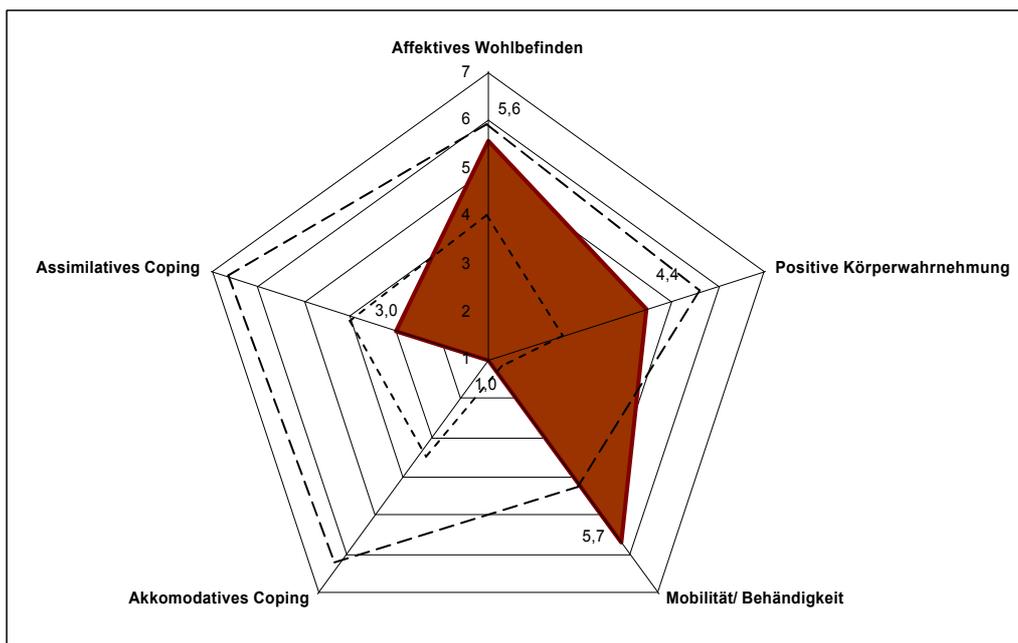


Abbildung 9.4-4: Wohlbefinden und Coping der Teilnehmerin 21

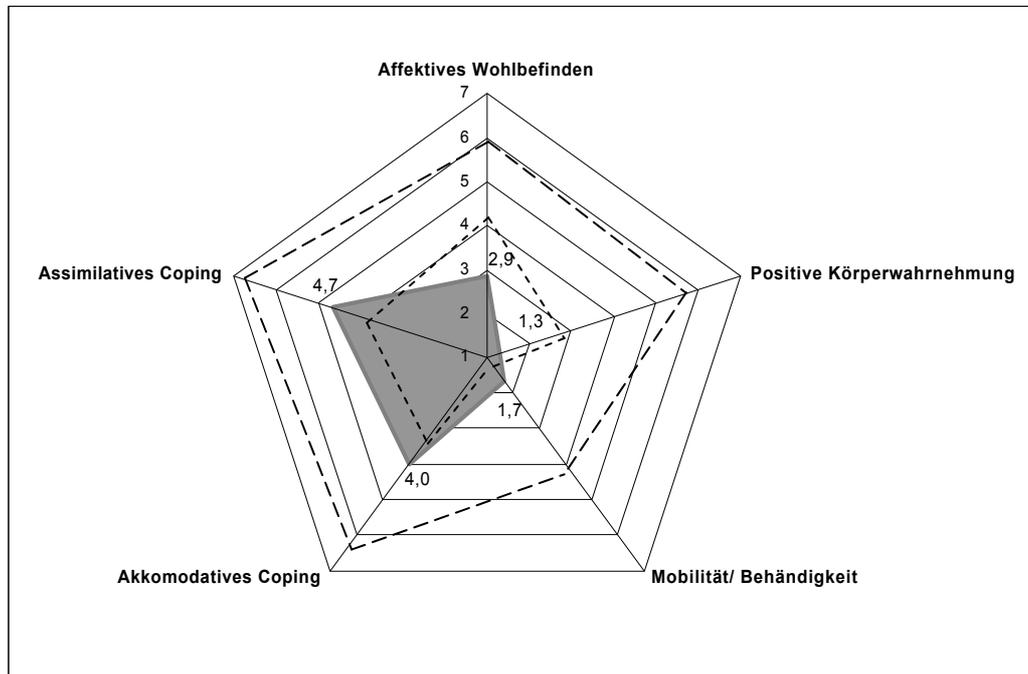


Abbildung 9.4-5: Wohlbefinden und Coping der Teilnehmerin 30

Eine mehrmalige Erhebung mit dem Erhebungsinstrument 'Schwanger wohlfühlen' während des dritten Trimenons könnte einen Verlauf von ‚Momentaufnahmen‘ des Wohlbefindens und des Coping beschreiben, der zugleich Auskunft gäbe über den Erfolg von Interventionen bzw. den Einfluss von beeinträchtigenden Faktoren in den fünf Dimensionen des Wohlbefindens und Coping. So hätten insbesondere Hebammen, aber auch andere Fachpersonen, die eine Frau während der Schwangerschaft betreuen, ein Monitoring-Instrument zur Hand, das eine standardisierte Auskunft über die subjektiven Angaben der Frau zu ihrem Wohlbefinden und Coping gibt.

9.5 Unterschiedliches schwangerschaftsspezifisches ‚Subjektives Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ bei differenten Merkmalen der Teilnehmerinnen

Ausgehend von der Annahme, dass sich die Antworten von Teilnehmerinnen zum Wohlbefinden auf einer Intervallskala unterscheiden lassen, werden im Folgenden hinsichtlich ausgewählter differenter Merkmale (z.B. ‚Schwangerschaft geplant‘: Ja – Nein; oder ‚Information‘: ausreichend – teils/teils – nicht ausreichend), die durch die zusätzlichen Items des Erhebungsinstruments ‚Schwanger wohlfühlen‘ mit erfasst wurden, die Werte der Teilnehmerinnen zu ihrem ‚Affektiven‘ und ‚Körperlichen Wohlbefinden‘ sowie ‚Coping‘ (arithmetische Mittelwerte) mit Hilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) auf signifikante Unterschiede überprüft (Bortz 1999, S. 237-275).

9.5.1 ‚Subjektives Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ in der Schwangerschaft hinsichtlich soziodemografischer und anamnestisch-geburtshilflicher Merkmale

Bei differenten Ausprägungen soziodemografischer Charakteristika von schwangeren Frauen (zweite Befragung), wie Alter und höchster Schulabschluss, lässt sich kein signifikant unterschiedliches Wohlbefinden ablesen (siehe Tabelle 9.5-1). Ebenfalls unterscheiden sich schwangere Frauen in ihrem Wohlbefinden weder auf Grund ihrer Parität (Erst- versus Mehrgebärende) noch ihres Schwangerschaftsalters (29. bis 35. SSW versus 36. bis 42. SSW).

Tabelle 9.5-1: Das Niveau statistisch signifikanter Unterschiede (p-Werte) zwischen differenten Ausprägungen soziodemografischer bzw. anamnestisch-geburtshilflicher Merkmale der Teilnehmerinnen und ihrem schwangerschaftsspezifischen Wohlbefinden bzw. Coping (Mittelwerte)

	Alter	Bildung	Parität	Schwangerschaftsalter
Affektives Wohlbefinden	0,998	0,435	0,558	0,292
Körperliches Wohlbefinden	0,770	0,882	0,707	0,121
Bewältigungsweisen	0,737	0,210	0,559	0,183

Das ‚Affektive Wohlbefinden‘ von schwangeren Frauen ist signifikant besser, wenn sie wenig Stress im Alltag (p=0,003), ausreichende soziale Unterstützung (p=0,000) und eine positive emotionale Stimmung (p=0,000) erleben (siehe Tabelle 9.5-2). Ist eine Schwangerschaft geplant, berichten schwangere Frauen von einem signifikant besseren ‚Körperlichen Wohlbefinden‘ als Frauen, deren Schwangerschaft eher ungeplant war (p=0,002). Haben schwangere Frauen wenig Stress im Alltag und eine positive aktuelle Stimmung, ist ihr ‚Körperliches Wohlbefinden‘ besser im Vergleich zu Schwangeren, die viel Stress im Alltag ausgesetzt (p=0,009) und in einer schlechten aktuellen Stimmung sind (p=0,001). Ihr ‚Coping‘ unterscheidet sich in Bezug auf all diese Merkmale nicht. Ob eine schwangere Frau hinsichtlich ihrer Soziabilität und Impulsivität extra- oder introvertiert ist, scheint mit ihrem schwangerschaftsspezifischen Wohlbefinden oder Coping nicht in Zusammenhang zu stehen.

Tabelle 9.5-2: Das Niveau statistisch signifikanter Unterschiede (p-Werte) zwischen differenten Ausprägungen psychosozialer Merkmale der Teilnehmerinnen und ihrem schwangerschaftsspezifischen ‚Wohlbefinden‘ bzw. ‚Coping‘ (Mittelwerte)

	Schwangerschaft geplant	stressiger Alltag	ausreichende Unterstützung	aktuelle Stimmung	Extraversion
Affektives Wohlbefinden	0,178	0,003	0,000	0,000	0,828
Körperliches Wohlbefinden	0,002	0,009	0,064	0,001	0,272
Bewältigungsweisen	0,917	0,466	0,436	0,396	0,391

9.5.2 ‚Affektives Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft und psychosoziale Merkmale

Nachfolgend werden unterschiedliche Ausprägungen von Merkmalen, wie eine emotional belastende Berufstätigkeit, negativer Stress und die Berücksichtigung von Bedürfnissen durch die Hebamme bzw. die Ärztin/ den Arzt, im Hinblick auf die vier Dimensionen des affektiven Wohlbefindens untersucht (siehe Tabelle 9.5-3). Frauen, die in den vergangenen 12 Monaten eine bedeutende Krise oder ein erhebliches negatives Lebensereignis erfahren haben, geben signifikant niedrigere Werte auf der Dimension ‚Mutter-Werden‘ an ($p=0,004$). Andere Frauen, die in den vergangenen Monaten eine beträchtliche Stresssituation bzgl. ihrer Schwangerschaft oder ihrem Kind erlebt haben, weisen signifikant niedrigere Wohlbefindenswerte bzgl. der Dimension ‚Geburt‘ auf ($p=0,001$). Jene, die ein früheres positives Geburtserlebnis angeben, haben signifikant höhere Wohlbefindenswerte bzgl. der Geburt ($p=0,001$). Über signifikant höhere Wohlbefindenswerte im Bereich ‚Schwangersein/Kind‘ berichten Frauen, die den Eindruck haben, dass ihre Bedürfnisse durch die Ärztin/den Arzt ‚voll und ganz‘ berücksichtigt wurden, im Vergleich mit Frauen, die nicht dieser Meinung sind ($p=0,001$). Eine emotional belastende Berufstätigkeit oder die Berücksichtigung von Bedürfnissen durch die Hebamme scheint sich auf das ‚Affektive Wohlbefinden‘ nicht negativ bzw. positiv auszuwirken.

Tabelle 9.5-3: Das Niveau statistisch signifikanter Unterschiede (p-Werte) zwischen differenter Ausprägungen psychosozialer Merkmale der Teilnehmerinnen bzw. ihrer Betreuung und ihrem ‚Affektiven Wohlbefinden‘ (Mittelwerte)

	emotional belastende Berufstätigkeit	negativer Stress (Krise/ Lebensereignis)	negativer Stress bzgl. Schwangersein/ Kind	Hebamme berücksichtigt Bedürfnisse	Ärztin/ Arzt berücksichtigt Bedürfnisse	frühere Geburt positiv erlebt
SK	0,031	0,135	0,080	0,781	0,001	0,133
G	0,806	0,096	0,001	0,595	0,854	0,001
P	0,066	0,137	0,790	0,990	0,108	0,597
M	0,067	0,004	0,029	0,258	0,203	0,395

9.5.3 ‚Körperliches Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft und körperbezogene Merkmale

Frauen, die sich während ihrer Schwangerschaft ausreichend bewegen, unterscheiden sich hinsichtlich ihres körperlichen Wohlbefindens nicht signifikant von Frauen, die sich nicht ausreichend bewegen (siehe Tabelle 9.5-4). Gleiches gilt für Frauen, die sich zurzeit der Befragung im Mutterschutz befanden bzw. Teilnehmerinnen, die keinen gesetzlichen Mutterschutz beanspruchten. Schwangere Frauen, die eine körperlich belastende Berufstätigkeit angeben, weisen dagegen signifikant niedrigere Werte bzgl. ihrer körperlichen ‚Mobilität/Be-

händigkeit' auf ($p=0,000$). Die ‚Positive Körperwahrnehmung‘ bzw. subjektive körperliche Attraktivität ist von diesen Faktoren völlig unabhängig.

Tabelle 9.5-4: Das Niveau statistisch signifikanter Unterschiede (p-Werte) zwischen differenten Ausprägungen körperbezogener und sozialer Merkmale der Teilnehmerinnen und ihrem ‚Körperlichen Wohlbefinden‘ (Mittelwerte)

	ausreichende körperliche Bewegung	körperlich belastende Berufstätigkeit	Mutterschutz
PKW	0,044	0,985	0,855
MB	0,977	0,000	0,153

9.5.4 ‚Coping‘ in der Schwangerschaft und psychosoziale Merkmale

Die Werte von schwangeren Frauen, die früher eine subjektiv traumatische Geburt erlebt haben, sind im Bereich der psychisch-kognitiven Bewältigung (‚Akkomodatives Coping‘) höher ($p=0,008$) als von Frauen, die keine negativen Geburtserfahrungen gemacht haben (siehe Tabelle 9.5-5). Ihre körper- und umweltbezogenen Bewältigungsweisen (‚Assimilatives Coping‘) unterscheiden sich jedoch nicht. Diese werden dagegen signifikant stärker von Frauen genutzt, die aus subjektiver Sicht ausreichende Informationen durch ihre Hebamme erhalten haben ($p= 0,003$) und deren Bedürfnisse durch die Hebamme ($p= 0,000$) ‚Voll und ganz‘ berücksichtigt wurden. Im Falle der Ärztin/des Arztes wird auf körper- und umweltbezogene Bewältigungsweisen verstärkt zurückgegriffen, wenn die Bedürfnisse der Frau aus ihrer Sicht entweder ‚Voll und ganz‘ oder auch ‚gar nicht‘ Berücksichtigung gefunden haben, jedoch nicht, wenn dies nur ‚Teils-teils‘ der Fall war ($p= 0,009$).

Tabelle 9.5-5: Das Niveau statistisch signifikanter Unterschiede zwischen differenten Ausprägungen der Betreuung der Teilnehmerinnen und ihrem schwangerschaftsspezifischen ‚Coping‘ (Mittelwerte)

	frühere traumatische Geburt	Hebamme: ausreichende Information	Ärztin/Arzt: ausreichende Information	Hebamme be- rücksichtigt Bedürfnisse	Ärztin/Arzt berücksichtigt Bedürfnisse
AKK	0,008	0,410	0,255	0,379	0,126
ASS	0,637	0,003	0,023	0,000	0,009

10 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit bestand darin, das schwangerschaftsspezifische Wohlbefinden und Bewältigungsverhalten abzubilden und empirisch messbar zu machen. Der Prozess der Konstrukt-Validierung wurde durch eine Sequenz von Befragungen sowie Item- und Faktorenanalysen erreicht. Letztendlich resultierte ein heterogenes Instrument, das einerseits das ‚Aktuelle Wohlbefinden‘ einer Frau im Hinblick auf ihre Schwangerschaft, ihr Kind, ihren Partner, die bevorstehende Geburt sowie ihr Mutter-Werden berücksichtigt und das andererseits auch ihr Wohlbefinden hinsichtlich ihrer ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ und ‚Mobilität/Behändigkeit‘ umfasst. Darüber hinaus stellt es ihre schwangerschaftsspezifischen Bewältigungsweisen in den Dimensionen ‚Akkomodatives‘ und ‚Assimilatives Coping‘ dar. Nachfolgend werden methodische Aspekte und die Dimensionen des Instruments diskutiert.

10.1 Methodik

Im Laufe einer Fragebogenkonstruktion und -validierung sind zahlreiche Entscheidungen zu treffen, für die es in der Literatur zwar zahlreiche Empfehlungen gibt, die jedoch oftmals keine eindeutige Indikation implizieren. Als Beispiele seien hier die Stichprobengröße pro Itemanzahl (Lienert & Raatz 1998, S. 174) sowie die Item-Selektionswerte für Schwierigkeitsindices und Trennschärfekoeffizienten genannt (Lienert & Raatz 1998, S. 104-113). Das heißt, es mussten von der Autorin Entscheidungen getroffen werden, die nicht unanfechtbar sind.

10.1.1 Stichproben

Die Größe beider Stichproben ($n_1 = 297$; $n_2 = 247$) erscheint angesichts der jeweiligen Itemanzahl ($n_1 = 101$; $n_2 = 54$) ausreichend bzw. optimal, nachdem die erste Stichprobe um 65 Teilnehmerinnen, die sich im 2. Trimenon befanden, verringert wurde. Diese Reduzierung auf ein homogeneres Merkmal ‚Gestationsalter‘, nämlich ausschließlich das dritte Trimenon, erscheint retrospektiv sinnvoll. Jedoch bestätigt die Tatsache, dass im Bereich des affektiven Wohlbefindens und der Bewältigung eine stattliche Anzahl von Items für das zweite *und* dritte Trimenon hätten selektiert werden können, dass nicht von vornherein ein für jedes Trimenon qualitativ unterschiedliches Wohlbefinden und Coping anzunehmen war. Alternativ hätte auch eine geteilte Skala, insbesondere bzgl. des negativen körperlichen Wohlbefindens erstellt werden können, die für das zweite und dritte Trimenon jeweils spezifische Items anbietet. Allerdings hätte diese nicht mit dieser geringen Teilnehmerinnenzahl von 65 erstellt werden

können. Somit wurde die erste Forschungsfrage unter anderem auch auf Grund der hinsichtlich des Gestationsalters ungleichen Verteilung der Teilnehmerinnen negativ beantwortet.

Beide Stichproben sind Teil einer und typisch für eine Klientel, die von freiberuflichen Hebammen betreut wird und für die dieser Fragebogen schwerpunktmäßig erstellt wurde. Die konstruktunabhängigen Items zur Beschreibung der psychosozialen und geburtshilflichen Merkmale der schwangeren Frauen, die weitgehend Literatur gestützt erstellt wurden, belegen eine relativ breite Streuung der Merkmale, wie z.B. bei Alter, Bildung, Familienstand oder finanzieller Absicherung. Hinsichtlich der Anzahl dieser Items stellte zum einen der Seitenumfang des Fragebogens eine Begrenzung dar, zum anderen aber auch der Mangel an Studien, die Korrelate von Wohlbefinden (nicht: Gesundheit!) oder Coping *in der Schwangerschaft* bisher untersuchten. Die Fragen zum *positiven* Erleben einer früheren Schwangerschaft oder Geburt sind insbesondere dem affirmativen Ansatz dieser Studie geschuldet, der in dieser Form in der Literatur kaum zu finden ist.

10.1.2 Antwortskalen und -verhalten

Der Versuch, zweistufige Antwortskalen (1. Merkmal vorhanden: ja/nein; 2. Beeinträchtigung: ‚überhaupt nicht‘ bis ‚sehr‘) anzubieten und zu interpretieren, ist weitgehend fruchtlos geblieben. Einerseits war dadurch die Datenqualität der ersten Befragung deutlich schlechter, andererseits erwies sich die Itemselektion auf Grund der geringen Anzahl von Antworten der zweiten Stufe als kompliziert, wenn nicht unmöglich. Infolge der daraus resultierenden Formatänderung büßten die Antwortmöglichkeiten dann zwar einen höheren Differenzierungsgrad bzgl. des Vorhandenseins eines Merkmals und seiner Bedeutung für das Wohlbefinden ein, letztendlich profitierte aber das vereinfachte Antwortformat der zweiten Version bzw. der Endfassung von einer größeren Durchführungs- und Interpretationsobjektivität (siehe Anlage 13.5 und 13.8). Auch wenn die vierstufige Antwortskala des ersten Fragebogens durch die nominale Benennung ein hohes Maß an Transparenz bot und ein zentrales Antwortverhalten ausschloss, so gewann der zweite Fragebogen durch die siebenstufigen endpunktbenannten Intervallskalen doch erheblich an Differenzierbarkeit und statistischer Genauigkeit. Eine Tendenz zu zentralem Antwortverhalten wurde im zweiten Datensatz nicht beobachtet. Darüber hinaus schien sich die Änderung der Antwortskalen der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ nicht wesentlich auf ihre Validität und innere Konsistenz auszuwirken.

Weitere Verfälschungstendenzen durch indifferente Antworten, unterschiedliche Interpretationen der Items durch die Teilnehmerinnen oder Unaufmerksamkeit – und somit falsche Angaben z.B. bei umgepolten Items – (Jäger & Petermann 1992, S. 368-371) können nicht kontrolliert werden. Ein extremes Antwortverhalten ist angesichts der überwiegend positiv gerichteten Einschätzung von Wohlbefinden entsprechend Diener & Diener (1996) schwierig zu

beurteilen (Staudinger 2000). Die Tatsache, dass soziale Erwünschtheit in mehreren Studien zum positiven und negativen Affekt, wie die Affect Balance Scale (Bradburn 1969), nicht nachgewiesen werden konnte (Diener et al. 1990, Diener et al. 1994, Diener & Emmons 1984, McCrae 1986), wird als Anhaltspunkt für aufrichtige Antworten gewertet. Jedoch bleibt diesbezüglich ebenso offen, inwieweit die gegebenen Antworten durch die stärkere oder geringere Differenzierungskompetenz der Teilnehmerinnen hinsichtlich ihrer Selbstwahrnehmung bzw. Identifizierung ihrer Gefühle beeinflusst werden. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Einflüsse durch die Persönlichkeit, wie Extraversion und Neurotizismus bzw. dispositionelle Stimmung, den momentanen Affekt bzw. die Beantwortung von affektbezogenen Items dahingehend beeinflussen, dass eine extravertierte Person eher eine positiv gestimmte Antwort und eine zu Neurotizismus neigende Person eher eine negativ gestimmte Antwort auf ihr momentanes Befinden gibt (Lucas & Diener 2001), da sie möglicherweise auf Grund der mentalen Vernetzung – neben anderen affektiv-kognitiven Prozessen – für ein kongruentes Konstrukt empfänglicher ist (Larsen & Ketelaar 1991) und dieses eher assoziiert als ein inkongruentes (Borkenau & Mauer 2007).

Ein Rating-Bias, der auch bei anderen Instrumenten zur Lebenszufriedenheit als ‚inhärent‘ vermutet wird (Krohne et al. 1996, S. 152), ist die Möglichkeit, dass der jeweils angegebene Affekt durch das momentane *körperliche* Befinden beeinflusst wird – und umgekehrt. Dies ist in den vorliegenden Daten der zweiten Befragung nicht offensichtlich, da zumindest bei drei von vier Dimensionen des ‚Affektiven Wohlbefindens‘ keine signifikante Korrelation zur ‚Mobilität/Behändigkeit‘ besteht (siehe Tabelle 8.4-5). Lediglich zwischen den Affekten hinsichtlich der ‚Geburt‘ und der ‚Mobilität/Behändigkeit‘ (laut Testanweisung bzgl. der vergangenen Woche) könnte eine geringe gegenseitige Beeinflussung dahingehend vermutet werden, dass z.B. die Erfahrung einer eingeschränkten Mobilität größere Bedenken und Ängste bzgl. der Geburt begünstigt. Bezüglich der Beziehungen zur ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ wird weiter unten Stellung genommen (siehe Kapitel 10.2.2).

Retrospektiv gesehen wäre es ratsam gewesen, die Itemreihung zu variieren, um Verzerrungen durch eine gegenseitige Beeinflussung von Items, wie z.B. durch Assimilationseffekte bzgl. des affektiven und körperlichen Wohlbefindens, zu einem gewissen Grad zu kontrollieren (Laatz 1993, S. 149-155). Außerdem muss bei einer Anzahl von insgesamt 169 Items, die durch die zusätzliche Darbietung von vier Vergleichsinventaren bei der zweiten Befragung zustande kam, mit Ermüdungstendenzen gerechnet werden.

10.1.3 Itemselektion und Faktorenanalyse

Auf Grund der Auswahlkriterien in Folge der Itemanalyse wurde eine Reihe von Items nicht selektiert, da sie auf mehr als 90% der Schwangeren bzgl. ihres positiven subjektiven

Wohlbefindens oder Coping zutrafen, d.h. zu leicht zu beantworten waren. Da die Itemschwierigkeit und Trennschärfe eng miteinander in Beziehung stehen (Lienert & Raatz 1998, S. 104-113), wäre ein stringenteres Vorgehen mit Grenzwerten von 20% bzw. 80% Item-Schwierigkeit (P) angesagt gewesen, was bereits im ersten Schritt zu einer geringeren Selektion geführt hätte. Allerdings wären dann auch Items herausgefallen, die eine relativ hohe Trennschärfe ($r_{i(tj)}$) aufweisen (wie z.B. Item 24 ‚stolz‘ mit $P > 80$ und $r_{i(tj)} > 0,4$). Im Sinne der Konstruktrepräsentanz erschien es ebenso sinnvoll, Items auf Grund ihres Beitrags zur Varianz beizubehalten, auch wenn ihr Schwierigkeitsindex unter 20 lag (z.B. Item 77 ‚Hüften‘). Damit kann das großzügigere Vorgehen bei den Selektionskriterien gerechtfertigt sein.

Die Tatsache, dass bei der Faktorenanalyse der zweiten Befragungsdaten die affektiven Items (bis auf eines) ganz eindeutig und relativ hoch auf die vier Hauptkomponenten der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ laden, belegt deren klare Struktur. Dies trifft auch auf die Skalen ‚Positive Körperwahrnehmung‘ und ‚Mobilität/Behändigkeit‘ sowie ‚Akkomodatives Coping‘ und ‚Assimilatives Coping‘ zu.

10.2 Die Konstrukte schwangerschaftsspezifisches ‚Subjektives Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘

Das *schwangerschaftsspezifische* Wohlbefinden und Coping wird in dieser Arbeit selektiv herausgehoben und untersucht. Natürlich kann hinterfragt werden, ob denn die Schwangerschaft nicht einen der vielen Lebensbereiche abbildet, wie Arbeit, Freizeit oder soziale Beziehungen, die ein Teil des allgemeinen Wohlbefindens und Coping sind? Unabhängig davon, dass diese Lebensbereiche typischerweise hinsichtlich des habituellen, nicht aktuellen, Wohlbefindens unterschieden werden, muss betont werden, dass die Schwangerschaft keinen Bereich für sich, sondern eine ganzheitliche Lebensveränderung darstellt, die nahezu alle Bereiche – wie kaum ein anderer – zu beeinflussen und zu verändern scheint, wie z.B. die Beziehung zum Partner, die Arbeit oder den Freizeitsport. Darüber hinaus scheint sie in gewisser Weise das kognitiv-emotionale Erleben einer Frau zu dominieren und andere äußere oder innere Reize zu relativieren (Ayerle et al. 2004), was einen speziellen und ausschließlichen Fokus auf das schwangerschaftsspezifische Wohlbefinden und Coping zu rechtfertigen scheint. Dennoch muss eingeräumt werden, dass das aktuelle schwangerschaftsspezifische Wohlbefinden und die situativen Bewältigungsreaktionen nicht völlig unabhängig vom allgemeinen Wohlbefinden und dispositionellen Coping einer Frau existieren und deshalb mit einer gegenseitigen Beeinflussung gerechnet werden muss, die nur schwerlich oder mittels dispositionellen Inventaren differenzierter erfassbar ist.

10.2.1 *Aktuelles ‚Affektives Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft*

Wie in der ersten Version des Erhebungsinstruments konzipiert, lässt sich das aktuelle ‚Affektive Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft hinsichtlich der Dimensionen ‚Schwangersein/Kind‘, ‚Partner‘, ‚Geburt‘ und ‚Mutter-Werden‘ abbilden, die aus psychoanalytischer Sicht zwei der drei Aufgabenbereiche betreffen (ihr Kind als eigenständiges Wesen zu lieben und eine neue Rolle als Partnerin und Mutter auszufüllen; Bibring & Valenstein 1976) und in den Gedanken der schwangeren Frauen eine große Rolle spielen (Wimmer-Puchinger 1992). Dagegen sind andere Bezugspersonen oder die Erfahrung der Schwangerenvorsorge von keiner entsprechenden Bedeutung. Sie sind eher als Einflussgrößen zu verstehen (siehe Tabelle 9.5-2 und Tabelle 9.5-3; Zachariah 1996). Wie das allgemeine aktuelle Wohlbefinden überwiegend durch positive Emotionen charakterisiert ist (Myers & Diener 1995), so ist auch das schwangerschaftsspezifische durch einen positiven Affekt gekennzeichnet. Eine Sonderrolle spielen die Affekte der schwangeren Frauen mit Blick auf die Geburt, da in diesem Bereich die einzigen negativen Affekte (umgepolt) zum Tragen kommen (Robb et al. 2005, Wimmer-Puchinger 1992). Denn die Geburt konkretisiert nicht nur eine persönliche Herausforderung oder einen Lebensübergang zum ‚Unbekannten‘ (Lundgren & Wahlberg 1999), dem die Frau mit Angst und Sorge begegnet (Robb et al. 2005), sondern ist zugleich ein ‚verdichtetes‘ Ereignis, das die in jeder Hinsicht umfassenden Veränderungen einschließlich der persönlichen Entwicklung und des sozialen Statuswechsels versinnbildlicht, die der Übergangsprozess mit sich bringt (Behrens & Voges 1996, Heinz & Behrens 1991, Schaeper & Kühn 2000). Das Wohlbefinden in der Schwangerschaft stellt sich also entgegen der Postulate von Bradburn (1969) und Watson et al. (1988) nicht als Differenz zwischen zwei relativ unabhängigen Dimensionen ‚positiver Affekt‘ und ‚negativer Affekt‘ dar. Auch wenn sich die vier Dimensionen deutlich unterscheiden lassen, so bestätigen die gegenseitigen signifikanten Korrelationen mittlerer Stärke ($p < 0,01$) ihren inneren Zusammenhang als *eine* Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ (siehe Tabelle 8.4-5).

Das ‚Affektive Wohlbefinden‘, das mit Bewältigungsweisen in einer signifikanten, wenn auch (sehr) schwachen, positiven Beziehung steht (siehe Tabelle 8.4-5), beschränkt sich auf die Bereiche ‚Schwangersein/Kind‘ und ‚Mutter-Werden‘. In diesen können schwangere Frauen anscheinend am ehesten akkomodativ und assimilativ Veränderungen erwirken, die zu einer Optimierung ihres emotionalen Wohlbefindens führen (Giurgescu et al. 2006); umgekehrt könnten positive Emotionen auch entsprechende Bewältigungsreaktionen begünstigen. Die hoch signifikanten Beziehungen zwischen dem ‚Affektiven Wohlbefinden‘ und stressigem Alltag, ausreichender Unterstützung durch andere und aktueller Stimmung (siehe Tabelle 9.5-2) weisen auf ein Optimierungspotenzial des Wohlbefindens von schwangeren Frauen durch

fachliche Beratung hin. Hinsichtlich der bevorstehenden Geburt sind in der Begleitung von Schwangeren bzw. in der Schwangerenvorsorge insbesondere negative Stresserfahrungen bzgl. der Schwangerschaft oder des Kindes zu berücksichtigen; eine frühere positiv erlebte Geburt kann dagegen als Ressource affirmativ herangezogen werden (siehe Tabelle 9.5-3). Entsprechend Diener (1984) fallen die Korrelationen zwischen dem *aktuellen* ‚Affektiven Wohlbefinden‘ und objektiven Merkmalen (wie Alter und Bildung) niedriger aus als bzgl. des habituellen Wohlbefindens. Desgleichen sind Parität und Gestationsalter, wie in den Studien von Côté-Arsenault (2007) und Giurgescu et al. (2006), mit dem SWB unkorreliert (siehe Tabelle 9.5-1).

10.2.2 ‚Körperliches Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft

Ausgehend von der literaturgestützten Annahme, dass ‚Körperliches Wohlbefinden‘ sich durch (positive) körperliche Veränderungen durch die Schwangerschaft (Ayerle et al. 2004, Chang et al. 2006, Richardson 1990) und typische Schwangerschaftsbeschwerden (Ayerle et al. 2004, Rofé et al. 1993, Striegel-Moore et al. 1996, Wimmer-Puchinger 1992) konstituiert, konnte es auf Grund der ersten Befragungsdaten zunächst aber nur durch Beschwerden durch den großen schwangeren Bauch erfasst werden. Möglicherweise kann dies durch die überwiegende Anzahl von Items erklärt werden, die sich auf negatives Körpererleben bezogen. Erst in den subjektiven Einschätzungen der zweiten Befragung, bei welcher eine ebenso große Anzahl von positiven Körpermerkmalen angeboten wurde, differenzierte sich das Konstrukt in zwei Dimensionen: eine ‚Positive Körperwahrnehmung‘ hinsichtlich der Attraktivität als Schwangere und die subjektiv empfundene körperliche ‚Mobilität/Behändigkeit‘ (Drescher et al. 2003, Richardson 1990). Es ist überraschend, dass die klassischen phasenspezifischen bzw. -unspezifischen Schwangerschaftsbeschwerden, wie z.B. Müdigkeit, Rückenschmerzen oder Pollakisurie (Bobak & Starn 1993, Höfer 2005b), nicht als qualifizierende Merkmale negativen Körpererlebens der Itemanalyse standhielten. Möglicherweise hängt dies mit der Tatsache zusammen, dass nicht alle Frauen an (den gleichen) Schwangerschaftsbeschwerden leiden, wie das bei der ersten Befragung verwendete, zweistufige Format zeigte, und die einzelnen Beschwerden nicht inhaltlich konsistent und konstruktnah sind, d.h. eher ‚Gesundheit‘ oder ‚Krankheit‘ repräsentieren als ‚Wohlbefinden‘.

Allerdings könnten unter dem funktionalen Aspekt der Mobilität bzw. Mobilitätseinschränkung die wohlbefindensrelevanten *Auswirkungen* von Müdigkeit, Rückenschmerzen und Ödemen bzw. des angewachsenen Bauches zusammengefasst sein (Ayerle et al. 2004, Huwiler 1995). Die hoch signifikante positive Korrelation mittlerer Stärke zwischen der Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ und der Subskala der SF-12, die die körperliche Funktion bzw. Funktionseinschränkung erfasst (siehe Tabelle 8.4-12), sowie die mittlere Schwierigkeit der

Items ‚körperlich: nicht weniger geschafft‘ und ‚körperlich: nicht nur bestimmte Dinge tun‘ der Subskala der SF-12 (siehe Anlage 13.7) weisen in diese Richtung.

Bezüglich des ‚Körperlichen Wohlbefindens‘ fielen auf Grund einer zu leichten Itemschwierigkeit diejenigen Items weg, die sich auf das Kind bezogen (Schmied & Lupton 2001) oder eine negative Konnotation hinsichtlich eines Kontrollverlusts zum Ausdruck brachten (Ruddick 1994, Bobak 1993c, Fawcett 1978). Dagegen verblieben alle Items zu Veränderungen, die sich auf die Attraktivität des schwangeren Körpers bzw. die Ausweitung der Körpermitte beziehen.

Die Skala ‚Positive Körperwahrnehmung‘ korreliert in sehr schwacher bis mittlerer Stärke mit den vier Dimensionen des ‚Affektiven Wohlbefindens‘ (siehe Tabelle 8.4-5), was höchstwahrscheinlich durch die subjektive Bedeutungsattribution zustande kommt sowie die unvermeidlich affektbezogene Formulierung der Items zur ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ (z.B. ‚stolz sein auf den schwangeren Bauch‘ oder ‚glücklich über Körperveränderungen‘). Dies entspricht der schwachen, aber hoch signifikanten Korrelation, die Diener et al. (1995) bzgl. der subjektiv empfundenen körperlichen Attraktivität von nicht schwangeren Studierenden und ihrem subjektiven emotionalen Wohlbefinden beschreiben. Jedoch muss die Dimension ‚Positive Körperwahrnehmung‘, wie beispielsweise der Aspekt der Attraktivität, über diese Affektbezogenheit hinaus als ein Konglomerat verschiedener körperbezogener emotional-kognitiv-psychosomatischer Prozesse betrachtet werden. Individuelle Vorstellungen des Körperbildes und subjektive Wertvorstellungen beeinflussen die Körperwahrnehmungen, deren Deutung und körperbezogenen Gefühle genauso wie Bilder, Werte und Erwartungskriterien der sozialen Umwelt (Trampe et al. 2007).

Die Tatsache, dass die Skala ‚Positive Körperwahrnehmung‘ nur schwach positiv mit der Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ korreliert ($p < 0,01$), demonstriert den begrenzten inhaltlichen Zusammenhang. Jedoch kann bzgl. der *positiven* Korrelation festgehalten werden, dass eine positive Körperwahrnehmung eher mit einer körperlichen Behändigkeit einhergeht als mit einer Mobilitätseinschränkung (siehe Tabelle 8.4-5). Besonders hinzuweisen ist auf die Tatsache, dass sich die vorliegenden Items zur ‚Mobilität/Behändigkeit‘ nicht auf Symptome einer Depression beziehen (Kleiverda et al. 1990) und somit eine alternative Erfassung von körperlichem Befinden unabhängig von einer depressionsähnlichen Symptomatik ermöglichen. Jedoch könnten sich depressive Verstimmungen auf den subjektiven Beantwortungsmodus dahingehend niederschlagen, dass insgesamt niedrigere Werte resultieren.

Die ebenso signifikante, aber schwach negative Beziehung zwischen ‚Mobilität/Behändigkeit‘ und einem ‚Akkomodativen‘ und ‚Assimilativen Coping‘ (siehe Tabelle 8.4-5) deutet auf eine stärkere Anwendung von Bewältigungsweisen hin, je behäbiger und immobiler sich eine

schwängere Frau fühlt. Diesen Zusammenhang haben Ayerle et al. (2004) in ihren Gesprächen mit schwangeren Frauen dokumentiert, in denen verschiedenste Bewältigungsweisen als Mediatoren von Wohlbefinden beschrieben wurden. Das heißt, Schwangere können körperliche Einschränkungen in bestimmten Situationen durch entsprechende Maßnahmen positiv beeinflussen und modulieren oder sie antizipierend vermeiden. Ob dies jedoch in gleicher Weise für eine Einschränkung der Mobilität wie auch für Rückenschmerzen gilt, ist nicht klar. Wahrscheinlich hängt es davon ab, wodurch die Behändigkeit einer Schwangeren eingeschränkt wird (z.B. kardiale Palpitationen versus einen großen Bauchumfang).

Andere Frauen betrachten typische Beschwerlichkeiten als zur Schwangerschaft gehörend, deuten sie positiv um oder können sie aufgrund ihres transienten Charakters relativ problemlos akzeptieren (Ayerle et al. 2004). Diese Phänomene belegen, dass sich schwangere Frauen trotz erheblicher körperlicher Beschwerden nicht notwendigerweise oder proportional in ihrem Wohlbefinden eingeschränkt fühlen oder kognitive Bewältigungsstrategien effektiv einsetzen. Diese Dynamiken lassen sich in der Schwangerenvorsorge explorieren und hoch signifikante Korrelate von ‚Körperlichem Wohlbefinden‘, wie z.B. ein stressiger Alltag, die aktuelle Stimmung oder eine körperlich belastende Berufstätigkeit (siehe Tabelle 9.5-2 und Tabelle 9.5-4), können bewusst in die fachliche Beratung mit einfließen.

10.2.3 ‚Coping‘ in der Schwangerschaft

Im Verlauf der Instrumentenkonstruktion hat sich relativ wenig geändert, was die Konzeption der Bewältigungsreaktionen in der Schwangerschaft betrifft: auch wenn sich bei der Analyse der ersten Befragungsdaten nur ein gemeinsamer Faktor erschließen ließ, sind die beiden Dimensionen ‚Akkomodatives Coping‘ und ‚Assimilatives Coping‘ letztendlich bestehen geblieben. Das ‚Akkomodative Coping‘ umfasst Items, die sich auf das Kind und die Sinnhaftigkeit bzw. Handhabbarkeit (Kohärenzsinn) der Schwangerschaft beziehen (Antonovsky 1997, Filipp 1995a). Die Verstehbarkeit (z.B. durch Informationssuche in der Schwangerschaft) scheint im Gegensatz zum Kohärenzsinn im Falle von Katastrofen-Erfahrungen keine gleichwertige Bedeutung zu haben (Antonovsky 1997).

Beide Dimensionen der Bewältigung korrelieren hoch signifikant in geringer Stärke, sind also nicht völlig unabhängig voneinander, auch wenn die Items eindeutig auf jede einzelne laden. Dies könnte damit zusammenhängen, dass selbst bei assimilativem Bewältigungsverhalten kognitive und psychische Prozesse eine Rolle spielen: wenn beispielsweise eine Frau bei Rückenschmerzen überlegt und sich vorstellt, welche praktischen Maßnahmen ihr gut tun würden (z.B. gymnastische Übungen oder häufigere Entspannungsphasen).

Wie bereits erwähnt, bestehen signifikante Beziehungen in ähnlicher Stärke zwischen dem ‚Akkomodativen‘ bzw. ‚Assimilativen Coping‘ und den affektiven Dimensionen ‚Schwangersein/Kind‘ und ‚Mutter-Werden‘ (positive Korrelationen) sowie der Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ (negative Korrelation). Wenn eine Schwangere also hohe Werte bzgl. Coping hat, weist sie mit großer Wahrscheinlichkeit auch hohe Werte im affektiven Wohlbefinden bzw. niedrige Werte ihre Behändigkeit betreffend auf. Was die ‚Positive Körperwahrnehmung‘ angeht, besteht nur zwischen ihr und dem ‚Assimilativen Coping‘ eine hoch signifikante positive, wenn auch schwache Beziehung (siehe Tabelle 8.4-5). Das heißt: je mehr eine schwangere Frau ein positives Körpergefühl hat, umso mehr sorgt sie für sich, um ihr Wohlbefinden zu erhalten bzw. zu fördern. Umgekehrt können aber auch körper- und umweltbezogene Bewältigungsweisen zu einer ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ beitragen. Somit könnte Letztere auch als Ressource im Sinne von Lazarus & Folkman (1984) verstanden und in der Begleitung der schwangeren Frau unterstützt werden.

Die Items der Skala ‚Akkomodatives Coping‘ sind eindeutig nicht emotionsfokussiert, wie dies im CISS (Kälin, 1995a) der Fall ist, sondern eher kognitiv ausgerichtet, was die Unkorreliertheit beider Subskalen erklärt (siehe Tabelle 8.4-10). Die Skala ‚Assimilatives Coping‘ könnte eventuell als problemorientiert eingestuft werden, wobei das Schaffen von Entspannung und Bequemlichkeit bzw. die entsprechende Umgestaltung des Alltags eher ein ‚palliatives‘ Handeln, als eine Problemlöse-Strategie darstellt. Anders als von Lazarus und Folkman (1996), aber so wie von Giurgescu et al. (2006) und Huizink et al. (2002) sowie Brüderl (1989) und Yali & Lobel (2002) beschrieben, scheinen sowohl die Informationssuche als auch der Aktionsaufschub bzw. die Vermeidung für eine schwangere Frau keine für ihr Wohlbefinden relevante Bewältigungsreaktion zu sein. Vermeidung lässt die unmittelbare und ganzheitliche Erfahrung einer Schwangerschaft wohl nicht zu. Dies belegen auch die geringen Trennschärfen und Ladungen der Items zum ‚Vermeidungsorientierten Coping‘ des CISS (Kälin 1995a, 1995b) und dessen vergleichsweise geringeres Cronbachs Alpha von 0,75 in der zweiten Befragungsstichprobe (siehe Anlage 13.7.5). Auch wenn die beiden Skalen ‚Akkomodatives Coping‘ und ‚Assimilatives Coping‘ nur mäßig gute Korrelationskoeffizienten von 0,77 bzw. 0,75 haben, so sind sie doch vergleichbar mit jenen der existierenden situationsorientierten Coping-Inventare (Heim et al. 1991, Reicherts & Perrez 1993, Folkman & Lazarus 1988).

Allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, dass die erfassten Bewältigungsreaktionen die einzigen während einer Schwangerschaft sind. Es ist zu vermuten, dass es zahlreiche andere, zum Teil sehr individuelle Bewältigungsweisen gibt, die schwangerschaftsspezifisch oder -unspezifisch sein mögen, aber unabhängig davon ihre Wirkung bzgl. des Wohlbefindens in der Schwangerschaft entfalten und erzielen. Jedoch unterstreicht die Studie von Brüderl

(1989) die Bedeutung von schwangerschaftsfokussierten Bewältigungsweisen, die bei Frauen mit Partnern am häufigsten und bei Alleinstehenden am zweithäufigsten angegeben wurden.

Die hoch signifikanten Korrelationen zwischen dem ‚Akkomodativen Coping‘ und einer früheren traumatischen Geburt sowie zwischen dem ‚Assimilativen Coping‘ und einer ausreichenden Information der Schwangeren durch die Hebamme sowie der zufriedenstellenden Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse durch die Hebamme bzw. die Ärztin/den Arzt (siehe Tabelle 9.5-5) weisen auf Bereiche hin, in denen das Coping in der Schwangerschaft durch eine individuelle fachliche Beratung entsprechend unterstützt und gestärkt werden kann.

10.3 Bedeutung des Erhebungsinstruments ‘Schwanger wohlfühlen’

Auf der Basis von empirischen Erkenntnissen bildet das Erhebungsinstrument ‘Schwanger wohlfühlen’ das aktuelle ‚Subjektive Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ für die Zeit der Schwangerschaft valide ab (siehe Kapitel 8.4). Neben der Tatsache, dass dieses Instrument Wohlbefinden in einem affirmativen, nicht einem (psycho-)pathologischen Sinn erfasst, liegt seine Bedeutung in der Bezogenheit der Konstrukte auf die Schwangerschaft. Die Frage, ob es sich dadurch um schwangerschaftsspezifische Konstrukte handelt, lässt sich positiv beantworten im Hinblick auf die Kontextualisierung der Items (z.B. ‚Wenn ich an mein Kind in meinem Bauch denke...‘) und die Iteminhalte (z.B. ‚Ich bin begeistert von meinem schwangeren Körper‘). Diese Schwangerschaftsspezifität ist insofern bedeutend, als in mehreren Fällen die ursprüngliche Struktur von schwangerschaftsunspezifischen Inventaren bei einer schwangeren Klientel nicht nachgewiesen werden konnte (Brisch et al. 2003, Huizink et al. 2002, Jomeen & Martin 2005, Kleiverda et al. 1990), so wie sich auch in der Stichprobe der zweiten Befragung die beiden Komponenten der PANAS und der singuläre Faktor des STAI nicht herauskristallisierten (siehe Anlage 13.7).

Die inhaltliche Validität des Instruments basiert weitestgehend auf empirischen Erkenntnissen (siehe Kapitel 2, 3 und 4) sowie die wiederholten Item- und Faktorenanalysen. Die konvergente Validität wurde mittels konstrukt-nahen Vergleichsinventaren eindrücklich demonstriert (abgesehen von ‚Coping‘). Da keine ‚objektiven‘ Kriterien zur Berechnung einer Kriteriumsvalidität hinsichtlich Wohlbefinden und Coping existieren, erscheint diese Herangehensweise nicht nur vertretbar, sondern indiziert (Lienert & Raatz 1998). Dennoch ist eine Verbesserung der internen Konsistenz des ‚Körperlichen Wohlbefindens‘ und ‚Coping‘ wünschenswert und anzustreben.

Die zusätzlich zu den Konstrukten ‚Subjektives Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ erhobenen Items, die die Klientel beschreiben bzw. potenzielle Korrelate darstellen (z.B. geburtshilflich

relevante Daten, Items zur psychosozialen Lebenssituation; siehe Anlage 13.5 und 13.8), wurden entsprechend aktueller Literatur operationalisiert. Sie hätten durch weitere Aspekte, wie z.B. zusätzliche soziale und materielle Ressourcen oder dispositionelle Persönlichkeitsmerkmale, ergänzt werden können – wenn nicht auf Grund ökonomischer Gesichtspunkte eine Begrenzung des Inventars auf zwölf (bzw. letztendlich auf acht) Seiten angestrebt worden wäre.

Mit insgesamt 38 Items ist das Erhebungsinstrument ‘Schwanger wohlfühlen’ ein äußerst ökonomisches Inventar, das in 5-10 Minuten (bzw. bei Einschluss der konstruktunabhängigen Items in 15-20 Minuten) beantwortet werden kann und sich auch auf Grund seiner Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sowohl für die Praxis als auch Forschung eignet. Insbesondere die grafische Darbietung der individuellen Skalenwerte und deren Interpretation anhand der Referenzpunkte macht dieses Instrument für die fachliche Beratung attraktiv.

11 Beitrag zur fachlichen Begleitung von schwangeren Frauen und zur Forschung

Mit dem Erhebungsinstrument 'Schwanger wohlfühlen' können das 'Subjektive Wohlbefinden' und 'Coping' in der Schwangerschaft international erstmalig in der Praxis valide, reliabel und ökonomisch erfasst werden. Damit liegt nun ein Instrument vor, das im Sinne der Ressourcenstärkung die Dimensionen 'Affektives Wohlbefinden', 'Positive Körperwahrnehmung', 'Mobilität/Behändigkeit' sowie 'Akkomodatives' und 'Assimilatives Coping' für eine affirmative Zielsetzung in der Praxis erhebt. Somit eröffnet sich für die fachliche Begleitung von schwangeren Frauen (durch Hebammen oder andere Fachkräfte¹) die Möglichkeit, ein empirisch fundiertes und verlässliches Instrument während des letzten Schwangerschaftsdrittels zu nutzen, durch welches der individuelle und aktuelle schwangerschaftsspezifische Status im Sinne eines Monitoring erhoben werden kann.

Damit erweist sich das vorgeschlagene Instrument als hilfreich beim Aufbau 'interner evidence' (Behrens & Langer 2006) in der Klientinnen-Hebammen-Beziehung. Die gemeinsame Entscheidungsfindung ('shared decision making') wird erleichtert durch die visuelle Darstellung im Netzdiagramm, in das die jeweiligen Mittelwerte pro Dimension eingeordnet und den entsprechenden Referenzwerten zugeordnet werden können (siehe Abbildungen 9.4-1 bis 9.4-5). Dies erfolgt im Sinne der Klientenautonomie idealerweise durch die Schwangere selbst oder gemeinsam mit der Hebamme. Durch die grafische Darstellung des aktuellen 'Subjektiven Wohlbefindens' und 'Coping' einer Frau bzgl. der fünf Dimensionen kann unabhängig von ihrem jeweiligen Bildungsstand ein müheloses und unmittelbares Verstehen ermöglicht werden (Huber 2002). Im Sinne einer affirmativen und bestärkenden Herangehensweise (Empowerment) kann durch die Visualisierung das Potenzial für einen weitergehenden Zugewinn an schwangerschaftsspezifischem Wohlbefinden und Bewältigungsreaktionen eindrucksvoll deutlich gemacht oder im Extremfall die Notwendigkeit einer intensiven Unterstützung angesichts eines erheblichen Defizits sehr rasch erkannt werden.

Inwiefern kann nun diese Visualisierung die Basis für eine individuell bestärkende Beratung und Wohlbefinden fördernde Begleitung durch Hebammen im dritten Trimenon sein? Die explizite Darstellung der fünf Dimensionen von 'Subjektivem Wohlbefindens' und 'Coping' erlaubt eine unmittelbare Differenzierung, wo prioritär eine effektive Beratung im Sinne der

¹ Nachfolgend wird von 'Hebammen' gesprochen, jedoch sind auch andere Gesundheitsfachpersonen (wie z.B. Ärztinnen/Ärzte), Beraterinnen/Berater oder Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten gemeint.

Gesundheitsförderung hilfreich sein könnte (Bund Deutscher Hebammen e.V. 2002, International Confederation of Midwives 2005). Ein solcher Schwerpunkt kann und sollte in der fachlichen Begleitung zusammen mit der Klientin festgelegt und hinsichtlich seiner Merkmale, Ursachen und Zusammenhänge näher exploriert werden. Eine affirmative Begleitung wird sich entsprechend des Erhebungsinstruments in einer ressourcenorientierten Beratung durch die Hebamme verwirklichen, in der die Förderung des aktuellen ‚Affektiven‘ und ‚Körperlichen Wohlbefindens‘ der Frau laut Becker (1994) zum einen durch vermehrte positive, lustvolle und belohnende Erfahrungen (direkter Weg) und zum anderen durch die Beseitigung bzw. Reduktion von Auslösern für negative Emotionen oder psychosomatische Zustände (indirekter Weg) erfolgen kann. Neben positiven sensorischen Erfahrungen, erfolgreichen bzw. Ziel führenden Handlungen, sozialer Zuwendung und Nähe sowie eine Begünstigung glücklicher Umstände können wirksame Interventionen auch die Anregung von Phantasietätigkeit beinhalten (S. 30-49).

Und wie können schwangerschaftsspezifische Bewältigungsstrategien mit Hilfe einer fachlichen Beratung durch die Hebamme gefördert werden? Diesbezüglich muss vor dem Hintergrund des kognitiv-transaktionalen Stressmodells von Richard S. Lazarus eine Einschätzung der internen oder externen Anforderungen an die schwangere Frau erfolgen (Lazarus & Folkman 1984). Insbesondere können persönlichkeitspezifische Faktoren (wie z.B. die Motivation sowie Überzeugungen der Frau) und umweltspezifische Faktoren (wie z.B. Erfordernisse und Belastungen am Arbeitsplatz) im Gespräch näher erläutert und auf ihre Stress auslösende Wirkung untersucht werden. Dabei sollten diese Faktoren nicht nur hinsichtlich ihrer Relevanz, ihrer positiven Auswirkung oder Gefährlichkeit eingeschätzt (Ereigniswahrnehmung; primäre Bewertung), sondern auch unterschiedliche Reaktionsoptionen in den Blick genommen werden (Ressourcenwahrnehmung; sekundäre Bewertung) (Lazarus & Folkman 1984). Im Sinne Brandstätters (1992) und entsprechend den Dimensionen des Erhebungsinstruments sind diesbezüglich gerade in der Schwangerschaft verschiedene akkomodative und assimilative Bewältigungsreaktionen relevant. Diese mit der schwangeren Frau zu explorieren, ist die Aufgabe der Hebamme im fachlichen Beratungsgespräch.

Im Sinne eines Monitoring kann das Erhebungsinstrument ‚Schwanger wohlfühlen‘ zu den jeweiligen Terminen der Schwangerenvorsorge ausgefüllt und die Erfolge der Klientin hinsichtlich einer gelungenen Optimierung des Wohlbefindens und Coping evaluiert werden. Wenn das Erhebungsinstrument interdisziplinär eingesetzt werden würde, könnte es im Falle von niedrigen Werten oder bei weitergehendem therapeutischem Bedarf als gemeinsame Grundlage für die Vermittlung einer Schwangeren beispielsweise von der Hebamme an die

entsprechende Ärztin/den entsprechenden Arzt, eine Beratungsstelle oder eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten dienen.

In der Forschung kann das Erhebungsinstrument 'Schwanger wohlfühlen' als valides und reliables Inventar eingesetzt werden, um längs- oder querschnittlich das 'Subjektive Wohlbefindens' und 'Coping' von Frauen im dritten Trimenon zu untersuchen und so zukünftig einen Beitrag zur Evidence-Generierung zu leisten. Ein Fokus könnte die Überprüfung von Einzel- versus Gruppen-Interventionen sein, wie beispielsweise Einzelberatungen bzw. spezielle, an der Gesundheitsförderung ausgerichtete Schwangerschaftswohlühl- oder Geburtsvorbereitungskurse. Weiteren Nutzen würde das Instrument in Wirksamkeitsevaluationen von Interventionen bringen, die schwerpunktmäßig darauf abzielen, das 'Affektive Wohlbefinden' zu stärken (z.B. durch phantasiegeleitete Übungen) oder die 'Körperwahrnehmung' bzw. 'Mobilität/Behändigkeit' positiv zu fördern (z.B. durch affirmative Körperübungen, Bauchtanz oder Funktion verbessernde Maßnahmen). Hinsichtlich schwangerschaftsspezifischem 'Coping' wäre die Entwicklung und Überprüfung von alternativen psychisch-kognitiven bzw. konkreten körper- und umweltbezogenen Interventionen nützlich und ein zusätzlicher Gewinn. Von Interesse wäre ferner, differenzierte Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie ein optimales Wohlbefinden und effektive Bewältigungsreaktionen in der Schwangerschaft mit einer gelungenen Mutter-Kind-Beziehung in der postpartalen Zeit zusammenhängt (Bobak 1993b), was insbesondere für Frühe Hilfesysteme für belastete Familien von Bedeutung wäre (Deutsches Jugendinstitut e.V. 2006, S. 50, 124).

Eine weitere Entwicklung des Erhebungsinstruments 'Schwanger wohlfühlen' sollte – wie bereits oben erwähnt – insbesondere hinsichtlich des 'Körperlichen Wohlbefindens' und 'Coping' angestrebt werden, um deren interne Konsistenz weitergehend zu optimieren. Zur genaueren Bestimmung von Referenzwerten für schwangere Frauen könnte das Erhebungsinstrument in zukünftigen Studien mit hermeneutischen Ansätzen kombiniert werden, um dessen Aussagekraft und Reichweite näher zu bestimmen. Die Voraussetzung für internationale Vergleichsstudien, für welche sich vor allem Hebammen aus Großbritannien, Skandinavien und den USA interessieren², sind professionelle Vorwärts- und Rückwärtsübersetzungen und eine Validitätsüberprüfung des Instruments in der jeweiligen Zielpopulation (Beaton et al. 2000, Herdman et al. 1998).

² Laut mehrfacher mündlicher Mitteilung nach einem Vortrag mit dem Titel 'Subjective well-being: Standardized assessment and visualisation in antenatal care' beim International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress in Glasgow, England

Auch wenn Depressionsinventare ein psychopathologisches Konstrukt messen, das hinsichtlich des Wohlbefindens eher als divergentes angesehen werden muss, so wäre dennoch von Interesse, deren gegenseitige Unabhängigkeit bzw. negative Korrelation in einer schwangeren Klientel zu demonstrieren und somit die Notwendigkeit einer komplementären Erhebung differenziert zu belegen. Darüber hinaus interessieren Zusammenhänge und Korrelationen zwischen den Konstrukten des Erhebungsinstruments 'Schwanger wohlfühlen' und Inventaren zu Essstörungen oder der 'Sense of Coherence'-Skala von Antonovsky (1993), um so den besonderen Erkenntnisgewinn durch das Erhebungsinstrument genauer kennen zu lernen.

Letztendlich kann das Erhebungsinstruments 'Schwanger wohlfühlen' als Orientierung dienen, um ein 'Zwillingsinstrument' für das erste bzw. zweite Schwangerschaftsdrittel zu erstellen, wodurch eine kontinuierliche Erfassung des Wohlbefindens und Coping während des gesamten Verlaufs der Schwangerschaft möglich wäre.

12 Zusammenfassung

In der Literatur fehlte bisher ein Instrument, das das schwangerschaftsspezifische ‚Subjektive Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ valide und reliabel erfasst. Die originäre Struktur und Dimensionen existierender konstruktnaher Inventare konnten auf der Basis von Daten einer schwangeren Klientel überwiegend nicht repliziert werden. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, auf Grund empirischer Erkenntnisse ein standardisiertes Inventar zur Erhebung der affirmativen Konstrukte aktuelles ‚Subjektives Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ für die Zeit der Schwangerschaft zu konstruieren und dessen Validität und Reliabilität zu demonstrieren.

In zwei konsekutiven Erhebungen mittels Items zum aktuellen ‚Subjektiven Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ in der Schwangerschaft wurden insgesamt 544 schwangere Frauen im dritten Trimenon mit Hilfe ihrer betreuenden Hebammen in einer städtischen und ländlichen Region in West- und Ostdeutschland befragt. Durch zweimalige Itemanalyse und -selektion sowie Faktorenanalyse wurden 38 mittelschwere und trennscharfe Items eruiert, die sich fünf Hauptdimensionen zuordnen lassen: ‚Affektives Wohlbefinden‘ (21 Items), ‚Positive Körperwahrnehmung‘ (7 Items), ‚Mobilität/Behändigkeit‘ (3 Items), ‚Akkomodatives Coping‘ (4 Items) und ‚Assimilatives Coping‘ (3 Items). Ihre jeweilige Reliabilität ist sehr gut bis mäßig gut (Konsistenzkoeffizienten: 0,90 bis 0,75). Ihre konvergente Validität konnte zum Großteil durch standardisierte und konstruktnahe Vergleichsinventare (PANAS von Krohne et al. 1996; STAI von Laux et al. 1981; SF-36 von Bullinger et al. 1998; und 24-Item Kurzform des CISS von Kälin 1995a) und ein globales Item zum aktuellen ‚Körperlichen Befinden‘ belegt werden.

Zusätzliche Items zur Beschreibung der Klientel bzw. potenzielle korrelierende Faktoren bereichern das Inventar und ermöglichen Vergleiche im Querschnitt. Das Erhebungsinstrument ‚Schwanger wohlfühlen‘ ist ein äußerst ökonomisches Inventar, das in 5-10 Minuten (bzw. mit den konstruktunabhängigen Items in 15-20 Minuten) beantwortet werden kann und sich auch auf Grund seiner Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sowohl für die Praxis als auch für die Forschung eignet. In der Praxis kann es der empirisch fundierten, affirmativen und ressourcenorientierten Begleitung von schwangeren Frauen im dritten Trimenon dienen. Insbesondere die grafische Darbietung der individuellen Skalenwerte und deren Interpretation anhand der Referenzpunkte machen dieses Instrument für die fachliche Beratung attraktiv. Eine weitere Entwicklung in zukünftigen Forschungsarbeiten ist insbesondere bzgl. des ‚Körperlichen Wohlbefindens‘ und ‚Coping‘ erstrebenswert.

13 Literaturverzeichnis

1. Abele, A., & Becker, P. (Hrsg.). (1994). *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik* (2. Auflage). Weinheim und München: Juventa.
2. Abele, A., & Brehm, W. (1989). *Wohlbefinden bei sportlicher Aktivierung. Überlegungen zu einer erlebnisorientierten Konzeptualisierung von Gesundheit*. Beitrag zum Symposium "Tübinger Gespräche zu Sport und Sportwissenschaft" (Mai 1989).
3. Ablon, S. L. (1994). The usefulness of dreams during pregnancy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 75, 291-299.
4. Abraham, M. (2005). Mitarbeit statt mithelfende Familienangehörige - ein Vorschlag zur Ergänzung des Standardinstruments für die Erhebung der beruflichen Stellung. *ZUMA-Nachrichten*, 29(56), 37-48.
5. Affonso, D. D., & Sheptak, S. (1989). Maternal cognitive themes during pregnancy. *Maternal Child Nursing Journal*, 18(2), 147-166.
6. Agnes, M. E., & Agnes, M. (2003). *Webster's New World Dictionary* (4th ed.). San Francisco, CA: Wiley Publishing.
7. Antonovsky, A. (1993). The structure and property of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725-733.
8. Antonovsky, A. (1997). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
9. Argyle, M. (2001). *The Psychology of Happiness* (2nd ed.). London: Methuen.
10. Arnold, E. (1999). *Familiengründung ohne Partner*. Münster: Waxmann.
11. Ayerle, G. M., Kethler, U., Krapp, C., & Lohmann, S. (2004). *Erleben und Bedeutung von subjektivem Wohlbefinden in der Schwangerschaft*. Zwickau: Wissenschaftliche Scripten.
12. Ayerle, G. M., Krapp, C., Kethler, U. & Lohmann, S. (2005). Which components are important aspects of well-being in pregnancy? An empirical panorama view. *MIDIRS Midwifery digest*, 15(2), 187-194.
13. Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Schuchard-Fischer, C., & Weiber, R. (1990). *Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsorientierte Einführung* (6. Auflage). Berlin: Springer Verlag.
14. Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 25(24), 3186-3191.
15. Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit (Band 1). Theorien, Modelle, Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
16. Becker, P. (1986). Theoretischer Rahmen. In P. Becker & B. Minsel (Hrsg.), *Psychologie der seelischen Gesundheit* (Band 2, S. 1-90). Göttingen: Hogrefe.
17. Becker, P. (1988). Ein Strukturmodell der emotionalen Befindlichkeit. *Psychologische Beiträge*, 30(4), 514-536.
18. Becker, P. (1994). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik* (2. Auflage, S. 13-49). Weinheim und München: Juventa.
19. Becker, P. (2001). Struktur- und Zusammenhangsanalysen von Emotionen und Persönlichkeitseigenschaften. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22(3), 155-172.
20. Behrens, J., & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft*. Bern: Hans Huber.
21. Behrens, J., & Voges, W. (Hrsg.). (1996). *Kritische Übergänge: Statuspassagen und sozialpolitische Institutionalisierung*. Frankfurt/Main, New York: Campus.
22. Behrens, O. (1981). *Die Schwangerenvorsorge und ihre Dokumentation im Mutterpaß (Dissertation)*. Universität Hannover.
23. Ben-Tovim, D. I., & Walker, M. K. (1991). The development of the Ben-Tovim Walker Attitudes Questionnaire (BAQ): A new measure of women's attitudes towards their own bodies. *Psychological Medicine*, 21, 775-784.
24. Bernazzani, O., Saucier, J.-F., David, H., & Borgeat, F. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(4), 391-402.

25. Bernstein, J., Lewis, J., & Seibel, M. (1994). Effect of previous infertility on maternal-fetal attachment, coping styles, and self-concept during pregnancy. *Journal of Women's Health, 3*(2), 125-133.
26. Bibring, G. L., & Valenstein, A. F. (1976). Psychological aspects of pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 19*(2), 357-371.
27. Bikas, D., Ahner, R., Lang, U., & Husslein, H. (2006). Physiologie des mütterlichen Organismus. In H. Schneider, P. Husslein & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (S. 169-181). Heidelberg: Springer Medizin.
28. Bleich, C. (1996). *Übergang zur Erstelternschaft: Die Paarbeziehung unter Stress?* Frankfurt/Main: VAS.
29. Bleich, C. (1997). Übergang zur Erstelternschaft: Individuelle Belastungen und Beziehungsqualität vor und während der Schwangerschaft. In E. H. Witte (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Paarbeziehungen: Beiträge des 11. Hamburger Symposiums zur Methodologie der Sozialpsychologie*. Lengerich: Pabst.
30. Bliesener, T. (1992). Korrelation und Determination von Konstrukten. Zur Interpretation der Korrelation in multivariaten Datensätzen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 13*(1), 21-33.
31. Bobak, I. M. (1993a). Anatomy and Physiology of Pregnancy. In I. M. Bobak & M. D. Jensen (Eds.), *Maternity and Gynecologic Care* (pp. 188-211). St. Louis, MO: Mosby.
32. Bobak, I. M. (1993b). Family Dynamics. In I. M. Bobak & M. D. Jensen (Eds.), *Maternity and Gynecologic Care* (pp. 242-265). St. Louis, MO: Mosby.
33. Bobak, I. M. (1993c). Second Trimester. In I. M. Bobak & M. D. Jensen (Eds.), *Maternity and Gynecologic Care* (pp. 298-319). St. Louis, MO: Mosby.
34. Bobak, I. M., & Starn, J. R. (1993). Third Trimester. In I. M. Bobak & M. D. Jensen (Eds.), *Maternity and Gynecologic Care* (pp. 320-347). St. Louis, MO: Mosby.
35. Borkenau, P., & Mauer, N. (2007). Well-being and the accessibility of pleasant and unpleasant concepts. *European Journal of Personality, 21*, 169-189.
36. Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
37. Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
38. Brandstädter, J. (1992). Personal control over development: some developmental implications of self-efficacy. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Self-efficacy: Thought Control of Action* (pp. 127-145). Bristol, PA: Taylor & Francis.
39. Brisch, K. H., Munz, D., Bemmerer-Mayer, K., Terinde, R., Kreienberg, R., & Kachele, H. (2003). Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(2), 91-97.
40. Brosius, F. (2004). *SPSS 12: Das mitp-Standardwerk*. Bonn: mitp-Verlag.
41. Brüderl, L. (1988). Auseinandersetzung mit Problemen und Anforderungen im Prozeß der Familienwerdung. In L. Brüderl (Hrsg.), *Belastende Lebenssituationen: Untersuchungen zur Bewältigungs- und Entwicklungsforschung*. Weinheim: Juventa.
42. Brüderl, L. (1989). *Entwicklungspsychologische Analyse des Übergangs zur Erst- und Zweitelternschaft*. Regensburg: Roderer.
43. Bühner, M. (2004). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Studium.
44. Bullinger, M., Heinisch, M., Ludwig, M., & Geier, S. (1990). Skalen zur Erfassung des Wohlbefindens: Psychometrische Analysen zum "Profile of Mood States" (POMS) und zum "Psychological General Wellbeing Index" (PGWI). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 11*(1), 53-61.
45. Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36: Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
46. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.
47. Chang, S.-R., Chao, Y. M., & Kenney, N. J. (2006). I am a woman and I'm pregnant: body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy. *Birth, 33*(2), 147-153.
48. Ciompi, L. (1997). *Die emotionalen Grundlagen des Denkens: Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

49. Cloninger, C. R. (2004). *Feeling Good: The Science of Well-Being*. Oxford [u.a.]: Oxford University Press.
50. Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
51. Côté-Arsenault, D. (2007). Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nursing Research*, 56(2), 108-116.
52. Cowan, P. A. (1991). Individual and Family Life Transitions: A proposal for a new definition. In P. A. Cowan & E. M. Hetherington (Eds.), *Family transitions* (pp. 3-30). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
53. Cox, J. L., Holden, H. M., & Sargovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
54. Dalbert, C. (1992). Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 4, 207-220.
55. de Anda, D., Javidi, M., Jefford, S., Komorowski, R., & Yanez, R. (1991). Stress and coping in adolescence: A comparative study of pregnant adolescents and substance abusing adolescents. *Children and Youth Services Review*, 13(3), 171-182.
56. Deutscher Hebammenverband e.V. (2002). *Hebammenstandpunkt Schwangerenvorsorge*. Stand: 18.7.2008, von Webseite: <http://www.bdh.de/index.php?id=27>.
57. Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
58. Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103-157.
59. Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 304-324.
60. Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.
61. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985a). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
62. Diener, E., Larsen, R. J., Levine, S., & Emmons, R. A. (1985b). Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(5), 1253-1265.
63. Diener, E., Sandvick, E., & Pavot, W. (1990). Happiness is the frequency, not the intensity of positive versus negative effect. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Hrsg.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Elmsford, NY: Pergamon.
64. Diener, E., Suh, E., Smith, H. L., & Shao. (1994). National and cultural differences in reported subjective well-being: Why do they occur? *Social Indicators Research*, 34(1), 7-32.
65. Diener, E., Wolsic, B., & Fujita, F. (1995). Physical attractiveness and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 120-129.
66. Drake, M. L., Verhulst, D., & Fawcett, J. (1988). Physical and psychological symptoms experienced by Canadian women and their husbands during pregnancy and the postpartum. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 436-440.
67. Drescher, K. M., Monga, M., Williams, P., Promecene-Cook, P., & Schneider, K. (2003). Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 188(5), 1231-1233.
68. DuPuy, H. J. (1984). The Psychological General Well-Being-Index. In N. Wenger, M. Matteson, C. Furburg & J. Elinson (Eds.), *Assessment of quality of life in clinical trials* (pp. 170-183). New York: LeJacq.
69. Durkin, S., Morse, C., & Buist, A. (2001). The factor structure of pregnant psychological and psychosocial functioning in first-time expectant parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19(2), 121-134.
70. Eid, M., Notz, P., Schwenkmezger, P., & Steyer, R. (1994). Sind Stimmungsdimensionen monopolar? Ein Überblick über empirische Befunde und Untersuchungen mit faktorenanalytischen Modellen für kontinuierliche und kategoriale Variablen sowie neuere Ergebnisse. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 15(4), 211-233.

71. Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990a). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)*. Toronto: Multi-Health Systems.
72. Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990b). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
73. Fawcett, J. (1978). Body image and the pregnant couple. *Maternal Child Nursing Journal*, 3(4), 227-233.
74. Filipp, S.-H. (1995a). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 23-36). Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.
75. Filipp, S.-H. (1995b). Lebensereignisforschung - eine Bilanz. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 293-319). Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.
76. Fisseni, H.-J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik: mit Hinweisen zur Intervention* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
77. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.
78. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *The ways of coping questionnaire (rev. ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist.
79. Fox, P., & Yamaguchi, C. (1997). Body Image Change in Pregnancy: A Comparison of Normal Weight and Overweight Primigravidas. *Birth*, 24(1), 1-70.
80. Frank, R. (1994). Körperliches Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik* (2. Auflage, S. 71-95). Weinheim und München: Juventa.
81. Gauda, G. (1990). *Der Übergang zur Elternschaft: eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität*. Frankfurt am Main: Lang.
82. Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, M. C., & Bryant, F. B. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nursing Research*, 55(5), 356-365.
83. Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt*. Stuttgart: Kohlhammer.
84. Goodwin, A., Astbura, J., & McKeen, J. (2000). Body image and psychological well-being in pregnancy: A comparison of exercisers and non-exercisers. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(4), 442-447.
85. Gosztonyi, A. (1972). *Grundlagen der Erkenntnis*. München: Beck.
86. Hatmaker, D. D., & Kemp, V. H. (1998). Perception of threat and subjective well-being in low-risk and high-risk pregnant women. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 12(2), 1-10.
87. Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Secher, N. J., Hatch, M. C., & Sabore, S. (1996). Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? *Epidemiology*, 7(4), 339-345.
88. Heim, E., Augustiny, K. F., Blaser, A., & Schaffner, L. (1991). *Berner Bewältigungsformen (BEFO) Handbuch*. Bern: Huber.
89. Heinz, W., & Behrens, J. (1991). Statuspassagen und soziale Risiken. *BIOS*, 4(1), 121-140.
90. Helming, E., Sandmeir, G., Sann, A., & Walter, M. (2006). *Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
91. Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7(4), 323-335.
92. Herschbach, P. (2002). Das "Zufriedenheitsparadox" in der Lebensqualitätsforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 141-150.
93. Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Wramsby, H., & Collins, A. (2003). Patterns of emotional responses to pregnancy, experience of pregnancy and attitudes to parenthood among IVF couples: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24(3), 153-162.
94. Hobfoll, S. E., & Buchwald, P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multi-axiale Copingmodell - eine innovative Stresstheorie. In P. Buchwald, C. Schwarzer & S. E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen - Ressourcenmanagement und multi-axiales Coping* (S. 11-26). Göttingen: Hogrefe.
95. Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. L., Ben-Porath, Y., & Monnier, J. (1994). Gender and coping: The dual-axis model of coping. *American Journal of Community Psychology*, 22, 49-82.

96. Höfer, S. (2005a). Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (S. 114-122). Stuttgart: Hippokrates.
97. Höfer, S. (2005b). Schwangerschaftsbeschwerden bei gesunden Schwangeren. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (S. 126-130). Stuttgart: Hippokrates.
98. Huber, H. D. (Hg.) (2002). *Bild, Medien, Wissen: visuelle Kompetenz im Medienzeitalter*. München: kopaed.
99. Hueston, W. J., & Kasik-Miller, S. (1998). Changes in functional health status during normal pregnancy. *The Journal of Family Practice*, 47(3), 209-212.
100. Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Mulder, J. H., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2002). Coping in normal pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 132-140.
101. Hultsch, D. F., & Cornelius, S. W. (1995). Kritische Lebensereignisse und lebenslange Entwicklung. Methodologische Aspekte. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 293-319). Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.
102. Huwiler, K. (1995). *Herausforderung Mutterschaft: eine Studie über das Zusammenspiel von mütterlichem Erleben, sozialen Beziehungen und öffentlichen Unterstützungsangeboten im ersten Jahr nach der Geburt*. Bern, Göttingen: Huber.
103. International Confederation of Midwives. (2005). *Statement über die Philosophie und das Modell der Hebammenbetreuung*. Stand: 18.7.2008, von Webseite: <http://www.bdh.de/index.php?id=176>.
104. Jackson, M. L., Rosier, M. J., & Walkley, J. W. (1996). Development of a scale to measure discomfort during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 17(2), 85-92.
105. Jäger, R. S., & Petermann, F. (1992). *Psychologische Diagnostik. Ein Lehrbuch* (2. unveränderte Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
106. Jalowic, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In C. F. Waltz & O. L. Strickland (Eds.), *Measurement of nursing outcomes: Measuring Client Outcomes* (Vol. Vol 1, pp. 287-308). New York: Springer.
107. Janke, W., & Erdmann, G. (1997). *Der Streßverarbeitungsfragebogen (SVF 120). Kurzbeschreibungen und grundlegende Kennwerte*. Göttingen: Hogrefe.
108. Jarka, M. (1995). Zur Bedeutung des Körpererlebens für den weiblichen Kinderwunsch, Schwangerschaft, Geburt und die Zeit nach der Entbindung. In E. Brähler (Hrsg.), *Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin*. Gießen: Psychosozial.
109. Jomeen, J., & Martin, C. R. (2005). The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 131-138.
110. Kälin, W. (1995a). *Deutsche 24-Item Kurzform des "Coping Inventory for Stressful Situations" (CISS) von N. S. Endler & J. D. A. Parker basierend auf der Übersetzung von N. Semmer, F. Tschan & V. Schade (unveröffentlichter Fragebogen)*. Bern: Universität, Institut für Psychologie.
111. Kälin, W. (1995b). *Drei Fragebögen im Vergleich: Faktorenstruktur, psychometrische Güte und Gemeinsamkeiten des "COPE", des "Coping Inventory of Stressful Situations" und des "Ways of Coping Questionnaire" (unveröffentlichte Lizenziatsarbeit)*. Bern: Universität, Institut für Psychologie.
112. Kelly, R. H., Russo, J., & Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *General Hospital Psychiatry*, 23(3), 107-113.
113. Kirschner, R., & Kirschner, W. (Hrsg.). (2003). *Baby Care: gesund & schwanger. Das Vorsorgeprogramm für eine gesunde Schwangerschaft*. Stuttgart: red.sign.
114. Kleiverda, G., Steen, A. M., Andersen, I., Everaerd, W., & Treffers, P. E. (1990). Physical and psychological well-being in working nulliparous women during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 11(3), 165-184.
115. Koniak-Griffin, D. (1994). Aerobic exercise, psychological well-being, and physical discomforts during adolescent pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 17, 253-263.
116. Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C.-W., & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer deutschen Form der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139-156.

117. Kurz, K., Prüfer, P., & Rexroth, M. (1999). Zur Validität von Fragen in standardisierten Erhebungen. Ergebnisse des Einsatzes eines kognitiven Pretestinterviews. *ZUMA-Nachrichten*, 44, 83-107.
118. Laatz, W. (1993). *Empirische Methoden: ein Lehrbuch für Sozialwissenschaftler*. Frankfurt am Main: Deutsch.
119. Lance, C. E., Butts, M. M., & Michels, L. C. (2006). The sources of four commonly reported cutoff criteria: What did they really say? *Organizational Research Methods*, 9(2), 202-220.
120. Larsen, R. J., & Buss, D. M. (2005). *Personality Psychology: Domains of Knowledge About Human Nature* (2nd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
121. Larsen, R. J., & Frederickson, B. L. (1999). Measurement Issues in Emotion research. In D. Kahnemann, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: the foundations of hedonic psychology* (pp. 40-60). New York, NY: Russell Sage Foundation.
122. Larsen, R. J., & Ketelaar, T. (1991). Personality and Susceptibility to positive and negative emotional states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 132-140.
123. Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz.
124. Laux, L., & Weber, H. (1990). Bewältigung von Emotionen. In K. R. Scherer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Psychologie der Emotion*. Göttingen: Hogrefe.
125. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
126. Lerner, R. M. (1997). *Concepts and theories of human development*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
127. Levin, J. S., & DeFrank, R. S. (1988). Maternal stress and pregnancy outcomes: A review of the psychosocial literature. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9, 3-16.
128. Lienert, G. A., & Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse* (5. Auflage). Weinheim: Beltz.
129. Lubin, B., & Zuckerman, M. (1999). *Manual for the multiple affect adjective check list - revised*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
130. Lumley, J., Oliver, S. S., Chamberlain, C., & Oakley, L. (2004). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).
131. Matsushashi, Y., & Felice, M. E. (1991). Adolescent body image during pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 12, 313-315.
132. Mayring, P. (1994). Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik* (2. Auflage, S. 51-70). Weinheim und München: Juventa.
133. McCrae, R. R. (1986). Well-being scales do not measure social desirability. *Journal of Gerontology*, 41(3), 390-392.
134. McKee, M. D., Cunningham, M., Jankowski, K. R., & Zayas, L. (2001). Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics and Gynecology*, 97(6), 988-993.
135. McMahan, M. (1995). *Engendering motherhood: identity and self-transformation in women's lives*. New York, NY: Guilford.
136. Melender, H. L. (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 47(7), 256-263.
137. Moos, R. H. (1988). Coping: Konzepte und Meßverfahren. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 34, 207-225.
138. Morling, B., Kitayama, S., & Miyamoto, Y. (2003). American and Japanese women use different coping strategies during normal pregnancy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12), 1533-1546.
139. Mrazek, J. (1983). Zufriedenheit mit dem eigenen Körper. In Deutsche Sporthochschule Köln (Hrsg.), *Kölner Beiträge zur Sportwissenschaft* (12. Jahrbuch). St. Augustin: Richarz.
140. Mullen, P. D., Carbonari, J. P., Tabak, E. R., & Glenday, M. C. (1991). Improving disclosure of smoking by pregnant women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 165(2), 409-413.
141. Mummendey, H.-D. (1995). *Die Fragebogen-Methode: Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung*. Göttingen: Hogrefe.
142. Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6(1), 10-19.

143. Myors, K., Johnson, M., & Langdon, R. (2001). Coping styles of pregnant adolescents. *Public Health Nursing, 18*(1), 24-32.
144. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. NICE clinical guideline 45*. London: NICE.
145. Norbeck, J., & Tilden, V. (1983). Life stress, social support & emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, multivariate study. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(1), 30-46.
146. Nunally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
147. Omodei, M. M., & Wearing, A. J. (1990). Need satisfaction and involvement in personal projects: Toward an integrative model of subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(4), 762-769.
148. Paarlberg, K. M., Vingerhoets, A. J. J. M., Passchier, J., Heinen, A. G. J. J., Dekker, G. A., & van Geijn, H. P. (1996). Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy-related complaints. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 17*(2), 93-102.
149. Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality, 6*(5), 321-344.
150. Paul-Hambrink, B. (1984). Emotionale, kognitive und verhaltensmäßige Aspekte der Streßbewältigung und ihre Veränderung in Abhängigkeit von situativen und personalen Faktoren. Eine Replikationsstudie: Fachbereich Psychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen.
151. Peters, U. H. (2000). *Lexikon: Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie* (5. Auflage). München, Jena: Urban & Fischer.
152. Porst, R. (2001). Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. *ZUMA How-to-Reihe, 9*.
153. Reicherts, M., & Perrez, M. (1993). *Fragebogen zum Umgang mit Belastungen im Verlauf (UBV)*. Göttingen: Hogrefe.
154. Richardson, P. (1990). Women's experience of body change during normal pregnancy. *Maternal Child Nursing Journal, 19*(2), 93-111.
155. Rofé, Y., Blittner, M., & Lewin, I. (1993). Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology, 49*(1), 3-12.
156. Rondo, P. H., Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M. C. N., Lebert, H., & Artes, R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition, 57*(2), 266-272.
157. Rost, J. (1996). *Lehrbuch Testtheorie, Testkonstruktion*. Bern: Hans Huber.
158. Rostad, B., Schei, B., & Jacobsen, G. (1995). Health consequences of severe life events for pregnancy. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 13*(2), 99-104.
159. Roth, G. (2003). *Fühlen, Denken, Handeln: Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
160. Ruddick, S. (1994). Thinking mothers / conceiving birth. In D. Bassin, M. Honey & M. M. Kaplan (Eds.), *Representations of motherhood* (pp. 29-45). New Haven: Yale University Press.
161. Russell, J. A., & Carroll, J. M. (1999). On the bipolarity of negative and positive affect. *Psychological Bulletin, 125*(1), 3-30.
162. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081.
163. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727.
164. Sarvimäki, A. (2006). Well-being as being well – a Heideggerian look at well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 1*, 4-10.
165. Schaeper, H., & Kühn, T. (2000). Zur Rationalität familialer Entscheidungsprozesse am Beispiel des Zusammenhangs zwischen Berufsbiographie und Familiengründung. In W. R. Heinz (Hrsg.), *Übergänge: Individualisierung, Flexibilisierung und Institutionalisierung des Lebenslaufs. Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* (3. Beiheft, S. 124-145). Weinheim: Juventa.

166. Schmied, V., & Lupton, D. (2001). The externality of the inside: body images of pregnancy. *Nursing Inquiry*, 8(1), 32-40.
167. Schmill, A. (1998). *Untersuchung der Qualität der Schwangerenbetreuung anhand einer Dokumentationsanalyse von Schwangerenausweisen 1995/96 (Inauguraldissertation)*. Universität Rostock.
168. Schreurs, P. J. G., van de Willige, G., & Tellegen, B. (1988). *Utrecht Coping List: A Manual [Dutch]*. Lisse, The Netherlands: Swets en Zeitlinger.
169. Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brähler, E. (Hrsg.). (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
170. Schwarz, N. (1987). *Stimmung als Information. Untersuchungen zum Einfluss von Stimmungen auf die Bewertung des eigenen Lebens*. Berlin: Springer.
171. Schwarz, N., & Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications. In D. Kahnemann, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology* (pp. 61-84). New York, NY: Russel Sage Foundation.
172. Schwarzer, C., Starke, D., & Buchwald, P. (2004). Die Diagnose von Coping mit dem multi-axialen Stressbewältigungsinventar (SBI). In P. Buchwald, C. Schwarzer & S. E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen - Ressourcenmanagement und multi-axiales Coping* (S. 60-73). Göttingen: Hogrefe.
173. Schwarzer, R. (2000). *Stress, Angst und Handlungsregulation* (4. Auflage). Berlin: Kohlhammer.
174. Sjöström, H., Langius-Eklöf, A., & Hjertberg, R. (2004). Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 83, 1112-1118.
175. Skouteris, H., Carr, R., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Duncombe, D. (2005). A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body Image*, 2, 347-361.
176. Smith, C., Crowther, C., Beilby, J., & Dandeaux, J. (2000). The impact of nausea and vomiting in women: A burden of early pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(4), 397-401.
177. Sölva, M., Baumann, U., & Lettner, K. (1995). Wohlbefinden: Definitionen, Operationalisierungen, empirische Befunde. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3, 292-309.
178. Spitzer, R., Kroenke, K., & Williams, J. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary study. *The American Journal of the Medical Association*, 282(18), 1737-1744.
179. Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51(4), 185-197.
180. Stenberg, L., & Blinn, L. (1993). Feelings about self and body during adolescent pregnancy. *Family in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 74(5), 282-290.
181. Stern, M., & Alvarez, A. (1992). Pregnant and parenting adolescents: A comparative analysis of coping response and psychological adjustment. *Journal of Adolescent Research*, 7(4), 469-493.
182. Stier, W. (1996). *Empirische Forschungsmethoden*. Berlin [u. a.]: Springer.
183. Striegel-Moore, R. H., Goldman, S. L., Garvin, V., & Rodin, J. (1996). A prospective study of somatic and emotional symptoms of pregnancy. *Psychology of Women Quarterly*, 20(3), 393-408.
184. Tellegen, A., Watson, D., & Clark, L. A. (1999). On the dimensional and hierarchical structure of affect. *Psychological Science*, 10(4), 297-303.
185. Thorpe, K. J., Dragonas, T., & Golding, J. (1992). The effects of psychosocial factors on the emotional well-being of women during pregnancy: A cross-cultural study of Britain and Greece. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 10(4), 191-204.
186. Trampe, D., Stapel, D. A., & Siero, F. W. (2007). On models and vases: Body dissatisfaction and proneness to social comparison effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(1), 106-118.
187. Veenhoven, R. (2001). The four qualities of life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
188. Vierhout, M. E., & Out, J. J. (1983). *De electieve inleiding van de baring. En prospectief obstetrisch en psychologisch onderzoek (DSc Thesis)*. Erasmus University, Rotterdam.

189. Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J., Maturo, R. D., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
190. Vogt, I. (1998). Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 117-144). Weinheim und München: Juventa.
191. Wallace, A. M., Boyer, D. B., Dan, A., & Holm, K. (1986). Aerobic exercises, maternal self-esteem, and physical discomforts during pregnancy. *Journal of Nurse-Midwifery*, 31, 225-262.
192. Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute.
193. Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
194. Wells, J. D., Hobfoll, S. E., & Lavin, J. (1997). Resource loss, resource gain, and communal coping during pregnancy among women with multiple roles. *Psychology of Women Quarterly*, 21(4), 645-662.
195. Whitehead, N. S., Brogan, D. J., Blackmore-Prince, C., & Hill, H. A. (2003). Correlates of experiencing life events just before or during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24(2), 77-86.
196. Wimmer-Puchinger, B. (1992). *Schwangerschaft als Krise: psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen*. Berlin: Springer.
197. Yali, A. M., & Lobel, M. (2002). Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 15(3), 289-309.
198. Zachariah, R. (1994). Mother-daughter and husband-wife attachment as predictors of psychological well-being during pregnancy. *Clinical Nursing Research*, 3(4), 371-392.
199. Zachariah, R. (1996). Predictors of psychological well-being of women during pregnancy: Replication and extension. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11(1), 127-140.
200. Zapf, W. (1984). Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In W. Glatzer & W. Zapf (Hrsg.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt am Main: Campus.
201. zu Sayn-Wittgenstein, F. (Hg.) (2007). *Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern: Hans Huber.
202. Zwick, W. R., & Velicer, W. F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99(3), 432-442.

14 Anlagen

14.1 Itemkonstruktion

Tabelle 14.1-1: Grundlegende Affekte / Emotionstypen

Emotionstheorien				Affektlogik
Paul Ekman	Jaak Panksepp	Edmund Rolls	Ortony, Clore, Collins	Luc Ciompi
Glück / Vergnügen		Hochstimmung, Ekstase		Freude, Glück, Seligkeit, Zuneigung, Liebe, Hochgefühl, Stolz, Lust, Wollust, Zufriedenheit, Gelassenheit, Vertrauen, Mitleid,...
	Spiel / Freude		Freude	
Stolz auf Erreichtes			Stolz	
			Bewunderung	
Sinneslust	Wollust / Sexualität			
Befriedigung / Zufriedenheit				
	Fürsorge / Pflege		Mitleid	
		Wohlbefinden		Interesse, Aufmerksamkeit, Neugier, Hoffnung, Ungeduld, Verlangen, Leidenschaft, Überraschung,...
Erleichterung		Erleichterung		
			Liebe	Angst, Furcht, Sorge, Misstrauen, Mutlosigkeit,...
Aufgeregtheit	Erwartung/Vorfreude	Hoffnung		
Streben				Schadensfreude
Furcht		Furcht	Furcht	
			Besorgnis	Wut, Zorn, Jähzorn, Empörung, Erbitterung,...
	Panik / Trennung			
			Schadensfreude	Trauer, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Schwermut, Melancholie, Depression, Unlust, Enttäuschung, Kummer, Reue, Scham,...
	Wut / Ärger	Wut	Groll	
Ärger		Ärger		heterogene Sammelgruppe: Ekel, Abscheu, Grauen, Panik, ... Wankelmut, Sorglosigkeit Eigensinn, Rigidität Distanzlosigkeit
Verachtung			Verachtung	
			Hass	Tadel
Trauer / Kummer		Traurigkeit	Trauer	
		Frustration		Entsetzen
Scham			Scham	
Verlegenheit				Entsetzen
Ekel				
Schuldgefühl				Entsetzen
				Entsetzen

Basierend auf Roth (2003, S. 285-309) und Ciompi (1997, S. 62-70, 78-84)

14.2 Informationsbrief und Einverständniserklärung der Teilnehmerinnen



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften
German Center for Evidence-based Nursing
Direktor: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Magdeburger Str. 8
06097 Halle (Saale)

1. August 2005

Sehr geehrte Teilnehmerin,

heute wende ich mich an Sie aufgrund meiner Dissertation an der Martin-Luther-Universität in Halle, die den Titel trägt ‚Fühlen sich Schwangere anders wohl? Entwicklung eines schwangerschaftsspezifischen Fragebogens zum aktuellen subjektiven Wohlbefinden - ein Beitrag zur Forschung im Bereich des Hebammenwesens‘. Mit Hilfe des beiliegenden Fragebogens möchte ich erfahren, wie es Ihnen ergeht. Ihre Antwort wird mir und anderen Hebammen in Zukunft helfen, das körperliche und seelische Befinden von schwangeren Frauen besser zu verstehen und effektiver zu unterstützen.

Ihre Teilnahme an dieser Untersuchung ist freiwillig. Lesen Sie bitte die beiliegende Einverständniserklärung und unterschreiben Sie, wenn Sie Ihre Zustimmung geben. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. **Sie sollten zu diesem Zeitpunkt die 28. Schwangerschaftswoche bereits vollendet haben** und sich noch nicht unter der Geburt befinden.

Ein Vorteil Ihrer Teilnahme könnte sein, dass Sie sich selbst besser bewusst werden, wie Ihr aktuelles Befinden ist. Ihre Beantwortung des Fragebogens bleibt vertraulich. Der Umschlag wird von mir persönlich geöffnet, Ihre Einverständniserklärung vor Einsichtnahme in den Fragebogen von diesem getrennt und separat aufbewahrt. Ihre anonymen Daten werden ausschließlich von mir ausgewertet (Einhaltung des Datenschutzes). Dabei werden Untergruppen gebildet, so dass bei einer Veröffentlichung Außenstehende keine Rückschlüsse auf individuelle Angaben ziehen können.

Zum Ausfüllen des Fragebogens nehmen Sie sich bitte Zeit, wenn Sie alleine und ungestört sind. Sie werden ungefähr 20 Minuten benötigen.

Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, stecken Sie **die Einverständniserklärung und den Fragebogen** in den weißen adressierten Briefumschlag und **senden Sie beides möglichst umgehend an mich zurück**. Sie brauchen den Umschlag nicht mit einer Briefmarke zu versehen, da ich (als Empfängerin) das Porto übernehme.

Bei Fragen können Sie sich gerne an mich wenden (siehe Kontakt unten). Die Befragung läuft bis spätestens November 2005.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und Ihre Teilnahme!

Gertrud M. Ayerle MSN

Hebamme / Pflegewissenschaftlerin

E-Mail: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de; Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Magdeburger Str. 8, 06114 Halle, Telefon: 0345-5575428



■ Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften
German Center for Evidence-based Nursing
Direktor: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Magdeburger Str. 8
06097 Halle (Saale)

Teilnahme an einer Befragung im Rahmen der Dissertation:

„Fühlen sich Schwangere anders wohl?“

Entwicklung eines schwangerschaftsspezifischen Fragebogens zum aktuellen subjektiven Wohlbefinden - ein Beitrag zur Forschung im Bereich des Hebammenwesens⁷

Datenschutzerklärung

Die Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes ist in vollem Umfang sichergestellt. Dabei wird die ordnungsgemäße Durchführung der Studie, insbesondere die ordnungsgemäße Erhebung, Aufbewahrung und Bearbeitung der Daten verbindlich zugesagt gemäß § 9 des Bundesdatenschutzgesetzes. Ihre Daten werden in Übereinstimmung mit dem geltenden Datenschutzgesetz vertraulich behandelt. Die Einverständniserklärung wird gemäß § 40 des Bundesdatenschutzgesetzes vor Einsichtnahme in den Fragebogen von diesem getrennt und separat aufbewahrt. Die Autorin, Frau Gertrud M. Ayerle, MSN, unterliegt der Verschwiegenheitsverpflichtung. Außer ihrer Person sind Ihre Angaben anderen Personen nicht zugänglich. Im Falle der Veröffentlichung von Studienergebnissen bleibt die Vertraulichkeit Ihrer persönlichen Daten ebenfalls gewährleistet.

Die Durchführung dieser Studie ist sowohl von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg als auch von der Ethikkommission der Georg-August-Universität Göttingen positiv beschieden worden. Die Verantwortung für die Befragung liegt bei Gertrud M. Ayerle MSN, Hebamme und Doktorandin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Direktor: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens, Magdeburger Str. 8, 06097 Halle (Saale). E-Mail: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de; Privat: Richard-Wagner-Str. 27, 06114 Halle; Telefon 0345-522 2829 (abends 19-22 Uhr)

Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis zur Teilnahme an dieser Befragung mit Hilfe des beiliegenden Fragebogens zum aktuellen Befinden in der Schwangerschaft. Meine Teilnahme ist freiwillig. Mit einer Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Dissertation, in die meine Angaben nur in anonymisierter Form einfließen, bin ich einverstanden.

Datum und Unterschrift

14.3 Erster Fragebogen (Erste Befragung)

Ihr aktuelles Befinden in der Schwangerschaft

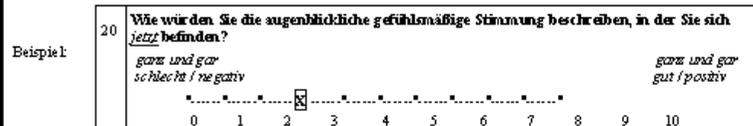
FRAGEBOGEN

Hinweise zum Ausfüllen

Abschnitte A, B, F und G:

In den Abschnitten A und B (am Anfang des Fragebogens) und den Abschnitten F und G (am Schluss des Fragebogens) werden allgemeine Fragen gestellt, die Ihre Schwangerschaft und Person betreffen.

- Bitte kreuzen Sie im Regelfall immer **nur eine Antwort** an. Sonst kann Ihre Antwort leider nicht gezählt oder gewertet werden.
- Nur** wenn ausdrücklich angegeben ist „*Mehrfachantworten sind möglich!*“, können Sie auch mehr als ein Kästchen ankreuzen.
- Kreuzen Sie bei den Skalen **nur ein Kästchen** an. Setzen Sie Ihr Kreuz so, wie es **für Sie** zutrifft. Gehen Sie zum Beispiel in der nachfolgenden Abbildung davon aus, dass „0“ die schlechteste Stimmung darstellt und „10“ die beste Stimmung.



- Falls Sie ein Kästchen fälsch markiert haben, können sie es ganz ausmalen und ein neues Kreuzchen setzen.
- Bitte schreiben Sie Ihre Antwort auf die dafür vorgesehenen Linien, wie in diesem Beispiel:

Beispiel: 12 Das Datum des errechneten Termins für die Geburt ist der ... 27 . 8 . 2004

A. Ihre jetzige Schwangerschaft

1	Haben Sie <u>jetzt</u> eine Zwillings- (Mehrlings-) Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
2	Spüren Sie (schon), wie sich Ihr Kind bewegt / Ihre Kinder bewegen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Bin mir nicht sicher
3	Besuchen Sie zurzeit einen Geburtsvorbereitungskurs? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
4	Haben Sie in einer früheren oder in dieser Schwangerschaft bereits einen Geburtsvorbereitungskurs besucht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
5	Waren Sie (bisher) während dieser Schwangerschaft krank <u>oder</u> krankgeschrieben? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, einmal <input type="checkbox"/> Ja, mehrmals <input type="checkbox"/> Beschäftigungsverbot
<i>(Mehrfachantworten sind möglich!)</i>	
6	Waren Sie (bisher) während dieser Schwangerschaft stationär im Krankenhaus? <input type="checkbox"/> Ja, einmal <input type="checkbox"/> Ja, mehrmals <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Insgesamt kürzer als eine Woche <input type="checkbox"/> Insgesamt länger als eine Woche <input type="checkbox"/> Ich bin zurzeit stationär im Krankenhaus.
7	Gab es für Sie während dieser Schwangerschaft ein besonders negatives Ereignis oder eine erhebliche Stress-Situation, die <u>nicht mit Ihrer Schwangerschaft oder Ihrem Kind in Zusammenhang stand</u> ? (z.B. Trennung Krankheit/Verlust eines lieben Menschen, Konflikt, Gewalt, Unfall, gerichtliche Verhandlung, Obdachlosigkeit, ...) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, was war der Grund? _____ _____
8	Gab es für Sie während dieser Schwangerschaft ein besonders negatives Ereignis oder eine erhebliche Stress-Situation, die sich <u>auf Ihre Schwangerschaft oder auf Ihr Kind bezog</u> ? (z.B. Feststellung einer Wachstumsverzögerung des Kindes, mangelnde Durchblutung der Nachgeburt, falsche Lage des Kindes, Diagnose einer Krankheit wie z.B. Bluthochdruck, Diabetes, ...) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, was war der Grund? _____ _____
9	Erhalten Sie zurzeit eine ärztlich (oder von Ihrer Hebamme) verschriebene und von der Krankenkasse bezahlte Haushaltshilfe? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
10	Von wem werden Sie in dieser Schwangerschaft betreut? <input type="checkbox"/> nur Hebamme <input type="checkbox"/> überwiegend Hebamme, aber Ultraschall bei Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> nur Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> Hebamme und Ärztin/Arzt gemeinsam
11	War diese Schwangerschaft eher ungeplant oder eher geplant? <input type="checkbox"/> Eher ungeplant <input type="checkbox"/> Erfolgte mit medizinischer Unterstützung z.B. Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung (IVF) <input type="checkbox"/> Eher geplant

12 Das Datum des errechneten Termins für die Geburt ist der... ____ . ____ . 200__

13 Das Datum des heutigen Tages ist der ... ____ . ____ . 200__

14 Befinden Sie sich zurzeit im Mutterschutz? Nein Ja Trifft nicht zu

15 Befinden Sie sich zurzeit in der Elternzeit? Nein Ja Trifft nicht zu

16 Sind Sie während dieser Schwangerschaft berufstätig (gewesen)? Nein Ja

→ Wenn Sie bei der letzten Frage (Nummer 16) „Nein“ geantwortet haben, dann gehen Sie bitte zu Punkt 20 (Abschnitt B)!

17 Wie zufrieden sind Sie, alles in allem, mit Ihrer Berufstätigkeit (gewesen)?

ganz und gar unzufrieden ganz und gar zufrieden

--- --- --- --- --- --- --- --- --- ---

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18 Wie oft empfanden Sie Ihre Berufstätigkeit während dieser Schwangerschaft als körperlich anstrengend?

Nie Fast nie Manchmal Oft Immer

--- --- --- ---

19 Wie oft empfanden Sie Ihre Berufstätigkeit während dieser Schwangerschaft als emotional (seelisch) belastend?

Nie Fast nie Manchmal Oft Immer

--- --- --- ---

B. Ihre Stimmung in diesem Moment

20 Wie würden Sie die augenblickliche gefühlsmäßige Stimmung beschreiben, in der Sie sich jetzt befinden?

ganz und gar schlecht / negativ ganz und gar gut / positiv

--- --- --- --- --- --- --- --- ---

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C. Ihr momentanes emotionales Befinden

Hinweise zum Ausfüllen

Der folgende Abschnitt zu Ihrem jetzigen gefühlsmäßigen Befinden besteht aus einer Reihe verschiedener Aussagen. Bei jeder einzelnen Aussage können Sie zwischen vier Antwortmöglichkeiten wählen, die Sie oben auf jedem Abschnitt vorfinden.

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
--	-----------------	-----------	----------	------

Beispiel:

21	Ich fühle mich lebenslustig.	•	•	<input checked="" type="checkbox"/>	•
----	------------------------------	---	---	-------------------------------------	---

Wichtig:
Auch wenn in den Medien häufig nur glückliche Schwangere dargestellt werden, ist es im wirklichen Leben doch so, dass schwangere Frauen ganz unterschiedliche Erfahrungen mit und in der Schwangerschaft machen - Deshalb gibt es in diesem Fragebogen keine richtigen und keine falschen Antworten.

In diesem Fragebogen ist allein ausschlaggebend, was für Sie persönlich zutreffend ist!

- Beantworten Sie die Punkte möglichst **aufrichtig** und **ehrlich**.
- Falls eine Antwort nicht genau passt, kreuzen Sie die Antwort an, die am besten zutrifft.
- Kreuzen Sie bei jeder Aussage **nur ein Kästchen** an - sonst kann Ihre Antwort nicht gewertet werden.
- Achten Sie darauf, dass Sie **keinen Punkt auslassen**.

→ Vergewissern Sie sich zunächst, wie Ihr Befinden als schwangere Frau ist.
Wie fühlen Sie sich diesbezüglich gerade (jetzt im Moment)?

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
21	Ich fühle mich lebenslustig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Ich bin sorgenvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ich fühle mich niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Ich bin stolz darauf, schwanger zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Ich fühle mich geborgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Ich bin wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Ich bin selbstsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Ich bin traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Ich fühle mich friedvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Ich fühle mich unternehmungslustig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Ich bin verzweifelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Ich bin ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Ich fühle mich ausgeglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Ich bin glücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Vergewenwärtigen Sie sich jetzt, wie Sie Ihr Befinden in Bezug auf **Veränderungen in Ihrem Leben durch die Schwangerschaft** und die **zukünftigen Aufgaben als Mutter** erleben.

Wie fühlen Sie sich diesbezüglich gerade (jetzt im Moment)?

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
35	Ich bin gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Ich fühle mich mutlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Ich bin begeistert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Ich fühle mich missgestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Ich habe panische Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Ich bin zuversichtlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Ich fühle mich hilflos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Ich fühle mich selbstsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Vergewenwärtigen Sie sich jetzt, wie Sie Ihr Befinden in Bezug auf **Ihren Partner** erleben. Wenn Sie zurzeit keinen Partner haben, beziehen Sie Ihre Antwort auf den **Vater des Kindes** (der Kinder). Wenn Sie in einer Partnerschaft mit einer Frau leben, beziehen Sie Ihre Antwort auf Ihre Partnerin.

Denken Sie z.B. an Ihre Beziehung mit ihm, sein Verhalten bzgl. der Schwangerschaft und an die Unterstützung, die Sie erhalten.

Wie fühlen Sie sich diesbezüglich gerade (jetzt im Moment)?

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
43	Ich bin aufgewühlt wegen Unstimmigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Ich bin zufrieden mit seiner Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Ich fühle mich geliebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Ich fühle mich durch Konflikte belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Ich bin verzagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Ich bin stolz auf ihn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Ich fühle mich unter Druck gesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Ich bin begeistert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Vergewenwärtigen Sie sich jetzt, wie Sie Ihr Befinden bezüglich **Ihrer wichtigsten Bezugspersonen** (z.B. aus Ihrer Familie, der Familie Ihres Partners und Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis) erleben. - Denken Sie z.B. an Ihre Beziehungen zu ihnen und deren Unterstützung (gefühlsmäßig, praktisch oder durch Informationen).

Wie fühlen Sie sich diesbezüglich gerade (jetzt im Moment)?

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
51	Ich bin zuversichtlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Ich bin überreizt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
53	Ich fühle mich beschwingt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Ich bin unzufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Ich fühle mich verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Ich fühle mich allein gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Ich bin bedrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Vergewenwärtigen Sie sich jetzt, wie Sie Ihr Befinden in Bezug auf **Ihr Kind (Ihre Kinder)** in Ihrem Bauch erleben. - Denken Sie z.B. an das, was Ihr Kind für Sie bedeutet und an seine Entwicklung und Gesundheit.

Wie fühlen Sie sich diesbezüglich gerade (jetzt im Moment)?

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
58	Ich bin beunruhigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Ich bin glücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Ich fühle mich gestresst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	Ich fühle mich aufgewühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	Ich bin bekümmert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	Ich habe liebevolle Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Ich bin betrübt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Ich bin in Hochstimmung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Vergewenwärtigen Sie sich jetzt, wie Sie Ihr Befinden in Bezug auf die **Schwangerenvorsorge und das Fachpersonal (Hebamme, ÄrztInnen)** erleben. - Denken Sie z.B. an die Begleitung, die Sie in Ihrer Schwangerschaft erfahren haben, die medizinischen Untersuchungen, die Ultraschall-Termine und die Informationen, die Sie erhalten haben.

Wie fühlen Sie sich diesbezüglich gerade (jetzt im Moment)?

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
66	Ich fühle mich sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	Ich bin besorgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	Ich bin enttäuscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	Ich bin guter Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	Ich bin ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	Ich fühle mich verwirrt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Ich bin zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	Ich bin hoffnungsvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	Ich bin beunruhigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Vergewenwärtigen Sie sich jetzt, wie Sie Ihr Befinden in Bezug auf die **bevorstehende Geburt** erleben. Denken Sie z.B. an die Wehen bei der normalen Geburt bzw. an einen möglichen Kaiserschnitt oder an die Bedeutung der Geburt für Sie und Ihr Kind.

Wie fühlen Sie sich diesbezüglich gerade (jetzt im Moment)?

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
75	Ich bin angsterfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	Ich bin zuversichtlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	Ich bin nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	Ich fühle mich entmutigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	Ich bin gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80	Ich fühle mich selbstsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81	Ich bin gespannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82	Ich bin besorgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Ihr körperliches Befinden in der vergangenen Woche

Hinweise zum Ausfüllen

- Bei den folgenden Punkten 83 bis 108 gibt es **pro Punkt jeweils 2 Aussagen**. Beantworten Sie zunächst die **erste Aussage** in der ersten Zeile (z.B. „Ich hatte Verstopfung /Durchfall“) mit „Nein“ oder „Ja“.
- Wenn die erste Aussage für Sie nicht zutrifft und Sie mit „Nein“ antworten, dann gehen Sie zum nächsten Punkt weiter.
- Wenn die erste Aussage für Sie zutrifft und Sie mit „Ja“ antworten, dann beantworten Sie bitte auch die darauffolgende, **zweite Aussage**, die **grau schattiert und mit dem Pfeil - versehen** ist. Diese macht eine Aussage zu Ihrem Befinden. Setzen Sie Ihr Kreuzchen bei *der* Antwortmöglichkeit, die für Sie zutrifft.

Beispiel:

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
84	Ich hatte Verstopfung (Durchfall).	<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja		
	▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.				<input checked="" type="checkbox"/>

→ Bitte vergewenwärtigen Sie sich nun **die vergangenen 7 Tage (einschließlich heute)**.

Wie haben Sie Ihren Körper in dieser Zeit erlebt (1. Aussage) **und wie wurde Ihr Befinden dadurch beeinflusst** (2. Aussage)?

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
83	Meine Brüste haben sich voll angefüllt.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Das war mir angenehm.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84	Ich hatte Verstopfung / Durchfall.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	Ich hatte Ziehen in den Leisten.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86	Ich hatte Wadenkrämpfe.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87	In meinem Bauch drückte es.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88	Ich empfand mich als unförmig.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89	Mein Körper reagierte sexuell anders.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Das war mir angenehm.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90	Mein Bauch nahm mehr Platz in Anspruch.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Das war mir angenehm.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91	Ich hatte Wasser in meinen Gliedmaßen (Füßen, etc.).	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92	Ich bewegte mich insgesamt langsamer.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Das war mir angenehm.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93	Ich hatte Rückenschmerzen.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94	Ich schlief zu wenig oder wachte öfter als einmal auf.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95	Ich erlebte mich durch meinen schwangeren Körper bewusst als Frau.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Das war mir angenehm.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96	Die Kindsbewegungen waren oft schmerzhaft.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
	▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ein wenig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
97	Ich fand mich als Schwangere attraktiv. ▪ Das war mir angenehm.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
98	Ich hatte zu wenig körperliche Bewegung. ▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
99	Ich hatte Schmerzen in meinen Beinen. ▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
100	Ich hatte mein Gewicht (Zu- oder Abnahme) nicht unter Kontrolle. ▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
101	Mir war körperlich sehr heiß. ▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
102	Ich litt unter Sodbrennen. ▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
103	Meine körperlichen Bedürfnisse standen im Vordergrund. ▪ Das war mir angenehm.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
104	Ich kam schnell außer Atem. ▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
105	Mein Kind (meine Kinder) war(en) mir in meinem Bauch ganz nah. ▪ Das war mir angenehm.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
106	Ich erlebte mir unangenehme sexuelle Aktivitäten (hier: alles gemeint außer Zärtlichkeiten). ▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
107	Ich musste häufig zum Wasserlassen. ▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
108	Ich fühlte mich durch mein Kind (meine Kinder) beengt. ▪ Dies beeinträchtigte mein Befinden.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		

Zur Erinnerung:
→ Haben Sie jeweils die **2. Aussage** (grau schattiert) beantwortet, bei der Sie „Ja“ angekreuzt haben?

→ Wenn Sie **keine** körperlichen Schwangerschaftsbeschwerden unter den obigen Punkten angegeben haben, gehen Sie bitte zu **Punkt F** (Seite 11).

E. Ihr Umgang mit Ihren Schwangerschaftsbeschwerden

→ Vergewenwärtigen Sie sich jetzt Ihre körperlichen Schwangerschaftsbeschwerden, die Sie oben unter Punkt D angegeben haben.

Wie sind Sie mit diesen Beschwerden in der vergangenen Woche (einschließlich heute) umgegangen (1. Aussage) und **wie sehr hat es Ihnen geholfen** (2. Aussage)?

		<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> ein wenig	<input type="checkbox"/> ziemlich	<input type="checkbox"/> sehr
109	Ich habe mich damit getröstet, dass sie zeitlich begrenzt sind. ▪ Das hat mein Befinden verbessert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
110	Ich habe Hausmittel angewendet. ▪ Das hat mein Befinden verbessert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
111	Ich habe Mitgefühl für mich gehabt, weil es mir einfach schlecht ging. ▪ Das hat mein Befinden verbessert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
112	Ich habe sie ignoriert. ▪ Das hat mein Befinden verbessert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
113	Ich habe mich an andere Personen gewandt, um Hilfe zu bekommen. ▪ Das hat mein Befinden verbessert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
114	Ich habe mir etwas Gutes getan. ▪ Das hat mein Befinden verbessert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
115	Ich habe sie aus Liebe zu meinem Kind in Kauf genommen. ▪ Das hat mein Befinden verbessert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
116	Ich habe mich an mein Ziel erinnert. ▪ Das hat mein Befinden verbessert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
117	Ich habe mich auf die Bewältigung jeweils eines Tages konzentriert. ▪ Das hat mein Befinden verbessert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
118	Ich habe mich davon abgelenkt. ▪ Das hat mein Befinden verbessert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
119	Ich habe mir Informationen aus den Medien (Bücher, P.C., ...) besorgt. ▪ Das hat mein Befinden verbessert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
120	Ich habe es mir bequem gemacht. ▪ Das hat mein Befinden verbessert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
121	Ich habe mir gut zugeredet. ▪ Das hat mein Befinden verbessert.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
122	Ich habe... (bitte selbst ergänzen) ▪ Das hat mein Befinden verbessert.				

F. Die Zeit vor dieser Schwangerschaft

123	Waren Sie vorher schon einmal schwanger? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, wie oft? _____ -mal
124	Haben Sie schon einmal ein Kind / Kinder bekommen (nach mindestens 24 Schwangerschaftswochen)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, wie viele? _____ Kind / Kinder

→ Wenn Sie bei den Fragen 123 und 124 „Nein“ geantwortet haben, dann gehen Sie bitte zu Punkt 128!

125	War eine frühere Schwangerschaft Ihres Wissens nach eine Risiko-Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, was war der Grund? _____
126	Haben Sie eine frühere Schwangerschaft sehr negativ oder traumatisch erlebt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zum Teil Wenn Ja, was war der Grund? _____ <input type="checkbox"/> Ja, im Ganzen
127	Haben Sie eine frühere Geburt sehr negativ oder traumatisch erlebt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zum Teil Wenn Ja, was war der Grund? _____ <input type="checkbox"/> Ja, im Ganzen

128	Wie war Ihr körperliches und seelisches Befinden in den 6 Monaten bevor die jetzige Schwangerschaft festgestellt wurde?
	Körperliches Befinden: Sehr gut Gut Eher schlecht Sehr schlecht □-----□-----□-----□
	Seelisches Befinden: Sehr gut Gut Eher schlecht Sehr schlecht □-----□-----□-----□

G. Einige allgemeine Daten

129	Wohnort: <input type="checkbox"/> Stadt Halle <input type="checkbox"/> Stadt Göttingen Wenn <u>nicht</u> Halle oder Göttingen, bitte Ihre Postleitzahl angeben: _____
-----	---

130	Alter: <input type="checkbox"/> bis einschließlich 19 Jahre <input type="checkbox"/> 20 – 24 Jahre <input type="checkbox"/> 25 – 29 Jahre <input type="checkbox"/> 30 - 34 Jahre <input type="checkbox"/> 35 - 39 Jahre <input type="checkbox"/> 40 Jahre und darüber
131	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
132	Lebenssituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit Partner im Haushalt zusammen lebend <input type="checkbox"/> getrennt von Partner lebend (getrennte Haushalte) <input type="checkbox"/> mit Eltern, FreundInnen, Bekannten, ... lebend (in einer Wohnung / einem Haus)
133	Staatsangehörigkeit: _____
134	Schulbildung: <input type="checkbox"/> Schule ohne Abschluss verlassen <input type="checkbox"/> Volks- / Hauptschulabschluss (DDR: 8. Klasse) <input type="checkbox"/> Realschulabschluss / Mittlere Reife (DDR: 10. Klasse) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) <input type="checkbox"/> Abitur / Hochschulreife <input type="checkbox"/> Sonstiger Schulabschluss
135	(Mehrfachantworten sind möglich!) (Berufs-) Tätigkeit: <input type="checkbox"/> Arbeiterin <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Beamtin <input type="checkbox"/> Selbstständige <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> in Vollzeit (mehr als 35 Stunden /Woche) <input type="checkbox"/> in Teilzeit (15 bis 34 Stunden /Woche) <input type="checkbox"/> stundenweise erwerbstätig (unter 15 Std./Woche) <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Auszubildende / Studentin / Umschülerin / Praktikantin
136	Lebten Sie zu der Zeit, als die Schwangerschaft festgestellt wurde, von finanzieller Unterstützung? (wie Sozialhilfe, Arbeitslosengeld, Bafög, dem Geld Ihrer Eltern, ...) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
137	Schätzen Sie sich zu diesem Zeitpunkt als finanziell abgesichert ein? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

14.4 Datenanalyse der ersten Befragung

Tabelle 14.4-1: Vergleich Wohnort (Stadt/Land) mit Mittelwert-Gruppen (M) der Skalen

		Affektives Wohlbefinden (M)			Körperliches Wohlbefinden (M)			Bewältigungsweisen (M)		
		<2,92	>2,92	Ge-samt	<3,20	>3,20	Ge-samt	<2,40	>2,40	Ge-samt
Stadt	Anzahl	81	79	160	76	60	136	69	72	141
	<i>erwartet</i>	79	81	160	74	62	136	68	73	141
Land	Anzahl	59	66	125	57	50	107	50	55	105
	<i>erwartet</i>	61	64	125	59	48	107	51	54	105
Gesamt	Anzahl	140	145	285	133	110	243	119	127	246
	<i>erwartet</i>	140	145	285	133	110	243	119	127	246
Signifikanz (2-seitig; p<0,05)										
Exakter Test (Fisher)				0,633		0,699				0,898

Tabelle 14.4-2: Vergleich Wohnort (Ost/West) mit Mittelwert-Gruppen (M) der Skalen

		Affektives Wohlbefinden (M)			Körperliches Wohlbefinden (M)			Bewältigungsweisen (M)		
		<2,92	>2,92	Ge-samt	<3,20	>3,20	Ge-samt	<2,40	>2,40	Ge-samt
Ost	Anzahl	87	90	177	86	67	153	67	89	156
	<i>erwartet</i>	87	90	177	84	69	153	75	81	156
West	Anzahl	53	55	108	47	43	90	52	38	90
	<i>erwartet</i>	53	55	108	49	41	90	44	46	90
Gesamt	Anzahl	140	145	285	133	110	243	119	127	246
	<i>erwartet</i>	140	145	285	133	110	243	119	127	246
Signifikanz (2-seitig; p<0,05)										
Exakter Test (Fisher)				1,000		0,594				0,034

Tabelle 14.4-3: Deskriptive Werte der Items zum Affektiven Wohlbefinden

Nr	Items	n	M	Md	Antwortkategorien: Häufigkeit/Prozent							
					Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr				
21	lebenslustig	297	2,97	3	7	2,4	61	20,5	164	55,2	65	21,9
24	stolz-1	296	3,47	4	10	3,4	30	10,1	66	22,3	190	64,2
25	geborgen	297	3,24	3	11	3,7	37	12,5	119	40,1	130	43,8
27	selbtsicher-1	297	2,86	3	10	3,4	63	21,2	182	61,3	42	14,1
29	friedvoll	291	2,96	3	11	3,8	51	17,5	169	58,1	60	20,6
30	unternehmungslustig	297	2,50	3	37	12,5	110	37,0	114	38,4	36	12,1
33	ausgeglichen	295	2,77	3	25	8,5	60	20,3	168	56,9	42	14,2
34	glücklich-1	297	3,39	4	4	1,3	26	8,8	116	39,1	151	50,8
35	gelassen-1	296	2,77	3	19	6,4	61	20,6	184	62,2	32	10,8
37	begeistert-1	296	2,91	3	12	4,1	63	21,3	161	54,4	60	20,3
40	zuversichtlich-1	295	3,17	3	12	4,1	63	21,3	161	54,4	60	20,3
42	selbtsicher-2	296	2,82	3	11	3,7	62	20,9	191	64,5	32	10,8
44	zufrieden-1	296	3,23	3	19	6,4	22	7,4	127	42,9	128	43,2
45	geliebt	296	3,58	4	8	2,7	18	6,1	64	21,6	206	69,6
48	stolz-2	291	3,30	4	14	4,8	32	11,0	98	33,7	147	50,5
50	begeistert-2	294	3,10	3	25	8,5	36	12,2	119	40,5	114	38,8
51	zuversichtlich-2	293	3,21	3	5	1,7	23	7,8	170	58,0	95	32,4
53	beschwingt	289	2,28	2	58	20,1	99	34,3	125	43,3	7	2,4
55	verstanden	292	3,03	3	5	1,7	53	18,2	162	55,5	72	24,7
59	glücklich-2	292	3,70	4	0	0,0	7	2,4	75	25,7	210	71,9
63	liebevoll	295	3,72	4	2	0,7	6	2,0	65	22,0	222	75,3
65	in Hochstimmung	296	2,73	3	32	10,8	69	23,3	143	48,3	52	17,6
66	sicher	297	3,29	3	2	0,7	20	6,7	164	55,2	111	37,4
69	guter Dinge	295	3,18	3	6	2,0	21	7,1	183	62,0	85	28,8
72	zufrieden-2	296	3,34	3	1	0,3	20	6,8	152	51,4	123	41,6
73	hoffnungsvoll	296	3,28	3	2	0,7	20	6,8	166	56,1	108	36,5
76	zuversichtlich-3	297	2,91	3	5	1,7	60	20,2	188	63,3	44	14,8
79	gelassen-2	297	2,42	3	56	18,9	82	27,6	137	46,1	22	7,4
80	selbtsicher-3	295	2,48	3	34	11,5	104	35,3	138	46,8	19	6,4
81	gespannt	296	3,36	4	4	1,4	34	11,5	108	36,5	150	50,7
22	sorgenvoll	295	2,17	2	40	13,6	189	64,1	41	13,9	25	8,5
23	niedergeschlagen	294	1,51	1	165	56,1	114	38,8	10	3,4	5	1,7
26	wütend	296	1,17	1	252	85,1	40	13,5	2	0,7	2	0,7
28	traurig	294	1,36	1	204	69,4	76	25,9	12	4,1	2	0,7
31	verzweifelt	296	1,18	1	253	85,5	36	12,2	5	1,7	2	0,7
32	ängstlich	297	1,81	2	104	35,0	156	52,5	26	8,8	11	3,7
36	mutlos	293	1,22	1	239	81,6	45	15,4	7	2,4	2	0,7
38	missgestimmt	297	1,25	1	232	78,1	59	19,9	4	1,3	2	0,7
39	panisch	296	1,25	1	229	77,4	61	20,6	5	1,7	1	0,3
41	hilflos	296	1,28	1	222	75,0	66	22,3	8	2,7	0	0
43	aufgewühlt-1	296	1,41	1	201	67,9	74	25,0	16	5,4	5	1,7
46	belastet	294	1,47	1	193	65,6	73	24,8	18	6,1	10	3,4
47	verzagt	290	1,18	1	245	84,5	38	13,1	6	2,1	1	0,3
49	unter Druck	295	1,19	1	253	85,8	31	10,5	7	2,4	4	1,4
52	überreizt	293	1,48	1	177	60,4	97	33,1	14	4,8	5	1,7
54	unzufrieden	291	1,45	1	188	64,6	80	27,5	18	6,2	5	1,7
56	allein gelassen	293	1,17	1	254	86,7	31	10,6	6	2,0	2	0,7
57	bedrückt	293	1,34	1	205	70,0	77	26,3	10	3,4	1	0,3
58	beunruhigt-1	295	1,60	2	138	46,8	139	47,1	16	5,4	2	0,7
60	gestresst	295	1,52	1	162	54,9	114	38,6	18	6,1	1	0,3
61	aufgewühlt-2	294	1,67	2	122	41,5	151	51,4	16	5,4	5	1,7
62	bekümmert	296	1,47	1	180	60,8	96	32,4	16	5,4	4	1,4
64	betrübt	296	1,22	1	234	79,1	60	20,3	2	0,7	0	0
67	besorgt-1	297	1,47	1	171	57,6	113	38,0	11	3,7	2	0,7
68	enttäuscht	293	1,23	1	237	80,9	45	15,4	10	3,4	1	0,3
70	ärgerlich	295	1,19	1	249	84,4	35	11,9	11	3,7	0	0
71	verwirrt	294	1,25	1	234	79,6	50	1,07	7	2,4	3	1,0
74	beunruhigt-2	297	1,46	1	184	62,0	96	32,3	11	3,7	6	2,0
75	angsterfüllt	297	1,95	2	95	32,0	138	46,5	47	15,8	17	5,7
77	nervös	297	2,28	2	51	17,2	149	50,2	59	19,9	38	12,8
78	entmutigt	297	1,21	1	250	84,2	34	11,4	12	4,0	1	0,3
82	besorgt-2	296	2,02	2	61	20,6	179	60,5	44	14,9	12	4,1

Nr = Itemnummer; Item-1, Item-2, Item-3 = Kennzeichnung verschiedener Items mit gleichen Adjektiven; n = Anzahl; M = Mittelwert; Md = Medianwert

Tabelle 14.4-4: Deskriptive Werte der Items zum Körperlichen Wohlbefinden

Nr	Items	n	M	Md	Antwortkategorien: Häufigkeit/Prozent							
					Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr				
Angenehmes Körpererleben:												
82	Brüste	148	2,15	2	38	25,7	54	36,5	52	35,1	4	2,7
83	sexuelle Reaktion	121	2,06	2	43	35,5	38	31,4	30	24,8	10	8,3
88	Platz (Bauch)	252	2,07	2	77	30,6	95	37,7	66	26,2	14	5,6
89	langsame Bewegung	218	1,65	1	119	54,6	63	28,9	30	13,8	6	2,8
90	Körper (Frau)	172	3,18	3	3	1,7	26	15,1	80	46,5	63	36,6
95	attraktiv	171	2,99	3	7	4,1	39	22,8	73	42,7	52	30,4
97	körp. Bedürfnisse	127	2,61	3	15	11,8	38	29,9	56	44,1	18	14,2
100	Nähe zu Kind	274	3,69	4	0	0,0	7	2,6	72	26,3	195	71,2
103	unförmig*	291	3,33	4	16	5,5	38	13,1	70	24,1	167	57,4
105	Gewicht*	293	3,65	4	17	5,8	15	5,1	23	7,8	238	81,2
Schwangerschaftsbeschwerden:												
84	Verstopfung/Durchfall*	293	3,52	4	13	4,4	19	6,5	65	22,2	196	66,9
85	Ziehen*	292	3,21	3	9	3,1	52	17,8	100	34,2	131	44,9
86	Wadenkrämpfe*	292	3,32	4	19	6,5	33	11,3	76	26,0	164	56,2
87	Druck im Bauch*	292	3,07	3	11	3,8	56	19,2	127	43,5	98	33,6
91	Ödeme*	292	3,38	4	21	7,2	32	11,0	55	18,8	184	63,0
93	Rückenschmerzen*	293	2,92	3	35	11,9	73	24,9	66	22,5	119	40,6
94	Schlaf*	291	2,70	3	43	14,8	80	27,5	88	30,2	80	27,5
96	Kindsbewegungen*	292	3,74	4	3	1,0	13	4,5	42	14,4	234	80,1
98	körperliche Bewegung*	294	3,56	4	10	3,4	28	9,5	42	14,3	214	72,8
99	Schmerzen in Beinen*	292	3,61	4	8	2,7	20	6,8	50	17,1	214	73,3
101	Hitze*	294	3,54	4	9	3,1	28	9,5	52	17,7	205	69,7
102	Sodbrennen*	293	3,13	3	26	8,9	47	16,0	84	28,7	136	46,4
104	außer Atem*	291	2,86	3	19	6,5	78	26,8	119	40,9	75	25,8
106	unangenehmer Sex*	293	3,93	4	2	0,7	4	1,4	7	2,4	280	95,6
107	Wasser lassen*	289	2,82	3	26	9,0	73	25,3	117	40,5	73	25,3
108	Beengung durch Kind*	294	3,71	4	2	0,7	15	5,1	49	16,7	228	77,6

* umgepolt; Nr = Itemnummer; n = Anzahl; M = Mittelwert; Md = Medianwert

Tabelle 14.4-5: Deskriptive Werte der Items zur Bewältigung

Nr	Items	n	M	Md	Antwortkategorien: Häufigkeit/Prozent							
					Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr				
109	Zeitlich begrenzt	272	2,43	3	47	17,3	88	32,4	109	40,1	28	10,3
110	Hausmittel	277	1,52	1	190	68,6	42	15,2	33	11,9	12	4,3
111	Mitgefühl	278	1,38	1	207	74,5	38	13,7	30	10,8	3	1,1
112	ignorieren	276	1,26	1	227	82,3	28	10,1	19	6,9	2	0,7
113	Hilfe durch andere	276	1,80	1	147	53,3	52	18,8	63	22,8	14	5,1
114	sich selbst Gutes tun	277	2,52	3	61	22,0	53	19,1	121	43,7	42	15,2
115	aus Liebe zum Kind	274	2,68	3	33	12,0	76	27,7	110	40,2	55	20,1
116	ans Ziel erinnern	271	2,36	3	81	29,9	52	19,2	97	35,8	41	15,1
117	jeweils ein Tag	273	1,66	1	172	63,0	35	12,8	53	19,4	13	4,8
118	Ablenkung	272	1,97	2	116	42,7	60	22,1	83	30,5	13	4,8
119	Infos	277	1,80	1	146	52,7	55	19,9	62	22,4	14	5,1
120	sich bequem machen	273	2,80	3	32	11,7	46	16,9	139	50,9	56	20,5
121	gut zureden	272	1,90	2	134	49,3	51	18,8	67	24,6	20	7,4

Nr = Itemnummer; n = Anzahl; M = Mittelwert; Md = Medianwert

Tabelle 14.4-6: Eigenwerteverlauf und erklärte Varianz der Skala ‚Positiver Affekt‘

Komponenten	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7,393	36,96	36,96
2	2,028	10,14	47,10
3	1,286	6,43	53,53
4	1,045	5,23	58,76
5	0,979	4,88	63,66
etc.			

Tabelle 14.4-7: Eigenwerteverlauf und erklärte Varianz der Skala ‚Negativer Affekt‘

Komponenten	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	2,825	56,51	56,51
2	0,820	16,41	72,92
3	0,536	1,72	83,63
etc.			

Tabelle 14.4-8: Eigenwerteverlauf und erklärte Varianz der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘

Komponenten	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	8,432	33,73	33,73
2	2,966	11,86	45,59
3	1,404	5,62	51,21
4	1,155	4,62	55,83
5	1,070	4,28	60,11
etc.			

Tabelle 14.4-9: Eigenwerteverlauf und erklärte Varianz der Skala ‚Körperliches Wohlbefinden‘

Komponenten	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	2,064	41,27	41,27
2	0,821	16,43	57,70
3	0,816	16,33	74,03
4	0,690	13,79	87,82
5	0,609	12,18	100,00

Tabelle 14.4-10: Eigenwerteverlauf und erklärte Varianz der Skala ‚Bewältigungsweisen‘

Komponenten	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	2,459	49,19	49,19
2	0,869	17,38	66,57
3	0,698	13,96	80,53
4	0,552	11,04	91,57
5	0,422	8,43	100,00

14.5 Zweiter Fragebogen (Zweite Befragung)

Ihr aktuelles Befinden in der Schwangerschaft

FRAGEBOGEN



Kontakt:
 Gertrud Ayerle MSN, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und
 Pflegewissenschaft, Magdeburger Str. 8, 06097 Halle, E-mail: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de;
 Privat: Richard-Wagner-Str. 27, 06114 Halle;
 Tel. 0345-523 5064 (bis 15.7.05) – 0345-522 2829 (ab 15.7.05 - abends 19-22 Uhr)

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Bitte nehmen Sie sich ca. 20 Minuten Zeit und füllen Sie den Fragebogen möglichst alleine und ungestört aus.

Abschnitte A, F und G:

Im Abschnitt A (am Anfang des Fragebogens) und in den Abschnitten F und G (am Schluss des Fragebogens) werden allgemeine Fragen gestellt, die Ihre Person und Ihre Schwangerschaft betreffen.

- Wenn Sie Zahlen eintragen oder **Antworten in Ihren eigenen Worten** wiedergeben sollen, ist das durch eine **Linie** _____ gekennzeichnet. Bitte schreiben Sie Ihre Antwort auf die dafür vorgesehenen Linien, wie in diesem Beispiel:

Beispiel:

4	Welches Datum ist Ihr errechneter Geburtstermin? Der ...	27	.	11	.	2005
---	--	----	---	----	---	------

- Kreuzen Sie **bei Skalen** (wie im Beispiel 7) nur ein Kästchen an. Setzen Sie Ihr Kreuz so, wie es für Sie zutrifft. In der nachfolgenden Beispiel-Skala bedeutet das Kästchen zur äußersten Linken „am wenigsten Stress“ und das Kästchen zur äußersten Rechten „am meisten Stress“. Mit den Kästchen dazwischen können Sie Ihr Urteil **abstufen**, je nach dem wie stressig Sie Ihren Alltag empfanden. Kreuzen Sie bitte nicht zwischen den Kästchen an, sondern immer nur genau im Kästchen.

Beispiel:

7	Wie stressig empfanden Sie Ihren Alltag in den vergangenen 4 Wochen?
so gut wie nie stressig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr häufig stressig	

Abschnitte B, C, D und E:

- Die Abschnitte B, C, D und E bestehen aus einer Reihe von Aussagen zu verschiedenen Aspekten Ihrer Schwangerschaft und zu Ihnen selbst. Bei jeder Aussage können Sie zwischen verschiedene Antwortmöglichkeiten wählen. Bitte kreuzen Sie pro Aussage immer nur eine Antwort an (siehe Beispiel 23, 24 und 25). Sonst kann Ihre Antwort leider nicht gewertet werden. Im nachfolgenden Beispiel bedeutet das Kästchen zur äußersten Linken, dass die Aussage überhaupt nicht zutrifft und das Kästchen zur äußersten Rechten, dass sie voll und ganz zutrifft. Dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

Beispiel:

		Trifft über- haupt nicht zu						Trifft voll und ganz zu
23	... fühle ich mich lebenslustig.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	... bin ich stolz darauf, schwanger zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	... fühle ich mich geborgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- Bitte achten Sie darauf, dass Sie keine Aussage auslassen.
- Falls Sie aus Versehen mal ein falsches Kästchen angekreuzt haben, können sie es ausmalen und ein neues Kreuz setzen.
- Falls eine Antwort nicht genau passt, kreuzen Sie bitte die Antwort an, die am besten zutrifft.
- Wichtig:** Beantworten Sie die folgenden Aussagen möglichst aufrichtig und ehrlich.

In diesem Fragebogen ist allein ausschlaggebend, was für Sie persönlich zutreffend ist! Von daher gibt es keine „falschen“ oder „richtigen“ Antworten.

A. Ihre jetzige Schwangerschaft

1	Ist Ihre jetzige Schwangerschaft eine Zwillings- (Mehrlings-) Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2	War diese Schwangerschaft eher geplant oder eher ungeplant?	<input type="checkbox"/> Eher geplant	<input type="checkbox"/> Eher ungeplant
3	Kam es zu dieser Schwangerschaft mit Hilfe von medizinischer Unterstützung? z.B. Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung (IVF, ICSI,...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

4	Welches Datum ist Ihr errechneter Geburtstermin? Der ____ . ____ . 200__
5	Welches Datum ist heute? Der ____ . ____ . 200__

6	Sind Sie während dieser Schwangerschaft ernsthaft krank oder krankgeschrieben (gewesen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ich hatte ein ärztliches Beschäftigungsverbot
		<input type="checkbox"/> Nein	

7	Wie stressig empfanden Sie Ihren Alltag in den vergangenen 4 Wochen?
	So gut wie nie stressig <input type="checkbox"/> Sehr häufig stressig

8	Gab es für Sie während dieser Schwangerschaft besonders negative Ereignisse oder erhebliche Stress-Situationen, die sich auf Ihre Schwangerschaft oder auf Ihr Kind bezogen? z.B. Diagnose einer Krankheit (wie Bluthochdruck oder Diabetes), eine drohende Fehl- oder Frühgeburt, Blutungen, vorzeitige Wehen, Feststellung einer Wachstumsverzögerung des Kindes, Verdacht einer Fehlbildung des Kindes, mangelnde Durchblutung der Nachgeburt, falsche Lage des Kindes, ...
	Wenn Ja, welche? _____
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____

9	Gab es für Sie während der vergangenen 12 Monate besonders negative Ereignisse oder erhebliche Stress-Situationen, die Ihr Leben im Allgemeinen betrafen? z.B. erheblicher Stress in der Arbeit (Schule/ Studium), Kündigung, Tod / Verlust eines lieben Menschen, Konflikte/Trennung, Gewalt, ein Unfall, eine ernste Erkrankung (selbst/nahestehend Person), eine gerichtliche Verhandlung, Prüfungen, eine Hochzeit, ein Umzug, Obdachlosigkeit, ...
	Wenn Ja, welche? _____
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____

10	Sind Sie während dieser Schwangerschaft berufstätig (gewesen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	⇒ weiter mit Frage 11	⇒ weiter mit Frage 13
----	--	---	---	-----------------------	-----------------------

11	Wie oft empfanden Sie Ihre Berufstätigkeit in der Schwangerschaft als körperlich anstrengend?
	So gut wie nie <input type="checkbox"/> Sehr häufig

12	Wie oft empfanden Sie Ihre Berufstätigkeit in der Schwangerschaft als emotional (seelisch) belastend?
	So gut wie nie <input type="checkbox"/> Sehr häufig

13	Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----	---	-----------------------------	-------------------------------

14	Hatten Sie Ihrem Empfinden nach während der Schwangerschaft genügend körperliche Bewegung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
15	... und ausreichend Unterstützung durch andere?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

16	Besuchen Sie zur Zeit einen Geburtsvorbereitungskurs?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----	---	-----------------------------	-------------------------------

17	Von wem wurden Sie im Rahmen der Schwangerenworsorge bisher betreut?	<input type="checkbox"/> Nur Hebamme	<input type="checkbox"/> Überwiegend von Hebamme, den Ultraschall jedoch bei Ärztin/ Arzt
		<input type="checkbox"/> Nur Ärztin/ Arzt	<input type="checkbox"/> Von niemandem (weder Hebamme noch Ärztin/ Arzt) ⇒ weiter mit Frage 22
		<input type="checkbox"/> Hebamme und Ärztin/ Arzt zu gleichen Teilen (gemeinsam)	

18	Wie beurteilen Sie die Erklärungen und Informationen, die Sie bei der Vorsorge zum Verlauf der Schwangerschaft erhalten haben?
	Von Ihrer Hebamme...
	Überhaupt nicht ausreichend <input type="checkbox"/> Vollkommen ausreichend

19	Von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt...
	Überhaupt nicht ausreichend <input type="checkbox"/> Vollkommen ausreichend

20	Inwiefern wurden bei den Vorsorgeterminen Ihre Bedürfnisse und Anliegen berücksichtigt?
	Von Ihrer Hebamme...
	Ganz und gar nicht <input type="checkbox"/> Voll und ganz
21	Von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt...
	Ganz und gar nicht <input type="checkbox"/> Voll und ganz

B. Ihr emotionales Befinden

22 Wie würden Sie Ihre gegenwärtige gefühlsmäßige Stimmung beschreiben?
 Sehr schlecht □----□----□----□----□----□----□----□ Sehr gut

Bei den folgenden Ergänzungen zu den Satzanfängen, die mit einem Pfeil (→) gekennzeichnet sind, kreuzen Sie bitte in jeder Zeile diejenige Antwort an, die für Sie am ehesten beschreibt, wie Sie sich im Moment fühlen.

→ Wenn ich an mein Schwangerssein denke, ...

	Trifft überhaupt nicht zu							Trifft voll und ganz zu
23	...fühle ich mich lebenslustig.	□	□	□	□	□	□	□
24	...bin ich stolz darauf, schwanger zu sein.	□	□	□	□	□	□	□
25	...fühle ich mich geborgen.	□	□	□	□	□	□	□
26	...fühle ich mich friedvoll.	□	□	□	□	□	□	□
27	...fühle ich mich unausgeglichen.	□	□	□	□	□	□	□
28	...bin ich selbstsicher.	□	□	□	□	□	□	□
29	...bin ich unternehmungslustig.	□	□	□	□	□	□	□
30	...bin ich ängstlich.	□	□	□	□	□	□	□
31	...bin ich glücklich.	□	□	□	□	□	□	□

→ Wenn ich an die Zeit nach der Geburt denke, in der ich Mutter sein werde...

	Trifft überhaupt nicht zu							Trifft voll und ganz zu
32	...bin ich gelassen.	□	□	□	□	□	□	□
33	...bin ich begeistert.	□	□	□	□	□	□	□
34	...bin ich zuversichtlich.	□	□	□	□	□	□	□
35	...fühle ich mich selbstsicher.	□	□	□	□	□	□	□
36	...beunruhigt mich manchmal der Gedanke, dass es mir zu viel werden könnte.	□	□	□	□	□	□	□

→ Wenn ich an mein Kind (meine Kinder) in meinem Bauch denke, ...

	Trifft überhaupt nicht zu							Trifft voll und ganz zu
37	...bin ich in Hochstimmung.	□	□	□	□	□	□	□
38	...könnte ich die ganze Welt umarmen.	□	□	□	□	□	□	□
39	...steigt ein kleiner Hauch von Sorge in mir auf.	□	□	□	□	□	□	□
40	...bin ich ganz ausgelassen vor Glück.	□	□	□	□	□	□	□

Wenn Sie zur Zeit keinen Lebenspartner / keine Lebenspartnerin haben, machen Sie bitte mit Aussage 45 weiter.

→ Wenn ich an meinen Lebenspartner / meine Lebenspartnerin denke...

	Trifft überhaupt nicht zu							Trifft voll und ganz zu
41	...bin ich begeistert.	□	□	□	□	□	□	□
42	...bin stolz auf ihn / sie.	□	□	□	□	□	□	□
43	...bin ich glücklich mit seiner / ihrer Unterstützung.	□	□	□	□	□	□	□
44	...bin ich im siebten Himmel.	□	□	□	□	□	□	□
45	...regt sich ein kleiner Zweifel in mir, ob alles so bleiben wird, wenn das Kind da ist.	□	□	□	□	□	□	□

→ Wenn ich an die bevorstehende Geburt denke, ...

	Trifft überhaupt nicht zu							Trifft voll und ganz zu
46	...bin ich gelassen.	□	□	□	□	□	□	□
47	...bin ich zuversichtlich.	□	□	□	□	□	□	□
48	...bin ich nervös.	□	□	□	□	□	□	□
49	...bin ich in fröhlicher Stimmung.	□	□	□	□	□	□	□
50	...bin ich angsterfüllt.	□	□	□	□	□	□	□
51	...fühle ich mich selbstsicher.	□	□	□	□	□	□	□
52	...bin ich besorgt.	□	□	□	□	□	□	□

Geben Sie für jedes folgende Wort bitte die Intensivität, die Sie im Moment fühlen.

		gar nicht	ein bisschen	eingesmaßen	erheblich	äußerst
53	aktiv	□	□	□	□	□
54	bekümmert	□	□	□	□	□
55	interessiert	□	□	□	□	□
56	freudig erregt	□	□	□	□	□
57	verärgert	□	□	□	□	□
58	stark	□	□	□	□	□
59	schuldig	□	□	□	□	□
60	erschrocken	□	□	□	□	□
61	feindselig	□	□	□	□	□
62	angeregt	□	□	□	□	□
63	stolz	□	□	□	□	□
64	gereizt	□	□	□	□	□
65	begeistert	□	□	□	□	□
66	beschämt	□	□	□	□	□
67	wach	□	□	□	□	□

D. Ihre Bewältigungsstrategien

→ Inwiefern treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Verhalten in der Schwangerschaft zu?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

		Trifft über- haupt nicht zu						Trifft voll und ganz zu
100	Ich habe mich damit getröstet, dass die Schwangerschaft zeitlich begrenzt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101	Ich habe mir etwas Gutes getan bzw. mich verwöhnen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102	Ich habe vieles aus Liebe zu meinem Kind in Kauf genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103	Ich habe mich an meine Ziele erinnert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104	Ich habe mir hoffnungsvolle / positive Gedanken gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105	Ich habe öfters Pausen eingelegt oder Ruhe / Entspannung gesucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106	Ich habe mir gut zuredet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107	Ich habe meinen Alltag entsprechend meiner Situation umgestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108	Ich habe mit einer mir nahe stehenden Person gelacht / geweint oder ihr meine Gedanken mitgeteilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109	Ich habe es mir bequem gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110	Ich habe andere Strategien genutzt und zwar: _____ _____ _____							

→ Was tun Sie *typischerweise*, wenn Sie in einer schwierigen, stressvollen oder ärgerlichen Situation sind?

		Sehr untypisch	Eher untypisch	Teila- teile	Eher typisch	Sehr typisch
111	Ich suche Kontakt mit anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>				
112	Ich mache mir Vorwürfe, weil ich die Dinge vor mir herschiebe.	<input type="checkbox"/>				
113	Ich mache mir Vorwürfe, dass ich in diese Situation geraten bin.	<input type="checkbox"/>				
114	Ich mache einen Einkaufsbummel.	<input type="checkbox"/>				
115	Ich setze Prioritäten.	<input type="checkbox"/>				
116	Ich nasche oder gönne mir meine Lieblingspeise.	<input type="checkbox"/>				
117	Ich habe die Befürchtung, dass ich die Situation nicht bewältigen kann.	<input type="checkbox"/>				

		Sehr untypisch	Eher untypisch	Teila- teile	Eher typisch	Sehr typisch
118	Ich bin sehr angespannt.	<input type="checkbox"/>				
119	Ich denke darüber nach, wie ich ähnliche Probleme gelöst habe.	<input type="checkbox"/>				
120	Ich gehe essen.	<input type="checkbox"/>				
121	Ich gerate aus der Fassung.	<input type="checkbox"/>				
122	Ich erarbeite mir einen Plan und führe ihn auch aus.	<input type="checkbox"/>				
123	Ich mache mir Vorwürfe, weil ich nicht weiß, was ich machen soll.	<input type="checkbox"/>				
124	Ich denke über die Situation nach, damit ich sie verstehe.	<input type="checkbox"/>				
125	Ich denke über die Situation nach und versuche, aus meinen Fehlern zu lernen.	<input type="checkbox"/>				
126	Ich wünsche mir, ich könnte ungeschehen machen, was passiert ist.	<input type="checkbox"/>				
127	Ich besuche eine Freundin/ einen Freund.	<input type="checkbox"/>				
128	Ich verbringe Zeit mit einem mir nahe stehenden Menschen.	<input type="checkbox"/>				
129	Ich durchdenke zuerst das Problem, bevor ich etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>				
130	Ich rufe eine Freundin/ einen Freund an.	<input type="checkbox"/>				
131	Ich werde wütend.	<input type="checkbox"/>				
132	Ich schaue mir einen Film an.	<input type="checkbox"/>				
133	Ich erarbeite mehrere Lösungsvorschläge für das Problem.	<input type="checkbox"/>				
134	Ich versuche, so planmäßig und gezielt vorzugehen, dass ich die Situation in den Griff bekomme.	<input type="checkbox"/>				

E. Ihre Gefühle in diesem Moment

In den folgenden Feststellungen können Sie sich nochmals selbst beschreiben, wie Sie sich im Augenblick fühlen.

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
135	Ich bin ruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136	Ich fühle mich geborgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
137	Ich fühle mich angespannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
138	Ich bin bekümmert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
139	Ich bin gelöst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
140	Ich bin aufgeregt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
141	Ich bin besorgt, dass etwas schief gehen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
142	Ich fühle mich ausgeruht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
143	Ich bin beunruhigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
144	Ich fühle mich wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
145	Ich fühle mich selbstsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
146	Ich bin nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
147	Ich bin zappelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
148	Ich bin verkrampt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149	Ich bin entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
150	Ich bin zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
151	Ich bin besorgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
152	Ich bin überreizt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
153	Ich bin froh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
154	Ich bin vergnügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Die Zeit vor dieser Schwangerschaft

155 Wie viele Schwangerschaften hatten Sie vor der jetzigen Schwangerschaft? _____

Wenn dies Ihre erste Schwangerschaft ist => weiter mit Frage 161
Wenn Sie bereits ein- oder mehrmals schwanger waren => weiter mit Frage 156

156 Haben Sie eine frühere Schwangerschaft besonders positiv erlebt?
 Ja Nein Wenn Ja, warum? _____

157 Haben Sie eine frühere Schwangerschaft sehr negativ oder traumatisch erlebt?
 Ja Nein Wenn Ja, warum? _____

158 Wie viele Geburten (nach mindestens 24 Schwangerschaftswochen) hatten Sie bisher und wie viele Kinder haben Sie?
 _____ Geburten _____ Kind / Kinder

Wenn Sie noch kein Kind (nach mindestens 24 Schwangerschaftswochen) geboren haben => weiter mit Frage 161
Wenn Sie bereits ein Kind geboren haben => weiter mit Frage 159

159 Haben Sie eine frühere Geburt besonders positiv erlebt?
 Ja Nein Wenn Ja, warum? _____

160 Haben Sie eine frühere Geburt sehr negativ oder traumatisch erlebt?
 Ja Nein Wenn Ja, warum? _____

G. Einige allgemeine Daten

161 Ihr Wohnort: Stadt Halle Wenn nicht Stadt Halle oder Stadt Göttingen, bitte Stadt Göttingen Postleitzahl angeben: _____

162 Ihr Alter: bis einschließlich 19 Jahre 30 - 34 Jahre
 20 - 24 Jahre 35 - 39 Jahre
 25 - 29 Jahre 40 Jahre oder älter

163 Ihr Familienstand: ledig, nicht in Partnerschaft verheiratet
 ledig, in Partnerschaft verheiratet, getrennt lebend
 geschieden eingetragene Lebenspartnerschaft
 verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft, getrennt lebend

164 Ihre Staatsangehörigkeit: _____

165 Ihre höchste formale Schulbildung:
 Volks- / Hauptschulabschluss (DDR: 8. Klasse) Ich gehe noch zur Schule
 Realschulabschluss / Mittlere Reife (DDR: 10. Klasse) Schule ohne Abschluss verlassen
 Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) Sonstiger Schulabschluss
 Abitur / Hochschulreife

166 **=> Kreuzen Sie nur ein Kästchen an, der überwiegend für Sie zutrifft**
 Die Art Ihrer beruflichen Tätigkeit: Selbstständige Arbeiterin
 Beamtin Mithelfende Familienangehörige
 Angestellte Trifft nicht zu (Wenn Sie während der Schwangerschaft nicht berufstätig waren.)

167 Befinden Sie sich zur Zeit im gesetzlich geregelten Mutterschutz oder in der gesetzlich geregelten Elternzeit?
 (Stenzeit heißt Unterbrechung oder Reduzierung der Erwerbstätigkeit nach der Geburt eines Kindes) Ja, Mutterschutz Nein
 Ja, Elternzeit

168 Schätzen Sie sich zu diesem Zeitpunkt als finanziell abgesichert ein? Ja Nein

169 Wie beschreiben Sie sich selbst als Person? Ich bin...
 Wild / stürmisch Zurückhaltend / reserviert
 Umsichtig / bedacht Hitzig / leidenschaftlich
 Schüchtern / zurückgezogen Gesellig / kontaktfreudig
 Gesprächig / mittels am Schweigsam / still

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!



Bitte schicken Sie den Fragebogen im beiliegenden Umschlag möglichst umgehend ab. – Sie brauchen keine Briefmarke aufzukleben.

14.6 Datenanalyse der zweiten Befragung

Tabelle 14.6-1: Vergleich Wohnort (Stadt/Land) mit Mittelwert-Gruppen (M) der Skalen

		Affektives Wohlbefinden (M)			Körperliches Wohlbefinden (M)			Bewältigungsweisen (M)			
		<5,10	>5,10	Gesamt	<3,64	>3,64	Gesamt	<5,00	>5,00	Gesamt	
Stadt	Anzahl	79	70	149	73	73	146	73	72	145	
	<i>erwartet</i>	75	74	149	74	72	146	73	72	145	
Land	Anzahl	44	51	95	48	44	92	46	45	91	
	<i>erwartet</i>	48	47	95	47	45	92	46	45	91	
Gesamt	Anzahl	123	121	244	121	117	238	119	117	236	
	<i>erwartet</i>	123	121	244	121	117	238	119	117	236	
Signifikanz (2-seitig; p<0,05)											
Exakter Test (Fisher)				0,358				0,791	1,000		

Tabelle 14.6-2: Vergleich Wohnort (Ost/West) mit Mittelwert-Gruppen (M) der Skalen

		Affektives Wohlbefinden (M)			Körperliches Wohlbefinden (M)			Bewältigungsweisen (M)			
		<5,10	>5,10	Gesamt	<3,64	>3,64	Gesamt	<5,00	>5,00	Gesamt	
Ost	Anzahl	92	86	178	87	88	175	83	90	173	
	<i>erwartet</i>	90	88	178	89	86	175	87	86	173	
West	Anzahl	31	35	66	34	29	63	36	27	63	
	<i>erwartet</i>	33	33	66	32	31	63	32	31	63	
Gesamt	Anzahl	123	121	244	121	117	238	119	117	236	
	<i>erwartet</i>	123	121	244	121	117	238	119	117	236	
Signifikanz (2-seitig; p<0,05)											
Exakter Test (Fisher)				0,565				0,660	0,240		

Tabelle 14.6-3: Deskriptive Werte der Items der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘

Items	n	M	Md	Antwortkategorien: Häufigkeit/Prozent													
				1	2	3	4	5	6	7							
23-lebenslustig	247	5,28	6	7	2,8	6	2,4	28	11,3	29	11,7	40	16,2	74	30,0	63	25,5
24-stolz-1	246	5,99	7	4	1,6	6	2,4	11	4,5	20	8,1	21	8,5	49	19,9	135	54,9
25-geborgen	246	5,30	6	11	4,5	12	4,9	14	5,7	28	11,4	45	18,3	61	24,8	75	30,5
26-friedvoll	246	5,17	6	7	2,8	11	4,5	23	9,3	30	12,2	48	19,5	76	30,9	51	20,7
27-unausgeglichen*	246	4,73	5	14	5,7	29	11,8	25	10,2	30	12,2	35	14,2	56	22,8	57	23,2
28-selbstsicher-1	246	5,01	5	9	3,7	15	6,1	20	8,1	42	17,1	42	17,1	70	28,5	48	19,5
29-unternehmungslustig	247	4,40	5	17	6,9	24	9,7	35	14,2	42	17,0	52	21,1	49	19,8	28	11,3
30-ängstlich*	247	4,65	5	14	5,7	20	8,1	35	14,2	49	19,8	26	10,5	58	23,5	45	18,2
31-glücklich-1	247	6,14	7	1	0,4	1	0,4	7	2,8	19	7,7	27	10,9	62	25,1	130	52,6
32-gelassen-1	247	4,81	5	9	3,6	21	8,5	25	10,1	41	16,6	46	18,6	66	26,7	39	15,8
33-begeistert-1	247	5,47	6	2	0,8	6	2,4	15	6,1	34	13,8	55	22,3	63	25,5	72	29,1
34-zuversichtlich-1	247	5,81	6	0	0,0	2	0,8	13	5,3	25	10,1	32	13,0	93	37,7	82	33,2
35-selbstsicher-2	247	4,98	5	7	2,8	21	8,5	14	5,7	38	15,4	56	22,7	71	28,7	40	16,2
36-beunruhigt*	247	3,77	4	38	15,4	46	18,6	38	15,4	38	15,4	17	6,9	40	16,2	30	12,1
37-in Hochstimmung	247	5,83	6	2	0,8	3	1,2	9	3,6	26	10,5	38	15,4	71	28,7	98	39,7
38-Welt umarmen	246	5,57	6	8	3,3	7	2,8	12	4,9	31	12,6	33	13,4	61	24,8	94	38,2
39-Hauch von Sorge*	246	3,51	3	31	12,6	64	26,0	44	17,9	34	13,8	18	7,3	26	10,6	29	11,8
40-ausgelassen	246	5,35	6	3	1,2	6	2,4	18	7,3	42	17,1	45	18,3	71	28,9	61	24,8
41-begeistert-2	239	5,91	6	7	2,9	2	0,8	2	0,8	22	9,2	28	11,7	78	32,6	100	41,8
42-stolz-2	239	6,01	7	8	3,3	3	1,3	6	2,5	14	5,9	21	8,8	65	27,2	122	51,0
43-glücklich-2	238	5,91	7	10	4,2	6	2,5	6	2,5	14	5,9	23	9,7	57	23,9	122	51,3
44-siebter Himmel	239	5,49	6	10	4,2	5	2,1	10	4,2	35	14,6	34	14,2	62	25,9	83	34,7
45-kleiner Zweifel*	238	4,35	6	19	8,0	29	12,2	28	11,8	25	10,5	13	5,5	39	16,4	85	35,7
46-gelassen-2	245	4,15	4	30	12,2	27	11,0	27	11,0	50	20,4	37	15,1	52	21,2	22	9,0
47-zuversichtlich-3	247	5,08	5	11	4,5	13	5,3	10	4,0	42	17,0	48	19,4	82	33,2	41	16,6
48-nervös*	247	3,51	3	39	15,8	63	25,5	34	13,8	32	13,0	25	10,1	32	13,0	22	8,9
49-fröhlich	246	3,94	4	36	14,6	22	8,9	32	13,0	64	26,0	32	13,0	42	17,1	18	7,3
50-angsterfüllt*	245	4,45	5	20	8,2	29	11,8	28	11,4	41	16,7	27	11,0	45	18,4	55	22,4
51-selbstsicher-3	246	4,02	4	24	9,8	34	13,8	27	11,0	64	26,0	38	15,4	44	17,9	15	6,1
52-besorgt-2*	247	4,07	4	24	9,7	36	14,6	33	13,4	56	22,7	27	10,9	46	18,6	25	10,1

* umgepolt; Item-1, Item-2, Item-3 = Kennzeichnung verschiedener Items mit gleichen Adjektiven; n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert; Md = Medianwert; 1-7: Antwortkategorien (1 = Trifft überhaupt nicht zu; 7 = Trifft voll und ganz zu)

Tabelle 14.6-4: Deskriptive Werte der Items der Skala ‚Körperliches Wohlbefinden‘

Items	n	M	Md	Antwortkategorien: Häufigkeit/Prozent													
				1	2	3	4	5	6	7							
76-Brüste	247	4,30	4	25	10,1	27	10,9	22	8,9	53	21,5	44	17,8	46	18,6	30	12,1
77-Hüften	246	2,61	2	83	33,7	62	25,2	25	10,2	42	17,1	14	5,7	18	7,3	2	0,8
78-Bauch	246	5,75	6	7	2,8	11	4,5	9	3,7	24	9,8	23	9,3	56	22,8	116	47,2
79-Körper (schwanger)	247	4,40	4	17	6,9	25	10,1	31	12,6	58	23,5	34	13,8	48	19,4	34	13,8
80-Attraktivität	247	3,66	4	39	15,8	32	13,0	41	16,6	57	23,1	30	12,1	37	15,0	11	4,5
81-Gewicht*	246	4,79	6	30	12,2	24	9,8	25	10,2	23	9,3	16	6,5	43	17,5	85	34,6
82-Figur*	247	4,81	5	25	10,1	26	10,5	26	10,5	25	10,1	22	8,9	38	15,4	85	34,4
83-Körper (verändert)	247	3,64	4	39	15,8	43	17,4	31	12,6	60	24,3	23	9,3	30	12,1	21	8,5
84-Ziehen*	247	3,75	3	68	27,5	43	17,4	16	6,5	25	10,1	9	3,6	23	9,3	63	25,5
85-Druck im Bauch*	247	2,57	2	101	40,9	51	20,6	32	13,0	19	7,7	18	7,3	12	4,9	14	5,7
86-Schwerfälligkeit*	247	2,91	2	72	29,1	56	22,7	38	15,4	33	13,4	14	5,7	20	8,1	14	5,7
87-Schlaf*	247	2,56	1	124	50,2	40	16,2	17	6,9	17	6,9	8	3,2	18	7,3	23	9,3
88-außer Atem*	246	2,69	2	82	33,3	64	26,0	32	13,0	26	10,6	14	5,7	15	6,1	13	5,3
89-Beweglichkeit*	246	2,38	2	111	45,1	51	20,7	31	12,6	19	7,7	12	4,9	11	4,5	11	4,5

* umgepolt; n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert; Md = Medianwert; 1-7: Antwortkategorien (1 = Trifft überhaupt nicht zu; 7 = Trifft voll und ganz zu)

Tabelle 14.6-5: Deskriptive Werte der Items der Skala 'Bewältigungsweisen'

Items	n	M	Md	Antwortkategorien: Häufigkeit/Prozent													
				1	2	3	4	5	6	7							
100-zeitlich begrenzt	247	4,00	4	62	25,1	24	9,7	9	3,6	34	13,8	36	14,6	38	15,4	44	17,8
101-sich selbst Gutes tun	247	4,74	5	14	5,7	18	7,3	21	8,5	45	18,2	53	21,5	59	23,9	37	15,0
102-aus Liebe zum Kind	247	4,95	6	20	8,1	14	5,7	19	7,7	35	14,2	32	13,0	72	29,1	55	22,3
103-an Ziele erinnert	246	4,66	5	26	10,6	24	9,8	13	5,3	33	13,4	38	15,4	73	29,7	39	15,9
104-positive Gedanken	246	5,28	6	11	4,5	12	4,9	10	4,1	32	13,0	42	17,1	77	31,3	62	25,2
105-Pausen/ Entspannung	247	5,58	6	7	2,8	17	6,9	7	2,8	20	8,1	36	14,6	64	25,9	96	38,9
106-sich gut zugeredet	247	4,47	5	22	8,9	29	11,7	14	5,7	49	19,8	46	18,6	54	21,9	33	13,4
107-Alltag umgestaltet	247	4,93	5	13	5,3	25	10,1	18	7,3	36	14,6	34	13,8	60	24,3	61	24,7
108-gelacht/ geweint/ geteilt	247	5,41	6	14	5,7	13	5,3	11	4,5	21	8,5	32	13,0	72	29,1	84	34,0
109-sich bequem gemacht	247	5,50	6	5	2,0	10	4,0	9	3,6	33	13,4	39	15,8	78	31,6	73	29,6

n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert; Md = Medianwert; 1-7: Antwortkategorien (1 = Trifft überhaupt nicht zu; 7 = Trifft voll und ganz zu)

Tabelle 14.6-6: Eigenwerteverlauf und erklärte Varianz der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘

Komponenten	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7,480	35,62	35,62
2	3,298	15,70	51,32
3	1,963	9,35	60,67
4	1,637	7,80	68,47
5	0,962		
etc.			

Tabelle 14.6-7: Eigenwerteverlauf und erklärte Varianz der Skala ‚Positive Körperwahrnehmung‘

Komponenten	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	3,650	52,15	52,15
2	1,308		
3	0,656		
etc.			

Tabelle 14.6-8: Eigenwerteverlauf und erklärte Varianz der Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘

Komponenten	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	2,078	69,28	69,28
2	0,533		
3	0,388		

Tabelle 14.6-9: Eigenwerteverlauf und erklärte Varianz der Skala ‚Bewältigungsweisen‘

Komponenten	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	2,876	41,08	41,08
2	1,530	21,86	62,94
3	0,709		
4	0,614		
etc.			

Tabelle 14.6-10: Inter-Item-Korrelationen der Skala ‚Affektives Wohlbefinden‘ (nach Selektion)

	23-lebenslustig	24-stolz-1	25-geborgen	26-friedvoll	32-gelassen-1	33-begeistert-1	34-zuversichtlich-1	35-selbstsicher-2	37-in Hochstimmung	38-Welt umarmen	40-ausgelassen	41-begeistert-2	43-glücklich-2	44-siebter Himmel	46-gelassen-2	47-zuversichtlich-3	48-nervös*	49-fröhlich	50-angsterfüllt*	51-selbstsicher-3	52-besorgt-2*	
23-lebenslustig																						
24-stolz-1	0,491																					
25-geborgen	0,541	0,512																				
26-friedvoll	0,591	0,495	0,723																			
32-gelassen-1	0,174	0,125	0,125	0,201																		
33-begeistert-1	0,299	0,455	0,360	0,410	0,533																	
34-zuversichtlich-1	0,251	0,236	0,300	0,335	0,649	0,564																
35-selbstsicher-2	0,279	0,201	0,224	0,229	0,689	0,555	0,652															
37-in Hochstimmung	0,426	0,583	0,412	0,419	0,269	0,568	0,401	0,317														
38-Welt umarmen	0,352	0,600	0,481	0,450	0,246	0,620	0,376	0,313	0,777													
40-ausgelassen	0,445	0,524	0,495	0,496	0,240	0,522	0,360	0,282	0,677	0,720												
41-begeistert-2	0,249	0,213	0,419	0,389	0,155	0,214	0,199	0,056	0,192	0,224	0,266											
43-glücklich-2	0,203	0,221	0,431	0,381	0,201	0,195	0,217	0,060	0,166	0,213	0,211	0,817										
44-siebter Himmel	0,254	0,273	0,468	0,449	0,140	0,300	0,194	0,045	0,260	0,357	0,369	0,816	0,761									
46-gelassen-2	0,302	0,266	0,236	0,255	0,399	0,309	0,276	0,394	0,225	0,168	0,321	0,085	0,093	0,128								
47-zuversichtlich-3	0,287	0,318	0,233	0,299	0,372	0,391	0,428	0,426	0,271	0,236	0,317	0,145	0,194	0,173	0,726							
48-nervös*	0,135	0,160	0,047	0,072	0,202	0,119	0,172	0,227	0,122	0,055	0,103	-0,014	-0,008	-0,040	0,534	0,453						
49-fröhlich	0,309	0,364	0,260	0,324	0,215	0,376	0,273	0,342	0,357	0,325	0,434	0,096	0,122	0,192	0,571	0,527	0,290					
50-angsterfüllt*	0,244	0,162	0,119	0,174	0,272	0,230	0,337	0,322	0,204	0,110	0,140	0,063	0,030	0,025	0,532	0,553	0,645	0,380				
51-selbstsicher-3	0,253	0,234	0,225	0,246	0,318	0,338	0,301	0,506	0,215	0,174	0,271	0,018	0,010	0,045	0,675	0,661	0,466	0,540	0,483			
52-besorgt-2*	0,250	0,165	0,166	0,220	0,288	0,247	0,281	0,321	0,197	0,144	0,172	0,168	0,102	0,068	0,499	0,511	0,605	0,333	0,693	0,434		

*umgepolt; die Korrelationskoeffizienten, die zu den höchsten Ladungen der vier Hauptkomponenten beitragen, sind grau hinterlegt.

Tabelle 14.6-11: Inter-Item-Korrelationen der Skala ‚Positive Körperwahrnehmung‘ (nach Selektion)

	77-Hüften	78-Bauch	79-Körper (schwanger)	80-Attraktivität	81-Gewicht*	82-Figur*	83-Körper (Veränderung)
77-Hüften							
78-Bauch	0,322						
79-Körper (schwanger)	0,538	0,671					
80-Attraktivität	0,603	0,563	0,768				
81-Gewicht*	0,301	0,190	0,230	0,309			
82-Figur*	0,374	0,179	0,299	0,376	0,669		
83-Körper (verändert)	0,435	0,441	0,616	0,618	0,278	0,273	

*umgepolt

Tabelle 14.6-12: Inter-Item-Korrelationen der Skala ‚Mobilität/Behändigkeit‘ (nach Selektion)

	86-Schwerfälligkeit	88-außer Atem	89-Beweglichkeit
86-Schwerfälligkeit*			
88-außer Atem*	0,503		
89-Beweglichkeit*	0,500	0,612	

*umgepolt

Tabelle 14.6-13: Inter-Item-Korrelationen der Skala ‚Bewältigungsreaktionen‘ (nach Selektion)

	102- Liebe zum Kind	103-Ziele	104-positive Gedanken	105-Pausen/ Entspannung	106-gut zureden	107-Alltag umgestaltet	109-bequem gemacht
102- aus Liebe zum Kind							
103-Ziele	0,482						
104-positive Gedanken	0,354	0,492					
105-Pausen/ Entspannung	0,153	0,169	0,284				
106-gut zureden	0,380	0,401	0,583	0,352			
107-Alltag umgestaltet	0,192	0,135	0,277	0,540	0,303		
109-bequem gemacht	0,033	0,081	0,175	0,536	0,131	0,426	

Die Korrelationskoeffizienten, die zu den höchsten Ladungen der zwei Hauptkomponenten beitragen, sind grau hinterlegt.

14.7 Itemkennwerte der Vergleich-Messinstrumente (Zweite Befragung)

14.7.1 Positive Affekt und Negative Affekt-Skala (PANAS)

Deutsche Fassung von Krohne et al. (1996)

Tabelle 14.7-1: Kennwerte der Items der PANAS aufgrund der Stichprobe der 2. Befragung (Antwortskala: 1-5)

Positiver Affekt	n	M	SD	P	r_{it} (n=241)
53-aktiv	247	3,07	1,020	35,2	0,377
55-interessiert	247	3,97	0,821	74,9	0,517
56-freudig erregt	247	3,61	1,117	61,1	0,686
58-stark	247	3,11	0,933	31,1	0,500
62-angeregt	244	2,74	1,082	24,6	0,446
63-stolz	246	3,87	1,169	70,7	0,642
65-begeistert	243	3,53	1,137	56,4	0,706
67-wach	246	3,42	0,990	46,3	0,413
69-entschlossen	247	3,59	0,983	55,9	0,629
70-aufmerksam	247	3,73	0,899	62,4	0,692
Negativer Affekt	n	M	SD	P	r_{it} (n=244)
54-bekümmert	247	1,97	0,969	8,5	0,577
57-verärgert	247	1,36	0,815	4,5	0,461
59-schuldig	246	1,14	0,516	4,6	0,376
60-erschrocken	246	1,14	0,458	0,0	0,444
61-feindselig	246	1,31	0,735	2,4	0,330
64-gereizt	245	1,98	1,103	10,6	0,517
66-beschämt	246	1,14	0,433	0,4	0,418
68-nervös	247	2,17	1,102	14,6	0,553
71-durcheinander	247	1,75	1,009	8,1	0,626
72-ängstlich	247	2,01	1,067	9,7	0,650

n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert der Items; SD = Standardabweichung der Items; P = Schwierigkeitsindex der Items; r_{it} = Trennschärfe-Koeffizient der Items.

Faktorenanalyse: 3-Komponenten-Lösung

Reliabilität: Cronbach-Alpha = 0,85 (Faktor 1); 0,81 (Faktor 2); 0,68 (Faktor 3)

Reliabilität: Cronbach-Alpha = 0,85 (PANAS-PA); 0,81 (PANAS-NA)

14.7.2 State-Skala des State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Deutsche Version von Laux et al. (1981)

Tabelle 14.7-2: Kennwerte der Items des STAI aufgrund der Stichprobe der 2. Befragung (Antwortskala: 1-4)

Items	n	M	SD	P	r_{it} (n=236)
135-ruhig*	244	1,99	0,706	19,3	0,684
136-geborgen*	245	1,95	0,833	23,3	0,575
137-angespannt	244	1,82	0,801	13,9	0,631
138-bekümmert	244	1,55	0,781	11,5	0,679
139-gelöst*	244	2,53	0,867	45,5	0,645
140-aufgeregt	244	1,93	0,867	22,5	0,487
141-besorgt	245	2,16	0,884	26,1	0,636
142-ausgeruht*	245	2,47	0,857	43,7	0,492
143-beunruhigt	245	1,69	0,704	9,0	0,704
144-wohlführend*	244	1,98	0,764	20,9	0,720
145-selbstsicher*	244	2,27	0,800	31,6	0,570
146-nervös	245	1,73	0,799	13,9	0,636
147-zappelig	245	1,40	0,720	10,6	0,519
148-verkrampft	243	1,32	0,652	7,0	0,588
149-entspannt*	244	2,27	0,818	32,8	0,792
150-zufrieden*	244	1,96	0,825	21,3	0,764
151-besorgt	245	1,90	0,742	14,7	0,614
152-überreizt	245	1,46	0,754	10,2	0,650
153-froh*	244	2,03	0,824	23,8	0,643
154-vergnügt*	244	2,44	0,875	42,2	0,611

*umgepolt; n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert der Items; SD = Standardabweichung der Items; P = Schwierigkeitsindex der Items; r_{it} = Trennschärfe-Koeffizient der Items.

Faktorenanalyse: 3-Komponenten-Lösung

Reliabilität: Cronbach-Alpha = 0,92 (Faktor 1); 0,88 (Faktor 2); 0,82 (Faktor 3)

Reliabilität: Cronbach-Alpha = 0,94 (Gesamt-Skala)

14.7.3 Short-Form 12 (SF-12)

Bullinger et al. (1998)

Tabelle 14.7-3: Kennwerte der Items des SF-12 aufgrund der Stichprobe der 2. Befragung (unterschiedliche Antwort- skalen)

Körperliche Skala	n	Antwortskala	M	SD	P	r_{it} (n=245)
91-schlechter Gesundheitszustand*	247	1-4	3,54	0,805	51,4	0,404
92-Tätigkeit: keine Einschränkung	247	1-3	2,02	0,656	22,7	0,582
93-Treppenabsätze: keine Einschränkung	247	1-3	1,94	0,589	14,6	0,482
94-körperlich: nicht weniger geschafft	245	dichotom: 1/2	1,44	0,497	43,7	0,510
95-körperlich: nicht nur bestimmte Dinge	245	dichotom: 1/2	1,45	0,499	45,3	0,580
98-Schmerzen*	247	1-5	3,87	1,104	69,6	0,563
Psychische Skala	n	Antwortskala	M	SD	P	r_{it} (n=247)
73-nicht ruhig/gelassen*	247	1-6	4,12	1,064	70,9	0,514
74-nicht voller Energie*	247	1-6	3,68	1,136	53,8	0,445
75-nicht entmutigt/ traurig	247	1-6	4,85	1,012	89,1	0,531
96-seelisch: nicht weniger geschafft	247	dichotom: 1/2	1,72	0,450	72,1	0,492
97-seelisch: sorgfältig	247	dichotom: 1/2	1,77	0,425	76,5	0,467
99-keine beeinträchtigten Kontakte	247	1-5	4,18	0,963	75,7	0,504

*umgepolt; n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert der Items; SD = Standardabweichung der Items; P = Schwierigkeitsindex der Items; r_{it} = Trennschärfe-Koeffizient der Items.

Faktorenanalyse: 2-Komponenten-Lösung (allerdings lädt das Item ‚Gesundheitszustand‘ höher auf der psychischen, nicht körperlichen Komponente)
 Reliabilität: Cronbach-Alpha = 0,75 (SF-12-KS); 0,72 (SF-12-PS)

14.7.4 Globales Item: Aktuelles Körperliches Befinden

Tabelle 14.7-4: Kennwerte des globalen Items: Körperliches Befinden aufgrund der Stichprobe der 2. Befragung (Antwortskala: 1-7)

Items	n	M	SD	P
90-körperliches Befinden	245	5,02	1,302	66,5

14.7.5 Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

Deutsche 24-Item Kurzform von Kälin (1995a, 1995b)

Tabelle 14.7-5: Kennwerte der Items des CISS aufgrund der Stichprobe der 2. Befragung (Antwortskala: 1-5)

Aufgabenorientiertes Coping	n	M	SD	P	r_{it} (n=241)
c115-Prioritäten setzen	245	3,52	0,935	52,7	0,421
c119-Problemlösung reflektieren	243	3,40	0,941	50,6	0,352
c122-Plan erarbeiten/ ausführen	244	3,18	1,057	39,3	0,620
c124-Nachdenken/ verstehen	243	3,72	0,937	66,7	0,505
c125-aus Fehlern lernen	244	3,74	0,853	68,4	0,585
c129-Problem durchdenken	244	3,59	0,868	56,1	0,496
c133-Lösungsvorschläge erarbeiten	243	2,76	0,985	23,9	0,579
c134-planmäßig/ gezielt vorgehen	244	3,34	1,011	48,8	0,593
Emotionsorientiertes Coping	n	M	SD	P	r_{it} (n=238)
c112-Vorwürfe machen: verschieben	245	2,72	1,130	26,5	0,434
c113-Vorwürfe machen: Situation	245	2,41	1,111	17,6	0,587
c117-Befürchtung: keine Bewältigung	246	2,53	1,090	19,5	0,534
c118-angespannt sein	244	3,34	1,041	45,1	0,536
c121-aus der Fassung geraten	241	2,59	1,119	21,2	0,528
c123-Vorwürfe machen: ratlos sein	244	2,24	1,055	13,1	0,644
c126-Wunsch: ungeschehen machen	244	2,80	1,229	28,3	0,504
c131-wütend werden	243	2,83	1,150	29,6	0,414
Vermeidungsorientiertes Coping	n	M	SD	P	r_{it} (n=239)
c111-Kontakt suchen	247	3,32	1,118	44,9	0,389
c114-Einkaufsbummel machen	245	2,16	1,181	15,5	0,383
c116-Lieblingsspeise gönnen	246	2,97	1,205	34,6	0,197
c120-Essen gehen	242	1,91	0,933	6,6	0,381
c127-FreundIn besuchen	243	2,92	1,136	32,1	0,563
c128-nahe Menschen: Zeit verbringen	244	3,66	1,079	60,2	0,494
c130-FreundIn anrufen	244	3,20	1,160	42,6	0,540
c132-Film anschauen	243	1,96	1,011	8,6	0,142

n = Anzahl; M = arithmetischer Mittelwert der Items; SD = Standardabweichung der Items; P = Schwierigkeits-

index der Items; r_{it} = Trennschärfe-Koeffizient der Items.

Faktorenanalyse: 3-Komponenten-Lösung (ohne Items 116 und 132)

Reliabilität: Cronbach-Alpha = 0,81 (CISS-AC); 0,81 (CISS-EC); 0,75 (CISS-VC)

→ Wenn ich an mein Kind (meine Kinder) in meinem Bauch denke, ...

		Trifft überhaupt nicht zu						Trifft voll und ganz zu
27	...bin ich in Hochstimmung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	...könnte ich die ganze Welt umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	...bin ich ganz ausgelassen vor Glück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Wenn ich an die Zeit nach der Geburt denke, in der ich Mutter sein werde...

		Trifft überhaupt nicht zu						Trifft voll und ganz zu
30	...bin ich gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	...bin ich begeistert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	...bin ich zuversichtlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	...fühle ich mich selbstsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie zur Zeit keinen Lebenspartner / keine Lebenspartnerin haben, machen Sie bitte mit Aussage 37 weiter.

→ Wenn ich an meinen Lebenspartner / meine Lebenspartnerin denke...

		Trifft überhaupt nicht zu						Trifft voll und ganz zu
34	...bin ich begeistert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	...bin ich glücklich mit seiner / ihrer Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	...bin ich im siebten Himmel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Wenn ich an die bevorstehende Geburt denke, ...

		Trifft überhaupt nicht zu						Trifft voll und ganz zu
37	...bin ich gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	...bin ich zuversichtlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	...bin ich nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	...bin ich in fröhlicher Stimmung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	...bin ich angst erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	...fühle ich mich selbstsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	...bin ich besorgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Ihr körperliches Befinden

→ Wie empfinden Sie zurzeit Ihren Körper?

		Trifft überhaupt nicht zu						Trifft voll und ganz zu
44	Meine Hüften finde ich absolut anziehend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Ich bin sehr stolz auf meinen schwangeren Bauch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Ich bin begeistert von meinem schwangeren Körper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Ich fühle mich äußerst attraktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Ich bin unzufrieden mit meinem Gewicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Ich wünschte, ich hätte eine bessere Figur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Ich bin total glücklich, wie sich mein Körper durch die Schwangerschaft verändert hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Wie war Ihr körperliches Befinden in der vergangenen Woche (einschließlich heute)?

		Trifft überhaupt nicht zu						Trifft voll und ganz zu
51	Ich fühle mich schwerfällig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Ich kam schnell außer Atem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Ich konnte mich nicht so flink bewegen wie ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Ihre Bewältigungsstrategien

→ Inwiefern treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Verhalten in der Schwangerschaft zu, wenn es Ihnen nicht so gut ging?

		Trifft überhaupt nicht zu						Trifft voll und ganz zu
54	Ich habe vieles aus Liebe zu meinem Kind in Kauf genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Ich habe mich an meine Ziele erinnert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Ich habe mir hoffnungsvolle / positive Gedanken gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Ich habe öfters Pausen eingelegt oder Ruhe / Entspannung gesucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	Ich habe mir gut zugeredet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Ich habe meinen Alltag entsprechend meiner Situation umgestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Ich habe es mir bequem gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61	Ich habe andere Strategien genutzt und zwar: _____
----	---

E. Die Zeit vor dieser Schwangerschaft

Kreuzen Sie bei jeder Frage bitte nur ein Kästchen an und machen Sie bitte auf der Linie die erbetene(n) Angabe(n)

62	Wie viele Schwangerschaften hatten Sie vor der jetzigen Schwangerschaft? _____
----	--

*Wenn dies Ihre erste Schwangerschaft ist => weiter mit Frage 63
Wenn Sie bereits ein- oder mehrmals schwanger waren => weiter mit Frage 63*

63	Haben Sie eine frühere Schwangerschaft <u>besonders positiv</u> erlebt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, warum? _____
64	Haben Sie eine frühere Schwangerschaft <u>sehr negativ</u> oder <u>traumatisch</u> erlebt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, warum? _____
65	Wie viele Geburten (nach mindestens 24 Schwangerschaftswochen) hatten Sie bisher und wie viele Kinder haben Sie? _____ Geburten _____ Kind / Kinder

*Wenn Sie noch 1 ein Kind geboren haben (nach mindestens 24 Schwangerschaftswochen) => weiter mit Frage 66
Wenn Sie bereits ein Kind geboren haben => weiter mit Frage 66*

66	Haben Sie eine frühere Geburt <u>besonders positiv</u> erlebt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, warum? _____
67	Haben Sie eine frühere Geburt <u>sehr negativ</u> oder <u>traumatisch</u> erlebt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, warum? _____

F. Einige allgemeine Daten

68	Wie alt sind Sie? <input type="checkbox"/> bis einschließlich 19 Jahre <input type="checkbox"/> 30 - 34 Jahre <input type="checkbox"/> 20 - 24 Jahre <input type="checkbox"/> 35 - 39 Jahre <input type="checkbox"/> 25 - 29 Jahre <input type="checkbox"/> 40 Jahre oder älter
----	---

69	Welcher Familienstand trifft für Sie zu? Ich bin... <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet, aber getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft, aber getrennt lebend
70	Ich lebe ... <input type="checkbox"/> (gegenwärtig) mit Partner/ in <input type="checkbox"/> (gegenwärtig) ohne Partner/-in
71	Sind Sie in Deutschland geboren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
72	Welchen höchsten Schul- bzw. Hochschulabschluss haben Sie? <input type="checkbox"/> Ich gehe noch zur Schule <input type="checkbox"/> Haupt-/ Volksschulabschluss (DDR: POS 8/9. Klasse) <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/ Realschulabschluss (DDR: POS 10. Klasse) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule usw.) <input type="checkbox"/> Hochschulreife/ Abitur/ erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (FH, Uni, Technische/ sonstige Hochschule) <input type="checkbox"/> Schule ohne Abschluss verlassen <input type="checkbox"/> Sonstiger Schulabschluss

Kreuzen Sie nur ein Kästchen an, das überwiegend für Sie zutrifft.

73	Welche berufliche Stellung haben Sie während dieser Schwangerschaft gehabt? <input type="checkbox"/> Arbeiterin <input type="checkbox"/> Mitarbeitende Familienangehörige <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> In Ausbildung befindlich <input type="checkbox"/> Beamtin <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu (Wenn Sie während der Schwangerschaft nicht berufstätig oder in Ausbildung waren.) <input type="checkbox"/> Selbstständige
74	Befinden Sie sich zurzeit im gesetzlich geregelten Mutterschutz oder in der gesetzlich geregelten Elternzeit? Mutterschutz: 6-wöchige, bezahlte arbeitsfreie Zeit vor dem Entbindungstermin; Elternzeit: Unterbrechung oder Reduzierung der Erwerbstätigkeit nach der Geburt eines Kindes <input type="checkbox"/> Ja, Mutterschutz <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Elternzeit
75	Schätzen Sie sich zu diesem Zeitpunkt als finanziell abgesichert ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
76	Wie beschreiben Sie sich selbst als Person? Ich bin... wild / stürmisch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zurückhaltend / reserviert
77	schüchtern / zurückgezogen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gesellig / kontaktfreudig
78	gesprächig / mittelsam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schweigsam / still

Vielen Dank für Ihre Mühe!

14.9 Referenzpunkte für die Normierung

Tabelle 14.9-1: Referenzpunkte für das Affektive Wohlbefinden

N	Gültig Fehlend	247 0
Mittelwert		5,0532
Median		5,1905
Standardabweichung		,95069
Minimum		2,05
Maximum		7,00

Tabelle 14.9-2: Referenzpunkte für das Körperliche Wohlbefinden: Positive Körperwahrnehmung

N	Gültig Fehlend	247 0
Mittelwert		4,2365
Median		4,2857
Standardabweichung		1,32240
Minimum		1,00
Maximum		6,86

Tabelle 14.9-3: Referenzpunkte für das Körperliche Wohlbefinden: Mobilität/Behändigkeit

N	Gültig Fehlend	246 1
Mittelwert		2,6585
Median		2,3333
Standardabweichung		1,49251
Minimum		1,00
Maximum		7,00

Tabelle 14.9-4: Referenzpunkte für die Bewältigungsreaktionen: akkommodativ

N	Gültig Fehlend	245 2
Mittelwert		4,8388
Median		5,0000
Standardabweichung		1,39177
Minimum		1,00
Maximum		7,00

Tabelle 14.9-5: Referenzpunkte für die Bewältigungsreaktionen: assimilativ

N	Gültig Fehlend	247 0
Mittelwert		5,3360
Median		5,6667
Standardabweichung		1,36348
Minimum		1,33
Maximum		7,00

15 Thesen

1. Die klinische und außerklinische Praxis der Hebammentätigkeit in Deutschland kennt bislang keine standardisierten Assessment- oder Monitoring-Verfahren, was u. a. auf die späte Professionalisierung von Hebammen in Deutschland ab den 90er Jahren zurückzuführen ist (zu Sayn-Wittgenstein 2007, S. 179-181). Ayerle et al. (2004) haben in einer ersten Forschungsarbeit zum Erleben und der Bedeutung des subjektiven Wohlbefindens von schwangeren Frauen ein Panorama von individuellen Erlebnisweisen und Interaktionen zwischen ihrem Wohlbefinden und ihren Bewältigungsweisen beschrieben. Das Bedeutende dieser vorliegenden Arbeit ist der ‚affirmative‘ (nicht pathologie-orientierte) Ansatz und die Konstruktion eines standardisierten, validen und reliablen Assessment- und Monitoring-Instruments für die gesundheitsfördernde Vorsorge und Begleitung von ‚low-risk‘ Schwangeren durch Hebammen und andere Professionelle.
2. Die vorliegende Arbeit basiert auf dem Verständnis der *Schwangerschaft* als normativem sozialem Statusübergang (Behrens & Voges 1996, Heinz & Behrens 1991), der auch als bedeutendes, wenn nicht kritisches Lebensereignis (Filipp 1995a, 1995b) oder eine normative Krise (Bleich 1997, Brüderl 1988, Davies-Osterkamp 1991, Wimmer-Puchinger 1992) betrachtet werden kann. Dieser Prozess bringt Veränderungen auf physischer, kognitiver, affektiver und sozialer Ebene mit sich (Cowan 1991), in deren Verlauf sich eine Neustrukturierung des psychologischen und kognitiven Selbst (Affonso & Sheptak 1989), die Entwicklung der Mutteridentität (Gauda 1990), der Erwerb neuer Kompetenzen und eine Veränderung der sozialen Rollenfunktionen und Beziehungen ereignen (Ayerle et al. 2004, Huwiler 1995). Diese können sowohl das affektive und körperliche Wohlbefinden einer schwangeren Frau beeinflussen (Ayerle et al. 2004) und entsprechende Copingreaktionen sowie die Mobilisation von Ressourcen erforderlich machen (Antonovsky 1997, Filipp 1995a, Schwarzer 2000).

Hinsichtlich der Physiologie passt sich der mütterliche Organismus an den wachsenden Fötus und seine Erfordernisse an (Bikas et al. 2006, Bobak 1993a, Bobak 1993c, Bobak & Starn 1993, Höfer 2005a). Insbesondere in der zweiten Schwangerschaftshälfte kommt es zu einer erheblichen Veränderung des Körperbildes, einer eingeschränkten funktionellen Mobilität und Flexibilität (Ayerle et al. 2004, Nicholls & Grieve 1992) sowie typische Schwangerschaftsbeschwerden (Bikas et al. 2006, Höfer 2005a, Höfer 2005b).

3. Das Konstrukt ‚*Subjektives Wohlbefinden*‘ (*SWB*) umfasst das ‚Affektive‘ und ‚Körperliche Wohlbefinden‘ aus der subjektiven Perspektive einer Person (Becker 1986, 1994, Diener 1984, 1994, Frank 1994). Eine strikte Trennung zwischen physischem und psychi-

schem Wohlbefinden ist aufgrund gemeinsamer physiologischer und neurochemischer Prozesse unmöglich (Frank 1994). Das SWB kann im Sinne der Salutogenese nicht als Gegenpol von Krankheit betrachtet werden (Antonovsky 1997); selbst bei Erfahrung von körperlichen Einschränkungen, Missempfindungen oder pathologischen Veränderungen in der Schwangerschaft kann ein positives SWB – zumindest hinsichtlich einer affektiven, wenn nicht auch physischen Komponente – erlebbar sein (Ayerle et al. 2004).

- a. Aus Sicht psychologischer und gesundheitsbezogener Forschung konstituiert sich das subjektive ‚*Affektive Wohlbefinden*‘ aus einer emotionalen Komponente mit positiver Valenz (Myers & Diener 1995) und der Abwesenheit von negativen Affekten (Mayring 1994). Das *aktuelle* ‚*Affektive Wohlbefinden*‘ meint – im Gegensatz zu zeitlich aggregierten und kognitiv bewerteten emotionalen Erfahrungen des habituellen Wohlbefindens – das momentane psychosomatische Erleben einer Person (Becker 1986, 1994), das aus subjektiver und psychometrischer Sicht einfacher zu beantworten ist (Diener et al. 1985b, Schwarz & Strack 1999).

Die vorhandenen Studien berichten über das aktuelle ‚*Affektive Wohlbefinden*‘ hinsichtlich einer Ambivalenz bzgl. der *Schwangerschaft* (Robb et al. 2005, Wimmer-Puchinger 1992) und Glücksgefühle über das Kind (Ayerle et al. 2004). Auch Zuversicht oder Sorgen bzgl. eines guten Schwangerschaftsverlaufs (Ayerle et al. 2004, Hjelmstedt et al. 2003, Wimmer-Puchinger 1992), einer günstigen Entwicklung der Partnerschaft (Bleich 1996, Kleiverda et al. 1990, Zachariah 1994, 1996) und der neuen, teilweise unbekanntenen Anforderungen als Mutter (Wimmer-Puchinger 1992) werden damit in Verbindung gebracht. Andere schildern ambivalente Gefühle oder Ängste bzgl. der bevorstehenden Geburt (Ayerle et al. 2004, Robb et al. 2005). Jedoch schränken der Einsatz zweifelhaft valider und reliabler Instrumente sowie die begrenzte methodische Qualität, insbesondere von quantitativen Studien, deren Aussagekraft beträchtlich ein (Kleiverda et al. 1990, Robb et al. 2005, Zachariah 1994, 1996, Wimmer-Puchinger 1992). Es wird postuliert, dass sich das schwangerschaftsspezifische ‚*Affektive Wohlbefinden*‘ hinsichtlich der Schwangerschaft, der Entwicklung des Kindes, der bewirkten Lebensveränderungen, der Partnerschaft und Bezugspersonen, der Schwangerenvorsorge und der Geburt abbildet.

- b. Das ‚*Körperliche Wohlbefinden*‘ wird durch die Wahrnehmung von Körper- und Sinnesreizen (Becker 1986, 1994, Gosztonyi 1972) und die Bewertung des eigenen Körpers (Mrazek 1983) charakterisiert.

Das aktuelle ‚*Körperliche Wohlbefinden*‘ in der *Schwangerschaft* wird hermeneutisch und in quantitativen Studien überwiegend hinsichtlich des sich verändernden Körperbildes (Ayerle et al. 2004, Chang et al. 2006, Fox & Yamaguchi 1997, Schmied & Lupton 2001,

Skouteris et al. 2005) und der positiven und negativen Körperveränderungen (Ayerle et al. 1994, Richardson 1990, Striegel-Moore et al. 1996) bzw. der Häufigkeit und Intensität der Beeinträchtigung durch Schwangerschaftsbeschwerden (Ayerle et al. 1994, Huwiler 1995, Smith et al. 2000) und die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen (Drescher et al. 2003, Nicholls & Grieve 1992) untersucht. Seltener werden das positiv erlebte körperliche Selbst (Stenberg & Blinn 1993) und die Abgrenzung zum heranwachsenden Kind (Schmied & Lupton 2001) thematisiert. Sowohl die körperliche Erfahrung des sich bewegenden Kindes als auch seine Lebenszeichen finden bei schwangeren Frauen große Beachtung (Ayerle et al. 1994, Wimmer-Puchinger 1992). Es wird postuliert, dass das ‚Körperliche Wohlbefinden‘ sich in einer ‚Positiven Körperwahrnehmung‘, in positiven Veränderungen des Körpers sowie geringen bzw. abwesenden Schwangerschaftsbeschwerden zeigt.

4. In der Literatur werden Bewältigungsreaktionen bzw. ‚*Coping*‘ häufig entsprechend dem kognitiv-transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) als problem- oder emotionsorientierte Bewältigungsreaktionen operationalisiert. Hinsichtlich spezifischer Lebenssituationen, die nicht als ‚Problem‘ an sich lösbar sind, kommen laut Brandstädter (1992) eher Bewältigungsmodi zum Tragen zu, die als ‚assimilativ‘ und ‚akkomodativ‘ bezeichnet werden. Durch Ersteren werden die Gegebenheiten an die eigenen Strukturen oder Bedürfnisse angepasst und aktiv verändert. Durch Letzteren wird nicht zu verändernden Ereignissen kognitiv-emotional eine neue Bedeutung gegeben und die eigenen kognitiven Schemata verändert.

Coping in der *Schwangerschaft* wird sehr stark durch kognitive Prozesse, wie beispielsweise die Suche nach Bedeutung und Erklärungen, Verhandeln oder optimistische Gedanken, aber auch psychosoziales Verhalten, wie die Suche nach Unterstützung durch andere bestimmt (Ayerle et al. 2004, Bernstein et al. 1994, de Anda 1991, Melender 2002, Morling et al. 2003). Dabei beziehen sich die Bewältigungsweisen laut Brüderl (1989) bei Frauen mit einem Partner und bei Mehrgebärenden insbesondere auf den Anforderungsbereich Schwangerschaft/Geburt/Kind. ‚Emotionsorientiertes Coping‘ weist in Bezug auf einen negativen Affekt eine signifikante positive Korrelation (Côté-Arsenault 2007) und bezüglich körperlichen Beschwerden eine signifikant negative Beziehung auf. Jedoch scheint ‚Vermeidung‘ für schwangere Frauen keine größere Rolle zu spielen (Brüderl 1989, Yali & Lobel 2002). In dieser Arbeit wird postuliert, dass sich insbesondere während der Schwangerschaft die Anpassungsleistungen einer schwangeren Frau in psychisch-kognitiven (‚Akkomodatives Coping‘) und körper- bzw. umweltorientierten Prozessen (‚Assimilatives Coping‘) äußern.

5. Die zur Erhebung des SWB und Copings in der Schwangerschaft verwendeten standardisierten *Instrumente* sind überwiegend nicht für schwangere Frauen validiert.
 - a. Ein affirmativer Ansatz hinsichtlich der Erhebung von ‚Affektivem Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft wird in der Literatur kaum vorgefunden, jedoch wird der positive Affekt vereinzelt als Teilkonstrukt standardisierter Instrumente erhoben (Hatmaker und Kemp 1998, Durkin et al. 2001). Ausschließlich die Bradburn Affect Balance Scale (ABS) wurde in einer deutschen Fassung nach Badura et al. (1985) auf seine Validität und Reliabilität während der Schwangerschaft getestet (Kleiverda et al. 1990, Bleich 1996), jedoch konnten Kleiverda et al. (1990) die Unabhängigkeit der Positiven und Negativen Affekt-skala bei ihrer schwangeren Klientel nicht nachweisen.
 - b. Für die Erhebung des ‚Körperlichen Wohlbefindens‘ in der Schwangerschaft gibt es bisher keine entsprechenden psychometrisch zufriedenstellenden Inventare. Es dominieren Instrumente, die nicht für die Schwangerschaft (Kelly et al. 2001), sondern für Essstörungen konzipiert wurden (Fox & Yamaguchi 1997, Goodwin et al. 2000, Matsuhashi & Felice 1991, Skouteris et al. 2005). Andere operationalisieren die allgemeine körperbezogene Gesundheit bzw. funktionale Einschränkung (Drescher et al. 2003, Hueston & Kasik-Miller 1998, McKee et al. 2001, Smith et al. 2000). Einige wenige konzentrieren sich ausschließlich auf Schwangerschaftsbeschwerden (Huwiler 1995, Jackson et al. 1996, Paarlberg et al. 1996, Rofé et al. 1993).
 - c. Bewältigungsweisen in der Schwangerschaft werden bisher entweder durch selbst konstruierte Instrumente (Morling et al. 2003, de-Anda et al. 1991) oder mittels Coping-Inventaren untersucht, die sich überwiegend auf die Konzeption von Lazarus & Folkman (1984) stützen, jedoch nicht auf ihre Validität und Reliabilität bei einer schwangeren Klientel überprüft wurden. Im Falle einer Komponentenstrukturanalyse konnte die ursprüngliche nicht repliziert werden (Brisch et al. 2003, Huizink et al. 2002).
6. Da keine adäquaten und für die Schwangerschaft validierten Instrumente für die Praxis und Forschung vorliegen, will diese Arbeit folgende Forschungsfragen beantworten:
 - Lässt sich ein Fragebogen zum SWB für die Zeit ab Wahrnehmung von Kindsbewegungen konstruieren? (1)
 - Welche positiven (und negativen) Affekte (2) und welche Körperveränderungen und Beschwerden tragen zum aktuellen SWB in der Schwangerschaft bei? (3)
 - Welche Bewältigungsformen werden in der Schwangerschaft als wirkungsvoll im Hinblick auf die Erhaltung bzw. Verbesserung des SWB erlebt? (4)

- Wie verhält sich die Validität des erstellten Fragebogens im Vergleich zu konstruktnahen standardisierten Fragebögen? (5)
- 7. Die Grundlage der Fragebogenkonstruktion bildet die Klassische Testtheorie, die davon ausgeht, dass ein gemessener Wert einer individuellen Merkmalsausprägung sich aus der wahren Merkmalsausprägung und einem Messfehler zusammensetzt. Um Letzteren weitestgehend zu minimieren, wird das Messinstrument systematisch und mit Hilfe von Maßnahmen zur Erreichung bestmöglicher Objektivität in zwei konsekutiven Phasen einer Gruppe von Zielpersonen vorgelegt und durch teststatistische Analysen der Itemskalen deren Reliabilität und Validität belegt (Lienert & Raatz 1998).
- 8. Die Zielpopulation stellen schwangere Frauen in der Betreuung durch Hebammen und andere Professionelle im Gesundheitsbereich dar. Bei der ersten Befragung werden Schwangere von zwei städtischen und zwei ländlichen Regionen eingeschlossen, die bereits Kindsbewegungen wahrnehmen und ausreichend Deutsch verstehen; 362 Fragebögen können ausgewertet werden. Bei der zweiten Befragung werden ausschließlich schwangere Frauen im dritten Trimenon mit ausreichenden Deutschkenntnissen eingeschlossen; 247 Fragebögen gehen in die Datenanalyse ein.
- 9. Methodisch werden neben der Itemanalyse und -selektion bei beiden Datensätzen die Dimensionen der Konstrukte mittels Faktorenanalyse bestimmt und deren innere Konsistenz (Reliabilität) mittels Cronbachs Alpha geschätzt. Eine entsprechende Optimierung der Skalen erfolgt durch Ausschluss von Items und Addition von neu konstruierten Items. Die konvergente Validität der Skalen wird durch konstruktnahe Vergleichsinventare eruiert.
- 10. Als Ergebnis des Itemkonstruktionsprozesses entsteht ein Inventar mit fünf Skalen: ‚Affektives Wohlbefinden‘ (21 Items), ‚Positive Körperwahrnehmung‘ (7 Items), ‚Mobilität/Behändigkeit‘ (3 Items), ‚Assimilatives Coping‘ (4 Items) und ‚Akkomodatives Coping‘ (3 Items).
 - a. Entsprechend der *ersten Forschungsfrage* (1) gelingt die Konstruktion eines Inventars zum ‚Subjektiven Wohlbefinden‘ und ‚Coping‘ in der Schwangerschaft nur für das dritte Trimenon, da sich die Stichprobe überwiegend aus Schwangeren zusammensetzt, deren 28. Schwangerschaftswoche bereits vollendet ist.
 - b. In dem resultierenden Erhebungsinstrument ‚Schwanger wohlfühlen‘ wird das aktuelle ‚Affektive Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft überwiegend durch positive Affekte hinsichtlich der Komponenten ‚Schwangerschaft/Kind‘, ‚Partner‘, ‚Geburt‘ und ‚Mutter-Werden‘ konstituiert (*zweite Forschungsfrage*), die hoch signifikante Beziehungen untereinander aufweisen ($r = 0,2 - 0,46$; $p < 0,01$) – außer der Korrelation zwischen der Subskala

- Partner und Geburt ($r = 0,11$). Die hohe innere Konsistenz der gesamten Skala zum affektiven SWB in der Schwangerschaft wird durch ein Cronbachs Alpha von 0,90 belegt. Die Konsistenzkoeffizienten der einzelnen Komponenten liegen zwischen 0,86 und 0,92.
- c. Das ‚Körperliche Wohlbefinden‘ in der Schwangerschaft umfasst die beiden distinkten Skalen ‚Positive Körperwahrnehmung‘ und ‚Mobilität/Behändigkeit‘. Somit wird das ‚negative Körpererleben‘ – entgegen der Erwartung – nicht durch Schwangerschaftsbeschwerden repräsentiert, sondern durch Items zur Einschränkung der Behändigkeit durch die Zunahme des Körpergewichts und -umfangs (*dritte Forschungsfrage*). Beide Skalen korrelieren auf einem Niveau von $p < 0,01$ ($r = 0,24$). Die Skala zur ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ weist ein Cronbachs Alpha von 0,83 auf, während die Skala zur ‚Mobilität/Behändigkeit‘ ein Alpha von 0,78 ergibt.
 - d. Das Coping in der Schwangerschaft kann sinnvoll als ‚Akkomodatives‘ und ‚Assimilatives Coping‘ operationalisiert werden (*vierte Forschungsfrage*). Beide Skalen korrelieren hoch signifikant miteinander ($r = 0,31$) und haben einen Konsistenzkoeffizienten von 0,77 (‚Akkomodatives Coping‘) und 0,75 (‚Assimilatives Coping‘).
11. Die konvergente Validität des Erhebungsinstruments ‚Schwanger wohlfühlen‘ wird hinsichtlich standardisierter konstruktnaher Vergleichsinventare entsprechend der Hypothesen (*fünfte Forschungsfrage*) belegt durch:
- a. positive Korrelationen ($p < 0,01$) zwischen den Skalen zum schwangerschaftsspezifischen ‚Affektiven Wohlbefinden‘ und dem ‚Positiven Affekt‘ der Positiven Affekt und Negativen Affekt-Skala (PANAS) von Krohne et al. (1996) bzw. der ‚Psychischen Summenskala‘ der Short-Form 12 (SF-12) von Bullinger et al. (1998) sowie negative Korrelationen ($p < 0,01$) zwischen dem schwangerschaftsspezifischen ‚Affektiven Wohlbefinden‘ und dem ‚Negativen Affekt‘ der PANAS bzw. der State-Skala des State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in der deutschen Version von Laux et al. (1981);
 - b. positive Korrelationen ($p < 0,01$) zwischen den Skalen zur schwangerschaftsspezifischen ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ bzw. ‚Mobilität/Behändigkeit‘ und dem globalen Item ‚Körperliches Befinden‘ sowie positive Korrelationen zwischen der ‚Körperlichen Summenskala‘ der SF-12 und den Skalen zur schwangerschaftsspezifischen ‚Positiven Körperwahrnehmung‘ ($p < 0,05$) bzw. ‚Mobilität/Behändigkeit‘ ($p < 0,01$);
 - c. die Konvergenz ($p < 0,01$) der Skala zu schwangerschaftsspezifischem ‚Akkomodativen Coping‘ und dem ‚Aufgabenorientierten Coping‘ des Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) in der deutschen 24-Item Kurzform von Kälin (1995a, 1995b).

Die ausbleibende bzw. unerwartete Übereinstimmung der Subskalen der schwangerschaftsspezifischen Bewältigungsreaktionen mit den übrigen CISS-Subskalen (‚Emotionsorientiertes‘ und ‚Vermeidungsorientiertes Coping‘) lässt auf eine unterschiedliche Konzeption des Konstrukts ‚Coping‘ schließen.

12. Die Durchführungsobjektivität des Erhebungsinstruments ‚Schwanger wohlfühlen‘ wird durch genaue Anweisungen zur Beantwortung der Items und eine klar strukturierte Darbietung der Items gestützt. Die Auswertungs- und Interpretationsobjektivität wird begünstigt durch durchgängig verwendete endpunktbenannte, siebenstufige Intervallskalen, bei welchen (nach Umpolung einzelner Items) der höchste Wert die höchste Zustimmung zu positivem Wohlbefinden und Coping in der Schwangerschaft bedeutet, und die dadurch vertretbare Auswertung der Skalen über ihre jeweiligen Mittelwerte, die Vergleiche mit anderen Teilnehmerinnen bzw. Gruppen zulassen (Lienert & Raatz 1998).
13. Bei der Analyse von differenten Merkmalen der schwangeren Teilnehmerinnen (zweite Befragung) hinsichtlich der Konstrukte ‚SWB‘ und ‚Coping‘ ergibt sich Folgendes:
 - a. Alter, Bildung, Parität und Gestationsalter erweisen sich als unabhängig vom ‚Affektiven‘ und ‚Körperlichen Wohlbefinden‘ wie auch vom ‚Coping‘.
 - b. Mit dem ‚*Affektiven Wohlbefinden*‘ korrelieren signifikant ein stressiger Alltag ($p=0,003$), ausreichende Unterstützung ($p=0,000$) und die aktuelle Stimmung ($p=0,000$).
 - c. Es besteht keine signifikante Beziehung zwischen der ‚*Positiven Körperwahrnehmung*‘ und ausreichender Bewegung, Mutterschutz und körperlich belastender Berufstätigkeit. Mit letzterem korreliert jedoch ‚*Mobilität/Behändigkeit*‘ ($p=0,000$).
 - d. Hoch signifikante Korrelationen resultieren einerseits zwischen dem ‚*Akkomodativen Coping*‘ und einer früheren traumatischen Geburt ($p=0,008$) und andererseits zwischen dem ‚*Assimilativen Coping*‘ und einer ausreichenden Information der Schwangeren durch die Hebamme ($p=0,003$) sowie die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse durch ihre Hebamme ($p=0,000$) und die Ärztin/den Arzt ($p=0,009$).
14. Hinsichtlich des affirmativen Ansatzes des Instruments ‚Schwanger wohlfühlen‘ können die Mittelwerte eines Individuums pro Dimension auf einem Netzdiagramm eingeordnet werden. Durch die grafische Darstellung der Skalen ‚Affektives Wohlbefinden‘, ‚Positive Körperwahrnehmung‘, ‚Mobilität/Behändigkeit‘ sowie ‚Akkomodatives‘ und ‚Assimilatives Coping‘ kann zum Einen ein müheloses und unmittelbares Verstehen unabhängig vom Bildungsstand ermöglicht (Huber 2002) und zum Anderen im Sinne der Gesundheitsförderung das Potenzial für einen weitergehenden Zugewinn an Wohlbefinden und Coping visuell deutlich gemacht werden, das Grundlage für eine individuelle bestärkende Bera-

tung und Wohlbefinden fördernde Begleitung in der Schwangerschaft sein kann (International Confederation of Midwives 2005).

15. Retrospektiv gesehen hätte die Fragebogenkonstruktion an Stringenz gewonnen, wenn a priori eine Festlegung der Zielklientel auf das dritte Trimenon stattgefunden hätte und gleich von Beginn an siebenstufige endpunktbenannte Skalen als durchgängiges Antwortformat angeboten worden wären. Auch wenn das tatsächliche Vorgehen wichtige Einsichten und Bestätigungen hinsichtlich Trimenon *unspezifischer* Affekt-Items und dem Antwortverhalten bei einem zweistufigen Antwortformat bot, so hätten insbesondere die Skalen zum 'Körperlichen Wohlbefinden' und 'Coping' von einer stärker zielführenden Ergänzung durch (positive) Items und deren Analyse profitiert. Es wird davon ausgegangen, dass insbesondere die wenigen Items zu 'Mobilität/Bewältigung' und 'Coping' nicht alle möglichen Phänomene der schwangerschaftsspezifischen Konstrukte erfassen. Bezüglich der Überprüfung der konvergenten Validität ist bedauerlich, dass kein konstruktnaheres Copinginventar gefunden wurde. Kritisch betrachtet hätte eine unterschiedliche Reihung der Vergleichsinventare bei jeweils der Hälfte der Teilnehmerinnen eine Möglichkeit geboten, Plazierungs- und Ermüdungseffekte zu einem gewissen Grad zu kontrollieren.
16. Mit dem Erhebungsinstrument 'Schwanger wohlfühlen' können das subjektive Wohlbefinden und Coping von schwangeren Frauen erstmalig in der Praxis und Forschung valide und reliabel erfasst werden. Es kann der empirisch fundierten, affirmativen und ressourcenorientierten Begleitung von schwangeren Frauen im dritten Trimenon dienen. Eine weitere Entwicklung des Erhebungsinstruments wird insbesondere hinsichtlich des Körperlichen Wohlbefindens und der Bewältigungsreaktionen angestrebt, um deren interne Konsistenz weitergehend zu optimieren.

Tabellarischer Lebenslauf

Persönliche Daten

Geburtsdatum: 31.3.59
Geburtsort: Böhen/Unterallgäu

Aus- und Weiterbildung

1969 – 1978 Besuch des Mariengymnasiums in Kaufbeuren. Abitur
1978 – 1980 Hebammenausbildung an der Staatlichen Berufsfachschule für Hebammen an der II. Universitätsfrauenklinik in München
1982 – 1985 Krankenpflegeausbildung an der staatlich anerkannten Katholischen Krankenpflegeschule in Essen
1986 – 1986 Weiterbildung in ‚Tropical Community Health and Medicine‘ an der Universität Liverpool, England. Zertifikat
1991 – 1991 Studium am Holy Family College in Philadelphia, USA
1991 – 1993 Studium der Pflegewissenschaft an ‚The Catholic University of America‘ in Washington, DC, USA. Abschluss: Bachelor of Science in Nursing
1993 – 1994 Studium der Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt Mutter-Kind-Pflege und Pädagogik an ‚The Catholic University of America‘ in Washington, DC, USA. Abschluss: Master of Science in Nursing

Berufliche Tätigkeiten

1986 – 1990 Leitende Krankenschwester und Hebamme des Basisgesundheitsprojekts der Katholischen Kirche im Slumgebiet Soweto in Nairobi, Kenia
1989 – 1990 Schichtleitende Hebamme an der Entbindungsklinik ‚Jamaa Maternity‘ in Nairobi, Kenia
1994 – 1996 Assoziierte klinische Dozentin (‚Clinical Associate‘) im Auftrag der ‚Catholic University of America‘ in Washington, DC, in der geburtshilflichen Abteilung des Holy Cross Hospitals (7000 Geburten pro Jahr)
1997 – 2003 Lehrerin für Hebammenwesen und stellvertretende Leitung der Hebammenschule des Städtischen Klinikums Kemperhof, Koblenz
1999 – 2003 Dozentin für Pflegeforschung im Rahmen der Weiterbildung für Intensiv- und Anästhesiefachpflege des Städtischen Klinikums Kemperhof, Koblenz
2003 – 2004 Wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
2004 – 2008 Dozentin für Gesundheitsförderung und Prävention im Fernstudiengang Pflege/ Pflegemanagement an der Fachhochschule Jena
2004 – 2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Projekt: Ermittlung von Grundlagen einer Vergütungsvereinbarung für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V
2004 – 2006 Dozentin für Geburtshilfe an der Krankenpflegeschule des Städtischen Krankenhauses Martha-Maria Halle-Dölau gGmbH

- 2004 – 2006 Dozentin für Pflegewissenschaft am Weiterbildungsinstitut für Pflege- und Sozialberufe des Städt. Krankenhauses Martha-Maria Halle-Dölau gGmbH
- 2005 – 2006 Dozentin für Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Fachenglisch am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- seit 2005 Trainerin in evidence-basierter Pflege am German Centre for Evidence-based Nursing des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- 2006 – 2008 Evaluation der Weiterbildung zur Familienhebamme in Sachsen-Anhalt
- 2006 – 2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Medizinischen Hochschule Hannover Projekt: ProGeb-Studie – Low-risk Geburtsverläufe im klinischen und außerklinischen Kontext
- seit 2006 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- 2006 – 2007 Evaluation des Projekts ‚Familienhebammen in Sachsen-Anhalt‘ für den Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V.
- 2007 – 2009 Projekt: ‚FrühStart‘ – Professionell gesteuerte Frühe Hilfe für Kinder und Familien in Sachsen-Anhalt (im Auftrag des BMSFSJ, koordiniert durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen / BZgA)

Halle, den 19.12.2008

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ich habe keine früheren Promotionsversuche unternommen und befinde mich in keinem weiteren offenen Promotionsverfahren an der hiesigen oder einer anderen Universität.

Halle, den 19.12.2008

Publikationen zum Thema dieser Arbeit

Ayerle, G. M. & Groß, M. M. Psychometrische Erfassung der Konstrukte Subjektives Wohlbefinden und Coping in der Schwangerschaft. *Zeitschrift Medizinische Psychologie* (eingereicht: 13.10.08)

Ayerle, G. M. & Behrens, J. "Schwanger wohlfühlen": Subjektives Wohlbefinden und Coping in der Schwangerschaft. *Psychologische Rundschau* (eingereicht: 27.11.08)

Ayerle, G. M. (2008). Subjective well-being: Standardized assessment and visualisation in antenatal care. *International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress. Abstracts* (CD-ROM), Amsterdam: Elsevier.

Ayerle, G. M. (2007). Welche soziodemografischen bzw. geburtshilflichen Merkmale sind hinsichtlich des Wohlbefindens von Schwangeren von Bedeutung? *Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie*, 211(Supplement 2), S. S123.

Ayerle, G. M. (2005). Das Erleben der Schwangerschaft. In Bund Deutscher Hebammen e.V. (Hrsg.), *Schwangerenvorsorge durch Hebammen* (S. 4-12). Stuttgart: Hippokrates.

Ayerle, G. M., Krapp, C., Kethler, U. & Lohmann, S. (2005). Which components are important aspects of well-being in pregnancy? An empirical panorama view. *MIDIRS Midwifery digest*, 15(2), 187-194.

Ayerle, G. M., Kethler, U., Krapp, C., & Lohmann, S. (2004). *Erleben und Bedeutung von subjektivem Wohlbefinden in der Schwangerschaft*. Zwickau: Wissenschaftliche Scripten.

Vorträge zum Thema dieser Arbeit

‘Wie geht es Dir? Professionelle Erfassung des Wohlbefindens in der Schwangerschaft als Grundlage zur Beratung’. Landestagung der Hebammenverbände Bremen und Niedersachsen, Bremen 2008 (Vortrag).

‘Psychosoziale Charakteristika von schwangeren Frauen und ihr aktuelles subjektives Wohlbefinden’, Frauenklinik, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover 2007 (Vortrag).

‘Belastungen und Bewältigungsstrategien von schwangeren Frauen’, Tagung der Mitglieder des Landeshebammenverbandes Sachsen-Anhalt, Magdeburg 2006 (Vortrag).

‘Wohlbefinden der Schwangeren: Relevant für Hebammen?’ auf der 121. Tagung der Norddeutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hannover 2005 (Vortrag).

Danksagung

An erster Stelle danke ich Dr. Mechthild Groß für ihre großzügige Unterstützung und Betreuung hinsichtlich des Themas. Weitere Anregungen habe ich von Frau Dipl. Psychologin Monika M. Ayerle und den Hebammen-Kolleginnen Dr. Clarissa Schwarz und Dr. Eva Ciagnacco erhalten. Ihre Anregungen und Kritik waren sehr willkommen!

Einen herzlichen Dank richte ich an Prof. Dr. Dieter Heyer vom Institut für Psychologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg für Hinweise auf statistische Fragen und Aspekte sowie an Dr. Rolf Porst des Zentrums für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) des Instituts GESIS in Mannheim für seine Ratschläge zur professionellen Gestaltung eines Fragebogens. Von ihren Erfahrungen habe ich sehr profitiert.

Dankbar bin ich Prof. Dr. Reinhold S. Jäger vom Zentrum für empirische pädagogische Forschung der Universität Koblenz-Landau für die Durchsicht eines Entwurfs der Datenanalysen und Ergebnisse und sein ermutigendes Feedback.

Ohne die Bereitschaft vieler schwangerer Frauen, einen Fragebogen zum Thema Wohlbefinden und Coping in der Schwangerschaft auszufüllen, wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Ich bin dankbar für ihre Teilnahme an dieser Arbeit und freue mich, dass etliche von ihnen auch einen Gewinn daraus ziehen konnten.

Mein Dank gilt auch Prof. Dr. Heinz Walter Krohne von der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz für die Erlaubnis, die PANAS kostenfrei in dieser Forschungsarbeit zu verwenden, sowie Herrn Dr. Wolfgang Kälin von der Universität Bern für die gebührenfreie Überlassung der Kurzform des CISS. Die Nachdruckerlaubnis für den STAI und die SF-12 wurde kostenpflichtig vom Hogrefe-Verlag in Göttingen erteilt.